

**Universidad de Costa Rica  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social**

*“Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas:  
Un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la  
profesión en el período 2000-2011”*

**Melisa Jiménez Murillo**

**Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración de la Escuela de  
Trabajo Social como requisito final para optar al grado de Licenciatura**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio  
San José, Costa Rica  
2013**

*Le dedico este trabajo a todas las personas que  
han compartido conmigo de alguna manera  
este largo recorrido.*

*Le debo a mi mamá la fuerza y la determinación,  
la valentía y el amor hacia todo lo que hago.*

*Gracias "Pa" por ser único y tener una total  
incondicionalidad hacia mí siempre.*

*Le agradezco a mis hermanas Mo y Bere su apoyo,  
su entrega y el humor que caracteriza nuestra relación.*

*A Salomé, quien es parte de mi vida y lo será siempre.*

*A mi Abuela Claudia, a Lilita, y  
a mi Abuelo Álvaro que ya no está,  
por colaborar con mi crianza y darme tanto amor.*

*A mis amigas Nayibe, Kunti y Eugenia  
por ser mis amigas de por vida.*

*También a Sebastián, por acompañarme  
en la etapa más decisiva y especial de mi vida;  
gracias por todo lo vivido.*

*Y finalmente a Gabriel, quien ha iluminado y  
dado sentido a mi vida, y a quien amo profundamente.*

*Agradezco a Dios, quien me ha acompañado de manera multiforme,  
y a mi Tío Fernando, que siempre ha estado presente.*

*A mi familia nuevamente por haberme brindado  
la oportunidad de no sólo ser profesional, sino  
de ser una persona consciente, crítica y  
con herramientas para afrontar la vida.*

*También a mis compañeras de estudios,  
quienes son un ejemplo como profesionales y personas,  
a mis compañeras de prácticas, de duelos personales,  
celebraciones y demás: gracias por estar presentes.*

*A profesoras y profesores como Freddy Esquivel,  
Xinia Fernández, Sonia Solís, Pablo Artavia,  
Camilo Retana, Alexander Jiménez, entre otros;  
quienes sembraron en mí, ideas y dudas que  
sirvieron para cultivar la pasión que tengo hacia lo social.*

*A mi Tribunal de Investigación, quienes me han guiado y apoyado,  
no solamente de manera académica, sino también de manera personal.*

*Finalmente, gracias a los y las profesionales que participaron en esta investigación,  
por su colaboración e interés en construir una sociedad justa y equitativa.*

# Tribunal Examinador



---

MSc. Vera Ovaes Sandí  
Directora de TFG



---

MSc. Carolina Rojas Madrigal  
Lectora



---

MSc. Xinia Fernández Vargas  
Lectora



---

Lic. Marcos Chinchilla Montes  
Profesor Invitado



---

MSc. Nidia Esther Morera Guillén  
Presidente



---

Melisa Jiménez Murillo  
Sustentante

## Índice General

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Hoja de aprobación.....	iv
Índice General.....	v
Lista de Cuadros.....	vii
Lista de Gráficos.....	vii
Lista de Esquemas.....	vii
Lista de Abreviaturas.....	viii
Resumen.....	9
Introducción.....	11
<b>Capítulo I: Bases de la Investigación: Precedentes, Fundamentos, y Metodologías.....</b>	<b>15</b>
I. Estado del Arte.....	16
1. Salud Mental, Psiquiatría y Trabajo Social.....	16
2. Reflexiones acerca del delito.....	21
3. Las medidas de seguridad como consecuencia penal en Costa Rica.....	28
4. Los procesos de trabajo.....	33
5. Balance final de las investigaciones analizadas.....	39
II. Tema y Problema de Investigación.....	43
III. Objetivos.....	47
IV. Fundamento Teórico-Metodológico.....	48
1. Marxismo, teoría crítica y categoría trabajo.....	48
2. Referente Conceptual.....	56
V. Fundamento Metodológico.....	64
1. El Método: acercamiento al objeto y a la realidad.....	64
2. Momentos de Investigación.....	67
<b>Capítulo II: Marco Contextual.....</b>	<b>70</b>
I. Las medidas de seguridad curativas de internamiento en Costa Rica: Antecedentes, historia e institucionalización.....	71
II. El período 2000-2011 como escenario de investigación.....	86
<b>Capítulo III: Los procesos de trabajo con la población inimputable en el Hospital Nacional Psiquiátrico y la participación de Trabajo Social.....</b>	<b>102</b>
I. Materia prima: La situación de las personas condenadas a medidas de seguridad en el período 2000-2011.....	103

II.	Estructura-Medios e instrumentos: instituciones, legislación, política y Trabajo Social.....	110
1.	Estructura de los procesos de trabajo.....	110
2.	Los medios e instrumentos.....	133
III.	Trabajo Vivo- Resultados de Trabajo Vivo.....	143
1.	Trabajo Vivo.....	143
2.	Resultados de Trabajo Vivo.....	149
<b>Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones.....</b>		<b>152</b>
I.	Conclusiones y aportes.....	153
II.	Recomendaciones.....	159
<b>Bibliografía.....</b>		<b>161</b>
<b>Anexos.....</b>		<b>173</b>

## **Lista de Cuadros**

Cuadro 1: Número de personas entrevistadas durante el proceso investigativo.....	71
Cuadro 2: La psiquiatría en Costa Rica.....	84
Cuadro 3: Tipos de medidas de seguridad.....	88

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1: Cantidad de personas sentenciadas a medidas de seguridad durante el período 2001-2011.....	108
Gráfico 2: Personas sentenciadas con medidas de seguridad en el período 2000-2011 según sexo.....	108
Gráfico 3: Personas sentenciadas con medidas de seguridad según delito en el período 2000-2011.....	109
Gráfico 4: Cantidad de personas en conflicto con la ley egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2005-2011.....	111
Gráfico 5: Personas en conflicto con la ley egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2005-2011 según diagnóstico.....	112

## **Lista de Diagramas**

Diagrama 1: Funciones Psíquicas y Enfermedades Mentales que interfieren en la capacidad de actuar de las personas.....	64
Diagrama 2: Proceso institucional en la imposición de las medidas de seguridad.....	124

## Lista de Abreviaturas

<b>Ay A</b>	Acueductos y Alcantarillados
<b>B.C.C.R</b>	Banco Central de Costa Rica
<b>B.M</b>	Banco Mundial
<b>C.C.S.S</b>	Caja Costarricense de Seguro Social
<b>CIE-10</b>	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
<b>C.R</b>	Costa Rica
<b>D.S.M IV</b>	Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
<b>F.M.I</b>	Fondo Monetario Internacional
<b>H.N.P</b>	Hospital Nacional Psiquiátrico
<b>I.C.E</b>	Instituto Costarricense de Electricidad
<b>I.F.I</b>	Instituciones Financieras Internacionales
<b>I.N.A.M.U</b>	Instituto Nacional de las Mujeres
<b>I.N.C</b>	Instituto Nacional de Criminología
<b>I.N.E.C</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censos
<b>I.N.S</b>	Instituto Nacional de Seguros
<b>I.S.P</b>	Inversión Social Pública
<b>M.S</b>	Ministerio de Salud
<b>N.B.I</b>	Necesidades Básicas Insatisfechas
<b>O.M.S</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>O.P.S</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>P.A.E</b>	Plan de Ajuste Estructural
<b>P.I.B</b>	Producto Interno Bruto
<b>P.I.R</b>	Plan Individual de Rehabilitación
<b>P.N.U.D</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>T.L.C</b>	Tratado de Libre Comercio
<b>T.L.C-EEUU-CA-RD</b>	Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos, Centroamérica y República Dominicana
<b>T.S.E</b>	Tribunal Supremo de Elecciones
<b>U.C.C.A.E.P</b>	Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones del Sector Empresarial Privado.



## Resumen

Jiménez, Melisa. (2013). *Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: Un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011*.

Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración de la Escuela de Trabajo Social como requisito final para optar al grado de Licenciatura, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

**Directora de la investigación:** MSc. Vera Ovares Sandí.

**Palabras Clave:** Medidas de seguridad, procesos de trabajo, delito, enfermedad mental, Trabajo Social.

La investigación parte de la interrogante “¿Cómo se configuraron los procesos de trabajo de Trabajo Social, en la atención de las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2000-2011?”, que se plantea a partir de una revisión bibliográfica que evidenció la carencia de un estudio que identificara las maneras en que se operacionalizan los procesos de trabajo en los que participa la profesión, específicamente en la atención a las personas con medidas de seguridad en el hospital mencionado.

Así mismo, se determinó la necesidad de un documento que recopilara los componentes de los procesos de trabajo, que de acuerdo a Iamamoto (2003) son: la materia prima, la estructura, los medios e instrumentos, el trabajo vivo, y los resultados del trabajo vivo.

Desde esa postura, se construyó el objeto de estudio, el objetivo general, y los objetivos específicos, los cuales se orientaron a:

- a. Caracterizar cuantitativamente la situación de las personas que han cometido un delito y se les ha sancionado mediante una medida de seguridad curativa en el período 2000-2011.
- b. Determinar el escenario institucional y político que enmarcó la atención hacia las personas con medidas de seguridad, en el período establecido.
- c. Identificar los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención de las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011.

El proceso para determinar el objeto de investigación surgió a partir de una metodología socio-histórica, que permitió hacer lectura crítica de la realidad, contemplando los aspectos históricos, políticos, económicos, culturales y sociales, tomando en cuenta el modo de producción y las contradicciones que son parte de la dinámica social.

Además, facilitó realizar un análisis de los procesos de trabajo de Trabajo Social en el Hospital Nacional Psiquiátrico, logrando identificar el contexto histórico, el marco legal internacional y nacional, el escenario institucional e interdisciplinario, y las características específicas que ha tenido la profesión en la atención a la población inimputable.

Finalmente, la investigación permitió elaborar conclusiones y recomendaciones que pretenden constituirse en un aporte para la institución estudiada y para los y las profesionales en Trabajo Social involucradas en el trabajo con personas con medidas de seguridad.

## Introducción

En un momento histórico en el cual las manifestaciones de la “cuestión social” son cada vez mayores, producto de la inequitativa distribución de la riqueza propia del sistema económico capitalista, surgen cuestionantes que atañen la respuesta que tiene el Estado al respecto, y las diferentes disciplinas que convergen en el mismo, dilucidando el papel que tiene la profesión Trabajo Social dentro de la dinámica social.

Como parte de la sociedad costarricense, encontramos un sector que ha sido vinculado con el Derecho y con la Psiquiatría, mas no con Trabajo Social, que corresponde a las personas con medidas de seguridad, quienes son personas que han cometido actos ilícitos, pero que se les considera inimputables.

Entonces ¿Qué relevancia tiene analizar la atención hacia las personas con medidas de seguridad?, ¿Por qué es importante saber cómo se ha desempeñado la práctica profesional en Trabajo Social en ese campo?

Buscar una respuesta a la primera pregunta permite cuestionar la situación de las personas en condición de inimputabilidad, la participación de diferentes instituciones y disciplinas, así como el seguimiento, la sistematización, y las diferentes particularidades que se presentaron en el período 2000-2011. La segunda interrogante busca relacionar al Trabajo Social con esa población, para evidenciar el trabajo realizado durante el período señalado, específicamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico, con la intencionalidad de realizar una reconstrucción histórica de la labor profesional contemplando los componentes de los procesos de trabajo: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo, y resultados de trabajo vivo.

Este documento se organiza en cuatro capítulos:

Capítulo I. Bases de la Investigación: precedentes, fundamentos, debates y metodologías, en el cual se presentan los antecedentes de la investigación, y el desarrollo del primer momento investigativo, esto a partir de una revisión exhaustiva de documentación relacionada con la atención a las personas con medidas de seguridad.

Capítulo II. El Marco Contextual, en cual se realiza una reconstrucción del desarrollo del sistema penal y de la psiquiatría, y posteriormente se presentan los principales factores políticos, económicos y sociales que caracterizaron al período 2000-2011.

Capítulo III. En este apartado se incorporan los resultados de la investigación, lleva por nombre “Los procesos de trabajo con la población inimputable en el Hospital Nacional Psiquiátrico y la participación de Trabajo Social”. En este apartado se exploran los componentes de los procesos de trabajo: la materia prima expone de manera cuantitativa la situación de las personas con medidas de seguridad en el período 2000-2011, la estructura y los medios e instrumentos se presentan en conjunto, evidenciando el marco legal e institucional que encuadra la atención hacia dichas personas; además se posiciona el trabajo vivo de la profesión en el Hospital Nacional Psiquiátrico y los resultados del trabajo vivo con dicha población.

Los hallazgos que arroja el trabajo de campo realizado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Poder Judicial y el Ministerio de Justicia y Paz por parte de la investigadora se presentan en este capítulo, que tiene como referencia la observación no participante llevada a cabo, y las entrevistas semi-estructuradas a los y las profesionales que tuvieron participación en la atención a personas con medidas de seguridad en el período 2000-2011.

Finalmente en el Capítulo IV, Conclusiones y Recomendaciones se exponen las fortalezas y desafíos más importantes que se encontraron, y a partir de estos se plantean recomendaciones para el mejoramiento de los procesos de trabajo profesional de Trabajo Social en éstos.

Es relevante señalar nuevamente que “La intervención profesional de Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental” contempla dos de las poblaciones que a lo largo de la historia han sido mayormente vulnerabilizadas en la sociedad: las personas que han cometido un delito y las que tienen un diagnóstico psiquiátrico; pero en este caso, son personas que tienen las dos características.

Los antecedentes históricos que refieren al tratamiento hacia las personas que tenían enfermedades mentales y a las que habían cometido un delito, remiten a siglos atrás y a distintas formas de “encierro”, basadas en la continua represión y hostigamiento, en el cual se ubicaba a las personas cuyo comportamiento no era considerado *normal*: enfermos (as) mentales, delincuentes, homosexuales, indigentes, trabajadoras sexuales, personas con discapacidad, entre otras. Es relevante señalar que ese confinamiento de lo

que no *encajaba* en la sociedad dio origen a lo que posteriormente se llamó la cárcel y el manicomio. (Foucault, 1992).

En nuestro país, a partir del siglo XX, a las personas que habían cometido un delito y que su vez presentaban una enfermedad de tipo mental se les comienza a atribuir la condición de inimputabilidad, es decir, son personas que no pueden ser juzgadas acorde con las penas establecidas en el Código Procesal Penal y que no pueden ser privadas de libertad en un centro penitenciario, sino que se les impone las llamadas “medidas de seguridad”.

Las medidas de seguridad nacen como respuesta del Estado para tener control sobre las personas que cometen actos delictivos, pero que no se consideran responsables por los mismos, ya que no se asumen como culpables pero sí *peligrosos (as)* (Desanti, 2010); dichas medidas son impuestas por un juez o jueza y pueden ser cautelares, de internamiento en un centro especializado de atención psiquiátrica o de control externo. Su durabilidad es indeterminada.

La atención de estas personas en nuestro país correspondió por décadas al Hospital Nacional Psiquiátrico, hasta el 2011, año en que abrió sus puertas el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Este acontecimiento responde a factores históricos, políticos, económicos, sociales y culturales, que reflejaron la necesidad de crear un espacio especializado para dicha población, como por ejemplo se puede citar, el pronunciamiento de la Ley de Creación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario en el 2008<sup>1</sup>.

La presente investigación pretendió realizar un análisis con respecto a los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011. Es relevante señalar que las investigaciones en relación a esta temática han sido abordadas principalmente por la disciplina del Derecho, siendo la presente la primera investigación de Trabajo Social que estudia de manera exploratoria dicha temática.

El análisis de los procesos de trabajo se hizo a partir de una investigación bibliográfica y de entrevistas semi-estructuradas a profesionales de distintas instituciones que

---

<sup>1</sup> Ver Anexo 1

brindaron atención a la población con medidas de seguridad en el período establecido. No se trabajó con las personas con estas medidas ni con sus familias.

Por su parte, es importante que la labor de Trabajo Social siga abriendo espacios como parte del proceso dialéctico de nuestra sociedad, innovando en concordancia con el compromiso ético y político de asistir a las poblaciones más vulnerabilizadas, entre las cuales se encuentran las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento, población. Desde esta concepción, es importante incorporar al análisis la categoría de procesos de trabajo, la cual radica en trascender lo técnico-operativo y la cotidianidad de la labor profesional, con el objetivo de recuperar las mediaciones y componentes de los procesos, contemplando las siguientes categorías de análisis: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y los resultados de trabajo vivo (Iamamoto, 2003).

De acuerdo con lo anterior, se considera que esta investigación viene a abordar una temática poco estudiada, con la finalidad de crear propuestas de ruptura, a partir de un paradigma crítico que contemple la totalidad y la historicidad como ejes primordiales del análisis de la realidad social.

# CAPÍTULO I

## **Bases de la Investigación: Precedentes, fundamentos y metodologías**

## **I. Estado del Arte**

Este apartado se refiere al tema de investigación de la presente propuesta, que es el análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales de Trabajo Social, en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Para ello, es necesario analizar las investigaciones que se consideran pertinentes y se relacionan con la temática.

Los estudios revisados, se han dividido en las siguientes categorías: Salud Mental, Psiquiatría y Trabajo Social<sup>2</sup>, Concepciones del delito<sup>3</sup>, Las medidas de seguridad como consecuencia penal en Costa Rica<sup>4</sup> y Los procesos de trabajo.<sup>5</sup>

Estas investigaciones corresponden a las profesiones de Derecho, Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, y una investigación de posgrado en Administración de Servicios de Salud del Instituto Centroamericano de Administración Pública.

Es importante señalar que en relación con la temática de medidas de seguridad, no existen registros de investigaciones realizadas por profesionales de Trabajo Social, ni de los procesos de trabajo de la profesión en ese ámbito.

### **1- Salud Mental, Psiquiatría y Trabajo Social:**

Las investigaciones desarrolladas desde la disciplina de Trabajo Social con relación a la Salud Mental y la Psiquiatría son relativamente escasas y prevalecen las reconstrucciones históricas de la profesión en el ámbito institucional y el análisis de casos de enfermedades psiquiátricas específicas. Como se mencionó anteriormente, hasta el momento no se han registrado investigaciones de Trabajo Social referentes a las medidas de seguridad curativas de internamiento. Sin embargo, es de gran importancia recuperar las investigaciones relevantes y significativas para el presente estudio, las cuales se detallarán a continuación.

---

2 Ramírez y otras (2003), y Navarro y Fallas (2003), Elizondo y otras (2008), González y Sanabria (2004),

3 Artavia (1999), Mora y Vargas (2001), Devandas (2006), Guevara (2006), Chinchilla (2007), y Kester (2007).

4 Cedeño y Oviedo (2004), Soto (2005), Bustos y otras (2008), Hernández (2008), y Desanti (2010)

5 Arias y otras (2008), Farah y Mora (2010), Maroto y otros (2010), Castro y otras (2011), Delgado y otras (2010); y Angulo y otras (2011).



Con respecto al tema de Salud Mental, se presentan dos Trabajos Finales de Graduación de Trabajo Social, los cuales realizan aportes para el presente Diseño de Investigación.

La Práctica Dirigida realizada por Ramírez y otras (2003) denominada **“Promoción de la Salud Mental: Un medio para prevenir las conductas violentas en los niños y las niñas de la Escuela Patio de Agua, Coronado”**, elaboró un proceso participativo con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales en la comunidad educativa (niños, niñas, padres, madres y docentes), por medio de la salud mental y la prevención de las conductas violentas, promoviendo una cultura de paz.

La intervención fue de carácter cualitativo, y dentro de la metodología se realizó un diagnóstico de los actores en la comunidad referentes al tema de violencia, educación y familia, y se diseñó, ejecutó, evaluó y sistematizó un “Modelo de Educación para la Salud Mental y Prevención de Conductas Violentas”.

Las autoras señalan - con respecto a la Salud Mental - que la misma fomenta la adquisición de nuevas responsabilidades, una mejor empatía hacia las demás personas y la adopción de valores como la tolerancia, la igualdad, la justicia, la solidaridad, entre otros; además, se señala que la salud mental, la autoestima y la comunicación se relacionan entre sí de forma determinante.

Como parte de las conclusiones, se destaca que en el ámbito nacional, existe la necesidad de implementar procesos de promoción de la salud mental, con el fin de reducir factores de riesgo, como la baja autoestima, la violencia y el consumo de drogas, los cuales se pueden contrarrestar mediante información, educación, promoción de conductas protectoras y preventivas, así como estilos de vida saludables.

Asimismo, se considera que la educación para la salud mental contribuye a la prevención de conductas violentas –en este caso en población escolar- porque permite fortalecer en las personas aspectos relevantes para la convivencia pacífica, como lo son: una buena autoestima, desarrollo de habilidades y destrezas para la establecer relaciones armoniosas con los demás, el fomento de valores como la solidaridad, el respeto, la amistad, cooperación, solidaridad, entre otros. A la vez, los niños aprenden a ejercer sus derechos y deberes de forma responsable y a comunicar sus sentimientos e ideas de forma libre pero respetuosa.

La segunda tesis consultada fue la Práctica Dirigida de Navarro y Fallas (2003) **“Manejo y expresión de sentimientos para la promoción de la Salud Mental”**, la cual consistió en una serie de talleres realizados en Cipreses de Curridabat con mujeres adolescentes, adultas y adultas mayores, bajo la metodología de “grupo de ayuda mutua”, en los cuales se trabajó la temática de la expresión y manejo de sentimientos desde la mirada cotidiana de las mujeres de dicha localidad.

De acuerdo con las investigadoras, para las mujeres participantes existe una estrecha relación entre la Salud Mental y los sentimientos, debido a que el ser humano es un ser integral y la concepción de integralidad de la salud se debe a la necesidad de responder a las demandas de las diferentes dimensiones que lo componen. Es así como se concibe la Salud Mental intrínsecamente relacionada con la salud integral, y la expresión y manejo adecuado de los sentimientos se convierten en una de las alternativas para promover la salud.

Específicamente, respecto a la Salud Mental, se concluye que si una persona no expresa de una manera acertada sus sentimientos, emocionalmente se verá afectada, lo cual la hace más propensa a padecer alguna enfermedad.

Por último, otra contribución que brinda este Trabajo Final de Graduación consiste en visualizar a la Salud Mental como un recurso de prevención necesario en la sociedad costarricense.

En la investigación **“Relación de los factores protectores con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas”**, realizada por González y Sanabria (2004), se analizaron los factores protectores relacionados con los procesos de resiliencia<sup>6</sup> en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas, proponiendo a su vez formas de intervención alternativas desde la profesión.

De acuerdo con González y Sanabria, la investigación cualitativa estuvo orientada por el método fenomenológico<sup>7</sup> y las técnicas que se utilizaron fueron: revisión documental,

---

6 “Capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, a través de un conjunto de cualidades (internas y externas) que fomentan un proceso de adaptación exitosa y de transformación a pesar de los riesgos y de la propia adversidad” (González y Sanabria, 2004; p.14)

7 La fenomenología dentro de un enfoque cualitativo, privilegia el conocimiento de la realidad, dando importancia a lo intersubjetivo y al mundo de los significados ya que todo ello tiene una relación directa con la acción (González y Sanabria, 2004).

observación participante y entrevistas a profundidad, tanto a usuarios y usuarias como a profesionales.

Las autoras, a partir de las entrevistas y de un análisis exhaustivo de la temática, elaboraron una propuesta de construcción de resiliencia, la cual es pionera en el campo de nuestra profesión. Esta propuesta enfatiza la necesidad de: enriquecer los vínculos prosociales, fijar límites claros y simples, enseñar habilidades para la vida, brindar afecto y apoyo, establecer y transmitir experiencias elevadas, brindar oportunidades de participación significativa, entre otros.

El principal aporte que brinda esta investigación (2004) es el incorporar el tema de la rehabilitación en los procesos de trabajo de los y las trabajadoras sociales con personas institucionalizadas en un centro psiquiátrico, así como la labor de defensa de derechos humanos y del objetivo de reinsertar a estas personas en la sociedad, y que se realicen esfuerzos en busca de que se recuperen aspectos importantes para la calidad de vida.

Por su parte, en la tesis realizada por Elizondo y otras (2008), con el nombre **“Reconstrucción histórica de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental”**, se analiza tanto la participación de la profesión en el marco mencionado, así como también los procesos de trabajo de la misma. Al respecto, se recuperan características del contexto nacional y de la formación académica recibida por los y las profesionales de Trabajo Social, donde se concibe que la profesión está mediada por una gran serie de determinantes como son los lineamientos de las políticas sociales y las particularidades de los modelos de desarrollo, entre otras.

Dentro de la metodología utilizada, se parte de un enfoque cualitativo: se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profesionales en Trabajo Social del Hospital Nacional Psiquiátrico, del Hospital Calderón Guardia, del Hospital San Juan de Dios, de la Clínica Solón Núñez Frutos, de la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín y de la Clínica Ricardo Jiménez Núñez.

La reconstrucción histórica que realizan las autoras se divide por décadas, para poder realizar un análisis más profundo, recuperando las mediaciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que han permeado la participación del Trabajo Social

---

en el campo de la Salud Mental y de la Psiquiatría, por lo que para efectos de sintetizar los hallazgos encontrados, se condensará de la misma manera:

En la década de 1980, se señala que se promueve la incorporación de la profesión en actividades de preservación, mantenimiento y recuperación de la Salud Mental en la población.

Además, en ese momento histórico, se indica que las labores de Trabajo Social estaban centradas en la familia de los y las pacientes y de investigar su historia, lo que se conoce como “historias longitudinales”, así como en colaborar con las y los médicos, realizar visitas domiciliarias, brindar el seguimiento de control del medicamento y la búsqueda de recursos (Elizondo y otras, 2008).

En la década de los 90, las funciones de Trabajo Social estaban dirigidas a la promoción y prevención de la salud. También hay un auge en lo socio-educativo, y en el Hospital Nacional Psiquiátrico se inaugura el Programa de Rehabilitación, producto del cambio de paradigma. Las labores específicas remiten a la búsqueda de redes familiares y sociales enfocadas a la reinserción del o la paciente a la sociedad, visualizando a la enfermedad mental como una discapacidad.

Durante los años 2000-2007, el rol de Trabajo Social parte de la valoración del contexto, siendo las acciones específicas de los y las profesionales el brindar un aporte profesional en el proceso de cambio que se busca alcanzar en la persona usuaria, estudios “sociolaborales” de personas que tienen depresión generada por algún conflicto a nivel laboral, la detección de necesidades, el manejo de referencias y el trabajo socio-educativo: se trabajaba con redes familiares y comunales, se contribuía en la potenciación de habilidades, y se coordinaba la reubicación de las personas que egresaban del Hospital Nacional Psiquiátrico, entre otras instituciones.

Uno de los principales aportes que brinda esta investigación con respecto al papel del Trabajo Social en el ámbito psiquiátrico, es que se concibe que los procesos de trabajo han estado marcados por una visión integral del ser humano, contemplando el contexto histórico en que se desarrolla - como se mencionó anteriormente -, visualizando al ser humano como un ser social y no como un ser aislado y reconociendo sus derechos; es decir, en esta investigación, al igual que en la realizada por González y Sanabria (2004), se concibe que la intervención se realiza partiendo desde un enfoque de derechos.

Por último, las investigadoras señalan que la profesión, desde décadas anteriores, ha servido para crear un vínculo entre los centros de atención médica y la sociedad, al comprender que los procesos de rehabilitación no se pueden llevar a cabo solamente dentro de una institución, sino que para propiciar una adecuada reinserción se deben incluir actores sociales externos, como centros educativos, laborales y comunales.

## **2- Reflexiones acerca del delito**

Si bien la presente investigación no está directamente relacionada con la delincuencia, las personas que han cometido un delito y que a la vez presentan una enfermedad mental son a las que específicamente se les impone una medida de seguridad curativa de internamiento, por lo que tienen condicionada su libertad. Siendo éstas medidas contempladas en el Código Penal, representan una respuesta por parte de la sociedad costarricense dirigida a personas que han faltado a la ley, pero que por su condición de inimputabilidad no pueden ser enviadas a una cárcel, sino a un centro hospitalario de carácter psiquiátrico.

Es importante recuperar investigaciones alrededor del delito capaces de brindar elementos que a su vez apoyen el análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales en Trabajo Social involucrados en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento.

En la tesis de sociología realizada por Artavia (1999), denominada **“Una reflexión sociológica de la problemática penal costarricense: ¿Ceder derechos a cambio de seguridad?”**, se realiza una relación entre lo penal y lo carcelario, enfocándose en los principales problemas del sistema penitenciario, como la sobrepoblación y el hacinamiento, el deterioro de las condiciones de vida, el desgaste de los programas de desinstitucionalización y de otorgamiento de beneficios a la población reclusa. Se realiza a la vez un análisis alrededor de lo que el autor señala como “tendencias endurecedoras de la reacción social del delito”, destacando los modelos tradicionales de la prisión.

Con respecto al delito, Artavia indica que ante la reacción social al delito existe la “solución penal” para enfrentar problemas sociales que no solamente trascienden lo punitivo, sino que –según el autor- son susceptibles de agudizarse en los estrechos ámbitos de la punición. Al respecto, se considera al problema carcelario visualizado en

cuanto a su eficacia reactiva, o sea, a su capacidad de rigor y custodia para enfrentar y disminuir la cantidad de hechos delictivos en una sociedad determinada.

Este estudio, meramente teórico, se acercó a su objeto de estudio – el problema carcelario, y en general la problemática jurídico-penal- a través del método dialéctico, al señalar que una de las principales metas de la investigación fue la indagación de los contextos del problema carcelario, buscando el análisis de la reacción social formal, para comprender la reacción social institucional (Artavia, 1999).

Dentro de las conclusiones y principales aportes que brinda esta investigación, se encuentra que existen dos posiciones referentes al delito: La primera remite a creencias en las medidas fuertes de política penal para enfrentar el problema delictivo del país, incluido el carcelario; y la segunda se refiere a la tendencia al interior de la política penitenciaria, la cual consiste en acciones de desinstitucionalización carcelaria y en alternativas a la pena privativa de libertad, pero dicha posición no está en concordancia con las propensiones endurecedoras mayoritarias de la reacción social formal e informal (es decir, con la respuesta institucional y el imaginario social colectivo hacia el delito).

Finalmente, el autor señala que debe haber una relación fundamental entre desigualdad social, dominación/poder y violencia/criminalidad, y que es esencial la comprensión no sólo de los fenómenos de ampliación de la violencia y la criminalidad, sino también del endurecimiento de las respuestas de los mismos, en el contrato de las transformaciones de nuestra sociedad.

Se concluye que el sistema penal y en particular la institución carcelaria son insuficientes para enfrentar los problemas sociales y penales de nuestra sociedad y se recomienda que desde la Sociología - entre otras disciplinas de las Ciencias Sociales - se puedan replantear los términos y procesos penales.

Por su parte, la investigación de Mora y Vargas (2001) titulada **“La cárcel: Escuela del delito o escuela para la superación personal”** gira en torno al conocimiento y la comprensión de las condiciones de vida de las mujeres privadas de libertad y los cambios experimentados en el modo de vida a partir de su experiencia carcelaria.

En dicha investigación se realizó un análisis acerca de la delincuencia en la mujer y sus consecuencias a nivel personal y familia, para lo cual se trabajó con mujeres privadas de libertad del Centro de Atención Semi-Institucional para la Mujer, recuperando los

momentos significativos de su historia personal. Lo anterior dividido en tres fases: la primera, durante la consecución del delito; la segunda, una vez ingresada al Centro Institucional el Buen Pastor y la tercera, en el Centro de Atención Semi-Institucional para la Mujer.

Dicha investigación se caracterizó por ser de carácter cualitativo realizando entrevistas a profundidad y diálogos “cara a cara” a mujeres Privadas de Libertad del Centro de Atención Semi Institucional para la Mujer, así como Guías Autoaplicadas a funcionarios y funcionarias de dicho centro.

Se aborda el servicio profesional específico de Trabajo Social, cuyos logros a nivel criminológico han tenido un “papel primordial en la atención al problema de la criminalidad, dado que fueron profesionales en este campo quienes se convirtieron en pioneros (as) de un nivel que trascendió el cumplimiento de la pena o sentencia” (Mora y Vargas, 2001: 63).

Uno de los principales aportes de esta tesis al presente Diseño de Investigación es la visualización del entorno de marginación social existente en la privación de libertad, ya que al haber una deficiente distribución de la riqueza en la sociedad, se reducen considerablemente las oportunidades para diversos sectores poblacionales, generando a su vez desigualdad social, común detonante en el cometimiento de un delito. Por otro lado, se considera que la concientización de las personas privadas de libertad, así como el apoyo familiar y social, son elementos fundamentales para la reinserción de las mismas en la sociedad, debido a que ambas se consideran vitales para la integridad personal y la prevención de riesgos (Mora y Vargas, 2001).

Se señala la existencia de estrategias para poder salir adelante y poder insertarse de nuevo en la sociedad, las cuales dependen del apoyo social y familiar hacia las personas *infractoras* y también del aprovechamiento de herramientas que brindan una serie de instituciones (entre ellas el Instituto Mixto de Ayuda Social, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Ministerio de Educación Pública y distintas Organizaciones No Gubernamentales).

Aunque en esta investigación no se recupera teóricamente el concepto de *rehabilitación*, se considera que la institución penitenciaria puede tener un efecto rehabilitador y de crecimiento personal en los individuos, además de contemplar el apoyo familiar y social

como aspectos de gran importancia en la resocialización, lo cual representaría un esfuerzo integral rehabilitador en torno a la persona que ha delinquido.

A pesar de ser una investigación en torno a los procesos penales dirigidos a la población femenina, la concepción del delito, así como la influencia de la resocialización de las personas que han delinquido están relacionadas directamente con el presente estudio, ya que aunque son poblaciones diferentes, ambas tienen una condición estipulada en el Código Penal y son poblaciones doblemente excluidas: mujer-privada de libertad y persona con enfermedad mental en conflicto con la ley.

En relación con el estudio de las políticas referentes al delito en Costa Rica, el Trabajo Final de Graduación realizado por Devandas (2006), titulado **“Estrategias de prevención del delito del Programa de Gobierno 2006-2010 en materia de prevención de la delincuencia”**, de la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica, elabora un análisis de la respuesta política e institucional por parte del Estado costarricense hacia la delincuencia y considera que en la agenda pública ha tomado centralidad el tema de la (in)seguridad ciudadana como sinónimo de las políticas criminológicas.

La autora señala que la política criminal tiene un carácter represivo al tener el interés de alejar y castigar al *enemigo*, es decir, a las personas que delinquen, y a la vez proteger a las y los ciudadanos frente a éste. Se concibe además, que esta postura del control penal, propulsora de la analogía: *a mayores penas, menos delitos*, es también un reflejo del imaginario social costarricense frente a la delincuencia o (in)seguridad ciudadana.

Coincidiendo con Artavia (1999), la autora se cuestiona la validez de la ideología que apoya la noción de que la delincuencia se va a evitar con el simple reforzamiento de la legislación penal, ya que se considera que el derecho penal debe ser el último recurso y sólo debe usarse cuando ya no se encuentre otra solución.

Por otro lado, se pone en evidencia que la participación del sistema penal en la prevención del delito, representa un tipo de prevención represiva, mediante la cual se ejerce fundamentalmente control social sobre las personas que son valoradas como “delincuentes en potencia.”

Ante esto, se considera que "(...) el Estado no debe castigar a quienes no brindó condiciones necesarias para vivir" (p.4), ya que la delincuencia responde a un contexto



y sistema económico, el cual sigue aumentando las brechas sociales junto a la violencia, exclusión y pocas oportunidades que se le brinda a la población.

Al respecto, en la investigación, Devandas concluye que existe un vacío en el país en materia de prevención ante dichas acciones, y que esto no ha ocupado un papel privilegiado, sino que por el contrario, se han contando con lineamientos poco estructurados en esta materia, y además se ha tendido a utilizar medidas represivas y simplistas ante el fenómeno de la delincuencia.

Los principales aportes que presenta esta investigación son: primeramente, la existencia de un control social-penal en la sociedad costarricense como respuesta al delito, el cual se basa principalmente en la seguridad/inseguridad ciudadana, postergando la discusión sobre el contexto global de las personas que infringen la ley (sus condiciones sociales, económicas, culturales, de salud mental, las consecuencias de las penas privativas de libertad, las razones que propiciaron el delito, entre otros).

En segundo lugar, otro aspecto que interviene tanto en la normativa costarricense como en el imaginario societal es que se considera que a mayores penas menos violencia, dejando de lado la prevención del delito de manera inclusiva.

Por último, la temática de exclusión social es relevante, ya que las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad curativas de internamiento en un hospital psiquiátrico son imposiciones distintas, pero restringen la libertad de tránsito de las personas que las poseen, y las condiciones de las mismas están rodeadas de estigmas y prejuicios sociales que afectan no sólo personalmente, sino familiar y comunalmente.

Lo anterior es de gran importancia, ya que es uno de los aspectos que permean la realidad de las personas en esta situación, y por ende, a los procesos de trabajo que inciden en la atención de esta población.

Siguiendo una línea similar, Guevara (2006) en su investigación **“Inflexiones teórico-críticas sobre Redes Sociales, su particularidad en la ejecución de las sanciones alternativas impuestas a la población penal juvenil”**, de la Escuela de Trabajo Social del mismo centro universitario, realiza un estudio teórico-crítico sobre “redes sociales” y sus expresiones particulares en el proceso de ejecución de las sanciones alternativas impuestas a la población penal juvenil.

Desde el punto de vista teórico-metodológico, la investigación estuvo orientada por la perspectiva crítico-dialéctica, “la cual se sustenta en la teoría social fundada por Marx y profundizada por Lukács, que comprende la realidad como totalidad concreta, como procesualidad social e histórica y en la que se reconoce el trabajo como categoría fundante del ser social” (Guevara, 2006: 25).

Las técnicas utilizadas para recopilar la información fueron principalmente la revisión bibliográfica y la construcción de mapas de “redes”, así como la entrevista grupal enfocada y la entrevista semi-estructurada.

Con respecto a la política estatal, la cual es el aporte más representativo de esta tesis, Guevara al igual que Devandas (2006), señalan que la ineficiencia de la legislación y atención de la delincuencia se debe al carácter represivo y punitivo del marco legislativo, que en lugar de prevenir el delito, por el contrario presiona de alguna manera a la población a participar de actividades ilícitas.

Además, desde una visión dialéctica de la realidad, el autor señala la importancia de realizar un análisis basado en el contexto, al explicar la delincuencia como el producto de una expresión singularizada de la “cuestión social”, la cual afecta al sector de población que en su investigación en particular señala a los y las jóvenes.

La investigación concluye que en lo relacionado con la política social dirigida a la atención de la delincuencia en nuestro país, los derechos humanos, si bien no son eliminados, son entonces instrumentalizados por los intereses del capital. Además, dicha política se descubre como una “política precarizada e incipientemente privatizada en términos de su orientación a la re-filantropización, no así a la mercantilización” (Guevara, 2006: 268).

Se abstrae como principal aporte la necesidad de realizar transformaciones y de visualizar críticamente la legislación nacional respecto a las sanciones en función del orden social, así como de retomar la necesidad de partir de un enfoque de análisis de los derechos civiles de las personas que son tachadas como “delincuentes”, y en el caso de la presente de investigación, de “delincuentes con una enfermedad mental”, lo cual repercute en la exclusión social.

La tesis **“Análisis histórico del Trabajo Social Criminológico en Costa Rica”**, realizada por Chinchilla (2007), presenta reflexiones acerca de las políticas

criminológicas de tipo social, así como también aborda lineamientos generales que han influido en la formación del Trabajo Social como profesión en la sociedad costarricense.

Esta investigación descriptiva-informativa se fundamenta en el desarrollo de procedimientos metodológicos cualitativos, presenta entrevistas estructuradas y el análisis de la información se realiza mediante la “triangulación de técnicas”.

En relación con las políticas sociales de tipo criminológico, se considera que las mismas se derivan de las sociales para conformar las denominadas políticas sociales de tipo criminológico, las cuales responden a un momento histórico en un lugar determinado y están dirigidas hacia una sociedad establecida, lo cual a su vez influye en lo que se estipula como delito y lo que no es delito.

Al respecto, se señala también que las políticas sociales de tipo criminológico son afectadas por aspectos culturales y por intereses de la clase burguesa hacia el proyecto de sociedad establecido.

Se concluye entonces que la política social debe tener como principal objetivo potencializar las habilidades de los (as) privados (as) de libertad en función de lograr una aceptación positiva de su familia y comunidad, así como prevenir futuros hechos delictivos, tratando de respetar y cumplir los derechos humanos de la población beneficiaria. El desempeño de los (as) profesionales en Trabajo Social se basaría en la protección de los derechos humanos de la población atendida.

Siguiendo la misma línea temática, la investigación realizada por Kester (2007), **“Trabajo Social Criminológico: aportes desde la Criminología Crítica”**, tiene como referencia –como lo indica su título-, la Teoría Crítica, las corrientes de la Criminología Tradicional y de la Criminología Crítica, teniendo como principal propósito el “identificar, a partir de la criminología crítica y de los lineamientos políticos y legales de la intervención profesional, nuevos espacios posibles de intervención del Trabajo Social criminológico con el fin de aportar a la comprensión de los procesos de trabajo y al posicionamiento teórico-metodológico de la profesión en el ámbito de la criminología” (p. 18). Esto la autora lo realiza con base en el análisis de tres componentes: la Criminología; la Criminología Crítica y el Trabajo Social.

Kester (2007) realiza un estudio principalmente teórico, pero además, el mismo se complementa por medio de entrevistas semi-estructuradas con el aporte de personas

profesionales en Trabajo Social que ocupan puestos de jefatura tanto en el Departamento de Trabajo Social y Psicología del Poder Judicial, como en la Dirección General de Adaptación Social.

En esta investigación se señala que el Estado, con el aporte e intervención de los y las distintas profesionales y más aún del Trabajo Social, debe diseñar y desarrollar programas y proyectos de prevención, al considerar indispensable la elaboración de estrategias en ésta área en contraposición con el orden represivo, en el cual el gobierno invierte actualmente más dinero y esfuerzos.

Uno de los principales aportes de esta investigación es la reflexión acerca del imaginario colectivo presente en el país y referente a la aplicación de políticas de “mano dura” con el objetivo de que las mismas disminuyan la criminalidad, pero que reflejan una realidad contraria, ya que en la cotidianidad aumentan (Kester, 2007).

Respecto de lo anterior, se considera prudente aprovechar los espacios de discusión generados en torno a la promulgación de nuevas leyes penales que permitan ampliar la reflexión nacional acerca de la criminalidad y posibilitar respuestas asertivas, evitando así el desembocar en reformas penales parciales que tiendan a aumentar la problemática en vez de disminuirla.

### **3- Las medidas de seguridad como consecuencia penal en Costa Rica:**

La conceptualización y reconstrucción histórica de las medidas de seguridad se considera un tema prioritario para la presente investigación. Al respecto, se analizaron investigaciones realizadas en la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica, ya que como disciplina, le corresponde históricamente dicha temática.

La investigación **“Análisis crítico de la problemática del Hospital Nacional Psiquiátrico con respecto a los pacientes que tienen impuesta una medida de seguridad curativa o cautelar de internamiento”**, presentada por Cedeño y Oviedo (2004), consiste primeramente en realizar una reconstrucción de los aspectos técnicos jurídicos en materia penal sobre la culpabilidad y sus consecuencias, analizando las causas de la inimputabilidad en el ordenamiento jurídico costarricense; la investigación se enfoca seguidamente en el nacimiento de las medidas de seguridad curativas como figura del derecho penal, su procedimiento y organización en Costa Rica, y los

problemas que se dan en el ámbito judicial, social y hospitalario en relación con dichas medidas.

Los denominados “métodos” utilizados en la tesis de Cedeño y Oviedo (2004) constituyen el Teórico-Práctico, el Hipotético-Deductivo, y el Estudio Normativo<sup>8</sup>.

Uno de los aspectos más relevantes de esta investigación, dentro de sus conclusiones, es que el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) fue diseñado y construido para funcionar como institución médica al servicio de las personas con enfermedades psiquiátricas, por lo que se concibe que su infraestructura y seguridad son inadecuadas para contener a la población con medidas de seguridad curativas de internamiento. Se considera además como una de las finalidades de dichas medidas, al igual que las penas privativas de libertad, el restringir al sujeto su libertad de tránsito. Por tal motivo, se recomienda desde esta investigación que sean el Ministerio de Justicia y propiamente la Dirección General de Adaptación Social las entidades encargadas de ubicar adecuadamente a esa población.

La investigación realizada por Soto (2005), denominada **“Las medidas de seguridad como forma de control social en Costa Rica”**, analiza a las medidas de seguridad desde una perspectiva histórica en Costa Rica. Argumenta acerca del concepto, la naturaleza jurídica, la clasificación, la regulación jurídica al respecto, los sujetos y procedimiento de aplicación de las medidas, entre otros.

En esta investigación se menciona que la metodología empleada fue la “teórica-práctica, utilizando la teoría de las medidas de seguridad y el conocimiento de la práctica por medio de entrevistas y análisis de casos” (p.4).

El principal aporte que realiza este estudio es el análisis con respecto a las medidas de seguridad como una medida de control social en el país, y se considera además que pueden ser violatorias de los derechos humanos. Además, se concluye que la existencia de normas de este tipo provocan la incidencia de errores en la práctica, como lo es la imposición de medidas de internamiento indeterminadas; es decir, se prestan para que los Tribunales impongan sanciones ilimitadas.

---

<sup>8</sup> Se señalan convenios, tratados y recomendaciones de carácter internacional y nacional, que existen sobre el tema en particular (Cedeño y Oviedo, 2004).

Con relación a las violaciones de derechos humanos, en la investigación se evidencian algunos casos y en una sentencia específicamente. En esta última, la violación del debido proceso<sup>9</sup> y de derechos constitucionales es clara, “ya que no sólo deja indeterminado el tiempo de duración de la medida, sino que ordena el internamiento y deja a facultad del (a) psiquiatra y del hospital, la decisión de mantener el internamiento o aplicar una medida ambulatoria, trasladando las facultades que no está en condición de ceder, ya que le han sido conferidas constitucionalmente a la figura del (a) juez (a)” (p.256).

Por su parte, el estudio **“Medidas de seguridad y derechos humanos: realidades contrapuestas”**, realizado por Bustos y otras (2008) refiere al tratamiento de las enfermedades mentales a través de la historia, tanto a nivel internacional como costarricense y estudia además, la conceptualización y características de los derechos humanos. Por otra parte, se analizan los alcances de la culpabilidad, imputabilidad<sup>10</sup> e inimputabilidad<sup>11</sup>, el origen de la pena, las diversas teorías desarrolladas en torno a la figura y finalmente el origen, concepto y características de las medidas de seguridad, los tipos existentes, su aplicación de acuerdo con el Código Penal y el Código Procesal penal, y el tratamiento jurisprudencial respecto al tema.

Además en esta investigación, se analizaron derechos humanos de las personas con medidas de seguridad, y los contemplados fueron: salud, integridad psicofísica, libertad y seguridad personal, resocialización, acceso a la justicia, proporcionalidad, dignidad, igualdad, inocencia, mínima intervención del Estado y petición.

El desarrollo del Seminario de Graduación no determina el tipo de estudio que es, y el mismo se llevó a cabo “mediante la consulta de material bibliográfico y de la Internet, de entrevistas a distintos funcionarios del Hospital Nacional Psiquiátrico y del Complejo de Ciencias Forenses, visitas al Hospital Nacional Psiquiátrico y Hospital Dr. Roberto Chacón Paut y de análisis por parte del grupo a cargo de la investigación” (p.6).

---

9 “La esencia de un Debido Proceso radica en que se respeten los preceptos legales que asisten a un individuo, sometido a un proceso, por tal razón dichas normas deben ir encaminadas a garantizar a ese ciudadano su dignidad humana” (Código Procesal Penal de Costa Rica; p.01).

10 “La imputabilidad penal implica que una persona sea pasible de ser sancionada como sujeto activo de los delitos previstos en el Código Penal” (Burgos, 2005).

11 “[Se aplica en] Quien en el momento de la acción u omisión no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo ocasional o involuntario de bebidas alcohólicas o sustancias enervantes” (Artículo 42, Código Procesal Penal).

Sin embargo, lo que presenta esta investigación es una reconstrucción histórica de las medidas de seguridad y no contiene ningún apartado dirigido exclusivamente al análisis de las entrevistas, solamente se describen los y las profesionales a las que se entrevistó.

La principal contribución que presenta dicho seminario, es el concluir que existen diversos derechos que se le han irrespetado a las personas diagnosticadas con una enfermedad mental a lo largo de la historia, y con respecto a las medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, se considera que limitan y restringen la libertad personal de los sujetos, los (as) mantiene alejados (as) de la sociedad por un período considerable, y castiga a la persona en sí misma y no por el hecho cometido.

Se concluye además, que las y los enfermos mentales sujetos a medidas de seguridad carecen de mecanismos procesales adecuados para impugnar las mismas y los recursos de protección a los derechos humanos fallan en su tarea de velar por los derechos individuales de las personas, ya que por ser este un sector excluido de la sociedad, muchas veces se carece de redes de apoyo familiares que atiendan sus intereses, así como de educación y comprensión necesaria para interponer estas acciones.

Por último, se señala entre diversos elementos, que las decisiones de los (as) jueces (zas) de ejecución de la *pena* –indicando que los castigos son tratados jurídicamente como penas- son inapelables y cada revisión rechazada significa para la persona seis meses más de encierro en un Hospital Psiquiátrico.

En la tesis realizada por Hernández (2008) para obtener el posgrado de Especialidad en Administración de Servicios de Salud, del Instituto Centroamericano de Administración Pública, denominada “**Análisis del impacto que genera en el Hospital Nacional Psiquiátrico el internamiento de medidas de seguridad**”; realiza un análisis alrededor del impacto económico, laboral y social del internamiento de medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período febrero 2007 a diciembre 2007. El análisis se realiza de acuerdo al tipo de delito, Juzgado que emite la medida, diagnóstico psiquiátrico, tipo de medida, duración de la medida, consecuencias para el Hospital, y costos de los internamientos dictados por orden judicial.

El estudio mencionado es de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal, realizado post facto mediante un estudio de campo que incluye una población total de 129 usuarios y usuarias ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, en el período comprendido

entre febrero 2007 y diciembre 2007, sujetos a medidas de seguridad de internamiento hospitalario.

El principal aporte de dicho estudio al presente Diseño de Trabajo Final de Graduación es considerar que en función de la defensa de los derechos de las y los usuarios hospitalarios por causas psiquiátricas y del personal del centro hospitalario, el Ministerio de Justicia y Paz construya finalmente un pabellón o albergue penitenciario para el manejo de la custodia judicial de los sujetos a Medidas de Seguridad que se encuentran compensados (as) y libres de síntomas agudos de su enfermedad, pero que están sujetos a una Medida de privación de libertad por orden Judicial, proyecto que durante más de 30 años había planteado el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Al respecto se señala que la persona sujeta a una medida de seguridad, debería estar en un albergue propicio, con condiciones para su rehabilitación, durante el tiempo de la sentencia judicial, y cumpliendo una función cautelar que no corresponde a las condiciones de un hospital psiquiátrico general, esto debido a que se concibe que los criterios de curación en psiquiatría difieren del concepto de tratamientos a largo plazo, según el modelo de las penas que establece el criterio judicial.

Se concluye además, que el Sistema Nacional de Salud estaba asumiendo costos de operación que le correspondían al Ministerio de Justicia y Paz, institución encargada de la función custodial de los indiciados y sentenciados por orden judicial.

Por último, se concibe que la conducta delictiva y los trastornos de conducta que presentan los y las usuarias sujetas a medidas judiciales de internamiento atentaban contra los derechos humanos de los y las funcionarias y de los y las usuarias internadas en el Hospital por causas psiquiátricas.

Otro estudio que va en una línea similar, es el realizado por Desanti (2010), llamado **“La medida de seguridad de internamiento y su indeterminación temporal como violatoria al principio de seguridad jurídica”**, el cual investigó alrededor de las medidas de seguridad de internamiento y el principio de seguridad jurídica, realizando primero una aproximación histórica de la temática, la relación existente entre el Derecho y la Psiquiatría respecto a dichas medidas, y la inconsistencia práctica en la imposición indeterminada de la medida de seguridad de internamiento en un Hospital Psiquiátrico en el país.



El método utilizado para este estudio fue el “teórico- práctico”, con el cual se pretendió analizar la teoría existente sobre las medidas de seguridad y la práctica sobre la real aplicación de las mismas.

El principal aporte que brinda esta investigación es plantear que efectivamente, las medidas de seguridad curativas de internamiento son indeterminadas, que el discurso responde a un tratamiento terapéutico, pero que en la práctica se ha evidenciado una ausencia de seguimiento y control por parte de las autoridades judiciales y psiquiátricas, lo que hace asumir el carácter potencialmente perpetuo de éstas medidas, atentando así contra la seguridad jurídica y de manera más específica, contra la prohibición de perpetuidad de la pena.

Al respecto, se proponen tres aspectos: primeramente, al igual que las penas dirigidas a los sujetos imputables, las medidas de seguridad dirigidas a los sujetos inimputables deben tener una limitación temporal; segundo, la duración de la medida de seguridad debe basarse en los límites máximos de pena a imponer en el delito cometido, para que su sanción no sea desproporcionada. Finalmente, debe existir un mayor control respecto de las medidas de seguridad, esto en cuanto a la revisión periódica que deben hacer los jueces sobre la salud mental del inimputable, ya que en caso de una variación positiva en la salud mental del sujeto, el mismo no tenga que mantenerse interno (a) en un Hospital Psiquiátrico más tiempo del necesario.

#### **4- Procesos de trabajo**

Es fundamental exponer esta categoría para contemplar los procesos de trabajo de la profesión como el eje trascendental en esta investigación, y así analizar la participación profesional que ha tenido Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental en el escenario institucional costarricense.

En la tesis de Arias y otras (2008), titulada **“Reflexiones críticas acerca de la dimensión ético-política del Trabajo Social en el Sistema Penitenciario de Costa Rica: Centro de Atención Institucional La Reforma”**, se realizó una investigación con el objetivo de explicitar las innovaciones y transformaciones en los procesos de trabajo desarrollados por los y las profesionales en Trabajo Social, a partir de lo que

indica la Ley de Justicia Penal Juvenil con el fin de conocer el ámbito de competencias y atribuciones de la profesión en la atención a la población Penal Juvenil.

Las autoras realizaron un estudio descriptivo y posteriormente un análisis de la Ley Penal Juvenil y las atribuciones que ésta le asigna a Trabajo Social; además efectuaron entrevistas semi-estructuradas a distintos (as) profesionales del Equipo Técnico de los Subprogramas Adulto Joven, Red de Apoyo, Sanciones Alternativas, y del Departamento de Investigación y Estadística.

Con esta investigación, se logró determinar que la Delincuencia Juvenil está influida por el contexto en el que se desenvuelven las personas menores de edad, así como por las características propias de la adolescencia que los y las expone a condiciones de mayor vulnerabilidad.

Respecto a los procesos de trabajo de la profesión dentro del Programa Nacional de Atención a la Población Penal Juvenil se señala que las profesionales denotan un gran compromiso con la población, así como el esfuerzo por desarrollar procesos de evaluación y de discusión sobre las manifestaciones de la “cuestión social”<sup>12</sup>, las cuales afectan directamente a la población sujeta de estudio.

Se tomaron en cuenta las tensiones, demandas y exigencias sociales, institucionales y profesionales en el análisis de las mediaciones presentes en los procesos de trabajo de Trabajo Social, partiendo desde los dilemas éticos y posiciones políticas inmersas.

Al respecto, se evidenció una dificultad profesional de trascender a valores emancipadores, ya que responden a condicionantes institucionales, sociales y estatales dominantes, impuestas a partir de un sistema normativo basado en una ética tradicional, lo cual les imposibilita el reconocimiento de su dimensión política, y a la vez los disgrega de la ética sin vinculación dialéctica.

Es importante señalar que el análisis de los procesos de trabajo trasciende lo técnico – operativo, y se vincula con lo económico, estructural, político e institucional de un tema de estudio, que en ésta investigación representa a las personas privadas de libertad.

---

12 “...es parte constitutiva de la reproducción capitalista y no puede ser estudiada fuera de su significado en la lucha de clases; es decir, no existe una nueva “cuestión social”, sino una vieja causalidad (contradicción capital/trabajo) con nuevas expresiones” (Netto, 2002).

En la investigación **“Propuesta de proyecto para la atención de la condición materno-infantil de la población penal femenina en Costa Rica”** de Farah y Mora (2010), se realiza un análisis de los procesos de trabajo profesional del Ámbito Casa Cuna del Centro de Atención Institucional “El Buen Pastor” con el objetivo de determinar la correspondencia con las necesidades y demandas de la población penal femenina y sus hijos e hijas. La investigación plantea una propuesta de proyecto que incorpore dichos elementos, para lo cual elabora una reconstrucción histórica del Ámbito Casa Cuna del Centro de Atención Institucional “El Buen Pastor”, además de indagar y argumentar en relación a las necesidades de las Mujeres Privadas de Libertad y sus hijos o hijas que cohabitan en la misma institución.

Las autoras realizaron una investigación y propuesta de proyecto con base en el fundamento histórico-crítico, y a su vez realizaron: análisis de discursos, mapeo de actores sociales, triangulación de la información, entrevistas semi-estructuradas, grupos de discusión, entre otros.

Como aporte importante, señalan que respecto a la estructura organizativa de los procesos de trabajo del Centro Institucional “El Buen Pastor”, se evidencia la existencia de un elevado grado de formalidad debido a que cada profesional realiza las labores requeridas por la normativa institucional y por ende, la autonomía profesional se ve limitada; en estos espacios, el equipo técnico tiene preestablecidas las situaciones que atiende y los lineamientos que debe seguir para atender dichas manifestaciones de la “cuestión social”, según los recursos con que cuenta la institución.

Un aporte relevante, es que concibe a los procesos de trabajo como aspectos que no sólo contemplan lo técnico-operativo, sino que se caracteriza por ser un estudio en relación a tres componentes: el objeto de estudio, los medios del trabajo y el producto de éste.

Respecto a lo anterior, refiere a que el análisis mencionado involucra una recuperación política, económica, institucional, teórica-metodológica y ética-política de los procesos de trabajo, tanto de Trabajo Social, como de otras profesiones que intervienen en la temática, en esta investigación específica, en torno a la maternidad y a la privación de libertad de las mujeres.

Por su parte, un análisis de la particularidad de los procesos de trabajo profesional lo realizan Maroto y otros (2010), denominado **“Procesos de trabajo frente a situaciones**

**de violencia contra las mujeres – una reconstrucción crítica desde el Trabajo Social**”. Esta investigación se relaciona específicamente con situaciones de violencia contra las mujeres en instituciones estatales de Costa Rica, a partir del reconocimiento de las transformaciones históricas de la sociedad costarricense y el Estado, con el propósito de aportar al debate crítico del ejercicio profesional.

Desde un análisis ontológico<sup>13</sup> de la realidad, en esta investigación se realizaron entrevistas a profundidad, revisión bibliográfica y triangulación de la información.

Uno de los principales aportes que presenta este estudio es que existen procesos de trabajo en los cuales Trabajo Social se inserta, y el abordaje de la violencia contra las mujeres es uno de ellos, representando la intervención del Estado. Por su parte, el análisis de los procesos de trabajo en situaciones de violencia contra las mujeres en las instituciones en estudio permitió identificar que los fundamentos que en ellos subyacen poseen una racionalidad formal abstracta, la cual limita la aprensión del objeto de trabajo en su totalidad, así como la recuperación de las mediaciones y determinaciones históricas que lo comprenden.

Por su parte, la investigación “**Intervención profesional en el Sistema Penitenciario Nacional: injerencia de actores privados**” de Castro y otras (2011), realiza un análisis contextual que evidencia los cambios socio-históricos mediante entre el Estado y la política social costarricense durante el período comprendido entre 1970 y el 2011. Además, se analiza la intervención profesional desarrollada con la población privada de libertad.

Acorde con las investigadoras, el estudio se fundamenta en el materialismo dialéctico, el cual coloca la realidad como histórica, cambiante y contradictoria, y se recuperan mediaciones para lograr un análisis profundo de la temática.

De acuerdo al desarrollo del estudio, la intervención profesional en el Sistema Penitenciario Nacional se realiza desde Equipos Técnicos Interdisciplinarios conformados principalmente por profesionales y personas técnicas en Educación, Salud, Derecho, Trabajo Social, Orientación y Psicología, teniendo como principal objetivo el

---

13 “...conjunto de teorías que comparten la tesis según la cual sólo podemos conocer la realidad como parte del proceso de nuestra existencia, así el conocimiento, sus posibilidades y condiciones, debe ser aclarado en tanto proceso a partir de la historia concreta de los hombres [y las mujeres]...” (Lessa, 2000; p.205)

analizar a cada persona privada de libertad en función de sus necesidades de atención técnica. Además, las autoras recuperan que la finalidad de esta atención constituye el desarrollo de habilidades para la vida y el procurar la comprensión – por parte de la persona sentenciada – de los aspectos sociales y personales que incidieron en la comisión de la conducta criminal.

Se señala también que la atención técnico-criminológica partirá del concepto de la persona como un ser integral y para el cual se requerirá un abordaje tanto disciplinario como interdisciplinario, dentro del marco del respeto a los derechos humanos.

En la investigación se concluye que en el escenario del Sistema Penitenciario Nacional los procesos de trabajo de los y las trabajadoras sociales se relacionan con la reducción del deterioro que produce la privación de libertad a una persona y con el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y el uso adecuado del tiempo libre.

Como principal aporte, esta investigación plantea la inmersión de los y las profesionales en un marco institucional, permeando su accionar profesional de mediaciones y contradicciones a nivel institucional, político y social, y desarrollando una intervención usualmente en conjunto con otras disciplinas, con la finalidad de cumplir con los objetivos de la misma.

En el Seminario de Graduación de Delgado y otras (2001), llamado “**La construcción pública de las familias en Costa Rica**”, se analizan los procesos de trabajo en Trabajo Social en el ámbito familiar, a la luz de la construcción pública y su expresión en las políticas sociales.

Se argumenta que el tipo de estudio fue descriptivo-analítico, lo cual permitió la reconstrucción de los procesos de trabajo profesional con las familias y el análisis de la construcción pública de las familias, a partir de la aprehensión de la política social y los aportes de distintas trabajadoras sociales, esto dirigido a cuatro sectores específicos desarrollados por las autoras: el “Sector social y lucha contra la pobreza”, el “Sector “Educativo”, el “Sector Salud” y el “Sector de Trabajo y Seguridad Social”.

Según las investigadoras, la profesión Trabajo Social adquiere diferentes particularidades que la hacen necesaria en los distintos centros de trabajo, por lo cual las profesionales deben innovar en espacios hasta ahora poco explorados y recuperar los

que se han perdido, como lo es caso de la participación en procesos de planificación a nivel de políticas y de gerencia de proyectos no netamente sociales.

Se considera además, que el trabajo profesional es fuente de reflexión acerca de la ejecución de la política social; por lo tanto, se identifica que los procesos de trabajo se encuentran relacionados de manera directa e indirecta con la elaboración, ejecución y evaluación de la política social.

En la autonomía desarrollada por las profesionales que trabajan -en este caso particular- con las personas y las familias, se manifiesta la definición de prioridades y la decisión sobre las formas de llevar a cabo sus labores, a pesar de que se pueden presentar una serie de lineamientos y directrices institucionales para intervenir ante determinada problemática.

La investigación concluye que los y las profesionales en Trabajo Social, en el desarrollo de sus procesos de trabajo, deben tener un posicionamiento teórico-metodológico y ético-político crítico que permita la aprehensión de las manifestaciones de la "cuestión social" en la sociedad, resultado de las secuelas del modo de producción capitalista, el cual a su vez genera relaciones desiguales y condiciones de pobreza en las familias y en sus miembros.

Dentro de las recomendaciones de la investigación, se menciona que desde los centros laborales se analicen los procesos de trabajo desarrollados y cómo estos incentiven -en este caso- la participación de las familias y fomenten su empoderamiento ante la exigibilidad de derechos. Para lo anterior, se considera significativa la participación del Colegio de Trabajadores Sociales y las instituciones rectoras en dicha materia.

El Seminario de Graduación realizada por Angulo y otras (2011), titulado “**Estudio de la categoría trabajo en la formación académica de la profesión de Trabajo Social, desde la perspectiva de las estudiantes**” realizó un análisis que identifica los principales elementos que dan pie a la incorporación de la categoría *trabajo* en el proceso de formación académica de la profesión de Trabajo Social.

La metodología utilizada se basó principalmente en la revisión bibliográfica y en entrevistas semi-estructuradas realizadas a estudiantes de distintas generaciones de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.

Como resultado de este proceso investigativo, se obtiene que la categoría trabajo es tomada como un elemento importante en la formación académica de Trabajo Social, para el análisis del movimiento de la realidad social. Sin embargo, la realidad social debe ser articulada con otras categorías que contribuyan y brinden una perspectiva de totalidad de las condiciones y relaciones sociales en las que está inmerso el ser social en un contexto socio-histórico determinado. Además, se identificó a la categoría trabajo como una de las fundamentales para la comprensión de las relaciones sociales.

En la investigación, se considera la convivencia actual en un escenario complejo y dinámico en el que emerge una acentuación de las manifestaciones de la “cuestión social” conforme se va agudizando la crisis del capitalismo, lo cual representa una serie de desafíos para la profesión de Trabajo Social. Por lo tanto, la profesión debe contar con herramientas sólidas que le posibiliten responder adecuadamente a la hora de desarrollar procesos de formación de profesionales.

A partir de esto, las autoras indican que la Escuela de Trabajo Social ha considerado pertinente definir ejes transversales o bien categorías de análisis que contribuyan a la articulación de la docencia, acción social e investigación, dentro de los cuales se mencionan las organizaciones y movimientos sociales, la política social, el trabajo profesional, los Derechos Humanos civiles, sociales, culturales, políticos, económicos y la categoría trabajo. Este último eje trasversal, se señala como aquella categoría fundante del ser humano social (Plan Estratégico 2006-2010:27-30).

### **Balance Final de las investigaciones analizadas:**

La revisión bibliográfica permite concluir que no existen investigaciones en Trabajo Social que analicen específicamente las medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental desde ninguna perspectiva, ni particularmente los procesos de trabajo de la profesión vinculados a éstas.

Dos de los principales aportes que brindan las investigaciones referentes al tema de la Salud Mental es que la misma, junto con la autoestima y la comunicación, se relacionan entre sí; y que el expresar sentimientos es una alternativa para promover la salud integral. Con relación a la Psiquiatría y el Trabajo Social, se destaca que la intervención de la profesión en esta área se ha realizado partiendo de un enfoque de derechos, en el cual se ha incorporado el concepto de resiliencia a la rehabilitación.

Otro aspecto de gran importancia es el protagonismo que ha tenido Trabajo Social en el ámbito psiquiátrico costarricense, caracterizado por marcar una pauta a favor de los y las usuarias, de sus derechos humanos y de la inclusión social (Elizondo y otras, 2008; González y Sanabria, 2004; y Alfaro y Guerrero, 2010).

Respecto a la respuesta estatal frente al delito, resalta el análisis en torno al imaginario social costarricense de la inseguridad/seguridad ciudadana, reflejado en las creencias de tomar medidas fuertes de política penal (Artavia 1999).

Se concibe la política criminal a modo de colectividad y con carácter represivo, con la noción de que el endurecimiento de las penas genera menos delitos (Devandas, 2006), sin tomar en cuenta que la privación de libertad tiene un entorno de marginación y desigualdad social, producto de la falta de oportunidades y de la inequitativa distribución de la riqueza propia del sistema capitalista neoliberal (Mora y Vargas, 2001).

Partiendo de lo anterior, las investigaciones consultadas problematizan la política social dirigida a la atención de la delincuencia, ya que la misma se encuentra precarizada y hasta privatizada, puesto que los derechos humanos son instrumentalizados por los intereses de la clase dominante (Guevara, 2006). Contrario a esto, se concibe como objetivo de las políticas sociales de tipo criminológico el potenciar las habilidades de las personas privadas de libertad a fin de lograr una aceptación de su familia y comunidad en función de los derechos humanos, desarrollando a la vez programas y proyectos de prevención, en contraposición al orden represivo con el que responde la sociedad ante la criminalidad (Chinchilla, 2007; Kester, 2007).

Con relación a las investigaciones referidas al tema de las medidas de seguridad curativas de internamiento consideran a las mismas como violatorias de los derechos humanos, y las señalan como medidas que “castigan” a la persona en sí misma y no a partir del hecho cometido, a pesar de ser personas consideradas “inimputables”. Lo anterior refleja una contradicción en la cotidianidad, puesto que la inimputabilidad como término refiere precisamente a la no culpabilidad de la persona (Soto, 2005; Bustos y otras, 2008; y Desanti 2010).

Se considera además a las medidas de seguridad como medidas de control en Costa Rica, ya que las mismas presentan una ausencia de seguimiento, lo que atenta contra la



seguridad jurídica y contra los derechos humanos de las personas a las que se les impone (Soto, 2005 y Desanti, 2010).

Otro aspecto a considerar, es la dicotomía institucional que ha habido en torno a las personas con medidas de seguridad curativas entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Justicia, planteando la necesidad de construir un espacio exclusivo para ellas (Cedeño y Oviedo, 2004; y Hernández, 2008).

Al respecto, se ha referido a la infraestructura del Hospital Nacional Psiquiátrico como un centro de salud inicialmente diseñado con una visión de rehabilitación con espacios abiertos - contraria una institución de carácter carcelario - donde las personas compartían los distintos espacios del Hospital independientemente de su padecimiento o condición legal (Hernández, 2008). Haciendo énfasis en la investigación de Farah y Mora (2010), existe una similitud con el planteamiento del presente Diseño de Investigación, específicamente en lo que refiere al análisis de los procesos de trabajo, ya que se pretende trascender de lo cotidiano y de lo técnico-operativo, tomando en cuenta los elementos necesarios para realizar un análisis de procesos de trabajo<sup>14</sup>. Este análisis tomaría como válida cualquier tipo de participación de la profesión al realizar la investigación; es decir, el profundizar en los procesos de trabajo no implica el asumir a priori que Trabajo Social está inmerso o que el mismo tiene un papel protagónico, es precisamente su existencia la que se pretende descubrir y analizar a lo largo de la investigación. Sin embargo, es importante señalar que históricamente, la profesión ha tenido una participación importante en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Aunado a lo anterior, las investigaciones que refieren a procesos de trabajo realizan análisis en donde se recuperan las mediaciones que inciden en los mismos, contemplando la historicidad, las características políticas, económicas, sociales y culturales, además de recuperar las posiciones de los y las profesionales entrevistados (Arias y otras 2008; Farah y Mora, 2010, Maroto y otros, 2010; Castro y otros 2011; Delgado y otras 2010; y Angulo y otras, 2011).

Dentro de los principales aspectos que se deben señalar, a partir del análisis de las investigaciones consultadas en el presente Estado de Arte se encuentran:

---

14 De acuerdo con Iamamoto (2003) los procesos de trabajo se analizan desde: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados de trabajo vivo. Desde Marx (1980) los procesos de trabajo se entienden desde: el objeto de intervención, los medios de trabajo y el producto (p.142).

- La importancia de conceptualizar y problematizar las similitudes y diferencias existentes entre la pena y la medida de seguridad curativa de internamiento por enfermedad mental desde el Código Penal Costarricense, así como en las singularidades de la cotidianidad.
- Por su parte, la relevancia de recuperar la categoría “procesos de trabajo”, vinculada a la situación de las medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental en el escenario institucional costarricense.
- Realizar una exploración acerca del papel que ha tenido Trabajo Social en las medidas de seguridad, destacando los procesos de trabajo y las formas de intervención con esa población.
- Analizar los desafíos de la profesión como mediadora entre el Estado y la sociedad civil respecto a las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental en el contexto capitalista actual.

## II. Tema y Problema de investigación

Dentro del marco del eje temático principal, el cual es “La intervención profesional de Trabajo Social en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental”, es necesario delimitar el objeto de investigación.

Al hacer referencia a la intervención del Trabajo Social como marco temático, se debe entender a la profesión como parte de la división social del trabajo, en que los (as) trabajadores (as) sociales venden su fuerza laboral; y a la vez se debe contemplar que ese trabajo está condicionado por las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Asimismo, es importante considerar que Trabajo Social participa en la producción y reproducción de la vida social, de las relaciones entre individuos, grupos y clases sociales (Iamamoto, 2000).

Según Montaña (2000), el surgimiento, desarrollo y evolución del Trabajo Social responde a diversos factores históricos, sociales, políticos y económicos que han configurado y determinado la profesión en la actualidad, y se entiende su desarrollo partiendo de un modelo de producción capitalista, el cual busca dirimir, legitimar y garantizar los intereses del modo de producción.

En este sentido, se comprende a la profesión en sus ámbitos históricos, políticos y económicos, inmersa en una arena de conflictos y contradicciones de intereses entre las clases sociales y encontrando su razón de ser en el vínculo entre la “cuestión social” y las políticas y servicios sociales.

De acuerdo con lo anterior, Martinelli (1997) señala la necesidad de enfatizar en la dimensión contradictoria de la profesión, debido a que en el marco del capitalismo en el cual surge, la misma se presenta como instrumento de dominación y control social por parte de la burguesía; sin embargo, el trabajo profesional ejerce su influencia en las políticas sociales por medio de las demandas y necesidades de la clase trabajadora.

Iamamoto (2003) indica que la profesión va a estar vinculada por un lado, al análisis de las condiciones de vida y de trabajo de las clases que demandan su intervención profesional y determinada por otro, por los procesos de trabajo que transversalizan la categoría profesional y el objeto de intervención.

Al respecto, se señala que “el análisis de la ‘práctica’ del Asistente Social como trabajo, integrado en un proceso de trabajo, permite mediatizar la interconexión entre el ejercicio del Servicio Social y la práctica de la sociedad” (Iamamoto, 2003:78)

Esta cita se refiere a que las y los trabajadores sociales forman parte de la fuerza de trabajo de la sociedad, por tanto son sujetos históricos y sus acciones responden a un contexto determinado, recuperando que “cuando se piensa la práctica como trabajo, inmediatamente entran en escena los sujetos que trabajan, ciudadanos, portadores de una herencia cultural, de un bagaje teórico y técnico, de valores ético-sociales, etc” (Iamamoto, 2003: 83).

De acuerdo con lo anterior, la misma autora indica que los procesos de trabajo en la profesión permiten retomar elementos contextuales e históricos, así como aspectos fundamentales de la categoría trabajo, como lo son la necesidad de que exista una materia prima u objeto para trabajar, medios e instrumentos, un desarrollo y un producto de ese trabajo.

Como se indicó anteriormente, respecto al objeto de trabajo para la profesión, Iamamoto (2003) señala que lo constituye la “cuestión social” en sus múltiples expresiones, y que ésta provoca la necesidad de la acción profesional. En lo referente a los medios de trabajo de la profesión, la autora (2003) señala que

[...] generalmente se tiene una visión de los instrumentos de trabajo como un “arsenal de técnicas”: entrevistas, reuniones, guardias, derivaciones, etc.”; sin embargo, es necesario ampliar esa noción de los instrumentos como mero conjunto de técnicas, para alcanzar el conocimiento como un medio de trabajo, sin el cual ese trabajador especializado no consigue efectuar ese trabajo (p. 81).

Ante el planteamiento anterior, se concibe como medio de trabajo las bases teórico-metodológicas, que constituyen recursos esenciales para la realización del trabajo profesional, lo que se complementa con el conjunto de conocimientos y habilidades adquiridas durante la formación y la experiencia profesional.

Otro aspecto a considerar sobre los procesos de trabajo, es el hecho de que los y las trabajadoras sociales no tienen los medios necesarios para concretizar su trabajo, sean estos financieros, técnicos y/o humanos, necesarios para el ejercicio profesional autónomo; sino que dependen directamente de los recursos contemplados en los programas y proyectos de la institución en que laboran, lo que según Iamamoto (2003)

les coloca en la relación de compra y venta de su fuerza de trabajo, posibilitando el acceso a los servicios de las personas usuarias a las que se dirige su ejercicio profesional.

Se concluye entonces que en los procesos de trabajo de la profesión median elementos históricos, políticos, económicos, sociales y contextuales, los cuales impregnan a la persona profesional de un conjunto de valores, ideologías, principios e intencionalidades que adquieren relevancia en tanto constituyan una herramienta esencial para mejorar las condiciones de vida de las personas, esto por medio de los programas, proyectos, servicios y políticas sociales. Otro elemento relevante a considerar en la definición del objeto de estudio la presente investigación, fue la presencia del Trabajo Social en el ámbito de la Psiquiatría, en el cual Elizondo y otras (2008), señalan que el papel que ha desempeñado ha estado marcado por una visión integral de ser humano, al visualizar al mismo como un sujeto en el marco de un contexto que lo determina.

Se considera además a la profesión como impulsadora de un nexo entre los centros de atención médica y la sociedad, comprendiendo que los procesos de rehabilitación no se pueden llevar a cabo solamente dentro de una institución, sino deben involucrar distintos actores sociales, como lo son la familia y la comunidad.

A partir de los argumentos expuestos anteriormente, se evidencia lo oportuno de la investigación, así como su importancia no sólo para los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011, sino para las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento, al posicionar una temática sin precedentes desde la profesión Trabajo Social que pueda abrir puertas a un análisis y crear alternativas y mejoras en dichos procesos, siendo esta población parte de la sociedad costarricense.

Por tanto, se propone como objeto de estudio de la presente investigación:

*“Los procesos de trabajo de Trabajo Social desde las categorías: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados de trabajo vivo; en la atención de las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental en el Hospital Nacional Psiquiátrico”.*

El problema de investigación es:

*“¿Cómo se configuraron los procesos de trabajo de Trabajo Social, en la atención de las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2000-2011?”*

Es relevante destacar que a partir del objeto y problema de estudio, se desarrolló la presente investigación, y los objetivos planteados que se presentan a continuación, representaron la guía medular del proceso investigativo, buscando que desde la profesión se realice un proceso analítico y concreto alrededor de esta temática.

### III. Objetivos

#### **Objetivo general:**

- *Analizar las funciones y mediaciones que permearon la participación de Trabajo Social en los procesos de trabajo desde las categorías: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados de trabajo vivo; en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2000-2011.*

#### **Objetivos específicos:**

- *Caracterizar cuantitativamente la situación de las personas que han cometido un delito y se les ha sancionado mediante una medida de seguridad curativa en el período 2000-2011.*
- *Determinar el escenario institucional y político que enmarcó la atención hacia las personas con medidas de seguridad, en el período establecido.*
- *Identificar los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención de las personas que tuvieron medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011.*

## IV. Fundamento Teórico-Methodológico

Para entender los procesos de trabajo de la profesión respecto a la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento, y tener un acercamiento a las funciones y mediaciones desde las categorías: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados de trabajo vivo; es necesario posicionarse a partir una teoría que permita hacer lectura de las condiciones sociales históricas y las transformaciones acontecidas durante el período 2000-2011. Para explicar dichos procesos de trabajo en el Hospital Nacional Psiquiátrico, la perspectiva teórica que permite acercarse más y comprender esa realidad es la teoría marxista, y desde esta se realizó el análisis teórico que fundamenta el desarrollo de la presente investigación.

Posterior al análisis de esta teoría, se presenta un referente conceptual atinente que cimienta el desarrollo de los capítulos que se presentarán consecutivamente.

### 1. Marxismo, teoría crítica y categoría trabajo:

El marxismo es una doctrina y teoría social, económica, política y filosófica, derivada de las ideas de Karl Marx y sus seguidores. En aspectos muy generales, esta perspectiva consiste en mostrar las leyes propias del desarrollo del capitalismo, en el cual se establece la importancia del desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción, que a su vez determinan el curso de la historia, la base del desarrollo político, cultural, e ideológico.

El marxismo explica las formas de relación entre la clase obrera y la clase capitalista, que comprenden los medios de producción, el materialismo histórico, la dialéctica, la lucha de clases, la plusvalía, el capital, entre otros. De esta forma, la teoría marxista concibe la realidad partiendo del estudio de las estructuras económicas, tomando al ser social como categoría fundante de tal y a la categoría “trabajo” como esencia de dicho ser social (Marx, 1946).

De modo que, para comprender el análisis de la realidad social - desarrollado por Marx y otros teóricos marxistas - y su vínculo con el análisis del objeto de estudio de la presente investigación, es necesario profundizar en algunas categorías que permitan vislumbrar históricamente los procesos de trabajo de la profesión en el escenario



institucional psiquiátrico, específicamente con personas con medidas de seguridad curativas de internamiento.

### 1.1 La dialéctica:

Los procesos sociales, concebidos desde esta postura teórica, son cambiantes y se transforman constantemente: una determinada situación se transforma en otra y ésta a su vez la supera, pero no deja de contener la anterior. Estos cambios están implicados en la esencia de la dialéctica, la cual parte de la aprehensión de la realidad como cambiante y dinámica, llena de transformaciones y contradicciones, necesarias todas para su existencia y reproducción (Kosik, 1967).

Según este autor, la dialéctica no considera los productos como algo fijo, ni las configuraciones ni los objetos; es decir, todo el conjunto del mundo material cosificado es concebido como algo originario e independiente. Se visualiza de esa misma manera el mundo de las representaciones y del pensamiento común: la dialéctica no acepta a los mismos bajo su aspecto inmediato, sino que los somete a un examen en el cual las formas cosificadas del mundo objetivo e ideal se diluyen, pierden su fijeza, su naturaleza y su pretendida originalidad, para mostrarse como fenómenos derivados y mediatos, como sedimentos y productos de la praxis social de la humanidad.

Por su parte este mismo autor indica que,

[...] la totalidad no significa todos los hechos. Totalidad significa: realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho (clases de hechos, conjunto de hechos). Reunir todos los hechos no significa aún conocer la realidad, y todos los hechos (juntos) no constituyen aún la totalidad (p.22)

A partir de lo anterior se evidencia que los cambios y las transformaciones en la realidad son inevitables, haciendo imposible una lectura crítica si se conciben los hechos y las situaciones como algo dado, que no cambiará. Por tanto, en la dialéctica no existe rigidez de conceptos, ya que estos se disuelven a partir del mismo movimiento de la realidad: “la dialéctica es un proceso constante de tránsito fluido de una determinación a otra, una permanente superación de contrarios, que es su paso del uno al otro” (Luckács: 1970, 37).

Al mismo tiempo, la perspectiva marxista - respecto al objeto en estudio - aborda una interacción continua y recíproca del medio con el mismo, en cuyo proceso no hay nada preestablecido ni fijamente estructurado. Por esta razón, no es posible hablar del desarrollo de un proceso de investigación lineal y diseñado a priori, ya que es la misma realidad la que lo direcciona.

En el análisis de la realidad referente a la atención de las personas con medidas de seguridad curativas, se parte de que la creación de dichas medidas se origina en el Código Penal costarricense, estipulando que estas personas deben internarse en un hospital psiquiátrico por tiempo indefinido. Sin embargo, es importante recuperar - dentro la visión dialéctica - que en la cotidianidad, la atención a dicha población tiene características particulares, y que, como parte de la sociedad costarricense, esa atención está inmersa dentro de las instituciones sociales, el imaginario social colectivo y los cambios económicos, sociales, culturales y políticos.

En concordancia con lo anterior, el proceso investigativo partió de un contexto social, concibiendo a su vez, la realidad como una arena de conflictos no lineal, en constante transformación, por lo que la presente investigación pretendió representar una parte de la realidad de la atención hacia las personas con medidas de seguridad, sin pretender buscar la totalidad o forjar conclusiones que se consideren acabadas, sino que más bien, la investigación puede ser el punto de partida que incite a la atención, conceptualización y reflexión desde otra perspectiva.

### 1.2 Estado y Capitalismo:

Al enmarcar la investigación de los procesos de trabajo que refieren a la atención de personas con medidas de seguridad dentro de un contexto neoliberal, es indispensable comprender que la teoría marxista explica el origen de la acumulación capitalista al referirse a una acumulación originaria previa como proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción (Marx, 1980), la cual transforma dichos medios, así como también modifica la estructura social, las instituciones y regulaciones sociales.

El capitalismo a su vez ha ido mutando a través de la historia, en el cual la producción y el consumo, así como la acumulación de riqueza, han crecido a gran escala. Este sistema económico conlleva además a la privatización y globalización de información y de

productos de forma expansiva y desmedida. Esto ha provocado distintas manifestaciones de desigualdad en las condiciones de vida de las personas, además de luchas sociales dedicadas a la exigibilidad de derechos.

En relación con este modo de producción que rige la actualidad, se señala que

[...] la Teoría Crítica mantiene una desaprobación hacia la sociedad capitalista y contemporánea post-industrial, ya que en esta las normas sociales se basan en los principios de ganancia y explotación del ser humano, considerando a la ciencia como una ideología que guía la acción social. [Esta ideología] Se opone a la acción industrial y tecnocrática que está en función de la eficacia, las leyes del mercado y los resultados cualitativos (Kester, 2007; p. 51).

Por su parte, el capitalismo y - en su expresión actual - el neoliberalismo, señalan grandes contradicciones entre el discurso del Estado y las acciones que realiza, por lo que la división de las clases sociales se vuelve más pronunciada: la clase burguesa posee los principales puestos en las jerarquías institucionales, mientras que la clase trabajadora vende su fuerza de trabajo para sobrevivir y poder satisfacer sus necesidades básicas.

El papel del Estado, en el marco del capitalismo, consiste en crear las condiciones que posibiliten la acumulación rentable del capital al mismo tiempo que propicia las condiciones para mantener la armonía social.

Según Engels (1979),

[...] como el Estado nació de la necesidad de refrenar los antagonismos de clase, y como, al mismo tiempo, nació en medio del conflicto de esas clases más poderosas, de las clases económicamente dominantes, que con ayuda de él, se convierte también en la clase políticamente dominante, adquiriendo con ello nuevos medios para la represión y la explotación de la clase oprimida [...] (p. 107).

Este marco obligó al Estado a proveer asistencia por medio de políticas y servicios sociales y a dar soporte a poblaciones que se encontraran en condiciones de vulnerabilidad como consecuencia de las transformaciones económicas.

En esta dicotomía entre la sociedad civil, el Estado, y las herramientas que tiene el mismo para contener las desigualdades del modo de producción capitalista, entra la acción profesional de distintas disciplinas, instituciones y políticas sociales, con el objetivo de mantener una contención y buscar un pseudo equilibrio.

### 1.3 El Estado, el Trabajo Social y las medidas de seguridad curativas:

Con relación a la importancia de la profesión, es relevante señalar que al existir un sistema económico propulsor de múltiples contradicciones en la sociedad y como consecuencia manifestaciones de la “cuestión social”, el papel del Estado refiere también a delegar en las distintas instituciones y servicios la atención de las desigualdades producidas a lo interno de la sociedad, concernientes a Trabajo Social, señalando que,

[...] el Servicio Social es constituido, constituyente y constitutivo de las relaciones sociales capitalistas, que son relaciones portadoras de intereses antagónicos, incompatibles e inconciliables. Eso le atribuye un determinado perfil a la profesión [...] Y todavía más, [El Estado] crea las estructuras, instituciones, políticas y prácticas capaces de darle sustentación en los planos de su producción y reproducción. (Guerra, 2004: 11).

Al respecto, Iamamoto (2003) señala que el o la trabajadora movida en este escenario de contradicciones, es capaz de superar las políticas y servicios sociales como un elemento acrítico y no limitarse a aplicarlas solamente, sino a implementar e innovar lo que ya existe, para tener siempre como meta una intervención acorde con el cumplimiento de los derechos humanos, la justicia e inclusión social.

El papel del Estado frente a las medidas de seguridad curativas responde a la función del mismo de mantener el orden social y de crear alternativas para los sujetos que presentan esta condición, acciones consideradas como una forma de ejercer control social en la comunidad costarricense. Esto debido a que este control se basa en estipulaciones de tipo penal dirigidas a personas que han cometido un delito y que a la vez tienen una enfermedad mental, lo que precisamente las hace inimputables - es decir, no pueden ser juzgadas- por lo tanto, no pueden cumplir una pena en un centro penitenciario (Soto, 2005).

Respecto a lo anterior, se señala que

El sistema penal surge como una reacción de la organización social que se hace por medio del estado, por lo tanto está en el campo de la realidad social. Es un tipo de control social, el más extremo y por ello mismo el más restringido, implica una fuerte intervención sobre la libertad de las personas, sobre impedimentos de hacer o no hacer (Desanti, 2010: 13).

En la respuesta que brinda el Estado costarricense a las personas que tienen una enfermedad mental y que han cometido un delito, se encuentran diversas instituciones

como el Poder Judicial, el Ministerio de Justicia, la Defensa Pública, el Hospital Nacional Psiquiátrico, y, desde el año 2011, el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley; y en todo este entramado institucional, convergen disciplinas como Trabajo Social, Derecho, Psicología, Psiquiatría, Enfermería, entre otras. La atención profesional y técnica que se brinda tiene diversas características, sin embargo, es relevante retomar la importancia de considerarla parte de una totalidad dialéctica que está en constante movimiento, y que representa mediaciones y relaciones de poder que se desagrega del modo de producción y de las representaciones sociales.

#### 1.4. Procesos de trabajo:

De acuerdo con la finalidad de la presente investigación, y retomando al objeto de estudio “Los procesos de trabajo de Trabajo Social desde las categorías: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados de trabajo vivo; en la atención de las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental en el Hospital Nacional Psiquiátrico”, es necesario definir teóricamente dichos procesos, con el objetivo de realizar un análisis congruente y pertinente.

Es importante entonces hacer referencia a la categoría *trabajo*, la cual según la teoría marxista, matriz teórica que guía esta investigación, define el trabajo como la capacidad de los seres humanos para transformar la naturaleza, que a su vez les permite satisfacer sus necesidades básicas y reproducir sus condiciones de vida como sujetos sociales. Además, se concibe la conciencia como el elemento mediador desde el primer momento, partiendo de que las acciones realizadas tienen una finalidad específica. (Marx, 1946).

Asimismo, Lukacs (2004) señala que

Con el trabajo, está dada, pues, ontológicamente la posibilidad de la evolución ascendente de esas capacidades, como también la posibilidad de que el hombre las ejercite; ya que por el trabajo, pero ante todo a causa de la metamorfosis de la adaptación meramente reactiva, pasiva del proceso de reproducción al ambiente. A través de la modificación consciente y activa de dicha adaptación, el trabajo se convierte, no solo en un hecho en el que cobra expresión la nueva peculiaridad del ser social, sino también –precisamente, de manera ontológica- en modelo de la forma del ser enteramente nueva (Lukács, 2004: 40).

Al respecto, el autor ubica al trabajo como la categoría fundante del ser social y a la vez lo visualiza como el elemento que le permite alcanzar la interrelación con la naturaleza, desarrollando otras capacidades que posibilitan su desenvolvimiento en comunidad con los demás seres sociales y su entorno.

Por su parte, Yamamoto (2003) señala que la importancia de la categoría de *procesos de trabajo* radica en “aprehender la “práctica profesional” como trabajo y el ejercicio profesional inscrito en un proceso de trabajo” (pág. 75), lo cual implica superar la noción burocrática y rutinaria que reduce las funciones de los y las trabajadoras sociales a un mero empleo<sup>15</sup>, e involucrar la capacidad que el o la profesional “para proponer, negociar con la institución sus proyectos, para defender su campo de trabajo, sus calificaciones y sus funciones profesionales” (Yamamoto, 2003: 33).

La autora analiza la práctica profesional del o la Trabajadora Social como un trabajo integrado en un proceso de trabajo, lo que permite mediatizar la interconexión entre el ejercicio de la profesión y la práctica de la sociedad. Ahora bien, todo proceso de trabajo implica tres aspectos fundamentales: la identificación de un objeto sobre el cual incide la acción del sujeto; la utilización de medios e instrumentos de trabajo para potencializar la acción del sujeto sobre el objeto; y el propio procedimiento de trabajo, orientado a un fin y a la consecución de un producto.

El análisis de estos procesos de trabajo se realiza a partir de la propuesta de Marilda Yamamoto, quien parte de cinco categorías fundamentales: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo, y resultados o productos del trabajo vivo.

Para Yamamoto (2003), dentro del ejercicio profesional, la **materia prima** del asistente social se encuentra en el ámbito de la cuestión social en sus múltiples manifestaciones, tal como son vivenciadas por los individuos sociales en sus relaciones cotidianas, a las que responden con acciones, pensamientos y sentimientos. Es decir, se configuran como objeto de trabajo las situaciones a las cuales el trabajo profesional pretende dar respuesta en su cotidianeidad, sin embargo, no toda intervención social está determinada por la cuestión social.

---

<sup>15</sup> Limitar el trabajo al cumplimiento burocrático de un horario, a la realización de un conjunto de tareas diversificadas y al cumplimiento de actividades preestablecidas.

La autora considera las políticas sociales como una necesidad, ya que estas buscan descifrar la génesis de las desigualdades sociales en un contexto de gran disparidad entre la acumulación del capital y la equidad (Iamamoto, 2003). Por ende, son estas las herramientas a disposición del (la) profesional para responder a las diferentes manifestaciones de la cuestión social.

El ejercicio profesional requiere de **instrumentos y medios** para realizar su trabajo, entendidos como medios materiales, humanos, financieros, entre otros, necesarios para implementar los programas, y proyectos de trabajo (Iamamoto, 2003: 122).

Sin embargo, se considera que estos medios -indispensables para lograr el ejercicio profesional-, se configuran paralelamente a sus limitaciones, cuando se trata de directrices que imposibilitan el desarrollo de un Trabajo Social que responda adecuadamente a las demandas de la población y que por el contrario, se limite a reproducir a los intereses de la institución.

Todo ejercicio profesional se inserta en las diferentes **estructuras** de programas, instituciones, políticas, entre otros. Según Morera (s.f), citando a Hall Richard (1986), afirma que las estructuras constituyen el soporte para la producción de resultados y el alcance de los objetivos. Éstas se diseñan para minimizar la influencia de las diferencias individuales en la organización y son el medio por el cual se toman las decisiones y se llevan a cabo todas las actividades de la organización.

Según Iamamoto (2003), **el trabajo vivo** es un elemento constitutivo de los procesos de trabajo y es el proceso mediante el cual se da un apoderamiento de las cosas y se transforman los valores de uso potencial en valores de uso efectivo y operante. El eje de esta categoría es entonces la fuerza de trabajo en acción, pues constituye el elemento vivo y subjetivo del proceso de trabajo.

La autora señala que en el caso particular del Trabajo Social, el trabajo vivo representa el mero proceso de producción de resultados o servicios de cualidades determinadas, identificando que en la mayoría de los casos, este proceso productivo se da dentro del marco estatal y no establece una relación directa con la generación de plusvalía, es decir, con la lógica del capital.

Además, en los **productos o resultados de trabajo vivo** se materializan las finalidades de las instituciones que orientan la organización de los procesos de trabajo colectivo, del

cual forman parte los y las trabajadoras sociales, junto a otros (as) profesionales. Estos resultados se obtienen por medio de programas y proyectos de trabajo específicos, propuestos a partir de un análisis de las demandas y de los objetos elegidos como prioridad para el ejercicio profesional (Iamamoto, 2003)

De acuerdo con la misma autora, es importante ubicar los resultados o productos de los procesos de trabajo en el campo de la reproducción de la fuerza de trabajo, de la viabilidad de los derechos, de la prestación de servicios públicos de interés para la colectividad y de la educación sociopolítica, afectando hábitos, modos de pensar, comportamientos, prácticas de los individuos sociales en sus múltiples relaciones y dimensiones de la vida cotidiana en la producción y reproducción social.

## 2. Referente conceptual:

Como parte del presente Fundamento Teórico, se consideró pertinente recuperar algunas nociones que conciernen a las medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, con el fin de proporcionar los elementos teóricos necesarios para la realización de la investigación.

### 1.1. Medidas de seguridad:

Burgos (2005) concibe a las medidas de seguridad como providencias del carácter preventivo de la sociedad y de corrección para el sujeto al que le son impuestas, acatadas por personas que se encuentran en estado “peligroso” desde el punto de vista de la defensa social.

Las medidas de seguridad se hallan reguladas tanto en el Código Penal costarricense como en el Código Procesal Penal; el primero contempla aspectos como concepto, duración, tipos y momento en que proceden, mientras el segundo establece el procedimiento de aplicación de las mismas.

El mismo autor señala que aunque la función de la pena privativa de libertad está relacionada con el grado de culpabilidad de la persona que cometió la infracción a la ley, las medidas de seguridad no son una consecuencia de culpabilidad, sino de peligrosidad, manifestando que

[...] Estas medidas no son impuestas con el objeto de una compensación retributiva por la trasgresión culpable del Derecho, sino para la seguridad futura de la



comunidad frente a las posibles violaciones del Derecho por parte de ese autor; el hecho cometido tiene aquí solo valor de conocimiento y de síntoma de la peligrosidad común del autor, comprobable también por otros medios. Por esto el tipo y extensión de las medidas de seguridad no se determinan conforme a la gravedad de la culpabilidad, sino de acuerdo con el tipo y duración de la peligrosidad del autor (Burgos, 2005: 4).

De esta manera, las medidas de seguridad curativas de internamiento contienen dos elementos necesarios para su aplicación: el cometimiento de un acto ilícito –un delito- y un diagnóstico psiquiátrico. A partir de lo anterior, se recuperarán las principales características que atañen tanto al delito como a las enfermedades mentales.

### 1.2. El delito y su relación con las medidas de seguridad:

La definición de “delito” refiere a una conducta humana típica, antijurídica y culpable (Sánchez, 2000).

Con *tipo* se entiende que es una “fórmula legal que nos sirve para individualizar las conductas que la ley penal prohíbe. Es la descripción de las conductas prohibidas que lleva a cabo el legislador en el supuesto de hecho de la norma penal” (Sanchez, 2000:115). Es decir, es una clasificación de los hechos delictivos, para poder reconocerlos.

El término *antijurídico* se refiere a que lo cometido está en contra de la ley. Además se establece que este concepto no surge del derecho penal, sino de todo ordenamiento, al señalar que, “es el choque de la conducta con el orden jurídico, que debe ser entendido no sólo como un orden normativo (antinormatividad), sino [también como] un orden normativo y de preceptos permisivos (causas de justificación)”. Con relación a la *culpabilidad*, la misma autora lo define como “el reproche del injusto al autor” (p. 248), y contiene tres elementos: la posibilidad de conocer la desaprobación jurídico-penal de los actos, las posibilidades jurídicas partiendo de ese conocimiento, y la no exigibilidad de otra conducta (Sánchez, 2000).

Como se mencionó anteriormente, la culpabilidad es la característica que no se encuentra presente cuando a una persona se le impone una medida de seguridad, por lo que el acto cometido no puede ser juzgado de manera regular. Al no poder tomar como punto de partida la culpabilidad del sujeto, se parte desde la peligrosidad para sí mismo (a) y para la sociedad, por lo que “al sujeto se le aplica la medida porque es autor de una acción típica y antijurídica pero no es culpable” (Sanchez, 2000: 397).

Todos estos elementos refieren a la necesidad de reflexionar acerca del delito en el caso específico de las medidas de seguridad, ya que la respuesta estatal tiene características particulares en contraposición a la pena privativa de libertad, como lo son entender a la persona “infractora” como alguien que necesita un tratamiento rehabilitador y considerar a partir de este tratamiento su reinserción a la sociedad.

Por otra parte, retomando las dos principales características que destacan a las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento: el cometimiento de un delito y el tener un diagnóstico psiquiátrico, se presenta a continuación una descripción a grosso modo con relación a esta segunda característica.

### 1.3. Violencia social, criminalidad y género:

Se consideró necesario involucrar como parte del marco conceptual, algunas consideraciones referentes a la violencia social, la cual a su vez es causa y efecto de la dinámica social en la cual está inmersa la criminalidad, específicamente en relación al cometimiento de delitos y a las respuestas de la institucionalidad penal (y psiquiátrica). Además, es relevante incorporar la categoría género como elemento que representa expresiones culturales y sociales respecto a la criminalidad.

La violencia social es un proceso histórico complejo que no sólo es producida por las personas, sino que se expresa a partir de la asimetría existente en la distribución de la riqueza, donde converge una gran acumulación de capital con la clase trabajadora, la cual vende su fuerza de trabajo, y que a la vez se caracteriza por ser mayoritaria, y estar en una posición de desigualdad (Redondo y otras, 2001).

A propósito de la criminalidad, la misma es explicada por la corriente del positivismo a partir del comportamiento biológico, psicológico u otras características psico-sociales de los sujetos, definiendo la criminalidad en función de los factores sociales, culturales y económicos de las clases vulnerabilizadas, “...esta corriente acepta el orden social existente como esencialmente justo y propone, como solución al problema de la criminalidad, la adaptación de las personas, así como reformas sociales limitadas.” (Hernández; 1999: 60). Por su parte, la Criminología Crítica o Radical cuyo objeto de estudio es el control social, basa sus apreciaciones en el materialismo histórico, y la dialéctica viene a cuestionar los planteamientos de la criminología tradicional, pues no solamente le interesa la persona que delinque, sino también los procesos de

criminalización desde la creación de la ley, su aplicación, ejecución y también la reacción social formal e informal ante el delito (Kester, 2007).

### 2.3 Salud Mental:

Elizondo y otras (2008), señalan que la salud mental se refiere al “goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social” (p.47). Este concepto remite al enfoque de derechos, ya que se considera a la Salud Mental como un derecho innegable para todo ser humano, que siendo universalizado toma gran importancia, especialmente si se remite a procedimientos antiguos<sup>16</sup> con los que se trataba a las personas con padecimientos mentales.

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica,

[...] la salud mental es una condición básica de salud y se define como el proceso de desempeño satisfactorio de las funciones mentales, que da como resultado, actividades productivas, desarrollo de relaciones exitosas con otras personas, habilidad para adaptarse a los cambios y soportar la adversidad. Este proceso conlleva al bienestar personal y grupal, el bienestar de la familia y a contribuir positivamente en la comunidad y la sociedad. (Ministerio de Salud; 1999; p.74).

En síntesis, la Salud Mental refiere a un bienestar general que se presenta en las personas en todos los ámbitos, así como en sus relaciones interpersonales y en su lugar como ser social. Esta temática se trabaja principalmente a nivel preventivo y de proyección (Navarro y Fallas, 2003).

### 1.2.Enfermedad Mental:

La Asociación Americana de Psiquiatría, en su cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (1994), expone el sistema de diagnóstico oficial para trastornos mentales en Estados Unidos, el cual define la enfermedad mental como:

---

<sup>16</sup> Es relevante señalar que los antecedentes al tratamiento psiquiátrico remiten a siglos atrás y a distintas formas de encierro alrededor de la peligrosidad, basadas en la continua represión y hostigamiento. En la antigüedad, este tipo de normas se traducían a través de la expulsión de las personas consideradas como peligrosas o por medio de la mutilación (Foucault, 1992).

Un síndrome o patrón conductual o psicológico significativo desde el punto de vista clínico que ocurre en un individuo y que se asocia a una aflicción presente (Ej. Dolor) o discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento importantes) o con un incremento significativo en el riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser solo una respuesta esperable y sancionada desde el punto de vista cultural ante un acontecimiento particular (Ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa original, en el momento actual debe considerarse una manifestación de una disfunción conductual psicológica o biológica del individuo. Ni el comportamiento desviado (Ej., religioso, político o sexual), ni los conflictos que hay de manera principal entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sean un síntoma de la disfunción en el individuo [...] (p. 4).

Por su parte, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) de 1992, considera que la enfermedad mental refiere a la “presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo”. Además se estima que los dos signos más característicos de los trastornos psicológicos son: la presencia de emociones dolorosas crónicas, y/o la presencia de conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.

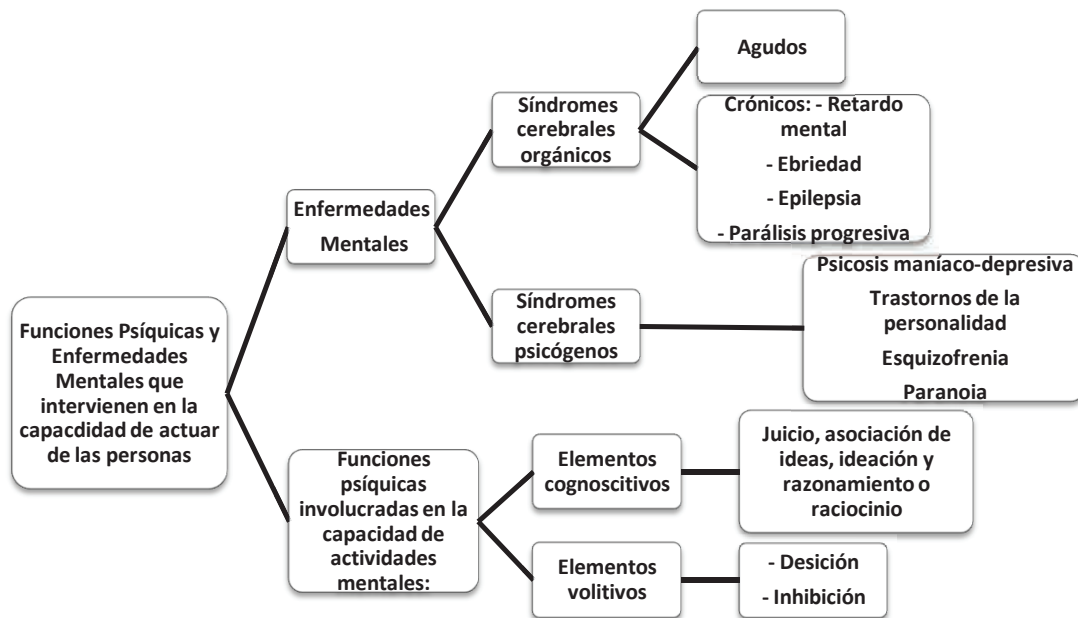
Según estimaciones publicadas en el 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se documenta que unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en su vida algún tipo de problema de salud mental para el que se requiere tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica la disposición de estas personas para recibir tratamiento; lo cierto es que muchas de ellas nunca acuden a un (a) profesional. En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastorno emocional. A ello habría que sumar el alcoholismo, el cual aumenta progresivamente en muchos países, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social (Ramírez, 2009).

De acuerdo con Bustos y otras (2008), producto de la influencia de la salud sobre la capacidad de actuar, el Derecho establece los casos de enfermedad que evidencian una falta de capacidad cognoscitiva y volitiva suficiente para producir la incapacidad de actuar. Pueden considerarse dos categorías fundamentales: las enfermedades mentales y psíquicas por una parte, y por otra las enfermedades físicas, según éstas incidan sobre el

aspecto mental o psíquico o sobre el físico respectivamente, como lo muestra el siguiente diagrama:

**Diagrama 1**

**Funciones psíquicas y Enfermedades Mentales que intervienen en la capacidad de actuar de las personas**



Fuente: Elaboración propia con base en Bustos y otras (2008).

1.3. Psiquiatría:

La definición de la psiquiatría refiere a que es,

[...] una rama de las ciencias médicas cuyo carácter científico se alcanza a través de la psicopatología, la misma estudia la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, tanto enfermedades psiquiátricas como patologías psíquicas (Ramírez, 2009; p.103).

El surgimiento de los procesos de reforma psiquiátrica<sup>17</sup> transformó la atención de personas con este tipo de enfermedades, mediante políticas de desarrollo en la mayor parte de los países, donde se puede vislumbrar el manejo clínico con enfoque prioritario en rehabilitación psicosocial.

<sup>17</sup> Se considera que ha habido cuatro Revoluciones Psiquiátricas, en la que la última ocurrió alrededor de 1950, momento en que la Psicofarmacología entró en vigencia, pero además en esta última “revolución psiquiátrica” se realiza una propuesta en relación a la rehabilitación integral de los y las enfermas mentales y una mayor inclusión social; recuperando la noción de salud mental comunitaria. (Ramírez, 2009).

El campo de la Psiquiatría es muy amplio en comparación con otras especialidades médicas debido a que trasciende aspectos de la vida del (a) paciente, como su actividad física, conducta, emociones, pensamiento, percepción, relaciones interpersonales, sexualidad, trabajo y ocio (Ramírez, 2009).

Según la misma autora, los trastornos mentales están producidos por una combinación poco conocida de determinantes biológicos, psicológicos y sociales. Los y las psiquiatras -como especialistas médicos- y otros (as) profesionales en Salud Mental -como profesionales en Psicología, Trabajo Social y en Enfermería-, intentan proporcionar alivio a la situación particular de las personas con trastornos mentales mediante diversos medios terapéuticos disponibles.

Estos tratamientos son, genéricamente: la psicofarmacoterapia<sup>18</sup>, la psicoterapia<sup>19</sup> y la socioterapia<sup>20</sup>. En muchos pacientes se combinan tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos para mejorar la eficacia de los resultados. (López, 2001).

Como se indicó anteriormente, la Psiquiatría estudia a la enfermedad o trastorno mental, la cual a su vez es una condición mental relacionada con cambios en el carácter y emociones.

---

18 “Medicamentos con acciones cerebrales diversas, cuya prescripción debe ser realizada por médicos (as)”. (López, 2001)

19 Se entiende como “El uso de la palabra con el propósito de modificar la experiencia emocional, el pensamiento o la conducta, que puede realizarse por profesionales de la Salud Mental, médicos o no, que se denominan psicoterapeutas” (López, 2001)

20 Se entiende como “El uso de la palabra con el propósito de modificar la experiencia emocional, el pensamiento o la conducta, que puede realizarse por profesionales de la Salud Mental, médicos o no, que se denominan psicoterapeutas” (López, 2001).

## V. Fundamento Metodológico

### 1. El Método: acercamiento al objeto y a la realidad

La presente estrategia metodológica pretende explicar la manera en que se realizó la investigación, desde la concepción del objeto de estudio, hasta las técnicas que se utilizaron durante el proceso investigativo.

Con respecto al método, Iamamoto (2000) apunta que,

[...] refiere al modo de leer, de interpretar, de relacionarse con el ser social; una relación entre sujeto cognoscente –que busca comprender y desvendar esa sociedad– y el objeto investigado [por lo que] se encuentra estrechamente imbricada a la manera de explicar esa sociedad y los fenómenos particulares que la constituye. Para eso, implica una apropiación de la teoría –una capacitación teórico- metodológica–, y un ángulo de visibilidad en la lectura de la sociedad –un punto de vista político- (p. 102).

Al basar esta investigación en el método dialéctico, se está considerando a la misma como un proceso, y no como una serie de pasos que dirigen a rechazar o a afirmar una hipótesis, ya que este método se basa en la aprehensión de las contradicciones. Es decir, la manera de investigar se basó en contemplar las contraposiciones históricas, sociales, políticas e ideológicas que se presentaron en el curso de la investigación, evitando la formulación de esquemas a priori que dificultaran un mayor acercamiento a la realidad.

Desde la postura teórica que guía el proceso investigativo, se concibe que

[...] la investigación nos permite superar el mundo de la pseudoconcreción –siguiendo el planteo de Kosík (1996)–, es decir superar la mera apariencia de los fenómenos y desentrañar, desvendar su esencia, aprehendiendo su movimiento y las múltiples determinaciones que la constituyen. Lo cual nos permite comprender la realidad humano-social como un producto del sujeto histórico, al mismo tiempo que este sujeto se revela en esta realidad, como productor y producto, como sujeto y objeto de esta realidad (Parra, 1998).

El método científico tradicional, por el contrario, es rígido y no contempla la dinámica de la realidad, razón que fundamenta su rechazo por parte de las ciencias sociales, al ser un método inapropiado para estudiar la vida humana. Al respecto,

(...) una ciencia de personas es una ciencia de la interacción, donde el observador y el observado se ven mutuamente perturbados, por lo que no se pueden estudiar por separado, la relación es epistemológica y ontológicamente continúa. Esto nos lleva a la racionalidad dialéctica como método de estudio, ya que para poder estudiar la

acción humana, se requiere de una comprensión de “estructuras inteligibles en su inteligibilidad” (Cooper, 1964; p. 20).

Es importante señalar también que los resultados obtenidos en términos de la investigación del objeto estudiado -es decir, en el análisis de los procesos de trabajo de los y las trabajadoras sociales que brindaron atención a las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2000-2011-, no pretendieron ser concebidos como productos acabados, sino circunscritos dentro de la dinámica social, la cual está en constante transformación.

### 1.1 Tipo de estudio:

Es importante destacar que a partir del primer acercamiento a la temática, se consideró pertinente que el tipo de estudio sea exploratorio.

La razón de optar por la investigación exploratoria se debe principalmente - como se ha mencionado a lo largo de este capítulo- a que las medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental no han sido estudiadas desde el Trabajo Social, ni tampoco se han documentado los procesos de trabajo que han intervenido con las personas que se caracterizan por tener dicha condición, lo cual requiere que haya un primer acercamiento a la temática.

Al respecto, Baptista y otros (1998) indican que los estudios exploratorios se realizan precisamente cuando el tema o problema de investigación ha sido escasamente estudiado o no ha sido abordado con anterioridad.

### 1.2 Técnicas para la recolección de la información:

Las técnicas de investigación que se utilizaron fueron de carácter cualitativo, que a su vez se caracterizan por centrarse en el lenguaje y la observación, e intentan describir a las personas en situaciones naturales. A partir de lo planteado hasta el momento, se seleccionaron como técnicas de recolección: la búsqueda bibliográfica, la observación y la entrevista semi-estructurada.

Por su parte, la revisión de literatura consiste en “detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que puedan ser útiles para los propósitos del estudio, así como en extraer y recopilar la información relevante y necesaria que atañe a nuestro problema de investigación” (Hernández, et al; 1991). Esta actividad se realizó a lo largo de todo el proceso investigativo, contemplando investigaciones, textos y revistas, las



cuales fueron recopiladas de las bibliotecas Carlos Monge Alfaro y Luis Demetrio Tinoco, ambas de la Universidad de Costa Rica, así como estadísticas abstraídas del Departamento de Información y Estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico, y de los Anuales Estadísticos del Poder Judicial (versión electrónica correspondiente al período se estudio), y documentos que se encontraron por medio del acceso a internet. Todas estas fuentes de información sirvieron para desarrollar las distintas etapas de la investigación, en el devenir de la discusión acerca del objeto de estudio, para acercarse al mismo.

Otra técnica que se utilizó fue la observación durante las visitas a las instituciones involucradas<sup>21</sup> para realizar las entrevistas. Según Matus (2008), se entiende como observación el proceso de percibir diferentes elementos o la acumulación de hechos que ayudan tanto a la identificación de un problema como a su posterior resolución. Este proceso no sólo involucra el sentido de la vista, sino también, la audición, el olfato, el tacto y el gusto.

De acuerdo con la misma autora, en esta técnica convergen otros elementos que hacen el proceso de observación más complejo, como lo son:

- Atención: que es la disposición mental o estado de alerta que permite sentir o percibir a los objetos, sucesos y condiciones en que éstos ocurren.
- Sensación: la consecuencia inmediata del estímulo de un receptor orgánico; una imagen, sabor, sonido, olor, dolor.
- Percepción: consiste en la capacidad de relacionar lo que se está sintiendo con alguna experiencia pasada, que le otorga cierto significado a la sensación.
- Reflexión: lleva a formular conjeturas de lo que ocurre para superar las limitaciones de la percepción.

Por su parte, la entrevista semi-estructurada,

(...) recolecta datos de los individuos participantes a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico. En contraste con la entrevista no estructurada, la entrevista semi-estructurada se enfoca sobre una serie de preguntas que el investigador hace a cada participante (Mayan, 2001; 23).

Las entrevistas semi-estructuradas permitieron tener un acercamiento al objeto de estudio desde la percepción de los y las profesionales que trabajaron directamente con las personas con medidas de seguridad, y esto enriqueció el análisis de los elementos

---

<sup>21</sup> Ministerio de Justicia y Paz, Poder Judicial, Hospital Nacional Psiquiátrico.

que subyacen en los procesos de trabajo, así como las limitaciones que han sido parte de los mismos. Al respecto, hubo diversos cambios en la formulación de las preguntas, la extensión de la entrevista y la profundidad de la misma, debido a que en un inicio resultaba ser muy extensa.

## 2. Momentos de la Investigación:

En la redacción de los capítulos, se establecieron diversos momentos o fases, los cuales no se constituyen en separaciones tajantes entre una y otra, ni un proceso escalonado en etapas sucesivas; sino que la manera en que las mismas se establecen en el documento, permiten dilucidar a la investigación, como un proceso dinámico de reflexión.

### 2.1 Diseño de Trabajo Final de Graduación:

El primer momento lo constituyó el Diseño de Trabajo Final de Graduación modalidad Tesis, para el cual se realizó una investigación bibliográfica y documental exhaustiva en torno al tema de estudio “La intervención profesional de Trabajo Social en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental”, asimismo, se realizaron entrevistas a informantes claves. Si bien el diseño tuvo que ser presentado en repetidas ocasiones debido a lo novedoso del tema, y a las particularidades que presenta, finalmente se logró un producto de este primer momento, el cual fue:

- La reconstrucción del Estado del Arte: análisis de investigaciones realizadas a nivel de grado y postgrado que refieren a la temática en estudio, las mismas a partir de las siguientes categorías: “Salud Mental, Psiquiatría y Trabajo Social”, “Concepciones del delito”, “Las medidas de seguridad como consecuencia penal en Costa Rica”, y “Los procesos de trabajo”.
- Tema y Problema de Investigación: se explora el tópico “procesos de trabajo” desde la categoría trabajo, reflexionando acerca del Trabajo Social como parte de la división social de trabajo.
- Se plantea el objetivo general y los objetivos específicos que guían esta investigación.
- Fundamento teórico: Se expone la teoría marxista que fundamenta la investigación, así como también los procesos de trabajo como categoría analítica, y un referente conceptual general.

- Fundamento metódico: Se realiza una propuesta de abordaje metodológico y técnico-operativo en el análisis de los procesos de la profesión.

Todos estos apartados estuvieron caracterizados por estar en constante transformación, considerando las diferentes mediaciones y características que se presentaron, buscando tener una relación dialéctica con la realidad y en la cual se tomaran en cuenta los cambios del entorno y las reflexiones al respecto.

## 2.2. Acercamiento al objeto y problema de investigación:

Simultáneamente a la redacción del Diseño Final de Graduación, se realizó un sondeo preliminar con informantes claves, y posteriormente se efectuaron entrevistas semi-estructuradas a los y las profesionales pertinentes. Con respecto a la población participante, es relevante señalar que no se tuvo contacto alguno con los y las usuarias que tienen medidas de seguridad, solamente con profesionales que brindaron atención a esta población en el período 2000-2011. Por tanto, no se contó con consentimientos informados, sino con las cartas de presentación correspondientes, las cuales se anexan en el presente documento<sup>22</sup>.

Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron a un total de cuatro profesionales de Trabajo Social que brindaron sus servicios en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), sin embargo, también se consideró pertinente recopilar aportes de profesionales de las siguientes instituciones: el Ministerio de Justicia y Paz, el Poder Judicial, y el Ministerio Público. Las disciplinas que convergen en las entrevistas realizadas fueron el Derecho y el Trabajo Social, haciendo desde luego hincapié en esta última.

El total de personas entrevistadas se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro N°1**

### **Personas entrevistadas durante el proceso investigativo**

<b>Institución</b>	<b>Número de profesionales</b>	<b>Disciplinas</b>
Hospital Nacional Psiquiátrico	4	Trabajo Social
Instituto Nacional de Criminología	2	Trabajo Social
Ministerio Público	1	Derecho
Defensa Pública	2	Derecho

Fuente: Elaboración propia, 2012.

<sup>22</sup> Ver Anexo 2

Los siguientes criterios se utilizaron para seleccionar a los y las profesionales que se consideraron en la investigación: haber trabajado durante el período 2000-2011 en alguna de las instituciones mencionadas (Ministerio de Justicia, Poder Judicial, Ministerio Público, Hospital Nacional Psiquiátrico), y haber atendido o haber tenido contacto profesional directo o indirecto con personas inimputables mientras brindaban sus servicios.

Específicamente respecto a la cantidad de entrevistas semi-estructuradas efectuadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se debe contemplar que la institución tiene por lo general un (a) profesional de Trabajo Social en cada pabellón, por tanto, debido a que las personas con medidas de seguridad se ubicaban principalmente en los pabellones de hombres de “Larga Estancia”, que eran los pabellones 4 y 5, y el pabellón de mujeres<sup>23</sup>, el total de profesionales que tuvieron participación con la población mencionada en el período 2000-2011 fue de aproximadamente cuatro personas, de los (as) cuales se entrevistó la totalidad.

La entrevista semi-estructurada se realizó de forma individual, lo cual permitió que la persona entrevistada tuviera comodidad y confidencialidad que permitiera una comunicación fluida, permitiendo que la entrevista semi-estructurada fuera flexible y continua. Para la realización de las entrevistas se elaboraron cartas de presentación para las diversas instituciones<sup>24</sup>, y se efectuaron guías de entrevista de acuerdo a las categorías de análisis: materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados de trabajo vivo, lo cual representó un aporte en la recolección y posterior análisis de la información<sup>25</sup>.

Las técnicas cualitativas empleadas en el acercamiento al objeto de investigación facilitaron el registro y síntesis de los datos recopilados, y a la vez permitió reconocer los vacíos investigativos en la materia y profundizar en el análisis de la información.

Luego de la recolección de la información, se procedió a procesar y sintetizar los datos, seleccionando la información pertinente de acuerdo con los objetivos planteados, así como cuestionamientos emergentes que fueron surgiendo en el proceso de investigación. Consecuentemente se procedió al procesamiento de la información

---

<sup>23</sup> Entrevista semi-estructurada a la Licda. Leitón y a la Licda. Casasola.

<sup>24</sup> Ver Anexo 4.

<sup>25</sup> Ver Anexo 5.

mediante el método de análisis de contenido, el cual de acuerdo con Taylor y Bogdan (1986), implica etapas diferenciadas:

- Identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones,
- Una vez obtenidos los datos, se realiza la codificación y la comprensión del tema de estudio y
- El o la investigadora comprende los datos en el contexto en que fueron recogidos.

Para efectos de esta investigación, se empleó el análisis cualitativo, ya que siguiendo a Taylor y Bogdan (1986), se propone un tratamiento de los datos, articulado sobre la comprensión de los mismos, esto por medio de la búsqueda de categorías fundamentales en los hechos descritos.

En el desarrollo de la investigación, se fueron configurando los capítulos, los cuales presentan a su vez subtemas y categorías que se fueron presentando mientras se conocía al objeto de estudio<sup>26</sup>. En la organización y redacción de los capítulos, se contempla que la información recolectada durante los diferentes momentos de la investigación se vincula con el entramado de relaciones y contradicciones presentes en el contexto socio-histórico costarricense, por lo que el análisis de los resultados investigativos, permitió develar las particularidades del objeto de estudio.

Es meritorio resaltar que el análisis de contenido documental fue empleado durante todo el proceso de estudio, con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados, facilitando la categorización de la información, y paralelamente, colaborando en la abstracción de datos, todo esto en busca de una teleología que permitiera trascender la descripción.

---

<sup>26</sup> Ver Anexo 3.

# CAPÍTULO II

## **Marco Contextual:**

Antecedentes, historia, institucionalización  
de las medidas de seguridad, y periodo  
2000-2011

## Capítulo II

### Marco Contextual

El presente marco contextual pretende encuadrar principalmente dos elementos que son necesarios al analizar los procesos de trabajo de los y las trabajadoras sociales en la atención a personas con medidas de seguridad. El primero corresponde a las distintas formas de atención existentes a lo largo de la historia de las personas con enfermedades mentales y de las que delinquen; el segundo, a presentar de manera general el período en el que se situó esta investigación, correspondiente a los años 2000-2011. Esto último se considera necesario de acuerdo al método dialéctico escogido para realizar la investigación, que tiene como objetivo comprender de mejor manera las distintas transformaciones y mediaciones de la realidad que conciernen al objeto de estudio.

#### 1- Las medidas de seguridad curativas de internamiento en Costa Rica: Antecedentes, historia e institucionalización

Los antecedentes de las medidas de seguridad de internamiento por enfermedad mental tienen una estrecha relación con la actitud y respuesta de las sociedades hacia a las personas con enfermedades mentales y a las personas que delinquen, puesto que el concepto de *medidas de seguridad* es relativamente reciente.

Sin embargo, la manera de *castigar* a las personas con enfermedades mentales y a las que cometen delitos tiene el mismo origen, el cual se remonta a siglos atrás y se caracterizó por utilizar distintas formas de *encierro* basadas en la continua represión y hostigamiento (Foucault, 1992).

Las personas diagnosticadas con enfermedades mentales han sido concebidas y tratadas de forma distinta a través de la historia, en donde el término *enfermos/as mentales* es consecuente con la oficialización de la Psiquiatría como ciencia médica, la cual incorpora el concepto de rehabilitación en la atención a estas personas, e incluye la visión de derechos humanos, ausente en las intervenciones de épocas anteriores. (Foucault, 1992).

Es importante entonces retomar históricamente a la Psiquiatría y a la prisión, o al menos a las formas de atención predominantes hacia las personas con padecimientos mentales y hacia las que cometían actos delictivos. Esta breve reconstrucción se presentará a continuación, partiendo de la situación general occidental; posteriormente se enfatizará en nuestro país, y por último, se expondrán las medidas mencionadas en el ordenamiento jurídico costarricense, además de las instituciones involucradas actualmente en la atención de personas con medidas de seguridad curativas.

### 1.1. La atención de las personas con enfermedades mentales y en conflicto con la ley a través de la historia:

En la Edad Antigua, la discapacidad mental era considerada una posesión demoníaca, la cual inundaba el cuerpo, por lo tanto los encargados de “curar” estos padecimientos eran los sacerdotes, para esto utilizaban como tratamientos: conjuros, hechizos y magia. Sin embargo, en otras regiones del mundo se desarrollaron otras doctrinas, de las que sobresale el caso de Alejandría, donde se crearon sanatorios que trataban a los y las pacientes con terapias que incluían ejercicios, artes, hidroterapia, relajación y fiestas. Para el año 792, se construyó en Bagdad el primer hospital psiquiátrico del mundo (Rubí, 1997).

En la Edad Media, la Iglesia Católica tuvo una gran influencia en la formación de distintas instituciones e imaginarios en la sociedad, lo que conllevó a que la superstición y lo metafísico permeara las distintas actividades sociales. Lo anterior no excluyó la manera de *curar* a los enfermos/as, que principalmente consistía en torturas y rituales: y la Psicología y Psiquiatría fueron reemplazadas por la *demonología*, y es en esa época que estas personas se empiezan a recluir en manicomios (Foucault 1964).

De acuerdo con Gamboa (s.f), durante la Inquisición se establece la institución del *castigo*, el cual se infringía para corroborar la prueba de un crimen a veces no cometido y es el período en el que se desprende el derecho penitenciario, término que se le debe al derecho canónico<sup>27</sup> el cual, además, encierra religiosidad.

Respecto a la privación de libertad, se concibe que a partir del siglo XVI, la justicia real y la moral cristiana convergen contra el arquetipo de “hombre medieval pecaminoso y

---

<sup>27</sup>“(…) Conjunto de disposiciones y principios jurídicos que se refieren a la organización de la Iglesia, al cumplimiento de los fines de la misma y a sus relaciones con los fieles” (Fournier, 1978).



violento”, y se procede a criminalizar las costumbres populares dentro de un largo proceso de aculturización, que consistía en una nueva sociabilidad basada en el autocontrol y en la interiorización del conformismo (Oliver, 2000).

Como consecuencia de lo anterior, se señala que emergió lo que se conoció con el nombre de *casas de trabajo*, las cuales aparecen debido a una influencia religiosa protestante y como una alternativa para resolver las necesidades de mano de obra barata. Una de las instituciones más reconocidas se ubicó en Ámsterdam, donde se crearon las *casas de corrección*, para sujetos antisociales, tales como personas que deambulaban por las calles llamadas *vagabundos* o personas trabajadoras del sexo de la época. En esos establecimientos se buscaba la corrección a través del trabajo, pero el régimen era cruel, acompañado de azotes, celdas de agua, cadenas, collares de cepo, etc. (Castro, 2009).

Por su parte, el Renacimiento tuvo características similares al período anterior, y sobresale el nombre de Johan Sprenger, con el “*Malleus Maleficarum*” (El martillo de las brujas), referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres, atribuyendo a la vez, la causa de todas las enfermedades mentales al *demonio*. El *tratamiento* prescrito para la enfermedad mental fue entonces la tortura, aún si se llegaba a la muerte, y la cremación como un acto de piedad, para “liberar el alma” del “desdichado” (Claudia, 2006).

En el siglo XVII, el internamiento había ampliado cada vez más sus fronteras, ya que se encerraba a las personas que exteriorizaran blasfemias, a las que atentaban contra su vida tratando de cometer suicidio, hecho considerado como un sacrilegio, y también a las que practicaban la hechicería, magia o adivinación. En síntesis, fue un momento histórico en que gran parte de la población caía en la categoría de la “locura”. Foucault (1964) señala que "respecto a la cual [locura] el clasicismo se había formado una sensibilidad lo bastante fina, para haber inventado un modo de reacción original: el internamiento" (p.146).

Según el mismo autor, el objetivo del internamiento es reformar la moral del individuo. Entonces, en este período se consideró que

La locura ha tomado así una investidura social, la locura ha pasado a comprender otros vicios, el depravado, el disipador, el homosexual, el mago, el suicida, el

libertino, la medida de la locura es el apartamiento de la norma social. Estas conductas se han deslizado de la esfera de lo cotidiano al campo de la locura y de allí a la pertenencia a la enfermedad, por ello comparten el encierro con los insensatos y locos (Foucault, 1964).

Como se evidencia en la cita anterior, en esa época, el internamiento tenía una función de “orden social” represivo, en el que no solamente se encerraba a las personas consideradas como *locas*, sino a todo lo que no *encajaba* en la sociedad.

Dentro de esa línea, se fue formando una experiencia moral de la locura. Para entonces, el Hospital General abrió sus puertas en 1656 en Francia. Este centro, así como los contemporáneos de su época, funcionaban para el encierro, pero a la vez tenían el aspecto de cárceles, y su finalidad era corregir la conducta y hacer que los “blasfemos” se arrepintieran.

Posteriormente, a finales del siglo XVIII, se desarrolla la Psiquiatría Científica con Philippe Pinel, médico reconocido como el padre de la Psiquiatría, quien desarrolla el “Tratamiento Moral”<sup>28</sup> y posteriormente promulga el Tratado de Insania<sup>29</sup>.

Además, en la segunda revolución psiquiátrica, se presentó el discípulo de Pinel, Jean Étienne Dominique Esquirol, el cual contempla

(...) la terminación de la idiotez, la naturaleza terminal de la demencia crónica, la incurabilidad de las demencias seniles y por otra parte tiene en cuenta las locuras curables, criticando los tratamientos morales de estas enfermedades de las pasiones, [y] da a conocer su preferencia por los tratamientos somáticos (Claudia, 2006: s.p)

La siguiente etapa le correspondió a la psiquiatría positivista, representada por Benédicte Augustin Morel, el cual propuso la “Teoría de la degradación”<sup>30</sup>, que señalaba que las enfermedades mentales podían heredarse. Otros exponentes de esta corriente, fueron

---

<sup>28</sup> “El tratamiento moral consistía en la suma de principios y medidas que, impuestos al alienado [enfermo/a mental], pretendía reeducar la mente, alejar a los delirios e ilusiones y llamar la conciencia a la realidad. El hospital, como institución disciplinaria, sería por sí mismo una institución terapéutica” (Amarante, 2009: 33, 34).

<sup>29</sup> En el Tratado de Insania, Pinel clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiotez y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales (Amarante, 2009).

<sup>30</sup> “En 1857, el alienista francés B.A Morel dio a conocer su teoría de la degeneración en la especie humana, en la que aunaba el concepto antropológico y filosófico de degeneración de Rousseau y Buffon, la noción de herencia disimilar de Prosper Lucas y una cierta concepción lamarckiana del evolucionismo, en el marco de un pensamiento teocrático que remitía al pecado original como causa primera de la degradación de un tipo primitivo perfecto creado por Dios”. (Campos, 1998: 334)

Richard von Kafft-Eing con la Psicopatía sexual, y Cesare Lombroso, con la Antropología Criminal (Amarante, 2009).

Hasta este momento, los tratamientos e internamientos psiquiátricos y las penas privativas de libertad (jurídicas) eran tratadas de manera similar. Sin embargo, de acuerdo con Chinchilla y Linares (s.f), en los siglos XVII y XVIII comienza a desarrollarse la pena como forma de reclusión por excelencia en el sistema penal, y se señala que durante todo este tiempo surgió un proceso de *humanización* de las penas, como consecuencia de las ideas de la Ilustración, la influencia cristiana protestante e incluso a las propuestas de criminólogos, médicos u otros. Algunos como Beccaria, Lombroso y Bentham -quienes realizaron un estudio del delito no como fenómeno social o individual, sino como ente jurídico- también se preocuparon porque la pena fuera proporcional al delito, y sostuvieron la idea de “normalidad” de la persona “delincuente” (González y Ledezma, 2009).

Al respecto, las mismas autoras señalan que esta época se denomina la Escuela Clásica del Derecho, caracterizada por “la utilización de un método racionalista, abstracto y deductivo edificado a partir de concepciones abstractas como la razón, la libertad y la justicia”

A mediados del siglo XIX, en la Edad Moderna, se presenta la tercera revolución psiquiátrica, en la que se desarrolló oficialmente la Psiquiatría. Surgen muchos avances en esta ciencia, aunque los tratamientos seguían respondiendo al encierro y al asilo de esas personas, especialmente en Europa y Latinoamérica (Bustos y otras; 2008).

En este mismo período, surge la Escuela Positivista del Derecho, que da un drástico giro al concebir al delito como hecho real, empírico, histórico y concreto. Su protagonista no era el delito, sino el delincuente, y planteaba quién delinquía no lo hacía por su voluntad, sino más bien porque se encontraba determinado (a) por factores culturales, sociológicos y psicológicos (González y Ledezma, 2009).

El exponente más representativo de esta Escuela, es el -anteriormente nombrado- médico militar Lombroso (1835-1909). Su principal propuesta fue aplicar el método científico -de las ciencias naturales-, al estudio de la criminalidad. Su postulado inicial refiere a la sobrevaloración de la correlación e interrelación entre la herencia biológica, la locura y la criminalidad, al afirmar que la persona delincuente tiene un origen

“atávico y degenerativo, lo cual se determina por medio de sus caracteres que se externalizan por medio de signos antropomórficos como las deformidades craneales” (González y Ledezma, 2009: 29). Esta concepción afirma una vez más la relación histórica que ha tenido la atención psiquiátrica con la atención penal.

En los inicios del siglo XX, el llamado Neokantismo propició el desarrollo de la teoría del delito, integrando dentro de los conceptos la tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad. Sin embargo, esta corriente se caracterizó por ser subjetiva y relativista. En la misma época, surgen la Escuela de Política Criminal y la Escuela de Defensa Social; la primera “se preocupó particularmente por el delincuente y de que la pena a imponer a éste, se adaptase a su especie y medida, de manera tal que con la privación de libertad del delincuente se lograra impedir la comisión de delitos futuros” (González y Ledezma, 2009: 38).

Por su parte, según las mismas autoras, la Escuela de Defensa Social abogó por la supresión del término de penas, la reparación de la víctima, la abolición de la pena de muerte y concibe la noción subjetiva de responsabilidad. El concepto de responsabilidad consiste en la subordinación del delito a la intencionalidad, la prescindencia de la consecuencia del hecho o de la materialidad de la lesión, del daño o resultado-; y la punición de la tentativa como delito consumado.

El ciclo de exposiciones de las Escuelas de Criminología tradicionales, culmina con el Finalismo, abordado por el jurista alemán Hans Welzel. Este movimiento representó

[...] una teoría que tiene como pilares las estructuras lógico-objetivas: es decir, el concepto de acción y el concepto de culpabilidad (entendido como capacidad de auto determinación); lo que lo lleva a explicar el delito como una desobediencia al Derecho, y consecuentemente, el fin del derecho penal sería formar una conciencia ética (González y Ledezma, 2009).

Con respecto a la Psiquiatría, según Bustos y otras (2008), la época contemporánea se caracteriza por una mayor comprensión de las particularidades mentales, con un estudio más detallado y científico, en donde sobresalen varios pioneros del pensamiento y desarrollo psiquiátrico. Emil Kraepelin (1856-1926), realizó una cartografía sistemática de la psicopatología, utilizada actualmente; Sigmund Freud (1856-1939), caracterizó la teoría del psicoanálisis, le dio gran importancia al inconsciente, definió múltiples aspectos con respecto a la personalidad, y desarrolló diversos argumentos en defensa del

yo. Asimismo, Karl Jaspers (1883-1969), considerado el padre fundador de la psicopatología moderna (Bustos, et al; 2008).

En el siglo XX se crean las clasificaciones internacionales y se definen las psicoterapias. Resaltan nombres como Kurt Scheider, propulsor de la Psicopatología Clínica que clasifica la Esquizofrenia, e Iván Pavlov, promotor del Conductismo. De esta corriente se basó B.S Skinner para formular la teoría del “condicionamiento operante,” cuyo propósito era moldear a la conducta de sus pacientes con el fin de reaccionar de maneras socialmente más aceptables (DeMar, s.f).

La psicofarmacología representa uno de los últimos grandes acontecimientos de la Psiquiatría, el cual surge con el descubrimiento de la Clorpromazina<sup>31</sup>. En esa época se realiza incluso el primer Congreso Mundial de Psiquiatría. Ambos sucesos imponen la necesidad de un lenguaje diagnóstico común para todos los psiquiatras, con el objetivo de realizar investigaciones en psicofarmacología y comunicarlas a la comunidad internacional (Claudia, 2006).

En los años sesenta, se genera un movimiento social denominado Antipsiquiatría, cuyos principales expositores fueron: Ronald Laing<sup>32</sup> y David Cooper<sup>33</sup>. Este consistía en

[...] una antítesis a la teoría psiquiátrica, proponiendo comprender que la experiencia patológica ocurre no sólo en el individuo, cuando su cuerpo y mente enferma, sino también, y especialmente, en las relaciones establecidas entre él y la sociedad. Su crítica más profunda a la psiquiatría se refiere a su marco teórico-conceptual que, al adoptar el mismo modelo de conocimiento de las ciencias naturales, produciría un enorme equívoco metodológico (Amarante, 2009).

Este movimiento no tuvo el auge esperado, porque se consideraba que no presentaba claramente una propuesta de tratamiento de la enfermedad mental, por lo tanto se desestimó (Amarante, 2009).

Una ramificación de la Antipsiquiatría, fue la denominada Psiquiatría Democrática, expuesta principalmente por Franco Basaglia, el cual formulaba un pensamiento y una práctica institucional absolutamente originales, volcadas a la idea de superación del aparato manicomial. Por lo tanto, Basaglia clausuró un hospital psiquiátrico en Italia, y

---

<sup>31</sup> El medicamento “clorpromazina” es un fármaco antipsicótico y neuroléptico perteneciente al grupo de las fenotiazinas. Su actividad neuroléptica se manifiesta por su capacidad sedante que resulta de utilidad en los estados de agitación, agresividad y angustia de los enfermos mentales (Zingoni, 1983)

<sup>32</sup> Autor de “El yo dividido” (1960) y de “Cordura, Locura y Familia” (1964), entre otros.

<sup>33</sup> Autor de “Psiquiatría y Antipsiquiatría” (1972), “La muerte de la familia” (1985), “¿Quiénes son los disidentes? (1978), “Razón y Violencia” (1969), éste último escrito con Laing; entre otros.

en su lugar, instauró lo que se denominó Centros de Salud Mental, que eran instituciones de servicio basadas en las influencias de la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional (Amarante, 2009).

Por último, respecto a una sobresaliente corriente contemporánea de la Criminología, destaca la Escuela Crítica o Radical, la cual no constituía un movimiento uniforme, sino que se ha presentado en diferentes lugares como Estados Unidos y Europa:

Los primeros movimientos radicales se ubican en Estados Unidos durante los años sesentas, y son producto de formaciones estudiantiles, grupos de personas de raza negra, organizaciones de izquierda y personas marginadas y disconformes con la política estatal de esa época; tal movimiento pretendía abogar por los cambios sociales y políticos de envergadura (González y Ledezma, 2009: 153).

Las temáticas principales que atañen a esta Escuela son: el rechazo del análisis multifactorial del delito, el rechazo de la dependencia del derecho penal con la criminología, el rompimiento con la conexión entre criminalidad y marginalidad para que el control social ejercido por el Estado alcance los delitos de “cuello blanco”, y su apoyo a la despenalización de ciertas conductas (González y Ledezma, 2009).

La información presentada anteriormente muestra en forma general, las transformaciones que han tenido a través de la historia, la orientación del tratamiento hacia las personas con enfermedades mentales, como hacia las personas que han faltado a la ley. Cabe señalar que los inicios de la Psiquiatría y del Derecho Penal tienen el mismo origen, y que en lo que se refiere a las medidas de seguridad vuelven a compartir espacios de discusión y expresiones en la cotidianidad institucional.

## 1.2. La Psiquiatría y el Sistema Penal en Costa Rica:

A través de las distintas transformaciones económicas, políticas, culturales y sociales, las características del *castigo* y del *encierro* han ido presentando distintos matices, y en nuestro país se han desarrollado paulatinamente, incorporando paradigmas que abogan por un trato más humano en el tratamiento y atención a personas con enfermedades mentales, y a personas que tienen conflictos con la ley.

Al ser el presente trabajo de investigación un análisis de los procesos de trabajo en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se realizará un breve resumen de los principales

componentes históricos del surgimiento de la Psiquiatría. Sin embargo, al tratarse de medidas de seguridad curativas de internamiento, se recuperará también el surgimiento del Sistema Penal en Costa Rica.

Con respecto al ordenamiento jurídico, en 1841 se dictó el primer Código General, el cual establece la posibilidad del arresto en Costa Rica (Briceño, 2009). En este código, así como en el de 1880 se concebía la pena como salvación o enmienda de la persona privada de libertad, asociada con la proximidad entre los conceptos de delito y pecado. Por lo tanto, en dichos códigos se establecieron horas de trabajo forzado, así como la práctica de lecturas religiosas y castigos físicos, similar a las “casas de trabajo” europeas mencionadas anteriormente (Muñoz y Venegas, 2002).

En el año 1872 se construyó la cárcel en la Isla San Lucas, lo cual generó a la vez, el establecimiento de otros presidios, como el de la Isla de Coco, la Casa Nacional de Corrección (1894) y la Cárcel Nueva (1905) (Muñoz y Venegas, 2002).

En nuestro país, la atención a personas con enfermedades mentales también ha tenido características históricas que se han ido transformando. En un inicio, como institución pionera en la materia, se creó el “Asilo Nacional de Insanos” en 1890, el cual fue uno de los primeros en Latinoamérica, y se administró al estilo europeo (Bustos y otras, 2008).

Es a mediados del siglo XIX, que el modelo penitenciario se caracteriza por el aislamiento, la segregación y retribución. A finales del mismo siglo el sistema penal de Costa Rica estuvo basado en el sistema punitivo positivista<sup>34</sup> y en la ideología de la defensa social (Jiménez, et al; 2010).

En el siglo XX se hizo énfasis en el sistema progresivo y la ideología de tratamiento<sup>35</sup>, los cuales posteriormente, presentan una crisis, generándose un proceso de reflexión crítica sobre la concepción de ser humano, de los derechos humanos, de la prisionalización. A raíz de lo anterior, se toman en cuenta aspectos como la rehabilitación, el papel de la familia y la comunidad, además de la dinámica institucional (Jiménez, et al; 2010).

---

<sup>34</sup> “(...) el sistema punitivo positivista plantea la sanción penal hacia la regeneración de los antisociales, que por su peligrosidad deben ser reclusos en defensa del cuerpo social” (Arroyo. 1992: 80).

<sup>35</sup> El cual “(...) distribuye el tiempo de duración de la condena en diversos periodos, en cada uno de los cuales se va acentuando el número de ventajas de que puede disfrutar el recluso, paralelamente con su buena conducta y el aprovechamiento del tratamiento reformador que se le aplica” (Dobles, s.f)

En el año 1927, se creó el Ministerio de Salubridad y Protección Social, órgano encargado de organizar las diferentes gestiones que hasta entonces se habían realizado, entre ellas la creación de la Ley de Protección Social y Salubridad Pública, que fue el primer código sanitario en el país. Además, en 1940, y como parte de las reformas de carácter social que se instauraron, se establece la Caja Costarricense de Seguro Social, y la Ley del Seguro Social (Elizondo, et al; 2008).

Posteriormente, en 1948 se crea la Dirección General de Prisiones y Reformatorios, como dirección técnica de todos los establecimientos penales. Posteriormente en 1971 se promulga la Ley General de Adaptación Social, que desde sus inicios tuvo entre sus funciones: la ejecución y tratamiento de las personas procesadas y sentenciadas, la investigación de las causas de la criminalidad, entre otras (Chinchilla, 2007).

A principios de la década de los setenta, se promulgó el Código Penal y dos años después un nuevo Código de Procedimientos Penales, aunque su vigencia fue efectiva hasta el año 1975. El Código Procesal Penal, establecía todo un nuevo sistema procesal penal en el país, encargado de llevar a la práctica el concepto constitucional de “justicia pronta y cumplida”. (Poder Judicial de Costa Rica, s.f). Además, a finales de los años setenta, se clausura la penitenciaría Central, y se inaugura “La Reforma”, con un modelo progresivo de tratamiento (Chinchilla, 2007).

En los años noventas, se impulsó un nuevo modelo criminológico de la responsabilidad individual y social de la persona infractora en el país, en el cual se le brindada especial atención a la misma, a sus derechos y deberes. Para su ejecución nació el Plan de Desarrollo Institucional (PDI), que proponía una nueva concepción del quehacer penitenciario, de su forma de organización y de los fines de la ejecución de las penas, además de reformar papel de los y las funcionarios, de los y las privadas de libertad y de otros componentes sociales (Jiménez, et al; 2010).

Por su parte, el Asilo Chapuí fue uno de los principales establecimientos en nuestro país destinado a personas con enfermedad mental. Actualmente la atención la realizan dos hospitales especializados nacionales: El Hospital Nacional Psiquiátrico y el Chacón Paut. El Hospital de Niños y el Calderón Guardia, cuentan con servicios de Psiquiatría. Al igual que los dos hospitales psiquiátricos nacionales, estos últimos brindan atención a los y las pacientes con enfermedades mentales, tanto ambulatorias como de hospitalización, y promueven actividades de rehabilitación, algunos programas de salud



mental y actividades docentes y de investigación (Elizondo y otras, 2008). Sin embargo, el desarrollo de la Psiquiatría en el país tiene tres momentos principales, los cuales se resumen en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 2**  
**La Psiquiatría en Costa Rica**

	<b>Período Asilo 1890-1930</b>	<b>Período Sanatorio Asilo 1930-1960</b>	<b>Período Hospital Nacional Psiquiátrico 1960-actualidad</b>
<b>Características</b>	Función custodial y moralizadora. Se consideraba que los padecimientos mentales se <i>curaban con orden y buenas costumbres</i> . Se consideraba que el ser humano actuaba en contra de las normas sociales.	Surge la neuropsiquiatría. El/la paciente ya no se considera una persona <i>insana o loca</i> , sino <i>enferma</i> . En el año 1955 se instala el Servicio Social intrahospitalario.	Se trabaja de una manera interdisciplinaria. Se centra la atención en los y las pacientes egresadas del hospital. Se orienta la acción hacia lo intrahospitalario, lo extrahospitalario y la docencia.

Fuente: Elaboración propia basada en Bustos y otras; 2008

Es importante señalar también que en 1990 el país firma la “Declaración de Caracas”, en la cual se reconoce como necesaria la reestructuración de la atención psiquiátrica, debido a que se consideraba que se estaba aislando a la persona con enfermedad mental y no se potenciaba su reincorporación a la sociedad (Elizondo, et al: 2008).

Otro acontecimiento importante, sucedió en 1994, en el que se inicia el proceso de Reforma de Salud, que consistió en propiciar la universalidad de los servicios y mejorar su acceso tomando en cuenta la participación ciudadana. (Elizondo, et al: 2008).

### 1.3. Las medidas de seguridad en el ordenamiento jurídico costarricense:

Con respecto a las medidas de seguridad, Bustos y otras (2008), afirman que el concepto surge por primera vez de la mano de Carl Stoos en 1893, durante la redacción del primer proyecto de Código Penal de Suiza. En Latinoamérica las medidas se instauran por primera vez en Perú.

Con el paso del tiempo y a partir del siglo XVIII particularmente, se llega a la conclusión de que las penas de prisión no eran suficientes frente a situaciones en las que los delitos no tenían justificación alguna, y en los cuales mediaba un “tipo de locura”

considerada inexplicable, no aparente y donde la confesión no era obtenida de ninguna manera (Bustos y otras; 2008).

Por esto, las mismas autoras señalan que se decidió acudir a la medicina para que profesionales expertos (as) en Psiquiatría dictaminasen acerca de la condición mental, y sobre la “peligrosidad” del sujeto. Pronto se comienza a cuestionar la aplicación de las penas tradicionales a quienes claramente no encajaban en los modelos preestablecidos por el Derecho Penal, y se concluye que estas personas no eran criminales “normales y corrientes”. Tal conclusión resulta en el internamiento manicomial como respuesta al clamor social de justicia ante estos actos.

Particularmente en Costa Rica, las medidas de seguridad aparecieron en el ordenamiento jurídico por primera vez en el Código Penal de 1941, el cual sustituyó al de 1924 - o Código de Astúa -, y básicamente consistió en una serie de reformas a este último. La introducción en el Código de las medidas de seguridad significó la adopción de un enfoque dualista<sup>36</sup> o clásico en el Derecho Penal costarricense: se adoptaban no sólo penas en el ordenamiento, sino también mecanismos destinados a la prevención de los delitos y a la rehabilitación de los individuos. Las medidas implementadas eran aplicables únicamente a enfermos (as) mentales y toxicómanos (as) (Bustos y otras; 2008).

De acuerdo con Bustos y otras (2008), las medidas de seguridad se han regido por el principio de legalidad y por ello los (as) jueces no podían crear nuevas medidas ni aplicarlas arbitrariamente. Por otra parte, esta legislación no establecía un plazo determinado a dichas medidas, sino que su duración dependía de la mejoría del (a) sujeto.

Acorde con la jurisprudencia de la Sala Constitucional número 322-92, las medidas de seguridad únicamente proceden contra aquellas personas que, habiendo cometido un delito, sean señalados (as) como inimputables. (Campos y Vargas, 2006; p. 39).

Según los autores, se concibe que por su propia naturaleza, se ha admitido que tengan una duración indeterminada y que dependa de una valoración técnica el establecer si ha desaparecido o no el estado de peligrosidad que originó las medidas. En nuestro país, el

---

<sup>36</sup> Se denomina dualista a esta corriente por cuanto da cabida en los códigos a penas y medidas de seguridad (Bustos y otras, 2008).

artículo 100 del Código Penal refuerza lo anterior al señalar que “Las medidas curativas de seguridad son de duración indeterminada” (p. 39).

A partir de esa concepción, las medidas de seguridad se han clasificado como eliminatorias, de control, patrimoniales, terapéuticas, educativas, restrictivas de derechos y privativas de libertad (Campos y Vargas, 2006; Bustos, 2008).

Dentro de nuestro sistema se destacan las “medidas curativas, de internación y de vigilancia”. El artículo 102 del Código Procesal Penal, señala que las medidas de seguridad se aplicarán “En servicios psiquiátricos idóneos o establecimientos de tratamiento especial educativo, se internarán los enfermos mentales, toxicómanos habituales, alcohólicos y sujetos de imputabilidad disminuida que hayan intentado suicidarse.” (p.26).

Según Rojas (2005) la clasificación de las medidas de seguridad pueden ser: a) curativas, b) de vigilancia y c) de internamiento.

### 1.3.1 Medidas Curativas:

De acuerdo con el Código Penal en el artículo 101, son medidas curativas: a) “El ingreso a un hospital psiquiátrico, b) “El ingreso en un establecimiento de tratamiento especial y c) “Someterse a un tratamiento psiquiátrico”.

Las dos primeras se pueden sub-clasificar, pues también se refieren a medidas de internamiento en una determinada institución, y la tercera hace referencia a un tratamiento psiquiátrico pero no indica aislamiento en algún centro.

Como señala el artículo 102 del Código Penal, solo se internará en el centro especial: “a) Enfermos mentales b) Toxicómanos habituales, c) Alcohólicos, y d) Sujetos de imputabilidad disminuida que han intentado suicidarse”.

En el caso de las personas con inimputabilidad total o parcial, el centro para el internamiento ha sido el Hospital Nacional Psiquiátrico, aunque desde el año 2011, estas personas son institucionalizadas en el Centro de Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley.

### 3.1 Medidas de vigilancia:

Las medidas de vigilancia se pueden clasificar de la siguiente manera: a) “La libertad vigilada y b) “Prohibiciones de frecuentar determinados lugares”. Al respecto, el Código Penal explica en su artículo 102, cuándo se aplicará la libertad vigilada:

“Artículo 102.- c) La libertad vigilada se ordenará en los casos de condena de ejecución condicional, así como en los casos en que se suspende otra medida de seguridad y el juez ordene aplicarla por un tiempo prudencial (...)” (Asamblea Legislativa, 1970)

Con respecto a la prohibición de frecuentar determinados lugares, el mismo artículo establece como una medida de prevención especial, aplicada únicamente en los casos de delitos cometidos por personas “bajo la influencia del alcohol o de drogas enervantes, del homosexualismo o la prostitución”.

Esta temática es una situación reprochable, en tanto las personas deben tener libertad en sus preferencias sexuales, o de igual manera, decidir cómo y con quién vivir su sexualidad; ante eso no es posible encontrar congruencia o lógica en dicha legislación. De igual manera, no es entendible que a una persona se le prohíba visitar una cantina en razón de su alcoholismo, ya que esto no asegura la prevención de nuevos delitos, por tanto este es un enunciado que es muy cuestionable dentro de la legislación vigente en el país.

Para comprender de mejor manera la temática, es relevante señalar el concepto de inimputabilidad. Según el Artículo 42 del Código Penal, es inimputable

Quien en el momento de la acción u omisión no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo ocasional o involuntario de bebidas alcohólicas o sustancias enervantes (p. 14).

La inimputabilidad proviene entonces de la "incapacidad para comprender el carácter ilícito del hecho", porque se ha considerado injusto, que el derecho penal reserve para alguien afectado "a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia" una de sus más severas medidas (Burgos, 2005).

Por su parte, el Artículo 43 del Código Penal señala que: la imputabilidad disminuida es aquella en la cual el sujeto posee cierto nivel de comprensión del ilícito, más no su totalidad.

Además, lo que atañe acerca de la peligrosidad, es que no se puede condenar a las personas con medidas de seguridad, al de la culpabilidad del delito, pero que por el grado de “peligrosidad”, se les debe dar un tratamiento por su seguridad y la del resto de la sociedad (Burgos, 2005).

Con el objetivo de sintetizar la información explicada anteriormente, se presenta el siguiente cuadro resumen:

Cuadro N° 3

**Tipos de Medidas de Seguridad**

<p><b>Medidas Cautelares de Internamiento</b></p>	<p>Responden a un mandato legal, generalmente referidos por los Juzgados de Violencia Intrafamiliar, Contravencionales, Penales y de Niñez y Adolescencia. Tienen un promedio de 3 a 6 meses, en algunos casos se acompañan de un custodio.</p>
<p><b>Medidas de Seguridad Curativas de Internamiento</b></p>	<p>Conciernen a las sentencias penales dictadas por los Juzgados a las personas que tienen una condición de inimputabilidad, su imposición requiere de un peritazgo médico-psiquiátrico previo por parte de la Medicatura Forense que justifique la medida, por lo general se trata de sentencias de duración indeterminada que son revisadas por el Juzgado de Ejecución de la Pena cada 6 meses. Para modificar o levantar la medida, por lo general se requiere de que estos usuarios (as) tengan una adecuada contención familiar y laboral para que puedan ser egresados (as), de lo contrario permanecerían internados (as) de forma indefinida. Por tratarse de casos juzgados, su internamiento no se acompaña de custodia policial a pesar de la peligrosidad que justifica inicialmente la imposición de la medida.</p>
<p><b>Medidas de Internamiento Hospitalario</b></p>	<p>Corresponden a una orden dictada por un juzgado, y en este caso los criterios de egreso hospitalario quedan a criterio médico, ya sea con previa comunicación al juzgado o no, según lo establezca la sentencia inicial.</p>
<p><b>Medidas de Seguridad de Control Externo o de Vigilancia</b></p>	<p>Son medidas de vigilancia y control del tratamiento de la persona sentenciada a nivel de consulta externa de un servicio de psiquiatría (No solamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico).</p>

Elaboración propia, 2012 basada en: Código Penal Costarricense, 1970; y Hernández, 2008.

Como se ha señalado anteriormente, se considera que la duración indeterminada de las medidas -así como la lentitud del proceso para la suspensión de la medida-, ha conllevado a violaciones flagrantes de los derechos humanos por permanencias que han excedido el tiempo establecido, la cronificación o deterioro y la consecuente estigmatización (Bustos, 2008).

Es de gran importancia señalar que se han realizado distintos esfuerzos en el Hospital Nacional Psiquiátrico por separar a las personas que tienen medidas de seguridad curativas del resto de los y las pacientes, debido a que se considera violatorio de los derechos humanos que las personas internadas en el centro médico -así como el personal de salud-, estuvieran conviviendo con los y las individuos que tuvieran de dicha medida judicial.

Para lograr la separación mencionada, la iniciativa principal le corresponde al Proyecto de Ley del “Centro Alternativo para la Atención de las Personas con Trastornos Mentales y Conductuales en conflicto con la ley”<sup>37</sup>, el cual fue defendido por el Hospital Nacional Psiquiátrico; y tuvo como objetivo ser el primer centro institucional con población exclusiva de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento (Hernández, 2008). Dicho centro es un anexo hospitalario del Hospital Nacional Psiquiátrico, y fue inaugurado en el mes de agosto del 2011<sup>38</sup>.

## 2- **El período 2000-2011 como escenario de investigación:**

La razón de la escogencia del momento histórico señalado, se debe a que la presente es una investigación que pretendió conocer los antecedentes inmediatos a la apertura del Centro para la Atención de Personas con Enfermedades Mentales en Conflicto con la Ley, y también la participación de Trabajo Social respecto a la atención a personas con medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) durante los últimos once años.

Sin embargo, es necesario retomar el momento histórico de los desencadenantes a la apertura del centro especializado mencionado, así como las mediaciones históricas que permearon los procesos de trabajo de Trabajo Social en el HNP, en el período señalado.

Los fenómenos sociales, políticos, económicos y culturales que se presentan en el período 2000-2011 son parte de las distintas características y etapas que ha vivido el Estado costarricense, y responde a cambios en el aparato estructural y sistema económico.

---

<sup>37</sup> Proyecto de Ley N° 16269

<sup>38</sup> Entrevista semi-estructurada a Licda. Leitón.

Es importante retomar que en Costa Rica en las décadas de los años setenta y ochenta se presentó un período de crisis económica que desencadenó una serie de cambios en las condiciones sociales y políticas de la sociedad, resultantes de la vinculación de nuestra economía con la de los países industrializados, como parte de una estrategia de desarrollo impulsada desde la década del 60 (Molina y Romero, 1996).

Es a partir de la década de los ochenta que inician las políticas neoliberales en el país, al aplicar el primer Paquete de Ajuste Estructural, negociado por la administración Monge con el Banco Mundial. Igualmente al PAE II –firmado en la administración Arias-Sánchez (1986-1990)-, ambos tratados tuvieron como objetivo el reforzar las políticas económicas atinentes a la restricción fiscal, principalmente abogando por la apertura comercial externa por medio de la reducción de aranceles (Vargas, 2003).

Por su parte, el PAE III, aprobado en 1995, consistió principalmente en la llamada Reforma del Estado, la cual se caracterizó por impulsar la denominada movilidad laboral, la focalización del gasto social y la búsqueda de privatización de algunas entidades públicas (Vargas, 2003).

De acuerdo con Molina y Palmer (1997),

El elevado costo social, cultural y político que supuso la aplicación de los PAE, y el ascenso de las exportaciones no tradicionales y del turismo, fueron del todo insuficientes para asegurar un desarrollo sostenible. El déficit de la balanza comercial del país superaba los 650 millones de dólares en 1995 (...) las raíces de tales cifras son la apertura comercial, que implica una decisiva penetración del capital extranjero, con la consiguiente transferencia de las ganancias al exterior; y la incapacidad del Estado para gravar adecuadamente a los acaudalados y controlar su evasión fiscal (p.23).

En ese escenario, se presentan diversas protestas universitarias masivas en contra de la privatización de la educación superior y de instituciones públicas. En respuesta, la política económica se centró en restaurar la estabilidad económica del país y en la creación de las condiciones para la transformación estructural. (Molina y Romero, 1996).

De acuerdo con el VII Informe Estado de la Nación, se señala que en el país se prolongó una especie de inercia histórica reflejada en las repercusiones negativas y de difícil progreso resultante de los movimientos institucionales, económicos y sociales que protagonizaron representaron la crisis de principios de la década de los ochenta.

Al iniciar el siglo XXI, el país no logró superarse en cuanto al crecimiento del producto nacional, el ahorro interno, la reducción de la pobreza, la escolaridad promedio o la subutilización de la fuerza de trabajo. Debido al conflicto de fuerzas políticas y sociales, el país muestra un estancamiento en su capacidad para adoptar las decisiones políticas e institucionales sobre el rumbo futuro de la sociedad (Proyecto Estado de la Nación, 2001).

No es hasta el período pertinente a la presente investigación (2000-2011), que se consolida el neoliberalismo en Costa Rica, y al respecto, se recuperan los principales acontecimientos, políticos, económicos y sociales.

### **2.1. Factores Políticos y participación ciudadana:**

Como se indicó anteriormente, el contexto político que enmarcó el período 2000-2011, estuvo caracterizado por un reformismo neoliberal fortalecido por las políticas de instituciones financieras internacionales (IFI), y particularmente por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), o lo que se conoce como el Consenso de Washington. Los Programas de Ajuste Estructural que se promovieron desde este Consenso incluyeron políticas de estabilización a corto plazo, y un Paquete de Ajustes Estructurales a mediano y largo plazo.

A grandes rasgos, según la agenda neoliberal, los ajustes se concentraron en la privatización de empresas públicas, y en la desregulación y la liberalización de mercados, lo que generó un “Nuevo Modelo Económico”. El nuevo modelo permitió una reestructuración de la economía, pasando de un modelo en el cual los precios y las rentabilidades estaban destinadas al mercado interno (modelo de sustitución de importaciones), a otro en el que se ha buscado beneficiar los sectores vinculados a la actividad externa (industriales, agroindustria, turismo), profundizando así la transnacionalización de la economía (Robles y Voorend, 2012).

Todos estos acontecimientos estuvieron intrínsecamente relacionados con los procesos políticos vividos en el país, las participaciones de las distintas instituciones, y la respuesta de la sociedad civil.

En el año 2000, uno de los principales eventos fue el movimiento social del “Combo del ICE” en respuesta a las iniciativas de privatización de carácter neoliberal impulsadas ese año, y se señala que



Las protestas contra el Combo ICE son probablemente las más grandes que ha vivido Costa Rica desde hace muchos años, por la cantidad de personas involucradas y por lo extenso de su cobertura, ya que abarcaron casi todos los rincones del país. Además, representaron un duro golpe para las políticas neoliberales impulsadas por los últimos gobiernos, y especialmente para el proyecto privatizador de la Administración Echeverría. Pero además dieron origen a una experiencia inédita de participación popular, en la cual la sociedad civil forzó la apertura de un espacio legislativo para discutir el futuro del Instituto Costarricense de Electricidad (Carazo, s.f)

Estas manifestaciones sociales en contra de la aprobación del Combo del ICE pueden ser entendidas como un despertar de la sociedad civil, la cual había mostrado pocos niveles de participación en los últimos 20 años. Por tanto, “un movimiento social de tal magnitud y capacidad de lucha, puede interpretarse como un elemento positivo para reactivar el movimiento popular y darle una nueva reconfiguración a un concepto que frecuentemente ha sido desnaturalizado: el de ciudadanía activa y plena [...] se gestaba una nueva modalidad de construir la ciudadanía”. (Sánchez y Chinchilla, s.f)

Por otra parte, continuando con los principales eventos del período en estudio, y como se expuso en el apartado anterior, el Estado costarricense ha modificado sus políticas y su acción sobre la economía, dejando mayores espacios a las fuerzas del mercado, por lo que ha debilitado su capacidad de respuesta a las necesidades de desarrollo del país.

De acuerdo con el Programa Estado de la Nación (2003), lo anterior se relaciona con la presión en materia fiscal experimentada en el país, la cual ha obstaculizado el disponer de los recursos necesarios para ejecutar las tareas del Estado. Por esta razón, se señala que el carácter “garantista” de la legislación costarricense, aprueba derechos ciudadanos sin los recursos necesarios para satisfacerlos; el cual ha terminado creando una contradicción entre las expectativas, los derechos de la población, y la capacidad del Estado para responder a los mismos.

Al respecto, surge la importancia de indagar acerca de la Inversión Social Pública (ISP), conformada por el gasto a nivel del sector público no financiero -gobierno central, instituciones públicas de servicios, empresas públicas no financieras y gobiernos locales- y divididos en programas universales o selectivos, los cuales a su vez, están dirigidos a la promoción del desarrollo social y a la atención de la demanda de servicios e infraestructura por parte de la población en general (MIDEPLAN, 2010).

De este modo, de acuerdo a las transformaciones estructurales económicas y políticas expuestas anteriormente, el Estado ha reducido sus ingresos, proceso llamado un “estrujamiento fiscal”, ha generado recortes en la inversión pública general, principalmente en lo que concierne a lo social (MIDEPLAN, 2010).

Asimismo, se señala que la ISP se distribuye en mayor medida en rubros como salud (cerca de un 30%), educación, vivienda y asistencia social; y la menor inversión se registra en recreación y cultura (Alfaro y Guerrero, 2010).

Por otra parte, con respecto a algunos aspectos de carácter político durante al año 2002, el mismo se caracterizó por la iniciativa por parte de instancias de coordinación entre organizaciones de un mismo sector o de distintos sectores sociales para solicitar participación e incidencia en la definición de políticas públicas nacionales y trascendieran el ámbito de las demandas gremiales particulares (Programa Estado de la Nación, 2002).

Al respecto, entre las propuestas presentes en la agenda nacional formuladas a partir de alianzas intra e interinstitucionales en el 2002, se encuentra la “Creación del Consejo Económico y Social y la formulación de la política nacional de empleo”, en cuyo desarrollo participaron la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones del Sector Empresarial Privado (UCCAEP), junto con algunos sindicatos y asociaciones del sector público. (Programa Estado de la Nación, 2002).

Es a partir del año 2004 que empieza a divulgarse el documento acerca del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, por lo cual las universidades estatales formaron comisiones de estudio sobre el texto señalado, y toman una posición crítico al respecto.

Ese mismo período fue un año de escandalosos descubrimientos en el escenario político costarricense, entre ellos el empréstito finlandés para la compra de equipo médico para la CCSS a través de la empresa Fischel, y la compra de 400 000 líneas celulares por parte del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) a la empresa francesa Alcatel. Estos eventos mostraron la forma en que las empresas proveedoras se aseguraban un resultado positivo en su concurso por la venta de bienes y servicios al Estado, mediante el pago de comisiones y “premios” a importantes personajes políticos y altos jerarcas de la administración pública (Artavia, 2008).

Los casos Caja-Fischel e ICE-Alcatel son ejemplos de contratación pública con el sector privado, para lo cual el país cuenta con toda una normativa y una serie de controles institucionales, que se supone debieron haber evitado lo que de todos modos terminó ocurriendo; sin embargo, los medios de comunicación se encargaron de culpabilizar únicamente a las personas involucradas dejando de lado el entramado socio-institucional en el cual éstas actuaron (Artavia, 2008).

Otro importante acontecimiento sucede en el año 2007, en el que se realizó el primer referendo en la historia de Costa Rica, con el objetivo de arbitrar la aprobación -o no-, del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos, Centroamérica y República Dominicana (TLC-EEUU-CA-RD). En el año anterior al mencionado referendo, el conflicto en torno al TLC se expresaba en posturas opuestas de forma paralela, más precisamente,

En el terreno de la política institucionalizada, durante el 2006, la Comisión de Asuntos Internacionales tramitó el proyecto y lo remitió al Plenario Legislativo con un dictamen de mayoría afirmativo. Las fracciones opositoras elevaron a la Sala Cuarta a una consulta de constitucionalidad sobre el proceso acelerado impuesto por el presidente de la Asamblea Legislativa, decisión que impidió la discusión de algunos capítulos medulares del Tratado. La oposición por su parte, se expresaba predominantemente en la movilización callejera que crecía en magnitud y diversidad, como se evidenció en las movilizaciones en todo el país el 23 y 24 de octubre de 2006 y en la marcha del 26 de febrero de 2007, la mayor en la historia del país hasta ese momento (Raventós, 2008).

En todo el proceso del referendo, había mucha desconfianza entre los sectores opositores sobre la equidad que tendría el proceso, debido a la desproporción en el financiamiento de campañas electorales, el acceso a los medios de comunicación y a los cuestionamientos de fraude que había habido en las elecciones del 2006. Al quedar el “SÍ” como el ganador del referendo, se acusó al Tribunal Supremo de Elecciones de haber permitido la violación de la tregua de tres días a través de pseudo-noticias que influyeron la opinión pública, y lanzaron acusaciones de “fraude mediático” (Raventós, 2008).

El resultado del referendo fue percibido como generador de exclusión y desigualdad, no solo en términos socioeconómicos, sino también en términos políticos y culturales, afectando -entre otros-, al reconocimiento de la diversidad de identidades e intereses, así como al poder y al derecho de la multiplicidad de grupos y ciudadanos (as) para ejercer control e influir en decisiones que afectan la vida social (Álvarez, 2011).

Los aspectos mencionados anteriormente exponen algunos de los principales momentos en la política costarricense del período en cuestión, la cual estuvo, enmarcada en un contexto neoliberal, que consistió en el auge de capital extranjero, en un déficit fiscal y altos niveles de endeudamiento público y privado, así como en situaciones de inestabilidad social y deslegitimación del sistema político (Vargas, 2011).

## **2.2. Factores Económicos:**

Dentro de los aspectos más relevantes, se encuentra que en el año 2000, el Producto interno Bruto (PIB) creció un 1,7% en términos reales, comparado con el 8,4% de los últimos dos años. Por su parte, la deuda política total pasó de representar el 54,4% del PIB al 54,6% (Proyecto Estado de la Nación, 2001).

En general, en el país

La estructura de la economía costarricense en el 2000 fue la siguiente: sector de fabricación (25% del PIB); agricultura (ligeramente por debajo del 10%); comercio, restaurantes y hoteles (alrededor del 20%), y servicios públicos y privados (casi todo el resto). No obstante, la agricultura sigue representando la principal fuente de empleo, en torno al 20% de la mano de obra, y el turismo tiene cada vez más importancia como generador de ingresos y de puestos de trabajo (Proyecto Estado de la Nación, 2001)

Es relevante señalar que los tratados de libre comercio –en 1999 con Chile, y en el 2000 con Canadá-, comienzan a tener auge en el país, debido a que empieza a aumentar la presión internacional de los organismos de cooperación y financiamiento (en especial el Fondo Monetario Internacional-FMI-el Banco Mundial –BM-, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID-), así como el condicionamiento del crédito a la privatización de las empresas públicas; por lo que se genera un fortalecimiento del sector privado industrial y comercial (Proyecto Estado de la Nación, 2001).

Otra de las causas de la apertura comercial –según el Proyecto Estado de la Nación (2001)-, es la tendencia en ese momento histórico a la globalización económica y al incremento del protagonismo de la empresa privada en el comercio internacional, además del aumento de los programas de operación técnica e intercambio de los países industrializados para fomentar el intercambio y el desarrollo tecnológico de la empresa privada en los países del tercer mundo.

Lo anterior produce un desplazamiento hacia la ejecución de políticas económicas destinadas a disminuir el poder de los estados nacionales, y fortalecer el sector privado, el hegemónico mundial y los organismos transnacionales que manejan asuntos de carácter económico. Es decir, la autonomía del Estado ha disminuido por el poder de facto, como las empresas transnacionales, en lo cual lo primordial es el mercado.

Por otra parte, de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Costa Rica era el país que para el 2001 exportaba más programas electrónicos per cápita en América Latina. Esto se debió, de acuerdo con esta misma fuente, a diversos factores como el compromiso asumido en pro de la educación y a la estabilidad política y social (PNUD, 2001).

De acuerdo con el VIII Proyecto Estado de la Nación, a finales del 2001 y en el 2002, luego de un periodo de estancamiento en la política monetaria, nuevamente se da un incremento en las tasas de interés dentro de un contexto de deterioro fiscal del país. La tasa básica pasó de un 15.1% a un 17.5% en este periodo, lo que significó un aumento relativamente moderado, que no parece haber afectado el aumento a 4.6% en la demanda agregada interna.

Con respecto al empleo, en el 2001 y el 2002, la tasa de ocupación nuevamente se elevó: en el 2001 el empleo superó el nivel alcanzado en 1998, lo que no coincide con el comportamiento del PIB, que mostró en el 2001 su tasa más baja de crecimiento.

Para el año 2003, el Proyecto Estado de la Nación (2004), señala que las exportaciones incidieron fuertemente en la demanda global: la producción agrícola redujo su importancia en el valor agregado, la industria manufacturera creció y el turismo fue una de las actividades más importantes. El año 2004 tuvo un comportamiento similar, sin embargo, se resalta que la pobreza un aumento de 18,5% en la pobreza en el 2003, y de 21,7%, en el 2004, a pesar del crecimiento que experimentó la economía. Además, en ese mismo período, se firmó el Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica, República Dominicana y Estados Unidos, y el TLC entre Costa Rica y los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM), sin embargo, en el caso de nuestro país la lucha social en retrasa su ratificación en la Asamblea Legislativa.

Durante el año 2005, el desempeño general de la economía costarricense se caracterizó por un fuerte aumento en la tasa de crecimiento del PIB, el cual alcanzó el 5,9%. En este

período destaca además el déficit comercial, la inflación, y las políticas para la reducción del déficit fiscal (Proyecto Estado de la Nación, 2006).

El período 2006-2008 estuvo determinado por factores externos e internos responsables de los desequilibrios macroeconómicos observados en Costa Rica. El primero se centra en las entradas de capital provenientes del exterior, especialmente la inversión extranjera directa, y el segundo se asocia específicamente con las políticas monetarias. (Mesalles y Céspedes, 2009)

Particularmente en el año 2007, el crecimiento del PIB fue de 2,6%, el cual presenta la tasa más baja en el último quinquenio. Además se da una reducción en la industria y la agricultura, y un leve aumento en el desempleo. Por su parte, el país se posiciona mundialmente como un destino turístico y como momento histórico, y se aprueba la apertura del monopolio de las telecomunicaciones (Proyecto Estado de la Nación, 2008).

El año 2009, se caracterizó por el enfoque por parte de las políticas económicas de Estados Unidos, al estímulo del crecimiento de la economía, introduciéndose un programa de flexibilización monetaria. Además, se concibe que la economía costarricense en ese momento refleja de lo acontecido en la situación mundial, no sólo en lo que respecta al ritmo de recuperación de la actividad económica, sino también de la política de bajas tasas de interés (Mesalles y Pacheco, 2011)

Los mismos autores le atribuyen al 2010, la recuperación del crecimiento económico, una tasa de inflación baja en relación con los niveles históricos, un comportamiento muy favorable de las cuentas externas –el cual contribuyó a la valoración del colón-, y una política monetaria concentrada en el control de la inflación. Al mismo tiempo, hubo un deterioro significativo de las finanzas del sector público.

Los temas de política macroeconómica más destacados del ese período fueron: la política monetaria y cambiaria del Banco Central de Costa Rica y la política fiscal. Al respecto,

[La política monetaria] es importante porque la adopción del régimen de bandas cambiarias continúa creando discusión en torno a cuánta libertad debe conceder el BCCR a los movimientos del tipo de cambio y el segundo [la política fiscal], porque el deterioro de las finanzas públicas ha suscitado una discusión en torno a la

combinación, dosis y contenido de medidas de gasto, evasión fiscal y aumento de la carga tributaria que son necesarias y/o deseables (Mesalles y Pacheco, 2011).

En el 2010 se efectuaron cambios en la nueva Encuesta Nacional de Hogares, y en la misma se señala que la tasa de pobreza cubre un 21,3 % de los hogares del país, y la de pobreza extrema cubre un 6 %. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indicó que la tasa de pobreza resultante en el 2009 cubría 20,6 % de los hogares, lo cual evidencia un aumento en la pobreza en el 2010 con estas cifras. (Mesalles y Pacheco, 2011).

Recientemente, el Plan de Desarrollo 2011-2014 indica que su eje “Competitividad e Innovación” busca mejorar la productividad y contribuir al crecimiento, pero principalmente, al desarrollo económico, fijando la atención en áreas prioritarias como el fortalecimiento del capital humano y la innovación; así como la construcción de infraestructura física; la diversificación, la inserción exitosa en los mercados internacionales y la eliminación y simplificación de trámites (MIDEPLAN, 2010).

### **2.3 Factores Sociales:**

Como se ha mencionado a lo largo de esta sección, el neoliberalismo aparece discursivamente como una ideología del libre mercado, que en la práctica, tiende a ser una ideología imperialista propulsora de la expansión del capital transnacional y los procesos de repartición de mercados, y que en muchos casos, actúa como mecanismo encubridor de prácticas comerciales proteccionistas y discriminantes por parte de los países de “primer mundo” respecto a los más pobres (Vargas, 2011)

Con relación a los acontecimientos de corte social, en el año 2000 se realizó el IX Censo de Población y V de Vivienda, reflejando la situación general de la población costarricense, y contemplando un crecimiento casi 1,6 veces en la población. Lo anterior se explica por tasas de fecundidad imperantes, el descenso de la mortalidad y la migración, y porque en ese mismo período, el 38,7% de los hogares costarricenses mostró algún tipo de pobreza, ya sea por insuficiencia de ingresos o por incapacidad de satisfacer alguna de las necesidades básicas: educación, salud, vivienda o acceso a servicios como agua potable y alumbrado (Proyecto Estado de la Nación, 2001).

Aunado a lo anterior, se señala que se suscribieron importantes convenios internacionales y se promulgó legislación referente a particularidades sociales, entre las

que se encuentran: la Ley de Paternidad Responsable (2001) y la Ley Contra la Violencia Doméstica (1996). Asimismo, se crearon nuevas instituciones dedicadas a la defensa de los derechos de mujeres como parte de las poblaciones vulnerabilizadas, en especial la Defensoría de la Mujer, las oficinas ministeriales y sectoriales de la mujer, las comisiones y oficinas municipales, y el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU).

En el año 2001, la pobreza según egresos cubrió un de 22,9%, y se destaca que la mitad de las personas en condiciones de pobreza extrema, ocupan sectores mayoritariamente rurales. Por su parte, el año 2002 presentó una reducción en el porcentaje de hogares en pobreza extrema de 5,7% (Programa Estado de la Nación, 2001 y 2002)

Para el año 2003, se estimó que la cantidad aproximada de personas en condición de pobreza fue de 750 000. En el Programa Estado de la Nación (2004), se indica que del 2000 al 2003 al menos el 37% de los hogares costarricenses experimentó en algún momento una situación de pobreza.

De acuerdo con MIDEPLAN (2008), la medición porcentual de la pobreza<sup>39</sup> por ingresos en el 2004 alcanzó un 21,7%, y pasó al 16,7% en el 2007, mostrando una reducción de 5 puntos porcentuales en el período. Por lo tanto, los hogares ubicados en la categoría de “no pobres” ha incrementado en un 5% al pasar de un 78,3% al 83,3% en el año 2004 hasta el 2007, respectivamente.

En el año 2007, el ingreso total de hogares aumentó en términos reales en 7,7% con respecto al 2008, y el ingreso per cápita en 8,2%. Se indica además, que el 18,5% de los hogares fue catalogado en situación de pobreza (Programa Estado de la Nación, 2009).

En el XV Estado de la Nación se especifica que en el país se han obtenido logros prolongados en materia social, debido a la Inversión Social Pública, (ISP), y que la misma se traduce en distintos programas que pretenden dar respuesta a las necesidades de la población. A grandes rasgos, estos son:

- Programas universales: pretenden cubrir a la totalidad de la población y corresponden principalmente a los servicios educativos y de salud; éstos representaron el 57% de la ISP total en el 2009.

---

<sup>39</sup> La Línea de Pobreza “representa el monto mínimo de ingreso que permite a un hogar disponer de recursos suficientes para atender las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias de sus miembros” (MIDEPLAN, 2008).



- Programas restrictivos: demandan el cumplimiento de ciertos requisitos previos o enfrentan restricciones de oferta. Los recursos destinados a este grupo en 2009 fueron limitados, ya que representaron un décimo de la ISP total.
- Programas contributivos: corresponden a los regímenes de pensiones contributivas y captaron un poco más de una quinta parte de la ISP total en el mismo período.
- Programas selectivos: se dirigen a grupos de menores recursos, vulnerabilizados o que sufren situaciones de exclusión o discriminación. En el año 2009, éstos recibieron el 11,5% de la ISP.

Otro aspecto importante de resaltar, es la desigualdad en la distribución de los ingresos, asociada a la paralización en los insumos de los (las) empleados (as) no calificados (as) y de menores ingresos, así como a las características propias de los hogares clasificados por ingreso, como el nivel educativo, que en cierta forma determina el tipo de empleo al que se accede, el número de ocupados (as) por hogar y otros aspectos socioeconómicos (MIDEPLAN, 2008).

Al respecto, se señala que a nivel nacional el Coeficiente de Gini<sup>40</sup> ha ido mostrando un incremento cercano a una centésima al pasar de 0,420 a 0,430 del 2004 hasta el 2007. Esta medición se vincula con la desigualdad en Costa Rica, como se mencionó anteriormente.

El PNUD (2010) concibe que los factores particulares del desarrollo histórico de Costa Rica, han contribuido a que la desigualdad de ingresos en el país sea aún relativamente baja en el contexto latinoamericano, específicamente debido a la existencia de pequeños productores (as) independientes y al libre acceso a la tierra durante el inicio de la vida independiente. Otros factores constituyen el modelo de educación primaria común, obligatorio y gratuito, el sistema democrático que ha caracterizado al país, la abolición del ejército en 1949, -que a su vez permitió asignar mayores recursos a políticas sociales-, y los sistemas nacionales de salud y de seguridad social con amplia cobertura.

---

<sup>40</sup> Es una medida de desigualdad en la distribución del ingreso, su valor oscila entre 0 y 1. A medida que el índice se acerca a 1, la concentración se hace mayor, de ahí que cuanto más alto sea este coeficiente, mayor será la desigualdad de la población y el porcentaje del nivel de ingresos correspondiente y viceversa (Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples, julio 2007)

Específicamente en relación a las causas del incremento en la desigualdad, se puede mencionar: el aumento en la brecha salarial entre los y las trabajadoras calificadas y no calificadas, así como entre los y las formales, informales y agropecuarios (as). El uso de incentivos fiscales, y el manejo de la política de salarios mínimos son factores responsables de mantener relativamente bajos que ha contribuido a mantener los salarios de las y los trabajadores no calificados (PNUD, 2010).

De acuerdo a numerosas investigaciones, se han recuperado algunas de las principales características de los hogares costarricenses en condición de pobreza, entre las que se encuentran: familias predominantemente jefeadas por una figura masculina; hogares numerosos con un promedio superior a 4 miembros, más de la mitad de ellos los cuales correspondientes a personas menores de edad o adultos (as) mayores; tasas netas de participación bajas y tasas de desempleo abierto altas, insertados mayoritariamente en el sector informal y presentando un subempleo invisible en el 30% de las personas ocupadas, es decir, trabajan tiempo completo o más, pero reciben menos del salario mínimo por su trabajo (PNUD, 2010).

Coincidiendo con el IX Informe del Estado de la Nación, la educación es el principal instrumento de integración y de movilidad social en Costa Rica, y durante el período 2000-2011, la preocupación principal ha sido la baja tasa de cobertura de la enseñanza secundaria, que en ese período reportó un 61,8% de escolaridad en secundaria, comparado al 58,7% en el año 2002 (INEC, 2003).

Por su parte, MIDEPLAN (2008) sostiene que la Educación Secundaria presenta un incremento durante los años 2004 al 2007, atribuido a las políticas –tales como “Avancemos”<sup>41</sup>- que sirvieron de estímulo para que más personas mostraran interés y tuvieran la oportunidad de continuar sus estudios. Al respecto, el programa mencionado había tenido una cobertura de 95.669 estudiantes hasta abril del 2008.

En el período 2008-2009, se concibe que el país vivió una época de ampliación de capacidades, percibiéndose un aumento en la mejora en los indicadores de educación y

---

<sup>41</sup> “Es un programa social selectivo que consiste en brindar una transferencia monetaria condicionada (TMC) a familias en condición de pobreza, vulnerabilidad, riesgo y exclusión con el fin de promover el mantenimiento y la reinserción de adolescentes y jóvenes en la educación formal secundaria. Los adjudicatarios son estudiantes de educación pública secundaria de todo el país, en todas las modalidades: Adolescentes entre los 12 y 18 años, jóvenes hasta los 21 años inclusive, jóvenes mayores con situaciones especiales” (MIDEPLAN, 2008).

salud, pero que a la vez ese proceso se presentó simultáneamente con aumentos significativos en la desigualdad social y con una incapacidad para efectuar avances sustantivos en el abatimiento de la pobreza. Específicamente, se destaca que el porcentaje de deserción en secundaria disminuyó de 12,1% en el 2008 a 10,9% en el 2009 (INEC, 2009).

En el año 2010, la desescolarización anual en secundaria mantuvo su tendencia decreciente y alcanzó el 10,2%, pero con brechas específicamente que oscilan entre 8,3% en los colegios diurnos y 24% en los nocturnos (INEC, 2009).

Como se comentó anteriormente, la escolaridad incide en las oportunidades y calidad de vida de las personas, por lo que el acceso a la movilidad social por medio del empleo se ve mediado por la misma, y se encuentra marcado por las transformaciones producidas a lo largo del período en estudio.

En el año 2001, según el Programa Estado de la Nación (2002), el país ofreció escasas oportunidades de inmediato aprovechamiento para que las personas mejoraran sus ingresos y condiciones de vida, reflejando un aumento del porcentaje de desempleo abierto de 5,2% a 6,1%.

En el período 2004-2007, la tasa de ocupación mostró un continuo aumento, tanto en hombres como en mujeres. Lo anterior se complementa con una disminución de la tasa de desempleo, que fue de 6,5% en el 2004, y de 4,6% en el 2007, siendo una de las más bajas en América Latina. Además, la reducción en el desempleo se registró igualmente para ambos sexos entre el 2006 y 2007, factores que evidencian una mayor participación de la población femenina en el mercado laboral (MIDEPLAN, 2008).

Durante los años 2008-2009, el desempleo aumentó a un 7,2%, y en el año 2009, afectó a la población femenina, pues su tasa de desempleo ascendió a 9,9%. A su vez, en el año 2010 la tasa de desempleo abierto se redujo para todos los y las trabajadoras, pero los descensos más significativos se dieron en los quintiles de mayor egreso; de esta forma, la relación entre el desempleo del primer y quinto quintil aumentó de 7,9 veces en el 2008, a 9,2 en el 2010.

Debido a que precisamente se realizaron censos en el inicio y final del período en estudio, se pueden comparar algunos aspectos de relevancia en lo que refiere a aspectos sociales en el país.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), señala que en el año 2000, la población total del país fue de 3 810 179 personas, mientras que en el año 2011 fue de 4 301 712. Esto refleja un aumento del 1,1% en la población total, lo cual tiene repercusiones en la concentración de población en zonas urbanas y en la agudización de la pobreza y de las múltiples manifestaciones de la *cuestión social*.

Con respecto a la demografía en el país, se considera que la migración internacional ha sido un factor crucial para la evolución demográfica de Costa Rica, ya que la tasas de crecimiento de las personas inmigrantes ha tendido a la estabilización a partir del año 2000, año en el cual el total de las mismas fue de 225 000. Se ha señalado que la pobreza les afecta más a estas personas que a los y las nacionales, sobre todo en lo que refiere a Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Acorde con el Censo 2011, las personas que provienen de Nicaragua continúan siendo las mayoritarias (más de 287.000 habitantes) y representan el 74,6% del total de inmigrantes residentes. Las y los habitantes provenientes de Colombia se convirtieron en el segundo grupo más importante de inmigrantes en el país, al sumar más de 16.500 personas. En el Censo del 2000, este lugar era ocupado por las y los estadounidenses que ahora ocupan el tercer lugar, con casi 16.000 personas (INEC, 2011).

Por otra parte, según datos del INEC (2011), se vislumbra que el porcentaje de población de 5 años a 29 que asiste a la educación regular de acuerdo al censo del 2000, era de 57,8% y en el 2011 de 57,6%, y que el promedio de escolaridad fue de 7,5 en el 2000, y de 8,7 en el 2011. Lo anterior iguala al alfabetismo, que en el 2000 tuvo un porcentaje de 95,2%, y en el 2011 de 97,6%, lo cual representa niveles bastante estables en esta categoría a lo largo de once años.

Con respecto al porcentaje de personas aseguradas en la caja Costarricense de Seguro Social, en el 2000 se calculó un cubrimiento del 81,8% de la población, y en el año 2011 de 85,4%, lo que indica un leve aumento, aunque en general un nivel estable de cantidad de personas aseguradas por esta institución (INEC, 2011).

De acuerdo a Araya (s.f), se concibe que en general, el período 2000-2011 se ha caracterizado por:

- Una tendencia sostenida y creciente de ampliación de la brecha social, con un debilitamiento de la clase media y una mayor concentración de la riqueza en pocas manos.
- Una inserción débil a la economía del conocimiento, aspectos que vulneran y afectan la cohesión social y refuerzan la aparición de dos Costas Ricas: la del sector incorporado en forma efectiva a la dinámica mundial, caracterizada por un alto nivel de consumo y ostentación, y la del sector en desventaja, caracterizada por reproducir una economía de subsistencia, con pocas o del todo nulas opciones de crecimiento y desarrollo integral.
- Una tendencia al envejecimiento de su población, lo que provocará a mediano plazo, es decir, aproximadamente en 25 años, serios problemas y presiones al sistema de pensiones y a la capacidad productiva nacional.
- Un marco institucional estatal, tanto nacional como local, carente de reacción ante una dinámica mundial de cambio.
- Un proceso de transformación cultural que ha propiciado el nacimiento de “nuevos valores nacionales”, tales como el reforzamiento del individualismo, el consumo desmedido, la corrupción, y un mayor nivel de intolerancia y violencia.
- Un sistema educativo excluyente.
- Un sistema democrático discursivo, lleno de en que sus acciones contradictorias.

A modo de cierre, el presente capítulo representa la coyuntura histórica que enmarca a la presente investigación, con el objetivo de contextualizar los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, ya que el accionar profesional está inmerso de un entramado social, político y económico, en el cual se han dado transformaciones estructurales que permean la atención, la institucionalización y el imaginario social de dicha población.

Esta reconstrucción a la vez permite introducir el siguiente capítulo, que refiere a la “Materia Prima” de los procesos de trabajo, correspondiente a las personas en condición de inimputabilidad en el período 2000-2011. Seguidamente, se presentará el capítulo dedicado al análisis de la estructura institucional y política que envuelve a dichos procesos de trabajo, denominado “Estructura-Medios e Instrumentos”. Este capítulo enfatiza en la contextualización del centro médico mencionado, y la participación de Trabajo Social, específicamente en la atención a personas con medidas de seguridad curativas.

# CAPÍTULO III

**Los procesos de trabajo con la  
población inimputable en el Hospital  
Nacional Psiquiátrico y la  
participación de Trabajo Social**

## Capítulo III

### Los procesos de trabajo con la población inimputable en el Hospital Nacional Psiquiátrico y la participación de Trabajo Social

El presente capítulo presenta los resultados obtenidos en el proceso investigativo, que tuvo diferentes etapas, pero con una continuidad analítica de la realidad, buscando la esencia de la misma (Kosik, 1967). Se desarrollan los componentes que de acuerdo a Yamamoto (2003) son parte de los procesos de trabajo de Trabajo Social: materia prima, estructura, medios e instrumentos, trabajo vivo, y resultados de trabajo vivo.

#### I. *Materia Prima: la situación de las personas con medidas de seguridad en el período 2000-2011:*

En este apartado se realiza un acercamiento al primer componente en el análisis de la realidad concreta de los procesos de trabajo denominado “materia prima”, el mismo se abordó realizando una descripción cuantitativa de las personas con medidas de seguridad durante el período 2000-2011.

De acuerdo con Yamamoto (2003) la “materia prima”, se concibe como el objeto de trabajo al que el ejercicio profesional pretende dar respuesta en su cotidianidad. Por tanto, la materia prima de los procesos de trabajo en esta investigación, es la situación que presentan las personas con medidas de seguridad ante su sentencia e internamiento, expresada en las demandas y necesidades de dichas en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período 2000-2011.

En Costa Rica la atención a personas con medidas de seguridad representa temáticas que atañen a los diferentes aspectos que componen a la sociedad: tanto al Estado, a las instituciones que componen el mismo, a la sociedad civil, las construcciones culturales e ideológicas, así como los momentos históricos y las características sociales, políticas y económicas. Además, contempla algunas de las maneras en que se ha organizado el “orden social” de acuerdo al sistema económico imperante.

La atención hacia la población denominada *inimputable*, se circunscribe a las disciplinas del Derecho y la Psiquiatría principalmente, pero también convergen otras como el

Trabajo Social, Enfermería y Psicología. Esta particularidad hace que el estudio de la población mencionada y de sus condiciones, pueda realizarse desde diferentes perspectivas, y la misma se contemple dentro de las mediaciones y transformaciones de la sociedad costarricense.

Para efectos de esta investigación se han seleccionado las siguientes características de la población: cantidad de personas sentenciadas con medidas de seguridad<sup>42</sup>, sexo, edad<sup>43</sup> y delito cometido<sup>44</sup>, de acuerdo a la información recopilada de los Anuales Estadísticos del Poder Judicial. A partir del año 2005 se recupera la información del diagnóstico psiquiátrico de las personas que tenían conflicto con la ley que egresaron del Hospital Nacional Psiquiátrico<sup>45</sup>, este diagnóstico se presenta acorde a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) de 1992. Al ser esta clasificación muy extensa, se organizó la información de acuerdo a las categorías principales, y se extrajeron los diagnósticos más comunes acorde a cada categoría<sup>46</sup>

A partir de la información recopilada, se realizaron una serie de gráficos en donde se pretende resumir, las principales características de las personas con medidas de seguridad en el período 2000-2011, que ingresaron y fueron tratadas por el Hospital Nacional Psiquiátrico. Lo anterior se realizó a pesar de que los datos obtenidos no fueron constantes en todos los años, lo cual refleja que durante este período, no hubo una sistematización de las principales características de esta población de manera exclusiva, al menos desde el Hospital Nacional Psiquiátrico. Además, en los Anuales Judiciales del Poder Judicial, no se especificó el tipo de medida de seguridad, ni fue una información constante durante el período estudiado.

A continuación se presenta la cantidad de personas sentenciadas con medidas de seguridad en el período 2001-2010 a excepción de la información de los años 2000 y 2011 debido a que no se reportan datos en las estadísticas de estos años.

---

<sup>42</sup> Ver Anexo 6

<sup>43</sup> Ver Anexo 7

<sup>44</sup> Ver Anexo 8

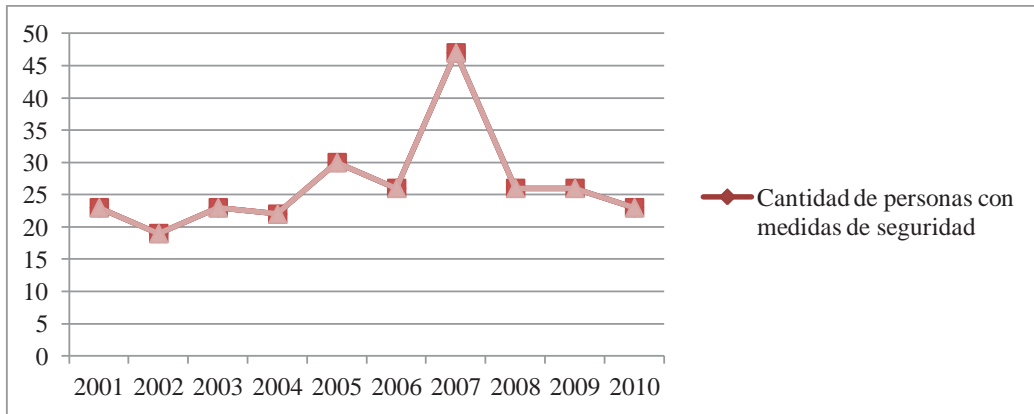
<sup>45</sup> Ver anexo 9

<sup>46</sup> Ver Anexo 10



**Gráfico N° 1**

**Cantidad de Personas sentenciadas a medidas de seguridad durante el período 2001-2010**



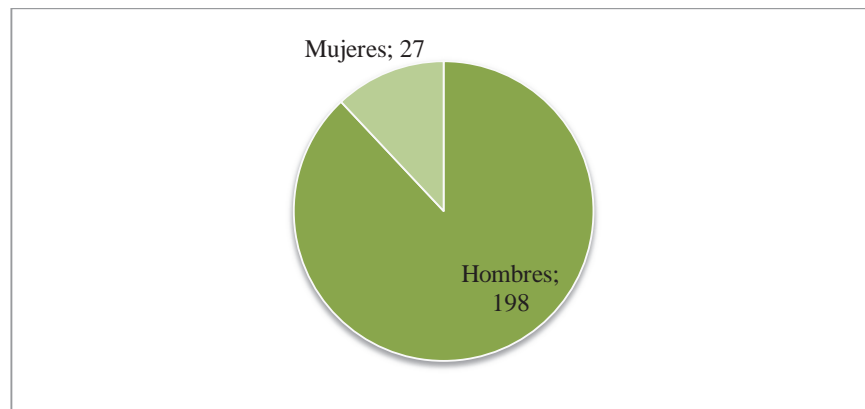
Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuales Estadísticos del poder Judicial, años 2001-2010.

Con respecto al gráfico anterior, se evidencia que en general se mantuvo una cantidad promedio de 20 a 25 personas al año, siendo la excepción el año 2007, en que se sentenciaron a más personas con medidas de seguridad; sin embargo, las estadísticas no especifican si la medida es de internamiento, cautelar o de control externo.

De acuerdo a la clasificación según sexo de las personas sentenciadas a medidas de seguridad durante el período, se presenta el siguiente gráfico:

**Gráfico N°2**

**Personas sentenciadas con medidas de seguridad en el período 2001-2011 según sexo**



Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuales Estadísticos 2001-2010, Poder Judicial. Excepto por los años 2002 y 2005, que no se cuenta con la información exacta.

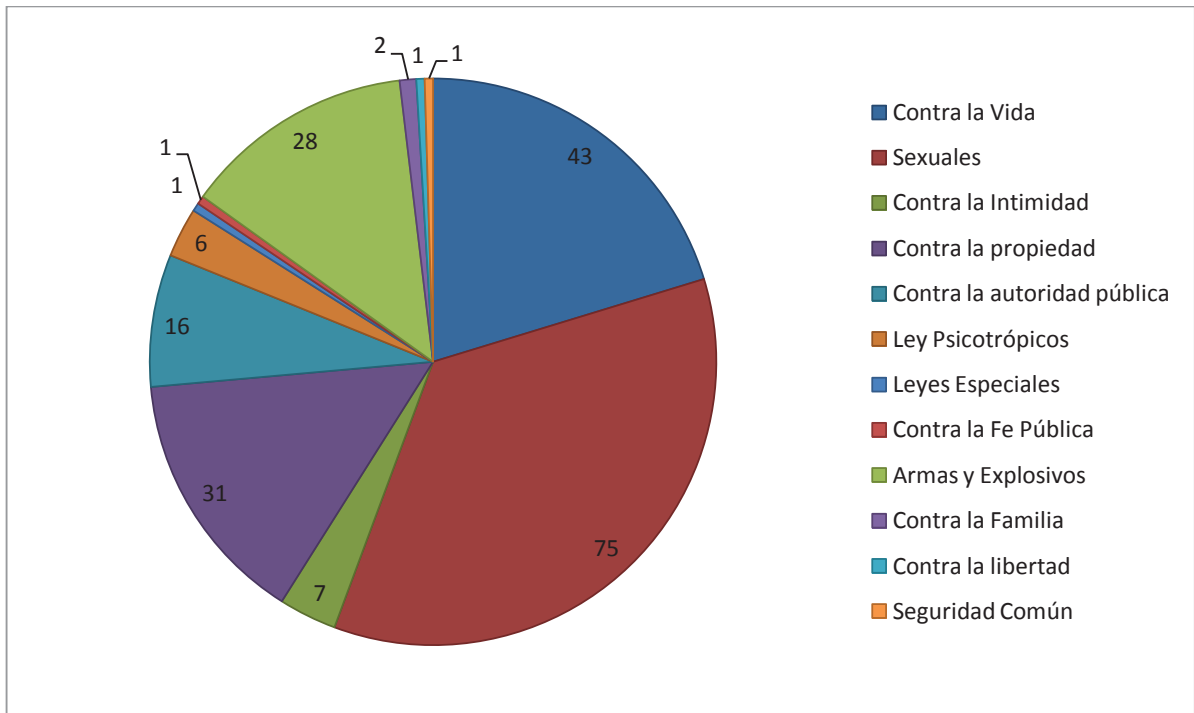
En este gráfico, se evidencia que la mayoría de personas a las que se les impone una medida de seguridad son hombres, mientras que se presenta una minoría de la población femenina, conducta que se ha mantenido de manera constante.

La diferenciación en cuanto al número de hombres respecto a las mujeres que han sido sentenciadas a medidas de seguridad es un aspecto importante de señalar, y a pesar de que no se pueda explicar directamente esta situación, se pueden considerar elementos como la socialización, el patriarcado, la designación de roles, el contexto y las características individuales de género (Balears, 2008).

Los delitos que se relacionan con la imposición de medidas de seguridad en el período de estudio, se presentan en el siguiente gráfico:

**Gráfico N°3**

**Personas sentenciadas con medidas de seguridad según delito en el período 2001-2010**



Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuales Estadísticos 2001-2010, Poder Judicial. Excepto por los años 2002, 2003 y 2005, que no se cuenta con la información exacta.

Con relación a los delitos cometidos por personas que fueron sentenciadas a algún tipo de medida de seguridad, la mayoría corresponden a delitos sexuales (75), delitos contra

la vida (43), delitos contra la propiedad (31) y delitos contra la infracción de armas y explosivos (28), en ese orden.

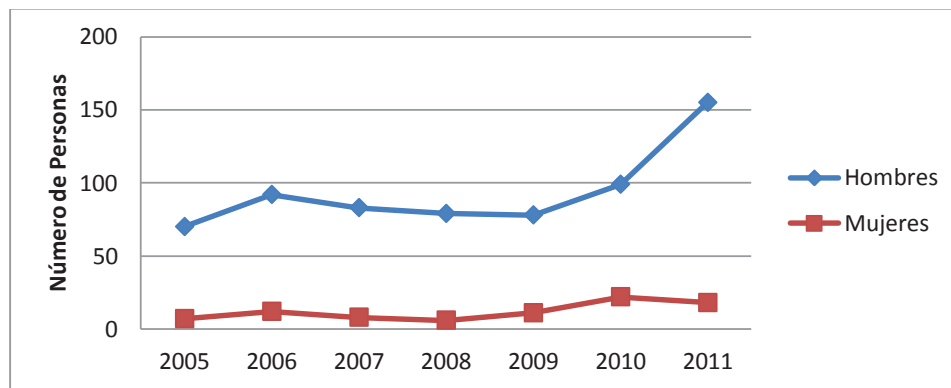
Este dato se contempló con la intención de realizar una descripción general, sin embargo, siendo una población denominada “inimputable” los delitos pasan a ser “hechos”, porque en el momento en que se efectuaron, la persona no se consideró “culpable” de haber realizado el acto. Por consiguiente, en el discurso, el delito deja de ser el factor principal, por lo que no hay una pena privativa de libertad como consecuencia, sino una medida de seguridad que pretende la rehabilitación de la persona.

Sin embargo, por tratarse de actos ilícitos, es importante considerar los aspectos señalados en el marco teórico de la investigación respecto a la criminalidad y la violencia social, debido a que si bien estos actos se explican a partir de una condición mental, de comportamiento o de adicción, los hechos son parte de las expresiones de la violencia social costarricense.

Complementariamente a la descripción de la situación de las personas sentenciadas a medidas de seguridad en el período en estudio, se deben contemplar los datos referentes a los diagnósticos psiquiátricos, con el fin de caracterizar cuantitativamente a dicha población, para lo cual se exploraron los egresos del HNP, sin embargo esta información se tiene sistematizada solo a partir del año 2005.

**Gráfico N°4**

**Cantidad de personas en conflicto con la ley egresadas del HNP en el período 2005-2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas año 2005-2011, HNP

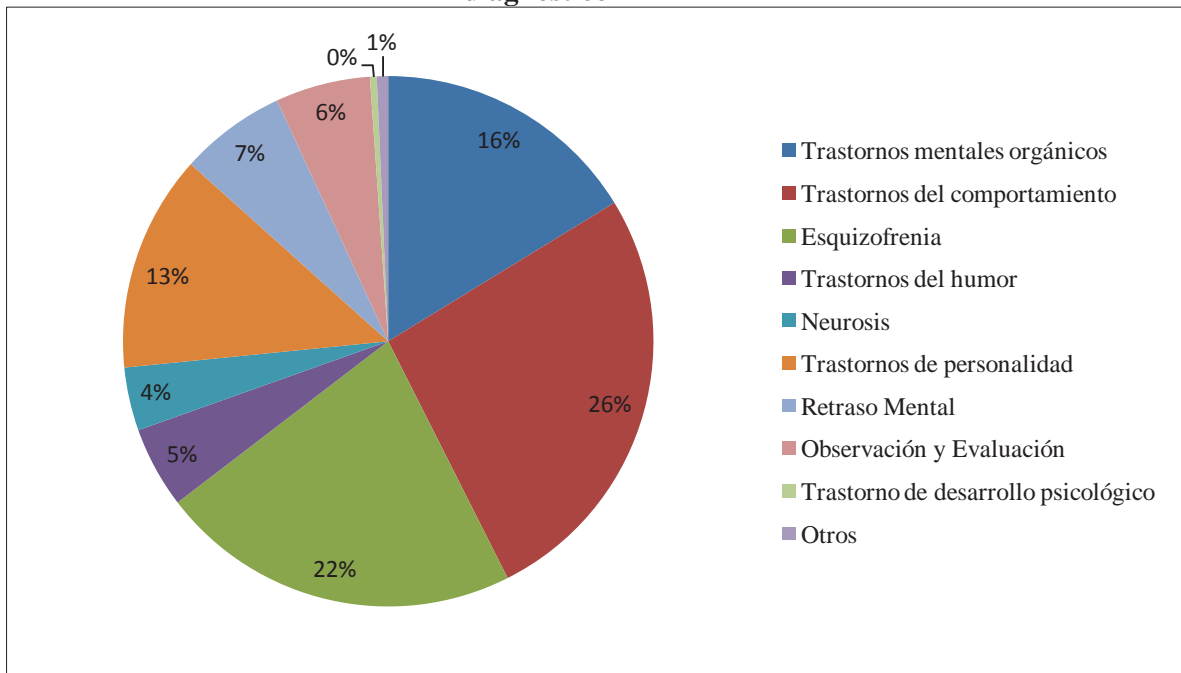
De acuerdo con la información recopilada, de las personas egresadas del HNP que fueron catalogadas por tener conflictos con la ley, la cantidad de hombres se mantuvo superior a la de las mujeres. Además, en el año 2011 fue el año con mayor egreso de este tipo de pacientes.

Como se mencionó anteriormente, es relevante señalar que la clasificación realizada por el HNP, no especifica si estas personas estuvieron con una medida de seguridad de internamiento o cautelar, o bien, si fueron personas privadas de libertad que fueron trasladadas al centro de salud, temporalmente provenientes de un Centro de Atención Institucional, con fines médicos y no judiciales. Y, se debe contemplar que algunas de estas personas pudieron ser ingresadas en repetidas ocasiones.

Los diagnósticos principales de los internamientos en razón de medidas judiciales se presentan en el gráfico número 5:

**Gráfico N°5**

**Personas en conflicto con la ley egresadas del HNP en el período 2005-2011 según diagnóstico**



Fuente: Elaboración propia, 2012 a partir de las Estadísticas año 2005-2011, HNP; OMS, CIE-10 (1992)

Los diagnósticos psiquiátricos principales de las personas en conflicto con la ley que egresaron del Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2005-2011, fueron los trastornos mentales y del comportamiento, que son los que refieren al consumo de psicotrópicos como alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros; los segundos fueron esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; le siguen los trastornos mentales orgánicos, como la demencia, y los trastornos de la personalidad y del comportamiento (Estadísticas año 2005-2011, HNP; OMS, CIE-10, 1992).

Es importante señalar entonces que de acuerdo con los datos, se evidencia la relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas y el cometimiento de delitos, y retomando lo indicado en apartados anteriores, se revela que en el país el consumo de drogas ha aumentado en las últimas décadas, y además se ha acentuado el consumo de sustancias muy nocivas como el *crack* (Bejarano, 2006). Al respecto, se considera que el consumo de drogas desinhibe la actividad cerebral y puede incidir en la agresividad.

Resulta interesante el escenario que rodea la imposición de medidas de seguridad, y las características que presenta la población *inimputable*, y más aún, se puede indicar la necesidad de sistematizar los principales indicadores que se presentan, en busca de prevenir conductas delictivas, analizar los medios que transcurren en el “orden” de la misma, y más aún, escudriñar las necesidades que tiene dicha población, en busca de la mayor inclusión social.

Si bien el objetivo correspondiente al presente apartado fue el “caracterizar la situación de las personas que han cometido un delito y se les ha sancionado mediante una medida de seguridad curativa en el período 2000-2011”, el mismo se basó en la descripción cuantitativa de las principales características que se registran en las instituciones involucradas; esto debido a que la presente investigación tiene como énfasis el análisis de los procesos de trabajo, no la población como tal. Sin embargo, la “materia prima” es un componente de los procesos de trabajo (Iamamoto, 2003), empero la inconsistencia en la información por parte de los Anuales del Poder Judicial, como del Hospital Nacional Psiquiátrico, no permitió caracterizar a la población como tal, ni realizar concepciones categóricas de la misma.

Además, al ser este un estudio de carácter exploratorio, se realizó un primer acercamiento a la información obtenida respecto a población mencionada, sin descartar

en futuras investigaciones la necesidad de ahondar en la temática. Sin embargo, se consideran como parte de las demandas y necesidades de las personas con medidas de seguridad: agilización en el proceso de revisión de medidas, validación de sus derechos, participación en tratamientos que propicien su rehabilitación, fortalecer el vínculo con su familia y comunidad.

Las necesidades y demandas señaladas representan un desafío para la profesión, y de acuerdo a la investigación realizada, los y las profesionales en Trabajo Social, contribuyen con la coordinación interinstitucional, está pendiente de los derechos de las personas en esta condición, realiza una atención integral a partir del paradigma de la rehabilitación, así como también trabaja con la persona que tiene una medida de seguridad a la vez que realiza labores de contención, atención asistencial y terapéutica, y socio-educativa con la familia y con la comunidad de la persona.

## **II. *Estructura- Medios e instrumentos: instituciones, legislación, política y Trabajo Social***

Como parte de los hallazgos de la presente investigación, se definieron las instancias políticas, institucionales y profesionales que se encontraron inmersas en la atención a personas inimputables, primeramente desde el entramado legal y el papel de las instituciones involucradas, y posteriormente, en lo que respecta al Hospital Nacional Psiquiátrico, específicamente, aspectos que se van a presentar dentro de la estructura. Además, como segundo apartado, se hará referencia a los medios e instrumentos que acompañan, enmarcan y delimitan el trabajo profesional.

### **1. Estructura de los procesos de trabajo:**

La estructura de los procesos de trabajo son los respectivos programas, instituciones, y políticas que guían el accionar profesional, y que representan a su vez, un escenario para ejecutar los servicios que dan respuesta a las múltiples manifestaciones de la “cuestión social”, o en sí, a la “materia prima” objeto de estudio y/o de trabajo (Iamamoto, 2003).

El presente apartado se basará principalmente en la recuperación del marco legal e institucional que da soporte a la atención de personas con medidas de seguridad, presentando primero las leyes y declaraciones internacionales, y posteriormente el marco institucional costarricense, el cual se basa en la descripción a grosso modo de: el

Código Penal, el Código Procesal Penal, el Ministerio de Justicia y Paz con las siguientes dependencias: Dirección General de Adaptación Social y el Instituto de Criminología; el Poder Judicial con las siguientes dependencias: Defensa Pública y Medicatura Forense; así como el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley.

La importancia de presentar las instituciones mencionadas, es tener un acercamiento al proceso institucional y profesional que ha permeado la atención a personas con medidas de seguridad, debido a que no solamente el Hospital Nacional Psiquiátrico tiene protagonismo, sino que la legislación costarricense apunta a que diversas entidades se involucren tanto en la definición de dichas medidas, como en los servicios que se brindan a la población inimputable, los tratamientos, la defensa y el seguimiento.

Al ser el Hospital Nacional Psiquiátrico la institución que albergó a las personas con medidas de seguridad, durante el período de esta investigación 2000-2011, se considera necesario ahondar en el escenario institucional de la seguridad social, la C.C. S. S. y propiamente el sistema hospitalario, específicamente dicho Hospital, que tiene como objetivo atender a la población que presenta enfermedades mentales, pero que además, se le designó la labor de atención y rehabilitación de las personas con medidas de seguridad.

### **1.1 Marco legal internacional:**

- La Declaración Universal de Derechos Humanos: aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, ha servido de base para la redacción de numerosos instrumentos internacionales relacionados con derechos humanos, la misma se considera de aplicación universal, y por lo tanto ningún Estado puede alegar su inaplicabilidad. En este documento se fijan los parámetros básicos y fundamentales en el trato a cualquier persona por parte del Estado, y contiene los derechos civiles y políticos mínimos necesarios para respetar la dignidad humana.

De acuerdo con los derechos de las personas con problemas mentales, cabe destacar el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal; además, se prohíbe los tratos crueles, inhumanos o degradantes y se establece el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica de los individuos (Bustos y otras, 2008).

- La Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos: en la cual los (as) delegados de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos redactaron la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que entró en vigencia en 1978 (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1969).

Esta convención, al igual que la Declaración Universal de Derechos Humanos, contempla la libertad y seguridad personales como elementos fundamentales de los derechos humanos, y establece la prohibición de privar a cualquier persona de su libertad personal por razones distintas a las establecidas en la Constitución Política y las leyes.

- El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales o “Protocolo de San Salvador”, aprobado en 1988 en el Salvador. En dicho documento se hace referencia a la no discriminación, el derecho al trabajo, se introduce el concepto del “minusválido” con respecto al derecho al trabajo y, al mismo tiempo, obliga al Estado a proporcionar los medios y oportunidades necesarios para que las personas con algún tipo de discapacidad puedan aspirar a un trabajo digno y remunerado, el cual les permita realizarse personal y profesionalmente (Bustos y otras, 2008).

Las Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad o “Reglas de Tokio”, fueron adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1990, y se refiere a casos de personas que en lugar de ser enviadas a prisión, son sometidas a penas no privativas de libertad o alternativas.

Uno de los aportes principales, es que debe considerarse las características de personalidad y los antecedentes de la persona, para establecer la pena, y quienes estén dentro de los parámetros de la inimputabilidad o imputabilidad disminuida, no se les debe imponer una pena privativa de libertad, sino que el juez o la jueza determinará si deberá someterse a un tratamiento psiquiátrico o alguna otra medida; además, se dicta que las personas en esta condición no podrán ser objeto de experimentación ni malos tratos, sino que debe respetarse su dignidad en todo momento y no podrán disminuirse sus derechos fundamentales.

- La “Declaración de los Derechos del Retrasado Mental” proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1971, concede los mismos derechos a



las personas con retraso mental que al resto de personas, además refiere a la accesibilidad a tratamientos médicos, rehabilitación y capacitación. Le garantiza a esta población, el derecho a una seguridad económica, a una vida digna, a tener un empleo remunerado o alguna ocupación útil, a vivir en un lugar adecuado, y a recibir un juicio justo en el cual se tomen en cuenta sus condiciones sociales y mentales a la hora de juzgar sus acciones (Bustos y otras; 2008).

- La “Declaración de los Derechos de los Impedidos”, la cual data del nueve de diciembre de 1975, y define que

El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales. (Declaración de los Impedidos, 1975, Art. 1)

Con respecto a lo anterior, se considera a una persona “impedida” cuando no cuenta con el pleno goce de sus facultades, lo cual atañe a las personas con enfermedades mentales. Además, en la declaración se reconoce que dichas personas deben gozar de todos los derechos humanos, a no ser objeto de discriminación, a recibir atención médica y psicológica, así como disfrutar de todos los derechos civiles y políticos, tener un empleo remunerado, formar parte de sindicatos y asociaciones, recibir educación y seguridad económica y social.

- Los “Principios para la protección de los y las enfermas mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”, adoptados en el año 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establecen una serie de parámetros en cuanto a la representación de los y las pacientes, tratamientos, consentimiento, revisión de penas, instalaciones psiquiátricas, e ingreso de pacientes a centros médicos, entre otros. Se señala, así como las demás declaraciones mencionadas, la necesidad de proteger a dichas personas, y del derecho a recibir una atención adecuada y sin ningún tipo de discriminación social. Además, explicita que el internamiento y medicación deben ser propicios, respetando la dignidad y los derechos humanos.

Específicamente en el principio 20, se refiere a las personas que han cometido un delito y que a la vez padecen una enfermedad mental; y al respecto establece que estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud.

- La “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”, aprobada en el año 1999, señala principios básicos y recomendaciones que los Estados deberán implementar para eliminar cualquier tipo de discriminación en contra de las personas con alguna discapacidad, ya sea física o mental, temporal o permanente. Sin embargo, esta convención no realiza aportes novedosos en materia de enfermedad mental ni de medidas de seguridad.

### **1.2 Marco normativo costarricense:**

- El Código Penal:

Las medidas de seguridad, como se ha mencionado a lo largo de la investigación, están definidas en el Código Penal de Costa Rica, y de acuerdo con Sánchez (2011), el Código Penal vigente se emitió mediante ley N° 4573 del 30 de abril de 1970, sin embargo, como se indicó anteriormente, el primer Código Penal del País o Código General se estipuló en el año 1880, y el mismo se fue reformado a través de la historia.

El mismo se basa en tesis defensistas de reinserción y prevención (Sánchez, 2011), señalando que

El concepto vindicativo del Estado, con la misión inexorable de castigar, ha cedido ante una visión humanitaria y lógica en donde el hombre no es una cosa sino un ente que debe conocerse, con sus problemas íntimos, con sus profundos complejos, aprisionado muchas veces por necesidades de orden económico que lo hacen reaccionar violentamente como una caldera sobrecargada de energía incontrolable (La Gaceta, N° 257, 1970)

Con respecto a las medidas de seguridad, se pronuncia al respecto en los artículos 1, 14, 15, 50 y tiene un apartado especial, el Título VI denominado “De las Medidas de Seguridad”, en el que se especifica la definición, tratamiento y clasificación de las mismas.

Esta sección parte de una idea del Derecho Penal preventivo que contempla la imposición de medidas de seguridad curativas para las personas inimputables, las cuales en ausencia de “culpabilidad”, se les atribuye el término de “peligrosidad”, y a pesar de que la persona sea inimputable, puede imponérsele una medida de privación de libertad, denominada medida de seguridad de internamiento, la cual se emite generalmente sin un plazo establecido, es decir, se impone de manera indeterminada.

La indeterminación de dichas medidas ha sido muy cuestionada, al indicar que las personas en esta condición se encuentran en una situación de vulnerabilidad, evidenciando que “estas medidas son peores que una pena de prisión, pues generalmente son impuestas por plazos indefinidos y usualmente resultan más largas en comparación con la medida carcelaria por el mismo ilícito” (Bustos y otras, 2008).

Las medidas de seguridad se conciben como medidas de prevención especial para tratar a las personas con trastornos mentales y conductuales que han delinquido, a través de su rehabilitación, pero apartándolas de la vida social en libertad. Estas medidas son de carácter penal en cuanto tienen como finalidad prevenir delitos y constituyen sanciones jurídicas propiamente dichas, pero han sido cuestionadas respecto a la defensa social del individuo considerado como “anormal” y “peligroso” (Hernández, 2008).

- El Código Procesal Penal:

El Código Procesal Penal de 1996 pretendía humanizar el proceso penal en el país, al incorporar ideas originadas en países europeos, en su mayoría de corte liberal y garantista, sin embargo, la línea político criminal de este código presentó ideas contradictorias, algunas garantistas tendentes a un Derecho Penal mínimo, y en otros aspectos se siguen corrientes eficientistas<sup>47</sup>, que sacrifican las garantías en pro de la seguridad ciudadana (Vega, 2009).

En dicho código se establece un procedimiento especial para la aplicación de medidas de seguridad, el cual debe seguirse cuando haya elementos probatorios de los cuales pueda deducirse que corresponde aplicar una medida de este tipo, en virtud de la inimputabilidad de la persona acusada. Este apartado explica el procedimiento, ejecución y duración de las medidas de seguridad.

De acuerdo a lo que establece este código referente a dichas medidas, se indica que debe haber una proporción en la misma, es decir, una adecuación entre la capacidad, enfermedad de la persona y la gravedad del delito cometido (Burgos, 2005).

Según el Código Procesal Penal, estas medidas deben revisarse cada seis meses y la revisión puede ser solicitada por el Juzgado de Ejecución de la Pena, el Ministerio

---

<sup>47</sup> Es decir, se dirige a los síntomas y no a las causas, anulando totalmente la pregunta por los factores sociales y económicos en la producción de los delitos, haciendo énfasis en las preocupaciones por la efectividad, la eficacia y la eficiencia (Ávila, 2011).

Público, la persona querellante, imputada, o defensora. El Hospital Nacional Psiquiátrico estuvo facultado legalmente para promover la revisión de las medidas, sin embargo, lo hacía en ausencia de los otros actores establecidos por ley, y dicha revisión se debe hacer por escrito, lo que según algunas investigaciones, representa tiempos mayores de internamiento mientras se envía y se recibe la documentación entre el Hospital y los juzgados correspondientes (Hernández, 2008).

- El Ministerio de Justicia y Paz:

Como parte de los entes institucionales que participan en la atención a personas con medidas de seguridad, dentro de la estructura organizativa del Poder Ejecutivo, el Ministerio de Justicia y Paz sustenta su existencia en el marco legal establecido por la Ley N°6739 “Ley Orgánica del Ministerio de Justicia” en 1982, y el mismo tiene como fin integrar todas las instituciones relacionadas con el Sistema Penitenciario, sistema registral y órganos adscritos al Ministerio, por lo que debe emitir e integrar las directrices y políticas generales de Justicia con el fin de maximizar los recursos materiales, humanos y financieros, así como el cumplimiento de los objetivos institucionales y gubernamentales (Ministerio de Justicia y Paz, 2007).

La misión de dicha institución señala que la misma es el

“Órgano del Estado Costarricense responsable de la rectoría en materia Penitenciaria; de la seguridad jurídica de los bienes muebles e inmuebles de sus habitantes; de la prevención integral de la violencia y el delito; del control de los espectáculos públicos que presencien los menores de edad; de promover una cultura de paz mediante la resolución alterna de conflictos; y de constituir el representante legal del Estado Costarricense, así como ser consultor de la Administración Pública” (Montero, 2011).

Y en la visión se estipula que

“Los costarricenses encontrarán en el Ministerio de Justicia una entidad dispuesta a brindar un servicio de alta calidad, capaz de garantizar la seguridad jurídica de los ciudadanos, el respeto a los derechos humanos y una respuesta ágil, y efectiva a los requerimientos de una sociedad moderna” (Montero, 2011).

- Dirección General de Adaptación Social:

Una de las principales dependencias del Ministerio de Justicia y Paz es la Dirección General de Adaptación Social, misma que fue creada mediante la Ley N° 4762 en 1971, y la función principal que tiene en la sociedad costarricense es,

“(…) propiciar el desarrollo de la población bajo la administración penitenciaria, brindando la custodia y atención profesional especializada dentro del marco del respeto de los derechos humanos, de forma tal que se permita el fortalecimiento de las potencialidades y la construcción de oportunidades a las personas procesadas, sentenciadas, o con procesos de sanciones alternativas” (Ministerio de Justicia y Paz, 2007).

Esta institución de carácter nacional, tiene cuarenta y un centros y oficinas en todo el país para atender menores de edad, adultos y adultas, adultos y adultas mayores, en sistemas cerrados de contención, semi abiertos y comunitarios; y su personal está compuesto por policías penitenciarios (as), profesionales y técnicos (as) del área de criminología y de administración (Ministerio de Justicia y Paz, 2010).

De acuerdo al Reglamento Técnico del Sistema Penitenciario (2007), las competencias con relación a las medidas de seguridad por parte de Adaptación Social son solamente de valoración, la misma “regida por los plazos establecidos por la ley y disposiciones de autoridades jurisdiccionales” (Ministerio de Justicia y Paz, 2007).

La participación de dicha entidad durante el período 2000-2011 en la atención a personas con medidas de seguridad, se basó principalmente en acompañar y dar custodia policial a usuarios (as) con esta condición, cuando así lo determinara la sentencia judicial, y en esos casos, era en medidas de seguridad cautelares, no curativas de internamiento; además esta función la podían realizar en su lugar, funcionarios (as) de la Fuerza Pública de la Delegación de Pavas (Hernández, 2008).

Asimismo, otro aspecto que relaciona la atención que brinda Adaptación Social con la población inimputable, es que cuando se promulgó la necesidad de realizar un centro especializado, la Sala IV dictaminó que se debía designar un cuerpo de policía penitenciaria especial que se encargara de custodia y contención (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2009).

- El Instituto Nacional de Criminología (INC):

Esta institución fue creada con la Ley 4762, y éste establece entre sus fines, la función de organizar los programas y proyectos para la atención de la población bajo la Administración de la Dirección General de Adaptación Social, así como la investigación criminológica, el asesoramiento a autoridades judiciales e instituciones acerca de la clasificación, ubicación y valoración de los sujetos bajo la Administración Penitenciaria, por medio de la recomendación de institutos jurídicos; además, la valoración de

“beneficios” penitenciarios al determinar la ubicación de personas ejecutando sanciones privativas de libertad o alternativas en las diferentes modalidades de ejecución de la pena. (Instituto Nacional de Criminología, 2010).

Específicamente con respecto a la población inimputable, el INC tiene la función de brindar un informe social a cargo de profesionales en Trabajo Social, en el que se realiza un peritaje que investigue la situación de la persona en cuestión, su entorno familiar, la posibilidad de reincidencia, la farmacodependencia si se presenta, las particularidades de personalidad y de la situación laboral-ocupacional; y este trabajo responde al artículo 97 del Código Penal, que establece que “las medidas de seguridad se aplicarán solamente a las personas que hayan cometido un hecho punible, cuando del informe que vierta el Instituto de Criminología se deduzca la posibilidad de que vuelvan a delinquir” (p.33).

Además, al Instituto Nacional de Criminología se le atribuye la función de asesor técnico y coordinador de las medidas de seguridad, por lo que debe tener una participación directa en el procedimiento de la revisión de las medidas (Código Penal, Art. 97-100).

Es importante destacar que se consideró pertinente realizar para esta investigación una entrevista semi-estructurada con un (a) profesional en Trabajo Social del Instituto Nacional de Criminología, con la finalidad de determinar la labor profesional en dicha institución con relación al objeto de estudio, por tal motivo se entrevistó al Lic. Castro, quien enfatiza que la profesión ha tenido una participación y protagonismo constante en la realización de peritajes sociales y de seguimiento de los procesos que involucran a personas con medidas de seguridad. Asimismo, de acuerdo a las consideraciones del profesional, la labor de Trabajo Social ha estado dirigida a la transformación, eliminación de estigmas y en pro de los derechos humanos.

- El Poder Judicial de Costa Rica:

Como parte del entramado institucional, el Poder Judicial tiene la obligación de hacer respetar las leyes y administrar la justicia; objetivo fundamental que le designa la Constitución Política; asimismo, se dirige por las directrices legales establecidas en la Ley Orgánica del Poder Judicial, Ley número 7333 del 5 de mayo de 1993, que establece en el Artículo 1:

“Corresponde al Poder Judicial, además de las funciones que la Constitución le señala, conocer de los procesos civiles, penales, penales juveniles, comerciales, de trabajo, contencioso-administrativo y civiles de hacienda, constitucionales, de familia y agrarios, así como de las otras que establezca la Ley; resolver definitivamente sobre ellos y ejecutar las resoluciones que pronuncie, con la ayuda de la Fuerza Pública si fuere necesario” (Poder Judicial, 1998).

Como parte del Poder Judicial, el Juzgado de Ejecución de la Pena atiende la materia de ejecución en penal juvenil y de adultos (as). Se establece, que el Juez o Jueza de Ejecución de la Pena “conocerá además de los asuntos que se susciten con ocasión de sanciones disciplinarias, o cualquier otra medida de custodia o tratamiento que impongan las autoridades penitenciarias que causen perjuicio, o que afecten los derechos fundamentales o los derechos y beneficios de los detenidos y sentenciados” (Código Procesal Penal, 1996).

Aunado al Juzgado de Ejecución de la Pena, la Defensa Pública de Costa Rica es parte del Poder Judicial y le corresponde el ejercicio de la defensa técnica legal de las personas que no cuentan con recursos económicos para pagar estos servicios, además, es una institución que satisface un derecho de acceso a la justicia realizando una labor de patrocinio letrado o asesoría jurídica en favor de las personas usuarias de sus servicios.

Los servicios de la Defensa Pública en materia de ejecución de la pena, consisten en la asesoría y representación de la persona sentenciada, y durante la ejecución de la sentencia, así como en la modificación o extinción de la pena o de las medidas de seguridad (Defensa Pública, 2012).

Lo que fundamenta el trabajo de los y las profesionales de la Defensa Pública, se basa principalmente en las normas dictadas por el Código Penal y el Código Procesal Penal, sin embargo, también basan su accionar en las “Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad”<sup>48</sup>, en la que se establece que estas reglas,

(...) tienen como objetivo garantizar las condiciones de acceso efectivo a las personas en condición de vulnerabilidad, sin discriminación alguna, englobando el conjunto de políticas, medidas, facilidades, y apoyos que permitan a dichas personas el pleno goce de los servicios del sistema judicial (Cumbre Judicial Iberoamericana, 2008: 03).

---

<sup>48</sup> Entrevista a las funcionarias: Lida. Rodríguez y Licda. Fallas.

Es relevante señalar que en las “Reglas de Brasilia” se contempla que una de las causas de la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales, se debe a la discapacidad, entendiendo a la misma como una “deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico o social” (Cumbre Judicial Iberoamericana, 2008, p.6).

Además, la regla número 10 señala a la privación de libertad como otra causante de la vulnerabilidad de personas, y ésta se concibe como “(...) la que ha sido ordenada por autoridad pública, ya sea por motivo de la investigación de un delito, por el cumplimiento de una condena penal, por enfermedad mental o por cualquier otro motivo” (Cumbre Judicial Iberoamericana, 2008, p.8).

La incorporación de estas reglas a la atención de personas con medidas de seguridad por parte de los y las profesionales de la Defensa Pública es de gran importancia, debido a que se parte de la noción de vulnerabilidad, de derechos humanos y de justicia social, lo que brinda elementos que pueden enriquecer la labor profesional.

- La Medicatura Forense:

Como parte de las instituciones que enmarcan la atención a las personas con medidas de seguridad, es la Medicatura Forense, la cual se encuentra regulada por la Ley Orgánica del Organismo de Investigación Judicial.

En esta institución se realizan los peritajes o estudios especializados para efectuar las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas a víctimas o imputados(as), así como también tiene la función de determinar la causa de muerte de una persona, y valorar las lesiones laborales, cuando son de interés de algún despacho judicial, entre otras.

- Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley:

La apertura de este centro se realizó en el año 2011, producto de una recomendación técnica convocada por la Defensoría de los Habitantes ante una solicitud del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2002. Posteriormente, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, resolvió el Recurso de Amparo expediente # 08-013518-0007-CO (voto # 2009-004555 del 20 de marzo 2009), basada además en lo establecido por la “Convención Americana sobre Derechos Humanos” Ley #4534, la cual dice: “(...) se



protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas” (Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969).

Esta resolución propuso que era inconveniente mezclar la población ingresada en el Hospital Nacional Psiquiátrico por una condición médico-psiquiátrica, con la población ingresada por causa judicial, situación que fue denunciada en múltiples ocasiones por el hospital mencionado, debido a que los internamientos por orden judicial ignoraban los criterios de ingreso y egreso hospitalario, lo cual desde esta perspectiva, generaba la acumulación de una población con conductas delictivas que no tenían criterios para hospitalización, pero que permanecían ingresados (as) por orden judicial, lo que provocaba un clima de tensión entre personas usuarias y funcionarias dentro del ámbito hospitalario (Hernández, 2001).

De esta situación, resalta que la apertura del nuevo centro de atención, conocido también como “Centro Psiquiátrico Penitenciario” se dio principalmente en busca de la protección de los y las pacientes regulares del Hospital Nacional Psiquiátrico, así como del personal, asumiendo el concepto de peligrosidad de la población inimputable, y por consecuencia, no se establece que la necesidad de apertura de este centro sea la mejora en las condiciones de las personas con medidas de seguridad, o algún otro beneficio para las mismas.

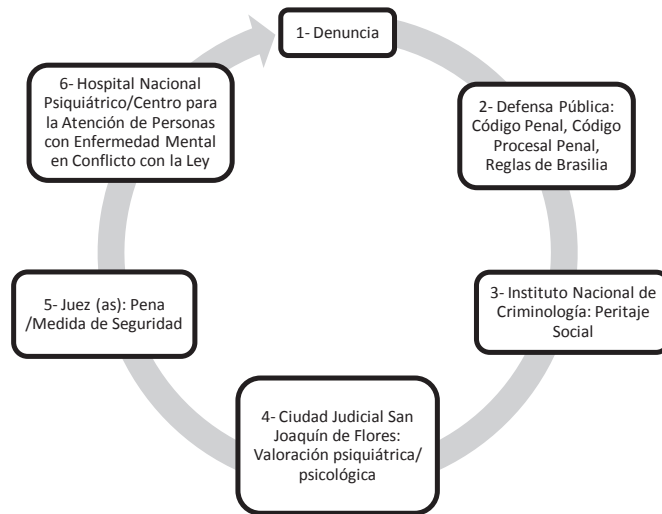
De acuerdo a las diferentes instituciones que se han abordado hasta ahora, se puede explicar a manera de síntesis, el proceso que generalmente se realiza en la imposición de una medida de seguridad: desde que una persona es denunciada, la misma tiene el derecho de ser representada por la Defensa Pública, o en su defecto, por un (a) abogado (a) defensor (a) de forma privada. Cuando se observa que esa persona presenta conductas que indican un posible desequilibrio emocional, mental o de intoxicación, se solicita un informe de Trabajo Social al Instituto Nacional de Criminología para que se realice un peritaje familiar, comunal e individual de dicha persona.

A la vez, se solicita una valoración de Medicina Legal, para que se indaguen las capacidades mentales y emocionales de dicha persona en el momento de cometer el delito. Entonces, de acuerdo a los informes tanto del Instituto de Criminología como de la Ciudad Judicial, el juez o la jueza, junto con el o la fiscal de ejecución de la pena,

toman la decisión de imponer una medida de privación de libertad, una medida cautelar, o una medida de seguridad que puede ser de internamiento, la cual consistía en la permanencia por tiempo indefinido en el Hospital Nacional Psiquiátrico, y desde al año 2011, el Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Además es importante señalar que la medida de seguridad también pueden ser de control externo, que consiste en una atención psiquiátrica en el HNP o en otro hospital que cuente con servicio de psiquiatría, o de internamiento en otro tipo de centro como un albergue<sup>49</sup>.

El presente diagrama esquematiza la labor de las diferentes instancias que son parte de la estructura que enmarca la atención hacia las personas con medidas de seguridad:

**Diagrama 2**  
**Proceso institucional en la imposición de una medida de seguridad**



Elaboración propia 2012, con base en las entrevistas realizadas a profesionales de: el Instituto Nacional de Criminología, la Defensa Pública, el Ministerio Público y el Hospital Nacional Psiquiátrico.

### 1.3 El Sector Salud y el Hospital Nacional Psiquiátrico:

Para comprender la estructura de la atención brindada a las personas con medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, es relevante señalar los procesos que ha tenido la sociedad costarricense en materia de salud, donde destaca la Seguridad Social, así como el surgimiento del Sector Salud y el Sistema Nacional de Salud, las políticas de salud -y específicamente de salud mental-, y los diversos esfuerzos que se han

<sup>49</sup> Entrevista al Lic. Castro, trabajador social del Instituto Nacional de Criminología.

efectuado en busca de responder a las necesidades de la población, esto con la intencionalidad de visualizar los procesos de trabajo como parte de la historia costarricense, contemplando el dinamismo de la realidad y en el que convergen diversos aspectos, con el objetivo de no vislumbrar a dichos procesos como eventos aislados o acabados, sino como en el devenir de las transformaciones y de participación ciudadana. Consecutivamente, se realizará una reconstrucción del Hospital Nacional Psiquiátrico y el papel del Trabajo Social en el mismo.

### 1.3.1 Seguridad Social en Costa Rica

Los conceptos de Seguridad Social han sido componentes de un proceso histórico, que han tenido particularidades en diferentes momentos y lugares geográficos, han dependido de las ideologías, factores políticos, económicos, sociales, culturales y de movimientos sociales de las distintas sociedades.

En sus antecedentes, la definición de la atención de la enfermedad se centró en los servicios basados en la caridad, principalmente a cargo de organizaciones religiosas, pues las características políticas de la época atribuían al Estado un papel vigilante no participante en la dinámica de los distintos procesos de la sociedad (Jiménez, 1994).

La Seguridad Social nace como consecuencia de la Revolución Industrial, específicamente de los planteamientos que se generaron en la clase trabajadora ante los conflictos que surgieron en el mundo del trabajo en ese momento histórico. Los movimientos en torno al trabajo, a los derechos de los y las trabajadoras y la seguridad social, fueron un fenómeno que se presentó de manera internacional, sin embargo, en general, el Sistema de Seguridad Social se constituyó en una respuesta del Estado a las inquietudes de la clase obrera y a la necesidad de ajustarse a los cambios sociales y de procurar la estabilidad de las luchas sociales. (Azofeifa y otras, 1981).

En Costa Rica, en el año 1927 el Congreso de la República aprobó la creación del Ministerio de Salubridad y Protección Social, con el objetivo de formular políticas dirigidas a la protección ciudadana mediante el Código Sanitario, el cual exponía campañas preventivas ante enfermedades infectocontagiosas. Además, durante el siglo XIX, la atención de la salud estuvo marcada por distintos acontecimientos, al instaurarse el Hospital San Juan de Dios, las Juntas de Caridad y hospitales en otros lugares del país. En cuanto a la atención de las personas con diagnóstico psiquiátrico, el "Asilo

Chapuí" se instaló entre los años 1886 y 1887, como se ha mencionado anteriormente (Jiménez, 1994).

Las acciones específicas en torno a la salud y seguridad social a inicios del siglo XX, refieren a la creación de la Escuela de Enfermería en 1916, del Sanatorio para personas con Tuberculosis, y la introducción al país del primer aparato de Rayos X, todo esto impulsado por el Dr. Carlos Durán. Posteriormente, se dictaron numerosas e importantes leyes y decretos mediante los cuales se institucionalizó la Asistencia Pública, creando clínicas infantiles y servicios prenatales, la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, y se promulgaron entre otras, la Ley de Asistencia Pública y el Decreto para prevenir la contaminación de aguas potables. (Jiménez, 1994)

Por tanto, los seguros sociales son una mezcla entre lo contributivo y lo asistencial, en el que existe una contribución por parte de la sociedad civil, pero se paga por el Erario Público<sup>50</sup>. Además, estos seguros son de naturaleza asegurativa, y están destinados a la clase trabajadora asalariada (García, 2004).

Complementariamente, se crearon los seguros sociales de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, desde el año 1941, producto de la primera Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, además se da la incorporación a la Constitución Política vigente –de 1871- mediante la Ley N° 24 de 2 de julio de 1943, el capítulo de las "Garantías Sociales", y en 1943, se promulgó el actual Código de Trabajo, y con él, la segunda regulación sobre accidentes de trabajo (García, 2004).

El sistema de seguridad social consiste, en general, en un conjunto de normas, principios e instrumentos destinados a proteger a las personas en momentos de vulnerabilidad, que impiden satisfacer sus necesidades básicas y las de sus dependientes.

La Sala Constitucional reconoce a la seguridad social como un derecho, señalado en el artículo 73 de la Constitución Política, en el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y garantiza a todas y todos los ciudadanos, que el Estado por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social, les

---

<sup>50</sup> "Tesoro público de una nación, provincia o pueblo" (Diccionario de la Real Academia española, vigésima edición, T. I, 1984, p. 373)

otorgará los servicios indispensables en caso de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte, y se indica además, que este régimen de seguridad social se financia en forma tripartita, mediante la contribución forzosa de los patronos, los y las trabajadoras, y el Estado. Además, el derecho a la salud se estipula en los artículos 21 y 73 de la Constitución Política, y el mismo se erige como un derecho fundamental que se encarga a una entidad pública, la Caja Costarricense de Seguro Social (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, 1998).

### 1.3.2 El Sector Salud

Como consecuencia del Primer Plan de Ajuste Estructural en nuestro país, se empiezan a incorporar las medidas de corte neoliberal, lo cual repercutió en el debilitamiento del aparato estatal, disminución del gasto público, un retroceso en las garantías sociales, aumento en el desempleo y sub empleo, así como flexibilidad laboral y situaciones de vulnerabilidad y pobreza; y por otra parte, se incursionó en el capital privado desde el llamado tercer sector, para dar respuesta a algunas de las manifestaciones de la “cuestión social” agravadas por esta todo este movimiento (Rodríguez, 2006).

De acuerdo con Rodríguez (2006), lo anterior se situó a finales de los años setenta, y repercutió en diversos aspectos de la sociedad costarricense, y el sector salud no fue la excepción, sino que por el contrario, coincidió con una crisis que estaba viviendo la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Sector Salud está integrado por las instituciones del Estado costarricense cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en el cumplimiento de la Política Nacional de Salud. El mismo pertenece al área social del país, y fue formalmente establecido el 15 de febrero de 1983 mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN llamado “Constitución del Sector Salud”, en el que se regula su estructura y organización (García, 2004).

Según el decreto mencionado anteriormente, el Sector Salud está integrado por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN), Ministerio de la Presidencia, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS), la Universidad de Costa Rica (UCR), y

cualquier institución que determine el (la) Presidente (a) de la República en atención a propuestas del (la) Ministro (a) de Salud.

Aunado a lo anterior, en 1989, por Decreto Ejecutivo No. 19276-S, se creó el Sistema Nacional de Salud, y se estableció el Reglamento General del Sistema, el cual responsabiliza al Ministerio de Salud la rectoría del sistema, la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar la salud y el bienestar de la población.

Se estableció además, que el Sistema Nacional de Salud está integrado, además de las instituciones estatales que conforman el Sector Salud, por otras del sector privado y por la comunidad, específicamente por: el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A), así como universidades e institutos, públicos y privados encargados de capacitar a los y las profesionales y técnicos (as) de salud; también servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de salud, y por último, las municipalidades y comunidades (García, 2004).

### 1.3.3 Políticas de Salud Mental

Con la intención de comprender el marco de las políticas en materia de salud mental en Costa Rica, es importante contemplar que la Política Nacional de Salud establece los principios y acciones estratégicas en materia de salud de la administración 2002-2006, y la misma estuvo inspirada por los siguientes ejes transversales: equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social, enfoque de género, enfoque de derechos, y participación social.

Esto es de gran importancia, porque la política en materia de salud mental incidía en las personas que presentaban la condición de inimputabilidad en el período 2000-2011, al menos las que se encontraron internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico, por ser parte de la población usuaria de ese centro médico.

En el Plan Nacional de Salud (2002-2006), se especifica que la Salud Mental es una condición básica de la salud y una dimensión inseparable de la salud integral, recíprocamente influidas y que por lo tanto, los problemas priorizados de ésta, requieren políticas y estrategias con un abordaje integral e intersectorial, con amplia participación de la comunidad, dando énfasis a la promoción de la misma.

Además, la legislación de la Promoción de la Salud Mental y la política se encuentran estrechamente relacionadas, debido a que la primera representa un medio importante para la formulación, implementación y aplicación de una política.

La atención primaria en salud, como filosofía y como estrategia, es el mejor escenario político y social para el fortalecimiento de la promoción de la salud. Esto se plantea en la Conferencia de Alma Ata, y posteriormente se ratifica en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa (1986), y el producto de esta reunión es la Carta de Ottawa, la cual establece las pautas para la Promoción de la Salud.

De acuerdo a dicha carta se define que

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas” (OMS, 1986).

Este concepto contempla que es un proceso social y político que no solamente se dirige a fortalecer las prácticas y la noción de la salud, sino también se dirige a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con la idea de generar un cambio significativo en la sociedad por medio del desarrollo de políticas públicas saludables.

De acuerdo con la OMS (2006), la política de Salud Mental tiene como base una estructura legal que le permite lograr sus metas, promover los derechos y mejorar las vidas de las personas en general. En este sentido, la legislación y otros mecanismos legales, tales como declaraciones o reglamentaciones pueden ser empleados como marco para el desarrollo de una política, los cuales fueron mencionados anteriormente en los primeros apartados del presente capítulo.

En Costa Rica, en la últimas décadas se ha propiciado realizar esfuerzos alrededor de la promoción de la salud mental, la reducción de los factores de riesgo modificables, así como la detección temprana, tratamiento oportuno y efectivo de las enfermedades mentales, en todos los niveles de atención, rehabilitación y reinserción social (Vargas y otros, 2003).

Con respecto a la política nacional en salud mental, Miranda (1988) apunta que en la cotidianidad han habido diversas políticas que han estado implícitas, pero con una orientación casi exclusiva a la atención de pacientes en centros especializados. Sin embargo, en un análisis realizado en el año 2002 acerca de la situación de la salud en Costa Rica, se reconoció a la salud mental como un área de intervención, asignándole una declaración de política y definiéndole estrategias para su implementación.

Según la OPS (2004), la política está basada en el fomento de las acciones orientadas a la promoción de la salud mental así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en el primer nivel y dando prioridad a la salud mental infanto-juvenil. Además, se ha considerado relevante brindar atención integral de la fármaco-dependencia con énfasis en promoción de la salud y prevención de las adicciones.

Siguiendo a Miranda (1988), las estrategias propuestas para la implementación de dichas políticas, fueron principalmente el descentralizar la atención psiquiátrica hacia un modelo comunitario e interdisciplinario, contemplando la promoción de la salud mental y el fortalecimiento del primer nivel de atención; además se mejoraron las acciones de salud mental en situaciones de emergencia y desastre, se incursionó en el campo de la salud mental con énfasis en grupos de apoyo, grupos de crecimiento y desarrollo personal.

Igualmente, se prestó especial atención a garantizar el cumplimiento del derecho de la población a la salud mental, a la atención oportuna de los trastornos mentales, a la inclusión de la salud mental dentro del sistema de vigilancia de la salud, el fomento de la promoción de la salud mental en el trabajo, así como el desarrollo de acciones para la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación en fármaco-dependencia, y la vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente sobre bebidas alcohólicas y tabaco (Miranda, 1988).

El Plan Nacional de Salud Mental (2004-2010) representa un esfuerzo en el que participaron instituciones del Estado y diversos actores sociales en forma conjunta, con el objetivo de asumir el compromiso para desarrollar acciones en pro de la salud mental de la población costarricense, que van desde la promoción de la salud mental hasta la rehabilitación.



La misión del plan es representar una “estrategia nacional para integrar los esfuerzos de los actores sociales para el mejoramiento de la Salud Mental en la población”, y la visión del mismo es “construir una cultura de Salud Mental que promueva el desarrollo humano sostenible, mediante el fomento de un ambiente social e individual de respeto a los derechos humanos con la participación plena de la sociedad en general y el compromiso institucional” (Ministerio de Salud, 2004).

Como objetivo general del Plan Nacional de Salud Mental se planteó “mejorar la salud mental de la población costarricense por medio de la ejecución de intervenciones coordinadas e integradas desde los distintos sectores sociales en los diferentes niveles de atención durante todas las etapas de la vida” (Ministerio de Salud, 2004:36).

De acuerdo a la información recopilada, se vislumbra que a pesar de que ha habido transformaciones importantes en el país en materia de política de salud, y específicamente de salud mental, las mismas se han presentado en el período temporal de la presente investigación, es decir, tienen alrededor de una década de estar formalmente estipuladas. Esto refiere a que la salud mental no ha sido una prioridad en las administraciones ni planes de gobierno, y que de acuerdo a los cambios que presente la población y en general la sociedad costarricense, dicha política tendrá que ser modificada, en busca de mejorar continuamente la atención, conceptualización, prevención, promoción y rehabilitación de la salud y enfermedad mental.

Es relevante señalar que Costa Rica ha estado influenciada por movimientos internacionales y nacionales en torno a la salud mental, pero se sigue enfrentando a un modelo biologista de la enfermedad, y el poder trascender dicho modelo, en busca del desarrollo de una mayor sensibilidad hacia todos los aspectos de la salud desde un punto de vista holístico e integral, es un proceso que llevará tiempo y esfuerzo, pero que aportará elementos enriquecedores en la formulación de políticas sociales.

Es trascendental conocer los aspectos principales que caracterizan a la Seguridad Social, al Sector Salud y a la política de Salud Mental que se ha desarrollado en el país, para contemplar que la atención a personas con medidas de seguridad curativas está permeada por todos estos momentos históricos de la sociedad costarricense. Esto debido a que por décadas a esta población se le internaba en el Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual se ha regido por la legislación, normas, políticas y reglamentos que responden a las necesidades de salud mental de la población, y específicamente los y las

inimputables se institucionalizaban con el objetivo de fomentar la rehabilitación psicosocial, por lo tanto, eran usuarios y usuarias de la seguridad social, dentro del Sector Salud de Costa Rica, y meritorios de formar parte de la política social dirigida a las personas con enfermedad mental.

#### 1.3.4 El Hospital Nacional Psiquiátrico

Al ser la presente investigación un análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales de Trabajo Social con respecto a la atención de personas con medidas de seguridad curativas, es relevante señalar como parte de la estructura de los procesos de trabajo al Hospital Nacional Psiquiátrico como la institución que albergó a dicha población desde que se empezaron a gestar las medidas de seguridad en el país en la década de 1940 hasta el año 2011.

La atención psiquiátrica en Costa Rica ha tenido diversas transformaciones en la historia costarricense, desde el Hospital Nacional de Insanos de 1885 que una década después cambió su nombre por el “Asilo Chapu”, hasta 1961 que la institución pasa a ser el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

Desde la década de los setenta, se instaura la Ley de Traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, que tenía como objetivo primordial la necesidad de integración de los servicios médicos para lograr una atención médica racional, económica y humana, como principios básicos para alcanzar la unidad de los servicios, y evitar la duplicidad y desperdicio de esfuerzos, que realizaban por separado la Junta de Protección Social, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud. Por tanto, la Junta de Protección Social de San José en 1977 entregó a la Caja Costarricense de Seguro Social, el Hospital Nacional Psiquiátrico y, los que tenía bajo su administración, lo cual representó para el nosocomio transformaciones estructurales, políticas y administrativas (Rodríguez, 1991).

Siguiendo al autor, posteriormente se suscitaron eventos en el ámbito nacional que fueron posicionando cada vez más al Hospital Nacional Psiquiátrico dentro de los centros especializados del país, como el reconocimiento en el año 1984 del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Psiquiatría como la quinta especialidad básica y clínica, junto con la Medicina, la Cirugía, la Gineco-Obstetricia y Pediatría; así como el adoptar al HNP con el rango de hospital nacional en el mismo año.

Acorde con el Plan Estratégico del Hospital Nacional Psiquiátrico (2008-2010), la principal función del mismo, es la prestación de servicios integrales de salud especializados en Psiquiatría y Salud Mental, los cuales se brindan por medio de la atención ambulatoria y hospitalaria.

En su organización, el Hospital, pertenece por línea jerárquica a la Gerencia de División Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, cuenta con un Director y Subdirector, un Administrador y Subadministrador, apoyo de los Consejos Técnicos y Administrativos y otros.

Entre los servicios de Apoyo Clínico se cuenta con: Nutrición, Trabajo Social, Odontología, Terapia Ocupacional, Psicología Clínica, Anestesia, Psiquiatría Comunitaria, Estadística y Registros Médicos, Farmacia, Laboratorio Clínico, Electroencefalografía, Centro de Equipos y Esterilización, Biblioteca y Enfermería (Hospital Nacional Psiquiátrico, 2008).

Esta institución brinda atención a todo el territorio nacional, atiende población de todas las edades, referidos por especialistas del primer y segundo nivel de atención (Hospital Nacional Psiquiátrico, 2008).

Acorde con el mismo documento, las áreas del hospital son: Corta Estancia, Larga Estancia, Consulta Externa, Emergencias, Niños y Niñas, Adultos (as) Mayores, Emergencias, el Programa “Nuevos Horizontes”, cuya población meta son adolescentes con farmacodependencia y/o callejización, y el Programa “Vida Diaria”, entre otros.

Es importante resaltar que el Programa “Vida Diaria” responde a una transformación en el modelo de atención y estructuración del Hospital Nacional Psiquiátrico en la década de los noventa, momento en el cual se incorporó a la rehabilitación como eje central en la atención a la enfermedad mental y a la promoción de la salud mental, señalando que,

La metodología que se plantea para la rehabilitación del usuario de larga estancia, constituye un proceso integral y continuo que comprende la rehabilitación intrahospitalaria, a través del Programa de Vida Diaria con los consecuentes programas específicos de modificación de conducta y la extrahospitalaria a través de la consolidación del Programa de Hogares Transitorios y/o Residencias Protegidas (Jiménez, 1998).

### 1.3.5. Trabajo Social en el Hospital Nacional Psiquiátrico

De acuerdo con Rojas (2007), la incorporación del Trabajo Social al Hospital Nacional Psiquiátrico se dio en 1952 con la contratación de una estudiante universitaria, pero no precisamente para realizar labores propias de la profesión, sino administrativas y de reclutamiento. Sin embargo, se considera que los aportes realizados por la funcionaria dieron resultados positivos en la atención a la población usuaria, por tanto, la profesión se fue consolidando.

Durante las décadas siguientes el Plan de Estudios de la carrera de “Servicio Social” fue incorporando aspectos relacionados con la atención a personas con enfermedades mentales y al papel de la profesión en el ámbito mencionado.

Posteriormente, teniendo cada vez más protagonismo, las funciones principales de los y las profesionales en la década de los ochenta, partían de visualizar a la persona con enfermedad mental dentro de un contexto, el cual para ese momento representaría el contexto inmediato, es decir, la familia. Además, en ese momento se brindaba atención asistencial, de investigación y terapéutica; se solía colaborar con los (as) médicos, en investigar la historia de los y las pacientes, en la realización de “historias longitudinales”, que consistía en la investigación de la historia de vida de los y las pacientes, además realizaban visitas domiciliarias, y se debía llevar seguimiento del control de los medicamentos, y algunas labores se orientaban a la búsqueda de recursos (Elizondo y otras, 2008).

En esta época se ha reforzado el énfasis a los derechos humanos y civiles de las personas con diagnóstico psiquiátrico, y se ha capacitado el recurso humano en salud mental y psiquiatría. Es precisamente cuando después de experimentar con diversos modelos de atención, como el de discapacidad y el bio-psico-social, el Hospital incorporó el Paradigma de la Rehabilitación, el cual todavía se encuentra vigente (Alfaro y Guerrero, 2010).

Elizondo y otras (2008) señalan que las acciones desde el Trabajo Social se vieron relacionadas con la atención de la salud mental mediante la promoción y la prevención de la salud; intensificando las labores socio-educativas desde un enfoque de atención integral, y los esfuerzos profesionales iban destinados a la búsqueda de redes familiares

y comunales para la reinserción de las personas usuarias del HNP a su comunidad, realizando labores asistenciales y terapéuticas.

Las mismas autoras reconstruyen que las funciones de los y las trabajadoras sociales se han ido modificando desde el año dos mil, partiendo del contexto de la persona, contemplando a la familia, detectando necesidades, realizando labores socioeducativas, terapéuticas y asistenciales, pero también las funciones trascienden a un nivel comunitario, reconociendo que la enfermedad y la salud mental deben de ser concebidas y abordadas desde un referente más amplio que involucre al sujeto, a la familia, y a la sociedad en general.

El enfoque de rehabilitación es de gran importancia como elemento relevante en la estructura de los procesos de trabajo de la profesión, y representa una serie de transformaciones en la sociedad costarricense, en el imaginario colectivo acerca de la enfermedad mental, y en general un proceso evolutivo que ha marcado positivamente la atención hacia las personas que tienen diagnósticos psiquiátricos, dentro de las que se encuentran también aquellas con una medida de seguridad.

A partir de la estructura desagregada que se ha presentado, se procederá a recuperar los medios e instrumentos que se evidenciaron durante el proceso de investigación, los cuales representan a su vez las herramientas que tuvieron los y las trabajadoras sociales el período 2000-2011 en la atención a personas inimputables.

## **2. Medios e Instrumentos**

Como se ha mencionado anteriormente, los medios e instrumentos de los procesos de trabajo representan las múltiples herramientas con las que cuentan los y las profesionales en su cotidianidad, y con respecto al objeto de estudio de la presente investigación, es esencial caracterizar a la profesión Trabajo Social dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico a partir de los principales factores que caracterizaron y fundamentaron el trabajo con la población inimputable, durante el período 2000-2011.

Iamamoto (2003) concibe a los medios e instrumentos de la profesión como el recurso material, humano, y financiero necesario –pero que a la vez puede representar limitaciones-, para implementar los programas y proyectos en que se ejerce la profesión.

Dentro de esta concepción, Guerra (2003) señala que para conocer el objeto de los procesos de trabajo (o la “materia prima”), él o la profesional en Trabajo Social debe partir de la categoría instrumentalidad, la cual refiere al uso de medios e instrumentos imprescindibles para el quehacer profesional, donde estos no pueden ser reducidos a un conjunto de técnicas, sino que se considera el conocimiento como un medio de trabajo, sin el cual él o la trabajadora especializada no conseguiría efectuar su actividad o trabajo. Para abordar estos medios e instrumentos, los mismos se han subdividido en: fundamentos teórico-metodológicos, el compromiso ético-político, y los elementos técnico-operativos que caracterizaron a la atención por parte de los y las profesionales en Trabajo Social hacia las personas con medidas de seguridad durante el período mencionado.

#### 1.4. Fundamentos teórico-metodológicos

Con respecto a los fundamentos teórico-metodológicos que sustentan los procesos de trabajo por parte de los y las profesionales en Trabajo Social en el Hospital Nacional Psiquiátrico en la atención a personas con medidas de seguridad curativas, es necesario incorporar los fundamentos institucionales del Hospital Nacional Psiquiátrico, que marcan el quehacer de quienes allí laboran, los cuales se abstrajeron del “Plan de Rehabilitación Funcional para el Usuario con Trastorno Mental Crónico” presentado en 1998 por un grupo de profesionales de distintas disciplinas del Hospital mencionado, y también del “Plan Individualizado en Rehabilitación” (P.I.R) realizado en el año 2004.

En el “Plan de Rehabilitación Funcional para el Usuario con Trastorno Mental Crónico”, se menciona, como parte de los modelos que han guiado a la atención brindada por parte de la institución en salud, al Modelo Asistencial Psiquiátrico y de Salud Mental, el cual se considera se ha ido transformando e incorporando metodologías orientadas a la promoción y tratamiento, en busca de un enfoque de rehabilitación y de participación social y ciudadana.

Al respecto, en el plan se señala que el paradigma de la rehabilitación, tiene como uno de sus objetivos principales, fundamentar sus acciones en el principio número cinco de las “Normas de Naciones Unidas sobre la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental” (2005), la cual refiere a la desinstitucionalización de usuarios (as), en el que habiendo tenido un adecuado nivel de rehabilitación, puedan egresar a la comunidad para incorporarse al medio familiar y

social, o bien, puedan pasar a un hogar transitorio o residencia protegida para hacer efectivo su derecho a la reinserción social, laboral y comunitaria.

Se considera también, que desde el nosocomio se pretende brindar una atención integral, que comprende la rehabilitación intrahospitalaria, a través del Programa de Vida Diaria<sup>51</sup> con los consecuentes programas específicos de modificación de conducta y la extrahospitalaria, a través de la consolidación del Programa de Hogares Transitorios y/o Residencias Protegidas<sup>52</sup>.

En síntesis, los fundamentos teórico-metodológicos que permearon el trabajo profesional de los y las trabajadoras sociales que brindaron atención a las personas con medidas de seguridad en el período establecido, estuvieron caracterizados por tener una formación que fue distinta dependiendo del plan de estudios correspondiente, pero que en general comprendió elementos de la Psicología, la Psiquiatría y la intervención con familias, y dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico, de acuerdo al “Plan de Rehabilitación Funcional para el usuario con Trastorno Mental Crónico” y el “Plan Individual de Rehabilitación”, los fundamentos se definieron a partir del Modelo de Atención Psiquiátrico y de Salud Mental, desde el paradigma de la rehabilitación, los derechos humanos, la atención integral, y los planes conductuales.

### 1.5. Compromiso ético-político

El componente ético-político que debe permear la labor profesional de los y las trabajadoras sociales se sustenta en la historicidad de la profesión, en la recuperación de mediaciones, en el compromiso con la población, en la criticidad a la hora de analizar la realidad, y en el retomar el proyecto societal que se procure fomentar en la praxis. Este compromiso está caracterizado por diferentes aspectos, los cuales en conjunto con las distintas manifestaciones que repercuten en la cotidianidad, pretenden posicionar a los y

---

<sup>51</sup> “El Proyecto de Vida Diaria establecido en el hospital y que se redefine en este plan, prepara al usuario hospitalizado para su promoción a los diferentes niveles de funcionamiento o su ubicación en un hogar transitorio y/o residencia protegida. Esta promoción puede también ser directamente a su hogar de origen” (Jiménez, 1998: 03).

<sup>52</sup> “El manejo extrahospitalario del paciente con discapacidad mental, precisa de apoyo residencial, en algunos casos, indefinido. Para satisfacer las necesidades de estos y por ende garantizar su calidad de vida, se proponen dos alternativas que se mencionaron con antelación, a saber: Hogares Transitorios y Residencias Protegidas. Ambas consisten en viviendas no diferenciadas, donde en grupos de cinco, los usuarios compartirán alojamiento bajo la supervisión del equipo de salud responsable a ese nivel. En el mismo desarrollarán habilidades sociales y de vida independiente” (Jiménez, 1998: 04).

las profesionales políticamente en concordancia con los lineamientos éticos y morales que son parte de toda intervención e investigación social.

Como se ha mencionado a lo largo de la investigación, la profesión se ha ido consolidando a partir del surgimiento del sistema capitalista y en correspondencia con sus múltiples consecuencias, es decir, la misma “es una profesión gestada a partir de necesidades y posibilidades de la sociedad capitalista” (Barroco, 2003: 234).

La sociedad capitalista entonces, se ha caracterizado por producir y legitimar múltiples desigualdades y vulnerabilidades en la sociedad, y el Trabajo Social, así como otras disciplinas, se desarrolló como vínculo entre el Estado y la sociedad civil, y a la vez como ente formulador y ejecutor de políticas sociales (Iamamoto, 2003).

Los derechos humanos, igualmente consolidados en este contexto, son una base fundamental que están inmersos en el trabajo profesional, apuntando a que son “la reconstrucción del tejido social roto por el orden mundial neoliberal, la reconstrucción de las comunidades locales, regionales e incluso nacionales fragmentadas por el capital” (Alfaro y otras; 1981). Acotando a que los derechos humanos no son regalías que da el Estado a la sociedad civil, sino que son consecuencias de luchas y conquistas sociales.

Con respecto al tema de ciudadanía, se señala que la participación social es entendida como un derecho para garantizar el desarrollo de la sociedad en su conjunto e incluir las necesidades de las personas y su representación en la estructura del poder (Chinchilla, 2002)

Desde el Trabajo Social, se debe contemplar la participación social desde una postura activa y crítica, que consiste en

(...) concebir a la persona como eje central de su desarrollo; en tal sentido, está en el derecho de conocer los problemas que lo afectan, buscar las soluciones y plantear y desarrollar acciones en torno a su solución; esta modalidad de participación conlleva el que las personas puedan hacer valer sus derechos políticos, civiles y sociales en cualquier nivel social, sea representándolos directamente o recurriendo a la desobediencia civil para garantizar su estricto respeto y cumplimiento (Chinchilla, 2002: 07).

Lo anterior es relevante para considerar que el compromiso ético-político como parte de los medios e instrumentos que cuentan los y las profesionales que brindaron atención a las personas con medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, está



caracterizado por diversos elementos, primeramente porque está mediado por dos disciplinas que han tenido mucha hegemonía en las sociedades: el Derecho y la Psiquiatría.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico, desde los primeros pasos de la profesión, la misma se asumió de manera asistencial y de soporte al quehacer psiquiátrico, pero con el tiempo se fue legitimando. Con respecto a las personas con medidas de seguridad, no solamente se trabaja con la atención psiquiátrica, sino que al tener estos sujetos una causa judicial, se debe coordinar y realizar una labor interdisciplinaria con profesionales en Derecho y otras disciplinas.

La coordinación e intervención profesional se caracterizaba por ser compleja al tener que rendir cuentas no solamente a los y las psiquiatras y otros (as) profesionales del Hospital, sino también al tener constante comunicación con defensores (as) públicos, jueces, fiscales, profesionales del Instituto Nacional de Criminología, y a la vez desempeñar otras labores propias de la profesión. Sin embargo, también se considera que representaba una oportunidad para realizar una labor integral, y que desde las diferentes instancias, se promoviera una atención idónea a estas personas.

Además, a partir de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales del Hospital Nacional Psiquiátrico<sup>53</sup>, se conoce que existió una Comisión de Medidas de Seguridad en el Hospital, integrada por un médico psiquiatra que tenía un puesto de jefatura, un asesor legal y la profesional en Trabajo Social y, se señala que aunque la comisión funcionó por menos de una década, este grupo interdisciplinario fue el encargado de diseñar el Plan de Rehabilitación para el Usuario con trastorno mental crónico (1998) y el Plan Individual de Rehabilitación (2004), además eran los principales encargados de lo que acontecía a las personas con medidas de seguridad en la institución.

Al respecto, se señala que

El cambio de paradigma que hubo en el Hospital ya a partir de los últimos años de la década de los noventa, en donde los derechos humanos, a través de las diferentes convenciones de las que Costa Rica es firmante a nivel latinoamericano, en las que se habla de la discapacidad, se habla de los derechos que tienen las personas con enfermedad mental, el Hospital, al ser firmante y al entrar a ciertos puestos de mando de este hospital, personas que sí hicieron valer esos documentos, y les

---

<sup>53</sup> Entrevistas realizadas a la Licda. Casasola, Licda. Hernández, Licda. Leitón y al Lic. Retana, agosto 2011 y junio 2012.

preocupó la condición manicomial que vivíamos -porque, esto prácticamente era un manicomio, un depositario de pacientes crónicos- (...) y entonces se tuvo que empezar desde cero, a redistribuir población por niveles de funcionalidad, y es un orgullo para el Hospital, porque ha sido un proceso de rehabilitación psicosocial, en donde nosotros no copiamos modelos de ningún país, fue una revisión y una creación de nuestra propia realidad: ¿qué tenemos? ¿Qué podemos hacer?, y luego nos damos cuenta que, ya se ponía uno a revisar qué había en internet de rehabilitación psicosocial, coincidíamos con procesos que se estaban dando desde muchos años atrás en países como España, Argentina, y uno decía “mirá, que casualidad”; nosotros creamos un Plan Individual de Rehabilitación, ya no era un protocolo para trabajar habilidades sociales, no, sino que a cada paciente había que hacerle su propio plan de rehabilitación, porque las cualidades, las condiciones, las habilidades y las potencialidades tuyas **son** diferentes a las mías dependiendo del diagnóstico (...) empezamos con la escala, tuvimos que hacer una Escala de Evaluación Funcional, para ver el nivel de deterioro que tenía cada persona, que ya por cierto el año pasado o antepasado se modificó (...) la Escala nos daba, luego de evaluar varias esferas: la esfera biomédica, la cognitiva, la esfera social, entonces al final teníamos un puntaje que nos decía si está en este rango tiene un deterioro severo, o un deterioro moderado, o leve, o en funcionamiento alto, y dependiendo del resultado final de esa escala, ya se hacía la distribución por pabellones (Casasola: 2012, junio).

Las entrevistas realizadas, apuntan a que los fundamentos teóricos a los que hacen referencia los y las profesionales en Trabajo Social que brindaron atención a las personas con medidas de seguridad en el período 2000-2011, son principalmente los derechos humanos, el enfoque de la rehabilitación, el enfoque sistémico<sup>54</sup>, y la atención integral.

Como parte de los fundamentos institucionales, el Plan Individual de Rehabilitación tiene como uno de sus objetivos principales el reinsertar a las personas con diagnóstico psiquiátrico a la sociedad, y así contribuir en procesos de ciudadanía de esta población.

Acorde con la población inimputable del Hospital Nacional Psiquiátrico, los y las trabajadoras sociales han tenido un claro compromiso ético-político al partir de un enfoque integral de derechos humanos, y de acuerdo con las entrevistas realizadas, se evidencia que no había una diferenciación o algún tipo de estigma con estas personas, sino que por el contrario, eran tratadas como cualquier otra persona que necesitara

---

<sup>54</sup> En el modelo sistémico se visualiza la familia como el sistema-contexto inmediato a la persona, por lo cual el comportamiento individual es resultado de la interacción, por lo tanto, el tratamiento se lleva a cabo a partir de interacciones presentes, y no de las historias personales de las personas que conforman la familia (Romero, 1999).

atención interdisciplinaria, independientemente del delito que cometieran, señalando que,

Ese trabajo de rehabilitación fue para todos los usuarios del Hospital, incluida también la parte ocupacional, que era muy importante, porque la idea era sacarlos del hospital, lograr de ellos seres más funcionales, seres que ya pudieran salir al mundo y comportarse, y ver el mundo, y que sean vistos de otra manera, no como el loco todo babeado, con la pijama celeste toda rasgada, que da cólera que la usen en ciertos programas, en que ridiculizan al loco (Casasola: 2012, junio).

Igualmente, otro aspecto relevante de resaltar, es que los y las trabajadoras sociales no solamente trabajaban con la persona a la que se le había impuesto una medida de seguridad, tanto en los programas establecidos, como en atención individual, socioeducativa, de contención, terapéutica y respecto a los programas establecidos en la institución de salud, sino que se buscaba la participación ciudadana y la reinserción social, al involucrar dentro de lo posible, a la familia y a la comunidad, y al respecto, la Licda. Casasola indicó

Yo recuerdo el caso de una indígena que mató a la mamá, y teníamos que ir hasta la reserva indígena a hacer la historia, sólo la historia [longitudinal], y ellos con todo ese miedo, ahí en ese momento yo no iba a pretender eliminar los temores, no, más bien validar sus sentimientos y sus temores, razón tenían de hacerlo (...) luego por supuesto viene el trabajo de quitar ese miedo, a través de procesos que se hacen con la familia, que ellos vayan entendiendo que lo que sucedió no fue porque él es un maleante, o porque tiene “entrañas podridas”, como decían algunas mamás, sino porque hay un trastorno psiquiátrico de fondo, entonces es todo un proceso (2012, junio).

Con respecto a lo mencionado por la profesional, lo mismo es reiterado por parte de los profesionales la Licda. Hernández y el Lic. Retana, y se indica también que hubo diversos procesos similares, en los cuales se trabajó arduamente con la comunidad, en donde se realizó una labor socio-educativa y de concientización, liderada por Trabajo Social, y en que los resultados fueron muy positivos, acogiendo a las personas que tuvieron medidas de seguridad de nuevo en sus comunidades y familias.

#### 1.6. Elementos técnico-operativos

A partir de la presente investigación, se vislumbran diversos espacios de participación de la profesión Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, específicamente, en el “Plan de Rehabilitación Funcional para el usuario con trastorno mental crónico” (Jiménez y otros, 1998) se

detallan funciones que refieren a un trabajo interdisciplinario con el objetivo de reinsertar las personas en la sociedad, específicamente se le asignaba a los y las profesionales:

- Procurar y mantener el mejoramiento del estado mental de los usuarios (as): consistía en la valoración individual de la condición mental de los usuarios(as) al menos una vez al mes.
- Realizar intervención social a solicitud del equipo interdisciplinario tratante por interconsulta: por medio de la redacción de informes sociales, entrevistas a pacientes y a la familia, y valoraciones familiares. Esta función está asignada a trabajadores y trabajadoras sociales exclusivamente.
- Brindar atención y tratamiento social al usuario y su familia a demanda del Equipo Interdisciplinario tratante: esta función exclusiva de la profesión, está formulada para que se efectúe por medio de la valoración domiciliaria, entrevistas familiares, sesiones familiares de sensibilización, negociar planes de reubicación, y de la redacción de informes sociales.
- Facilitar el desarrollo de actividades de convivencia social: acciones profesionales orientadas a la participación de paseos, cumpleaños, actividades deportivas, programas de remotivación, resocialización y psicoeducativas. Estas funciones estaban dirigidas a la población en general del hospital, y se definen en conjunto con Terapia Ocupacional, Enfermería, Psicología y Psiquiatría.
- Brindar atención y tratamiento social a los usuarios (as) y familiares para garantizar el vínculo y posterior reubicación: esta función, estipulada específicamente para Trabajo Social, comprende la comunicación constante con familiares en horas de visita, desplazarse a los hogares, vía telefónica, citas, correo, así como ofrecerles orientación sobre el Plan de Rehabilitación, y brindarles permisos a los y las usuarias para que por medio de la convivencia observaran sus logros.
- Incorporar a los usuarios a las actividades de introducción de Vida Diaria Compleja: este cargo requiere de la participación tanto de Trabajo Social, como de Enfermería y Psicología, y refiere a la ubicación de los usuarios (as) en cuartos que asemejen un ambiente familiar y que se sientan lo más cómodos (as) posible, asignarles ocupaciones específicas de labores domésticas, así como participación en actividades de Hospital Diurno, supervisión y orientación por

personal de Hospital Diurno, y visitas a estructuras residencias albergues, sesiones grupales como preparación para sus reubicación extra hospitalaria.

- Promover al **usuario con medida de seguridad curativa** su pronta incorporación a la sociedad: Procesos exclusivamente definidos para profesionales en **Trabajo Social**, y se desagregaba en la elaboración de planes individuales para la rehabilitación, la solicitud de revisión de casos, el seguimiento de los mismos, la investigación social, la coordinación de permisos sistemáticos al hogar, y la comunicación constante con las estancias legales. (“Plan de Rehabilitación Funcional para el usuario con Trastorno Mental Crónico”, 1998).

De acuerdo a los planteamientos del Plan Individualizado de Rehabilitación (2004), la metodología del mismo retoma como tema principal los derechos humanos, apuntando que,

El “Plan de Rehabilitación Institucional” se enmarca como un eje fundamental en la búsqueda de alternativas residenciales que legitimen el derecho tan elemental como es la vida en comunidad, familia y el acceso al trabajo en una población tradicionalmente marginada y reclusa (López, 2005).

Es importante señalar que el PIR es resultado y expresión del conocimiento obtenido a partir de la “evaluación conductual” realizada, ya que dicha evaluación es la que marca sus diferentes estadios y a partir de ella se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y se controlan sus resultados (Sandoval, 2008)

El mismo autor indica que el proceso de evaluación parte de una recolección de datos, un “análisis funcional”, la formulación de una hipótesis explicativa, y consecuentemente la elaboración del PIR a partir de las conclusiones derivadas del “análisis funcional”, en las que se legitima la hipótesis formulada.

Específicamente respecto al trabajo realizado con personas inimputables en el HNP, y el trabajo realizado actualmente en el Centro de Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, se estima que,

(...) el abordaje es un abordaje similar al que se le da a cualquier usuario, salvo que a veces, porque estas poblaciones son bastante problemáticas (trastornos de conducta, robo, agresión, manipulación) se trabaja más con **planes conductuales**, que es lo que está haciendo ahora el penitenciario, un trabajo en rehabilitación con planes conductuales. Aquí en el hospital realmente no existía mucho eso antes de

que ellos se fueran, y en realidad yo pienso que el enfoque que se le daba era un enfoque de **atención integral**, centrado en el aquí y el ahora del usuario y la posibilidad a través de la rehabilitación de que pudiera adquirir destrezas para poder funcionar en el medio externo sobretodo en casos de retardo mental o esquizofrenia muy avanzado (Leitón, 2012, subrayado propio).

A partir de la información anterior, se distingue que la participación de Trabajo Social en el hospital en general, y específicamente con las personas que tenían medidas de seguridad impuestas, era muy importante, en donde ejercía múltiples funciones, tanto de manera interdisciplinaria, como de forma exclusiva, utilizando a su vez mecanismos técnico-operativos que han sido característicos de la profesión, y que han realimentado la atención psiquiátrica.

Como parte de los procesos de trabajo, existen limitaciones que repercuten en la cotidianidad y principalmente se ha relacionado a los prejuicios y rechazo que hay respecto no sólo a la enfermedad mental, sino especialmente hacia las personas con medidas de seguridad, ya que se ha considerado que esto ha permeado la atención a las personas inimputables, porque no han representado una prioridad institucional, y al respecto la Licda. Casasola indica que

La limitación más importante es, lo que hablábamos, la estigmatización dentro del mismo Hospital hacia este tipo de usuarios, en creer que, una medida de seguridad curativa es algo diferente, por lo que hay que convencer al mismo personal, que es un paciente psiquiátrico más, por lo que entonces hay que romper esos esquemas (...) ellos son pacientes, ellos no vienen aquí como reos, vienen aquí como pacientes, y como tales tienen que ser partícipes de los programas del hospital (Casasola, 2012: junio).

A nivel de gerencia, se considera como principal limitación, el presupuesto disponible, ya que se concibe necesario el contar con mayor cantidad de profesionales en Trabajo Social y con respecto a la situación actual, también se considera que debe haber más profesionales en el Centro de Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, ya que la Jefatura de Trabajo Social del Hospital Nacional Psiquiátrico coordina a la trabajadora social de dicho centro. Al respecto la Licda. Leitón señala

Una de las grandes limitaciones que yo he tenido es el problema presupuestario que me ha impedido poder hacer nombramientos continuos cuando la titular no está. En este momento hay una trabajadora social en el penitenciario, ella no da a basto, en este momento yo siento que la labor de ella se traduce más en una cuestión de

investigación, está más centrada en la investigación que en el tratamiento social, porque realmente a ella se le dificulta, por falta de tiempo y por la gran cantidad de casos que hay, poder dedicar tiempo para otro tipo de metodologías, como terapia grupal, familiar, también es que tampoco ella tiene mucha experiencia porque está empezando. Pero yo sí creo que falta un trabajador más para atender esta población (Leitón: 2012, junio).

Como se vislumbra a través de este capítulo, la estructura, los medios e instrumentos son componentes muy amplios que enmarcan a los procesos de trabajo, brindándoles las herramientas para conocer al objeto de estudio, con un criterio técnico y metodológico, que permita realizar transformaciones en la realidad. Y, al ser el Trabajo Social una profesión que abarca a las distintas manifestaciones de la “cuestión social”, los y las profesionales deben estar preparadas para que, desde un posicionamiento crítico, y teniendo un proyecto de sociedad, se pueda dar un servicio que responda a las necesidades de la población.

### **III. *Trabajo vivo y resultados de trabajo vivo: Trabajo Social, teleología y medidas de seguridad.***

Este apartado pretende concluir con la recuperación de los elementos más significativos que caracterizaron los procesos de trabajo de los y las trabajadoras sociales que brindaron atención a personas con medidas de seguridad curativas en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011, al sintetizar el trabajo vivo y los resultados del trabajo vivo de los procesos de trabajo mencionados, lo cual se presenta a continuación.

#### **1. Trabajo Vivo**

Iamamoto (2003) realizó una propuesta de visualizar los resultados o productos de los procesos de trabajo desde dos perspectivas: el trabajo vivo y los resultados del mismo. Al hablar de trabajo vivo, se está contemplando la cotidianidad de los y las profesionales, en la cual inciden los demás elementos constitutivos de dichos procesos, como lo es la materia prima, la estructura y los medios e instrumentos, todo con una acción teleológica que produce entonces un resultado.

En el período 2000-2011, a propósito de la atención a la población inimputable en la cotidianidad del Hospital Nacional Psiquiátrico se realizaba una constante labor de coordinación interinstitucional y seguimiento. En general el personal de Trabajo Social

debía informar a los juzgados de ejecución de la pena, sobre la evolución de las y los usuarios sujetos a medidas de seguridad, tenían la responsabilidad de solicitar permisos para incluir a estos (as) usuarios (as) en las actividades de la rehabilitación avanzada, y elaborar los informes sobre todos los (as) usuarios (as) sujetos (as) a medidas de seguridad, también debían informar sobre las fugas hospitalarias de esta población, y mantener una coordinación con los diferentes juzgados que tramitan los casos; por último, les correspondía elevar las “quejas” sobre la conducta de los (as) custodios policiales a las jefaturas correspondientes (Hernández, 2008).

Como se ha mencionado, un elemento de gran importancia que dirigió el accionar de los y las trabajadoras sociales en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2000-2011, es el “Plan de Rehabilitación Funcional para el usuario con trastorno mental crónico” (1998), el cual contiene un apartado que determina específicamente la atención por parte del centro médico hacia las personas con medidas de seguridad, denominado “Medidas de Seguridad Curativas”, al respecto se establecen diversas concepciones y procedimientos en la intervención profesional con dicha población, que representa a su vez, el trabajo diario que se realizaba.

Primeramente, se define que las personas que contaran con una medida de seguridad curativa de internamiento, serían tratadas con el mismo plan trazado para larga estancia. Además, se define que una vez que se encontraran compensados (as) y hubieran alcanzado niveles de funcionalidad adecuados según la aplicación de la escala de evaluación, se definirá un plan de intervención individual que permitiera su reinserción social.

Se especifica que se debía tener una previa investigación y recomendación del servicio de Trabajo Social, referente a si la persona inimputable contaba con recursos familiares, garantizando su contención a nivel externo, posteriormente el caso entraría en discusión al interior del Equipo Interdisciplinario tratante, y el o la médico psiquiatra autorizaría los respectivos permisos en un primer momento hasta por ocho días, debiendo ser acompañado (a) por sus familiares al egresar del hospital. A su retorno, el o la médico y el o la trabajadora social, evaluarían tanto su condición mental como el funcionamiento demostrado en su contexto familiar y comunal a través de entrevista al usuario (a) y sus familiares; y de obtenerse resultados positivos se extenderían otros dos permisos por lapsos similares alternando con períodos de hospitalización.



En un segundo momento, los permisos podrían prolongarse hasta por quince días de forma sistemática, y en estos lapsos, la trabajadora social daría seguimiento a través de valoraciones domiciliarias, evaluando los avances rehabilitativos que se gestaran a nivel familiar y comunal. Con este proceso se pretendía que en períodos prudenciales, se contara con parámetros válidos y reales que sustentaran una petitoria a las instancias legales respectivas, para que su medida de seguridad fuera modificada o bien cesada.

El objetivo general del apartado del mencionado plan era: “Entrenar a los usuarios (a) en actividades de vida diaria instrumental, para consolidar su autonomía e independencia, lo que les permitirá evolucionar a la fase extra hospitalaria de su rehabilitación psiquiátrica” (Jiménez, et al; 1998).

Por su parte, los objetivos específicos planteados en este plan fueron los siguientes:

- Determinar el avance en la adquisición de las destrezas y habilidades en cada usuario (a).
- Reforzar las habilidades de vida diaria básica<sup>55</sup>.
- Estimular la participación de los y las usuarias en diversas actividades rehabilitativas concernientes a este nivel.
- Procurar la participación progresiva de los (as) usuarios (as) en actividades de la vida diaria instrumental<sup>56</sup>.
- Incorporar a los usuarios (as) a las actividades de introducción de vida diaria compleja<sup>57</sup>.
- Facilitar el desarrollo de actividades de convivencia social.
- Integrar a las personas usuarias en programas que permitan su incorporación comunitaria.

---

55 Programa del HNP que tiene como objetivo principal: “Recuperar las habilidades de Vida Diaria Básica como lo son bañarse, vestirse, afeitarse, maquillarse, utilizar el servicio sanitario, y habilidad para alimentarse (Jiménez, 1998).

56 Es un programa de rehabilitación orientado al entrenamiento intensivo en actividades de la vida diaria instrumental, el desarrollo de hábitos sociales, inserción en un programa de Rehabilitación Profesional (con el objetivo de desarrollar conductas adaptativas y no producción), inserción en programas de tipo comunitario (centro diurno, taller protegido o centro de rehabilitación psicosocial). La orientación de dicho plan de rehabilitación es conductual y el tipo de incentivo se entregará al usuario según el criterio del equipo interdisciplinario (Jiménez, 1998).

57 “Este programa plantea la enseñanza desde planteamientos cognitivos-conductuales, que han demostrado experimentalmente su eficacia lográndose un aumento significativo en la adquisición y mantenimiento de las habilidades entrenadas, así como su generalización a otras actividades”. (Jiménez, 1998: 64.

- Desarrollar habilidades adaptativas para el trabajo en los talleres de Terapia Ocupacional.
- Realizar valoración psiquiátrica individualizada para mantener su estabilidad mental.
- Proveer al usuario (a) con medida de seguridad curativa su pronta reincorporación a la sociedad a través de planes individualizados de rehabilitación.

Para alcanzar los objetivos planteados, se propusieron las siguientes actividades:

- Aplicación de la evaluación física individualizada anualmente en la población general del pabellón y de manera individual según el plan de atención.
- Supervisión y reforzamiento de la ejecución y habituación en actividades de auto cuidado como baño, vestido, alimentación, aseo bucal, lavado de manos, uso adecuado del inodoro, higiene personal, por medio del programa de economía de fichas y otros.
- Entrenamiento en el uso de instrumentos tales como: lavadoras, plancha, teléfono, cocina, llaves así como tendido de cama, uso adecuado de ropa particular, orden y aseo del casillero, uso y limpieza de calzado, uso de artículos para presentación personal (desodorante, colonia, champú, máquina de afeitar, maquillaje, toallas sanitarias, ropa interior, accesorios, etc).
- Asistencia a Hospital Diurno, visitas a estructuras residenciales, terapia grupal con usuarios de Hospital Diurno e interacción con usuarios de nivel extrahospitalaria, relacionarse con equipo interdisciplinario de la fase extrahospitalaria.
- Ubicación de usuarios en cuartos que asemejen el ambiente de un hogar.
- Asistencia actividades recreativas como: paseos, cumpleaños, actividades deportivas. Participación actividades tales como las incluidas en los programas de resocialización, remotivación y psicoeducativas.
- Visitas al hogar, permisos temporales, visitas de la familia, al hospital, visitas a centros públicos tales como: mercado, centros comerciales, bancos, iglesias, parques u otros.
- Uso servicios públicos tales como: transporte, teléfono, correo, banco, uso de dinero.

- Asistencia a talleres en donde se reforzará mediante incentivos social, económico y/o por medio de vale terapéutico.
- Valoración mensual y en caso necesario por parte del médico psiquiatra a los usuarios.

En todas las actividades mencionadas, la labor de los y las profesionales en Trabajo Social estuvo inmersa, y además, así como se indicó anteriormente, se tuvo un trabajo permanente en la disminución de estigmas con respecto a las personas con medidas de seguridad, dentro del Hospital, y con las familias y comunidad, así como señalan los profesionales entrevistados (as)<sup>58</sup>, y al respecto la Licda. Casasola indicó que:

La visita inicial al hogar, la valoración inicial del caso, la historia longitudinal, luego las sesiones de sensibilización con la familia para la aceptación nuevamente y el seguimiento de la enfermedad mental del paciente, también en acercamiento continuo con la familia en sesiones periódicas con ellos, hoy para que entiendan qué es lo que el paciente tiene, toda la explicación de cómo inició su enfermedad, de qué significa esto, y que va a ser para toda la vida, la importancia del tratamiento, luego el respetar los miedos, muchas veces había que hacerlo a nivel de comunidad, porque toda una comunidad quedaba aterrada cuando resulta que ellos vieron muchas veces al paciente con el machete en medio camino amenazando y luego se enteraban que le cortó la cabeza a su madre (2012, junio).

Este aspecto refleja que el trabajo vivo de los y las trabajadoras sociales estaba caracterizado por las acciones asignadas a la profesión, pero que a la vez se procuró trascender las funciones designadas en busca de la recuperación de la ciudadanía de la población inimputable, por medio de la construcción de redes y de propiciar un cambio en la conceptualización de estas personas.

A partir de todo lo mencionado hasta el momento, se vislumbra que Trabajo Social ha tenido un papel protagónico en la atención a personas con medidas de seguridad, y al respecto la actual Jefa del Departamento de Trabajo Social del Hospital Nacional Psiquiátrico señala que:

Trabajo Social tuvo siempre desde el principio una participación directa porque los pacientes que venían así, con una seguridad curativa indefinida o hasta que los médicos consideren que ya se curó, entonces Trabajo Social trataba de vincular esa persona con la familia y trabajar con la familia pensando en la posibilidad del día en que la persona pudiera egresar. Porque por ejemplo, vino un paciente esquizofrénico y mató a la mamá, entonces obviamente lo mandan para acá, porque es esquizofrénico, que es una enfermedad mental grave y entonces resulta que

---

<sup>58</sup> Lic. Retana y Licda. Hernández.

después existía la posibilidad de que este paciente pudiera egresar, y ¿a dónde va a egresar? Entonces Trabajo Social era el que siempre se encargaba de hacer el informe social para investigar y evaluar las posibilidades de esa persona, que una vez cumplida la “pena”, tenía que egresar. Entonces Trabajo Social hacía una investigación, investigaba las redes de apoyo, trabajaba con la familia, y entonces hacía un informe social que le enviaba al juez ejecutor de la pena. Con base en ese informe social, que garantizaba o no que esa persona tenía condiciones familiares como para egresar, el paciente se egresaba. Entonces no era solo por condición médica, sino también por la condición social (Leitón: 2012, junio).

Otros aspectos que estaban involucrados en el trabajo vivo cotidiano de los y las trabajadoras sociales, eran trabajos de apoyo administrativo, que consistía en coordinar con diferentes instancias para cualquier eventualidad que incluyera a estas personas, como por ejemplo el que pudieran asistir a un paseo, ya que se debía enviar una carta al juez o jueza de ejecución de la pena con los nombres de las personas con medidas que asistirían, y hasta que no se obtuviera respuesta, la persona no podía asistir, aunque el paseo fuera considerado parte de su terapia de rehabilitación, o en un caso más grave, que el equipo interdisciplinario considerara que una persona había terminado su tratamiento debidamente, y que ya no se necesitara su internamiento, a veces ocurría que funcionarios (as) de la fiscalía o los mismos (as) jueces determinaran que se debía mantener en reclusión hospitalaria, lo cual podía ser apelado, pero mientras todas los y las profesionales llegaran a un consenso, la persona en cuestión debía seguir internada.

Este aspecto es de gran importancia, porque al haber tanta participación de diferentes instancias, el trabajo puede ser muy enriquecedor por tratarse de criterios múltiples, pero a la vez puede resultar difícil la coordinación y los acuerdos, esto principalmente por los diferentes enfoques, concepciones y prioridades de las instituciones y de los y las profesionales.

Con respecto a la planificación y evaluación no se determinaron enfoques ni modelos, sino que se refirió a que las jefaturas se encargan de planificar las acciones y estrategias, es respuesta del Plan de Rehabilitación, y acerca de la evaluación, solamente se hizo referencia a las evaluaciones que se manejan a lo interno de la Caja Costarricense de Seguro Social, y también se indicó que,

Nosotros supervisamos a través del informe social que nos presentan. Ellos hacen investigación, diagnóstico y tratamiento. En investigación toda la exploración con entrevista a familia, a comunidad, etc. En lo que es diagnóstico social tiene que ver con cuáles son las condiciones que encuentra el trabajador social y cómo esas condiciones de alguna manera tienen que ver con el problema actual y

posteriormente en el tratamiento, una vez detectado el problema, con una hipótesis, cómo va a ser el abordaje, podría ser intervención en la familia, intervención individual con el paciente, redes de apoyo, etc. (Leitón: 2012, junio).

## **2. Resultados del Trabajo Vivo**

A propósito de los resultados del trabajo vivo, Iamamoto (2003) señala al Trabajo Social como trabajo especializado que se expresa bajo la forma de servicios, lo que implica tener productos. Los productos a su vez inciden en las condiciones materiales y sociales de las personas trabajadoras, lo cual tiene un efecto en el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo.

Es decir, que pese a que el o la profesional en Trabajo Social, no produce directamente riqueza, forma parte de un proceso colectivo -que es el resultado de la combinación de trabajos especializados en la producción, de una división técnica del trabajo- que crean las condiciones necesarias para hacer crecer el capital invertido en una institución o empresa. Sin embargo, esto se entiende de forma distinta en el ámbito del Estado, ya que en el campo de los servicios sociales no se da una creación de riqueza al intervenir en las políticas sociales, por lo que el trabajo del trabajador y la trabajadora social y de su producto según Iamamoto (2003) va a depender de las características propias de los procesos de trabajo donde se inscribe.

Al intervenir el Trabajo Social en programas y servicios en los que se trabaja en salud, educación, habitación, violencia, entre otros; el trabajo de la profesión es socialmente necesario, debido a que éste incide en lo relacionado a la supervivencia social y material de la mayoría de la población trabajadora, porque no solamente se queda en la atención socioeconómica si no que incide en las condiciones de supervivencia social.

En lo que respecta al trabajo con las personas con medidas de seguridad durante el período 2000-2011, se obtuvieron diversos resultados. Los logros obtenidos son consecuentes de la creación del “Plan de Rehabilitación Funcional para el usuario con trastorno mental crónico” (1998) y el “Plan Individual de Rehabilitación” (2004), que si bien fueron realizados de forma interdisciplinaria, los y las profesionales en Trabajo Social tuvieron una participación protagónica. El cambio de paradigma vino a favorecer las condiciones de las personas con medidas de seguridad, al tener una visión de inclusión y de búsqueda de la reinserción social.

Otro aspecto que puede valorarse como un logro obtenido, es la creación del Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley por diversos motivos: a pesar de que algunos de los y las profesionales entrevistados no están de acuerdo con haber separado a estas personas en una infraestructura aparte, por el motivo de considerar a esta población como unos (as) pacientes más, otra postura revela la importancia de realizar una labor específica con estas personas, a partir de las particularidades que tienen y de forma especializada.

Los factores que definieron el trabajo profesional estuvieron basados en la legitimación que ha logrado la profesión en el Hospital Nacional Psiquiátrico, en el reconocimiento de los derechos humanos que ha impregnado la labor profesional, la creación de redes en la atención, la innovación de instrumentos y técnicas, así como el compromiso con la población.

Por su parte, los factores restrictivos que delimitaron el trabajo fue el asunto presupuestario, debido a que se consideró necesario tener más profesionales de Trabajo Social para atender a la población, pero no hubo recursos para realizar las contrataciones necesarias. Además en las entrevistas realizadas<sup>59</sup> resaltó que ha habido poca sistematización por parte de los y las trabajadoras sociales con respecto a la atención en el ámbito de la enfermedad y salud mental, pero sobre todo, en el trabajo con las personas con medidas de seguridad curativas.

El trabajo vivo y los resultados del mismo representan los productos de los procesos de trabajo que se presentaron en el período 2000-2011, siendo un momento histórico de mucha transformación a nivel nacional, y especialmente en el Hospital Nacional Psiquiátrico, e ilustra la vinculación existente entre la profesión Trabajo Social, el Estado, y la sociedad civil.

Sin embargo, a pesar de que la profesión está inmersa en la división social del trabajo, y dentro de una institución estatal, regida además por la disciplina de la Psiquiatría –y en la atención de medidas de seguridad por el Derecho también-, la misma tiene una autonomía relativa que busca tener un criterio profesional que trascienda a la normativa institucional, y promueva procesos acordes con las necesidades y demandas de una sociedad en constante transformación, a través de la justicia y el compromiso social,

---

<sup>59</sup> Lic. Castro, Licda. Casasola, Licda. Leitón, 2012.

teniendo claro el proyecto de sociedad, el individual y el personal, y a la vez teniendo aspiraciones liberadoras y emancipadoras.

A partir del análisis de los procesos de trabajo, se procederá a presentar las conclusiones del proceso investigativo, con el objetivo de recuperar los principales momentos, y realizar aportes críticos a la temática, y a la vez proponer algunas recomendaciones que servirán de punto de partida para futuras investigaciones.

# **Capítulo VI**

## **Conclusiones y Recomendaciones**



## Capítulo VI

### Conclusiones y Recomendaciones

El presente apartado contiene las conclusiones que se derivaron del proceso de investigación con la finalidad de sintetizar los resultados más relevantes, y al mismo tiempo generar nuevas inquietudes acerca del tema en estudio.

Primeramente, se expondrán las principales conclusiones que dan respuesta a los objetivos planteados en la investigación, y posteriormente se presentarán las recomendaciones que igualmente resultaron del proceso investigativo.

#### *I- Conclusiones y aportes:*

- La intervención de Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad curativas ha sido poco estudiada, y específicamente en Costa Rica no se encontró ninguna investigación al respecto, por tanto este es el primer Trabajo Final de Graduación que explora dicho tópico. Las investigaciones que guiaron la formulación del proceso investigativo relacionadas con las medidas de seguridad, fueron de otras disciplinas, específicamente: Derecho; Administración Pública; Salud Mental y Psiquiatría, así como estudios acerca del delito y de los procesos de trabajo.

Al respecto se concluye que en el imaginario de la profesión, no ha habido un ligamen directo –al menos académicamente- entre el Trabajo Social y las personas con medidas de seguridad, y permite abarcar un espacio poco explorado a nivel de investigación y de sistematización de procesos.

Otro elemento que subyace es que al no estar posicionada una relación entre los procesos de trabajo de la profesión y la población inimputable, se remite a que la misma se concibe solamente vinculada al Derecho y a la Psiquiatría. Ambas disciplinas han repercutido en el “orden social” de la humanidad a través de la historia, y han representado mecanismos de represión y de control. Respecto al Derecho, en él se establecen las normas de la sociedad, y las consecuencias del no acatamiento a las mismas, y la Psiquiatría –a pesar de que ha ido incorporando el paradigma de rehabilitación y de derechos humanos-, en sus

orígenes constituía la designación de lo “normal” o lo “anormal”. Sin embargo, la investigación logra recuperar la participación que tuvo Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad, asumiendo múltiples funciones que atañen lo asistencial, terapéutico y socio-educativo.

Aunado a lo anterior, en la investigación se demuestra la subordinación que tiene la profesión ante disciplinas como el Derecho y la Psiquiatría, debido a que el primero dicta la normativa y el procedimiento a seguir en la imposición de medidas de seguridad, y respecto a la Psiquiatría, la misma es la que direcciona la rehabilitación o proceso que deben llevar las personas a las que se les dicta una medida de seguridad curativa de internamiento. Por tanto, si bien se recuperaron elementos en los que Trabajo Social participó, y realizó aportes, si se denotó que específicamente en la atención a personas con medidas de seguridad, la profesión tiene un papel supeditado tanto al Derecho como a la Psiquiatría.

A partir del señalamiento anterior, se considera necesario identificar las principales reflexiones socio-históricas que han mediado la atención a personas con medidas de seguridad durante el período 2000-2011.

- En la caracterización de la población que tuvo una medida de seguridad curativa—de internamiento, cautelar, o de control externo-, en el período en estudio, se vislumbró que la sistematización de la información estadística no ha sido constante por parte de los Anuales Estadísticos del Poder Judicial, ni del Hospital Nacional Psiquiátrico, dejando vacíos de información respecto a cantidad de personas, tipo de medida de seguridad específica, y diagnóstico psiquiátrico. Por tanto, la falta de información consistente, no permite realizar afirmaciones categóricas respecto a la población que presenta condiciones de inimputabilidad.

A pesar de lo anterior, con los datos obtenidos se pudo observar una diferencia significativa mayor en la cantidad de hombres respecto a las mujeres que se encontraron en dicha condición, y esto fue reafirmado por los y las profesionales entrevistados (as). Se denota además, que los actos ilícitos más comunes en las personas con medidas de seguridad, refieren a delitos sexuales, delitos contra la vida, delitos contra la propiedad y delitos contra la infracción de armas y

explosivos, en ese orden. Asimismo, los diagnósticos psiquiátricos principales que involucraron a personas en conflicto con la ley que egresaron del Hospital Nacional Psiquiátrico en el período 2005-2011, fueron en primer lugar los trastornos mentales y del comportamiento, que son los que refieren al consumo de psicotrópicos, los segundos que más se presentaron fueron los relacionados con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; le siguen los trastornos mentales orgánicos, como la demencia, y los trastornos de la personalidad y del comportamiento.

Los datos señalados, expresan una serie de transformaciones que ha vivido la sociedad costarricense y que se manifiestan en los distintos ámbitos de la misma. La cantidad de personas con medidas de seguridad ha ido en aumento, siendo el año 2007 el que tuvo una mayor cantidad, con un total de 47 personas, y esto coincide con otras manifestaciones de la criminalidad, la cual se ha acrecentado consecuencia del contexto neoliberal que ha enmarcado la reducción y focalización de las políticas sociales, la inequitativa distribución de la riqueza, y la situación de vulnerabilidad que se encuentra en general la sociedad civil.

La diferenciación de género que se presenta respecto a las personas inimputables, responde a condiciones culturales caracterizadas por el dominio del patriarcado, y de socialización. Además, los diagnósticos psiquiátricos más representativos refieren a trastornos del comportamiento y de consumo de sustancias, lo cual se asocia también a lo “masculino”.

Si bien las medidas de seguridad se explican a partir de una condición mental, de comportamiento o de adicción, los hechos son parte de las expresiones de la violencia social costarricense, por tanto responden a las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas del país, e inciden en la dinámica social.

A partir de lo anterior, se considera que existen factores históricos que han incidido en la violencia social, tales como el desarrollo del neoliberalismo y las diferentes expresiones del mismo, como los tratados de libre comercio, en los cuales las sociedades se ven expuestas a pocas oportunidades, a las polarización de clases sociales, y en donde la política tiende a actuar de manera esquivada y desfragmentada, produciendo manifestaciones de la “cuestión social”, entre las cuales se suscita la pobreza, la deserción escolar, la explotación infantil, entre otras.

- Desde los hallazgos respecto a la estructura que enmarcó los procesos de trabajo con personas con medidas de seguridad, se evidencia que cada institución – Ministerio de Justicia y Paz, el Poder Judicial, el Hospital Nacional Psiquiátrico, y recientemente el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley-, desarrolló funciones específicas en relación con la atención, defensa, seguimiento o tratamiento de dicha población, sin embargo, se evidenciaron dificultades en la comunicación entre profesionales de las distintas instituciones, y de sistematización estadística y analítica. Lo anterior es de gran importancia, porque se demostró que esto era causante de vacíos y de poca agilidad en las valoraciones y seguimientos, además genera que se minimice la existencia de las personas en esta condición, y se invisibiliza la labor profesional que se realiza con las mismas, siendo esta población parte de la administración de justicia del país, y de los servicios de salud.

Además, se denota que independientemente de la comunicación entre profesionales, existe un proceso interinstitucional en la imposición de medidas de seguridad, como se ilustra en la página 126: la primera institución que participa es el Ministerio Público, al imponerse una denuncia contra una persona, e inmediatamente después la Defensa Pública, posteriormente trabajan de forma paralela, la Medicatura Forense y el Instituto Nacional de Criminología (INC), para que entonces en el Juzgado de Ejecución de la Pena, se dictamine si posterior a esto, intervendría Adaptación Social, o –en ese entonces- el Hospital Nacional Psiquiátrico, actualmente el Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, o también podría participar algún albergue de rehabilitación, de discapacidad o para personas adultas mayores.

Este proceso institucional presume ser complejo, y el mismo se ha ido transformando en busca de la rehabilitación de las personas a las que se les impone una medida de seguridad, y se vislumbra que al participar diferentes instancias, existe una interdisciplinariedad que potencia la discusión y el cumplimiento de objetivos, buscando un criterio de *expertise* profesional, y de garantía de los derechos humanos. Es decir, siendo un proceso en el cual intervienen múltiples profesionales e instituciones, se vislumbró que hubo dificultades en el procesamiento de datos y en ocasiones en la comunicación,

pero se reconoce que eventualmente hubo transformaciones en viras a brindar una mejor atención y coordinación.

- Los procesos de trabajo de la profesión en el Hospital Nacional Psiquiátrico, estuvieron permeados no sólo por las condiciones particulares que se presentaron en el período 2000-2011, sino por la dinámica dentro de la institución, y como parte de los fundamentos que se gestaron en ese momento, prevalece el de rehabilitación e inserción social. Con base en ambas categorías, se desarrollaron los Programas de Vida Básica, Vida Instrumental y Vida Compleja, los cuales han servido de apoyo en la recuperación e inclusión de personas con medidas de seguridad.

De acuerdo a los hallazgos de la investigación, los fundamentos que sirvieron de base a los procesos de trabajo específicos de Trabajo Social, fue el enfoque de rehabilitación, los derechos humanos, el enfoque sistémico y la atención integral.

Es relevante señalar que desde los procesos de trabajo en el Hospital Nacional Psiquiátrico, la *funcionalidad* se concibe como autosuficiencia, procurando que las personas recuperen habilidades de aseo y cuidado personal, con el objetivo de fortalecer su independencia. Sin embargo, el término funcionalidad visto críticamente, puede remitir al concepto de *normalidad*, de ajuste a la sociedad y de mantener el orden y control social por parte de las instituciones hacia la sociedad civil, buscando además la adaptación de las personas hacia el sistema económico imperante y en el que se busque la incorporación al mercado como finalidad de la rehabilitación. Por tanto, si bien durante el proceso investigativo la funcionalidad es percibida como sinónimo de brindar herramientas para la independencia, es necesario hacer énfasis en que las mismas pueden trascender a buscar el empoderamiento de las personas, y el fortalecimiento de éstas.

- Cabe señalar que esta investigación es exploratoria, y que la limitación de fuentes primarias y secundarias incidió en el análisis de los procesos de trabajo, debido a que fueron pocos los y las profesionales que trabajaron directamente con población inimputable, y no hubo sistematización de la labor profesional por parte de los y las trabajadoras sociales del Hospital Nacional Psiquiátrico, sin embargo, dentro de las principales funciones atribuidas a Trabajo Social, se encuentra la sensibilización con las familias y con el personal del hospital, en

busca de la eliminación de prejuicios y actitudes de rechazo, así como la coordinación interinstitucional e interdisciplinaria, la construcción de redes en la atención a personas con medidas de seguridad. Además se realizaban sesiones socio-educativas y terapéuticas con la persona internada y con su familia, se elaboraba de manera interdisciplinaria un plan de atención individual que respondiera a las necesidades de la persona, así como valoraciones domiciliarias, estimulación de participación en actividades dirigidas a la rehabilitación.

Como parte de las consecuencias más relevantes del trabajo realizado tanto por trabajadores y trabajadoras sociales, en un trabajo interdisciplinario con otras disciplinas durante el período 2000-2011, se elaboró el “Plan Individual de Rehabilitación” (2004), que originó un cambio de paradigma que consistió en dirigir las acciones a la rehabilitación de las personas usuarias del Hospital Nacional Psiquiátrico: Asimismo, se vislumbra la legitimación que ha logrado la profesión a través de la historia en la institución, por ello al crearse el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, que constituye un logro que refiere a la atención especializada de la población inimputable, se integra una plaza de Trabajo Social en el mismo.

Las principales limitaciones que estuvieron presentes en el trabajo profesional fue el permanente rechazo hacia esta población por estigmas basados en la peligrosidad y en que ocasionalmente no eran vistos (as) como “pacientes” del hospital, sino como “reclusos”. Por otro lado, se señala que la falta de presupuesto fue otra restricción, debido a que se consideraba necesario la inclusión de más trabajadores (as) sociales.

- Es de gran importancia recordar la génesis de la profesión en el contexto capitalista, en el cual se ha ido gestando y transformando, para contemplar que de acuerdo a la historicidad de la profesión, la misma representa un vínculo entre el Estado y la sociedad civil, tanto en la formulación y ejecución de políticas sociales, como en la atención en los distintos servicios sociales, y por tanto, a pesar de las características excluyentes e inhumanas del modo de producción, la profesión se ha caracterizado por asumir un compromiso con las consecuencias de las manifestaciones de la “cuestión social”, y con las poblaciones vulnerabilizadas, lo cual atañe a las personas con medidas de seguridad.

Al respecto se concluye finalmente, que Trabajo Social ha contribuido a que la atención profesional hacia las personas con medidas de seguridad haya propiciado el respeto, la rehabilitación y el goce de los derechos de esta población.

## ***II- Recomendaciones:***

Resultante del estudio exploratorio realizado sobre el Trabajo Social y los procesos de trabajo de la profesión respecto a la atención a personas con medidas de seguridad en el período 2000-2011, es necesario hacer mención a algunas recomendaciones importantes a considerar en vías de fortalecer la temática.

- Debido a que la profesión es un producto socio-histórico que forma parte de una serie de contradicciones y relaciones sociales antagónicas, se requiere continuar profundizando en investigaciones en torno a las personas en condición de inimputabilidad en la sociedad costarricense. Se considera necesario ahondar alrededor de categorías como la ciudadanía, los derechos humanos, la participación social y las personas con medidas de seguridad como actores sociales.
- Se recomienda tomar en cuenta los hallazgos de la presente investigación, para analizar las acciones que se realizan en la actualidad en el Centro de Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, con el objetivo de recuperar lo realizado durante el período 2000-2011, esto respecto a la labor interdisciplinaria e interinstitucional, como lo específico de Trabajo Social en el Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Como parte de las expresiones de la acción profesional, se recomienda realizar sistematizaciones que permitan evidenciar el involucramiento que tienen los y las profesionales en Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad, procurando impulsar una labor investigativa orientada a que la profesión siga brindando aportes, y los mismos puedan ser socializados en las distintas áreas de la sociedad en las cuales Trabajo Social participa, así como a la comunidad estudiantil, incitando a la discusión y confrontación de criterios.
- Es importante discutir el papel de las diferentes instituciones vinculadas a la atención de las personas con medidas de seguridad: el Ministerio de Justicia y Paz, el Poder Judicial, el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Centro para la

Atención de Personas con Medidas de Seguridad en Conflicto con la Ley, que deben brindar herramientas e implementar programas o acciones que aborden las necesidades y demandas específicas de las personas en dicha condición, así como también, crear estrategias dirigidas a proteger sus derechos y velar por su desarrollo integral y su empoderamiento.

- Sugiero que esta temática se incorpore dentro de la formación del profesional en trabajo social como parte de su carrera.



## Bibliografía

- Acosta, S. y Carrasco, P. (2002). La subordinación del Trabajo Social a la racionalidad científicista. En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-012.pdf>
- Aguilar, G. (1984) *Teorías sobre las sanciones penales*. Trabajo Final de Graduación para optar por el título de Licenciatura en Derecho, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Aguilar, M. (s.f). *Las tres generaciones de los derechos humanos*. [Versión electrónica] En: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr20.pdf>
- Alayón, N. (2004). *Pobreza, Derechos Humanos y política social*. Revista Costarricense de Trabajo Social N° 16.
- Amador, G. (2011). *Consumo de drogas en Costa Rica y su relación con la violencia*. Opinión, Diario La Nación. Consultado el día 20 de mayo del 2012.
- Amarante, P. (2009). *Superar al manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Topía Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Angulo, A. y otras (2011). *El estudio de la categoría trabajo en la formación académica de la profesión de Trabajo Social, desde la perspectiva de las estudiantes*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Aniyar de Castro, L. (1974). Prisión y Clase Social. En: *Revista Capítulo Criminológico*. Centro de Investigaciones Criminológicas. Universidad de Zulia, Facultad de Derecho. Maracaibo, Venezuela N° 2, págs. 5-24.
- Antolisei, F. (1988) *Manual de Derecho Penal*, Editorial Temis, Bogotá.
- Arias, M., et al (2007). *Reflexiones críticas acerca de la dimensión ético-política del trabajo profesional del Trabajo Social en el Sistema Penitenciario de Costa Rica: Centro de Atención Institucional la Reforma*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Arroyo, G. (1992). *Desarrollo Histórico del Sistema Penitenciario Punitivo Costarricense*. Ministerio de Justicia, San José, Costa Rica.

- Artavia, P. (1999). "Una reflexión sociológica de la problemática penal costarricense: ¿Ceder derechos a cambio de seguridad?" Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Sociología para optar al grado de Magister Scientiae. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley 4573 Código Penal*, del 4 de mayo de 1970. San José, Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley 4762 de La Creación de La Dirección General de Adaptación Social*, del 8 de mayo de 1971. San José, Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley 6739 Ley Orgánica del Ministerio de Justicia*, de mayo de 1982. San José, Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley 7333 Ley Orgánica del Poder Judicial*, del 5 de mayo de 1993. San José, Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Código 7594 Código Procesal Penal*, del 1 de enero de 1998. San José, Costa Rica.
- Ávila, K. (2011). *Estudio de la participación comunitaria como modalidad de una política criminal preventiva*. Revista electrónica de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología.
- En: <http://www.derechopenalonline.com/derecho.php?id=27,348,0,0,1,0>
- Balears, I. (2008) *Género y delito: La mujer como infractora de las normas penales*. (s.d). En: <http://www.uned-illesbalears.net/esp/crim109.pdf>
- Baptista, J. y otros (1998). Metodología de Investigación Cualitativa. Recuperado el 25 de Febrero del 2011.
- Barrantes, M. (2008). *El Fundamento Ideológico de los Derechos Humanos. Crítica Ideológica al discurso de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Barroco, M (2003). Los fundamentos sociohistóricos de la ética. En: Borgiani, E., et al *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Cortez Editora. San Pablo, Brasil.
- Barroco, M. (2004) *Ética y Servicio Social: Fundamentos ontológicos*. Cortez Editora, Sao Paulo, Brasil.
- Basaglia, F (1983) *Razón, locura y sociedad*. Siglo Veintiuno, México.

- Bejarano, J. (2006). *Inseguridad ciudadana y drogas: realidades y percepciones*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (PNUD). San José, Costa Rica.
- Briceño, A. (2009). *Prisión Preventiva: ¿Excepción o regla en delitos sexuales? Estudio de las resoluciones que ordenan dicha medida cautelar en casos de delitos sexuales, en el Juzgado de Pavas, 2002-2005*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Burgos, A. (2005). La Medida de Seguridad en Costa Rica. *Revista Medicina Legal Costa Rica*, Vol. 22, N°1. Heredia, Costa Rica.
- Bustos, S. (2008). *Medidas de seguridad y derechos humanos: realidades contrapuestas*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho, Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Camacho, C. (2008). *Reflexiones Críticas sobre el Desarrollo Histórico de la organización Gremial en el Trabajo Social en Costa Rica y su Fundamento Ético Político*. Tesis de Grado para optar por el título de Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Campos, R. (1998). *La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo*. Departamento de Historia de la Ciencia CEH CSIC, Madrid, España.
- Campos, S. (2006). *El acceso a la justicia en el marco del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos: las reformas al reglamento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la capacidad del individuo*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Derecho. Facultad de Derecho. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Carazo, E. (s.f). *¿Después del combo qué?* (s.d) En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000113.pdf>
- Castillo, E. (1993). La Criminología. En: *Primer Coloquio sobre Política Criminal en América Latina*. Instituto Nacional de Ciencias Penales. D.F, México.
- Castro, K; y otras (2011). *“Intervención profesional en el sistema penitenciario nacional: injerencia de actores privados”*. Tesis sometida a consideración de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, para optar por el grado

- de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Castro, N. (2009) *Realidad Penitenciaria y Derechos Humanos: Penal de Lurigancho (Perú)*. Tesis para optar por el título de Maestría en Derechos Humanos en el Mundo Contemporáneo, Universidad Internacional de Andalucía. En: [http://dspace.unia.es/bitstream/10334/87/1/0061\\_Castro.pdf](http://dspace.unia.es/bitstream/10334/87/1/0061_Castro.pdf)
- Cedeño, A. y Monge, A. (2007). Trabajo Social y Administración de Justicia: las transformaciones del contexto penitenciario costarricense y las repercusiones en los procesos de trabajo profesional. *IV Congreso Internacional - VII Congreso Nacional de Trabajo Social El Trabajo Social en las transformaciones sociales y estatales contemporáneas*. San José, Costa Rica, 5 a 7 de setiembre de 2007.
- Cedeño, P. y Oviedo, M. (2004). *Análisis crítico de la problemática del Hospital Nacional Psiquiátrico con respecto a los pacientes que tienen impuesta una medida de seguridad curativa o cautelar de internamiento*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Chinchilla, M. (2007). *Análisis Histórico del Trabajo Social Criminológico en Costa Rica*. Tesis para optar por el grado de licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Chinchilla, M. (2002). Ciudadanía vs ciudadanía. Conferencia presentada en el *II Encuentro Zona Sur*. Experiencias de intervención en constitución de sujeto y ciudadanía. Abril, 2002; Osorno, Chile.
- En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000092.pdf>
- Chinchilla, M. y Villegas, E. (1995). Hacia la construcción de una cultura de los derechos humanos en el Trabajo Social. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, N° 5. San José, Costa Rica.
- Claudia, M. (2006) Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. *Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Vol. 13, N° 3, págs. 67 a 108. Buenos Aires, Argentina.
- Chinchilla, R. y Linares, E. (s.f). *Penas Alternativas a la Prisión: ¿Menos cárcel o más control social? (análisis del proyecto de Código Penal)* (s.d) En: <http://www.uned.ac.cr/Sociales/catedras/cienciasPenales/documents/Penasalternativasalaprision.pdf>

- Cid Moliné, J. y Larrauri Pijoan, E. (2001). *Teorías Criminológicas: explicación y prevención de la delincuencia*. Editorial Bosch. Barcelona, España.
- Código Penal de Costa Rica*, Ley N° 4573 Publicada en el Alcance 120 a La Gaceta 257 de 15 de noviembre de 1970ç
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969.
- Cooper, D. (1964) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Editorial Paidós, Barcelona
- Cooper, D. (1970) *La dialéctica de la liberación*. Siglo Veintiuno, México
- DeMar, G. (s.f). *El Conductismo* (s.d)
- En: <http://www.contra-mundum.org/castellano/demar/Conductismo.pdf>
- Desanti, M. (2010). *La medida de seguridad de internamiento y su indeterminación temporal como violatoria al principio de seguridad jurídica*. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Derecho. Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Devandas, A. (2006). *Estrategias de prevención del delito en Costa Rica: análisis crítico del Programa de Gobierno 2006-2010 en materia de prevención de la delincuencia*. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Dobles, M. (s.f) *El Tratamiento Penitenciario: Límites y Presupuestos*. (s.d) En: [http://www.fundacionruizfunes.net/ver\\_articulo.php?articulo=83](http://www.fundacionruizfunes.net/ver_articulo.php?articulo=83)
- Donaires, P. (2002). Los Derechos Humanos. *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, n° 5, 2001/2002, pp. 193-199. [Versión electrónica]
- En: <http://www.filosofiyderecho.com/rtfd/numero5/15-5.pdf>
- Elizondo, S., et al (2008). *Reconstrucción histórica de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental*”. Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Engels, F. (1979). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Editorial Nuevo Horizonte. Cali, Colombia.
- Esquivel, F. (2004). Cuestión Social’: algunas mediaciones determinantes para el estudio. En: Molina, Lorena (org). *La “cuestión social” y la formación profesional en el contexto de la nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.

- Foucault, M. (1964). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar*. Editores Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.
- Fournier, F. (1978). *Historia del Derecho*. Editorial Juricentro. San José, Costa Rica
- Gamboa, A. (s.f). *El origen de la prisión y su situación actual*. (s.d) En: <http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/19/gamboa19.pdf>
- García-Pablos de Molina, A. (1999). *Tratado de Criminología: introducción, modelos teóricos explicativos de la criminalidad, prevención del delito, sistemas de respuesta del crimen*. Editorial TIRANT LO BLANCH. Valencia, España.
- García, R. (2004). *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades*. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
- González, M. y Ledezma, A. (2009). *Funcionalidad de los mecanismos institucionales de resocialización, durante el período de cumplimiento de la condena penal*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- González, A. y Sanabria, G. (2004). *Relación de los factores protectores con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicos*. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Trabajo Social. Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- González, O. (2002). *La protección internacional del ser humano y las medidas provisional dictadas en marco de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, con énfasis en la práctica de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho, Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Guerra, Y. (2004). Instrumentalidad del proceso de trabajo y servicio social. En: *XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión Social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana*. San José, Costa Rica.

- Guevara, A. (2006). *Inflexiones teórico-críticas sobre "Redes Sociales": su particularidad en la ejecución de las sanciones alternativas impuestas a la población penal juvenil*. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Hernández, A. (2008). *Análisis del impacto que genera en el Hospital Nacional Psiquiátrico el internamiento de medidas de seguridad*. Especialidad en Administración de Servicios de Salud, Programa de Gerencia Moderna y Gestión del Cambio en Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). San José, Costa Rica.
- Hernández, R., et al. (1991). *Metodología de la investigación*. MC Graw-Hill Interamericana de México. México, D.F.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2002). *Anuario Estadístico Año 2001*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2003). *Anuario Estadístico Año 2002*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2004). *Anuario Estadístico Año 2003*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2005). *Anuario Estadístico Año 2004*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2006). *Anuario Estadístico Año 2005*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007). *Anuario Estadístico Año 2006*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2008). *Anuario Estadístico Año 2007*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2009). *Anuario Estadístico Año 2008*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2010). *Anuario Estadístico Año 2009*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Hospital Nacional Psiquiátrico. (2011). *Anuario Estadístico Año 2010*. Departamento de Registros Médicos, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.
- Iamamoto, M. (2000). *El Servicio Social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional*. Cortez Editora, Sao Pablo, Brasil.

- Iamamoto, M. (2003). El debate contemporáneo del Servicio Social y la ética profesional. En: Borgiani, E., et al *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Cortez Editora. San Pablo, Brasil.
- Iglesias, M. (2006). *Derecho Humano al Acceso a la Justicia: El papel del Estado como titular de su Administración y el caso de grupos vulnerabilizados*. Trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Derecho, Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Jiménez, S; et al (2010). *Antología: Psicología Laboral-Organizacional, Educativa y Criminal Forense*. Universidad Autónoma de Centro América. San José, Costa Rica. En: <http://es.scribd.com/doc/52969015/83/Resena-historica-del-Sistema-Penitenciario-Costarricense>
- Kant, I. (1995). *Crítica de la Razón Práctica*. Editorial Sígueme, Salamanca, España.
- Kesey, K. (1962). *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Editorial Arte y Literatura. Instituto Cubano del Libro. Ciudad de la Habana.
- Kester, W. (2007). *Trabajo Social Criminológico: aportes desde la Criminología Crítica*. Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración de la Escuela de Trabajo Social como requisito final para optar al grado de Licenciatura. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y el mundo*. Editorial Grijalbo, México.
- Krueger, R. (1991) *El Grupo de Discusión*. Ediciones Pirámide. España.
- La Gaceta, N° 257, Alcance 120 A de domingo 15 de noviembre de 1970, p 8
- Laporta, F. (1987). El concepto de los derechos humanos. Revista Derecho y Cambio Social. [Versión electrónica]  
En: <http://www.derechoycambiosocial.com/revista002/humanos.htm>
- Lessa, S. (2000). Luckács: el método y su fundamento ontológico. En Borgiani, E. y Montañó, C. *Metodología y Servicio Social: Hoy en debate*. Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora.
- López, D. (2001). *Abordaje del enfermo mental severo desde una unidad de rehabilitación*. Hospital de Salamanca.
- Luckács, G. (1970). *La Ontología del Ser Social*. (s.d)
- Martinelli, M. (1997) *Servicio Social: Identidad y Alienación*. Cortez Editora. Saõ Paulo, Brasil.



- Matan, M. (2001). *Una introducción a los Métodos Cualitativos; Un Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesores*. Universidad Autónoma Metropolitana, Ixtapa, México.
- En: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- Marx, K. (1980) *El capital. Crítica de la economía política*. Editorial de Ciencias Sociales, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Matus, P. (2008). *La Observación*. Documento en línea disponible en <http://serviciosocialipp.bligoo.com>.
- Ministerio de Justicia y Paz. (2007) *Manual de Procedimientos del Ministerio de Justicia*. Oficina de Planificación. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Planificación y Nacional y Política Económica. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo “Jorge Manuel Dengo Obregón”: 2006-2010*. MIDEPLAN, San José, Costa Rica
- Ministerio de Salud. (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Análisis de Situación de Salud, No. 10. San José, Costa Rica. En: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/mental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2000). *Plan Nacional de Promoción de la Salud 1999-2004*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. (1999). *Plan Nacional de Promoción de la Salud 1999-2004*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Montero, E (2011) *Organización*. Ministerio de Justicia y Paz, San José, Costa Rica. En:[http://www.mjp.go.cr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=82&Itemid=53](http://www.mjp.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=53)
- Molina, I. y Palmer, S. (1997). *Historia de Costa Rica: breve, actualizada y con ilustraciones*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Molina, L. (2004). Derechos Humanos y escenarios de la intervención desde el Trabajo Social. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, N° 16. San José, Costa Rica.
- Molina, L. y Romero, M. (1996). El Trabajo Social finisecular y su transición al siglo XXI. (s.d) En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000019.pdf>
- Molina, L. y Ruiz, A. (2004). Recuperación de la perspectiva histórico crítica en la enseñanza del Trabajo Social en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n° 3, dez. 2004. Recuperado el 29 de octubre del 2010, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/980/760>

- Montaño, C. (1998) *Las políticas sociales y el Servicio Social*. Sao Paulo, Brasil: Editora Cortez.
- Montaño, C. (2000). *La naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis su especificidad y su reproducción*. Sao Pablo, Cortez Editora. Capítulo I.
- Montaño, C. (2004). Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Crítico. *XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social ALAETS*. San José, Costa Rica.
- Mora, V. (1977). *Cachaza*. Editorial Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Mora, M. y Vargas, Y. (2001). *La cárcel: Escuela del delito o escuela para la superación personal. Estudio Cualitativo sobre mujeres privadas de libertad en el Centro de Atención Semi Institucional para la Mujer*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Muñoz, E. y Venegas, E. (2002). *Camino al encierro sin fin y con fin. Las penas en Costa Rica, siglo XIX*. Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica, Número 100, Vol. XL (Págs 37-44). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Netto, J; y otros. (2002). *Nuevos escenarios y práctica profesional*. Buenos Aires Argentina: Espacio Editorial.
- Oliver, P. (2000). *La cárcel y el control del delito en Navarra entre la Antiguo Régimen y el Estado Liberal*. Tesis doctoral de la Universidad del País Vasco, España. En: <http://www.uclm.es/profesorado/poliver/pdf/desorden/historiaPrision.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. [Versión electrónica] En: [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)*. IMSERSO. Madrid, 2002. p. 11.
- Organización Panamericana de la Salud. *Situación actual de la salud mental en Costa Rica* / Ministerio de Salud. -- San José, C.R.: OPS, 2004. 35 p.; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud; no. 10).

- Pacheco, M. (2002). *La Efectividad Jurídica de las Decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho, Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Parra, G (.1998). En el camino de la investigación cualitativa: Reflexiones sobre reconstrucción histórica, historia oral y trabajo social. Ponencia presentada en el *XVI Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social*. Santiago de Chile. En: [http://www.ts.ucr.ac.cr/biblioteca\\_v.php](http://www.ts.ucr.ac.cr/biblioteca_v.php)
- Poder Judicial de Costa Rica. (s.f) *Poder Judicial de Costa Rica: su historia, organización y funcionamiento*. (s.d) En: <http://www.poder-judicial.go.cr/generalidadespj/historia.html>
- Proyecto Estado de la Nación (2001) *Estado de la Nación en Desarrollo Humano*. Proyecto Estado de la Nación, San José, Costa Rica.
- Pueyo, A. (2004). *Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados*. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia Departamento de Personalidad Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.
- En:  
[http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1\\_6/publicacion/pdf/5\\_Violencia%20juvenil\\_rol\\_3l.pdf](http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1_6/publicacion/pdf/5_Violencia%20juvenil_rol_3l.pdf)
- Ramírez, D. (2009). *Rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en usuarios y usuarias que tienen seguimiento en la consulta externa del hospital diurno*. Tesis para optar por el Posgrado en Psiquiatría, Hospital Nacional Psiquiátrico, San José, Costa Rica.
- Rodríguez, F. (s.f). *Introducción Historia de las Prisiones*. (s.d) En: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/derecho-constitucional/derechos-de-los-reclusos/pdf/ESTUDIO0.pdf>
- Rovira, J. (2004). El nuevo estilo nacional de Costa Rica y el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos: notas para su comprensión. En: *Jornadas de Reflexión*. Instituto de Investigaciones Sociales, Mesa 8, Mayo 2004. San José, Costa Rica.
- Sánchez, C. (2000). *Derecho Penal: Parte general, Doctrina y Jurisprudencia*. Editorial Jurídica Continental. San José, Costa Rica.
- Sánchez, H. (2011). *Las reformas al Código Penal y sus consecuencias en las prisiones: el caso de Costa Rica*. Revista Digital de la Maestría en Ciencias Penales de la Universidad de Costa Rica N° 3.

En:[http://www.revistacienciaspenales.ucr.ac.cr/images/articulos/3\\_2011/doctrina\\_nacional/Hector\\_Sanchez.pdf](http://www.revistacienciaspenales.ucr.ac.cr/images/articulos/3_2011/doctrina_nacional/Hector_Sanchez.pdf)

- Sandoval, C. (2008). El plan individualizado de rehabilitación (PIR) en personas con Problemas de salud mental: la experiencia del Hospital Nacional Psiquiátrico. En: *Revista Cúpula*, Vol. 22, Nº 1. San José, Costa Rica.
- Soler, S. (1983). *Derecho Penal Argentino*. Tipográfica Editora, Novena Reimpresión de la Cuarta Edición, Tomo II. Buenos Aires, Argentina.
- Soto, M. (2005). *Las medidas de seguridad como forma de control social en Costa Rica*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho, Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Ulate, M., et al. (1981). *Algunas consideraciones acerca de las formas de intervención social utilizadas por el trabajador social en el Hospital Nacional de Niños y en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Seminario de Graduación para optar a la Licenciatura en Trabajo Social, Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Vargas, L. (2003). *La estrategia de liberación económica, período 1980-2000*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Serie de Cuadernos de Historia de las Instituciones de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Vega, K. (2009). *La Reincidencia como Limitante a la Aplicación del Instituto de la Conciliación, en el Proceso Penal Costarricense*. Trabajo Final de Graduación para optar por el título de Licenciatura en Derecho, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Zingoni, M. (1983). *Estudio de la acción de la yohimbina, tolazolina, clonidina, dihidroergotamina, fentolamina y clorpromazina (bloqueantes adrenérgicos) como antagonistas de la xilazina (estimulante adrenérgico) sobre la actividad motriz*. (s.d) En: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/1524>
- \_\_\_\_\_(2009). “Salud mental en centros penales de Costa Rica”. Periódico la Nación del 24 de mayo del 2009.
- \_\_\_\_\_(2009) “Psiquiátrico alquilará edificio para atender reos”. Periódico la Nación del 12 de diciembre del 2010.

## Anexos

### ANEXO 1

**ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA**  
**LEY DE CREACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO**  
**EXPEDIENTE N.º 16269**  
**DICTAMEN AFIRMATIVO DE MAYORÍA**  
**SEGUNDO PERÍODO DE SESIONES EXTRAORDINARIAS**  
**(Del 1º de diciembre de 2008 al 30 de abril de 2009)**  
**COMISIÓN ESPECIAL DE DERECHOS HUMANOS Expediente N.º 16269 Comisión**  
*Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 2*

**COMISIÓN ESPECIAL DE DERECHOS HUMANOS**  
**DICTAMEN UNÁNIME AFIRMATIVO**

**LEY DE CREACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO**

Los suscritos diputados, miembros de la Comisión Especial de Derechos Humanos, rendimos DICTAMEN UNÁNIME AFIRMATIVO sobre el proyecto de ley: “**LEY DE CREACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO**”, expediente N.º 16269, publicado en La Gaceta N.º 160 del 22 de agosto del 2006, basados en los siguientes argumentos:

- Es evidente la necesidad que tiene el país de tener un centro que preste servicios psiquiátricos hospitalarios, para las personas privadas de libertad por sentencia firme o indiciados en procesos penales, y la consulta ambulatoria para quienes se encuentran reclusos en centros penitenciarios, todos ellos requiriendo de comprobada necesidad de atención psiquiátrica.
- Las diversas audiencias que ha recibido la Comisión Especial de Derechos Humanos referidas al expediente 16.269, han hecho patente la necesidad de discutir este tema desde el punto de vista de todas las circunstancias legales y de seguridad que conlleva la atención de los pacientes con enfermedades mentales que se encuentran bajo la tutela del Ministerio de Seguridad Pública y a las órdenes del Poder Judicial.

Aunado a lo anterior, la Sala Constitucional con la resolución N° 4555-09, ordena a la CCSS crear un centro psiquiátrico para privados de libertad y al Ministerio de Justicia, crear en el plazo de un año un cuerpo de policía penitenciaria especial que se encargue de la custodia y contención de los enfermos mentales con medidas cautelares o de seguridad impuestas por el sistema penal. Adicionalmente, ordena la Sala a ambos entes, la coordinación de sus acciones a efecto de que cuando se construya y entre en funcionamiento el centro psiquiátrico especializado, el cuerpo de policía penitenciaria referido entre en funcionamiento.

El proyecto de ley es iniciativa del Dip. Alexander Mora Mora, sin embargo, como parte del trámite en la Comisión de Derechos Humanos, se aprobó un texto sustitutivo presentado por el Dip Mora Mora en conjunto con la Diputada Ana Helena Chacón E..

El Proyecto de Ley tiene dos objetivos principales :

1. Garantizar los derechos humanos, en relación con la atención y el tratamiento que se debe suministrar a los internos penitenciarios con enfermedades psiquiátricas.

**Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 3**

2. Asegurar el financiamiento para la construcción del Centro y garantizar la sostenibilidad financiera de la provisión de servicios de atención y tratamiento a los internos penitenciarios con enfermedades psiquiátricas.

Se realizaron consultas al Ministerio de Hacienda, la CCSS, al Ministerio de Justicia, al Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública y a la Contraloría General de la República, a la Corte Suprema de Justicia. De las respuestas recibidas, se extrajeron aquellas recomendaciones que se consideraron convenientes y se introdujeron mejoras en el Proyecto de Ley.

Con el fin de tener claro el panorama completo de las implicaciones del Proyecto de Ley, se realizaron las siguientes audiencias :

- 1- Licda. Laura Chinchilla, Ministra de Justicia.
- 2- Dra. Oliva Brenes Antonini, Directora General del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 3- Dr. Álvaro Hernández Villalobos, Jefe de Servicios Médicos y Rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 4- Sr. Reynaldo Villalobos, Director de Adaptación Social.
- 5- Dra. Rosa María Villalobos Rodríguez, Directora de Hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 6- Máster Agnes Gutiérrez Rojas, Enfermera de la CCSS.
- 7- Lic. Rodrigo López García, Secretario General de la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería.

De las consultas y las audiencias realizadas, se había concluido que el responsable de la construcción, operación y mantenimiento del Centro Psiquiátrico Penitenciario sería el Ministerio de Justicia, donde la CCSS brindaría los servicios médicos necesarios, sustentados en la suscripción de un convenio.

Sin embargo, de previo a realizar la discusión por el fondo del Proyecto de Ley y ante la resolución de la Sala Constitucional N° 4555 – 09, se generó la duda sobre a cuál ente estatal le correspondía la construcción, operación, mantenimiento y administración del Centro Psiquiátrico Penitenciario.

Para tener un mejor criterio al respecto, los integrantes de la Comisión Especial de Derechos Humanos decidió convocar en audiencia a Viviana Martín Salazar, Ministra de Justicia y a Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo de la CCSS.

A raíz de las audiencias y las negociaciones posteriores entre la CCSS y el Ministerio de Justicia, quedó claro que sería la CCSS el ente bajo el cual estará adscrito el Centro Psiquiátrico Penitenciario.

Con lo cual, se tendrá que firmar un convenio entre la CCSS y el Ministerio de Justicia a efecto de que se brinde la custodia y contención de los enfermos mentales con medidas cautelares o de seguridad impuestas por el sistema penal, por medio de un cuerpo especializado de policía penitenciaria. Asimismo, se regulará lo referente a custodia y protección del personal del Centro Psiquiátrico Penitenciario durante la atención de los pacientes que requieren de atención ambulatoria psiquiátrica en los centros penitenciarios.

Toda esta situación motivó que durante la discusión del proyecto, se presentaran varias mociones tendientes a ajustar este proyecto de ley a las condiciones actuales y hacerlo concordante con los términos de la resolución N° 4555 – 09 de la Sala Constitucional y a los acuerdos tomados por el Ministerio de Justicia y la CCSS.

Sin embargo, el proyecto fue aprobado en la Comisión de Derechos Humanos, pero se determinaron algunas consideraciones que deben ser corregidas en la discusión del Proyecto de Ley en el Plenario, vía mociones por artículo 137 del Reglamento Legislativo.

Concretamente, se deben realizar las siguientes correcciones :

“ **ARTÍCULO 1.-**

*Créase el Centro Psiquiátrico Penitenciario, como órgano de desconcentración mínima, adscrito a la Caja Costarricense de Seguro Social. Gozará de personalidad jurídica instrumental en el manejo presupuestario.*

**ARTÍCULO 23.-**

*El director del Centro Psiquiátrico Penitenciario será el responsable del cumplimiento del objetivo establecido en el artículo 2 de esta Ley. Deberá proponer a la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social para su aprobación y asignación, un plan anual operativo en el que incluya los programas y actividades a ejecutar, así como un proyecto de presupuesto que deberá contener el financiamiento necesario para llevar a cabo el plan operativo propuesto, incluyendo los recursos necesarios para el crecimiento y el mantenimiento de sus instalaciones y equipos y que garanticen el funcionamiento óptimo del Centro.*

**ARTÍCULO 24.-**

*La Caja Costarricense de Seguro Social suscribirá un convenio donde se establezcan los términos en los que el Ministerio de Justicia y Gracia suministrará de forma gratuita al Centro Psiquiátrico Penitenciario, la custodia y contención de los enfermos mentales con medidas cautelares o de seguridad impuestas por el sistema penal, por medio de un cuerpo especializado de policía penitenciaria. Asimismo, se regulará lo referente a custodia y protección del personal del Centro Psiquiátrico Penitenciario durante la atención de los pacientes que requieren de atención ambulatoria psiquiátrica en los centros penitenciarios.”*

Finalmente, cabe indicar que se modificó el nombre del proyecto, por medio del texto sustitutivo aprobado por la Comisión. **Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 5**

En virtud de lo anterior, sometemos a consideración del Plenario Legislativo el presente dictamen, y solicitamos a las señoras y señores diputados la aprobación del presente proyecto de ley: **Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 6**

**LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA**

**DECRETA:**

**LEY DE CREACIÓN DEL CENTRO PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO**

**Capítulo I**

**Objetivos, principios y funciones**

**ARTÍCULO 1-** Créase el Centro Psiquiátrico Penitenciario, como órgano de desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Justicia y Gracia. Gozará de personalidad jurídica instrumental en el manejo presupuestario.

**ARTÍCULO 2-** El objetivo del Centro Psiquiátrico Penitenciario será la prestación de servicios psiquiátricos, incluyendo el internamiento de las personas privadas de libertad por sentencia firme o indiciados en procesos penales, y la consulta ambulatoria para quienes se encuentran reclusos en centros penitenciarios, todos ellos requiriendo de comprobada necesidad de atención psiquiátrica.

**ARTÍCULO 3-** El Centro Psiquiátrico Penitenciario tendrá las siguientes funciones:

- a) Aplicar los tratamientos pertinentes a las personas privadas de libertad con sentencia firme o indiciados en procesos penales, con enfermedades psiquiátricas debidamente declaradas por un equipo interdisciplinario, conforme se indica en el Capítulo II de esta ley.
- b) Atender a quienes estén privados de libertad con sentencia firme o indiciados en procesos penales y que requieren de la aplicación de tratamientos psiquiátricos en un centro especializado.
- c) Aplicar ambulatoriamente cuando proceda, los tratamientos psiquiátricos adecuados a las personas privadas de libertad con sentencia firme o indiciados en procesos penales.

d) Realizar todas las funciones propias de un centro psiquiátrico hospitalario especializado para la atención de personas privadas de libertad con sentencia firme o indiciados en procesos penales.

**ARTÍCULO 4-** Las personas que presenten una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Declaración de los Derechos de los Impedidos, y el conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, a excepción de aquellos expresamente restringidos por la legislación costarricense. **Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 7**

## **Capítulo II**

### **Internamiento de pacientes**

**ARTÍCULO 5-** Todo internamiento de una persona en el Centro Psiquiátrico Penitenciario, deberá ajustarse a los principios médicos, éticos y legales vigentes. Únicamente podrá recurrirse al internamiento de un paciente cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria en la cárcel o prisión en donde esté recluido el enfermo, y previo dictamen de los profesionales del equipo de salud mental y orden de la autoridad judicial para los casos previstos.

**ARTÍCULO 6-** El juez competente en materia penal podrá internar a los procesados en el caso de que presenten trastornos mentales y cuyo tratamiento psiquiátrico demande atención, de conformidad con lo establecido en la presente ley y lo estipulado por el Código Penal o medida de seguridad aplicada según lo establecido por la legislación vigente.

**ARTÍCULO 7-** Toda disposición de internamiento deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) evaluación y diagnóstico de las condiciones del asistido;
- b) datos acerca de su identidad y su entorno socio-familiar;
- c) datos de su cobertura médico asistencial;
- d) diagnóstico médico que justifica el internamiento; y
- e) orden del juez.

**ARTÍCULO 8-** Dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la admisión del internado, el equipo interdisciplinario del establecimiento iniciará la evaluación para establecer el diagnóstico presuntivo de situación y el plan de tratamiento. Será emitido un informe firmado por el equipo de salud mental precisando si están dadas las condiciones para continuar con el internamiento.

**ARTÍCULO 9-** Dentro de los quince (15) días de ingresado y luego, como mínimo, una vez por mes, la persona internada será evaluada por el equipo especializado del Centro, quien certificará las observaciones correspondientes al último examen realizado, confirmando o invalidando las mismas, precisando la evolución e informando en la historia clínica sobre la desaparición de las causas justificantes de la internación. Estos informes serán transmitidos a la autoridad judicial competente, a fin de que tome conocimiento de las causas y condiciones que sustentan la necesidad del procedimiento y su mantenimiento, o bien, para que el internado o paciente ambulatorio sea dado de alta del Centro Psiquiátrico Penitenciario. **Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 8**

**ARTÍCULO 10-** Una vez efectuado el internamiento del paciente, el Centro Psiquiátrico Penitenciario deberá remitir a la autoridad de aplicación la información pertinente, garantizando la confidencialidad de los datos. Dichos informes deberán remitirse en forma mensual en el caso de continuar con el internamiento.



**ARTÍCULO 11-** Todo internamiento deberá ser comunicado por el director del Centro Psiquiátrico Penitenciario a los familiares de la persona, a su tutor, curador o representante legal si los tuviere y al juez de la causa, así como a otra persona que el paciente indique.

**ARTÍCULO 12-** Los internamientos de personas con enfermedad mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un (1) mes.

**ARTÍCULO 13-** El internamiento de adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores, deberá ser comunicado, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producido, al Patronato Nacional de Infancia, al ente rector en materia de rehabilitación y educación especial y al Conapam, respectivamente, para que estas instituciones supervisen que se están atendiendo las necesidades especiales de estas poblaciones. Las recomendaciones de estas instituciones serán de acatamiento obligatorio por parte del Centro Psiquiátrico Penitenciario, siempre y cuando se refieran a la protección de los derechos humanos de los internos.

**ARTÍCULO 14-** Los jueces que dispongan internamientos en el Centro Psiquiátrico Penitenciario, deberán informarse acerca de la disponibilidad de espacio, a efectos de garantizar el debido cuidado y seguridad del paciente. Si este espacio no estuviere disponible, el juez deberá dictar una medida provisional de internamiento en otro centro de atención médica que ofrezca tratamiento psiquiátrico, hasta que exista la disponibilidad de espacio para el paciente.

**ARTÍCULO 15-** Cuando se reciba a una persona y surja de su evaluación psiquiátrica que no posee patología en salud mental o que no se justifica su internamiento en el Centro Psiquiátrico Penitenciario, se informará de inmediato al juez competente y a la Dirección General de Adaptación Social, a fin de que disponga su traslado pertinente. Si durante las veinticuatro (24) horas siguientes esta autoridad no ha emitido y comunicado una orden de traslado al centro penitenciario de donde provino el internado, el Centro Psiquiátrico Penitenciario tendrá la potestad de efectuar dicho traslado y el interno deberá ser admitido al centro de detención de donde provino. Si la persona hubiere sido directamente remitida por el juez sin habersele asignado un centro de detención penitenciaria, la persona será enviada a las celdas del tribunal competente, o si hubiere sido directamente remitido por el juez, a las celdas del tribunal competente.

**ARTÍCULO 16-** Las altas transitorias o definitivas deberán ser debidamente fundamentadas en el dictamen del equipo de los profesionales a cargo del tratamiento del paciente y contar con la certificación del director del establecimiento. Las mismas serán comunicadas al juez competente y a la Dirección General de Adaptación Social dentro de las veinticuatro (24) horas anteriores a que sean emitidas. **Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 9**

**ARTÍCULO 17-** Cuando el Centro Psiquiátrico Penitenciario determine que el internamiento ya no es necesario, lo comunicará así a la autoridad judicial competente. Si durante las veinticuatro (24) horas siguientes a haber recibido esta comunicación la autoridad judicial no ha emitido y comunicado una orden de traslado al centro penitenciario de donde provino el internado, el Centro Psiquiátrico Penitenciario tendrá la potestad de efectuar dicho traslado y el interno deberá ser admitido al centro de detención. Si la persona hubiere sido directamente remitida por el juez sin habersele asignado un centro de detención penitenciaria, la persona será enviada a las celdas del tribunal competente.

**ARTÍCULO 18-** El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

**ARTÍCULO 19-** Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al

representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.

**ARTÍCULO 20-** En aquellos casos cuando se cumpla la sentencia de un paciente internado en el Centro Psiquiátrico Penitenciario y dicha persona aún requiera de atención psiquiátrica, será referido al Hospital Nacional Psiquiátrico, comunicándose así a los familiares de la persona, a su tutor, curador o representante legal.

### **Capítulo III**

#### **Administración y financiamiento**

**ARTÍCULO 21-** El Centro Psiquiátrico Penitenciario se construirá en donde el Ministerio de Justicia y Gracia estime conveniente, con el fin de garantizar la seguridad requerida. Contará con pabellones individuales para la atención de hombres, mujeres y jóvenes; en el caso de los jóvenes, habrá una sección para cada género.

**ARTÍCULO 22-** El Centro Psiquiátrico Penitenciario será administrado por un (a) director (a) general nombrado por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Será un (a) profesional médico (a) cirujano (a) especialista en psiquiatría, quien ostentará la representación extrajudicial para el ejercicio de las potestades otorgadas al Centro Psiquiátrico Penitenciario en su condición de persona jurídica instrumental para la ejecución del presupuesto asignado. *Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 10*

**ARTÍCULO 23-** El director del Centro Psiquiátrico Penitenciario será el responsable del cumplimiento del objetivo establecido en el artículo 2 de esta Ley. Deberá proponer al ministro(a) para su aprobación, un plan anual operativo en el que incluya los programas y actividades a ejecutar, así como un proyecto de presupuesto que deberá contener, como mínimo, la financiación de los siguientes rubros:

- a) el equipo físico de diagnóstico y terapia para los pacientes, incluyendo camas, ropa de cama, pijamas, etc.;
- b) las instalaciones para el tratamiento adecuado y completo del paciente, que garanticen al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa; y
- c) el mantenimiento adecuado de las instalaciones y los equipos.

**ARTÍCULO 24-** El Centro Psiquiátrico Penitenciario firmará un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social, para efectos de la provisión de los servicios médicos profesionales interdisciplinarios, técnicos especializados, para-médicos y medicamentos, necesarios para la atención médica y psiquiátrica de los internados y de los pacientes que requieren de atención ambulatoria psiquiátrica en los centros penitenciarios.

**ARTÍCULO 25-** El Centro Psiquiátrico Penitenciario será inspeccionado por las autoridades sanitarias y judiciales competentes, con la frecuencia necesaria para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los respectivos principios éticos y se respeten los derechos humanos de los pacientes internados y ambulatorios.

**ARTÍCULO 26-** El financiamiento para la compra de terreno, construcción, equipamiento y operación del Centro, se financiará con de un uno a un dos por ciento (1 a 2%) de las utilidades netas de la Junta de Protección Social.

**ARTÍCULO 27-** El Estado, las instituciones autónomas, semiautónomas y empresas públicas estatales, las municipalidades y demás entidades de derecho público, al igual que personas físicas y jurídicas, empresas, asociaciones y organizaciones privadas, quedan autorizadas para otorgar subvenciones, donar bienes o suministrar servicios de cualquier clase en forma gratuita, al Centro Psiquiátrico Penitenciario, a fin de que este los destine directamente a la prestación de los servicios. Dicha contribución será deducida del impuesto

de la renta. La Contraloría General de la República fiscalizará el uso adecuado de estos ingresos.

**ARTÍCULO 28-** La Caja Costarricense de Seguro Social podrá destinar los recursos que estime conveniente para la aplicación de esta ley.

**ARTÍCULO 29-** Además de lo anteriormente indicado, el Centro Psiquiátrico Penitenciario podrá recibir como ingreso:

- a) Contribuciones y donaciones;
- b) lo originado por la organización de actividades destinadas a la obtención de fondos; y
- c) cualquier otro origen no previsto en esta ley, permitido por las leyes y reglamentos vigentes.

#### **Capítulo IV**

##### **Sanciones**

**ARTÍCULO 30.-** En caso de la comisión de actos ilegales, todo el personal de salud y administrativo cubierto por esta ley, y los representantes legales y abogados de los pacientes reclusos, serán sancionados conforme lo indica el Código Penal.

##### **Disposición transitoria**

**TRANSITORIO ÚNICO-** Una vez que entre en servicio el Centro Psiquiátrico Penitenciario, el traslado de todos los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Nacional cubiertos bajo esta ley, deberá efectuarse en un plazo máximo de quince (15 ) días calendario.

Rige a partir de su publicación. **Expediente N.º 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos (Atendida en la Sala VIII) 12**

**DADO EN SAN JOSÉ, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL DOS MIL NUEVE.**

ALEXANDER MORA MORA GUYÓN HOLT MASSEY MORA

ANA HELENA CHACON ECHEVERRÍA OLGA MARTA CORRALES SÁNCHEZ

PATRICIA QUIRÓS QUIRÓS JOSE MANUEL ECHANDI MEZA.

CARLOS MANUEL GUTIÉRREZ GÓMEZ

**DIPUTADOS**

**RBS**

**\*/16269 d-1-ua**

## **ANEXO 2**

### **Sondeo Preliminar**

Las preguntas que se realizaron fueron las siguientes:

- 1- ¿Qué importancia considera usted que tiene la investigación “Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2001-2011”?
- 2- ¿Qué participación profesional ha tenido usted con personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental?
- 3- ¿Estaría usted dispuesto (a) a brindarme una entrevista semi-estructurada próximamente para el desarrollo de la presente investigación?
- 4- ¿Cuáles personas considera usted que pueden colaborar con el desarrollo de esta investigación como informantes claves?

### ANEXO 3

**Categorías para el análisis de los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención a personas con medidas de seguridad según subcategorías y componentes de análisis en el período 2000-2011.**

Capítulo / Categoría	Definición	Subcategorías	Componentes de Análisis
<b>Marco contextual</b>	Refiere a la construcción histórica de la intervención profesional hacia las personas con medidas de seguridad	1. Las medidas de seguridad curativas de internamiento en Costa Rica: Antecedentes, historia e institucionalización	- La atención de las personas con enfermedades mentales y en conflicto con la ley a través de la historia - La Psiquiatría y el Sistema Penal en Costa Rica - Las medidas de seguridad en el ordenamiento jurídico costarricense
		2. El período 2000-2011 como escenario de investigación	- Factores Económicos - Factores Políticos y de participación ciudadana - Factores Sociales
<b>Materia Prima</b>	El objeto sobre el cual incide la acción del y la profesional	Descripción cuantitativa de de las personas sentenciadas a medidas de seguridad durante el período 2000-2011	- Personas sentenciadas con medida de seguridad en el período 2000-2011 - Delitos cometidos por las personas sentenciadas en el período 2000-2011 - Enfermedades mentales y diagnósticos de las personas sentenciadas a medidas de seguridad
<b>Medios e Instrumentos/ Estructura</b>	Las estructuras constituyen el soporte para la producción de resultados y el alcance de los objetivos	- Marco Legal Internacional - Marco Internacional y político costarricense - Sector Salud y Hospital Nacional Psiquiátrico	Leyes, Políticas, Tratados, declaraciones, Códigos, instituciones, proyectos.
	Los medios materiales, humanos, financieros, entre otros, necesarios para implementar los programas, y proyectos de trabajo	El Trabajo Social en el Hospital Nacional Psiquiátrico	- Fundamentos teórico-metodológicos. - Fundamentos ético-políticos - Elementos técnico-operativos
<b>Trabajo Vivo/ Resultados de Trabajo Vivo</b>	Finalidades de las instituciones que orientan la organización de los procesos de trabajo colectivo, del cual forman parte los y las trabajadoras sociales, junto a otros (as) profesionales	Trabajo Vivo	- Coordinación interinstitucional - Atención enfocada a las personas con medidas de seguridad - Participación - Proceso educativo para la disminución de estigmas y prejuicios.
		Resultados de Trabajo Vivo	- Logros - Factores impulsivos - Factores restrictivos

Fuente: Elaboración Propia. Jiménez (2012) tomando como fundamento teórico los aportes de Iamamoto (2003), Lukacs (2004).

## ANEXO 4

### Cartas de Presentación

Fecha

Srs. (as)  
Poder Judicial  
Defensa Pública

Estimados Srs. (as):

La presente es para comunicarles que la suscrita Melisa Jiménez Murillo está realizando su Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, con la temática “Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011”

Por lo que se les solicita colaboración con relación a información acerca de:

- El proceso judicial que conlleva las medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, y la caracterización de las mimas.
- La participación que ha tenido la Defensa Pública en el proceso de imposición de medidas y la que tiene después del ingreso hospitalario.
- La coordinación con el Hospital Nacional Psiquiátrico.
- La interindisciplinabilidad de los procesos.
- Fortalezas y desafíos institucionales.
- Entre otros.

Agradeciendo su colaboración,

Bach. Melisa Jiménez Murillo  
Cédula 1-1209 0898

Fecha

Srs. (as)

Hospital Nacional Psiquiátrico  
Departamento de Trabajo Social

Estimados Srs. (as):

La presente es para comunicarles que la suscrita Melisa Jiménez Murillo está realizando su Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, con la temática “Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011”. Por lo que se les solicita colaboración con relación a información acerca de:

- La caracterización de los procesos de trabajo de la profesión en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento.
- La interdisciplinariedad de los procesos.
- La coordinación con los distintos entes institucionales que han participado en la atención a esta población.
- El proceso intra-hospitalario con personas con medidas de seguridad, los enfoques que caracterizan a la atención, y las principales características.
- El papel de la profesión Trabajo Social en el proceso.
- Fortalezas y desafíos institucionales.
- Entre otros.

Agradeciendo su colaboración,

Bach. Melisa Jiménez Murillo

Cédula 1-1209 0898

Fecha

Srs. (as)

Instituto Nacional de Criminología

Estimados Srs. (as):

La presente es para comunicarles que la suscrita Melisa Jiménez Murillo está realizando su Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, con la temática “Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011” Por lo que se les solicita colaboración con relación a información acerca de:

- La participación de la institución en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, durante el período 2000-2011.
- El trabajo interdisciplinario y la coordinación interinstitucional.
- El papel de la profesión Trabajo Social en el proceso.
- Fortalezas y desafíos institucionales.
- Entre otros.

Agradeciendo su colaboración,

Bach. Melisa Jiménez Murillo

Cédula 1-1209 0898



Fecha

Srs. (as)

Centro para la Atención de las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley

Estimados Srs. (as):

La presente es para comunicarles que la suscrita Melisa Jiménez Murillo está realizando su Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, con la temática “Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011”. Por lo que se les solicita colaboración con relación a información acerca de:

- La participación de la institución en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, durante el período 2000-2011.
- El trabajo interdisciplinario y la coordinación interinstitucional.
- El papel de la profesión Trabajo Social en el proceso.
- Fortalezas y desafíos institucionales.
- Entre otros.

Agradeciendo su colaboración,

Bach. Melisa Jiménez Murillo

Cédula 1-1209 0898

## ANEXO 5

### Instrumentos para las Entrevistas

#### Guía de entrevista semi-estructurada para los funcionarios y las funcionarias del Hospital Nacional Psiquiátrico

Esta entrevista responde a un Trabajo Final de Graduación modalidad Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

El Trabajo Final de Graduación es denominado “**Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011**”, y tiene como objetivo general el identificar los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención de las personas que tuvieron medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011.

Cabe señalar, que su participación en este estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho de negarse a participar o a suspender su participación en cualquier momento; además, su participación es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión pero de una manera anónima.

#### A. DATOS GENERALES:

- 1) Profesión
- 2) Cargo que ocupa-Departamento
- 3) Años de laborar
- 4) Vínculo con la atención a personas con medidas de seguridad

#### B. MATERIA PRIMA:

- 5) ¿Según su perspectiva, cuáles son las principales características de las personas con medidas de seguridad en el escenario institucional del Hospital Nacional Psiquiátrico?
- 6) En ese grupo poblacional, ¿había alguna particularidad en el diagnóstico psiquiátrico?
- 7) ¿Qué delitos eran más comunes que se cometieran por parte de estas personas?
- 8) ¿Cuáles características señalaría usted que poseían las familias de las personas con medidas de seguridad, y qué actitud tenían respecto al o la paciente?
- 9) ¿Qué criterios se consideraban para que una persona ingresara al Hospital con medidas de seguridad o fuera enviada a una cárcel? ¿Cuál es su opinión al respecto?
- 10) ¿Cómo era la convivencia entre las personas con medidas y los y las demás pacientes dentro del Hospital?
- 11) ¿Cómo era la convivencia con el personal?

#### B. MEDIOS E INSTRUMENTOS:

- 12) ¿Cuáles son los paradigmas y/o filosofía en los que fundamentan el accionar profesional?
- 13) ¿Bajo cuál enfoque de atención se inscribe el trabajo profesional realizado desde la institución? Explique detalladamente.
- 14) ¿Cuáles políticas inciden en la atención que brinda el HNP? ¿Conoce de alguna política que incida en la atención con personas con medidas de seguridad?
- 15) ¿Considera que se deben crear políticas al respecto?

#### C. ESTRUCTURA:

- 16) ¿Cómo se da el proceso de toma de decisiones en el Hospital Nacional Psiquiátrico?

- Nivel de jefatura
  - En las distintas áreas (pabellones de atención)
  - Con la población usuaria
  - Con las instituciones u organizaciones colaboradoras
- 17) Durante el período 2000-2011, conoce usted ¿cuál era el papel del Instituto Nacional de Criminología en dichos procesos? ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Considera que hubo acciones por medio de la institución que pudo haber enriquecido la atención?
- 18) ¿Cuál era la participación de la Defensa Pública en los procesos? ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Considera que hubo acciones por medio de la institución que pudo haber enriquecido la atención?
- 19) ¿Cuál es su criterio respecto a la separación de estas personas a un centro especializado?

**D. TRABAJO VIVO:**

- 20) ¿Cuál es su apreciación de la atención brindada a las personas con medidas de seguridad en el Hospital durante el período 2000-2011?
- 21) ¿Existían protocolos de atención que especificaran las acciones particulares respecto a la población inimputable?
- 22) ¿Cómo se organizaba el trabajo con respecto a la atención de la población mencionada?
- 23) ¿Cuáles son los mecanismos de seguimiento que se tenían en el HNP para detectar las necesidades de las personas con medidas de seguridad?
- 24) ¿Existía un reglamento o plan institucional que rigiera la atención con respecto a las personas con medidas de seguridad?
- 25) ¿Cuántas personas conformaban el talento humano del departamento donde usted laboraba cuando estaban las personas con medidas de seguridad en el Hospital?
- 26) ¿Cuáles eran las competencias de cada uno/a de los funcionarios y las funcionarias que brindaban atención a las personas con medidas de seguridad?
- 27) ¿Tiene usted conocimiento acerca de la Comisión de Medidas de Seguridad que existió en el Hospital? ¿Cómo funcionaba (disciplinas, funciones, coordinación interinstitucional, resultados)
- 28) ¿Qué seguimiento se le brindaba a los y las pacientes por medio del Hospital una vez que se les levantaba o modificaba la medida de seguridad?
- 29) ¿Qué funciones específicas tenían los y las profesionales de Trabajo Social respecto a la atención de personas inimputables en el HNP? \*Si el o la profesional es TS
- 30) ¿Cuáles retos tenía la labor profesional de Trabajo Social? Si el o la profesional es TS, sino: ¿Cuál papel tenía la profesión Trabajo Social en la atención de personas con medidas de seguridad según su experiencia y criterio profesional?

**E. RESULTADOS DE TRABAJO VIVO:**

- 31) ¿De qué manera se incidía en las condiciones de vida de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?
- 32) ¿De qué manera se incidía en las condiciones de vida de las familias de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?
- 33) ¿Cuáles eran los mecanismos de evaluación y seguimiento que tenía el HNP para medir los resultados alcanzados en sus diversas áreas y como un todo?
- 34) ¿En el período en que usted brindó atención directa o indirectamente a la población con medidas de seguridad, considera que tuvo limitaciones? Explique por favor.
- 35) ¿Había alguna manera de enfrentar esas limitaciones?
- 36) ¿Qué impacto positivo y/o negativo representó la atención a la población con medidas de seguridad al personal del Hospital?

- 37) ¿Qué impacto positivo y/o negativo representó la atención a la población con medidas de seguridad al resto de pacientes del Hospital?
- 38) ¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que causó la atención por parte del Hospital a la población con medidas de seguridad en la sociedad costarricense?
- 39) A partir de su experiencia, ¿cuál sería el tratamiento o atención óptima para la población mencionada? ¿Cuáles profesionales e instituciones deberían participar en esa atención? ¿Por qué?
- 40) ¿Qué recomendaciones brindaría usted para la atención de las personas con medidas de seguridad en el nuevo centro especializado?

**Elaborado por:** Bach. Melisa Jiménez Murillo

**Supervisado por:** Máster. Vera Ovaes. Directora del Trabajo Final de Graduación Modalidad Tesis.

## **Guía de entrevista semi-estructurada para los funcionarios y las funcionarias del Instituto Nacional de Criminología**

Esta entrevista responde a un Trabajo Final de Graduación modalidad Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

El Trabajo Final de Graduación es denominado “**Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011**” y tiene como objetivo general el identificar los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención de las personas que tuvieron medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011.

Cabe señalar, que su participación en este estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho de negarse a participar o a suspender su participación en cualquier momento; además, su participación es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión pero de una manera anónima.

### **1. DATOS GENERALES:**

- 1) Profesión
- 2) Cargo que ocupa-Departamento
- 3) Años de laborar
- 4) Vínculo con la atención a personas con medidas de seguridad

### **2. MATERIA PRIMA:**

- 5) ¿Qué se entiende por persona con medida de seguridad curativa de internamiento por enfermedad mental?
- 6) ¿Según su perspectiva, cuáles son las principales características de las personas con medidas de seguridad?
- 7) ¿Cuáles son los derechos y responsabilidades de las personas con medidas de seguridad?
- 8) ¿Qué delitos son más comunes que se cometieran por parte de estas personas?
- 9) ¿Cuáles características señalaría usted que poseían las familias de las personas con medidas de seguridad, y qué actitud tenían respecto al o la paciente?
- 10) ¿Qué criterios se consideraban para que una persona ingresara al Hospital Nacional Psiquiátrico con medidas de seguridad o fuera enviada a una cárcel? ¿Cuál es su opinión al respecto?

### **3. MEDIOS E INSTRUMENTOS:**

- 11) ¿Cuáles son los paradigmas y/o filosofía en los que fundamentan el accionar profesional?
- 12) ¿Bajo cuál enfoque de atención se inscribe el trabajo profesional realizado desde la institución? Explique detalladamente.
- 13) ¿Cuáles políticas inciden en la atención que brinda el INC? ¿Conoce de alguna política que incida en la atención con personas con medidas de seguridad?
- 14) ¿Considera que se deben crear políticas al respecto?

### **4. ESTRUCTURA:**

- 15) ¿Cómo se da el proceso de toma de decisiones en el Instituto Nacional de Criminología?

- Nivel de jefatura
  - En las distintas áreas (pabellones de atención)
  - Con la población usuaria
  - Con las instituciones u organizaciones colaboradoras
- 16) Durante el período 2000-2011, conoce usted ¿cuál era el papel del Instituto Nacional de Criminología en dichos procesos? ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Considera que hubo acciones por medio de la institución que pudo haber enriquecido la atención?
- 17) ¿Cuál era la participación de la Defensa Pública en los procesos? ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Considera que hubo acciones por medio de la institución que pudo haber enriquecido la atención?
- 18) ¿Cuál es su criterio respecto a la separación de estas personas a un centro especializado?

#### **5. TRABAJO VIVO:**

- 19) ¿Cuál es su apreciación de la atención brindada a las personas con medidas de seguridad en el Hospital durante el período 2000-2011?
- 20) En el INC, ¿existen protocolos de atención o reglamentos específicos que se refieran en las acciones respecto a la población inimputable?
- 21) ¿Cómo se organiza el trabajo con respecto a la atención de la población mencionada? ¿Hubo algún cambio significativo en el período 2000-2011?
- 22) ¿Existen mecanismos de seguimiento desde el Instituto Nacional de Criminología para detectar las necesidades de las personas con medidas de seguridad?
- 23) ¿Existe un reglamento o plan institucional que establezca la atención con respecto a las personas con medidas de seguridad?
- 24) ¿Cuántas personas conforman el talento humano del departamento que brinda atención a las personas inimputables?
- 25) ¿Cuántas personas conforman el talento humano en el departamento que usted labora? ¿Es el mismo interdisciplinario? (¿Qué profesiones convergen?)
- 26) ¿Cuáles eran las competencias de cada uno/a de los funcionarios y las funcionarias que brindaban atención a las personas con medidas de seguridad?
- 27) ¿Tiene usted conocimiento acerca de la Comisión de Medidas de Seguridad que existió en el Hospital Nacional Psiquiátrico? ¿Cómo funcionaba (disciplinas, funciones, coordinación interinstitucional, resultados)
- 28) ¿Qué seguimiento se le brindaba a los y las pacientes por medio del Instituto Nacional de Criminología una vez que se les levantaba o modificaba la medida de seguridad?
- 29) ¿Qué funciones específicas tenían los y las profesionales de Trabajo Social respecto a la atención de personas inimputables en el INC? \*Si el o la profesional es TS
- 30) ¿Cuáles retos tenía la labor profesional de Trabajo Social? Si el o la profesional es TS, sino: ¿Cuál papel tenía la profesión Trabajo Social en la atención de personas con medidas de seguridad según su experiencia y criterio profesional?

#### **6. RESULTADOS DE TRABAJO VIVO:**

- 31) ¿De qué manera se incidía en las condiciones de vida de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?
- 32) ¿De qué manera se incidía en las condiciones de vida de las familias de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?
- 33) ¿Cuáles eran los mecanismos de evaluación y seguimiento que tenía el INC para medir los resultados alcanzados en sus diversas áreas y como un todo?
- 34) ¿En el período en que usted brindó atención directa o indirectamente a la población con medidas de seguridad, considera que tuvo limitaciones? Explique por favor.
- 35) ¿Había alguna manera de enfrentar esas limitaciones?

- 36) ¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que representó la atención a la población con medidas de seguridad por parte del Hospital Nacional Psiquiátrico en la sociedad costarricense?
- 37) ¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que representó la atención a la población con medidas de seguridad al personal del HNP?
- 38) ¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que causó la atención por parte del Hospital a los (as) demás pacientes de la institución?
- 39) A partir de su experiencia, ¿cuál sería el tratamiento o atención óptima para la población mencionada?
- 40) ¿Cuáles profesionales e instituciones deberían participar en esa atención? ¿Por qué?
- 41) ¿Qué recomendaciones brindaría usted para la atención de las personas con medidas de seguridad en el nuevo centro especializado?

**Elaborado por:** Bach. Melisa Jiménez Murillo

**Supervisado por:** Máster. Vera Ovarés. Directora del Trabajo Final de Graduación Modalidad Tesis.

## **Guía de entrevista semi-estructurada para los funcionarios y las funcionarias de la Defensa Pública de Costa Rica**

Esta entrevista responde a un Trabajo Final de Graduación modalidad Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

El Trabajo Final de Graduación es denominado “**Análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales de Trabajo Social que han intervenido en la atención de las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental** en el Hospital Nacional Psiquiátrico, en el período 2000-2011”, y tiene como objetivo general el identificar los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención de las personas que tuvieron medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011.

Cabe señalar, que su participación en este estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho de negarse a participar o a suspender su participación en cualquier momento; además, su participación es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión pero de una manera anónima.

### **A. DATOS GENERALES:**

1. Profesión
2. Cargo que ocupa-Departamento
3. Años de laborar
4. Vínculo con la atención a personas con medidas de seguridad

### **B. MATERIA PRIMA:**

5. ¿Qué se entiende por persona con medida de seguridad curativa de internamiento por enfermedad mental?
6. ¿Según su perspectiva, cuáles son las principales características de las personas con medidas de seguridad?
7. ¿Qué delitos son más comunes que se cometieran por parte de estas personas?
8. ¿Cuáles características señalaría usted que poseían las familias de las personas con medidas de seguridad, y qué actitud tenían respecto al o la paciente?
9. ¿Qué criterios se consideraban para que una persona ingresara al Hospital Nacional Psiquiátrico con medidas de seguridad o fuera enviada a una cárcel? ¿Cuál es su opinión al respecto?

### **C. MEDIOS E INSTRUMENTOS:**

10. ¿Cuáles son los paradigmas y/o filosofía en los que fundamentan el accionar profesional?
11. ¿Bajo cuál enfoque de atención se inscribe el trabajo profesional realizado desde la institución? Explique detalladamente.
12. ¿Cuáles políticas inciden en la atención que brinda la Defensa Pública, es solamente el Código Penal y el Código procesal Penal? ¿Conoce de alguna política que incida en la atención con personas con medidas de seguridad?
13. ¿Considera que se deben crear políticas al respecto?



### **C. ESTRUCTURA:**

- 14.¿Cómo se da el proceso de toma de decisiones en el Instituto Nacional de Criminología?
- Nivel de jefatura
  - En las distintas áreas (pabellones de atención)
  - Con la población usuaria
  - Con las instituciones u organizaciones colaboradoras
- 15.Durante el período 2000-2011, conoce usted ¿cuál era el papel de la Defensa Pública en dichos procesos? ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Considera que hubo acciones por medio de la institución que pudo haber enriquecido la atención?
- 16.¿Cuál es su criterio respecto a la separación de estas personas a un centro especializado?

### **D. TRABAJO VIVO:**

- 17.¿Cuál es su apreciación de la atención brindada a las personas con medidas de seguridad en el Hospital durante el período 2000-2011?
- 18.En la Defensa Pública, ¿existen protocolos de atención o reglamentos específicos que se refieran en las acciones respecto a la población inimputable?
- 19.¿Cómo se organiza el trabajo con respecto a la atención de la población mencionada? ¿Hubo algún cambio significativo en el período 2000-2011?
- 20.¿Existen mecanismos de seguimiento desde la Defensa Pública para detectar las necesidades de las personas con medidas de seguridad?
- 21.¿Existe un reglamento o plan institucional que establezca la atención con respecto a las personas con medidas de seguridad?
- 22.¿Cuántas personas conforman el talento humano del departamento que brinda atención a las personas inimputables?
- 23.¿Cuántas personas conforman el talento humano en el departamento que usted labora? ¿Es el mismo interdisciplinario? (¿Qué profesiones convergen?)
- 24.¿Cuáles eran las competencias de cada uno/a de los funcionarios y las funcionarias que brindaban atención a las personas con medidas de seguridad?
- 25.¿Tiene usted conocimiento acerca de la Comisión de Medidas de Seguridad que existió en el Hospital Nacional Psiquiátrico? ¿Cómo funcionaba (disciplinas, funciones, coordinación interinstitucional, resultados)
- 26.¿Qué seguimiento se le brindaba a los y las pacientes por medio de la Defensa Pública una vez que se les levantaba o modificaba la medida de seguridad?
- 27.¿Existe participación de trabajadores (as) sociales en la Defensa Pública?
- 28.¿Existe participación de trabajadores (as) sociales en el proceso pre-hospitalario, es decir anterior a la imposición de la medida de seguridad? Si es así: ¿Qué funciones específicas tenían los y las profesionales de Trabajo Social respecto a la atención de personas inimputables? ¿Cuáles retos tenía la labor profesional de Trabajo Social? Si el o la profesional es TS, sino: ¿Cuál papel tenía la profesión Trabajo Social en la atención de personas con medidas de seguridad según su experiencia y criterio profesional?

### **E. RESULTADOS DE TRABAJO VIVO:**

- 29.¿De qué manera se incidía en las condiciones de vida de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?

- 30.¿De qué manera se incidía en las condiciones de vida de las familias de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?
- 31.¿Cuáles eran los mecanismos de evaluación y seguimiento que tenía la Defensa Pública para medir los resultados alcanzados en sus diversas áreas y como un todo?
- 32.¿Cuáles retos existes desde la Defensa Pública en relación a la atención de personas con medidas de seguridad?
- 33.¿Qué funciones específicas realiza (ba) usted con respecto a la atención de personas inimputables?
- 34.¿En el período en que usted brindó atención directa o indirectamente a la población con medidas de seguridad, considera que tuvo limitaciones? Explique por favor.
- 35.¿Había alguna manera de enfrentar esas limitaciones?
- 36.¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que representó la atención a la población con medidas de seguridad por parte del Hospital Nacional Psiquiátrico en la sociedad costarricense?
- 37.¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que representó la atención a la población con medidas de seguridad al personal del HNP?
- 38.¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que causó la atención por parte del Hospital a los (as) demás pacientes de la institución?
- 39.A partir de su experiencia, ¿cuál sería el tratamiento o atención óptima para la población mencionada?
- 40.¿Cuáles profesionales e instituciones deberían participar en esa atención? ¿Por qué?
- 41.¿Qué recomendaciones brindaría usted para la atención de las personas con medidas de seguridad en el nuevo centro especializado?

**Elaborado por:** Bach. Melisa Jiménez Murillo

**Supervisado por:** Máster. Vera Ovaes. Directora del Trabajo Final de Graduación Modalidad Tesis.

## **Guía de entrevista semi-estructurada para los funcionarios y las funcionarias del Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley**

Esta entrevista responde a un Trabajo Final de Graduación modalidad Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

El Trabajo Final de Graduación es denominado “**Análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales de Trabajo Social que han intervenido en la atención de las personas con medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental** en el Hospital Nacional Psiquiátrico, en el período 2000-2011”, y tiene como objetivo general el identificar los procesos de trabajo de Trabajo Social en la atención de las personas que tuvieron medidas de seguridad curativas de internamiento por enfermedad mental, en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período 2000-2011.

Cabe señalar, que su participación en este estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento; además, su participación es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión pero de una manera anónima.

### **A. DATOS GENERALES:**

- 1) Profesión
- 2) Cargo que ocupa-Departamento
- 3) Años de laborar
- 4) Vínculo con la atención a personas con medidas de seguridad

### **B. MATERIA PRIMA:**

- 5) ¿Qué se entiende por persona con medida de seguridad curativa de internamiento por enfermedad mental?
- 6) ¿Según su perspectiva, cuáles son las principales características de las personas con medidas de seguridad?
- 7) ¿Qué delitos son más comunes que se cometen por parte de estas personas?
- 8) ¿Cuáles características señalaría usted que poseen las familias de las personas con medidas de seguridad, y qué actitudes tienen respecto al o la paciente?
- 9) ¿Qué criterios se consideraban para que una persona ingresara al Hospital Nacional Psiquiátrico o ahora al centro especializado con medidas de seguridad o fuera enviada a una cárcel? ¿Cuál es su opinión al respecto?

### **C. MEDIOS E INSTRUMENTOS:**

- 10) ¿Bajo cuál enfoque de atención se inscribe el trabajo profesional realizado desde la institución? Explique detalladamente.
- 11) ¿Cuáles políticas inciden en la atención que brinda el Centro? ¿Conoce de alguna política que incida en la atención con personas con medidas de seguridad?
- 12) ¿Considera que se deben crear políticas al respecto?

### **D. ESTRUCTURA:**

- 13) ¿Cómo se da el proceso de toma de decisiones en el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley?
  - Nivel de jefatura

- En las distintas áreas (pabellones de atención)
  - Con la población usuaria
  - Con las instituciones u organizaciones colaboradoras
- 14) Durante el período 2000-2011, conoce usted ¿cuál era el papel del Hospital Nacional Psiquiátrico en dichos procesos? ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Considera que hubo acciones por medio de la institución que pudo haber enriquecido la atención?
- 15) ¿Cuál es su criterio respecto a la separación de estas personas a este centro especializado?

#### **D. TRABAJO VIVO:**

- 16) En el Centro, ¿existen protocolos de atención o reglamentos específicos que se refieran en las acciones respecto a la población inimputable?
- 17) ¿Cómo se organiza el trabajo con respecto a la atención de la población mencionada?
- 18) ¿Existen mecanismos de seguimiento desde el Centro de Atención para detectar las necesidades de las personas con medidas de seguridad?
- 19) ¿Existe un reglamento o plan institucional que establezca la atención con respecto a esta población específica?
- 20) ¿Cuántas personas conforman el talento humano del Centro?
- 21) ¿Qué profesiones convergen? ¿Cómo es la comunicación, coordinación?
- 22) ¿Cuáles son las competencias de cada uno/a de los funcionarios y las funcionarias que brindan atención a las personas con medidas de seguridad?
- 23) ¿Tiene usted conocimiento acerca de la Comisión de Medidas de Seguridad que existió en el Hospital Nacional Psiquiátrico? ¿Cómo funcionaba (disciplinas, funciones, coordinación interinstitucional, resultados)
- 24) ¿Qué seguimiento se le brinda a los y las pacientes por medio del Centro, una vez que se les levantaba o modifica la medida de seguridad?
- 25) ¿Existe participación de trabajadores (as) sociales en el Centro?
- 26) ¿Qué funciones específicas tienen los y las profesionales de Trabajo Social respecto a la atención de personas inimputables?
- 27) ¿Cuáles retos tiene la labor profesional de Trabajo Social?

#### **E. RESULTADOS DE TRABAJO VIVO:**

- 28) ¿De qué manera se incide actualmente en las condiciones de vida de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?
- 29) ¿De qué manera se incide en las condiciones de vida de las familias de las personas con medidas de seguridad a través del trabajo profesional?
- 30) ¿Cuáles son los mecanismos de evaluación y seguimiento que tiene el centro especializado para medir los resultados alcanzados en sus diversas áreas y como un todo?
- 31) ¿Qué funciones específicas realiza usted con respecto a la atención de personas inimputables?
- 32) Dentro de la atención, cuáles limitaciones inciden en su trabajo profesional? Explique por favor.
- 33) ¿Hay alguna manera de enfrentar esas limitaciones?
- 34) ¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que representó la atención a la población con medidas de seguridad por parte del Hospital Nacional Psiquiátrico en la sociedad costarricense?

- 35) ¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que representó la atención a la población con medidas de seguridad respecto al personal del HNP?
- 36) ¿Qué impacto positivo y/o negativo considera usted que causó la atención por parte del Hospital respecto a los (as) demás pacientes de la institución?
- 37) ¿Cómo considera la participación que ha tenido la Defensa Pública con relación a la atención de personas con medidas de seguridad? ¿Cuál es el papel actual?
- 38) ¿Cómo considera la participación que ha tenido el Instituto de Criminología respecto a la atención de personas con medidas de seguridad? ¿Cuál es el papel actual?
- 39) ¿Cómo considera la participación que ha tenido la Policía Penitenciaria respecto a la atención de personas con medidas de seguridad? ¿Cuál es el papel actual?
- 40) A partir de su experiencia, ¿cuál sería el tratamiento o atención óptima para la población mencionada?
- 41) ¿Cuáles profesionales e instituciones deberían participar en esa atención? ¿Por qué?
- 42) ¿Qué recomendaciones brindaría usted para la atención de las personas con medidas de seguridad?

**Elaborado por:** Bach. Melisa Jiménez Murillo

**Supervisado por:** Máster. Vera Ovaes. Directora del Trabajo Final de Graduación Modalidad Tesis.

## ANEXO 6

### Personas sentenciadas a medidas de seguridad en el período 2001-2011 según edad y sexo

GRUPOS DE EDAD	Año 2001		Año 2002*		Año 2003		Año 2004		Año 2005**		Año 2006		Año 2007		Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011***	
	Sexo	M H	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Menos de 20 años	0	0			0	0	0	0			0	1	0	0	1	0	0	1	0	0		
20-24 años	2	0			4	0	1	0			6	0	6	0	3	1	8	0	3	0		
25-29 años	3	1			2	0	5	0			2	0	1	2	3	0	6	0	2	0		
30-34 años	2	0			8	1	2	0			2	1	8	0	3	1	1	0	3	1		
35-39 años	4	1			2	1	2	0			2	0	8	1	6	0	3	0	0	0		
40-44 años	2	1			0	0	5	1			3	0	8	0	3	2	1	0	1	1		
45-49 años	1	1			0	0	0	0			4	0	0	0	2	1	2	0	4	2		
50-54 años	2	0			0	0	1	0			1	0	1	0	2	1	0	0	2	0		
55-59 años	1	0			0	0	2	0			1	0	1	0	1	1	0	0	0	1		
60 y más años	2	0			3	1	2	1			3	0	1	0	5	0	4	0	3	0		
Total	19	4			19	3	2	2	2	2	2	2	4	3	2	7	2	1	1	5		

Fuente: Elaboración propia basada en los Anuales Estadísticos 2001-2010, Poder Judicial

## ANEXO 7

### Personas condenadas por los Tribunales Penales con medidas de seguridad según tipo de delito durante el 2001-2011

DELITO	NÚMERO DE PERSONAS										
	Año 2001	Año 2002*	Año 2003*	Año 2004	Año 2005*	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011*
Contra la Vida	9			4		7	5	8	2	8	
Sexuales	3			7		12	12	14	13	14	
Contra la libertad	0			0		0	0	0	1	0	
Contra la familia	0			0		0	0	1	0	1	
Contra el ámbito de la intimidad	2			1		0	0	2	0	2	
Contra la propiedad	4			6		4	3	6	2	6	
Contra la seguridad común	0			0		0	0	0	1	0	
Contra la autoridad pública	2			3		1	1	4	1	4	
Contra la Fe Pública	0			0		0	1	0	0	0	
Contra la ley de psicotrópicos	1			1		2	0	1	0	1	
Infracción leyes especiales	0			0		1	0	0	0	0	
Infracción de armas y explosivos	0			0		0	22	0	6	0	
<b>Total</b>	<b>23</b>			<b>22</b>		<b>27</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuales Estadísticos, Poder Judicial, 2001-2010

## ANEXO 8

### Diagnóstico psiquiátrico de las personas “en conflicto con la ley” que egresaron el

#### Hospital Nacional Psiquiátrico del año 2005 al año 2011

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	NÚMERO DE PERSONAS													
	Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Sexo H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	22	1	20	2	16	0	13	0	14	0	8	4	16	2
Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	5	1	27	6	19	6	23	2	20	2	29	1	46	4
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, y trastornos delirantes	16	2	30	0	20	0	14	2	15	2	19	1	35	4
Trastornos del humor (afectivos)	5	1	4	0	4	1	3	1	4	3	7	3	8	0
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	9	2	0	2	1	1	5	0	0	1	0	3	4	0
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	7	0	6	2	0	0	13	1	19	1	15	1	18	1
Retraso mental	1	0	4	0	4	0	4	0	0	1	10	7	14	2
Trastornos del desarrollo psicológico	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			2	0
Observación y evaluación por sospechas de enfermedades y afecciones	5	0	1	0	6	0	3	0	6	1	10	1	9	5
Persona en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0
<b>TOTAL</b>	70	7	92	12	83	8	79	6	78	11	99	21	155	18

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas años 2005-2010, HNP; OMS, CIE-10 (1992)



## ANEXO 9

### Clasificación de las enfermedades mentales según la CEI-10

Códigos	Categoría	Diagnósticos específicos
<b>F00-F09</b>	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia (Vascular, Síndrome amnésico, Delirium, otros)</li> </ul>
<b>F10-19</b>	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos como alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros.</li> </ul>
<b>F20-29</b>	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos esquizotípicos.</li> <li>• Trastornos psicóticos agudos y transitorios.</li> <li>• Trastornos de ideas delirantes inducidas.</li> <li>• Otros</li> </ul>
<b>F30-39</b>	Trastornos del humor (afectivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno bipolar.</li> <li>• Episodios depresivos</li> <li>• Otros</li> </ul>
<b>F40-49</b>	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatoformas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de ansiedad</li> <li>• Trastorno obsesivo-compulsivo</li> <li>• Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación</li> </ul>
<b>F50-59</b>	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso de sustancias que no producen dependencia</li> <li>• Disfunción sexual no orgánica</li> </ul>
<b>F60-69</b>	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.</li> <li>• Trastornos de la identidad sexual</li> <li>• Trastornos de la inclinación sexual</li> <li>• Otros</li> </ul>
<b>F70-79</b>	Retraso mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso mental (leve, moderado, grave, profundo, otros)</li> </ul>
<b>F80-89</b>	Trastornos del desarrollo psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar</li> <li>• Trastornos específicos del desarrollo psicomotor</li> <li>• Otros</li> </ul>
<b>F90-99</b>	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos disociales</li> <li>• Otros</li> </ul>
<b>Z030-Z040</b>	Observación y evaluación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación y evaluación médica por sospecha de trastorno mental y de comportamiento</li> <li>• Otros</li> </ul>
<b>Z760-Z769</b>	Persona en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas relacionados con el estilo de vida</li> <li>• Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios</li> <li>• Persona en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de la CEI-10 (1992)