

Pacientes judiciales en el Hospital Vilardebó en el año 2010

Estudio descriptivo de los ingresos a sala 11 entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2010

Trabajo original

Resumen

Este estudio descriptivo permite conocer la población de pacientes judiciales internados en el Hospital Vilardebó y, en especial, los ingresos a la sala de seguridad de hombres, sala 11, entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2010, en relación con las características del servicio. Se revisó 132 historias clínicas, atendiendo tres variables: diagnóstico al egreso, calidad del procesamiento y violencia del delito.

Se destaca la elevada proporción de pacientes internados a disposición judicial, con prolongados tiempos de estadía, circunscriptos en el hospital psiquiátrico de agudos.

Respecto a la población de la sala 11, se concluye que existe una alta incidencia de patología dual. A su vez, se registra un alto porcentaje de pacientes jóvenes, que consumen múltiples sustancias, que cometen delitos violentos y son procesados, en su mayoría, como responsables.

Palabras clave

*Pacientes judiciales
Sala de seguridad
Delitos violentos
Imputabilidad
Trastornos por consumo de sustancias*

Summary

This descriptive study shows data on the population of the forensic inpatient setting at Vilardebó Hospital, particularly, admissions to the security male ward, number 11, between January 1st and December 31st, 2010, regarding the characteristics of the service.

A total of 132 medical reports were reviewed, considering 3 variables: diagnosis at the moment of discharge, quality of the prosecution and violence of the crime.

The high proportion of forensic patients confined at a psychiatric hospital for acutely ill patients is highlighted, outstanding the long-term hospitalization of inpatients whose discharge depends upon the judge's disposition.

Concerning the population of ward number 11, a high incidence of dual pathology is noted. Likewise, a high percentage of young patients who consume multiple substances, commit violent crimes and are prosecuted mostly as responsible, is registered.

Keywords

*Forensic patients
Security ward
Violent crimes
Criminal responsibility
Substance use disorder*

Autoras

Carina Aquines

Médica Psiquiatra. Prof. Adjunta de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Soledad García

Médica Psiquiatra. Asistente de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Fernanda Porteiro

Médica Psiquiatra. Ex Prof. Adjunta de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correspondencia:
solegar@adinet.com.uy

Introducción

El Hospital Vilardebó es el único hospital psiquiátrico del país, hospital de referencia nacional, orientado al tratamiento de los pacientes mayores de 15 años con enfermedades mentales agudas, o crónicas descompensadas. Forma parte de la red asistencial de la Administración de Servicios de Salud del Estado, de la que depende. De todos modos, por sus características, recibe también, en oportunidades, usuarios de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

El hospital brinda servicios de atención ambulatoria (en policlínicas), internación (en la institución y domiciliaria), emergencia (centralizada y a domicilio) y rehabilitación.

En la población asistida pueden diferenciarse distintos grupos de usuarios. Uno de ellos, de fundamental importancia para el servicio de internación, es el de los pacientes ingresados por disposición judicial, ya que representan un importante porcentaje de los pacientes ingresados.

El sector de internación, en el momento de la realización del presente estudio, contaba con una dotación de 292 camas, distribuidas en dos sub-sectores, uno de hombres y uno de mujeres, con 182 y 110 camas, respectivamente. Cada uno de los sectores dispone de un servicio de seguridad, fundamentalmente destinado al ingreso de pacientes judiciales procesados, ya sean responsables o inimputables, e independientemente de su condición clínica y diagnóstico. Cabe señalar que el resto de las salas de internación (las habitualmente llamadas «abiertas»), también recibe pacientes judiciales.

El servicio de seguridad de mujeres (sala 16) dispone de 23 camas; el sector de hombres tiene dos salas de seguridad, con diferentes niveles de restricción: la sala 11, con una dotación de 38 camas, y la sala 10, con 14 camas.

De este modo, podemos decir que «coexisten» en el Hospital Vilardebó «dos hospitales»: el hospital psiquiátrico de «agudos», y el hospital «judicial» (concepto más amplio que el de hospital penitenciario), con poblaciones diferentes, con distintos tiempos de estadía, necesidades, momentos evolutivos y abordajes terapéuticos.

Este artículo propone la descripción de la población judicial ingresada al Hospital Vilardebó en el período comprendido entre el 1.º de enero del 2010 y el 31 de diciembre del mismo año, y, en particular, la de la población judicial que ingresó al sector de seguridad de hombres en ese período.

Indicadores asistenciales generales

En el año 2010 ingresaron al Hospital Vilardebó 2.130 pacientes, de los cuales el 50,8 % fueron mujeres y el 49,2 % hombres.¹ El 62 % de los ingresos correspondió a la franja etaria entre 20 y 44 años, llegando, en la población masculina, al 70,3 %.

En ese mismo período, egresaron 2.093 pacientes, 50,5 % mujeres y 49,5 % hombres.

La estadía promedio general de los egresos es de 47,08 días. En el caso de los hombres es marcadamente mayor, alcanzando a 60,1 días.

La distribución de pacientes según el diagnóstico por la CIE 10² planteado en la evaluación inicial, en la emergencia, se muestra en la figura 1.

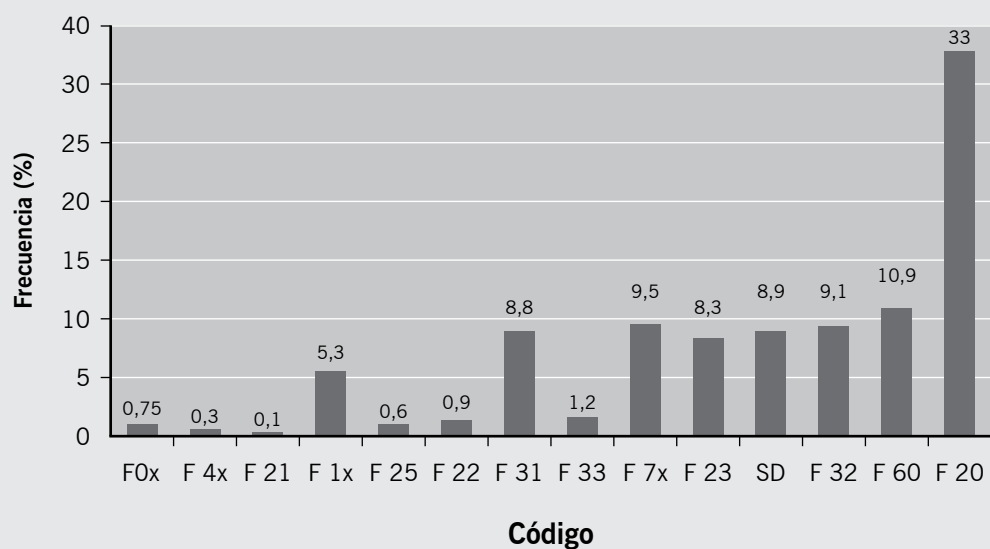
Con respecto a los usuarios derivados al hospital por la justicia, se puede distinguir distintos grupos. A los efectos de facilitar la comprensión de los datos presentados, se define algunos de los términos utilizados para el registro y clasificación de la información. Con fines estadísticos, se divide la población judicial que ingresa al hospital en tres grupos, en función de los siguientes criterios:

A. Cárcel: Esta población está compuesta por usuarios que ingresan derivados de establecimientos carcelarios, sin intervención directa del juzgado. En principio, estos pacientes, una vez que se encuentran de alta médica, pueden ser reintegrados al establecimiento carcelario del cual provienen, aplicando lo preceptuado por la acordada de la Suprema Corte de Justicia N.º 7524.

Corresponde precisar que esta población, en su condición de reclusa, ingresa siempre a salas de seguridad. Cuando, de acuerdo con lo valorado por el equipo médico tratante, presenta una patología que impide su retorno a cárcel, se transforma en población de larga

Figura 1 | Distribución por diagnóstico al ingreso

Código	Frecuencia (%)	
F0x	0,75	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F4x	0,3	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F21	0,1	Trastorno esquizotípico
F1x	5,3	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
F25	0,6	Trastornos esquizoafectivos
F22	0,9	Trastornos de ideas delirantes persistentes
F31	8,8	Trastorno bipolar
F33	1,2	Trastorno depresivo recurrente
F7x	9,5	Retraso mental
F23	8,3	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
Sin diagnóstico	8,9	
F32	9,1	Episodios depresivos
F60	10,9	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F20	33	Esquizofrenia



estadía, ya que, en muchos casos, no se logra autorización para alternativas a la prisión o internación, y terminan cumpliendo su pena en la institución.

B. Hospital: Son pacientes derivados por disposición del Poder Judicial, pero cuyo egreso queda a criterio médico. Una vez que se considera de alta médica, no se debe solicitar ningún tipo de autorización al juzgado actuante. Por consiguiente, sus condiciones de internación y egreso son comparables a la de los usuarios no judiciales, pudiendo el médico resolver a qué sector del hospital ingresa el paciente y la oportunidad del alta. De todos modos, desde el hospital se informa al juzgado el momento del egreso y el proyecto terapéutico planteado.

C. Sede: En este grupo se incluye a los pacientes que son derivados a la institución por el Poder Judicial, en su mayoría procesados como autores inimputables de un tipo delictivo previsto por el Código Penal, y aquellos que, procesados como responsables de un delito, se dispone su internación en el hospital previo a la reclusión. Los primeros, requieren una serie de procedimientos, previstos en el Código

del Proceso Penal, a los efectos de obtener su egreso judicial, una vez que cuentan con el alta médica.

Este tercer grupo de pacientes, a disposición de la sede, en su calidad de procesados, son internados en salas de seguridad, en función del protocolo aprobado vigente en el Hospital.³

Los pacientes internados por disposición judicial a lo largo del año 2010 fueron 576, representando el 27,05 % de los ingresos totales. Los ingresos a las salas de seguridad (10, 11 y 16) correspondieron al 13,5 % de los ingresos totales.

Si se subdivide esta población según los tres grupos definidos, se ve que el 10,76 % de los ingresos al hospital son internados por mandato judicial quedando a disposición de la sede, con las consecuencias que eso tiene, fundamentalmente, respecto a los tiempos de internación (figura 2).

Si se analiza mediante cortes censales la población judicial del hospital a lo largo del año, se observa que, en promedio, casi el 40 % de los internados son judiciales, siendo la proporción aun mayor en el sector de hombres (figura 3).

Figura 2 | Distribución de pacientes al ingreso según condición

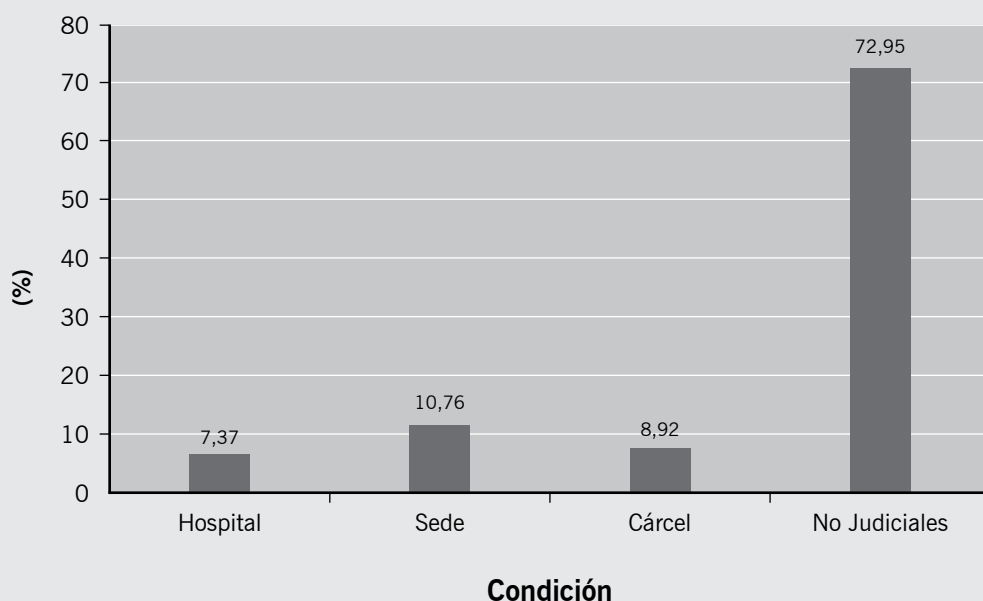


Figura 3 | Pacientes judiciales internados a lo largo del año 2010

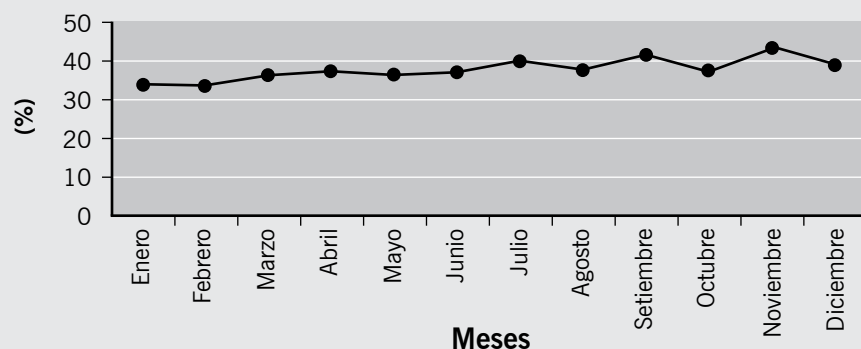


Figura 4 | Promedio de estadía de judiciales internados

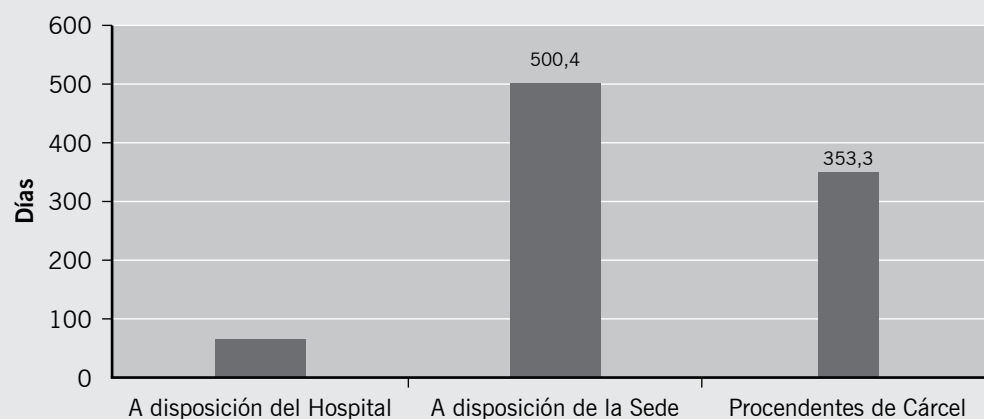
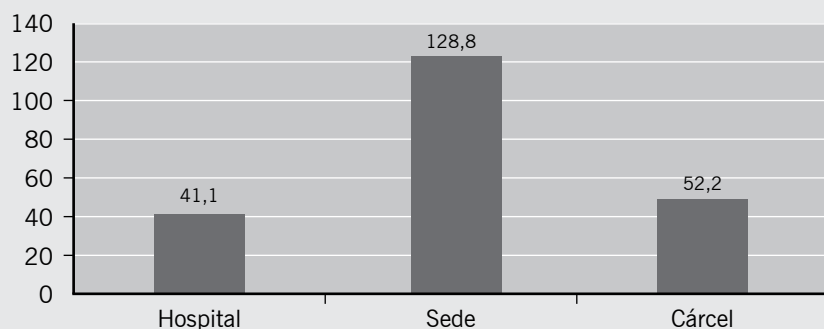


Figura 5 | Estadía promedio de los egresos de pacientes judiciales



Al observar los promedios de estadía de los internados judiciales, se ve que los que están a disposición de la Sede alcanzan estadías promedio de 500 días (figura 4).

Los egresos, considerando a la población judicial, fueron 577 pacientes, el 27,6 % del total, y se distribuyeron de la siguiente forma: 10,2 % a disposición de la sede; 9,9 % a

disposición del Hospital y 7,5 % procedentes del medio carcelario.

Con relación al sector de seguridad, las altas otorgadas fueron el 12,14 % de los egresos totales.

La estadía promedio de los pacientes judiciales fue de 76,5 días, distribuidos en los tres grupos definidos, de la siguiente manera (figura 5).

Se destacan los altos promedios de estadía de los pacientes judiciales, marcadamente más altos, además, para los pacientes a disposición de la sede.

Descripción de las salas de seguridad

La sala de seguridad de hombres (sala 11) consta de 38 camas, divididas en dos habitaciones (A y B), de dieciséis camas cada una. Además, existen cuatro cuartos de contención, con dos camas cada uno; un sector que es comedor y sala de visitas de familiares; un patio; dos consultorios médicos y una enfermería. Tanto el comedor como el patio son compartidos por todos los pacientes.

Todas las áreas que ocupan los pacientes tienen rejas, que separan de los sectores donde se encuentran los funcionarios.

El equipo de sala, en el momento del estudio, estaba constituido por tres médicos psiquiatras, un médico de medicina general, un asistente social, tres auxiliares de enfermería, un licenciado en enfermería, compartido con otras salas, y tres guardias de seguridad, por turno.

La sala cuenta con cámaras de seguridad, permanentemente monitorizadas por personal de vigilancia, dispuestas en los espacios comunes de la sala y en los dormitorios.

Respecto al funcionamiento, al ingreso de un nuevo paciente, se lo mantiene en cuarto de contención durante un primer período de evaluación y valoración del riesgo para sí y/o terceros. Durante este período, se le va permitiendo horas de patio, en función de la evaluación médica y de enfermería. En el momento de pasar a los dormitorios comunes, se distribuye a los pacientes según su diagnóstico y/o procedencia, en los dos distintos sectores (A y B), con el objetivo de separar a pacientes más transgresores de los más vulnerables.

Los cuartos de contención, próximos a la enfermería, pero sin visión directa desde la misma, son también utilizados en situaciones de descompensación de pacientes, tanto de las salas de seguridad como, eventualmente, del sector abierto del hospital.

En la sala 11, los pacientes son entrevistados habitualmente en un consultorio, acompaña-

dos por personal de vigilancia que los revisa antes de llevarlos a la entrevista.

Los internados tienen derecho a recibir visitas dos días a la semana, durante dos horas, permitiéndose exclusivamente el ingreso de familiares directos. Personal de vigilancia cumple revisión a las visitas antes de que pasen a sala. Además, un día a la semana se les permite hacer o recibir llamadas.

Durante la noche, los dos sectores dormitorio son cerrados y trancados, previa recorrida de personal de enfermería y vigilancia. En el resto del día, ambos sectores tienen libre comunicación entre sí, con el patio y con el salón comedor, que es también donde se recibe las visitas.

La única actividad colectiva organizada en la sala es una clase de educación física semanal, de una hora de duración.

La segunda sala de seguridad de hombres, la sala 10, tiene una única habitación con 14 camas; tiene menores restricciones en cuanto a la seguridad y mayores posibilidades de integrar a los pacientes a actividades de rehabilitación. Esto obliga a seleccionar especialmente el perfil de pacientes que allí ingresan. Habitualmente la población de la sala 10 está constituida por pacientes que han pasado un período de internación en sala 11 y, lograda su compensación, son trasladados a sala 10. Se seleccionan pacientes que se considere que puedan integrarse y beneficiarse de un tratamiento de rehabilitación y que, por su situación legal, es probable que tengan una larga estadía en el hospital.

En esta sala el equipo está conformado por un médico psiquiatra, un licenciado en psicología, una licenciada en trabajo social y un médico de medicina general que cumplen en este sector solo parte de su horario; un auxiliar de enfermería y un licenciado en enfermería que cubre también otras salas del hospital. Hay un vigilante destinado a la sala.

Luego del ingreso y pasado un período de evaluación del paciente y su adaptación al servicio, el equipo de sala autoriza la concurrencia de este a diferentes actividades de rehabilitación, tanto en centro diurno como en el sector abierto del hospital. Según lo pautado, los pacientes deben ser conducidos por personal de enfermería a las distintas actividades.

El régimen de visitas es más amplio en esta sala, permitiéndose el ingreso de familiares tres veces por semana. Tienen también autorización para hacer y recibir llamadas un día a la semana.

Según el protocolo utilizado en el hospital ingresan directamente a las salas de seguridad todos los pacientes derivados por orden judicial en calidad de procesados, independientemente de la condición de responsables o inimputables, o aquellos no procesados, a pedido expreso del magistrado, en el oficio de internación.

Marco legal

Entre los usuarios de las salas de seguridad existen dos grandes grupos en función de su situación legal: los responsables y los inimputables.

Respecto a la culpabilidad, el Código Penal, en el Capítulo III, Artículo 18 (Régimen de la culpabilidad), refiere: «Nadie puede ser castigado por un hecho que la ley prevé como delito, si no es intencional, ultraintencional o culposo, cometido además con conciencia y voluntad».⁴

Atendiendo particularmente a la condición aludida en último término («con conciencia y voluntad»), el Código Penal, en el Título II «De las circunstancias que eximen de pena», Capítulo II «De las causas de inimputabilidad», Artículo 30 (Locura), dice: «No es imputable aquel que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o solo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico».

Con relación a la indicación judicial de internación, en el caso de personas procesadas como autores inimputables de un delito, debemos considerar lo dispuesto en el Título VI De las medidas de seguridad, Capítulo I De su régimen, Artículo 92 (Régimen): «Las medidas de seguridad son de cuatro clases:

curativas, educativas, eliminativas y preventivas. Las primeras se aplican a los enfermos, a los alcoholistas, a los intoxicados por el uso de los estupefacientes, declarados irresponsables (artículo 33) y a los ebrios habituales». Y el Artículo 94 (Duración indeterminada de las medidas de seguridad): «Del punto de vista de la duración de las medidas, las sentencias son de tres clases: sin mínimo ni máximo; sin mínimo y con determinación de máximo; con fijación de mínimo y de máximo. Pertenecen a la primera categoría las que se dictan tratándose de enfermos, de alcoholistas y de intoxicados declarados irresponsables; de sordomudos mayores de 18 años, declarados irresponsables (artículo 35) y de los ebrios habituales».

Respecto al cese de las medidas de seguridad, el Artículo 96 dispone: «Corresponde al Juez determinar el cese de las medidas de seguridad, tanto en los casos en que la sentencia fije el máximo como en aquellos otros en que no lo establece. No dictará resolución en tal sentido en el último caso, sin previo asesoramiento, por escrito, de los Directores de los respectivos establecimientos». Y, finalmente, el Artículo 97 (Del cumplimiento de las medidas curativas) indica: «Las medidas curativas se cumplirán en un Asilo correspondiendo a los médicos determinar el tratamiento adecuado. Mientras no fuere posible organizar un Manicomio Criminal, los enfermos, los alcoholistas, los intoxicados, y los ebrios habituales, serán tratados en una dependencia especial del Manicomio ordinario».

Estudio descriptivo de los ingresos a sala 11 entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010

Se realizó el análisis de los ingresos a la sala 11 durante el año 2010 con el objetivo de delinear el perfil de la población usuaria del servicio y adecuar a esta la oferta asistencial. Se consideraron tres variables fundamentales: el diagnóstico planteado al egreso, el delito cometido, y en especial la violencia del mismo, y la calidad en la que fuera procesado el paciente, responsable o inimputable.

Con estos fines, se procedió a la revisión de 132 historias clínicas, correspondientes a la totalidad de los ingresos a la sala 11 en el período comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2010. No fueron considerados los reingresos; se registró únicamente el primer ingreso de pacientes que ingresaron más de una vez en el año. A este respecto, cabe mencionar que la mayor frecuencia de reingresos se dio en pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad provenientes del medio carcelario. Tampoco se computaron los pacientes que, estando internados en la sala de seguridad en el período considerado, habían ingresado antes del 1.º de enero de 2010, ni aquellos que ingresaron por mayor necesidad de contención, procedentes del sector abierto.

Los datos obtenidos fueron procesados en forma manual por las autoras. La información estadística general utilizada, respecto al Hospital Vilardebó, se obtuvo del Sistema de Información Hospitalaria y las Historias Clínicas, del Departamento de Registros Médicos y Archivo de la Institución.

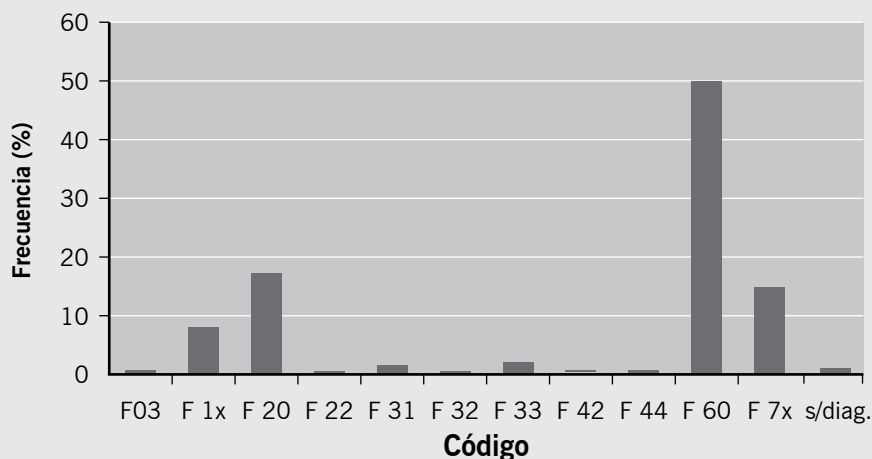
Los ingresos a sala 11 durante el año 2010 representaron el 8,3 % del total y los egresos, el 6,55 % de los egresos del hospital.

Más del 90 % de los pacientes ingresados correspondieron a la franja etaria entre los 20 y los 44 años.

Como se verá detalladamente más adelante, en la mayoría de los casos, se codificó más de un diagnóstico. Teniendo en cuenta que los

Figura 6 | Distribución por diagnóstico principal al egreso

Diagnóstico principal	Frecuencia (%)	
F03	0,75	Demencia sin especificación
F1x	7,5	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
F20	16,6	Esquizofrenia
F22	0,75	Trastornos de ideas delirantes persistentes
F31	1,5	Trastorno bipolar
F32	0,75	Episodios depresivos
F33	2,3	Trastorno depresivo recurrente
F42	0,75	Trastorno obsesivo compulsivo
F44	0,75	Trastornos disociativos (de conversión)
F60	50	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F7x	17,4	Retraso mental
Sin diagnóstico	0,75	



datos generales de los ingresos al hospital consignan un solo diagnóstico (figura 1), y con el fin de comparar la distribución diagnóstica en la subpoblación de la sala de seguridad con la población total, se consignó, inicialmente, el diagnóstico principal. Los trastornos vinculados al consumo de sustancias solo fueron considerados «principales» cuando era el único diagnóstico realizado. Con estos criterios, la distribución fue la que se muestra en la figura 6.

Como se señaló, en el 69 % de la población estudiada se hizo más de un diagnóstico. Dentro de este grupo, interesa, particularmente, la asociación entre los trastornos vinculados al consumo de sustancias y otras patologías psiquiátricas mayores de Eje I, por un lado, y por otro los trastornos por consumo de sustancias en comorbilidad con un diagnóstico en el Eje II (F1x + F20 o F31 y F1x + F6 o F7), por los requerimientos específicos y diferentes que estas poblaciones exigen para su abordaje terapéutico.

El 11,4 % de los usuarios correspondía al primer grupo, mientras que más de la mitad, un 52,3 %, formaban parte del segundo grupo de comorbilidades.

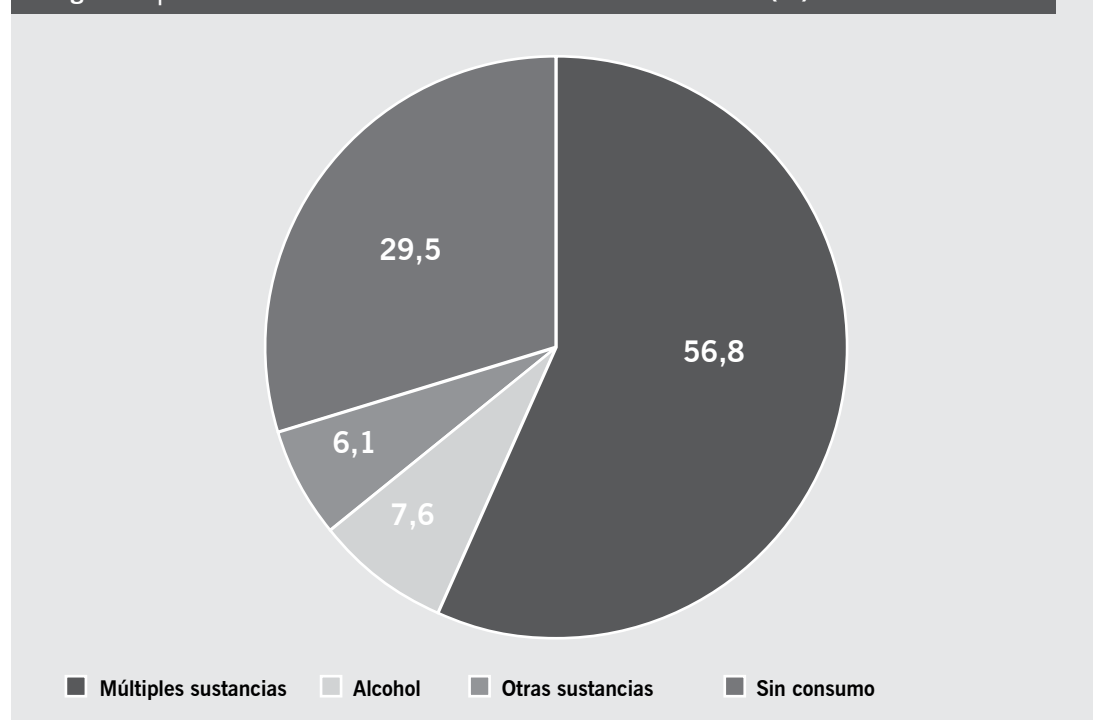
A su vez, es importante destacar que el 70,5 % del total de los pacientes tenía algún trastorno vinculado al consumo de sustancias codificable. De ellos, el 80,6 % consumía múltiples sustancias, mientras que el 10,8 % consumía exclusivamente alcohol (figura 7).

Respecto a la calidad del procesamiento, el 75,8 % estaban procesados como responsables, mientras que el 24,2 % de los ingresos lo hicieron como inimputables. En un 10 % de los responsables, en la evaluación diagnóstica realizada en sala, se planteó la presencia de patología psiquiátrica grave del Eje I (esquizofrenia o trastorno bipolar) que contraindicaba, a criterio de los médicos tratantes, su traslado a un centro de reclusión.

Para el análisis de los delitos, se consideró, con fines prácticos, dos grandes grupos, el de los delitos violentos y los no violentos.

La expresión «delito violento» es comúnmente usada en nuestro medio; sin embargo, no tiene correlato en la legislación de nuestro país u otros. En general, hay consenso en que se trata de delitos en los cuales el victimario utiliza, o amenaza con utilizar, la agresividad en contra de la víctima, coincidiendo con la definición del Dr. H. Casarotti de «agresión

Figura 7 | Distribución en función del consumo de sustancias (%)



violenta». ⁵⁻⁹ Esta puede ser con objeto de obtener algo, como, por ejemplo, en el caso de las rapiñas, o no, como en el caso de algunos homicidios. A los efectos de este trabajo, se considera como violentos los delitos de homicidio, rapiña, lesiones graves y gravísimas, violación, copamiento y secuestro. Todos estos cumplen con los criterios planteados, y son concordantes, además, con los seleccionados en cuanto a qué tipo de antecedentes deberían conservarse en los menores, en el proyecto de ley respecto al descenso de la edad de imputabilidad.¹⁰

El 43,9 % de los ingresos había cometido un delito violento.

El 72 % de los delitos violentos fue cometido por pacientes procesados como responsables y el 28 % como inimputables.

A su vez, el 62 % de los que cometieron delitos violentos tenía diagnóstico de trastorno

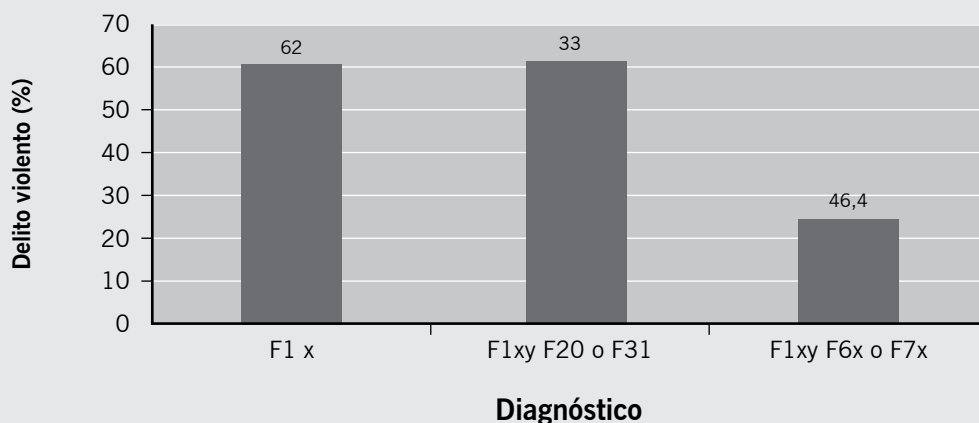
relacionado al consumo de sustancias, solo o en asociación con otro trastorno psiquiátrico.

Interesa, además, relacionar la incidencia de delitos violentos en los pacientes con patología dual, separando los dos grupos anteriormente definidos, de comorbilidad entre trastornos por consumo de sustancias y esquizofrenia o trastorno bipolar, y el consumo de sustancias asociado a trastornos del Eje II, ya que el 63,8 % de los delitos violentos fue cometido por este perfil de pacientes. Así, se obtuvo que el 33,3 % del primer grupo había cometido un delito violento, y todos ellos habían sido procesados como inimputables. En el segundo grupo con doble diagnóstico, el 46,4 % de los pacientes fue procesado por un delito violento; de ellos, el 87,5 % en calidad de responsable, y el 12,5 % restante como inimputable (figura 8).

Figura 8 | Diagnóstico y delito violento

Diagnóstico	Frec. de DV (%)	
F1x	62	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
F1x y F20 o F31	33	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas y esquizofrenia o trastorno bipolar.
F1x y F6x o F7x	46,4	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas y trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto o retraso mental.

>F1x y F6x o F7x 46,4 -



Discusión y conclusiones

En primer lugar, nos interesa destacar la significación que tienen los pacientes judiciales en el sector de internación del hospital; no solo porque representan más de la cuarta parte de los ingresos anuales, sino porque alcanzan, en la población internada, al 50 % de los pacientes en el sector de hombres. Esto es así, al menos en parte, por las largas estadías que tienen estos pacientes, y en particular los que están a disposición de la sede. Los tiempos legales insumidos para disponer el egreso de los pacientes en esta condición, no son acordes a los tiempos que en la actualidad se requieren para la resolución de los cuadros agudos. Prolongar innecesariamente una internación, indicada para la fase aguda, de descompensación, sin una consecuente y sistemática adaptación de la propuesta terapéutica, no solo es perjudicial para el paciente, sino también muy costoso para el sistema.¹¹

Aun más, si se considera el delito cometido, se destaca que los pacientes procesados como inimputables permanecen internados, en muchos casos, más tiempo del que hubieran estado reclusos si hubieran sido procesados como autores responsables del delito.

Es necesario debatir, en los diferentes ámbitos, estrategias sociales, médicas y legales orientadas a reducir los tiempos de internación de estos pacientes.

Es responsabilidad del sistema asistencial ofrecer a la justicia, y a los usuarios, proyectos terapéuticos eficaces y viables, alternativos a la internación hospitalaria.

El 62 % de los ingresos al hospital está en la franja etaria entre 20 y 44 años, mientras que el perfil de la sala de seguridad es de pacientes más jóvenes, con más del 90 % en dicha franja.

Comparando por diagnóstico las internaciones generales en el hospital y las de la sala 11, se nota una diferencia fundamental; mientras que en los ingresos al hospital se registra 33 % de esquizofrenias y 11 % de trastornos de personalidad, en la sala de seguridad ingresa 50 % de pacientes con trastornos de personalidad y 17 % de esquizofrenias. Los ingresos generales son dispuestos por indicación de un psiquiatra de la institución, y son

consecuentes con los objetivos enunciados del hospital, en línea con las pautas de ingreso vigentes. No sucede lo mismo con la población de la sala 11; esto plantea, una vez más, la discusión respecto a la pertinencia o no de la asistencia de estos pacientes dentro del único hospital psiquiátrico de agudos del país.

La coexistencia en la sala de seguridad de pacientes con patologías sustancialmente diferentes, de diferente abordaje, en distintos estadios evolutivos y, por consiguiente, con distintos requerimientos terapéuticos pone de manifiesto la importancia de establecer niveles diferenciados de contención, cuidados y recursos terapéuticos para grupos de pacientes identificados en función del diagnóstico. En la actualidad, la no discriminación de los pacientes según el riesgo y la patología va en detrimento de un abordaje terapéutico eficaz, y expone a los más vulnerables a innecesarias situaciones de estrés y abuso. Correspondería a los psiquiatras determinar el tratamiento adecuado para cada individuo, lo que implica, también, el nivel de restricción adecuado para cada situación. Esto debe ser, a su vez, dinámico, adaptado a la evolución de la condición clínica.¹²⁻¹⁴

Los resultados obtenidos respaldan lo referido reiteradamente en la literatura, respecto a que la mayoría de los delitos violentos no es cometida por pacientes con patología psiquiátrica mayor. Esto nos lleva a enfatizar la necesidad de educar a la población, a fin de desterrar la relación equívoca entre delito violento y enfermedad mental.

Los delitos violentos fueron el motivo del procesamiento del 44 % de los pacientes que ingresaron a la sala. De ellos, el 72 % fue declarado responsable desde el punto de vista penal, y el 62 % presentaba un trastorno por consumo de sustancias como diagnóstico único o en comorbilidad. Solamente un tercio de los pacientes que presentaban diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar en comorbilidad con un trastorno por consumo de sustancias había cometido un delito violento. En cambio, en los pacientes que presentaban comorbilidad entre consumo de sustancias y trastornos del Eje II, esta proporción ascendía a la mitad.

El 69 % de la población tenía más de un diagnóstico, siendo uno de ellos un trastorno

por consumo de sustancias. Se puede plantear que estas tasas de comorbilidad son muy altas, complejizan el abordaje terapéutico y agravan el pronóstico.

El 70.5 % de los pacientes incluidos tenía un trastorno por consumo de sustancias. Un estudio previo similar mostró que del total de ingresos a la misma sala en el período enero 1998-agosto 1999, el 61 % de los pacientes tenía un trastorno relacionado con sustancias y se evidenciaba, ya en ese momento, un aumento significativo con respecto a trabajos anteriores.¹⁵

Además del incremento en el número de pacientes con trastornos relacionados con sustancias, se encontró un aumento del policonsumo de estas (80,6 % de los pacientes con consumo) y una disminución del consumo de una única sustancia. La introducción en nuestro medio de la pasta base de cocaína ha complicado aun más las cosas, ya que esta droga dificulta los diagnósticos, produciendo cuadros atípicos.¹⁶

Se concluye, por lo expuesto, que a la sala 11 ingresaron mayoritariamente hombres jóvenes, con trastornos por consumo de sustancias en comorbilidad con patología del Eje II, que cometieron delitos violentos y son penalmente responsables.

Esto trae nuevamente el debate acerca de dónde y cómo debe recibir tratamiento cada grupo de pacientes. Parece claro que los procesados como inimputables deben ser asistidos en este hospital, asegurándoles el acceso a un tratamiento integral.

Se considera que los individuos procesados con prisión, que desarrollen trastornos psiquiátricos mayores crónicos, también podrían beneficiarse de su internación en el hospital.

La discusión se plantea con los procesados como responsables, con patología aguda del Eje I, y los portadores de trastornos por consumo de sustancias sin otra patología del Eje I asociada.

Con respecto al tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, en el hospital de agudos puede hacerse exclusivamente la etapa de desintoxicación, habitualmente breve. Posteriormente, los pacientes requieren de tratamientos de rehabilitación específicos,

en centros especializados. En nuestro medio, no existen centros cerrados que trabajen con esta población.

Se ha debatido históricamente acerca de la necesidad de un hospital penitenciario con un servicio de psiquiatría, o que se disponga, en los establecimientos carcelarios, de sectores destinados al tratamiento de los reclusos. La controversia se mantiene, sin ser resuelta.

Queda planteada, además, la necesidad de una formación específica en psiquiatría forense, no solo para los peritos, sino también para los psiquiatras y psiquiatras en formación.

Referencias bibliográficas

1. Indicadores Asistenciales. Hospital Vilardebó. Informe 2010. Departamento de Estadística del H. Vilardebó; 2011.
2. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. En: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Tomo I. Capítulo V. Organización Mundial de la Salud. 1992.
3. Procedimiento Ingresos-Egresos de Internados Judiciales. Departamento Jurídico. Hospital Vilardebó. Agosto 2009.
4. Código Penal concordado y actualizado. Setiembre 2009. Incluye Apéndice Normativo. ROU. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.
5. **Ey H.** La psiquiatría y la privación de libertad. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(1):55-59.
6. **Dresdner Cid R.** Agresión: La necesidad de contar con concepto operacional en psiquiatría forense. Rev Medicina y Humanidades 2009; I(3):63-69.
7. **Sjöström N, Eder DN, Malm U, Beskow J.** La violencia y su predicción en un hospital psiquiátrico. Eur Psychiatry Ed Esp 2002; 9:166-172.
8. **Casarotti H.** Actos violentos en patología mental. Rev Psiquiatr Urug 2010; 74(1):11-21.

9. **Romano S.** Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres. *Rev Psiquiatr Urug* 2010; 74(1):45-63.
10. **Código de la niñez y la adolescencia.** Ley 17.823. Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/ley/2004090801.htm> . Ley 18778. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2011/07/mec_408.pdf>. (Consulta: oct. 2011.)
11. **Pardo V, Del Castillo N, Blanco M, Etchart M.** Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(2):111-126.
12. **Rutherford M, Duggan S.** Forensic mental health services. Facts and figures on current provision. Sainsbury Centre of Mental Health. Forensic Factfile September 2007. Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/scmh_forensic_factfile_2007.pdf>. (Consulta: octubre 2011).
13. **Coid J, Kahtan N, Gault S, Cook A, Jarman B.** Medium secure forensic psychiatry services: Comparison of seven English health regions. *Br J Psychiatry* 2001; 178:55-61.
14. **Mullen P, Chettleburgh K.** Review of Queensland forensic mental health services. Victorian Institute of Forensic Mental Health. February 2002. Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/publications/corporate/mullenreview/Mullen.pdf>>. (Consulta: octubre 2011.)
15. **Fielitz P, Blanco C, Sánchez N, Ponce J, Trelles P.** Estudio longitudinal y transversal de la sala de seguridad de hombres del hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64(3):402-415.
16. **Bó Sánchez N, Bellistri U.** Problemas planteados por el consumo de pasta base de cocaína en la psiquiatría forense. *Rev Psiquiatr Urug* 2007; 71(1):9-19.