

Homicidios en la Colonia Bernardo Etchepare

Trabajos originales

Resumen

En el curso de tres años ocurrieron cinco muertes por homicidio en la Colonia Bernardo Etchepare (CBE), donde estos pacientes fueron ultimados por otro internado. De los pacientes previamente internados en el Servicio de Seguridad de Hombres del Hospital Vilardebó y luego derivados a CBE, 7.3% cometió homicidio en este último lugar, y para aquellos con antecedente de conducta homicida este porcentaje se eleva al 13.3%. Se consideran posibles medidas de prevención.

Palabras clave

*Homicidio
Instituciones psiquiátricas
Pacientes internados*

Introducción

Nuestro interés en el tema surge a partir de la observación de los registros de conductas violentas en pacientes internados, y de nuestro contacto con algunos de los pacientes incluidos en este estudio. Los autores presentaron un estudio preliminar acerca de este trabajo en las Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica de octubre de 2003¹.

La Colonia Bernardo Etchepare (CBE) es un Centro de Asistencia Psiquiátrica del Ministerio de Salud Pública destinado a albergar y tratar pacientes crónicos carentes de sostén socio familiar. En cuanto a su capacidad, cuenta actualmente con un total de 438 pacientes, 341 de los cuales son hombres, distribuidos en 11 pabellones.

Summary

Five inpatients were killed by an inmate over a three-year period at the long-term stay Psychiatric facility Colonia Bernardo Etchepare (CBE). Among inpatients referred to this center from the High Security Ward of Vilardebó Hospital, 7.3% engaged in homicidal behavior during their stay at CBE, with 13.3% of patients having previous murder records re-engaging in homicidal behavior while in CBE. Possible prevention strategies are here discussed.

Key words

*Homicidal
Psychiatric
Inpat*

El número de homicidios en la CBE habría aumentado en los últimos años, donde cinco pacientes perdieron la vida ultimados por otro internado en el transcurso de tres años (mayo de 2000 a marzo de 2003). El presente trabajo intenta estudiar las características de los homicidas y sus víctimas, identificar factores de riesgo asociados a la conducta homicida, contextualizando estas muertes en el número de fallecimientos en las Colonias y en los homicidios a nivel departamental.

Las investigaciones publicadas respecto de homicidios ocurridos dentro de hospitales o instituciones de asistencia psiquiátrica son muy escasas². No obstante, existe una amplia gama de publicaciones en lo referente a la conducta violenta en los servicios de internación psiquiátrica, donde lamentablemente aparecen datos abiertamente contradictorios

Autor

Freddy Cardozo

Médico Psiquiatra.
Colonia Bernardo Etchepare.

Pablo Fielitz

Médico Psiquiatra.
Ex Asistente de Clínica
Psiquiátrica.

Correspondencia:
Pablo Fielitz. Rocha 2191.
CP 11800.
Montevideo, Uruguay
pfielitz@mednet.org.uy

respecto a la existencia de factores de riesgo de esta conducta. Mientras que algunos trabajos afirman la alta correlación entre diagnóstico psiquiátrico y conducta violenta (comorbilidad Eje I - Eje II)³, otros sostienen lo opuesto^{4,5}. Por otra parte, algunos hacen énfasis en aspectos institucionales como factores de riesgo⁶⁻⁸ (presencia o ausencia de diálogo con los pacientes, cambios de personal, cambios de medicación).

Material y método

Se estudió los registros de las Colonias de Asistencia Psiquiátrica, Juzgado Penal de Primer Turno de San José, Hospital Vilardebó (HV) y Servicio de Seguridad de Hombres (Sala 11) de este último. Las historias clínicas (HC) tanto de las víctimas como de los victimarios fueron estudiadas “in situ” en las oficinas de Registros Médicos de la CBE, HV y Sala 11.

A los efectos del presente estudio se entenderá por “homicidio” la muerte violenta de un paciente a manos de otro (inmediata o diferida), siendo o no éste procesado como tal por la justicia penal.

Se registró las siguientes variables:

1. Número de fallecidos por año (consignando sexo y causa de muerte) en el período 1993-2003 para la CBE.

2. Número de homicidios por año en el departamento de San José en el período 1993-2003, así como número de homicidios ocurridos en las Colonias de Asistencia en igual período (datos del Juzgado Penal de San José de Primer Turno).

3. Registros de aquellos pacientes derivados a Sala 11 que hubiesen ultimado a otro internado en las Colonias de Asistencia (siendo o no procesados por el delito de homicidio).

4. Número de derivaciones a la CBE de pacientes que hubiesen cumplido internación en el Servicio de Seguridad de Hombres. A estos efectos se consideró las siguientes situaciones: derivados directamente de Sala 11, derivados de sala abierta de HV, ingresados por orden judicial u otros.

5. Para los homicidas se consignó diagnósticos en Eje I y Eje II, antecedentes penales de homicidio, edad y procedencia.

6. Para las víctimas se consignó edad y diagnósticos de Ejes I y II.

Resultados

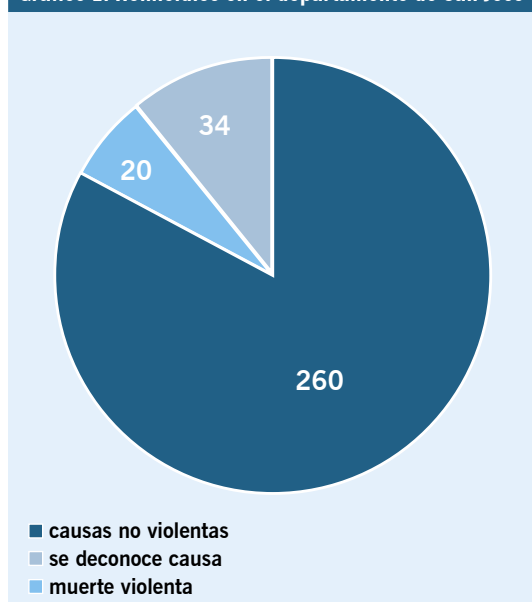
Por una parte se destaca la ausencia de registros de homicidios a nivel judicial sucedidos en las Colonias en el período 1993-1999. No aparecen registros de homicidios en el período 1993-1999 tanto para CBE como para la Colonia Santín Carlos Rossi (SCR) (1998-2000), así como tampoco figuran derivaciones a la Sala de Seguridad de pacientes involucrados en la muerte de otro internado en las Colonias durante ese lapso. Cabe destacar que en cuanto a los datos obtenidos del Juzgado Penal de San José, aparece un homicidio ocurrido en SCR que no figura en los registros de esta ni en las derivaciones al Servicio de Seguridad del HV.

Las muertes por homicidio a nivel departamental aumentaron sustancialmente en los últimos dos años al momento del relevamiento de datos (Tabla 1). Hay que tener en cuenta que el registro de 2003 abarca datos hasta agosto, por lo que el número tal vez sea mayor. De los datos disponibles, los homicidios en CBE representaron un 8.5 % de los homicidios a nivel departamental.

Tabla 1. Homicidios en el departamento de San José

1993	5
1994	6
1995	1
1996	5
1997	4
1998	1
1999	3
2000	2
2001	9
2002	16
2003	7

Gráfico 1. Homicidios en el departamento de San José



En la CBE el total de fallecidos en el período enero 1993 - agosto 2003 es de 314, con 20 muertes violentas (11 por aspiración de vómito o cuerpo extraño, 4 asfixia por compresión de cuello o ahorcamiento, 4 traumatismos encefalocraneanos o politraumatismos, 1 carbonizado). Hay 34 muertes sin causa conocida (Gráfico 1), que podrían incluir algunos casos de pacientes fallecidos en otros hospitales y que por razones administrativas no figura la causa de fallecimiento en la HC de la Colonia. El total de internados ha ido decreciendo desde el año 1995 a la fecha, al igual que el número de fallecidos por año. Fueron evaluados por médico forense 28 de los fallecidos.

De los homicidios en CBE dos habrían sido llevados a cabo en pabellones abiertos (pabellones 25 y 29) y tres ocurrieron en el Pabellón de Seguridad (pabellón 24). Los dos primeros ocurrieron en el año 2000 (mayo y agosto de 2000) y los tres últimos desde noviembre de 2002 a marzo de 2003. Cuatro de los cinco homicidios sucedieron en horas de la noche. La agresión que ocurrió en horas diurnas no tuvo resultado de muerte inmediata, sino que fueron lesiones graves cuya evolución llevó a la muerte de la víctima.

De las tres muertes acaecidas en el pabellón 24, dos ya han sido tipificadas como homicidio a los efectos judiciales al momento de escribir este artículo. No obstante, los registros

médicos constataban violencia en las tres y los responsables que figuran por esas muertes son incluidos en este estudio a punto de partida de la información directa de la HC y aquella proporcionada por colegas. Los tres pacientes responsables de la muerte de otro internado fueron derivados rápidamente a Sala 11 del HV sin esperar fallo judicial al respecto.

Las dos muertes en los pabellones abiertos fueron consideradas homicidio en materia penal.

De los cinco fallecidos, tres tenían retraso mental (19, 22 y 54 años) y dos presentaban esquizofrenia (35 y 43 años). Uno de los fallecidos estuvo previamente internado en Sala 11 de HV y tenía antecedentes penales por homicidio.

De los cinco homicidas tres habían estado previamente internados en Sala 11 y dos de estos tres ya tenían antecedentes de homicidio. Uno de ellos fue declarado imputable y enviado a la cárcel de San José; los otros cuatro permanecen en Sala de Seguridad.

Respecto del diagnóstico en Eje I de los cinco victimarios, tres de ellos presentaban esquizofrenia, mientras que dos presentaban trastornos relacionados con alcohol. A nivel del Eje II uno presentaba retraso mental, mientras que tres presentaban trastornos de la personalidad (uno de ellos, pre-mórbido).

En el período 1994-2003 llegaron a la CBE 69 pacientes hombres derivados desde el HV; de ellos, 40 (58%) estuvieron internados en algún momento en Sala de Seguridad del mismo. Dentro de este grupo hubo 15 procesados por homicidio, de los cuales dos son responsables de la muerte de otro paciente una vez derivados a CBE. Los pacientes derivados cumplieron los criterios de derivación, es decir, patología crónica grave sin continencia familiar.

Por lo tanto, en términos porcentuales, 7.5% de los pacientes (que habían cumplido internación previa en Sala 11) cometió homicidio de otro internado en CBE.

Del grupo de homicidas derivados a CBE 13,3% volvió a asesinar, esta vez cobrando como víctima a otro internado.

De lo anteriormente expuesto surge la importancia del antecedente de conducta violenta

(homicidio) como factor predictor de riesgo (60% de los victimarios tenían conocidos antecedentes de conducta violenta).

Discusión

A pesar de que la muestra es pequeña, los hallazgos, tanto en términos absolutos como porcentuales, de conducta homicida a nivel de CBE son elevados. A modo de ejemplo, en un trabajo acerca de homicidios ocurridos en instituciones psiquiátricas en el estado de Nueva York, que abarcó seis años de estudio, para una población de 90.000 pacientes ingresados se halló una cifra de tres pacientes muertos en ese período por homicidio. En el presente trabajo hablamos de cinco homicidios para un total de 391 pacientes ingresados en un único centro a lo largo de nueve años (enero 1994 - marzo 2003).

En la CBE los homicidios ocuparon un 25% de las muertes violentas ocurridas entre 1993 y 2003. De modo más general, en el total de muertes en el período estudiado los homicidios representaron un 1.6%.

Aunque no disponemos de datos, dado que no nos fue posible a través de los registros poder determinar qué porcentaje de pacientes pasaron directamente de un Servicio de alta contención (Sala 11) a uno de baja contención (pabellón 24), parecería prudente para sujetos de alta peligrosidad que cumplan un período previo a su derivación a CBE en un sistema de seguridad intermedia tal como la Sala 10 del HV, donde se valoraría la conducta y adaptación del paciente a un sistema de tales características.

En función de la evolución y necesidades de la población asistida en CBE cabe preguntarse si es necesaria la existencia de un pabellón de seguridad en la misma para el manejo de la población considerada en el presente estudio. Por la vía de los hechos, el pabellón 24 se ha ido transformando en un lugar de asistencia para aquellos pacientes reagudizados o descompensados que provienen de otros pabellones donde el manejo de los mismos se ve dificultado. En este sentido se aparta cada vez más del concepto de sala de seguridad, tanto por el perfil de pacientes que asiste como por los aspectos edilicios (por ejemplo, ausencia de

salas de aislamiento) y de personal (no cuenta con personal de seguridad).

Conclusiones

La conducta homicida resulta imprevisible para aquellos pacientes sin antecedentes de conducta violenta. Y aun en aquellos que sí tienen antecedentes de dicha conducta, no es posible –a través de los hallazgos del presente estudio– determinar si esta se reiterará.

Si bien los antecedentes de conducta violenta implican riesgo de que esta se reitere, el 86.7% de los homicidas que pasaron por Sala 11 no reiteraron homicidio en CBE.

En este sentido la condición de homicida por sí sola no sería excluyente para la derivación, pero teniendo en cuenta que ya ocurrieron tres homicidios perpetrados por ex pacientes de Sala 11 con antecedentes violentos, creemos pertinente priorizar el preservar la vida de los pacientes internados en la Colonia. Por tanto, en las actuales condiciones de internación, para aquellos pacientes con claros antecedentes de conducta violenta el lugar de internación debe ser la Sala 11 del HV.

Si se mantuviese la idea de trasladar pacientes violentos desde Sala 11 a CBE, estos no deberían ubicarse junto a los más indefensos (retrasados mentales y esquizofrénicos desorganizados), sino que deberían contar con un espacio diferente y aislado del resto de la población.

Es muy positivo que el Juzgado Penal de San José haya podido procesar con prisión al autor responsable de uno de estos homicidios ya que, si bien era un paciente internado, tenía plena conciencia del alcance de sus actos. Este accionar señala un camino a seguir dentro de las instituciones psiquiátricas cuando algunos pacientes internados cometen delitos, aunque por supuesto menos graves que el referido en el presente estudio, que no llegan a ser denunciados.

Agradecimientos

A los funcionarios de Registros Médicos de las Colonias Bernardo Etchepare, Santín Carlos Rossi y Hospital Vilardebó por su invaluable apoyo a la hora de recolectar los datos.

A las autoridades de las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi por facilitar nuestra tarea de recabar información.

Al Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego, por sus aportes y corrección del borrador.

Al Ingeniero Químico Eduardo Speranza por su colaboración en la traducción.

Referencias bibliográficas

1. **Fielitz P, Cardozo F.** Homicidios en la Colonia Etchepare. Jornadas de la Clínica Psiquiátrica, octubre 2003.
2. **Ladds B.** Homicide in psychiatric in-patient facilities: a review, a six-year study, and a case report. *J Forensic Sci* 1995; 40(3):440-4.
3. **Tam E, Engelsmann F, Fugere R.** Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility. *Psychiatr Serv* 1996; 47(1):86-8.
4. **Mullen PE.** Mental disorder and dangerousness. *Aust N Z J Psychiatry* 1984; 18(1):8-17.
5. **Rüesch P, Miserez B, Hell D.** A risk profile of the aggressive psychiatric inpatient: can it be identified? *Nervenarzt* 2003; 74(3): 259-65.
6. **Carlile JB.** The reduction of violence in a chronic psychiatric inpatient group: a social technique. *Can J Psychiatry* 1993; 38(2):103-7.
7. **Ng B, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E.** Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2001; 52(4):521-5.
8. **James DV, Fineberg NA, Shah AK, Priest RG.** An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *Br J Psychiatry* 1990; 156:846-52.