



Universidad de Chile
Instituto de la Comunicación e Imagen
Escuela de Periodismo

INIMPUTABLES: LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN CHILE

BENJAMÍN EDUARDO CORTÉS ESCOBEDO
LUNA JAVIERA GRADO MUÑOZ

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA
CATEGORÍA: REPORTAJE

Profesora guía: Claudia Paola Lagos Lira

Santiago de Chile
noviembre 2021

Este reportaje está dedicado a todas las personas privadas de libertad, encerradas ilegalmente, que están a la espera de un cupo en un recinto psiquiátrico, y a las y los adolescentes infractores de ley a los que el Estado de Chile les ha negado el acceso a un tratamiento de salud mental digno.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación no hubiese sido posible, en primer lugar, sin las mamás y hermanas que nos compartieron las historias de sus seres queridos. Agradecemos la confianza que depositaron en nosotros al abrirnos sus relatos, llenos de dolor e injusticias, con la esperanza de que estos sirvan para mostrar las vidas de las personas con patologías psiquiátricas que se ven involucradas en problemas con la justicia, y así avanzar hacia un trato más digno para ellos.

También agradecemos la disposición, tiempo y experiencias de todas y todos los funcionarios de las instituciones relacionadas a la psiquiatría forense que participaron en este reportaje. Reconocemos y destacamos el compromiso que tienen con su trabajo aun cuando las condiciones que les entrega el Estado no son las más favorables.

Agradecemos a nuestra profesora Claudia Lagos Lira, quien con mucho cariño y sabiduría nos guió en estos meses. Su apoyo en los momentos más complejos durante la investigación nos permitió mantener la calma y el compromiso por sacar adelante el proyecto que nos propusimos trabajar.

Más allá del desarrollo del reportaje, agradecemos enormemente a nuestras familias por confiar y acompañarnos. En especial a nuestras madres, su apoyo y amor incondicional nos ha permitido creer en nosotros mismos. Esto fue esencial para estar seguros de que podíamos concretar lo que nos propusimos.

Por último, gracias a nuestros amigos y amigas por la compañía durante estos 5 años. Esta experiencia no tendría el mismo impacto en nuestras vidas si no hubiese sido por ustedes.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
ASESINATO EN LA CATEDRAL: ¿IMPUTABLE O NO?	8
Inimputabilidad por discapacidad psicosocial en Chile	8
Suspensión del procedimiento y pericia psiquiátrica forense	11
Medidas de seguridad	14
EL RECORRIDO DE LA INIMPUTABILIDAD	18
De “alienados mentales” a pacientes	20
Salud mental y sistema penal: la lucha por un cupo	23
Enfermedad, vulnerabilidad y abandono: la triada de la UEPI	29
La sentencia de Patricio	32
No hay donde: la dificultad del tratamiento fuera de cuatro paredes	35
ENCIERRO ILEGAL: LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN LA CÁRCEL	38
Los 35 días de Patricio en el infierno	39
Salud mental en la cárcel: un pozo sin fondo	42
La inoperancia del sistema va a matar a mi hermano	45
VIDAS DESECHABLES: ADOLESCENCIA Y PSIQUIATRÍA FORENSE	49
Sin delito no hay tratamiento	51
“O se mataba él o me mataba a mí”	54
UDAC: 8 cupos para todos los adolescentes de Chile	56
Abandonadas a su suerte: las adolescentes mujeres con problemas de consumo	60
Entre la ausencia y el invento: medidas de seguridad para adolescentes en Chile	62
EPÍLOGO	66
BIBLIOGRAFÍA	69

Archivos de prensa	71
Actas Comisión Nacional de Psiquiatría Forense	74
Solicitudes de acceso a información pública presentadas	75

INTRODUCCIÓN

A diferencia de lo que usualmente se espera, el tema de esta investigación no es algo que hayamos abordado durante gran parte de la carrera. Su aparición en nuestras vidas fue casi una casualidad. El año 2020, durante uno de los últimos cursos electivos que tuvimos en la carrera, se nos pidió entregar tres ideas para realizar un reportaje relacionado a la pandemia. La última de nuestras propuestas trataba sobre cómo se estaba viviendo la crisis sanitaria al interior del Instituto Psiquiátrico. No teníamos mucha confianza en que realmente podríamos concretarlo, ya que no conocíamos a nadie que trabajara en el área ni a familiares de alguien que estuviese internado. Era un terreno desconocido para nosotros.

Para nuestra sorpresa, el profesor del electivo, Juan Salinas, dijo que era un buen tema, pero le cambió el enfoque. En lugar de hablar de todo el Instituto, podíamos hablar de la unidad que estaba a cargo de Gendarmería. En esa conversación supimos por primera vez que existía el Servicio de Psiquiatría Forense. Antes, nunca nos habíamos enterado de que había personas privadas de libertad en el Instituto Psiquiátrico. El giro que tuvo nuestra idea inicial nos sedujo y decidimos seguir adelante con esta nueva propuesta. Al desarrollar el reportaje, nos encontramos con una realidad que ignorábamos.

Las y los funcionarios que entrevistamos se mostraron sorprendidos ante el interés por hablar de este tema. Si bien ese reportaje se enfocaba en cómo vivían la pandemia dentro de la unidad, en el proceso nos dimos cuenta de que era un tema mucho más grande y que era ignorado públicamente. Los contextos de vulnerabilidad que rodeaban a las personas que ingresaban a esta unidad, la evidente falta de cupos a nivel nacional y el hecho de que existían

personas que se encontraban en la cárcel mientras esperaban ingresar al Horwitz, fueron las primeras señales de que no debíamos soltar este tema luego de terminar ese primer reportaje.

En este contexto se enmarca este reportaje de investigación, que busca abordar y visibilizar lo que ocurre en Chile con las personas con una patología psiquiátrica y que tienen algún problema con la justicia. Nuestra legislación establece que estas personas pueden ser declaradas inimputables por su discapacidad psicosocial y cuentan con medidas especiales para resguardar su integridad y salud durante todo el proceso, ya sea mientras están siendo evaluadas o cuando ya se ha establecido su inimputabilidad. Quien se encarga de ellas es el Servicio Nacional de Psiquiatría Forense, una red de salud que responde a las distintas necesidades de las personas que se encuentran en este contexto. Es esta la red que se abordará a lo largo de los capítulos que componen este reportaje, desde el origen de la psiquiatría forense, la conformación del servicio, hasta la individualización de cada grupo de pacientes y las unidades que les competen.

Desde un principio nos propusimos trabajar el tema de este reportaje desde lo testimonial. Además de las cifras, los datos estadísticos, la legislación nacional e internacional y los informes que se han incluido dentro de nuestra investigación, las historias de distintas personas que se han involucrado con el servicio de una u otra forma son las que le dan vida a este trabajo periodístico. Conseguir estos casos no fue sencillo, no solo porque estas personas están dentro o pasaron por un proceso judicial, sino porque sus historias están tan plagadas de injusticias y vulneraciones que son difíciles de escribir y compartir. En ese sentido, fue clave el compromiso que voluntariamente tomaron las y los funcionarios del Servicio de Psiquiatría Forense y de otras instituciones relacionadas por ayudarnos a dar con estos relatos.

A partir de los testimonios compartidos por las personas nos encontramos con distintas facetas que reflejan la gravedad del abandono en que se encuentra la psiquiatría forense dentro del Estado. Esto es evidente en la falta de cupos en las distintas unidades, en las y los pacientes forenses que están en la cárcel durante largos períodos de tiempo a la espera de que -ojalá- avance la lista de espera, en la inexistencia de recintos especializados para adolescentes infractores de ley inimputables o con sospecha de serlo, en la ausencia de programas de formación especializados en psiquiatría forense y en una normativa obsoleta

sobre la discapacidad psicosocial, entre otros factores que se abordan dentro de esta investigación.

A la crítica situación anteriormente descrita, se le suman factores sociales como la estigmatización y discriminación sobre las personas con alguna patología psiquiátrica grave, los contextos de vulnerabilidad, pobreza y abandono en los que están inmersos los y las pacientes, los roles y estereotipos de género que se replican en las internas y la visión punitivista que todavía prevalece acerca de las personas que cometen un delito. Cada uno de estos elementos están plasmados en los testimonios que componen este reportaje y que ilustran cómo estos factores intervienen y dificultan el acceso al tratamiento digno, la rehabilitación y la posterior reinserción de estos pacientes.

Las historias de esta investigación son crudas e impactantes, pero son vivencias que existen y que se tienen que contar. Para realizar un trabajo periodístico ético y no revictimizante, cuidamos de no incluir nombres o elementos que permitan identificar a las personas cuando éstas así lo solicitaron, exceptuando cuando se trata de casos de connotación pública. Así mismo, la narración busca no caer en el morbo y el sensacionalismo, ya que estos enfoques, ampliamente utilizados en los medios de comunicación, sólo contribuyen a mantener los prejuicios sobre estas personas.

Esta investigación fue realizada con un compromiso ético y social, como futuros periodistas, de exponer y denunciar una realidad ignorada por la mayoría. Esperamos que este reportaje sea un punto de partida para continuar visibilizando estas historias, para que estas personas sean vistas como sujetos de derecho y que las problemáticas que los aquejan entren al debate público. Desde nuestra labor periodística, este es nuestro primer aporte para avanzar en el reconocimiento de la necesidad de nuevas políticas públicas que le den un trato digno a estas personas. Sabemos que aún queda un largo camino por recorrer y que esta es una batalla que dan principalmente las familias y los profesionales del área. Pero tenemos la convicción de continuar, desde nuestra vereda, contribuyendo en la visibilización de la realidad de estas personas que el Estado y la sociedad insisten en ignorar.

ASESINATO EN LA CATEDRAL: ¿IMPUTABLE O NO?

Como de costumbre, la Plaza de Armas de Santiago estaba llena. El frío de la jornada no fue un impedimento para que las familias fueran a pasear al lugar durante el fin de semana. Ese sábado 24 de julio de 2004, Rodrigo Orias Gallardo (25) estuvo sentado toda la tarde en la plaza frente a la Catedral de Santiago. Los feligreses y curiosos entraban y salían del lugar. El sacerdote Faustino Gazziero de Stefani (69) terminaba de officiar la misa sabatina, a la que tuvo que acudir de imprevisto como reemplazo. Mientras algunos comenzaban a retirarse de la iglesia, pequeños grupos seguían conversando al interior del templo.

Cerca de las 18:00 hrs. Rodrigo ingresó a la nave principal. Se dirigió hacia el altar, donde se encontraba el padre Gazziero. Cuando éste se acercó, el joven comenzó a gritar frases alusivas a satanás y al demonio. Se abalanzó sobre él y lo apuñaló 14 veces, asesinándolo frente a los feligreses que aún se encontraban ahí. Entre gritos, algunos testigos escaparon mientras que otros intentaron detener a Rodrigo. Orias al verse acorralado, intentó suicidarse cortándose el cuello. Debido a la gravedad de su herida, fue trasladado a la Posta Central, en el centro de la capital, donde estuvo casi cuatro días hospitalizado antes de ser trasladado al Hospital Penal, ubicado en la ex Penitenciaría de Santiago. Allí, Rodrigo Orias

enfrentaría el proceso penal por el homicidio del sacerdote, convirtiéndose en el caso de inimputabilidad por patología psiquiátrica de mayor cobertura mediática de la historia reciente de Chile.

Inimputabilidad por discapacidad psicosocial en Chile

La inimputabilidad por discapacidad psicosocial¹ en Chile está establecida en nuestro Código Penal (1874), el cual señala que están exentos de responsabilidad penal “el loco o demente a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón”. Según Katherine Cares y Camila Millán, cuando se elaboró el Código Penal, se consideró que la locura o demencia se refería a la falta de razón, inconsciencia, incapacidad de dirigir acciones y prevenir consecuencias. Sin embargo, en aquella época los avances médicos aún no permitían establecer con claridad la discapacidad psiquiátrica, por lo que incluso se incluía bajo el mismo parámetro a “antisociales”, que iban desde personas cesantes, personas con “oficios innobles”, hasta alcohólicos.

En 1906 con la dictación del Código de Procedimiento Penal se incluye la necesidad de una pericia psiquiátrica para determinar el estado del imputado, una diligencia que previamente no era requerida para establecer locura o demencia. Si bien existieron algunas normativas para adecuar el procedimiento a seguir y las acciones que se podían adoptar respecto a los “enajenados mentales”, como la ley N°11.625 (1954) y la ley N° 19.313 (1994), no fue sino hasta la promulgación de la ley N°18.857 (1989) con la cual se creó un libro especialmente dedicado al tratamiento penal del inimputable por discapacidad psicosocial y se establecieron medidas de seguridad y protección aplicables. Entre sus novedades estaba que se hacía una diferencia entre enajenado mental peligroso y no peligroso, además de curable e incurable, lo que debía quedar establecido en el informe médico.

¹ En nuestro ordenamiento jurídico se utiliza el concepto de inimputabilidad por “enajenación mental” y se define como el “estado mental de quien no es responsable de sus actos; puede ser permanente o transitorio”. Sin embargo, actualmente se habla de “discapacidad psicosocial” para referirse a aquellos individuos que padecen de una disminución psíquica que “al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Para este reportaje utilizaremos este concepto ya que es el más actualizado y no vulnera la dignidad y los derechos humanos de las personas.

Actualmente el Código Procesal Penal chileno se ocupa del inimputable en las reglas contenidas en el Título VII del Libro IV, que abarca los artículos 455 a 465, lo que fue añadido recién con la Reforma Procesal Penal dictada el año 2000. Para algunos expertos del área, no fue sino hasta esta reforma en que se comenzaron a garantizar los derechos de las personas inimputables por discapacidad psicosocial. Antes de eso, solo bastaba el informe médico que diagnosticara la patología psiquiátrica para internar en un recinto hospitalario a una persona, aun sin que se comprobara su participación en un delito. Esto responde a un cambio en la lógica detrás de las medidas establecidas, ya que anteriormente la medida de seguridad era considerada sólo como un tratamiento, una medida curativa para la persona, por lo que se consideraba que no era necesario establecer garantías jurídicas al aplicarla.

Si bien han existido avances en cuanto a legislación, para Nicolás Cisternas, abogado defensor y jefe de la Unidad de Defensa de Personas Inimputables por Discapacidad Psiquiátrica de la Defensoría Penal Pública (DPP), la normativa actual está incompleta y responde a lógicas obsoletas. “Parte del desinterés que hemos tenido desde el Estado en lo que es la inimputabilidad, se ha traducido en que no ha habido reformas respecto de las normas que regulan el tema (...) Esto tiene como consecuencia que tenemos una normativa deficiente” señala.

Este desinterés por parte del Estado también se refleja en la crítica situación de la salud mental. Chile es uno de los países que menos invierte en salud mental, destinando solo un 2,4% del presupuesto en salud para esta área. Esto está lejos de lo mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aun cuando una de cada tres personas en Chile sufre algún problema de salud mental durante su vida. Así, los trastornos y problemas mentales son en nuestro país la principal fuente de carga de enfermedad, por lo que la cantidad de años de vida saludables perdidos (AVISA) por condiciones neuropsiquiátricas llega al 23,2%, lo que se traduce en un impacto en la productividad y en el bienestar general de las personas que es incluso más alto que las enfermedades cardiovasculares o los cánceres. Pese a que nuestro país se ha suscrito a distintos pactos y convenciones² relacionadas al avance en salud mental y en los derechos de las personas con discapacidad mental, el mismo

² Entre estos se encuentra el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ratificado en 1972, la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada en 2008, la suscripción a los Planes de Acción de Salud mental de la OMS/OPS, entre otros.

Ministerio de Salud en su Plan de Salud Mental 2017-2025 señala que Chile es parte del 40% de países del mundo que no tiene Ley de Salud Mental, además de no haber actualizado sus políticas y planes en el área.

Un efecto de esta ausencia de políticas públicas específicas es la inequidad en el acceso a tratamientos. Según el último Plan de Evaluación del Sistema de Salud Mental (2014), para los afiliados a FONASA las posibilidades de obtener tratamiento en salud mental dependen del servicio de salud en el que estén inscritos, existiendo diferencias según el territorio y los recursos que se le asignen. Por ejemplo, el Gran Santiago Urbano cuenta con el doble de recursos humanos en atenciones de salud mental ambulatorias y el doble de camas de corta estadía que el resto de Chile. Por otro lado, los beneficiarios de ISAPRES acceden a tratamiento en salud mental 8 veces más que quienes son de FONASA, además poseen una tasa de hospitalización 1,5 veces mayor. Esto se agrava aún más considerando que en Chile hay solo 5 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cuando el promedio recomendado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es de 16,7.

Rodrigo Orias no accedió a ningún tratamiento psiquiátrico en su vida, pese a que comenzó con sus alucinaciones en la adolescencia. Durante esos años, solo algunos amigos sabían las cosas que el joven escuchaba y veía. Las alucinaciones llegaron al punto de que comenzó a sacrificar animales en rituales satánicos que realizaba en los bosques de Coyhaique, su ciudad natal. La familia no prestó mayor atención a su aislamiento y sus conductas. La esquizofrenia de Rodrigo estaba completamente descompensada, lo que fue el detonante para que el crimen del sacerdote ocurriera.

Las voces, que él identificaba como el diablo, le ordenaron matar a algún miembro de la Iglesia. El 13 de julio de 2004 tomó un bus con dirección a Santiago. En Coyhaique, una densa nevazón puso en riesgo el viaje de Rodrigo. Si el bus no partía, asesinaría a alguien de la zona, pero el bus partió. Al llegar a la capital, arrendó una pieza en el centro. Durante los días posteriores, recorrió diversas iglesias de la ciudad en busca de alguna señal que le indicara cuándo cometer el crimen. Dentro de su búsqueda, compró una daga de 20 cm., artefacto con el que días más tarde asesinó al sacerdote Gazziero en la Catedral de Santiago.

La ausencia de tratamiento de la esquizofrenia de Rodrigo Orias jugó un rol fundamental en el crimen. Rafael Villar, enfermero en psiquiatría forense hace más de 20

años, explica que cualquier persona con patología psiquiátrica sin tratamiento y descompensada es más propensa a cometer un delito. “Los pacientes se descompensan y cometen el delito, el que puede ir desde robo hasta el asesinato más complejo (...) En el caso de Orias, sus padres veían que tenía conductas extrañas, pero no se dieron cuenta de la gravedad hasta que ocurrió todo. Entonces, si nadie les enseña a las familias, la familia no va a asumir ningún riesgo” señala.

Suspensión del procedimiento y pericia psiquiátrica forense

Luego de permanecer hospitalizado cuatro días en la Posta Central, Rodrigo Orias es trasladado al Hospital Penitenciario. En este lugar es interrogado por primera vez por la jueza Verónica Sabaj, del Tercer Juzgado del Crimen de Santiago, quien en ese entonces también asumió el rol de persecutora, debido a que aún no se aplicaba la Reforma Procesal Penal en la Región Metropolitana. Por lo tanto, todos los antecedentes y diligencias de la investigación quedaron a su cargo.

Actualmente, con la aplicación de la Reforma Procesal Penal y la separación entre quien investiga y quien juzga, el proceso para una persona con sospecha de discapacidad psicosocial funciona de manera diferente. El art. 458 del Código Procesal Penal establece que, si durante el procedimiento “aparecieren antecedentes que permitieren presumir la inimputabilidad por enajenación mental del imputado, el ministerio público o juez de garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará el informe psiquiátrico correspondiente, explicitando la conducta punible que se investiga en relación con éste”. Además, el juez deberá ordenar la suspensión del procedimiento para esta persona hasta que no se remita el informe requerido.

Por otro lado, se deberá designar un *curador ad litem*, que será la persona encargada de ejercer los derechos del imputado³. Esta curaduría especial está definida en el art. 494 del Código Civil y se enmarca en un contexto de asegurar los derechos y garantías de quien es considerado “incapaz” de ejercerlo, velando por su protección y custodia. Esta figura es controversial porque es una persona, que puede ser familiar o no, dependiendo de las redes de

³ Art. 459 Código Procesal Penal: “Designación de curador. Existiendo antecedentes acerca de la enajenación mental del imputado, sus derechos serán ejercidos por un curador ad litem designado al efecto”.

apoyo del imputado, que va a ejercer los derechos de la persona como si esta no tuviese nada de razonamiento ni voluntad propia. “Muchas veces designan a familiares que lo único que quieren es abandonar a esta persona (...) El problema más importante es la sustitución de la voluntad, la figura del curador obedece a lógicas de hace más de 60 años, cuando la persona con discapacidad psicosocial era vista como un envoltorio sin contenido”, agrega Nicolás Cisternas.

Respecto a la suspensión del procedimiento establecida en el art. 458, la interpretación es que al momento de suspenderlo y, a la espera del informe pericial, se suspenderán también las medidas cautelares y, por lo tanto, el imputado deberá quedar en libertad. Sin embargo, en la práctica se han observado diferentes aplicaciones de este artículo según los casos y lo que determinen los tribunales, las Cortes de Apelaciones o la Corte Suprema. Nicolás Cisternas señala que hay al menos cuatro interpretaciones distintas por parte de la jurisprudencia.

Por un lado, está su interpretación literal, es decir, que al momento de suspender el procedimiento la persona queda en libertad. Luego, está la suspensión del procedimiento, pero permitiendo la aplicación de todas las medidas cautelares menos la prisión preventiva. Ambas lecturas no contemplan la privación de libertad en un recinto penitenciario o centro asistencial. Por otro lado, una de las interpretaciones que han existido es que se suspende parte del procedimiento, pero algunos fines siguen vigentes, como la investigación y la protección a las víctimas, lo que haría aplicable todas las medidas cautelares incluyendo la prisión preventiva. “Esto último es bastante grave, o sea si tenemos una persona con sospecha de inimputabilidad, mantenerla en la cárcel es gravísimo”, comenta el abogado.

El criterio que actualmente impera en la mayoría de los casos de sospecha de inimputabilidad por discapacidad psicosocial es que se pueden aplicar todas las medidas cautelares de baja intensidad (arresto domiciliario, vigilancia, obligación de presentarse ante el juez, arraigo nacional, entre otras), menos la prisión preventiva. Pero, sí se permite la internación provisional⁴ sin informe psiquiátrico previo. “Yo no logro entender cómo la Corte Suprema llegó a ese criterio, porque hay un salto lógico importante, ya que la internación

⁴ Art. 464 Código Procesal Penal: “Durante el procedimiento el tribunal podrá ordenar, a petición de alguno de los intervinientes, la internación provisional del imputado en un establecimiento asistencial, cuando concurrieren los requisitos señalados en los artículos 140 y 141, y el informe psiquiátrico practicado al imputado señalare que éste sufre una grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales que hicieren temer que atentará contra sí o contra otras personas”

provisional exige el informe médico (...) Pero la figura de la suspensión es sumamente problemática y parte de eso obedece a que tenemos una mala legislación que, cuando se enfrenta a casos graves o extremos, depende de la creatividad de los jueces o intervinientes”.

Cualquiera sea el caso, si la persona con sospecha de inimputabilidad por discapacidad psicosocial se encuentra en libertad o privada de libertad en la cárcel o recinto de salud, el informe psiquiátrico será solicitado por el juez al Servicio de Psiquiatría Forense, que es la red asistencial que se ocupa de estos casos, o al Servicio Médico Legal (SML). La pericia psiquiátrica es una evaluación médica realizada por psiquiatras forenses, en la que se determina si la patología mental influyó o no en la realización del delito, además de definir la peligrosidad del sujeto evaluado para sí mismo y/o para terceros. La entrevista de la pericia psiquiátrica se extiende por más de una hora en la que el profesional observa fenómenos cognitivos, afectivos y conductuales de la persona. El procedimiento va más allá de esto, ya que los profesionales a cargo previamente deben revisar el expediente investigativo de la persona y luego redactar el informe que se envía al tribunal. Según los expertos entrevistados, una pericia psiquiátrica forense se puede demorar hasta ocho horas en total, esto sin considerar que a veces es necesaria más de una evaluación.

Las problemáticas de acceso a atención en salud mental también se ven en este ámbito y se reflejan en las largas listas de espera para la realización de las pericias. Sebastián Reyes, psicólogo forense y jefe del Área de Salud Mental del SML Metropolitano, explica: “Tenemos una gran lista de espera por dos razones, la primera es que hay muy pocos peritos psiquiatras y por otro lado, con el estallido social, se nos desarregló la agenda y luego con la pandemia tuvimos que suspender las pericias, todo el sistema judicial también se detuvo (...). Entonces, hoy tenemos una lista de espera de dos años”.

Según datos obtenidos del Servicio Médico Legal a través de solicitud de transparencia, existen solo trece psiquiatras forenses para todo el país. La situación se agrava aún más porque hay ocho regiones que no cuentan con personal del SML especializado en salud mental, ni psiquiatras ni psicólogos forenses. Este es el caso de las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Valparaíso, Maule, Ñuble, Aysén y Magallanes. Sebastián Reyes explica que cuando se requieren pericias psiquiátricas en estas zonas, se evalúa caso a caso la acción a tomar, ya sea trasladar a un psiquiatra de Santiago, uno de la región más

cercana o sugerir al tribunal que se derive la solicitud a algún otro servicio de salud especializado.

En el caso de la Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, dispositivo de referencia nacional, la espera también es extensa. Ramón Elgueta, psiquiatra jefe de la unidad, comenta que “con la pandemia las pericias ambulatorias se suspendieron desde marzo hasta septiembre, lo que generó más retraso del que ya había. Si antes era de seis meses, ahora está en un año”. Esta UEPI cuenta con seis psiquiatras forenses y realizan 8 pericias psiquiátricas ambulatorias a la semana, aun así, si un tribunal ordena una pericia psiquiátrica ahora, se realizaría el próximo año.

Medidas de seguridad

El caso del asesinato del sacerdote Gazziero tuvo enorme impacto y marcó la agenda pública de la época. El alcalde de Santiago durante ese periodo, Joaquín Lavín, fue el primero en presentar acciones legales contra el acusado. La Iglesia Católica también se sumó. Los medios de comunicación contribuyeron a la especulación, aumentando cierto clima de inseguridad tras lo ocurrido. La teoría de que detrás del asesinato estaba una secta satánica fue adquiriendo cada vez más fuerza. Incluso dentro de la propia iglesia, fue Luis Infanti, obispo de Aysén, uno de los principales difusores de esta nueva faceta sobre el caso. Durante el funeral del sacerdote, Ricardo Lagos, presidente de la República en ese entonces, aseguró que se encargaría de proteger la seguridad de los sacerdotes del país, ante la posibilidad de que hubiese más gente involucrada y atacaran nuevamente. Con el avance de la investigación, esta teoría fue perdiendo sustento, siendo hallado como único responsable Rodrigo Orias.

El joven fue sometido a más de 10 pericias psiquiátricas distintas, en las que se determinó que padecía una esquizofrenia paranoide, la cual, debido a su descompensación, influyó directamente en el asesinato del sacerdote Gazziero. Esta enfermedad afecta el pensamiento de las personas que la padecen, quienes presentan síntomas de alucinaciones auditivas y delirios, alterando su capacidad de voluntad. El 14 de septiembre de 2004, la jueza Verónica Sabaj determinó que el joven era inimputable debido a la patología psiquiátrica que

definió su comportamiento. Miguel Ortiz,⁵ portavoz del Sistema Judicial de la época, declaró que la decisión se debió a que “el acusado padece de una esquizofrenia de tipo paranoico, con un cuadro sicótico, con presencia de fenómenos alucinatorios, auditivos, táctiles, cinestésicos de contenido mágico y demoníaco”. El 20 de diciembre de 2004, la Corte de Apelaciones ratificó la decisión, decretando la medida de seguridad de internación en una institución psiquiátrica para recibir tratamiento. Al tratarse de un homicidio, la duración de esta medida sería de 15 años y un día.

El procedimiento para personas inimputables por discapacidad psicosocial establece que, al recibir el informe psiquiátrico forense, el juez de garantía deberá decidir con todos los antecedentes si la persona es imputable o no de acuerdo con el Art. 10 N°1 del Código Penal. Contrario a lo que usualmente se cree, del total de personas que fueron evaluadas en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz entre el 2017 y el 2020, solo un 4,1% fue descubierto intentando simular alguna patología psiquiátrica para ser declarado inimputable.

En el caso de declararse la inimputabilidad por discapacidad psicosocial, hay dos medidas de seguridad que pueden aplicarse a la persona en caso de que, además de ser inimputable, se compruebe la existencia y participación en el delito y se establezca que el sujeto es peligroso para sí mismo y/o terceros⁶. Según la Corporación Administrativa del Poder Judicial (CAPJ), entre el año 2000 y 2020, 366 personas fueron sentenciadas a una medida de seguridad.

Estas medidas de seguridad son la internación en un establecimiento psiquiátrico y la custodia y tratamiento, las que en ningún caso deberán realizarse en un establecimiento carcelario, ya que no se trata de una condena, sino de un tratamiento. En Chile solo existen tres recintos habilitados para recibir a personas con la medida de seguridad de internación: el Hospital Philippe Pinel, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y el Hospital

⁵ Declaración entregada por Miguel Ortiz a los medios de comunicación el 14 de septiembre de 2004, recuperada desde el sitio web de la Radio Cooperativa (<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/jueza-determino-que-rodrigo-orias-no-puede-ser-procesado/2004-09-14/122423.html>)

⁶Art. 455 Código Procesal Penal. - Procedencia de la aplicación de medidas de seguridad. En el proceso penal sólo podrá aplicarse una medida de seguridad al enajenado mental que hubiere realizado un hecho típico y antijurídico y siempre que existieren antecedentes calificados que permitieren presumir que atentará contra sí mismo o contra otras personas.

Guillermo Grant. Los tres totalizan 128 cupos. De estos tres recintos, solo el Hospital Philippe Pinel cuenta con cupos para mujeres.

Si no hubiese un cupo en estos recintos, la ley establece que se debe habilitar uno en el hospital público más cercano, una situación reiterada e históricamente problemática, ya que pacientes forenses utilizan cupos en las áreas de psiquiatría general. Por ejemplo, el acta del 6 de junio de 2019 de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense señala que uno de los problemas es que en las áreas psiquiátricas de los hospitales regionales de Puerto Montt, Valdivia y Osorno, “entre un 40% y un 70% de la ocupación de camas es de pacientes forenses”, así como el acta del 5 de marzo de 2020 que señala que en el hospital de Puerto Montt hay un paciente forense hace 15 años ocupando una cama en el área psiquiátrica. “Esto genera también problemas en los servicios de salud, porque en el fondo tienes pacientes que están ocupando una cama, una cama que no es psiquiátrica, que está cumpliendo una medida de seguridad y tiene que llegar a esos dispositivos”, agrega Ramón Elgueta, jefe de la UEPI del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

En cuanto a la forma y condiciones de las medidas de seguridad, éstas deben ser establecidas en la sentencia y se rigen por los artículos 481 y 482 del Código Procesal Penal. Estos señalan, en primer lugar, que las medidas de seguridad solo pueden subsistir mientras existan las condiciones que las hicieron necesarias, es decir, si la peligrosidad del sujeto desaparece total o parcialmente se puede terminar o sustituir la medida de seguridad por una menos restrictiva. En segundo lugar, éstas no deberán extenderse más de lo que duraría la sanción restrictiva o privativa de libertad que habría podido imponerse al sujeto por los delitos cometidos si hubiese sido considerado como imputable. Finalmente, la persona o institución que tendrá al sujeto a su cuidado deberá informar semestralmente sobre la evolución de su condición al Ministerio Público y a su curador o familiares y el Ministerio Público deberá inspeccionar cada seis meses los establecimientos donde se encuentren internados o cumpliendo tratamiento personas con discapacidad psicosocial para informar del resultado al juez de garantía correspondiente. Tanto el Ministerio Público como el curador o la familia podrán solicitar al juez la suspensión o modificación de las condiciones de la medida cuando el caso lo aconseje y se presenten los antecedentes que respalden la petición.

Nuestra normativa también contempla el caso de que una persona ya condenada presente una discapacidad psicosocial, situación en la que el juez tomará en cuenta los antecedentes entregados por la Fiscalía y la defensa y dictará una resolución en la que se sustituya inmediatamente la medida restrictiva o privativa de libertad por una medida de seguridad⁷. Esto se da en dos casos, el primero es que por diversas razones no se haya detectado la inimputabilidad de la persona en el procedimiento y el segundo caso es de aquellos que ya estando en la cárcel desarrollen alguna patología psiquiátrica grave, siendo estos casos aún más complejos de detectar por el contexto carcelario y las mínimas atenciones en salud mental que se dan dentro de estos recintos.

“Yo creo que hay muchos casos de personas que estando en la cárcel caen en la denominada “enajenación mental”, ya que son contextos supera estresantes o hay mucho consumo de drogas (...) ¿Se suspende realmente la pena? Difícil. Por norma expresa pareciera que no, al menos no mientras se ordena la pericia psiquiátrica” comenta Nicolás Cisternas. Nuevamente, señala el abogado, la ley es deficiente y da a diversas interpretaciones sobre su aplicación, la que incluso puede depender de la gravedad del delito cometido por la persona.

Rodrigo Orias pasó cinco meses privado de libertad en la ex Penitenciaría de Santiago, lugar donde no se le brindó un tratamiento adecuado para sus requerimientos. Finalmente, el 13 de enero de 2005, Rodrigo Orias fue trasladado hacia la Unidad de Alta Complejidad del Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel de Putaendo, en la región de Valparaíso. Luego de tres años en ese recinto, el 27 de julio de 2008 se le dio el alta médica, con autorización del tribunal, debido a que su enfermedad estaba controlada gracias al tratamiento médico.

El joven se trasladó a Coyhaique, su ciudad natal, donde reapareció públicamente el 5 de diciembre de 2009 como campeón del primer torneo de fisicoculturismo de la ciudad. Su triunfo captó la atención de los medios de comunicación, quienes cubrieron la noticia a partir de la premisa de la nueva vida del asesino del sacerdote. Debido a que el caso tuvo tal connotación mediática, aún se mantiene el interés por su vida. Cada cierto tiempo, se renuevan las teorías respecto al presente de Rodrigo Orias. Lo último que se supo de él, es

⁷ Art. 482 Código Procesal Penal- Condenado que cae en enajenación mental. Si después de dictada la sentencia, el condenado cayere en enajenación mental, el tribunal, oyendo al fiscal y al defensor, dictará una resolución fundada declarando que no se deberá cumplir la sanción restrictiva o privativa de libertad y dispondrá, según el caso, la medida de seguridad que correspondiere. El tribunal velará por el inmediato cumplimiento de su resolución. En lo demás, regirán las disposiciones de este Párrafo.

que se trasladó a Santiago a la comuna de San Bernardo y cambió su nombre para evitar ser reconocido. Pese a tener un proceso de rehabilitación exitoso, lo único que se destaca de él, es que es el asesino de la Catedral de Santiago.

EL RECORRIDO DE LA INIMPUTABILIDAD

Teresa (38) vive en Valparaíso y nunca había viajado sola a Santiago. Sin embargo, en marzo del 2012 tuvo que hacerlo por primera vez. Al llegar al terminal de buses en Estación Central, se reunió con su suegra y un hermano de ésta, quienes la acompañaron en su primera visita a la Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, ubicado en Av. La Paz en Recoleta. El Instituto, que ocupa un terreno de cuatro manzanas, cuenta con pabellones de urgencia, atención cerrada, estabilización de trastornos adictivos y rehabilitación. Las instalaciones se encuentran rodeadas de jardines y grandes árboles, que otorgan un ambiente más amigable al lugar. Hacia el fondo del Instituto, cruzando un pasillo, se encuentra el Servicio de Psiquiatría Forense. Un cartel ubicado en un portón gris indica la UEPI y la Unidad de Desintoxicación y Tratamiento para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos (UDAC).

En la entrada de la unidad hay un mesón en el cual hay siempre al menos dos gendarmes observando las cámaras que vigilan durante las 24 horas del día a los internos. A la derecha del mesón hay otro portón que se mantiene siempre cerrado y se abre exclusivamente bajo la custodia de Gendarmería. Tras ese portón, están encerrados los pacientes imputados que se encuentran en evaluación psiquiátrica forense. Hay dos puertas de fierro que impiden el libre tránsito de las y los internos. A la derecha del corredor, se encuentran las 9 camas para mujeres y, a la izquierda, las 30 para hombres.

Lo primero que le impactó a Teresa fue el ambiente hostil del lugar, los muros altos y las protecciones con alambres de púas sobre ellos. Le dieron la impresión de estar adentrándose en una cárcel. “Me acuerdo de que los gendarmes andaban como con unas metralletas (...) cuando entré y vi la cara de los demás pacientes, tuve miedo por mi hermano”, relata. Cuando Teresa vio a Patricio (41), su hermano mayor, él estaba con un uniforme amarillo, sus pies engrillados y bajo la vigilancia constante de gendarmes armados.

Semanas antes, Patricio había provocado un incendio en la casa de su madre en Talca, el que consumió otras 5 casas contiguas. Patricio fue detenido y estuvo dos semanas en la cárcel de Talca separado del resto de la población penal debido a que era evidente que sufría una patología psiquiátrica. Por esta misma razón, el tribunal decidió que fuera trasladado a la UEPI del Horwitz, para su internación provisional, mientras se desarrollaba la investigación.

El incendio no fue el primer episodio de descompensación grave que sufrió Patricio. Si bien había sido diagnosticado con esquizofrenia el 2002, nunca recibió un tratamiento adecuado. Su condición se veía agravada por su consumo problemático de drogas desde los 13 años. Debido a esta patología dual, Patricio se había visto involucrado en diversos delitos por los que estuvo privado de libertad en más de una ocasión. Una vez, incluso, fue detenido por portar un sable de 56 cm. de largo en la calle y el tribunal ordenó su internación en el Hospital de Talca.

El 2008, en medio de un confuso incidente, Patricio recibió un balazo en la cabeza que le dejó secuelas físicas y cognitivas. Desde 2009, Patricio recibe una pensión mensual por -dice su certificado- tener un 67% de invalidez. Éste es su único ingreso. “Después de recibir el balazo, mi hermano quedó con daño físico y psíquico grave, no podía caminar y no tuvo ningún apoyo para su rehabilitación. Entre familia y amigos empezaron a ayudarlo y así pudo volver a moverse”, recuerda Teresa. Aunque Patricio comenzó a recuperar su movilidad, la esquizofrenia y la adicción a las drogas continuaban sin tratamiento.

La adicción de Patricio agravaba aún más sus episodios psicóticos. Su familia, y en especial su madre, con quien vivía y era su principal cuidadora, intentaban administrarle los medicamentos. Sin embargo, a menudo, Patricio no los tomaba. Además, los fármacos que le entregaba el Hospital de Talca no eran de última generación y, por lo tanto, sus efectos secundarios eran más severos. Por ejemplo, Patricio experimentaba temblores constantes debido a su medicación. El tratamiento incorrecto le provocó descompensaciones más severas, escalando en sus actos de violencia. Patricio mató a su perro, la mascota de toda su vida, Pirata, porque aseguraba que tenía al diablo adentro. Este evento puede ser leído como una advertencia de lo que vendría después con el incendio de las casas por la cual está en el Horwitz.

A principios de febrero del 2012, Patricio había intentado incendiar la casa de su madre, quien se acercó a la Municipalidad para gestionar que su hijo fuese internado nuevamente. Sin embargo, la asistente social le señaló que no había cupos para su hospitalización, que se encontraba en el puesto número 14 de la lista de espera para ingresar. “Mi mamá estaba muy asustada con la conducta de mi hermano, él siempre la amenazaba, así que ella se iba para la casa de una tía para no estar con él”, recuerda Teresa.

Según lo que relatan los testigos del caso, el incendio parecía algo que se veía venir; que era cuestión de tiempo. Los vecinos y la familia señalaron que era evidente que Patricio no estaba bien, que padecía alguna enfermedad mental y que era claro, para todos, que necesitaba ser internado con urgencia. Nada sirvió. El 15 de febrero del 2012, a las 14:30 de la tarde, Patricio prendió fuego al sillón de la casa de su madre con un encendedor. Las llamas se extendieron al resto de la casa y a las contiguas. El episodio, afortunadamente, no tuvo víctimas fatales. Teresa se encontraba en su casa, en Valparaíso, cuando le avisaron de lo sucedido. Unos vecinos habían retenido a su hermano. “Me dijeron que le estaban pegando y desde allá no tenía nada que hacer. Llamé a unos primos para que fueran a verlo y al final llegaron los Carabineros y se lo llevaron detenido”.

Patricio estuvo dos semanas en la cárcel de Talca. Al decretarse su internación provisional en la UEPI del Horwitz, fue trasladado al día siguiente. Así, el 3 de marzo de 2012, Patricio ya se encontraba en la unidad. A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de las personas imputadas con sospecha de discapacidad psicosocial, su proceso de ingreso fue inusualmente expedito. De no ser así, lo más probable es que hubiese permanecido en la cárcel sin recibir el tratamiento adecuado.

De “alienados mentales” a pacientes

La psiquiatría forense es una disciplina auxiliar de la justicia que evalúa, diagnostica y trata las problemáticas de salud mental de las personas que estén en algún conflicto con la ley. Si bien el Servicio de Psiquiatría Forense en Chile lleva un poco más de dos décadas funcionando, la preocupación por identificar, diagnosticar y tratar a los pacientes con

patologías psiquiátricas se remonta hacia 1852, cuando se funda en Chile el primer centro de internación psiquiátrica: la Casa de Orates Nuestra Señora de los Ángeles.

En aquella época no se contaba con los conocimientos suficientes para identificar y, mucho menos, tratar correctamente a las personas con patologías psiquiátricas, denominados “alienados mentales” por las autoridades. En ese sentido, si bien desde 1799 el Hospital San Juan de Dios tenía una pieza para “locos”, la mayoría de las personas en esta situación se encontraba en las calles, conventos, encarcelados, aislados por la sociedad, sin tratamientos ni cuidados por parte del Estado ni de nadie. No fue sino hasta que el Intendente de Santiago de la época, el Teniente Coronel Francisco Ángel Ramírez, comenzó las gestiones para crear un lugar donde los “alienados” fueran agrupados y cuidados, basándose en el Hospital San Andrés de Lima, la “Casa de Locos” más cercana a nuestro país.

La Casa de Orates contó inicialmente con 30 camas y estaba ubicada en el barrio Yungay. Contaba con financiamiento estatal y con aportes y la administración de la élite económica del país, quienes comenzaron a ver a los “alienados mentales” como sujetos de su atención. Sin embargo, con el desconocimiento médico y los prejuicios sociales en torno a la locura, la Casa de Orates en sus primeras décadas sería solamente un lugar de encierro para estas personas consideradas peligrosas o que alteraban la moral. Así, entre la falta de recursos por parte del Estado, el hecho que el edificio era originalmente un cuartel militar en ruinas y la posición y valor del loco en la sociedad, la Casa de Orates era un lugar lúgubre donde era evidente la precaria infraestructura y el abandono. Tal como señalaba Diego Barros Fernández, presidente de la junta directiva del lugar en 1853: “Debo aprovecharme señor Ministro de esta oportunidad para hacer presente a V. S. el estado miserable a que estaba reducida una institución de tanta importancia como es la Casa de Locos. Sin estension, sin edificio i hasta sin cocina, el local no presentaba comodidades de ninguna especie” (sic).⁸

Otro aspecto que clasificaba a la Casa de Orates como un lugar de encierro es que no ofrecía asistencia de salud de, por ejemplo, alguna congregación religiosa, como ocurría en otros hospitales y el personal constaba solo de un mayordomo y guardianes. No fue sino hasta 1858 cuando se contrató al primer médico para el lugar, el Dr. Lorenzo Sazié. Para entonces, los cupos ya habían aumentado a 100 camas, pero aun así resultaban insuficientes para la

⁸ Extraído del Acta del 13 de junio de la Junta Directiva de la Casa de Orates, dirigida al Ministro del Interior de la época.

cantidad de pacientes. Esto motivó a que la Casa de Orates se trasladara desde Barrio Yungay a Avenida La Paz, en Recoleta, lugar donde hoy se ubica el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Transcurrieron todavía 23 años más desde la creación de la Casa de Orates para que integraran a un médico especialista en enfermedades mentales, el Dr. Guillermo Benham, contratado en 1875. Con él recién comenzaría a aplicarse un tratamiento a los y las pacientes, el que consistía básicamente en labores domésticas y algunos talleres y actividades al interior del recinto. Sin embargo, cuatro años después la Junta de Beneficencia, entidad que administraba los hospitales públicos en la época, le solicitó la renuncia al Dr. Benham como represalia por las denuncias que hizo sobre las condiciones deplorables en que se encontraban los pacientes.

En efecto, las condiciones del lugar eran de un total abandono, hacinamiento y precarización, tal como indicaron los Dres. José Joaquín Aguirre y Octavio Maira en un informe solicitado por la Junta de Beneficencia. El documento señalaba que en una habitación de 3 x 4 metros dormían aproximadamente 17 pacientes sobre un poco de paja dispuesta sobre el piso de cemento. Además, no contaban con cuidadores, lo que dejaba a los pacientes a su suerte cuando las puertas de la casa se cerraban entre las 7 de la tarde y las 7 de la mañana siguiente.

Algunas fuentes concuerdan en que la formalización de la psiquiatría forense en Chile data de 1877, cuando el primer paciente con problemas judiciales es internado en la Casa de Orates. Finalmente, en 1884, con el Dr. Ramón Elguero como director del recinto, se crea la “Casa de Observación”, un lugar destinado para los enfermos mentales que tenían algún problema judicial, manteniéndolos ahí mientras se decretaba su ingreso a la Casa de Orates. La casa de internación comenzó a recibir paulatinamente a más pacientes con problemas judiciales, ya fuera como condenados, sobreseídos o con el procedimiento suspendido.

Durante la década de 1920, el subdirector del establecimiento, Dr. Jerónimo Letelier Grez, diferenció las 1700 plazas que tenía el lugar en tres áreas: hospital psiquiátrico, para ingresos voluntarios y observación; manicomio para peligrosos y crónicos, y asilo de

temperancia para alcohólicos. Con esta división por áreas, la Casa de Orates lentamente comenzaría a ser denominada Manicomio Nacional.

Dentro del área de manicomio se encontraban indistintamente pacientes con problemas judiciales y pacientes crónicos que no habían cometido delitos o crímenes. Esto se volvió especialmente problemático en 1937 cuando el psiquiatra Dr. Oscar Fontecilla fue asesinado en su consulta por un paciente con patología psiquiátrica. Luego de pasar cinco años recluido, el hombre fue liberado, pero fue reingresado al Manicomio Nacional luego de asesinar a su padre. Con el impacto de este homicidio comenzaron las gestiones que derivaron en la creación, en 1940, del Departamento Judicial en el Manicomio Nacional, con 140 cupos iniciales.

Tres años después comenzó el trabajo coordinado con el Instituto Médico Legal (actual Servicio Médico Legal), que entre sus áreas de trabajo contaba con la “Sección Exámenes Vivos”. Según el Reglamento Orgánico que regía al Instituto en esa época, esta unidad se encargaba de “evacuar para los Tribunales los informes de lesiones en general, perversiones sexuales, abortos, violaciones y los informes psiquiátricos sobre los individuos procesados”. Solo en 1943, el Instituto emitió 15.282 reportes.

Recién en 1980 comenzó la coordinación con Gendarmería para tratar ambulatoriamente a pacientes con patologías psiquiátricas internados en recintos penales. Este trabajo inicial derivó más tarde en la creación de la Comisión Salud Justicia, en 1993. Esta comisión debía encargarse de, al menos, 140 personas que se encontraban en pabellones denominados “enfermos mentales crónicos” al interior de las cárceles, sin ningún tipo de tratamiento ni plan de rehabilitación ni de reinserción. En la mayoría de los casos, estos individuos “egresaban” sólo debido a su fallecimiento.

En la década de los noventa, y sobre la base de la nueva reforma psiquiátrica que buscaba modificar el concepto asilar de la psiquiatría hacia uno más comunitario, los hospitales psiquiátricos suspendieron los ingresos de pacientes con problemas judiciales a las áreas de pacientes crónicos. Así, en 1998 se destinaron sólo 40 camas en recintos de la red de salud pública para todos los pacientes judiciales. Esto acarreó largas listas de espera, con los afectados recluidos en recintos penitenciarios mientras se abría algún cupo. A partir de esta situación, se crea el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense, cuya función incluía gestionar

los cupos e implementar las medidas de seguridad para los pacientes sobreseídos por discapacidad psicosocial.

Salud mental y sistema penal: la lucha por un cupo

La creación del Servicio Nacional de Psiquiatría Forense se produjo en un contexto muy complejo. En 1998, un tercio de las camas del país destinadas al área de psiquiatría se encontraban ocupadas por personas imputadas. Esto saturó la red de salud, lo que, a su vez, se reflejó en las al menos 140 personas sobreseídas que ese mismo año permanecían cumpliendo condena al interior de recintos penitenciarios del país pero que debían haber sido liberadas por orden de la Corte Suprema. La gravedad del asunto motivó a los funcionarios del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak a paralizar actividades demandando al Ministerio de Salud que creara unidades exclusivas para este tipo de pacientes. La medida de presión a las autoridades de la época se replicó en distintos hospitales psiquiátricos del país.

Rafael Villar, enfermero en psiquiatría forense del Instituto y funcionario durante la época de dichas movilizaciones, recuerda que otro factor importante dentro de esta crisis eran los familiares de los pacientes sin problemas judiciales que se encontraban hospitalizados. “Los que teníamos en los sectores, quienes estaban engrillados, tenían que estar con cadenas mientras compartían el espacio con el resto, acompañados de un gendarme (...) entonces, la gente y sus familiares no querían a delincuentes junto a sus familiares hospitalizados”, recuerda el enfermero. Finalmente, se asignaron recursos extraordinarios al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y el Hospital Dr. Philippe Pinel de Putaendo para acoger a estas 140 personas que debían salir de la cárcel y recibir su tratamiento en un centro de salud especializado.

Con el inicio de la implementación de la Reforma Procesal Penal en el año 2000, la capacidad de atender el incremento de la demanda de atención a pacientes psiquiátricos forenses tensionó a los servicios de salud. En efecto, la nueva normativa indicaba expresamente que estas personas no podían permanecer en recintos penitenciarios. Gonzalo Poblete, psiquiatra y especialista en salud pública, quien trabajaba en el Departamento Forense del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y que luego fue encargado del área

de psiquiatría forense del Ministerio de Salud, recuerda que advirtieron el colapso de los servicios de salud en regiones, donde primero se implementó gradualmente la Reforma Procesal Penal.

Pero para el año 2005, cuando la Reforma comenzó a aplicarse en la Región Metropolitana, aún no dimensionaba el impacto que tendría en este aspecto. Gonzalo Poblete menciona que la magnitud de este colapso se comprendió recién a fines de año, cuando llegó un número importante de imputados con internación provisional al Horwitz, el Hospital Salvador de Valparaíso y el Pinel de Putaendo. El psiquiatra comenta que, antes de la aplicación del nuevo Código Procesal Penal, nunca se le consultó al Ministerio de Salud si realmente podía acoger la demanda de atención de los pacientes psiquiátricos forenses. “¿Desde el Ministerio sabíamos de estas modificaciones del Código?” Nunca. “¿Por qué un Ministerio de Justicia hace esto sin preguntarles? ¿Y Salud tiene la capacidad para dar respuesta a esta gran temática?” No la teníamos. Entonces, había que construirla”, señala el psiquiatra.

La situación crítica en materia de psiquiatría forense agudizó la urgencia de habilitar unidades para este tipo de pacientes fuera de la capital. Así, el Plan Nacional de Salud Mental del 2000 consigna que el Servicio Nacional de Psiquiatría Forense se enfocará exclusivamente en las personas que tienen algún problema con la justicia. Este contaría con Unidades Forenses de Alta Complejidad, de referencia nacional; Unidades Forenses de Mediana Complejidad, de referencia regional, y hogares y residencias forenses adscritas a los diversos servicios de salud regionales. Vilma Ortiz, psiquiatra del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak durante la época, organizó los equipos de trabajo para el levantamiento de estas unidades a lo largo del país. Fue un proceso largo en el que se debieron producir información y realizar estudios para respaldar la inversión que requería el Servicio de Psiquiatría Forense. Los primeros recursos públicos fueron destinados recién el año 2007.

En sus inicios el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense fue pensado para atender exclusivamente a personas adultas. El 2007, con la entrada en vigencia de la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente, urge crear unidades destinadas a la población infanto-juvenil. Ese año se crea la Unidad de Desintoxicación y de Tratamiento para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos (UDAC) en el Instituto Psiquiátrico Dr.

José Horwitz Barak, de referencia nacional, ubicada en el Servicio de Psiquiatría Forense del instituto. Esta unidad tiene el objetivo de atender a adolescentes infractores de ley y/o con problemas de policonsumo de drogas, desde los 14 y hasta los 18 años.

A la par de esta unidad, se crearon centros similares en otros recintos hospitalarios, destinados a atender a la misma población. Debido a las complejidades de brindar tratamiento a pacientes con estas características y al desinterés del Estado, poco a poco, la mayoría cerró, destinando sus camas a otras áreas de salud. En la actualidad solo existe la UDAC para atender a estos niños y adolescentes. Esta unidad solo cuenta con 14 cupos, que debieron reducirse a 8 para respetar los aforos debido a la pandemia, todos destinados a varones. En otras palabras, las niñas y adolescentes infractoras de la ley y/o con problemas de consumo de drogas o alcohol quedan a su suerte pues en Chile no hay cupos para ellas.

El 2012 se creó la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense con el objetivo de asesorar al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Salud en la implementación de medidas que mejoren la atención de los pacientes con alguna discapacidad psicosocial, tanto en recintos penitenciarios, unidades de salud mental y servicios de psiquiatría forense. Así, la comisión trabaja también en la producción de estadísticas y la elaboración de informes sobre las condiciones de la psiquiatría forense en Chile. Esta comisión tiene la obligación de sesionar una vez al mes y cuenta con representantes del Servicio de Psiquiatría Forense, Gendarmería, la Defensoría Penal Pública, el Servicio Médico Legal, el Ministerio Público y los ministerios de Salud y de Justicia.

La función principal de esta comisión es la recopilación de información estadística respecto a las personas que estén sometidas a alguna medida de seguridad o con sospecha de inimputabilidad por discapacidad psicosocial. Además, esta información debe utilizarse para asesorar a los Ministerios de Salud y Justicia, emitiendo informes técnicos que propongan acciones o programas para mejorar la situación de estos pacientes. Al solicitar por transparencia los informes realizados por la Comisión, desde el 2012 en adelante, a las principales instituciones involucradas (ministerios de Salud y de Justicia y Defensoría Penal Pública) solo se nos facilitó el Boletín Estadístico “Proceso penal y personas inimputables por enajenación mental” del año 2016, elaborado por la Defensoría Penal Pública para la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense. Las demás entidades no entregaron información,

sólo las actas de las reuniones entre 2016 y hasta marzo de 2020, y luego desde enero de 2021 a septiembre de 2021, en las que no queda consignado el objetivo de realizar los informes técnicos con los que debería cumplir la comisión.

Pese a que el Servicio Nacional de Psiquiatría Forense fue creado hace ya 23 años, solo 7 regiones del país cuentan con unidades destinadas a la evaluación, internación y/o tratamiento para pacientes con discapacidad psicosocial que hayan cometido algún delito. Cuando uno de estos pacientes está en otra región tiene dos opciones: ser atendido en un centro de salud que no está especializado en el área o esperar meses o incluso años para ser trasladado a otra región. Esta larga espera evidencia que los cupos son aún insuficientes en Chile.

Esta realidad no se condice con los objetivos planteados por el Ministerio de Salud en el último Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. La propuesta establece ciertos grupos específicos que requieren de un abordaje intersectorial especial, para responder a sus necesidades en materia de salud mental. Entre éstos se cuentan niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a ley de Responsabilidad Penal Adolescente y adultos privados de libertad. Así, se establece un campo de acción especial que debiese propiciar una coordinación multisectorial para abordar los problemas de salud mental que los afectan. Además, se incluyen a los pacientes con patologías psiquiátricas y problemas judiciales, planteándose la necesidad de que aumente la capacidad de cobertura para el ofrecimiento de un tratamiento para estos grupos, a lo largo de todo el territorio nacional, el cual tenga como objetivo central la reinserción.

La oferta de cupos dentro del Servicio Nacional de Psiquiatría Forense no ha presentado variaciones significativas en los últimos años, manteniendo a las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, O'Higgins, Ñuble, Maule, Los Lagos y Aysén sin unidades especializadas en psiquiatría forense. En lo que respecta al resto del territorio nacional, la Red de Psiquiatría Forense está compuesta por Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria (UPFT), Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI), Unidades de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS), los Hogares Forenses y la UDAC.

Las UPFT son unidades que funcionan desde el año 2007 dentro de algunos recintos penitenciarios y tienen la función de brindar atención clínica y realizar pericias psiquiátricas a

las personas imputadas y condenadas que están privadas de libertad. Según Gonzalo Poblete, las UPFT fueron evaluadas como la mejor opción para atender a los pacientes psiquiátricos forenses en su relación de costo y beneficio. “Las UPFT tienen el beneficio de que además de hacer pericias como una UEPI, pueden ver las temáticas de salud mental de toda la población privada de libertad, incluso a nivel regional”, comenta. Para el psiquiatra, las UPFT también evitan la estigmatización de las personas imputadas con discapacidad psicosocial que deben ser atendidas en centros de salud, ya que en esos casos deben ir esposados y con gendarmes armados custodiándolos, situación que muchas veces genera recelo entre los demás pacientes y sus familiares e, incluso, el personal.

Existen 36 camas en UPFT a nivel nacional, que están ubicadas en Arica con 14 cupos, Valparaíso con 16 cupos⁹ y la Unidad Forense Psiquiátrica Hospitalaria Intrapenitenciaria (UPFHI) de Punta Arenas con 6 cupos. A estos se le suman dos unidades de salud mental transitoria, las cuales solo tienen atención ambulatoria y se encuentran en la Región Metropolitana, en el Centro Penitenciario Femenino de San Joaquín, que funciona desde 2017, con 183 internas bajo control. Mientras que en el Centro de Cumplimiento Penitenciario Colina I funciona desde agosto de este año y tiene 120 internos con control.

Las UEPI son unidades que están destinadas a la evaluación psiquiátrica de personas imputadas que se encuentran con la medida de internación provisional por sospecha de discapacidad psicosocial. A nivel nacional existen 67 camas, distribuidas en tres regiones. El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barack, ubicado en la región Metropolitana, cuenta con 39 camas, de las cuales 30 son para hombres y 9 para mujeres. El Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, ubicado en la región de Valparaíso, tiene 20 camas que son mixtas. El Hospital Dr. Henríquez Aravena de Temuco, región de La Araucanía, posee 8 camas para hombres y, en caso de ser necesario, pueden habilitar dos camas para mujeres.

Las UCMS son unidades de atención clínica y rehabilitación para personas declaradas inimputables con una medida de seguridad de internación. Existen 119 camas a nivel nacional. El Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel cuenta con 20 camas de Alta Complejidad y 50 de mediana complejidad, de carácter mixto. El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak tiene 40 camas, que son exclusivas para hombres. El Servicio de

⁹ Con solo 12 cupos operativos por la pandemia.

Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, región del Bío Bío, cuenta con 18 camas para hombres¹⁰.

Los Hogares o Residencias Forenses son lugares para personas que cumplen con una medida de seguridad activa, pero que han disminuido su peligrosidad y que conservan sus habilidades psíquicas, cognitivas y funcionales para vivir de manera más independiente. Actualmente existe sólo una residencia forense, a cargo de la UCMS del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, con 11 cupos para hombres.

Si bien la baja cantidad de cupos para los distintos servicios dentro de la psiquiatría forense es un problema estructural, en el caso de las mujeres es aún más grave. De hecho, de los 119 cupos de UCMS a nivel nacional, solo el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel cuenta con camas mixtas, sin que quede claro cuántos de estos cupos son para mujeres. O, en otras palabras, cuando un tribunal determina que una mujer debe cumplir sentencia a través de una medida de internación y no puede ser trasladada a dicho recinto, no hay cupo disponible en ningún otro lugar, por lo que debe cumplirla en las áreas de psiquiatría de los recintos de salud, donde no recibirá el mismo tratamiento que en una unidad especializada. Andrea González, psiquiatra de la UCMS del Horwitz, señala que “las mujeres quedan en el sector de (pacientes) agudos del instituto y las atiende el equipo de allá. Reciben el mismo tratamiento farmacológico, pero además aquí tenemos todo el tema de reinserción, vínculo con la familia, terapia ocupacional. Eso no se hace allá”.

Ahora, la existencia de una sola residencia forense a nivel nacional es evidentemente insuficiente, considerando la importancia de estos dispositivos para reinsertar a los pacientes forenses que egresan luego de una hospitalización prolongada. Sin embargo, el panorama es aún peor pues ni siquiera incluyen a las mujeres. “Antes una de las residencias era de mujeres y teníamos a cinco hospitalizadas, pero eso se reestructuró y esa residencia se cerró. Nos encantaría tener camas para ellas, hay un espacio medio perdido y podríamos poner unas tres camas, pero todo depende de los recursos”, agrega González.

Tener una cama en cualquiera de las unidades del Servicio de Psiquiatría Forense implica un costo mayor de recursos de lo que sería una hospitalización normal. Sandra Moglia, psiquiatra y jefa del Servicio de Psiquiatría Forense del Horwitz desde el año 2016,

¹⁰ Con solo 14 operativas por la pandemia.

explica que disponer de una sola cama forense implica un equipo completo de profesionales, además de aspectos de seguridad. “Son las medidas de seguridad y todo el personal que requiere, desde TENS, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, trabajador social, terapeuta ocupacional... porque es un trabajo bien especializado. Además, necesitas muchas prestaciones de salud, porque son pacientes muy graves”.

Para Ana María Hermosilla, asistente social de la UEPI del Horwitz, a las mujeres que se encuentran internadas en el servicio se les suman otras problemáticas. “Los delitos cometidos por mujeres tienen un estigma mucho mayor (...) se les suma el tema de la maternidad y la relación con los hijos, un tema que casi no se ve en los hombres, que de los 30 que tenemos acá, solo 3 tienen un vínculo afectivo con ellos”. Esta realidad es un reflejo de que, incluso en este contexto, las mujeres continúan encarnando roles a los que históricamente se les ha asociado.

La principal justificación para no implementar más unidades o cupos para mujeres es que constituyen un porcentaje mucho menor en comparación a los hombres con problemas de salud mental e involucrados en delitos. Sin embargo, aunque sean menos, estas mujeres existen y requieren de atención y tratamiento. El Estado de Chile continúa excluyendo de sus políticas públicas a las mujeres con patologías psiquiátricas que hayan cometido un delito, negándoles el acceso a un tratamiento con la infraestructura y enfoques que ellas requieren.

Enfermedad, vulnerabilidad y abandono: la triada de la UEPI

La UEPI es una unidad de corta estadía, pensada solo para la evaluación, estabilización y entrega de tratamiento farmacológico, sin incluir el proceso de rehabilitación y reinserción. “La lista de espera de hospitalizados es bastante grande. Actualmente, tenemos alrededor de 30 pacientes esperando hospitalización. Cuando se creó la UEPI en 2007 teníamos pensado que las internaciones duraran máximo tres meses, pero el problema es que los procesos judiciales son mucho más prolongados”, explica Ramón Elgueta. Dependiendo de la complejidad del caso, el proceso para llegar a una sentencia puede durar un año o incluso más, lo que impide que los cupos de la UEPI se liberen. La asistente social Ana María

Hermosilla, coincide con este diagnóstico, señalando que incluso tiene un paciente que lleva alrededor de tres años internado en la UEPI, con su proceso judicial estancado.

Debido a la demora en las causas judiciales y la prolongación de la hospitalización de los pacientes, el equipo profesional de la unidad se ha visto obligado a ampliarse a otras disciplinas. En la actualidad, además de los psiquiatras y el personal clínico, la UEPI del Horwitz cuenta con dos terapeutas ocupacionales, una para mujeres y otra para hombres, y dos asistentes sociales. En conjunto, el equipo busca ocupar el tiempo libre de los y las pacientes de la mejor forma, para evitar que esos periodos de ocio perjudiquen aún más su salud mental.

“Hay una necesidad tremenda de ellos de poder hablar con alguien. Las instancias de terapia ocupacional son súper importantes, porque hacen la contención y evitan esto de pensar tanto. Cuando se compensan, se dan cuenta de lo que hicieron y, como dicen ellos, se “*psicosean*” pensando en eso. Y no hay más instancias para compartir, es todo rígido” comenta Ana María Hermosilla. Para la asistente social, la rigidez de la UEPI está determinada por la presencia de Gendarmería en el lugar. La mirada de esta institución es completamente distinta a la clínica: mientras que para ellos son reos, para el equipo de la UEPI son pacientes. Para Dayana Contreras, enfermera de la UEPI, es importante recordar el contexto en el que se encontraban estas personas al cometer el delito. “Nuestros pacientes son parte del problema del sistema, porque ellos cometieron un crimen estando en descompensación. Cualquier paciente psiquiátrico que no tiene tratamiento correcto o seguimiento, puede cometer un delito”.

Según datos solicitados por transparencia al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak¹¹, los pacientes de la UEPI son, en su mayoría, hombres (636 ingresos). Las mujeres son las menos (92 ingresos). Si bien es una unidad que recibe pacientes de todas las regiones del país, la mayoría proviene de las regiones Metropolitana (601), del Maule (73) y la de Valparaíso (19). En cuanto a la edad, la mayoría de las personas internadas tiene de 18 a 30 años (270) y de 31 a 40 años (239). Las patologías que más se repiten son esquizofrenia (321 pacientes), trastornos por consumo de sustancias (126 pacientes) y trastorno de personalidad (71 pacientes), aunque es común que los pacientes presenten más de un diagnóstico. En el

¹¹ Los datos solicitados son los correspondientes a los años 2010 a marzo de 2021.

caso de los delitos, si bien los más recurrentes son los robos (490) y el desacato (150), también se encuentran delitos como amenazas (88), lesiones (68), homicidios y homicidios frustrados (55) y abuso sexual y violación (30). Algunos pacientes, de hecho, ingresan por más de un delito.

El consumo de drogas es un problema común entre los pacientes que ingresan a la UEPI. Ramón Elgueta, psiquiatra jefe de la UEPI del Horwitz, plantea que existen dos grupos de pacientes en la unidad. El primero de ellos son las personas que, debido a un cuadro psiquiátrico grave, con alucinaciones y delirios, cometen un delito. El otro grupo corresponde a pacientes con una patología mental asociada al consumo de droga, con elementos de antisocialidad y antecedentes delictivos previos a la patología. “Este grupo es más complejo de manejar porque son psicóticos y con consumo; entonces, cuando ambas enfermedades interactúan, empeoran la otra. Hay poca adherencia al tratamiento, ya que tienen antecedentes de una red de apoyo poco efectiva que no ayuda a mantenerlos compensados”, señala el profesional.

El Informe de Caracterización de Oferta y Demanda de Psiquiatría Forense (2021), encargado por la Subsecretaría de Salud Pública, señala que de las 894 personas sometidas a pericias por la UEPI desde el 2017 al 2020, 873 consumían alcohol, 660 consumían marihuana, 596 consumían cocaína y 500 consumían pasta base. A pesar de esta realidad, la UEPI no trata las adicciones. Ana María Herмосilla, asistente social de la UEPI, destaca que esto influye en la reincidencia de los pacientes. “La mayoría presenta patologías duales y cuando salen en libertad se van a consumir al tiro, porque acá no se hace un tratamiento en drogas. Aquí se compensa y se mantiene, pero no hay un tratamiento en sí”.

“Dentro del rango socioeconómico de los pacientes hay mucha pobreza y vulnerabilidad. La mayoría solo alcanzó hasta la educación básica, incluso algunos son analfabetos. Y por lo menos el 40% está en situación de abandono familiar. Por ende, las problemáticas se suman, tienes varios estigmas acá metidos”, precisa Ana María Herмосilla. Sandra Moglia, psiquiatra y jefa del Servicio de Psiquiatría Forense del Horwitz, señala que en la UEPI no tienen cómo saber cuándo se le otorgará la libertad a los y las pacientes, por lo que es complejo gestionarles el ingreso a alguna residencia u hogar en caso de estar en situación de calle. Esta problemática es determinante en el alto porcentaje de reincidencia que

tienen los pacientes de la UEPI. “No tenemos la estadística clara, pero aproximadamente tenemos un 40% de reincidencia en la UEPI. Son pacientes que salen de la unidad sin medida de seguridad y que al tiempo vuelven a entrar por otro delito”, explica.

El Informe de Caracterización de Oferta y Demanda de Psiquiatría Forense (2021) señala que un 24,8% de los pacientes cuenta con educación básica incompleta y solo el 14,9% tiene la básica completa. Además, un 4,1% de los pacientes son analfabetos. La mayoría de los pacientes, ya sea hombres o mujeres, no indicaron alguna ocupación al ingresar a la UEPI, por lo tanto, no contaban con ingresos formales. Por otro lado, solo un 5,7% de los pacientes recibían algún tipo de beneficio estatal.

“A mi hermano menor y a mi nos internaron en el Hogar San José cuando éramos chicos. Como Patricio ya era más grande, lo dejaron con mi mamá, pero ella no lo cuidó y él se quedó solo”, relata Teresa. En este contexto de abandono, Patricio solo completó su escolaridad hasta 3ro básico. Luego de que su madre se fuera a Linares, Patricio vivió con su abuela, quien hacía lo que podía que era, básicamente, que no muriera de hambre. A los 11 años, cuando suponemos que un niño asiste a 5o o 6o básico y, a lo más, sufre algún accidente por estar jugando, Patricio comenzó a tomar y drogarse.

El 21 de diciembre del 2012, tras más de diez meses en la UEPI, Patricio fue declarado inimputable por su esquizofrenia hebefreno-paranoide, un deterioro orgánico cerebral moderado y un trastorno por dependencia al alcohol y a otras sustancias que lo tenían psicótico al momento de prenderle fuego a su vivienda y las del vecindario. La medida de seguridad indicada era su internación en la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de Santiago, con una extensión de no más de diez años y un día.

La sentencia de Patricio

La Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS) del Horwitz se encuentra justo al frente del resto del Instituto Psiquiátrico. Tiene un portón grande, que no está resguardado por un portero o un guardia. Al ingresar, hay un terreno vacío que funciona como estacionamiento y al final de éste está la entrada a la casa que funciona como la UCMS.

Primero están las oficinas de los profesionales de la unidad y luego, tras una puerta de vidrio con barrotes, está el área común de los pacientes. Esta puerta es el único elemento de seguridad, en esta unidad no hay gendarmes ni guardias porque los pacientes están cumpliendo un tratamiento, no una condena. La amplia casa está compuesta por cuatro piezas de diez camas cada una. Además, cuenta con una cancha donde todos los martes se juega fútbol y una huerta donde los pacientes pueden trabajar la tierra.

Patricio lleva en esta unidad 9 años. Sí bien se encuentra relativamente estable dentro de su enfermedad, aún sufre descompensaciones que le han impedido cambiar su medida de seguridad a una de custodia y tratamiento. Sin embargo, durante estos años sí ha obtenido el beneficio de salidas terapéuticas autorizadas por tribunales y siempre acompañadas de un profesional de la unidad. Estas salidas implican salir al *mall*, La Vega o a los alrededores del sector a realizar trámites o a dar un paseo. Philippine Bamberger, psicóloga de la UCMS, señala que estas salidas sirven para que los pacientes vuelvan paulatinamente a involucrarse en una vida libre del encierro. “Las salidas tienen un sentido muy terapéutico porque les acerca a lo que vuelven a ser sus vidas una vez que egresen. Es algo muy rehabilitador poder hacerte cargo de lo que tú quieres”.

Debido a la pandemia, en abril de 2020 Patricio obtuvo la autorización del Tribunal para trasladarse a Valparaíso a vivir con su hermana Teresa por unos meses al menos, ya que era la única familiar que lo visitaba constantemente y manejaba las implicancias de su tratamiento. Para Teresa estos meses fueron los mejores para Patricio, ya que él tiene una buena relación con su familia, en especial con su sobrino Kevin, el hijo mayor de Teresa. “Él lo pasaba bien, yo le cocinaba comidas ricas que le gustan. Tuvo dos controles en Santiago y en todo ese tiempo adhirió al tratamiento y nunca se descompensó”, comenta Teresa. Pasadas las fiestas de fin de año, Patricio volvió a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad. Pocas semanas después, volvió a descompensarse y, desde entonces y hasta el cierre de este reportaje, se ha mantenido inestable. “Yo creo que a él le afecta el encierro, la psiquiatra también me dijo lo mismo. Creo que ya no está participando en los talleres y cuando lo llamo, tampoco hablamos tanto”.

Este apoyo familiar que Teresa ha podido brindarle incluso a la distancia a su hermano no es una experiencia común para los pacientes de la UCMS. Luego de un año con las visitas

familiares suspendidas por la pandemia, actualmente hay horario de visitas todos los martes y jueves, con cuatro rangos de horario para cada día. “En general, no se llenan los cupos, las familias en un gran porcentaje están poco presentes o nada presentes. Hay otros pacientes que sí, pero diría que un 60% no tiene mucha red de apoyo”, señala Andrea González, psiquiatra jefa de la UCMS. Para Claudio Ocampo, terapeuta ocupacional de la unidad, es lamentable que la mayoría de los pacientes no cuente con esta red de apoyo, ya que es algo imprescindible para asegurar un buen egreso de los pacientes y su posterior control del tratamiento. “Esta realidad hace que el proceso de rehabilitación sea mucho más complejo, porque para poder hacer una reinserción exitosa es fundamental tener el apoyo de la familia”.

Según información solicitada al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, desde el año 2010 hasta marzo del 2021, la UCMS atendió a 86 pacientes, todos hombres. La mayoría de ellos provienen de las regiones Metropolitana (54), del Maule (9) y de O’Higgins (8). Sus edades varían entre 31 a 40 años (23 pacientes) y de 18 a 30 años (22 pacientes), también han atendido a 6 pacientes entre 81 y 90 años. Los delitos por los cuales fueron sentenciados los internos y que se repiten son robo (21), homicidio y homicidio frustrado (18), lesiones (9) e incendio (8), aunque un paciente puede estar ingresado por más de un delito. Las enfermedades más comunes son esquizofrenia (61), trastorno por consumo de sustancias (20) y deterioro neurocognitivo (7) y, otra vez, los pacientes pueden tener más de un diagnóstico. “La situación social en general es bien precaria, son pacientes muy vulnerables, que han estado en situación de calle, que han tenido violencia intrafamiliar, eso es lo que más vemos”, agrega Andrea González.

En general, la convivencia entre los pacientes es apacible, tienen sus rutinas y actividades para ocupar el tiempo de ocio. “De repente, se pelean porque viven aquí años, pero la relación entre ellos es buena. Los pacientes que están en una pieza tienen cierta afinidad, hay grupos, otros son más solitarios. Solo cuando entra un psicópata o alguien violento empiezan los problemas”, explica Andrea González. Teresa señala que, si bien Patricio nunca ha tenido un problema con el grupo, en el último tiempo alguien ha comenzado a quitarle la comida y ropa nueva que ella le lleva, por lo que tuvo que registrar un reclamo al respecto.

Uno de los aspectos que permiten que se dé esta buena convivencia son las actividades grupales que el equipo de profesionales realiza semanalmente, las que también tienen un enfoque de rehabilitación y reinserción. Claudio Ocampo comenta que “lo que tratamos como terapeutas ocupacionales es hacer que la jornada diaria tenga un carácter motivador, que puedan utilizar el tiempo en algunas cosas de apresto laboral, en recreación y en lo que significa potenciar las conductas en términos del tiempo libre, como juegos o actividades más lúdicas”.

Pese a la tranquilidad del ambiente entre los pacientes, las fugas son algo recurrente en la unidad, ya que la única seguridad de la casa es el cierre perimetral que se instaló hace algunos años. Al ocurrir una fuga, el equipo avisa al plan cuadrante de Carabineros y también a tribunales. “La semana pasada hubo una fuga y la antepasada también (...). Pero, en verdad, nadie los busca; si el paciente no se devuelve solo o no queda por aquí y el plan cuadrante lo trae, después, chao, no los buscan”, se lamenta Andrea González. La psiquiatra señala que en la mayoría de los casos los pacientes vuelven solos, porque se quedan en la calle, están psicóticos, no tienen comida o se les acaba el dinero.

Si bien los pacientes están cumpliendo su medida de seguridad de internación en un recinto psiquiátrico por un tiempo equivalente a lo que habría sido su condena de privación de libertad, en la actualidad la UCMS busca que, al momento de que el paciente se estabilice, y dependiendo de sus redes de apoyo, esta medida pueda ser reemplazada para así adelantar y facilitar su egreso. “Los pacientes ahora están muchos menos años que antes, porque antes si te daban 5 años y 1 día, pasabas todo ese tiempo internado. Ahora, tenemos la mirada de que, si el paciente se estabiliza y tiene red, se conversa en audiencia para que quede con custodia y tratamiento, con controles cada 15 o 28 días según lo que diga el juez”, explica Andrea González.

A Patricio le queda un poco más de un año para cumplir el tiempo máximo que debía durar su medida de seguridad de internación. Aunque Teresa ha estado presente en todo el proceso, no cuenta con el tiempo ni el espacio en su casa para que su hermano pueda vivir con ella de manera permanente al momento de su egreso. Una de las opciones que tiene y que está en evaluación con el equipo de la UCMS, es que Patricio sea trasladado a un hogar en Valparaíso. “Eso me gustaría a mi ya que podría ir a verlo regularmente o él podría venir a mi

casa. Si se va para Talca, quedaría solo de nuevo y podría descompensarse otra vez”, reflexiona Teresa.

No hay donde: la dificultad del tratamiento fuera de cuatro paredes

El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 establecía que el Servicio de Psiquiatría Forense debía contar con residencias y hogares forenses en todas las regiones del país. Sin embargo, en la actualidad solo funciona uno en la Región Metropolitana, uno en Temuco y otro Valdivia. El Hogar Francia, ubicado a solo cuadras del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, está destinado solo a pacientes hombres, tiene cuatro dormitorios y un cupo máximo de 11 personas. Este centro funciona como una etapa intermedia entre la hospitalización cerrada y la libertad, aunque en casos de pacientes que no tienen redes familiares, esta casa puede convertirse en su nuevo -y definitivo- hogar.

Claudio Ocampo, terapeuta ocupacional de la UCMS y quien está a cargo de este lugar, señala que este espacio tiene muchos beneficios para los pacientes. “La idea del hogar es evitar la hospitalización prolongada, porque la hospitalización es en cuatro paredes y va a generar siempre algún tipo de distrofia en términos de sus capacidades. El hecho de salir de esta hospitalización y entrar a un ambiente que es en la comunidad, claramente pone en funcionamiento habilidades que no se ven en el hospital”, explica el terapeuta. En ese sentido, los pacientes, además de asumir las labores de la casa, pueden inscribirse en un consultorio, participar en actividades de la Municipalidad e, incluso, acceder a algún trabajo remunerado previa autorización de tribunales.

Anteriormente existían cinco residencias forenses en Santiago, cada una con alrededor de ocho pacientes pero que, en general, se quedaban allí hasta su muerte y no se encontraban en buen estado debido a la escasez de recursos humanos e incluso incidentes violentos dentro de los mismos. Andrea González explica que debieron cerrar las residencias y reestructurar su funcionamiento para brindar una mejor atención. “Creamos esta norma técnica con los requisitos de ingreso. Hoy aceptamos pacientes que se verían beneficiados terapéuticamente por el egreso, que tengan estabilidad clínica con buen pronóstico, que no tengan consumo de sustancias y que no tengan red familiar alguna”.

Los profesionales del Servicio de Psiquiatría Forense concuerdan en que es necesario potenciar este tipo de centros. Gonzalo Poblete, psiquiatra que ha trabajado por décadas en distintas unidades de este servicio, argumenta que el abandono familiar que tienen estos pacientes no puede significar que por eso estén años hospitalizados. “Un paciente que comete un delito menor no puede estar cinco años hospitalizado. Es necesario potenciar las residencias forenses para trabajar la adherencia al tratamiento, seguimiento, control y reinserción”. Ana María Hermosilla, asistente social de la UEPI, precisa que una de sus preocupaciones es dónde van los pacientes cuando egresan de la unidad. “Cuando un paciente se va, sabemos que va a volver. Sería ideal que existieran más hogares como de tránsito, para prepararlos en la vida en comunidad. La UCMS tiene un hogar, pero buscan un perfil súper específico, entonces qué hacemos, dónde lo derivamos, no hay dónde”.

Otra instancia fuera de la internación en la que el Servicio de Psiquiatría Forense se involucra con los pacientes forenses es el Policlínico Post-Alta. Este servicio ambulatorio implica controles periódicos con los pacientes cuando están con la medida de seguridad de custodia y tratamiento luego de haber estado en internación en la UCMS. “El que los controles sean aquí mismo permite que si un paciente se desestabiliza por cualquier razón, se revierte la medida y el tribunal autoriza el reingreso”, explica Andrea González. Si bien eso es beneficioso, la unidad también intenta derivar estos controles a sus centros de salud de referencia para no estresar aún más el servicio. “Fue un trabajo de años, sacar a los pacientes a sus centros de referencia. Tuvimos que hacer interconsultas y mandarlos bien referidos, porque siguen siendo pacientes súper graves que necesitan ese control”, precisa González. Actualmente el Policlínico Post-Alta de la UCMS del Horwitz tiene alrededor de 60 pacientes.

En el caso de Patricio, al no existir dispositivos forenses en Valparaíso, se debe gestionar la posibilidad de que sea aceptado en una residencia común. Este espacio no es el ideal para mantener a un paciente forense con sus patologías. La inestabilidad en su cuadro psiquiátrico, las dificultades para encontrar un lugar óptimo cuando llegue el momento de su egreso y la escasa red de apoyo son factores que influyen en que Patricio continúe en la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad cuando ya han transcurrido 9 años internado.

ENCIERRO ILEGAL: LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN LA CÁRCEL

Era 18 de octubre de 2021 y el ambiente de Santiago se sentía tenso por lo que se venía. En la jornada de un nuevo aniversario de la revuelta social de 2019, algunos intentaban irse temprano a sus casas para evitar los posibles atochamientos producto de las manifestaciones convocadas y eventuales barricadas y cortes de tránsito. La prima y la

hermana de Patricio (47) también querían llegar luego a su casa, pero llevaban todo el día fuera del C.D.P. Santiago 1 esperando que lo liberaran luego de estar 35 días encerrado. Gendarmería no les proporcionaba información sobre el egreso de su hermano, lo que tenía sumida a la familia en la angustia, como lo estuvieron las últimas semanas. Patricio fue liberado a eso de las 8 de la tarde. Pero la angustia no cesó.

“Salió medio adormecido. Nuestra única preocupación era su salud mental, porque pensábamos que si había estado alrededor de 30 días en el hospital ASA¹² dentro de la *Peni*, se habría curado de sus heridas”, relata Tania (36), hermana menor de Patricio. A pesar de que él había estado en la unidad hospitalaria del centro penitenciario, era evidente que no había recibido tratamiento psiquiátrico más allá de fármacos para calmarlo. Se trasladaron a la urgencia del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, donde estimaron que no se trataba de un caso grave y decidieron no internarlo pues, como Patricio venía medicado, no presentaba ideaciones suicidas.

Les sugirieron dirigirse al Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz en la comuna de La Florida, donde disponen de hospitalización psiquiátrica de corta estadía. En el lugar le midieron los signos vitales y les dijeron que la espera era de 7 horas. “Aparte, nos dijeron que no había urgencia psiquiátrica, que tenía que venir en la semana, porque psiquiatría no atiende viernes, sábado ni domingo. Después de las 4 de la tarde no existe la salud mental en este país”, cuenta Tania. Considerando que Patricio acababa de salir de la cárcel, la familia decidió llevárselo a casa y volver a intentarlo al otro día. Esa noche Patricio tuvo vómitos, fiebre y mucho dolor producto de las heridas con las que salió de la cárcel.

Ese fue solo el primer día de la batalla por una atención digna para Patricio. Una batalla que continúa hasta el cierre de este reportaje y que se había iniciado más de un mes antes, el 11 de septiembre de ese mismo año, cuando Patricio ingresó al módulo común del C.D.P Santiago 1 porque no había cupos en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak para que cumpliera su internación provisional allí. Aunque el 14° Juzgado de Garantía de Santiago había ordenado su hospitalización, la lista de espera de la Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) era de 43 personas. Tal como Patricio, esas 43 personas también

¹² Los ASA son las áreas ambulatorias de salud dentro de las cárceles concesionadas.

están en la cárcel a la espera de su cupo en una institución psiquiátrica, pasando incluso meses sin un tratamiento adecuado y vulnerables entre el resto de la población.

Los 35 días de Patricio en el infierno

Patricio (47) vivía con su madre en La Florida. Según lo que relata su hermana Tania, desde noviembre del 2020 que no estaba siguiendo su tratamiento por su trastorno afectivo bipolar 1 severo de manera correcta, lo que lo mantenía en constantes crisis. La última de éstas comenzó el 8 de septiembre, cuando intentó quitarse la vida y después escapó de la casa. Luego de dos días sin que nadie supiera de él, volvió a la casa de su madre, con heridas que él mismo se había hecho y descompensado.

Su madre y uno de los hermanos de Patricio intentaron calmarlo, pero era imposible. No consiguieron una ambulancia psiquiátrica para trasladarlo de manera urgente a un centro de salud. En medio de esta crisis, la madre llamó a Carabineros y denunció que Patricio la había amenazado y que también había destruido parte de su propiedad. Era una medida desesperada que la madre de Patricio ideó para que se lo llevaran e internaran. Pero no era una denuncia real. “El Pato, con todas las crisis que había tenido, nunca había sido agresivo con terceros, a lo más se peleaba con los paramédicos de las ambulancias. Puede ser pesado, cruel, pero agresivo o que te vaya a hacer algo a ti, no”, comenta Tania. Carabineros se llevó a Patricio y pasó la noche en la comisaría.

Al siguiente día, en la audiencia de control de detención y con los antecedentes que se presentaron, como el certificado de discapacidad mental del 87% y documentos que acreditaban más de 15 internaciones psiquiátricas previas, el juez determinó que Patricio debía cumplir la medida de internación provisional en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. El juez señaló que el tribunal no puede desconocer que el ingreso a la UEPI del Instituto no es expedito y que, de no existir inmediatamente un cupo para Patricio, él debía volver a un recinto de Gendarmería, con los resguardos correspondientes. Las palabras del juez se volvieron realidad: el 11 de septiembre, el Instituto indicó que la UEPI cuenta con 30 camas y que había 43 personas en lista de espera. Patricio fue ingresado al C.D.P. Santiago 1, donde estuvo en módulo común y tuvo contacto con la población penal general.

No es inusual que personas con sospecha de inimputabilidad por patología psiquiátrica y que se ordena su internación provisional se encuentren esperando en recintos penitenciarios. Ximena Verbal, psiquiatra jefa del Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios de Gendarmería de Chile, señala que cuando realizaba atención psiquiátrica de la población penal, atendía a personas que claramente no debían estar en la cárcel por su condición mental. “Yo vi casos de personas psicóticas o con ideas delirantes en la cárcel. Y ese paso por la cárcel les afecta mucho, porque en patología mental uno cuida mucho a la persona de los estímulos y allí hay mucho estímulo visual, auditivo, olfativo incluso, no hay privacidad ni silencio”, recuerda.

Coincide con ella Gonzalo Poblete, psiquiatra que se ha desempeñado toda su carrera en distintos centros penitenciarios, atendiendo población penal. “Los Derechos Humanos de estos pacientes psiquiátricos están siendo vulnerados porque los hacen permanecer en cárceles. Y esto no me lo contó nadie, esto yo lo vivo (...) me he llevado la triste sorpresa de que muchas internaciones provisionales son llevadas a cabo en centros penales”. Incluso, las internaciones son muchas veces en módulos comunes, solo los que pelean están en las unidades de salud de los recintos penales. “Y los he visto locos, psicóticos, en la cárcel. Es grave, estos pacientes no pueden seguir ahí”, enfatiza el psiquiatra.

Berty González, psicólogo y jefe de la Unidad de Análisis de la Subdirección Operativa de Gendarmería, explica que va a depender de la infraestructura de la cárcel y de lo que determine el plan de segmentación de cada una si existe o no un módulo especial para pacientes psiquiátricos, como lo que ocurre con la conocida Calle 15 en la Penitenciaría. “Sabemos que son una población más vulnerable, por lo que se intentan agrupar. Pero, por ejemplo, hay cárceles donde solo se puede dividir a los imputados de los condenados”, explica.

Tania recuerda que no sabían nada de su hermano Patricio. “Por protocolo de la pandemia, podíamos recién ir a verlo una semana después. Era penoso porque nosotros le íbamos a dejar cosas sin saber que él no estaba ahí”, dice Tania. Solo tres días después de su ingreso, el 14 de septiembre, Patricio fue derivado al Servicio Médico Legal por “agresión sexual v/s empalamiento”. Al siguiente día sería trasladado al Hospital San José para recibir cirugía por su herida de aproximadamente 8 centímetros en la región perianal y otras que

tenía en la zona abdominal. Según lo informado por Gendarmería, Patricio había declarado que él mismo se había infligido las heridas “por motivos de encontrarse mal psicológicamente”.

Para la familia resulta extraño que sus declaraciones hayan sido tomadas en cuenta, incluso cuando el mismo informe de Gendarmería afirma que Patricio se encontraba en estado catatónico. “Una enfermera indicó que no lo había revisado para no revictimizarlo. También se supone que él les dijo a los gendarmes que se había agredido con un palo, nunca le preguntaron de dónde lo había sacado. Y eso de ‘encontrarse mal psicológicamente’, él nunca lo hubiese dicho”, asegura Tania. Los hechos continúan bajo sumario administrativo al interior de Gendarmería, pero la familia no ha recibido ninguna respuesta. Incluso, no tienen claro si la evaluación del Servicio Médico Legal se realizó, ya que hasta el día de hoy no se les ha entregado un informe al respecto.

Patricio fue dado de alta del Hospital San José el 19 de septiembre y reingresó a la unidad ASA en Santiago 1. Su familia se enteró sólo porque el 19 de septiembre revisaron el estado de su causa en la página web del Poder Judicial. De no haberlo hecho, no se habrían enterado porque desde Gendarmería jamás les informaron del traslado. El 24 de septiembre, la jueza Karen Atala ofició a las instituciones involucradas para que informaran sobre el estado de salud de Patricio y para exigir que se mantuviera en el ASA hasta la curación total de sus heridas. Esto le dio un poco de tranquilidad a la familia, quienes pensaban que estando en el ASA al menos se recuperaría de sus heridas. Pero desde la unidad tampoco recibían reportes sobre el estado de Patricio; pudieron visitarlo apenas dos veces durante el mes que estuvo allí y la angustia sobre su estado se mantuvo hasta que fue liberado. “Mi prima mayor Tatiana entró una vez y lo vio ahí, tirado en una cama del ASA. Creo que le hacían curaciones y una sola vez lo fue a ver un psiquiatra, así que no teníamos mucha información”, comenta Tania.

Durante esas semanas, Tania y algunos familiares buscaron alternativas para sacar a su hermano de la cárcel, pues sabían que allí solo empeoraría. La forma más fácil era convencer a la madre de Patricio que desistiera de su denuncia. Finalmente, en la audiencia del 18 de octubre, la mamá explicó que la denuncia había tenido el único propósito de que su hijo fuese internado y recibiera atención especializada. Teniendo esta información y considerando su

irreprochable conducta anterior, sus antecedentes de patología psiquiátrica y lo que había vivido durante esas semanas, se sobreseyó la causa y se le otorgó la libertad.

“Al salir del C.D.P. nadie nos entregó ni siquiera un papel que dijera cuáles medicamentos tomó, qué le hicieron, esto es lo que requiere, nada. No tenemos idea qué pasó dentro del ASA”, recuerda Tania. Al fin se terminaba una etapa de mucho dolor y angustia para Patricio, quien estuvo recluso ilegalmente. La familia pensaba que fuera de la cárcel, sería más fácil que Patricio recibiera la atención que necesitaba. No sabían que en libertad vendrían semanas igual de difíciles donde vivirían en carne propia, una vez más, el abandono que tiene la salud mental en Chile.

Salud mental en la cárcel: un pozo sin fondo

Se dice que, para abordar y explorar soluciones a un problema, primero hay que conocer las dimensiones de éste, incluyendo quiénes y cuántos son los afectados. Así, es más fácil dimensionarlo y saber de antemano a quiénes dirigir las acciones. En el caso de personas que cumplen internación provisional al interior de recintos penitenciarios es extremadamente difícil dimensionar el problema. “Existe un número importante de personas que están cumpliendo internación provisional solo en el nombre, pero que en la práctica están en un recinto penitenciario, como si fuera una prisión preventiva”, señala el abogado de la Defensoría Penal Pública (DPP), Nicolás Cisternas. El profesional agrega que hay casos en los que los jueces decretan internación provisional, pero en el papel indican “internación provisoria”, que es la que se aplica a adolescentes.

Estos problemas con el uso y aplicación de conceptos y lo que realmente les ocurre a estas personas cuando se decreta su internación provisional, impiden la producción de datos estadísticos refinados que permitan visualizar el número de personas que se encuentran en esta situación. Así, en el papel, los 35 días que Patricio estuvo en el C.D.P. Santiago 1 correspondían al cumplimiento de su internación provisional. Sin embargo, en los documentos de ingreso de Gendarmería, se indica que está bajo la medida de prisión preventiva. Aunque

ambas medidas sean parecidas, la ley¹³ establece que la internación provisional nunca podrá ser realizada en un recinto penitenciario.

“Una persona eventualmente inimputable nunca debería pisar la cárcel, porque incluso las medidas de seguridad, que son las ‘penas’ para inimputables, siempre se realizan en recintos de salud”, precisa Nicolás Cisternas. Es ilógico e ilegal que una persona con sospecha de inimputabilidad pase por la cárcel durante el proceso judicial, porque lo máximo que podría pasarle al ser declarado inimputable es ser internado en un recinto psiquiátrico. Por otro lado, pareciera que el sistema penal es aún más duro con los pacientes con patología psiquiátrica, basándose en una visión paternalista y estigmatizante de la discapacidad psicosocial. “Por el solo hecho de tener una condición mental relevante, se les aplica un sistema mucho más riguroso y restrictivo de derechos, siendo que deberíamos tener especial cuidado y resguardo de garantías y derechos fundamentales respecto a estas personas”, explica Cisternas.

Aunque no constituyen una normativa, sino más bien enunciamentos para avanzar hacia un sistema penitenciario idóneo, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, más conocidas como “Reglas Nelson Mandela”, incluyen¹⁴ el tratamiento de reclusos con discapacidad psicosocial. Señalan que no deberán permanecer en prisión las personas a las que no se les considere penalmente responsables o si tienen una enfermedad mental grave, cuyo estado se puede agravar en prisión, y se procurará trasladarlas a centros de salud lo antes posible. También señalan que todos los reclusos que lo requieran deberán obtener tratamiento psiquiátrico y que, incluso, se deberán tomar las disposiciones para asegurar el tratamiento psiquiátrico después de la liberación.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁵, ratificada por Chile en 2008, señala que los Estados deben asegurarse de que las personas con discapacidad no sean privadas de libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de esta sea

¹³ Art. 464 Código Procesal Penal. Internación provisional del imputado. Durante el procedimiento el tribunal podrá ordenar, a petición de alguno de los intervinientes, la internación provisional del imputado en un establecimiento asistencial, cuando concurrieren los requisitos señalados en los artículos 140 y 141, y el informe psiquiátrico practicado al imputado señalare que éste sufre una grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales que hicieren temer que atentará contra sí o contra otras personas.

¹⁴ Lo expresado se encuentra en las “Reglas aplicables a categorías especiales”, que en su punto B, reglas 109 y 110, habla de los “Reclusos con discapacidades o enfermedades mentales”.

¹⁵ Según el Artículo 14 “Libertad y seguridad de la persona” de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

conforme a la ley. La sola existencia de una discapacidad psicosocial no puede justificar en ningún caso la privación de libertad. Y en caso de encontrarse privadas de libertad, el Estado se asegurará de que las personas con discapacidad psicosocial tengan, en igualdad de condiciones, derecho a garantías conformes a los DD. HH y a lo que indica la Convención. Esto, sin perjuicio de realizar “ajustes razonables”, es decir, modificaciones y adaptaciones necesarias para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio de sus derechos fundamentales.

El trato más duro y restrictivo aplicado por el sistema judicial chileno fue, precisamente, el que padeció Patricio. Como indica su abogado, Rodrigo González, en un oficio dirigido al 14° Juzgado de Garantía de Santiago, de haberse acreditado el delito de amenazas simples por el que fue imputado, la pena habría sido de presidio menor en su grado mínimo. Patricio no tenía antecedentes penales y gozaba de irreprochable conducta anterior, por lo que “la pena que arriesgaría en el hipotético caso en que fuera condenado, sería la de 61 días de presidio, perfectamente pudiéndose dar cumplimiento de ella en el medio libre”¹⁶. Todo esto, aun sin considerar todos los antecedentes que permitían adelantar que Patricio podía ser declarado inimputable del delito por el que se le acusaba.

Así, una cantidad aun no determinada de personas con discapacidad psicosocial ingresan a recintos penitenciarios, muchas veces sin siquiera contar con el resguardo de permanecer en un módulo especial, ya sea porque se les otorgó internación provisional y no había cupos o porque simplemente no se sospechó la inimputabilidad por patología psiquiátrica. “Puede haber personas psicóticas dentro de la población penal. La cárcel es un agujero en donde los individuos se pierden, es un lugar horrible donde es muy difícil de estar”, señala Ximena Verbal. La psiquiatra explica que, para los pacientes con patologías psiquiátricas, la prisión les afecta aún más que a la población general, ya que el encierro, el hacinamiento y el consumo de sustancias gatillan sus crisis.

“Lo que yo hacía cuando me topaba con esos casos era llamar al abogado defensor. Les decía que yo no les podía pasar el informe, pero que ellos lo podían solicitar formalmente. Y así los sacaban de la cárcel, porque no correspondía condenarlos”, recuerda Ximena. Sin embargo, no todas las personas con patologías psiquiátricas encerradas en recintos

¹⁶ Extraído del oficio que el abogado Rodrigo González, en representación de Patricio, envió el 23 de septiembre al 14 S. J. L. de Garantía de Santiago.

penitenciarios podrían tener esta suerte, ya que las horas de atención psiquiátrica en las cárceles son mínimas. De hecho, Ximena Verbal y Berty González señalan que en la actualidad no debe haber más de uno o dos psiquiatras de Gendarmería para todo el país. Solo las cárceles concesionadas cuentan con más horas de psiquiatría. Sin embargo, Ximena Verbal, que realiza estudios penitenciarios y solicita regularmente al sistema carcelario, precisa que “las cárceles concesionadas para nosotros son una caja negra; cuando les pedimos información, muy pocas veces las entregan; entonces no tenemos claro cómo funcionan los programas allí”.

Hay un claro desinterés por parte de las instituciones estatales en torno a la salud mental. Y Gendarmería no es la excepción. “No hablemos ni siquiera de salud mental, salud, es un pozo sin fondo. Cuando llegan autoridades dicen “no me hablen de salud, arréglenlas como puedan, díganme lo que necesitan y si puedo darles, les doy”, señala Ximena. Sumado a esto, Berty González explica que, si bien Gendarmería también debe hacerse cargo de la salud de los internos, los esfuerzos se enfocan en la seguridad de los recintos. El psiquiatra Gonzalo Poblete explica que los gendarmes no se manejan en salud mental y que, muchas veces, al ver a una persona con signos de descompensación por patología psiquiátrica, creen que fingen.

Patricio, gracias a la gestión que su familia realizó para que pudiese salir en libertad, logró hacerlo luego de 35 días en la cárcel. Pero en muchos casos las personas con discapacidad psicosocial están aisladas, no tienen redes de apoyo o familiares, no cuentan con defensores que estén atentos a su situación y que presionen para que sus causas avances o nunca han recibido una atención que diagnostique su condición psiquiátrica. Así, pueden pasar meses a la espera de un cupo en un recinto de salud especializado para concretar su internación provisional, en prisión preventiva, sin el tratamiento adecuado y vulnerables ante otros internos. O, en el peor de los casos, pueden ser condenados si nunca recibieron una evaluación especializada que determinara si eran inimputables o no.

La inoperancia del sistema va a matar a mi hermano

Luego que Patricio no fuese atendido en el Hospital de La Florida en su primer día en libertad, la familia lo llevó al SAPU Santa Amalia, ubicado en la misma comuna. “Ese SAPU

fue el único lugar donde nos trataron con dignidad, no nos hicieron problemas porque era paciente psiquiátrico. Nos hicieron un papel para derivarlo con urgencia al Hospital de La Florida, porque estaba con shock séptico”, relata Tania, su hermana menor. Con este diagnóstico, lo trasladaron al lugar donde, al igual que el día anterior, la espera era de varias horas. Por la gravedad del estado de Patricio, quien estaba con vómitos, dolores cada vez más fuertes e hipotenso, además de ser hipertenso, diabético y llevar días sin dormir, la familia lo trasladó a la Clínica BUPA de La Florida. Creían que, por ser un centro de salud privado, recibiría la atención que le urgía.

Pero la situación en la Clínica BUPA no fue mejor. La Clínica lo ingresó a urgencias sabiendo que Patricio era un paciente psiquiátrico. Luego de pasar toda la noche a la espera de algunos exámenes, determinaron que Patricio debía ser hospitalizado. La familia firmó el ingreso, los pagarés correspondientes y se retiraron de la clínica, ya que les indicaron que los llamarían en caso de alguna nueva información. Pese a que la familia informó desde un principio que Patricio era un paciente psiquiátrico, al día siguiente la clínica les comunicó que no contaban con los recursos estructurales ni humanos para atenderlo, por lo que permanecía en un box de urgencias para no arriesgar al personal ni a otros pacientes hospitalizados. Además, les solicitan que un familiar esté 24/7 acompañándolo. Tania fue ese mismo día y se quedó hasta la noche. “Me hicieron firmar un papel donde asumíamos que la clínica no tenía capacidad para la atención psiquiátrica, pero que debía quedarse por la gravedad de sus heridas. Con esto, ellos se eximen de toda responsabilidad si a mi hermano le pasaba algo o le hiciera algo a alguien”, relata Tania.

La clínica tampoco contaba con psiquiatra de turno. Les señalaron que recién el martes 26 de octubre, casi una semana después, lo atendería un psiquiatra, porque también se requería que se estabilizara de sus heridas para ser evaluado. Aun con esta información, al día siguiente de ser ingresado, la Clínica BUPA dio de alta a Patricio, sin comunicarle a los familiares esta decisión. La familia sólo se enteró cuando una de las hermanas llegó a las 4 de la tarde a verlo a la clínica y Patricio no estaba. “Se demoraron 40 minutos en decirle a mi hermana que lo habían dado de alta a las 12 del día. Le decían que lo llamara al celular, pero él obviamente no tenía, ni siquiera estaba con su carnet (...) Y dijeron que él estaba bien, ¿cómo iba a estar bien si ayer estaba hasta sin comida? En menos de 8 horas decidieron darle el alta”, comenta Tania. Al cierre de este reportaje, la Clínica BUPA aún no entregaba una

respuesta respecto a las negligencias que se cometieron en contra de Patricio a su familia, quienes ya se encuentran en gestiones con el Instituto Nacional de Derechos Humanos para evaluar acciones legales contra la institución.

Patricio pasó más de un día desaparecido, durmió en la calle, para finalmente llegar por sus medios a la casa de su madre. Estuvo una noche allí y en la mañana lo llevaron a la urgencia del Hospital Barros Luco, como una última opción de que fuera debidamente atendido. Fueron otras 12 horas de espera. “El médico cirujano dijo que sus heridas, si bien estaban infectadas, no daban para internarlo. Y cuando finalmente lo evaluó el psiquiatra, como a las 2 de la mañana, le contamos todo lo que había vivido en el ASA y él no lo podía creer”. El informe fue categórico: Les recomendaban comunicarse con el Instituto Nacional de Derechos Humanos y denunciar las vulneraciones que había sufrido Patricio. Además, necesitaba internación psiquiátrica urgente; sin embargo, por domicilio, Patricio no podía quedarse en el Barros Luco. Debía volver al Hospital de La Florida.

Les dieron una interconsulta de urgencias y con eso les aseguraron que sería ingresado de inmediato en la unidad psiquiátrica del Hospital de La Florida. Ya eran las 3 de la madrugada. Al llegar, lo ingresaron rápidamente a urgencias, pero como no había psiquiatra, la pelea por internarlo continuaría. “Estuvo en box hasta las 6 de la mañana, me tuve que poner a llorar con la asistente social, diciéndole que estábamos desesperados, que necesitábamos que lo internaran”, recuerda Tania. Finalmente lo dejaron allí, para curar la infección de sus heridas y luego evaluar la posibilidad de internarlo en la unidad psiquiátrica de corta estadía. Al cierre de la edición de este reportaje, esa posibilidad sigue en duda. “Es súper revictimizante. Es como las mujeres golpeadas, si no llegan con el combo, no hay validez en su relato. A Patricio no lo ven alterado y, si eres paciente psiquiátrico, tienes que llegar casi en camisa de fuerza para que te den una cama, entonces creen que no necesita internación”.

El Código Procesal Penal incluye, además de las personas con sospecha de inimputabilidad por discapacidad psicosocial, el caso de que una persona ya condenada desarrolle una patología psiquiátrica grave. El Art. 482 señala que, en esta situación, el juez deberá dictaminar que no continúe la pena restrictiva o privativa de libertad y, según corresponda, establecer una de las medidas de seguridad existentes mientras duren las

condiciones que la hicieron necesaria. Estos casos son difíciles de determinar, considerando las condiciones de salud mental dentro de las cárceles. “Yo tiendo a pensar que son muchos los casos en que esto se da en la cárcel, porque son contextos muy estresantes o hay mucho consumo de drogas. Además, la norma no establece la forma de actuar por parte de los defensores cuando se enfrentan a esto”, explica Nicolás Cisternas.

El abogado explica que no se establece si hay que presentar los antecedentes listos al juez o tienen que solicitar una evaluación psiquiátrica. Agrega, además, que por norma expresa pareciera que no se suspende la pena. “No solo tenemos la dificultad de identificar estos casos, sino que influye el peso que tiene el delito por el que está condenada la persona. Para un juez va a ser más fácil cambiar la medida si es un delito simple; pero si es un delito más grave, como homicidio o violación, va a haber una mayor resistencia por parte de los jueces”. Por lo tanto, opera como una doble condena: la recibida por el delito mismo y el castigo de no recibir la atención de salud requerida.

La situación de salud mental en Chile es grave y se agudiza aún más cuando ésta se topa con el sistema penal. Los pacientes con discapacidad psicosocial y sus familias experimentan largos y dolorosos procesos, enfrentan una excesiva burocratización y deben lidiar con la revictimización de los imputados. “Creo que lo que hace falta son protocolos de acción, donde sepamos como profesionales qué hacer con estos pacientes, dónde derivarlos y tener la seguridad de que estarán bien. Porque yo nunca tuve la certeza de qué pasó con esos pacientes, sólo me preocupaba de sacarlos de la cárcel”, explica Ximena Verbal.

Al cierre de este reportaje, Patricio fue dado de alta del Hospital de La Florida y no ha sido internado en un recinto psiquiátrico. La familia advierte que no se ha recuperado de su crisis. Incluso, teme que esté entrando en una más grave. Hace pocos días, le mostraron un video de su hija (12), quien vive en Estados Unidos con la mamá, tocando el clarinete y se mostró totalmente apático. La relación con su hija, a pesar de la distancia y los problemas que han tenido, es el lazo afectivo más fuerte que tiene Patricio. La familia sabe que su actitud al ver el video es un reflejo del estado mental en que se encuentra. “Si dicen que Pato no está calificado para corta estadía va a irse donde la mamá, van a pasar dos semanas, va a volver a tomar y va a tener crisis de nuevo. Él ya tiene ideaciones suicidas hace un tiempo. Es como una crónica de una muerte anunciada por la inoperancia del sistema”, concluye Tania.

VIDAS DESECHABLES: ADOLESCENCIA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

Carolina (44) está sentada en la sala de estar de su casa en un condominio de San Bernardo. El único sonido que hay es la voz de su hijo que habla por el altavoz de su teléfono. “Hola, mami. ¿Te gustó la flor que te hice el otro día? Sí, la tengo acá en la casa, con las fotos. Mañana te voy a ir a ver. ¿Qué quieres que te lleve de colación? Una bebida Fruna chiquitita y unos Doritos. ¿El Aarón cómo está? Está bien, está en el jardín. Ya mami, te quiero mucho, te amo. Acuérdate de lo que *tenís* que traer, doritos y bebida”. Carolina corta. Se disculpa y asegura que esta llamada no se puede perder. “Ven, ustedes lo escucharon, así es Cristóbal, un niño”. Su hijo lleva un mes y medio internado en la Unidad de Desintoxicación y Tratamiento para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos (UDAC) del Instituto

Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Esta es una de las dos llamadas que puede realizar al día para conversar con sus padres.

Cristóbal (15) comenzó a consumir drogas a los 14 años, al inicio de la pandemia, en el año 2020. Su colegio suspendió las clases presenciales y solo trabajaban mediante guías que realizaban desde casa. Sus padres, Carolina y Francisco (43), tienen un emprendimiento de plásticos desechables que ellos mismos atienden, por lo que estaban todo el día fuera de casa. Cristóbal se quedaba solo. Su único entretenimiento eran las redes sociales, donde hizo nuevos amigos. En julio de ese año, Carolina notó conductas en su hijo que llamaron su atención. Cambiaba regularmente los chips de su celular y se le notaba más cansado de lo normal. Ante la sospecha de que algo estaba ocurriendo, Carolina siguió a su hijo. “Hice como que iba a salir de la casa. Tomé la camioneta y me estacioné un par de calles más allá. Al rato veo que el Cristóbal sale de la casa y lo sigo”, recuerda su madre.

Ese día Carolina descubrió que Cristóbal no se quedaba en su casa cuando ellos salían. Lo encontró con un amigo que era mayor que él, David (18), que vivía en una población detrás del condominio y que ninguno de sus padres conocía. Su madre lo subió a la camioneta y lo llevó a la casa. Carolina le pedía explicaciones, pero Cristóbal no le entregaba más información. Cuando su marido llegó, le quitaron el celular a su hijo. Esto desencadenó el primer episodio de violencia de Cristóbal. Tomó un vaso, lo quebró con la mano y se propinó cortes en el brazo. Su padre intentó contenerlo, pero no pudo evitar que se hiriera. “Nosotros nunca lo habíamos visto así. El hecho de quitarle el celular lo transformó, era otra persona *el* Cristóbal”.

Extrañada por la reacción de su hijo, pidió una hora al neurólogo. Carolina lo llevó al doctor que lo veía desde chico, ya que Cristóbal tomaba remedios para la hiperactividad en esa época. El día de la consulta, el doctor le habló de las drogas y le preguntó al joven si consumía. A Carolina le extrañó el tema, no entendía cómo se relacionaba con el episodio de violencia de hace unos días atrás. Al salir de la consulta, Cristóbal se movía lento y se durmió al rato de subirse a la camioneta. Cuando llegaron a su casa, subió a su pieza y se recostó en su cama. “Yo lo noté tan raro, me quedó dando vuelta la pregunta que le hizo el doctor y pensé que este *cabro* venía volado. Le dije a mi marido que fuera a verlo y me dijo sí, el

Cristóbal está todo drogado”. Antes de la consulta, Cristóbal había salido todo el día, Carolina no supo dónde estuvo.

Al percatarse de que su hijo estaba consumiendo drogas, Carolina dejó de trabajar y se lo llevó durante agosto y septiembre a la playa. En ese periodo Cristóbal estuvo más tranquilo. Los primeros días de octubre regresaron a Santiago. Le cuenta a su madre que su amigo David había estado preso y que ese día salía libre, por lo que quería ir a juntarse con él. “Yo obviamente le dije que no y empezó con la crisis. Rompió unas sillas, tiró las cosas de la casa y se cortó de nuevo, pero en las piernas ahora”, recuerda Carolina. A partir de ese día, su hijo salía de la casa durante tardes enteras. Ninguno de sus padres sabía dónde iba y con quiénes estaba. Cristóbal comenzó consumiendo marihuana, pero a esta altura ya consumía jarabes, quetiapina, pastillas, tussi y otras sustancias que su madre hasta ahora ignora.

Con el correr del tiempo, los episodios de violencia de Cristóbal se volvieron aún más graves. En medio de una discusión con su madre, quien le había quitado su celular, Cristóbal se escapó de la casa. Carolina lo salió a buscar. “Estaba con un grupo de amigos que yo no conocía, le dije que se fuera conmigo a la casa, pero empezó a patear la camioneta, me gritaba, estaba totalmente transformado”. Al llegar a la casa, su hijo no se calmó. Volvió a inferirse cortes en sus extremidades y le enterró un lápiz a su padre. Todo esto en presencia de su hermano menor, Aarón (4), quien tiene síndrome de Down y que, en su intento por hacerse notar en ese contexto de violencia, comenzó a botar cosas cada vez que su hermano se descompensaba.

Carolina, en su desesperación, llamó a su hermana. Le explicó que no sabía qué hacer ni cómo controlar a Cristóbal. Ante el miedo de que ocurriera algo más grave, la tía de Cristóbal llamó a Carabineros y a la ambulancia. Cuando llegaron, su padre agarraba sus brazos y manos, para evitar que se agrediera nuevamente. Los paramédicos y Carabineros logran contenerlo. Al día siguiente, en el juzgado de familia, iniciaron la primera causa por violencia intrafamiliar en contra de Cristóbal.

Sin delito no hay tratamiento

En la audiencia, Cristóbal es derivado al Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas y/o Alcohol (TTD) para adolescentes. Esta iniciativa comenzó a funcionar en 2011, con el nombre de Evaluación Clínica Diagnóstica y estaba a cargo de la Fiscalía. El programa cumplía la función de acompañar y realizar seguimiento del tratamiento para adolescentes y adultos con consumo problemático de drogas. En 2018 pasa a denominarse TTD y queda a cargo de los tribunales. Sí bien mantiene su objetivo principal, ahora también incluye un seguimiento a las causas judiciales, por lo que, para ingresar al programa como tal, la persona debe haber cometido un delito.

Los adolescentes pueden ingresar al TTD desde los 14 años, edad en que son sujetos de la Ley 20.084 o Ley de Responsabilidad Penal Adolescentes (RPA). Los delitos por los que ingresan no deben ser tan graves, teniendo como límite el robo con violencia sin el uso de arma. Para optar al programa, debe haber suspensión condicional del procedimiento judicial en contra del menor, voluntariedad de ingreso y la obligatoriedad de comenzar un tratamiento. “El adolescente debe aceptar iniciar un tratamiento en algunos de los programas que existen para eso, y nosotros realizamos un seguimiento en torno a su adherencia y participación, elaborando un informe que se presenta mensualmente en una audiencia al tribunal correspondiente, en donde evaluamos las mejores opciones para la rehabilitación del menor”, explica Roberto Conejeros, psicólogo y miembro del TTD de la región Metropolitana.

Cristóbal inició un tratamiento ambulatorio en el COSAM de San Bernardo. Roberto Conejeros y Paula Meneses, trabajadora social del TTD, fueron la dupla encargada de realizar el seguimiento a Cristóbal. Los medicamentos y la terapia ofrecida en ese espacio no tuvieron gran adherencia en él. “La psicóloga atendía a tantos niños, que le hacía una sesión por video llamada *al* Cristóbal, que no duraba más allá de 15 minutos, entonces yo me preguntaba ¿De verdad en 15 minutos se hace una sesión que ayude a mi hijo?”, recuerda Carolina. Ese mismo mes, desde el COSAM, derivan a Cristóbal al Programa Lazos, una iniciativa a cargo de la Subsecretaría de la Prevención del Delito, y que tiene el objetivo de prevenir que adolescentes con consumo problemático de drogas tengan problemas con la ley.

Pese a que Cristóbal seguía los lineamientos del tratamiento que le brindaba el COSAM, su consumo solo fue aumentando con el tiempo. “Yo trataba de mantenerlo en la

casa, pero se me escapaba por el techo, saltaba los cercos, era imposible retenerlo acá”, relata Carolina. Hacia finales de octubre, Cristóbal es hospitalizado de urgencia en la Unidad de Corta Estadía del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, luego de un episodio de violencia. Antes de ser ingresado, el joven estuvo toda la tarde fuera de su casa y llegó drogado en la noche. Sus padres nuevamente le quitan el celular, motivo por el cual él rompe un espejo y se realiza cortes en sus brazos, los cuales estuvieron a punto de alcanzar un tendón. En la urgencia solo iban a curarle las heridas. “Yo le dije a la doctora, desesperada, que no me lo podía llevar a la casa así, porque era capaz de matarse”, recuerda Carolina. Debido al estado de Cristóbal y la insistencia de su madre, una psiquiatra lo evaluó y determinó su hospitalización.

El periodo en que Cristóbal estuvo en corta estadía no fue fácil. Golpeó a los paramédicos, se escapó de su cama, rompió las cosas de la sala y amenazaba a su madre con que se fugaría. Pese a todas estas conductas, la psiquiatra del lugar señaló que Cristóbal podía continuar con un tratamiento de manera ambulatoria y que no requería una internación prolongada. Luego de una semana, el joven es dado de alta y ese mismo día se escapó de su casa y pasó toda la tarde fuera consumiendo drogas con sus amigos. Al regresar en la noche, le exige a sus padres que le den acceso a internet. Al negárselo, Cristóbal comenzó a golpear la pared con el yeso que tenía en el brazo. “Se lo golpeaba tan fuerte, que llegó a romperlo, y ahí desató toda su ira, no lo podíamos controlar, tuvimos casi que amarrarlo para darle los remedios y así calmarlo un poco”, comenta Carolina.

Debido a lo ocurrido, Carolina llevó a Cristóbal a la casa de su hermana en Buin. Allí permaneció un poco más de 3 meses, hasta febrero del 2021. Durante ese periodo Cristóbal no presentó mayores descompensaciones, solo algunas provocadas por la abstinencia, pero continuaba tomándose los remedios entregados por el COSAM. Participaba en las audiencias mensuales del TTD, donde se veía una leve mejoría. “Estas audiencias son mucho más amigables que una normal, porque no se hacen desde una lógica punitiva, sino que tienen un sentido más terapéutico, en donde el juez le pregunta al adolescente cómo va con el tratamiento, cómo se ha sentido en el último tiempo”, explica Roberto Conejeros.

Este tipo de audiencias solo se logran cuando existe un trabajo especializado en adolescentes. Si bien el TTD para adolescentes debiese ser un programa con presencia

nacional, en la actualidad solo funciona dentro de diez regiones. Las regiones de Atacama, Ñuble, Los Ríos, Los Lagos y Magallanes no cuentan con TTD para adolescentes, ni ningún otro programa similar. Esto se vuelve aún más complejo teniendo en cuenta que, en la manera en que está diseñado el sistema actualmente, esta es una de las únicas vías para acceder a un tratamiento de drogas para adolescentes. “Acá viene lo perverso del sistema, porque si es que el joven comete un delito, tiene más posibilidades de recibir tratamiento, que si no lo comete, cuando lo correcto sería que se le brindara antes de que pudiese tener algún conflicto judicial”, reflexiona Roberto Conejeros.

En marzo de 2021, la hermana de Carolina le comunica que ya no puede cuidar a Cristóbal, por lo que debe volver a San Bernardo. Al regresar, continuó consumiendo drogas diariamente. Se escapaba durante varios días y continuaba autolesionándose cada vez que sobrevenía una crisis. Además, se volvió más frecuente que empujara o golpear a Carolina o a Francisco cuando intentaban detenerlo. En abril, Cristóbal vendió su celular, lo que llamó la atención de su madre, quien había notado que su hijo escondió algo debajo de su colchón. Carolina lo obligó a que cambiaran las sábanas de su cama. Cristóbal, nervioso, le dijo que no, que él lo haría. Carolina insistió y le exigió que le mostrara lo que escondía. El joven cedió y sacó una pistola de balines, escondida. Le había costado 60 mil pesos, el precio por el cual había vendido el celular. “Es obvio que un niño que está consumiendo drogas y tiene una pistola, sea de balines o lo que sea, es para robar, para intimidar”, reflexiona Carolina.

Luego de que sus padres le quitaron la pistola, Cristóbal comenzó con otro episodio de violencia. Rompió las sillas de su casa y golpeó a su padre. Les resultaba imposible controlar a Cristóbal, quien había dejado sus remedios un par de semanas antes. Al ver la agresividad de su hijo, Francisco lo echó de la casa y lo denunció ante la PDI por la compra de la pistola. “A esa altura yo tenía una depresión tan grande, que otros empezaron a tomar decisiones por mí, decisiones que eran incorrectas. Está bien denunciar lo de la pistola, pero *el* Francisco nunca debió haberlo echado de la casa, eso no estuvo bien”, comenta Carolina.

A partir de ese día, y durante dos meses, Cristóbal vivió con sus abuelos maternos, en una población con distintos problemas de narcotráfico y delincuencia ubicada detrás del condominio en que él vivía. Cristóbal ya no tomaba sus medicamentos y su adicción se fue agravando. “Yo iba al COSAM y pedía que por favor viéramos la posibilidad de internarlo,

que ya no estaba tomando los remedios y me decían que había que dejarlo no más”, comenta Carolina. A sus abuelos se les escapaba durante tardes enteras e, incluso, encontraron una pistola real que escondía en una de las piezas de la casa. Para entonces, parecía no haber vuelta atrás en la adicción de Cristóbal. “Yo veía a mi hijo metido en la droga y pensaba que solo tenía tres salidas: cárcel, muerte o destrucción”.

“O se mataba él o me mataba a mí”

La estadía con sus abuelos sólo agudizó el consumo de Cristóbal, quien comenzó a relacionarse con personas más peligrosas. En junio, ante la alerta de la abuela, Carolina decidió seguir a su hijo para ver con quienes consumía. Para su sorpresa, se encontró que estaba junto a un hombre mucho mayor que él. Lo apodaban el “Chancho” y era quien reclutaba a los adolescentes que consumían droga dentro de la población. Carolina se bajó de la camioneta y obligó a Cristóbal a que subiera. “El tipo me encaró, me dijo que yo había dejado tirado a mi hijo y que él daba cara por el *cabro* chico ahora”, recuerda Carolina. Asustada, lo enfrentó y logró llevarse a su hijo. Mientras manejaba, Cristóbal la agarró de un brazo y la amenazó con pegarle un combo si le contaba a su abuelo que estaba con *el Chancho*. Carolina no dijo nada.

Su madre empezó a visitarlo diariamente luego del incidente con *el Chancho*. En una de estas ocasiones, Carolina pasó por el pasaje en que vivía este hombre. Él le bloqueó el camino, por lo que ella le gritó para que se moviera. Jamás imaginó las consecuencias que esto tendría. Unos minutos después, *el Chancho* llegó a la casa de sus padres, gritaba el nombre Cristóbal y amenazaba con que los iba a matar. Golpeó la reja de la casa y quebró los vidrios de la camioneta de Carolina. Luego, llegó con una pistola y le disparó a su vehículo. También golpeó a su padre, quien trató de defenderla. Asustada, Carolina interpuso una denuncia por lo ocurrido y se llevó a Cristóbal de vuelta a su casa.

Cuando regresaron, Cristóbal solo insultaba a su madre. “Vieja *culiá*. Vieja *conchetumare*. No le importaba nada, se ponía violento, era un suceso de violencia tras otro”, recuerda Carolina. Esa tarde, Cristóbal se escapó de su casa y no volvió en tres días. La abuela de su amigo David la llamó para contarle que estaba en su casa. Cuando Carolina fue a

buscarlo, se desató otra crisis. “En la casa se volvió a cortar las piernas y los brazos, fue muy grave. Agarró un corta cartón, su papá lo tuvo que sujetar, en cualquier momento sentíamos que se iba a matar”. Ella se comunicó con Roberto Conejeros del TTD quien, ante la gravedad de la situación, activó la red y llamó a ambulancias y a Carabineros para que pudieran controlar a Cristóbal. Entre 5 paramédicos lograron quitarle el corta cartón. Carabineros se lo llevó detenido y pasó la noche en un calabozo. “Lo mandamos detenido, con el dolor de mi alma, con lo fuerte que es para una mamá ver a su hijo preso, esposado; pero ya no sabíamos qué hacer”, relata Carolina.

En la audiencia del día siguiente Cristóbal quedó en libertad y el TTD sugirió la internación de Cristóbal en la UDAC del Horwitz. No pudo ser ingresado en la unidad debido a la falta de cupos y quedó en lista de espera. “Cuando nosotros derivamos a la UDAC, es porque el adolescente se encuentra en riesgo vital producto de su adicción a las drogas. Si bien en nuestro programa prima la voluntariedad, en estos casos extremos, la capacidad de raciocinio de los adolescentes se ve completamente alterada por el consumo”, señala Roberto Conejeros. Al regresar a su casa, Cristóbal se escapa y vuelve a consumir durante la tarde. Esta sería la rutina que seguiría el adolescente hasta finales de agosto. “En ese punto Cristóbal estaba en una etapa que ya no se podía controlar, o se mataba él o me mataba a mí; todos los días era violencia, todos los días un episodio distinto”, comenta Carolina.

El 21 de agosto el padre de Carolina falleció. Dos días después, en medio de su funeral, Cristóbal se sintió mal. En el lugar le contó a su madre que había tomado un frasco entero de tramadol. Cristóbal se agravó y llamaron a una ambulancia. La paramédico les señaló que tenía los signos vitales muy bajos, que en cualquier momento le daría un paro cardiorrespiratorio. Cristóbal fue trasladado de urgencia al Hospital del Pino en San Bernardo. Lograron estabilizarlo y lo dejaron hospitalizado en la urgencia. La psiquiatra les señaló que lo que había hecho Cristóbal era un tipo de intento de suicidio distinto al más habitual: él quería drogarse hasta morir.

Durante la madrugada, Cristóbal salió del riesgo vital. Cuando reaccionó, se descompensó y comenzó con una crisis grave. Golpeó a los paramédicos y con un extintor rompió las cosas de la sala, Carolina se arrastraba por el suelo tratando de contenerlo. La psiquiatra le inyectó un medicamento que lo calmó por unos minutos. Desde ese momento,

Cristóbal permaneció amarrado de pies y manos. “El día anterior había enterrado a mi papá y al día siguiente Cristóbal estaba amarrado en el hospital. Mi hijo, que yo siempre lo cuidé, lo mandé a buenos colegios, siempre procuré que no pasara por lo que estaba pasando”, comenta Carolina. Debido a que su marido tenía que ir a abrir el negocio que ambos tenían, y ante la gravedad de la situación y lo afectada que estaba, llamó a su hermano mayor para que la acompañara.

Horas más tarde, el encargado de traslado del hospital se les acercó. Les comunicó que habían dos opciones para Cristóbal: que esperara amarrado, en la urgencia, hasta que se abriera un cupo en la UDAC del Horwitz o que le dieran el alta bajo el consentimiento de Carolina. “Yo les dije, yo saco al Cristóbal del hospital y se mata acá mismo (...) Yo podría haber vendido todo para meterlo a una clínica privada en ese momento, pero era tan grave la situación de mi hijo, que no calificaba con el perfil de ninguna”, relata Carolina. Su hermano, quien se encontraba más calmado, exigió que el hospital se hiciera cargo y que, de no ser así, estaban dispuestos incluso a llamar a la *tele*. Dos horas después, el mismo encargado de traslado le comunicó que sería enviado al Horwitz esa tarde, que habían abierto un cupo para Cristóbal en la UDAC.

En la urgencia del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, el psiquiatra que lo recibió le comentó que no había cupos en la UDAC, que era imposible dejarlo hospitalizado ahí. Carolina se desesperó. Amenazó con encadenarse en la reja del hospital, llamar a la *tele* y armar un escándalo, pero que su hijo no podía devolverse a la casa en ese estado. A las horas después, el psiquiatra le señaló que Cristóbal quedaría hospitalizado en el sector de pacientes agudos del hospital, con adultos, hasta que se liberara un cupo en la UDAC. El joven permaneció cinco días internado en el módulo tres del Instituto. El 30 de agosto, Cristóbal ingresó a la Unidad de Desintoxicación y Tratamiento para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos (UDAC), recién dos meses después de que el tribunal decretara su internación.

UDAC: 8 cupos para todos los adolescentes de Chile

La Unidad de Desintoxicación y Tratamiento para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos (UDAC) del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak está ubicada sobre la UEPI. Si bien no tiene resguardo de Gendarmería, solo se puede entrar con la debida autorización de un gendarme, quien puede abrir el portón que resguarda a los internos de la UEPI. Detrás de este portón hay una escalera que lleva al segundo piso del edificio, donde se encuentra la entrada a la UDAC. Una puerta de vidrio, que no permite ver hacia dentro y que se maneja bajo candado las 24 horas del día, es el único acceso que hay.

Un pasillo largo y angosto es lo que conecta a las distintas habitaciones de la UDAC. Hacia el ala norte, están las dos piezas en donde están hospitalizados los niños. Rumbo al ala sur de la unidad, solo se encuentra disponible una cama de aislamiento, que se utiliza cuando un menor recién ingresa, con el objetivo de realizar el proceso de desintoxicación más duro que contempla una fuerte dosis de medicamentos. Luego de eso, el niño pasa al ala norte con sus demás compañeros. Si bien la UDAC tiene la capacidad para atender a 14 personas, debido a lo reducido del espacio y los aforos establecidos por la pandemia, en 2021 solo pueden estar hospitalizados 8 niños.

La UDAC es una unidad de corta estadía que está pensada para desintoxicar y estabilizar a adolescentes con consumo problemático de drogas que tengan antecedentes judiciales. Los niños que están hospitalizados tienen entre 14 y 18 años y solo ingresan mediante una orden judicial. “Esta unidad es una muy particular dentro del ámbito forense, porque tiene un funcionamiento muy distinto. El foco de trabajo de UDAC es un proceso de desintoxicación, de rehabilitación, y es un programa que tiene un enfoque muy importante, clínico y terapéutico”, señala Rodrigo Naranjo, trabajador social y gestor de camas de la unidad.

La unidad cuenta con un equipo completo para brindar un tratamiento centrado en la psicoterapia y en actividades ocupacionales que ayuden a abordar el consumo de drogas. La UDAC tiene dos psiquiatras de media jornada y una de 11 horas. Además, hay dos psicólogos, dos terapeutas ocupacionales, un trabajador social, una enfermera, un profesor de educación física y el equipo paramédico que son unos 12 funcionarios que trabajan por turnos. Todos

ellos conforman el equipo encargado de brindar el tratamiento y la terapia a quienes ingresan a la UDAC.

Las dos primeras semanas que Cristóbal estuvo en la UDAC fueron las más duras. Carolina no lo pudo ver en todo ese tiempo, debido a que las visitas estaban suspendidas por la pandemia. Solo hablaban por teléfono dos veces al día y una vez a la semana podían realizar una video llamada. “Al principio me decía que lo sacara de ahí, que por favor se lo llevara, que no aguantaba más”, recuerda Carolina. Los días más difíciles para los adolescentes son las primeras semanas, debido a los duros efectos psicológicos y físicos que tiene la abstinencia. “Hay niños que duermen por semanas, otros que reaccionan con violencia, algunos se enferman de la guata, a otros se les pasa en tres días; es súper variable los que les puede ocurrir durante este periodo”, asegura Rodrigo Naranjo.

La UDAC no funciona de manera autónoma, sino que está inserta en un modelo de trabajo en red. Existen tres etapas dentro de los tratamientos de jóvenes con problemas de consumo de drogas que hayan estado involucrados en algún tipo de delito. La primera es pasar por un Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) que tenga convenio con SENDA. Si el adolescente no tiene adherencia al tratamiento y el consumo de sustancias está poniendo en riesgo su vida, pasa a la UDAC. El tiempo de estadía en la unidad no debe superar los 60 días; es más, la mayoría de los pacientes es dado de alta luego de 45 días de hospitalización. Luego del alta, debe ser trasladado a una residencia a cargo de SENDA, especializada para este tipo de adolescentes. En la actualidad solo existen dos en la región Metropolitana, solo para varones, y con 6 cupos cada una.

Cristóbal no siguió el recorrido anterior para ingresar a la UDAC. Desde el COSAM jamás lo derivaron a un programa PAI, lo cual retrasó aún más su ingreso a la unidad. Pese a que era evidente que el joven no presentaba adherencia al tratamiento y tenía conductas que ponían en riesgo su vida y las de sus cuidadores, el COSAM nunca intervino e ignoró cada sugerencia -ruego, más bien- que Carolina les hacía. Su retraso en el ingreso también se debe a la lista de espera que tiene la UDAC, pues es el único centro a nivel nacional que ofrece tratamiento y rehabilitación a este tipo de adolescentes. En la actualidad, la unidad tiene una lista de espera entre 20 y 30 pacientes que buscan un cupo para ingresar. La lista de espera no funciona solo por orden de llegada, sino que hay otros elementos que deben considerarse.

“Hay pacientes que están más graves que otros, no están todos en la misma condición; entonces, hay que tener un orden, donde se hace una priorización de los casos (...) Tú no puedes poner en esta unidad 4 pacientes que tengan el mismo perfil de funcionamiento antisocial; eso es una bomba de tiempo”, relata Rodrigo Naranjo.

El trabajo dentro de la UDAC no es fácil. Los niños que ingresan vienen de entornos con distintos grados de vulnerabilidad, consumo problemático de drogas y presentan algunas conductas antisociales. En la unidad, las camas se encuentran empotradas, las ventanas tienen protecciones enrejadas y existen cámaras de vigilancia que funcionan 24/7. Es frecuente que, en el contexto de episodios de descompensación, ocurran actos violentos, en los cuales los adolescentes intentan herirse. El personal debe ser extremadamente cuidadoso con que no haya elementos que puedan convertirse en una herramienta para que los jóvenes se dañen a sí mismos o a otros. “Lo más complejo de lidiar con pacientes que tienen problemas con el consumo de sustancias es la incertidumbre, porque tú no sabes en qué momento un paciente puede agredirte. Hay que estar preparado para enfrentar una situación que, de un rato a otro, se puede escapar de las manos, transformarse en una pelea”, comenta Rodrigo Naranjo.

En algunos aspectos, la realidad de Cristóbal no es la de la mayoría de los niños que están en la UDAC. Él es el único que cursa el año escolar acorde a su edad; el resto, en cambio, presenta un retraso de escolaridad que va entre 3 y 5 años de desfase. “Los pacientes de la UDAC son adolescentes de sectores populares que han tenido dificultades en la socialización temprana, con mucha socialización de calle y con mucha experiencia de violencia, de trauma, de abuso y con consumo de sustancias”, explica el trabajador social. Pese a que, en general, provienen de familias alejadas de la conformación tradicional y con problemas de vulnerabilidad y violencia, los niños tienen a algún adulto responsable que acompaña su estadía en la UDAC. “Los familiares de la UDAC siempre van; por lo general son mamás que están desesperadas”, comenta Dayana Contreras, enfermera forense.

Según datos obtenidos por transparencia, entre el 2016 y marzo del 2021, la UDAC atendió a un total de 576 adolescentes varones, cuyas edades fluctuaban entre 14 y 18 años. La mayoría de ellos, de la región Metropolitana (382), seguido por quienes registraban domicilio en la región de Valparaíso (53) y la del Maule (39). En lo que respecta a los delitos por los cuales ingresan los que más se repiten son robo con intimidación y robo con violencia

(138), y amenazas o amenazas en contexto de violencia intrafamiliar (37). Sin embargo, 144 adolescentes ingresaron a la UDAC sin tener un delito asociado, por lo que su hospitalización se debe a la gravedad del cuadro que presentan, ya que la UDAC es el único establecimiento en Chile capaz de brindarles la ayuda que necesitan en este contexto. Por otro lado, 500 de los jóvenes internados durante este periodo presentan trastornos por el consumo de sustancias, 20 tienen esquizofrenia, 5 tienen trastornos conductuales y 2 tienen bipolaridad.

“El trabajo de la UDAC no es posible sin la realización de una psicoterapia efectiva”, explica Rodrigo Naranjo. Esta intervención en los jóvenes se basa en que mantengan una rutina desde la mañana hasta la tarde durante su hospitalización. En la mañana parten con un círculo terapéutico para ver cómo está el ánimo de los niños. Luego continúan con talleres psicoeducacionales realizados por la enfermera, el terapeuta ocupacional, el trabajador social o el psicólogo. Estas instancias tienen el objetivo de problematizar y concientizar respecto al consumo de drogas. Además, tres veces a la semana realizan actividad física y también hay actividades en el patio de la unidad, en donde tienen un huerto y trabajan la tierra en conjunto.

“Yo estuve un año en el COSAM con *el* Cristóbal y nunca vi un cambio con él, lleva un poco más de un mes en la UDAC y es un niño distinto”, asegura Carolina. Cristóbal le cuenta de las actividades que realizan dentro de la unidad, una de las que más lo motiva es cuando trabajan en el huerto. Carolina recuerda que Cristóbal nunca había realizado una actividad así antes. Si bien el trabajo psicoterapéutico está enfocado en los jóvenes, desde la UDAC también se entregan herramientas a las familias para que puedan abordar a los pacientes una vez que tengan que continuar con el tratamiento fuera de la unidad. Los profesionales identifican los elementos que podrían dificultar la continuidad del tratamiento con los papás. “A partir de esa información que se recoge ahí, se entregan muchos *tips*, muchos refuerzos a los papás, mucha orientación respecto a cómo enfrentar ciertas situaciones, cómo manejar situaciones de conflicto o las recaídas en el caso en que existan”, explica Rodrigo Naranjo.

A finales de septiembre de 2021, Cristóbal fue elegido como el mejor compañero por el resto de los jóvenes internados en la UDAC. El 7 de octubre debería ser dado de alta, para ser trasladado a Anastasi, una residencia ubicada en Recoleta, especializada en adolescentes con dificultades como los que ha enfrentado Cristóbal. Está motivado con irse, quiere seguir

su tratamiento allá y terminar segundo medio el 2021. La condición para que Cristóbal pueda estar en la residencia es su voluntad, el tiempo mínimo que debiera estar para recibir rehabilitación y tratamiento son 6 meses. “Se nos viene un largo camino con *el* Cristóbal, nosotros estamos recién empezado con su tratamiento, yo espero que él quiera seguir en la residencia, hasta donde sea necesario (...) yo no le doy a nadie lo que he vivido con *el* Cristóbal, porque tener un hijo en la droga es como vivir el infierno en la tierra,” reflexiona Carolina.

Abandonadas a su suerte: las adolescentes mujeres con problemas de consumo

En Chile, si una adolescente mujer estuviera en la misma situación que Cristóbal, no tendría dónde ser internada. La única alternativa sería que fuera ingresada en las unidades de corta estadía infanto-juvenil que se encuentran en algunos hospitales del país. Si bien éstas tienen especialización psiquiátrica, no están enfocadas en el tratamiento y desintoxicación de jóvenes con consumo problemático de sustancias. “Nos encontramos con una falla estructural que tiene que ver con los pocos cupos que hay para dispositivos como éstos; pero con las mujeres es aún más problemático, porque no existen esos cupos”, comenta Roberto Conejeros del TTD.

Hace algunos años se intentó levantar una UDAC para mujeres en el Horwitz. El espacio que ocupa actualmente la UEPI de mujeres estaba pensado originalmente para ser la UDAC femenina. Finalmente, no fue posible levantar una UDAC para niñas por falta de recursos para contratar al personal suficiente para hacerse cargo de esa unidad. “Financiar un equipo como éste, para hacer el tratamiento que se hace, es caro, es muy caro. Tener un equipo que se quiera hacer cargo de este tipo de pacientes no es fácil, tampoco es tan sencillo conseguir personal que esté capacitado o formado o que tenga disposición, que no se asuste”, señala Rodrigo Naranjo.

La única experiencia que han tenido en el tratamiento de una adolescente fue en el 2018, cuando recibieron a una paciente trans. Esto significó todo un desafío para el equipo de profesionales de la UDAC, quienes tuvieron que acondicionar los métodos de intervención y tratamiento para las necesidades específicas de la niña. Se destinó un ala de la unidad

exclusivamente para ella y había una terapeuta ocupacional que se encargaba de organizar actividades específicas acordes a su realidad. “Esta fue una experiencia súper enriquecedora para todo el equipo y desde ahí surgió más fuerte la necesidad de levantar una unidad para mujeres”, recuerda Rodrigo Naranjo.

La ausencia de dispositivos para el tratamiento y desintoxicación de adolescentes se debe a lógicas obsoletas y machistas. Para Rodrigo Naranjo, la UDAC se creó bajo la premisa de que solo los adolescentes varones consumen drogas y cometen delitos. Esta lógica cruza a toda la red, precisa Roberto Conejeros, del TTD de la zona sur de la región Metropolitana. Conejeros precisa que, en caso de que una adolescente necesite una internación debido a la gravedad de su estado, solo tienen convenio con la unidad de corta estadía del Hospital Sótero del Río, donde hay un solo cupo para niñas.

La situación de las adolescentes en Chile con consumo problemático de drogas e incursión en la vida delictual se torna aún más compleja cuando la menor necesita continuar un tratamiento en una residencia especializada, enfocada en la rehabilitación. Actualmente, no existe ningún cupo, ni ningún lugar en Chile, que brinde la atención necesaria para adolescentes mujeres que requieran tratamiento e intervención de este tipo. “Si la adolescente pasa un mes en periodo de desintoxicación, lo correcto es que después se vaya a una residencia para continuar el tratamiento. Pero como no existe, las niñas vuelven a la calle y continúan con el consumo”, explica Roberto Conejeros.

En Chile no existe un estudio o un informe que le ponga números a la necesidad de levantar unidades especializadas en desintoxicación y tratamiento del consumo de drogas y/o alcohol para adolescentes mujeres. Al existir unidades solo para varones, el Estado de Chile mantiene en abandono y niega el derecho de acceso a la salud a un número indeterminado de niñas y adolescentes que actualmente se encuentran en una situación de consumo problemático de sustancias. “La unidad de niñas es una pelea que hemos venido dando, no sé si en el momento o en el lugar adecuado, pero claramente es una necesidad a todas luces”, reflexiona Rodrigo Naranjo.

Entre la ausencia y el invento: medidas de seguridad para adolescentes en Chile

El 10 de diciembre del 2016, E. (16) asesinó a su madre, propinándole 39 puñaladas en diversas zonas del cuerpo. El joven señaló que luego de consumir alcohol y drogas, una voz le ordenó que debía matar a alguien. La única persona cerca a esas horas de la madrugada era su madre. E. bajó hasta la cocina de su casa y afiló un cuchillo. Se puso una máscara y se dirigió hasta la pieza en donde dormía su madre. Con el arma la atacó a la altura del rostro, el cuello y el tórax. La mujer falleció unos minutos más tarde debido a la gravedad de sus heridas.

Los primeros peritajes realizados a E. en el Servicio Médico Legal establecieron que el joven se encontraba en medio de un brote psicótico al momento de cometer el crimen. Su capacidad de voluntad era nula, ya que las acciones cometidas estaban determinadas por el episodio de alucinación que estaba experimentando. De hecho, al ser entrevistado por la psiquiatra, E. señala que la persona de la máscara era alguien distinto a él, una persona que estaba comandada a matar por las órdenes que estas voces le entregaban. En el informe del peritaje psiquiátrico se establece que E. es una persona peligrosa, tanto para él como para terceros, y que en cualquier momento podría volver a actuar de la misma forma si es que no recibe un tratamiento adecuado. Debido a esto, el tribunal estableció su internación provisoria en el CIP-CRC (Centro privativo de libertad) de Til Til a cargo del SENAME mientras se realizaba la investigación.

En el CIP-CRC, el joven permanece internado en la Unidad de Hospitalización en Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP). Esta unidad, que está a cargo del Ministerio de Salud, es de corta estadía, por lo que la internación de los adolescentes no debería superar los 60 días. Sin embargo, E. estuvo más de un año internado ahí, antes de recibir su sentencia. Las funciones de esta unidad van desde la estabilización de cuadros psiquiátricos graves, que impliquen un riesgo para el menor y su entorno dentro del establecimiento, hasta el proceso de desintoxicación de los jóvenes que presentan un consumo problemático de drogas y/o alcohol. Las UHCIP infanto - juveniles deberían tener presencia nacional, pero actualmente las regiones de Arica y Parinacota, Coquimbo y Ñuble no cuentan con estas unidades.

Según datos obtenidos a través de transparencia, solo 5 de los 17 CIP-CRC (Centros privativos de libertad de Sename) cuentan con ellas, teniendo un total de 34 cupos de

hospitalización en toda la red. Estos cupos se distribuyen de la siguiente manera: 6 camas mixtas en Iquique, 5 camas mixtas en Coronel, 5 camas mixtas en Valdivia, 8 camas mixtas en Limache y 10 camas solo para varones en Til Til. En su respuesta a esta solicitud de transparencia, el Sename consigna que, debido a la situación sanitaria del país producto de la pandemia del COVID-19, desde abril de 2021 y hasta el 30 de junio, el personal médico encargado de la UHCIP de Limache sería trasladado al Hospital de Quillota, por lo que los niños, niñas y adolescentes del centro solo podrían recibir atención ambulatoria, eliminando el tratamiento con hospitalización, aún cuando lo necesiten. En junio de 2021, solicitamos los datos sobre la cantidad de menores atendida en estas unidades del SENAME. Sin embargo, este organismo deriva la solicitud al Ministerio de Salud, que 5 meses después de haber pedido la información, aún no ha dado una respuesta.

Las UHCIP infanto - juveniles se vieron fuertemente cuestionadas en 2018 tras un Informe realizado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) a partir de la visita a estas 5 unidades. En el documento se plantea que muchas veces se ha utilizado la hospitalización como medida coercitiva y no para la intervención médica en pos de la mejoría de los adolescentes. “Desde un análisis cualitativo pareciera que no están siendo utilizadas para lo que efectivamente fueron creadas e incluso se abre un espacio de duda si se utilizan realmente para fines contrarios, como el control conductual y el disciplinamiento, con todo el impacto que este tipo de encierros conlleva en el desarrollo de las y los adolescentes”.¹⁷

La situación de los CIP-CRC en cuanto al área de salud mental es bastante deplorable. Según el último Informe Anual sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes bajo la protección del Estado de Chile realizado el año 2019 por la Fundación para la Confianza, el 67% de estos centros no cuentan con un psiquiatra propio, lo que contraviene las sugerencias de organismos internacionales¹⁸ sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad. A lo anterior, se suma otra información grave consignada en el informe del INDH en el que se plantea que “no deja de ser preocupante al observar los jóvenes reclusos, sus

¹⁷ Página 19 del Informe preliminar: Visitas a Unidades de Atención Psiquiátrica (UHCIP) dentro del sistema de privación de libertad de adolescentes (INDH)

¹⁸ La Reglas Mandela señala que “Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos.”

diagnósticos y en algunos casos trayectorias de vida, el que sean sometidos a un sistema de justicia penal y que no hayan sido declarados inimputables¹⁹”.

Lo anterior tiene estrecha relación con lo que ocurrió con E. Los signos de que el joven tenía una patología psiquiátrica eran evidentes, por lo que debería haber sido trasladado a un hospital psiquiátrico, donde hubiera población adolescente, y que cumpliera con las condiciones para brindarle tratamiento y evaluar su inimputabilidad por discapacidad psicosocial. “En Chile no existen recintos psiquiátricos para adolescentes con sospecha de inimputabilidad, ni recintos para adolescentes que son declarados inimputables a raíz de una patología psiquiátrica”, aclara la psiquiatra Sandra Moglia, jefa del Servicio de Psiquiatría Forense y presidenta del directorio de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense. La UHCIP, al ser una unidad de corta estadía, no cumplía con las condiciones para albergar y tratar la patología psiquiátrica de E. Lo que hicieron en tribunales fue improvisar con las instalaciones que actualmente existen.

Esta realidad está estrechamente vinculada con el vacío legal que hay dentro de la Ley 20.084 o Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (RPA). Esta ley contempla una orgánica distinta a las demás, ya que tiene como principal objetivo el resguardo y el respeto de los derechos de las y los adolescentes. Es así que tiene sanciones y atenuantes distintas, por lo que funciona como un sistema paralelo. El art. 27 de esta ley señala que todo aquello que sea materia procesal penal y que no esté contemplado en la RPA, se debe ajustar a los lineamientos del Código Penal. Es en este ámbito donde no queda consignado qué ocurre con los adolescentes que son inimputables por discapacidad psicosocial, ya que la RPA no contempla sanciones de medida de seguridad como tienen los adultos. “¿Cómo le vas a aplicar una ley de responsabilidad penal adolescente, con las normas del Código Penal supletoriamente, a un adolescente que en verdad no tiene responsabilidad penal porque es “inimputable” ?, señala el abogado de la DPP, Nicolás Cisternas.

En julio de este año la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense conformó una subcomisión de trabajo que se centrara en las poblaciones vulnerables dentro del área, con enfoque en la población infanto-juvenil. Dentro de esto, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos informó que desde el 2019 se está realizando un trabajo con la Defensoría de la

¹⁹ Página 17 del Informe preliminar: Visitas a Unidades de Atención Psiquiátrica (UHCIP) dentro del sistema de privación de libertad de adolescentes (INDH)

Niñez para avanzar en las brechas de salud mental para niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, según lo que señala el acta del 1 de julio, el trabajo se ha centrado principalmente en el ámbito de protección de menores con vulneración de derechos, no con aquellos que son infractores de ley con posible inimputabilidad por patología psiquiátrica, lo que recién se comenzó a trabajar con la subcomisión de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense.

El 2 de febrero de 2018, E. es declarado inimputable por presentar un trastorno severo de conducta con episodios psicóticos graves. La jueza estableció que el menor debía permanecer internado durante 5 años y 1 día en un recinto psiquiátrico cerrado, de alta seguridad, en donde pudiese recibir tratamiento adecuado. La sentencia aplicada sobre E. es prácticamente un invento, mediante la interpretación del art. 27 de la RPA. “El delito puede ser muy feo y los hechos pueden ser impactantes, pero acá estamos hablando entre abogados y entre abogados todos sabemos que no le puedes aplicar un procedimiento que no existe a un caso que no está previsto por la ley”, aclara Nicolás Cisternas.

“Lo grave de que se aplique una medida de seguridad de internación a un adolescente, es que en Chile no existen recintos en donde ésta se pueda aplicar”, señala el abogado. A esto fue a lo que se expuso a E., quien por orden del tribunal tuvo que cumplir 2 años en el interior de la UHCIP del CIP CRC de Til Til, unidad de corta estadía que no cumplía con las condiciones para albergar a un adolescente con medida de seguridad. Luego de que el joven cumpliera los 18 años, debía ser traslado a la UCMS de alta complejidad del Hospital Philippe Pinel de Putaendo. “Estos jóvenes son personas que tienen un daño vincular fuerte, el hecho de que los cambien de espacios y profesionales impacta negativamente en sus procesos de tratamiento”, asegura Roberto Conejeros, psicólogo del TTD.

Actualmente, E. debería estar cumpliendo su último año de internación, por lo que pronto debería obtener su libertad. Los cambios y la intermitencia que tuvo su tratamiento, además de la ausencia de recintos especializados para atenderle, son el reflejo del abandono en el que están jóvenes con patologías psiquiátricas severas en Chile. Incluso la ley que está pensada para adolescentes no contempla estas condiciones y se recurre a medidas improvisadas cuando se enfrentan a ellos. El Estado los mueve como piezas de un juego, olvidando que los que deberían estar jugando a esa edad son ellos.

EPÍLOGO

El 7 de octubre del 2021 Cristóbal es dado de alta de la UDAC. Fue trasladado a la residencia Anastasi, a cargo de SENDA, que tiene el objetivo de continuar con el tratamiento y la rehabilitación de jóvenes con consumo problemático de drogas. Carolina comentó que, cuando recibió el alta, estaba motivado con seguir con el proceso en la residencia. Para darle un cierre a su historia, nos comunicamos con Carolina durante los primeros días de noviembre. Ella señaló que Cristóbal continuaba en la residencia, pero que había tenido algunas crisis, momentos durante los cuales quería abandonarla.

La regla principal para la estadía en Anastasi es la voluntariedad del adolescente de permanecer en la residencia. Si el joven toma la decisión de irse, no lo pueden retener. El 23 de noviembre volvimos a contactar a Carolina. “Tengo toda la disponibilidad para hablar, pero estoy con un problema con Cristóbal, desertó de la residencia”. El tiempo mínimo que Cristóbal debía permanecer en la residencia para recibir un tratamiento efectivo era de seis meses. Él solo alcanzó a estar un mes y medio.

El miércoles 17 de noviembre de 2021, Patricio fue dado de alta del Hospital de La Florida. Finalmente, no se determinó que fuese necesario internarlo en la unidad psiquiátrica de corta estadía del recinto. Volvió a vivir con su madre y presenta nuevamente ideaciones suicidas. La familia está intentando que se haga la interconsulta para que Patricio sea acogido en el Hospital de Día Alsino, un centro de la Corporación Municipal de La Florida, dedicado a la rehabilitación, desestigmatización e inclusión de personas con patología dual, es decir, que tengan un trastorno psiquiátrico y también adicción a drogas y/o alcohol. Patricio quiere internarse, pero lamentablemente este recinto funciona solo en modalidad de media jornada.

Por otro lado, su familia está evaluando tomar acciones legales, con la ayuda del Instituto Nacional de Derechos Humanos, contra todas las instituciones que formaron la cadena de vulneraciones que vivió Patricio: a los hospitales que le negaron la atención, a

Gendarmería de Chile y a la Clínica BUPA. Harán todo lo que esté en sus manos, no solo para encontrar un poco de justicia, señalan, sino que también para sentar un precedente. Una declaración entregada por la familia dice que: “Hemos vivido en carne propia la deshumanización de todas las instituciones que dicen proteger a las personas que aquejan problemas de salud mental y la vulneración en la cual quedan los pacientes psiquiátricos y sus familias. Por Patricio, no queremos que nadie más en este país viva esta pesadilla y esperamos que de una vez por todas la salud mental sea un imperativo en la cartera de salud pública”.

Si en el COSAM de San Bernardo hubiesen escuchado las alertas que Carolina dio, quizás un tratamiento ambulatorio habría sido exitoso. Si Cristóbal hubiese sido ingresado a la UDAC cuando el tribunal lo ordenó, su consumo hubiese sido tratado a tiempo. Si no fuese complejo acceder a una ambulancia psiquiátrica, la madre de Patricio no habría tenido que interponer una denuncia en contra de su hijo para que él fuese internado. Y si la UEPI hubiese tenido un cupo para Patricio, nunca habría estado en la cárcel. Lo mismo con los demás casos de este reportaje, si el tratamiento y las redes de apoyo hubiesen llegado a tiempo, quizás sus historias no serían un testimonio de denuncia.

La lista de supuestos en todos los casos abordados en este reportaje se puede extender aún más. Son muchas las falencias que existen en las instituciones que debieran velar por el bienestar, la salud y la protección de estas personas con patología psiquiátrica que cometieron algún delito. Esto no se reduce solo al funcionamiento del Servicio Nacional de Psiquiatría Forense, sino que pasa también por los servicios de salud, el Poder Judicial, Sename, Gendarmería de Chile, SENDA, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, entre otras instituciones intervinientes en el proceso. Cuando tantas instituciones fallan a la vez, queda en evidencia que todo el sistema es ineficiente y, muchas veces, mantiene a estas personas en el abandono.

¿Cómo se puede abordar un problema de estas dimensiones cuando en Chile solo se invierte un 2,4% del presupuesto de salud en salud mental? Sin una inversión decidida, la realidad de estos pacientes -y de los que vengan- no sufrirá ninguna modificación. La falta de recursos es la principal razón para no crear más unidades para mujeres, que la oferta de especialización en psiquiatría forense para los profesionales sea inexistente, que las horas de psiquiatría en Gendarmería sean mínimas, que no haya recintos psiquiátricos especializados

en adolescentes y de que tantas personas estén en cárceles a la espera de un cupo en un recinto psiquiátrico que los atienda.

“La psiquiatría forense se desarrolla de forma muy lenta porque es muy cara y porque, si el Estado tiene diez pesos, y tiene que elegir entre operar más mujeres con cáncer de mama o mejorar las condiciones de los pacientes psiquiátricos presos, es obvio lo que va a escoger. El grupo objetivo es poco y es un grupo que la sociedad no quiere. Desde el discurso todos pensamos lo mismo, *pobrecitos, son gente que el sistema vulnera*. Pero si yo hago una encuesta, dónde pongo yo un hogar forense, les puedo asegurar que todas las personas van a decir que no lo quieren al lado de su casa. Los recursos del Estado son limitados y este es un grupo pequeño que nadie quiere tener cerca”, señala Sandra Moglia, psiquiatra y directora del Servicio de Psiquiatría Forense en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. La psiquiatra enfatiza un punto ineludible: la sociedad contribuye a la estigmatización de estas personas y prefiere aislarlas antes que abrirles un espacio.

Si existe un Estado que no les asegura el acceso a salud digna y una sociedad que no está dispuesta a acogerlos, el tratamiento, rehabilitación y reinserción de las y los pacientes con patología psiquiátrica que tienen problemas con la justicia se vuelve un escenario donde todo parece estar en contra. Mientras estas personas sigan siendo consideradas como una batalla perdida, en la que no vale la pena intervenir, miles de personas continúan siendo ignoradas y apartadas por las consecuencias de una combinación fatal: un delito y una enfermedad psiquiátrica descompensada.

BIBLIOGRAFÍA

Ariza, L., & Iturralde, M. (2017). Mujer, crimen y castigo penitenciario. *Política Criminal*, 12(24), 731–753.

Cares, K., & Millán, C. (2019). ¿Existe vulneración al derecho a la protección de la salud en los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos? Universidad de Chile.

Escobar Salinas, D. (2018). Análisis del derecho a la salud de mujeres privadas de libertad. Universidad de Chile.

Falcone, D. (2016). La suspensión del procedimiento en razón de la presunta inimputabilidad por enajenación mental. *Nova Criminis*, Vol. 8.(N°12), 135–190.

Fuentes González, Alejandra. (2013) La creación de la Casa de Orates en 1852 y los comienzos del gran encierro en Chile: Comentarios desde la Historia Cultural.

Henríquez Fauré, M. (2018). Estatuto de la discapacidad mental y regulación determinante de deberes de cuidado de internados en régimen psiquiátrico. Universidad de Chile.

Horvitz Lennon, M. I., Valenzuela Saldías, J., & Aguirre Bravo, L. (2008). El tratamiento del inimputable enajenado mental.

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). Informe Preliminar: Visitas a Unidades de Atención Psiquiátrica (UHCIP) dentro del sistema de privación de libertad de adolescentes.

Ministerio de Justicia (1874). Código Penal.

Ministerio de Justicia (2000). Ley 19.696. Establece el Código Procesal Penal.

Ministerio de Justicia (2005). Ley 20.084. Establece un sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal.

Ministerio de Justicia (2012) Decreto 285. Creación de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense.

Ministerio de Salud. (2008). Decreto Modelo de Gestión Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria UPFT.

Ministerio de Salud. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. <https://doi.org/http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>.

- Ministerio de Salud. (2016). Historia del Instituto Médico Legal de Chile.
- Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025.
- Ministerio de Salud. (2018). Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud.
- Ministerio de Salud. (2019). Guía de Diseño para Establecimientos Hospitalarios de Mediana Complejidad. D.202. Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos Psiquiatría UHCIP.
- Moglia, S. (2020). Modelo Chileno de Psiquiatría Forense.
- Muy Buenos Días. (2017). La nueva vida del hombre que asesinó a sacerdote. TVN.
- Paredes Garcés, J. (2018). Institucionalización en psiquiatría forense. Percepción desde el equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- Observatorio para la Confianza. (2019). Informe Anual sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes bajo la protección del Estado de Chile.
- Ordoñez-Vargas, L., & Cortés-García, C. M. (2020). Psychiatric medicalization in three Brazilian women's prisons: An ethnographic approach to the itineraries of criminalization, pathologization and pharmaceuticalization. *Salud Colectiva*, 16.
- Organización de las Naciones Unidas (1985) Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores: Reglas de Beijing.
- Organización de las Naciones Unidas (1990) Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad: Reglas de La Habana.
- Organización de las Naciones Unidas (1990) Convención sobre los Derechos del Niño.
- Organización de las Naciones Unidas (1997). Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos: Reglas Nelson Mandela.
- Organización de las Naciones Unidas (2007). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ortíz Torres, V. (2012) Historia de la psiquiatría forense en Chile.
- Osorio A, Carlos G. (2016). Historia de los terrenos de la Casa de Orates de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 144(3), 388-393. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000300016>
- Vera, C., Márquez, M., & Reveco, F. (2021). Estudio de brechas de psiquiatría forense. Informe final: Caracterización de Oferta y Demanda.

Archivos de prensa

Águila, F. . La difícil realidad que enfrentan los reos con problemas mentales en Chile. Emol. (22-07-2012)

<https://www.emol.com/noticias/nacional/2012/07/20/551713/la-dificil-realidad-que-enfrentan-los-reos-con-problemas-mentales-en-chile.html>

Basarte, C., Chekh, E.L., Basadre, P. . Estudio de la Defensoría revela precariedades en causas de personas inimputables. La Tercera. (08-07-2018)

<https://www.latercera.com/nacional/noticia/estudio-la-defensoria-revela-precariedades-causas-personas-inimputables/235764/>

El Pingüino web. Los problemas del Servicio Médico Legal de Magallanes al no tener un psiquiatra forense. (14-06-2021)

<https://elpinguino.com/noticia/2021/06/14/los-problemas-del-servicio-medico-legal-de-magallanes-al-no-tener-un-psiquiatra>

Pizarro, C. . El hombre que mató al cura en la Catedral de Santiago: La nueva vida de Rodrigo Orias. The Clinic. (21-07-2010)

<https://www.theclinic.cl/2010/07/21/el-hombre-que-mato-al-cura-en-la-catedral-de-santiago-l-a-nueva-vida-de-rodrigo-orias/>

Muy Buenos Días. La nueva vida del hombre que asesinó a sacerdote. Televisión Nacional de Chile (TVN). (25-01-2017) <https://www.youtube.com/watch?v=nRGHIBDf2n8&t=25s>

Radio Cooperativa. Sacerdote italiano murió apuñalado en la Catedral Metropolitana. (24-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/sacerdote-italiano-murio-apunalado-en-la-catedral-metropolitana/2004-07-24/191540.html>

Radio Cooperativa. Carabineros resguardó misa matinal en la Catedral Metropolitana. (25-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/carabineros-resguardo-misa-matinal-en-la-catedral-metropolitana/2004-07-25/105748.html>

Radio Cooperativa. Municipio de Santiago se querellará contra asesino de religioso. (25-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/municipio-de-santiago-se-querellara-contra-asesino-de-religioso/2004-07-25/144210.html>

Radio Cooperativa. Joven que mató a sacerdote recibirá alta médica no antes de seis días. (25-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/joven-que-mato-a-sacerdote-recibi-ra-alta-medica-no-antes-de-seis-dias/2004-07-25/120725.html>

Radio Cooperativa. Cardenal Errázuriz calificó como “salvaje” el crimen de Faustino Gazziero. (25-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/cardenal-errazuriz-califico-como-salvaje-el-crimen-de-faustino-gazziero/2004-07-25/160014.html>

Radio Cooperativa. Iglesia desestimó que crimen de religioso pueda originar una ola de temor. (26-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/iglesia-desestimo-que-crimen-de-religioso-pueda-originar-una-ola-de-temor/2004-07-26/091444.html>

Radio Cooperativa. Lagos se mostró “impactado” por el crimen de religioso en la Catedral. (26-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/lagos-se-mostro-impactado-por-el-homicidio-de-religioso-en-la-catedral/2004-07-26/135300.html>

Radio Cooperativa. Asesinato de religioso probablemente tuvo “una planificación previa” según experto. (26-07-2004).

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/asesinato-de-sacerdote-probablemente-tuvo-una-planificacion-previa/2004-07-26/080922.html>

Radio Cooperativa. Asesino de religioso experimenta una “buena” evolución posoperatoria. (26-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/asesino-de-religioso-experimenta-una-buena-evolucion-posoperatoria/2004-07-26/084729.html>

Radio Cooperativa. Sociólogo estima que el fenómeno de las sectas satánicas es “marginal”. (26-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/sociologo-estima-que-en-chile-el-fenomeno-de-las-sectas-satanicas-es/2004-07-26/150300.html>

Radio Cooperativa. Jueza Verónica Sabaj asumió investigación de asesinato de sacerdote italiano. (26-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/jueza-veronica-sabaj-asumio-investigacion-de-asesinato-de-sacerdote/2004-07-26/112917.html>

Radio Cooperativa. Investigación indaga amenazas contra Iglesia Católica de Coyhaique. (27-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/investigaciones-indaga-amenazas-contra-iglesia-catolica-de-coyhaique/2004-07-27/141041.html>

Radio Cooperativa. Lagos dijo que hay que esforzarse para que no se repitan asesinatos de sacerdotes. (27-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/lagos-dijo-que-hay-que-esforzarse-para-que-no-se-repitan-asesinatos-de/2004-07-27/123246.html>

Radio Cooperativa. Lavín presentó querrela por asesinato en la Catedral Metropolitana. (27-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/lavin-presento-querrela-por-asesinato-en-la-catedral-metropolitana/2004-07-27/103334.html>

Radio Cooperativa. Homicida de sacerdote podría recibir el alta médica este jueves 29. (27-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/homicida-de-sacerdote-podria-recibir-el-alta-medica-este-jueves-29/2004-07-27/100504.html>

Radio Cooperativa. Cardenal Errázuriz lamentó que fanático matara a un “hombre sabio” que hacía el bien. (27-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/cardenal-errazuriz-lamento-que-un-fanatico-matara-a-un-hombre-sabio/2004-07-27/104242.html>

Radio Cooperativa. El asesino de la Catedral está en condiciones de ser interrogado. (29-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/el-asesino-de-la-catedral-esta-en-condiciones-de-ser-interrogado/2004-07-29/091659.html>

Radio Cooperativa. Magistrada estudia encausar este viernes a asesino de Gazziero. (29-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/magistrada-estudia-encausar-este-viernes-a-asesino-de-gazziero/2004-07-29/211920.html>

Radio Cooperativa. Obispo Infanti reiteró que hay sectas vinculadas al asesino del padre Gazziero. (29-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/obispo-infanti-reitero-que-hay-sectas-vinculadas-al-asesino-del-padre/2004-07-29/122147.html>

Radio Cooperativa. Por homicidio calificado fue encausado el asesino del sacerdote Gazziero. (30-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/por-homicidio-calificado-fue-encausado-el-asesino-de-sacerdote-gazziero/2004-07-30/161841.html>

Radio Cooperativa. Asesino de Gazziero comentó a capellán que no eligió a su víctima. (30-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/asesino-de-gazziero-comento-a-capellan-que-no-eligio-a-su-victima/2004-07-30/152136.html>

Radio Cooperativa. La policía aún no comprueba que una secta esté implicada en crimen de Gazziero. (31-07-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/la-policia-aun-no-comprueba-que-una-secta-este-implicada-en-crimen-de/2004-07-31/142711.html>

Radio Cooperativa. Iglesia se querellará contra responsables de la muerte de Gazziero. (01-08-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/iglesia-se-querellara-contra-responsables-de-la-muerte-de-gazziero/2004-08-01/140752.html>

Radio Cooperativa. Abogada de Orias auguró pronta absolución de su cliente por “esquizofrenia”. (22-08-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/abogada-de-orias-auguro-pronta-absolucion-de-su-cliente-por/2004-08-22/135542.html>

Radio Cooperativa. Rodrigo Orias colaboró en reconstitución de crimen de sacerdote en la Catedral. (25-08-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/rodrigo-orias-colaboro-en-reconstitucion-de-crimen-de-sacerdote-en-la/2004-08-25/075422.html>

Radio Cooperativa. Jueza determinó que Rodrigo Orias no puede ser procesado. (14-09-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/jueza-determino-que-rodrigo-orias-no-puede-ser-procesado/2004-09-14/122423.html>

Radio Cooperativa. En Putaendo quedará internado el asesino de sacerdote Gazziero. (20-12-2004)

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/caso-orias/en-putaendo-querada-internado-el-asesino-del-sacerdote-gazziero/2004-12-20/143016.html>

Radio Cooperativa. En libertad quedó joven que asesinó a sacerdote en la Catedral Metropolitana. (27-06-2008).

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/judicial/en-libertad-queda-joven-que-asesino-a-sacerdote-en-la-catedral/2008-06-27/020731.html>

Ríos, J. Presos de una enfermedad. Salud y cuidados en un recinto penitenciario. Universidad del Desarrollo. (Julio de 2016)

<http://limonapps.udd.cl/wp-content/uploads/2016/11/REPORTAJE-Presos-de-una-enfermedad.pdf>

Rojas, T., Vitar, M. Otro grave abuso en centros del Sename: internación psiquiátrica como método de castigo. CIPER. (21-08-2019)

<https://www.ciperchile.cl/2019/08/21/otro-grave-abuso-en-centros-del-sename-internacion-psiquiatrica-como-metodo-de-castigo/>

Schindler, M. Informe Especial: Crimen en la Catedral. Televisión Nacional de Chile (TVN). (2005). <https://www.youtube.com/watch?v=Lo1bebq5ztl&t=147s>

Actas Comisión Nacional de Psiquiatría Forense

Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2016). Acta del 24 de marzo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2016). Acta del 29 de abril.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2016). Acta del 20 de mayo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2016). Acta del 9 de junio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2016). Acta del 4 de agosto.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2016). Acta del 13 de octubre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2016). Acta del 1 de diciembre.

Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 2 de marzo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 4 de mayo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 1 de junio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 6 de julio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 3 de agosto.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 7 de septiembre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 5 de octubre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 2 de noviembre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2017). Acta del 7 de diciembre.

Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 10 de mayo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 7 de junio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 5 de julio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 2 de agosto.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 6 de septiembre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 4 de octubre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 8 de noviembre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2018). Acta del 13 de diciembre.

Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2019). Acta del 14 de marzo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2019). Acta del 9 de mayo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2019). Acta del 6 de junio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2019). Acta del 4 de julio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2019). Acta del 1 de agosto.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2019). Acta del 5 de septiembre.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2019). Acta del 5 de diciembre.

Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2020). Acta del 5 de marzo.

Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 7 de enero.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 4 de marzo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 1 de abril.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 6 de mayo.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 4 de junio.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 1 de julio.

Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 5 de agosto.
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (2021). Acta del 2 de septiembre.

Solicitudes de acceso a información pública presentadas

Solicitud de información a Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005580).
Sobre centros de salud que cuentan con unidades de psiquiatría forense.

Solicitud de información a Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005582). Sobre la
cantidad de pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría forense y en qué unidades están.

Solicitud de información a Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005583). Sobre la
cantidad de pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría forense.

Solicitud de información a Subsecretaría de Salud Pública (AO001T0014072). Sobre la
cantidad de personas que se encontraban en evaluación psiquiátrica forense para determinar
su imputabilidad.

Solicitud de información a Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005564). Sobre la
cantidad de personas que se encontraban en evaluación psiquiátrica forense para determinar
su imputabilidad.

Solicitud de información a Subsecretaría de Salud Pública (AO001T0014120). Sobre las actas
de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense desde el 2012 en adelante.

Solicitud de información a Subsecretaría de Salud Pública (AO001T0014121). Sobre los
informes realizados por la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense.

Solicitud de información a Subsecretaría de Salud Pública (AO001T0014123). Sobre las actas
de la Comisión Mixta Justicia y Salud.

Solicitud de información a Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005584). Sobre
las UHCIP de población infante juvenil.

Solicitud de información a Sename (AK004T0004906). Sobre las UHCIP de población
infante juvenil.

Solicitud de información al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (AO100T0000442). Sobre la UDAC.

Solicitud de información a Gendarmería (AK006T0019814). Sobre la población recluida en centros penales que se encontraba a la espera de evaluación psiquiátrica.

Solicitud de información a Defensoría Penal Pública (AK005T0000836). Sobre las personas con medidas de seguridad desde el año 2011.

Solicitud de información al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (AO100T0000444). Sobre la cantidad de personas que han sido tratadas en sus distintas unidades.

Solicitud de información a Gendarmería (AK006T0019871). Sobre la población penal que tiene alguna patología psiquiátrica.

Solicitud de información a Sename (AK004T0005106). Sobre las UHCIP desde la entrada en vigencia de la ley de Responsabilidad Penal Adolescente.

Solicitud de información a Sename (AK004T0005107). Sobre las residencias de alta complejidad para población infanto juvenil.

Solicitud de información al Servicio Médico Legal (AK003T0001718). Sobre la cantidad de psiquiatras forenses a nivel nacional.

Solicitud de información a Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005998). Sobre actas de la comisión de psiquiatría forense.

Solicitud de información a Gendarmería (AK006T0020122). Sobre personas inimputables en cárceles.

Solicitud de información a Gendarmería (AK006T0020287). Sobre personas bajo evaluación psiquiátrica para establecer su inimputabilidad.

Solicitud de información al Ministerio de Justicia (AK001T0004160). Sobre actas e informes de la comisión nacional de psiquiatría forense.

Solicitud de información al Servicio Médico Legal (AK003T0001744). Sobre cantidad de pericias psiquiátricas infantiles realizadas.

Solicitud de información al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (AO100T0000448). Sobre la cantidad de personal en el Servicio de Psiquiatría Forense.

Solicitud de información a la Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005708). Sobre la cantidad de personal a nivel nacional del Servicio de Psiquiatría Forense.

Solicitud de información a la Subsecretaría de Redes Asistenciales (AO002T0005600). Sobre la cantidad de Unidades de psiquiatría infanto juvenil de cuidados intensivos.

Solicitud de información al Poder Judicial (NR001T0006514). Sobre la cantidad de personas declaradas inimputables y que estén con medida de seguridad.

Solicitud de información al Poder Judicial (NR001T0006513). Sobre la cantidad de procesos suspendidos por el artículo 458.

Solicitud de información a la Defensoría Penal Pública (AK005T0000844). Sobre los informes estadísticos realizado en la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense.

Solicitud de información al Servicio Médico Legal (AK003T0001719). Sobre la cantidad de pericias psiquiátricas realizadas.

Solicitud de información a Subsecretaría de Salud Pública (AO001T0014851). Sobre las actas de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense.