

# EL DEPARTAMENTO PSIQUIÁTRICO - JUDICIAL<sup>1</sup>

## Crónica de un lugar de segregación.

Roberto Ruiz Matus<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

El primer Hospital Psiquiátrico fue fundado en Valencia<sup>3</sup> en 1409 y se llamó “Hospital de los locos e inocentes”. Decía Fray Jofré, su fundador: “Un establecimiento u hospital donde los locos e inocentes<sup>4</sup> pudieran ser recogidos y atendidos cristianamente y no anduviesen por las calles, haciendo y recibiendo daño” (1).

La idea de inocencia suponía una no implicancia del loco en las conductas desviadas que presentaba, atribuyéndolas entonces a que estaba poseído, hechizado o sometido a alguna voluntad demoníaca. Su problemática aparecía más como de competencia del clero que no de los médicos. Así, “en el plano asistencial, los psicóticos permanecían reclusos en asilos sin recibir apenas asistencia médica, puesto que se les consideraba como alienados, como seres extraños a la sociedad. Se les imponía la segregación social en establecimientos cuasi-carcelarios” (1).

Con Pinel y Esquirol “la psiquiatría se libera casi definitivamente de las interpretaciones demonológicas<sup>5</sup> y sustituye las construcciones especulativas por la colección de material empírico, en el que se incluyen sobre todo, las investigaciones de causas somáticas, con lo que se estrechan las relaciones entre la psiquiatría y la medicina” (1). La introducción del método experimental, por Pinel, muestra la repetición de hechos que caracterizan al fenómeno

morboso y permite iniciar la búsqueda de causas físicas para enfermedades que entonces se comienza a clasificar. El acercamiento al enfermo mental permite el desarrollo de una actividad psicoterapéutica que empezó a ser importante, pero “los psicóticos continúan siendo tributarios de métodos terapéuticos poco humanitarios” (1).

Casi un siglo más tarde, con Kraepelin y Freud, la distancia entre el médico y el paciente se acorta y “el fundador del Psicoanálisis tiene el gran acierto metodológico de sustituir el modelo científico-natural de la amnesia por el registro de la biografía del enfermo. La historia clínica, de esta suerte, deja de ser la historia de una enfermedad y se transforma en la historia de un enfermo” (1).

Así se ha ido profundizando la comprensión del enfermo mental y de su actuar<sup>6</sup>.

### TIPOS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA PELIGROSIDAD

“La hospitalización del enfermo mental ha sido motivada históricamente, en primer lugar, por la preocupación de separar al enfermo del medio social, pero bajo la influencia de los progresos de la Psiquiatría y de la extensión de la asistencia a las formas benignas o incipientes de desadaptación, la hospitalización ha cambiado mucho de carácter” (3).

1 *Nota de los Edit.*: Artículo publicado en *Rev Psiquiatría* (1999) XVI / 2 / 88-93. Chile.

2 Psiquiatra y Psicoanalista. Miembro Asociado de la APCH. Ex Jefe de los Departamentos Judiciales del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”.

3 Debería acotarse al mundo hispano, puesto que existían homólogos en el Cercano y Medio Oriente desde el siglo IV D.C., otros similares en algunos lugares de la actual Alemania y Bélgica por los siglos IX al X D.C. y en Londres por el siglo XIII D.C. (Nota del Editor).

4 Convendría aclarar los conceptos entre loco e inocente, pues el primero se refiere a los trastornos típicos de las psicosis crónicas, en tanto el segundo se relaciona con la deficiencia mental (Nota del Editor).

5 También parece adecuado acotar que este proceso se habría iniciado en España unos 3 siglos antes cuando Pinel, hasta entonces médico general, se interesó en los locos a fines del siglo XVIII y luego estudió psiquiatría en Barcelona, donde existía otro establecimiento del tipo desde mediados del siglo XV (Nota del Editor).

6 *Nota de los Edit.*: se excluye la sección de Antecedentes Históricos, por su brevedad y provenir su contenido de otros trabajos incluidos en esta monografía.

De acuerdo al Código Sanitario y al Reglamento General de Insanos, la hospitalización puede ser voluntaria o de oficio. La internación de oficio o forzada es decretada por la autoridad sanitaria o la autoridad judicial. Cuando esta última autoridad ordena el ingreso de un enfermo que hubiese cometido un delito con pena de crimen, los médicos no podemos darlo de alta sin la autorización del Tribunal. La ley establece diferencias en la modalidad de internación pero el tipo de delito no guarda relación con la gravedad de la enfermedad ni con el pronóstico médico y social.

## LA CRÓNICA

Llegamos a los Departamentos Judiciales en Septiembre de 1981. Eran un Departamento de hombres con 120 pacientes y uno de mujeres con 20 pacientes; o sea, más de un 10% de los pacientes del hospital en esos años.

No sabíamos mucho que hacer. Había demasiados enfermos para un enfermero, un terapeuta ocupacional, 20 auxiliares de enfermería y cuatro psiquiatras en formación, con media jornada cada uno, asignados a trabajar en ese lugar. Nos colaboraron la asistente social Sra. Ormella Flores y la psicóloga Sra. Mabelle Foessel; supervisaron los Drs. Mario Gomberoff, Otto Dörr y Guillermo Sura. Creo que teníamos muchas energías y entusiasmo de ayudar pero también teníamos miedo.

Sabíamos de oídas que eran pacientes de muy difícil manejo, que en los Departamentos había muchas irregularidades, que el personal no era de fiar, que había muchos problemas de enfermería, que el colega que había estado a cargo le pegaba a los pacientes y se le había pedido la renuncia.

A nosotros se nos dijo simplemente que fuéramos a trabajar allí.

Enfrentábamos una situación cuyos límites desconocíamos y entonces nos abocamos a buscarlos, dándonos cuenta que eran nada más que la murallas del edificio. Los Gendarmes cuidaban esa muralla y tres puertas en el único lugar de acceso. Los muros eran de adobes, de seis metros de alto por uno de espesor. Otro límite era que ahí no cabían más personas, había un máximo de personas; el espacio disponible era de menos de 9 mts<sup>2</sup> por paciente, o sea que se había ido amontonando personas y dejado de hacer muchas cosas por ellas. Estas personas estaban

segregadas.

Vista esta realidad nos propusimos una serie de objetivos. Primeramente estudiamos el Reglamento General de Insanos y planteamos críticas al Director del Hospital por las irregularidades y omisiones encontradas. Contamos con todo el apoyo de la Jefatura del Servicio y de la Dirección para poner en marcha un sistema de atención más eficaz y en el marco de la Ley.

Entre Octubre de 1981 y Abril de 1982 realizamos un estudio descriptivo del funcionamiento de los Departamentos (6) y de cada caso en particular comunicando a los tribunales respectivos del estado de los pacientes.

Para dar una visión general de los hallazgos del citado estudio, diremos que la enfermedad mental había comenzado hacía 20,8 años en promedio; que el período de estada para la actual hospitalización era de 6,9 años y que el antecedente de la enfermedad mental previa a la detención era positivo en el 93% de los casos. La edad promedio era de 41 años; 2/3 eran solteros; 1/4 eran analfabetos y sólo un 25% provenía de la Región Metropolitana. La extracción socio-económica correspondía a extrema pobreza y pobreza en la mitad de los casos. La tercera parte había trabajado en forma estable antes de enfermar, desempeñándose como obreros no calificados. Menos del 10% eran delincuentes habituales. El homicidio y el robo eran las causas más frecuentes de reclusión penal. Cerca de la mitad de los pacientes habían perdido todo vínculo con su familia. Por último, los diagnósticos más frecuentes fueron: Esquizofrenia 40%, Debilidad Mental 40%, Daño Orgánico Cerebral 25% y Alcoholismo 25%.

El análisis de los tratamientos efectuados hasta nuestra llegada mostró un uso indiscriminado y ocasionalmente iatrogénico de medicamentos y electrochoques. Los pacientes habían sido vistos por el médico un promedio de dos veces al año.

La ausencia de un control médico estable, directo y eficaz permitía la existencia de acciones dispares en el manejo y tratamiento de los pacientes por parte del personal auxiliar de enfermería. No estando éste en condiciones de enfrentar adecuadamente algunas situaciones de urgencia, recurría a indicaciones médicas de larga data que daban como resultado un accionar inadecuado y exagerado a la situación actual del paciente; dosis muy altas de neurolépticos; electrochoques indiscriminado a pacientes ancianos; electrochoques por conducta homosexual; conten-

ción con cadenas, grilletes y esposas, amarrando al paciente a su cama; etc.

Al llegar nos habíamos ubicado en una pieza, una antigua bodega de carbón al fondo del Departamento. Manteníamos las puertas sin llave y los pacientes se acercaban a conversar con nosotros.

A propósito de la dualidad de mando entre el Hospital y la Gendarmería reflexionamos tratando de entender quien era el dueño de casa y logramos aclarar que lo prioritario era la atención médico-psiquiátrica. La custodia era necesaria para unos pocos pacientes y subordinada a las acciones terapéuticas.

Esta clarificación produjo buenos resultados y sucedió algo bastante simple: mejoró la atención en todo sentido, los pacientes se tranquilizaron, éste dejó de ser un lugar al que no se podía entrar, un lugar de perdición, un lugar maldito.

Todos nos tranquilizamos bastante. Los auxiliares se sintieron apoyados, los gendarmes también vieron limitada la posibilidad de reaccionar impulsivamente contra pacientes cuyas conductas no comprendían.

Resuelta esta parte asistencial básica nos dimos cuenta de que, sin querer, nos estábamos haciendo cargo de las demandas de libertad de estos pacientes. Esto era muy pesado, algo muy difícil de sobrellevar. Teníamos bastante culpa de no poder dar de alta a muchos de ellos ni obteníamos respuesta de los Tribunales que habían dispuesto la hospitalización de oficio. Nuestros pacientes estaban presos en el hospital.

Nos detuvimos en este punto, revisamos los objetivos: dábamos atención médica, instruíamos a nuestro personal, tomábamos acuerdos con Gendarmería, demandábamos la libertad a la autoridad competente. Estábamos haciendo lo que debíamos y decidimos perseverar. Exigimos se considerara más nuestro trabajo.

Hubo varios intentos por oponerse a nuestra acción y dejar todo como estaba. Entablamos relaciones bastante ásperas con Gendarmería con el resultado de que se fueron dos alcaides en ese período, a uno se le reactivó una úlcera gastro-duodenal y el otro fue trasladado luego de la muerte de un paciente como consecuencia de la golpiza que le propinaron unos gendarmes, los que posteriormente fueron dados de baja de esa institución.

La situación era sumamente crítica y finalmente obtuvimos más claridad de que nosotros éramos los

dueños de casa; conseguimos disminuir la dotación de gendarmes, que se cambiara el alcaide y que no se nos mirara como un lugar de segregación, no sólo para pacientes difíciles sino que además un lugar de castigo para personal médico y de custodia. Alegamos para que no nos mandaran el peor material humano.

Fue pasando el tiempo y surgieron soluciones: los pacientes dejaron de ser torturados en el sentido de recibir palos, puntapiés, de ser amarrados, de ser castigados con medicamentos, con electrochoques, etc. Todas esas cosas se ordenaron y fue un índice importante de que había cambios cuando el enfermero me informó que hacía dos años que en el Departamento no se rompía un vidrio y en realidad se respiraba una atmósfera hospitalaria; los pacientes se sentían atendidos, cuidados y ellos a su vez cuidaban el hospital.

Con respecto al trabajo de informar a los Tribunales nos topamos durante largo tiempo con problemas de secretaría: Gendarmería no quería entregarnos los expedientes judiciales, modificaban nuestros informes o retrasaban su tramitación. Esto era increíble e invertimos muchas energías en peleas absurdas, hasta lograr terminar con tanta interferencia. Fue la propia Gendarmería la que nos facilitó buenos colaboradores con los cuales después extendimos nuestra acción a los presidios.

Surgió el problema de que los Juzgados no nos respondían.

Reparamos en que nuestros pacientes eran como los de los otros departamentos de crónicos y la diferencia radicaba en que un 21 % había cometido homicidio, un 13 % eran lesiones, un 8% parricidio. Visto así el asunto eran pacientes “de miedo”. Esto nos hizo pensar que estábamos absorbiendo la demanda de atención psiquiátrico forense de todo Chile y entonces vimos que el 70% de los pacientes eran de provincias. Había una alta concentración de pacientes mejorados, hechores de delitos con pena de crimen, impedidos “legalmente” de recibir el alta médica, pacientes olvidados, expelidos de la sociedad y puestos “al cuidado nuestro”.

Revisamos lo que era la Sectorización y la Regionalización de los Servicios de Salud y al intentar traslados hacia las regiones nos decían que no se podía recibir a los pacientes en Iquique, en Coquimbo, en Concepción, en Temuco, en Puerto Montt o en Punta Arenas, que solamente existíamos nosotros, que nosotros éramos la tabla de salvación

para todas estas situaciones de las que nadie se quería hacer cargo. El desarraigo de sus familias resultaba sumamente doloroso para los pacientes y pudimos palpar más claramente esto cuando algunos pacientes mejorados intentaron suicidarse. Afortunadamente en ese momento había más atención hacia los pacientes y podíamos saber si alguno estaba aporaleado y andaba por ahí tratando de colgarse.

Esta era la manifestación de una esperanza nuevamente frustrada para estos pacientes que llevaban muchos años prisioneros y nosotros, con nuestra llegada, la habíamos reactivado.

A esa altura, en 1983, no teníamos respuesta a lo planteado y nos cansamos de atender 140 pacientes, no podíamos, no teníamos fuerzas ni ganas ni estímulo para trabajar tanto con un lastre de esta naturaleza. Además, las condiciones en que vivían los pacientes eran muy malas, subhumanas.

Nos planteamos regular el flujo y la calidad de los pacientes, para lo cual empezamos a ver ambulatoriamente a los enfermos cuya hospitalización ordenaba el juez. Estudiábamos el expediente judicial, los peritajes psiquiátricos, los entrevistábamos y como la mayoría de las veces, llevaban años esperando en presidio por una vacante en el Departamento, los tratábamos ambulatoriamente e informábamos al Tribunal. Si, por ejemplo, se trataba de una persona con una debilidad mental profunda informábamos que la habíamos visto, que estaba tranquila, que tomaba un medicamento y que nosotros no podíamos hacer nada más por ella, que no se beneficiaría con la hospitalización y que su hospitalización perjudicaba a otros pacientes que estaban en espera de que tuviéramos una vacante y a los que sí podíamos ayudar. Tampoco hospitalizamos pacientes inmanejables, pacientes muy agresivos, sino que los vimos en el policlínico que creamos para atender a las personas que requirieran atención psiquiátrica de los presidios de la Región Metropolitana y de Regiones cercanas. Las vimos a todas en 1984 y 1985 e informamos a los jueces de lo que cabía hacer con ellas desde el punto de vista psiquiátrico. Varios jueces dijeron que estaban dispuestos a hacer lo que les sugeríamos y creamos un programa de seguimiento para los pacientes dejados en libertad o entregados en custodia a sus familiares. Esta gestión fue exitosa, mejoró la coordinación con Gendarmería, hicimos visitas a los presidios y poco a poco pudimos entonces ir disminuyendo las vacantes de los Departamentos hasta llegar a menos de la

mitad de la cifra primitiva. Con esto se lograba cada vez una atmósfera más terapéutica. Comunicamos esta experiencia en el trabajo "Psiquiatría y Justicia" (7) en noviembre de 1984 y propusimos que el Departamento se transformara en un Sector de Psiquiatría Forense, como una segunda instancia del peritaje psiquiátrico.

Pensamos que en esos Departamentos se podía hacer un buen trabajo de psiquiatría forense con un máximo de 50 pacientes. Sin embargo, siempre recibíamos muchas presiones para ingresar pacientes, la mayoría provenían de los distintos servicios psiquiátricos del país y absolutamente infundadas. Esos servicios que debían dar atención psiquiátrica a esos pacientes no las prestaban porque las personas en cuestión tenían algo que ver con la justicia.

Decían que en el Hospital Psiquiátrico de Santiago había un "departamento especializado". Nos mandaban a los pacientes y nosotros los mandábamos de vuelta diciendo qué hacer allá, en su lugar de origen. La solución no estaba en que nosotros nos hiciéramos cargo. Desde entonces hemos mantenido firmemente esta posición; más aún, luego del terremoto de Marzo de 1985 cuando nos vimos obligados a compartir como allegados en el Departamento N° 9, durante casi un año, donde había un sistema de puertas abiertas y, contra lo que se suponía, los pacientes no se arrancaron. La mayoría de ellos estaban sobreesididos y eran hechores de simples delitos o faltas y no requerían custodia de Gendarmería. Por ese entonces habíamos hablado con el Presidente de la Corte Suprema, Dn. Rafael Retamal, y se había aceptado que estos pacientes no estaban en manos de la justicia sino en las nuestras. Nosotros no les cerramos las puertas y constatamos que estaban desarraigados de todas partes, que no tenían más que estar ahí donde estaban, porque en otros lugares no tenían nada.

También vimos como se comportaban igual que los otros pacientes de los departamentos de crónicos, incluso un poco mejor. Esto nos dio valor para intentar, con un poco más de fuerza, algunas altas y hacer un trabajo de reinserción con otros en sus lugares de origen. En esto tuvimos éxitos y fracasos, ninguno muy rotundo, pero varios pacientes se fueron y así se pudo ingresar a otros que estaban en los presidios. Aceptábamos un ingreso por cada dos egresos comenzando a reducir el número de personas hospitalizadas. Nos fuimos a los presidios a hacer visitas y era bueno estar preocupados de esto

porque ya no estábamos estancados tratando de mover un grupo de pacientes atrapados en nuestro sistema hospitalario sino que habíamos logrado que se activara el flujo de pacientes; estábamos preocupados del ingreso de pacientes pero sin sentirlos como una carga; los habíamos seleccionado y también estaba la posibilidad de tratarlos ambulatoriamente.

Esto puede sonar evidente pero en realidad era una cuestión totalmente novedosa.

Dentro del Servicio comenzamos a presentar pacientes en la reunión clínica, los psiquiatras en formación tenían interés en atenderlos, querían trabajar en el “Judicial” y se les veía tranquilos dentro del Departamento.

A raíz de todas estas cosas, de toda esta experiencia, llegamos a conclusiones bien simples que quisiéramos comunicarles: era necesario mejorar el trato que se les daba a los pacientes e hicimos todo lo que fue posible en ese sentido; había que eliminar al personal con conductas inadecuadas; había que hacer esa cosa tan sencilla que era “preocuparnos” de nuestros pacientes. Esto, sin embargo, nos tomó más o menos 5 años de trabajo, como para que fuera una parte integrada firmemente al espíritu de trabajo del Departamento.

Los pacientes nos estimaban y tenían esperanza y confianza en la ayuda brindada. Esto se basó en que estuvimos todo el tiempo comunicándoles lo que se hacía por ellos y cuando se nos desoía pensando en conjunto en nuevas alternativas.

¿Qué es lo que hay que hacer por estos pacientes? Hay que hospitalizarlos, cuando se necesita; hay que entrevistarlos, diagnosticarlos, medicarlos, informar a los jueces: hay que defender el derecho a la salud de estos pacientes que no son tan peligrosos como se supone, hay que evitar que se desarraiguen de sus familias porque sufren mucho por eso; hay que tratar que la mejoría que obtienen pueda ser puesta en práctica al interior de sus familias y en la comunidad de la que provienen; hay que controlarlos periódicamente porque muchos de esos pacientes mejoran sólo parcialmente; hay que estar alertas a las recaídas y a la posibilidad de que vuelvan a delinquir. Para todas estas cosas, que son las mismas cosas que hacemos con cualquier paciente en un sector de agudos o en un departamento de crónicos, hay que sacarse de encima la idea de que estos pacientes son tan “peligrosos”. Es cierto que unos pocos sí lo son y contamos con recursos terapéuticos como la psicocirugía, pero sólo dos pacientes requi-

rieron de operaciones de este tipo. Todos los demás pacientes que vimos, cerca de 400, se beneficiaron con medidas como las que mejoran al común de los enfermos mentales.

A mediados de 1986 presentamos el trabajo “¿Qué hacer con el enfermo mental que delinque? Una aproximación al problema” (8), con la colaboración del Sr. Carlos Ulloa, de Gendarmería de Chile, y concluíamos lo que se acaba de señalar: se proponía la creación de juzgados especiales y la modificación del Artículo 10 N°1 del Código Penal (9), en su inciso 2º, donde dice que el enfermo “no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal”, dijera: “no podrá salir sin previa comunicación al mismo Tribunal”.

En Julio de 1986 participamos en un seminario de Administración en Psiquiatría, mostrando nuestra experiencia asistencial y haciendo énfasis en el derecho a la salud de toda persona, contemplado en la Constitución Política de la República de Chile (10). Puntualizamos que no es cierto que un médico deba ingresar a un paciente porque un Juez lo ordena sino que debe ejercer su acción considerando que la orden del juez indica la hospitalización para una persona que tiene una indicación médica de hospitalización y que por lo tanto si esa persona, médicamente, no se va a beneficiar con la hospitalización no debe ser hospitalizada.

Temimos desobedecer a los jueces, a que impusieran su autoridad por no acatar sus disposiciones. Sabíamos que los Servicios de Salud son organismos dotados de personalidad jurídica, que pueden velar por el primer derecho individual señalado en la Constitución que es el derecho a la vida, el derecho a la salud de las personas y entonces dejamos de hospitalizar “por orden del juez” y lo hicimos ejerciendo siempre el criterio médico, sin perder nunca de vista esto.

En cierta ocasión le dimos permiso a un paciente en forma regular para que viviera fuera del Hospital, ejerciendo su mejoría, y el Tribunal nos demandó por “evasión de reo preso”. En realidad esa persona no estaba sobreseída pero había cometido un delito estando loca y, habiendo mejorado, la hospitalización ya no era necesaria. Afortunadamente ganamos el juicio.

Sin lugar a dudas nuestros pacientes no se beneficiaron mucho con la hospitalización, más bien se perjudicaron; estuvieron botados durante mucho tiempo y obtuvieron perjuicios irreparables. Eso

es lo que nosotros vimos y lo que se intentó cambiar, consiguiéndolo en gran medida. Como equipo médico trabajamos para mejorar a los pacientes y para que gocen de su salud restablecida. Lentamente nos fuimos dando cuenta que para esto no teníamos más que actuar como médicos, es decir, sin hacer nada especial. Si habiendo mejorado a

alguien todo lo que se puede dentro de un sistema cerrado como es el de las hospitalizaciones, lo que cabe hacer a continuación es darlo de alta, reinsertarlo en su medio o derivarlo a instituciones de protección social, en donde estas personas puedan vivir mejor de lo que viven en los hospitales psiquiátricos<sup>7</sup>.

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

---

1. FERNÁNDEZ, A. Fundamentos de la psiquiatría actual. Tomo 1, Cap 1: Historia de la Psiquiatría. Madrid, Paz-Montalvo, 1979.
2. ESCOBAR, E. "Historia del Hospital Psiquiátrico (1852-1952)" Rev. Psiquiatría, VIII, 1: 361-368, 1990.
3. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, Ch. Tratado de Psiquiatría, 9ª parte: Problemas Jurídicos y Administrativos, Cap. 1: Organización de la salud mental. Toray-Masson, 1978.
4. MEDINA, E. "Panorama institucional de la psiquiatría chilena". Rev. Psiquiatría, VIII, 1: 343-360, 1990.
5. MINISTERIO DE HIGIENE, ASISTENCIA Y PREVISIÓN SOCIAL. Reglamento general de insanos. Chile, 1927.
6. RUIZ, R., ISLA, R., GRASSET, E. IVANOVIC-ZUVIC, F., LAVADOS, J. "Análisis descriptivo del funcionamiento de un departamento psiquiátrico-judicial". Rev. Psiquiatría, I, 1: 49-56, 1984.
7. RUIZ, R., ISLA, R. "Psiquiatría y Justicia" Rev. Psiquiatría, XX, 6: 139-145, 1984.
8. RUIZ, R., ULLOA, C. ¿Qué hacer con el enfermo mental que delinque? Una aproximación al problema. Trabajo presentado al II Congreso Chileno de Salud Mental, 1986.
9. Código Penal de la República de Chile.
10. Constitución de la República de Chile

---

7 Nota de los Edit.: Este trabajo obtuvo el Premio "Dr. Luis Custodio Muñoz" de 2001.