

Vivir para esperar la muerte

LAS COLONIAS PSIQUIATRICAS

Carlos Angulo, Mayra Gavilán y Yolanda Spinetti*

"Un ambiente triste y se pasa hambre
y desnudez y no le dan agua a uno
y los zancudos se comen a uno
la habitación se filtra
no le dan cobija a uno no tiene baño
y trancado con candados y no tiene cama
ni cobija y a mi no me da
da ganas de llorar
y me quedo tranquila
hay que ensuciarse adentro encierran a uno
porque pelea
ellas dicen que crisis pero no es
es disgusto porque me pegan
yo no quisiera estar de nuevo ahí"

(Poema de una paciente que describe la "Sala del Olvido")

Colonia Psiquiátrica de Auyare.

"Una institución para enfermos mentales es investigada por un juez penal, al descubrirse que varias pacientes han muerto aparentemente por castigos corporales en dicho centro". (El Nacional, 14 de junio de 1984, pág. D-24).

"Siguiendo con el caso de la paciente No. 36, recordamos que su muerte ocurrió a consecuencia de un paro cardíaco sin que antes hubiese presentado dolencias de este tipo. Es factible que su corazón se resintiera ante un largo padecimiento de tres años con disentería..." (C. Angulo, Y. Spinetti, Evaluación de los derechos del enfermo mental en una colonia psiquiátrica, pp. 294-295).

Las clínicas de resocialización son las comúnmente conocidas como colonias psiquiátricas y cuyas características principales van a conformarse a partir del tipo de pacientes que albergan. Los enfermos mentales crónicos que allí ingresan son diagnosticados fundamentalmente como pacientes de larga evolución o de larga estadía. El primer término implicaría la cronicidad por efectos de su propia patología y el segundo, por la permanencia mayor de dos años en instituciones psiquiátricas. Es por tanto oportuno señalar que la cronificación de un paciente no se da exclusivamente por cierta patología mental sino que puede ser producto también de su estadía prolongada en una institución psiquiátrica que no posea óptimas condiciones para alcanzar la

rehabilitación.

Para regular la actividad y funcionamiento de estas colonias existe una serie de disposiciones legales comprendidas en el Reglamento Parcial sobre Sanatorios de Resocialización Psiquiátrica, y cuyo Art. 2 reza así:

"Para los efectos de este reglamento se denominan Sanatorios de Resocialización Psiquiátrica aquellas clínicas de hospitalización, enfermerías, hospitales, casas de salud, sanatorios o cualquiera otros establecimientos similares, de propiedad privada, destinadas preferentemente a la atención de pacientes con enfermedades mentales de larga evolución, los cuales comúnmente requieren hospitalización prolongada, y para cuya asistencia predominan actividades de prevención terciaria".

El reglamento en cuestión hace énfasis en la prevención terciaria o **rehabilitación** como objetivo de estas instituciones, valiéndose para ello de una serie de normas y obligaciones que garantizarían el cumplimiento de dicho objetivo. Dentro de esta normativa se encuentran, entre otras cosas, criterios bastante estrictos para el ingreso de pacientes a las colonias, atendiendo específicamente a patologías mentales diagnosticadas como crónicas. También reglamenta el seguimiento y control de cada paciente a través de una historia clínica completa, el mantenimiento y revitalización del contacto con los familiares de los pacientes a través de distintos medios, el tipo de alimentación suministrada, el número y características de todo el personal que allí labore, la atención de casos de emergencia y el tipo de edificación adecuado para los centros destinados a albergar pacientes de esta naturaleza.

EL CASO DE AUAYARE

Sin embargo, a juzgar por los datos que aparecen en los boletines de Epidemiología y Estadística Psicopatológica elaborados por el M.S.A.S., esta normativa está lejos de cumplirse en alguna de las colonias psiquiátricas del país. Como ejemplo de ello presentaremos someramente algunas apreciaciones extraídas de una investigación realizada en 1983 en la Colonia Psiquiátrica de Auyare. (1) Esta institución de carácter privado se encuentra situada en Guarenas, Edo. Miranda. Posee una población totalmente femenina de todas las edades, con un cupo aproximado de 250 camas.

En esta institución, por ejemplo, hay pacientes con diagnósticos que no se corresponden con la necesidad de internamiento en una colonia. En cuanto al personal que allí trabaja, tenemos, primero, que el equipo profesional es insuficiente en relación al número de pacientes reclusas, además de incumplir en ocasiones el horario de asistencia programado. Segundo, en el caso del personal de enfermería se observa igual situación con el agravante de no tener muchas veces la preparación psiquiátrica requerida. Del mismo modo, sus actividades están centradas más en intereses per-

sonales que en labores asistenciales. Tercero, la inexistencia de la labor de trabajadores sociales influye poderosamente en la pérdida de vínculos con los familiares de las pacientes recluidas. Cuarto, las actividades diseñadas por las terapistas ocupacionales, la mayoría de las veces no son aprovechadas por las pacientes sino por el personal de enfermería. Otras actividades que carecen de planificación no pueden considerarse terapéuticas y rehabilitatorias al alcanzar rasgos de trabajo no remunerado realizado por las pacientes.

En relación a las condiciones físicas de la institución, además de un mantenimiento deficiente de la misma, algunas instalaciones utilizadas como dormitorios incumplen muchos de los requisitos para ser locales habitables, siendo algunas incluso catalogadas como peligrosas. De igual modo, las condiciones anti-higiénicas del comedor, los utensilios usados por las pacientes para comer, la ingestión de agua no potable y la presencia de animales en las diferentes instalaciones, son aspectos que inciden negativamente en la ya precaria salud de las pacientes:

Respecto a la alimentación allí suministrada, se observa que no llena los

requisitos mínimos necesarios para satisfacer una dieta adecuada contemplada para pacientes de larga estadía.

Otro dato sumamente importante está referido al tratamiento, siendo éste quizás el elemento más directamente relacionado con la rehabilitación que, insistimos, es el objetivo explícito de estas instituciones. En este punto encontramos una de las violaciones más flagrante en cualquiera de las dos vertientes del tratamiento: médica y psiquiátrica. Desde el punto de vista del tratamiento psiquiátrico, encontramos cómo el aspecto psicoterapéutico es obviado completamente, no existiendo continuidad ni seguimiento de los casos. De esta manera, al no haber un control psiquiátrico que permita seguir la evolución de la enfermedad y con ello la revisión periódica del diagnóstico, se presencian casos de permanencia injustificada de pacientes.

En cuanto al tratamiento más específicamente médico, se hallaron algunas notas en las historias clínicas reportando que no se estaba cumpliendo el tratamiento indicado.

No se puede esperar entonces que esta Colonia logre una reincorporación satisfactoria del paciente mental crónico a su medio familiar y social. Es así como la Colonia Psiquiátrica de Auyare y el resto de las colonias, a juzgar por los datos oficiales, justifican más su presencia como centros de custodia y depósitos de enfermos que como centros rehabilitadores.

ESPERANDO LA MUERTE

A pesar de la gravedad que este hecho encierra en sí mismo, existe aún otro peor que se desprende de la anterior situación: aun relegando a un plano secundario la rehabilitación, las colonias no garantizan muchas veces siquiera la integridad física y el cuidado de la salud de los enfermos que alberga. Para fundamentar esto es necesario aludir a un dato funestamente típico de las colonias psiquiátricas y es el **alto porcentaje de egresos por muerte de los pacientes**. En los boletines anteriormente nombrados, tales decesos suelen atribuirse a cardiopatías (siendo ésta la única causa de muerte en Auyare para el año 1979 y 1980), enfermedades respiratorias y, en ciertas ocasiones, enfermedades gastro-intestinales y desnutrición (ver cuadro).

Lo que la versión oficial no contempla es si muchas de estas enfermedades no son producidas y mantenidas por la infuncionalidad de las instituciones, por la falta de condiciones sanitarias óptimas, de asistencia adecuada y

tratamiento oportuno.

Siguiendo con el ejemplo de Auyare, podemos presentar como ilustración dos casos de pacientes fallecidos.

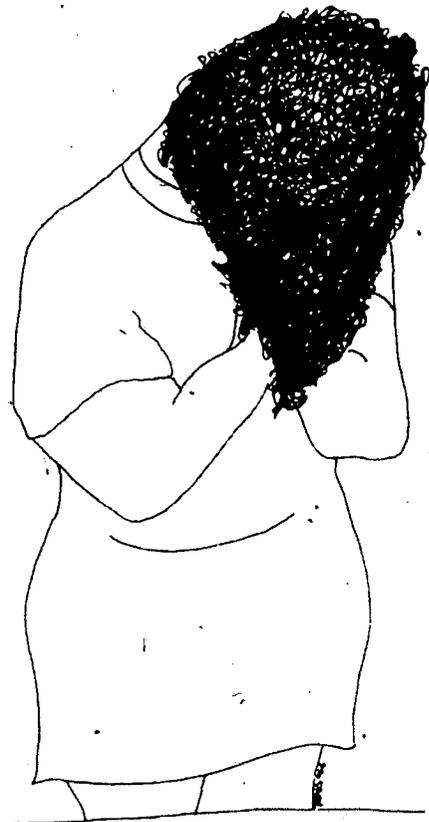
El primero se refiere a la muerte de una paciente en el período de realización de esta investigación a causa de un paro cardíaco. Esta paciente, cuyo diagnóstico revelaba epilepsia, también presentaba crisis convulsiva. Desde su ingreso en la institución hasta aproximadamente un año después, su cuadro epiléptico se mantuvo controlado, llegando incluso a salir de permiso. A partir de su alta se reiniciaron las crisis convulsivas por abandono del tratamiento, tal como consta en los reportes de control ambulatorio. Al reingresar a la colonia mejora y durante este período muchas notas reportan que la paciente recibía tratamiento anticonvulsivo. Un año antes de su muerte comienza a reportarse casi mensualmente crisis convulsiva, siendo el último reporte clínico en este sentido: "... no se está cumpliendo el tratamiento que hemos reiterado en mi indicación. Presenta úlceras y crisis convulsivas casi a diario". Su deceso ocurre un mes después.

Según especialistas internacionales en la materia, una de las causas de muerte de los pacientes mentales, es la evolución de una enfermedad somática de importancia. Otra de las causas que señalan tiene que ver con trastornos en los mecanismos de coagulación provocados por la administración excesiva y prolongada de psicofármacos aun cuando la insuficiencia cardíaca no sea predisponente. (2)

Siguiendo con el caso de esta paciente, tenemos que en su historia clínica se reportaba una enfermedad somática de especial importancia: disentería. La paciente la padeció durante casi tres años y, dado que el tiempo de incubación de esta enfermedad es a lo sumo de una semana, es fácil deducir que la contrajo durante su período de reclusión en la colonia. Podemos pasar ahora a analizar las posibles causas que la originaron.

La disentería se contrae al ingerir alimentos contaminados con quistes de materias fecales tanto de personas infectadas como de animales portadores. En Auyare no existe, por un lado, el control sanitario que impida el acceso de perros y moscas al depósito de alimentos y, por el otro, la ausencia de piezas sanitarias en los baños obliga a las pacientes a orinar y defecar en el piso. Si además de lo anterior tenemos que otra de las formas de contraerla es bebiendo de depósitos de agua estancada, hallamos otro posible factor de la disentería





de la paciente.

En este caso concreto, su muerte ocurrió a causa de un paro cardíaco sin que antes hubiese presentado dolencias de este tipo. Es factible que su corazón

se resentiera ante un largo padecimiento con disenteria, sabiendo cómo puede ésta debilitar un organismo ya minado por las fuertes crisis convulsivas que la epilepsia le imponía.

El segundo caso se refiere a una paciente cuyo diagnóstico es Síndrome Delirante Crónico con deterioro. Esta paciente también presentaba crisis con cierta periodicidad y se mantenía en tratamiento permanente. A raíz de su última crisis fue internada en Sala de Cura. En un reporte médico del mismo mes, aparece en su historia clínica el cambio de medicamento de Sinogan a Lagartil, por faltar el primero en la institución. Al respecto se obtuvo información de la Enfermera Jefe señalando que la última crisis de la paciente se atribuía a no estar recibiendo tratamiento completo por haberse agotado el Sinogan. Esta paciente es, además, uno de los casos donde se reporta en las notas clínicas incumplimiento del tratamiento. Supimos de su suicidio durante esta crisis luego de haber finalizado nuestro período de observación en la colonia.

EL PRESUPUESTO: PROBLEMA O COARTADA

El punto anterior nos lleva a un aspecto central de esta discusión: el pro-

blema presupuestario que afecta a estas instituciones. Según el último boletín oficial (1980), el presupuesto diario asignado para cada paciente es de Bs. 23. Sin ánimos de obviar tan importante aspecto dentro de la crítica situación de la salud mental en Venezuela, nos permitiremos hacer ciertas anotaciones.

Es evidente que con tan escaso presupuesto otorgado al mantenimiento de una institución para pacientes mentales crónicos, hay muchos aspectos de su funcionamiento que se resentirán. Sin embargo, en la colonia estudiada se detectaron cosas que escapan de un mero problema monetario como aquellas que tienen que ver con el trato, muchas veces inhumano, que se dispensa a las pacientes; el internamiento a veces arbitrario y el incumplimiento de muchas de las labores asistenciales aun existiendo personal para realizarlas.

Por ello, más allá de un problema presupuestario reconocemos la concepción que sobre salud mental subyace a todo esto. Sin embargo, colocar en la colonia todo el peso de las irregularidades encontradas puede ser simplista y enmascarador de nuestra realidad psiquiátrica. El reconocimiento de tan compleja realidad nos obliga a intentar delimitar responsabilidades.

INGRESOS, EGRESOS Y ALGUNAS CAUSAS DE MUERTE EN SANATORIOS DE RESOCIALIZACION PSIQUIATRICA

1980 (último boletín)	San Fco. de Maicara Guárico	Buena Vista Guárico	Auyare Miranda	Virgen del Rosario Miranda	La Paz Miranda	Raúl Castillo P. Táchira	Las Delicias Zulia	San Agustín Zulia	La Sierrita Zulia	Tot.	%
Total ingresos al año	59	17	42	0	5	92	8	—	46	269	
Total egresos al año	39	18	35	4	146	100	8	—	36	386	
Egresos por mejoría	0	0	33	—	0	23	0	—	8	64	17
Egresos por Fuga	14	0	0	3	139	18	0	—	5	179	46
Egresos por muerte	40	11	4	—	8	24	10	1	13	111	29
CAUSAS DE MUERTE											
Cardíacas	20	6	4	—	4	8	4	0	3	49	44
Respiratorias	0	1	0	—	4	2	—	0	2	9	8
Renales	7	0	0	—	0	2	—	0	0	9	8
Gastrointestinales	0	0	0	—	0	1	—	0	6	7	6
Desnutrición	0	0	0	—	0	4	—	0	0	4	4
Deshidratación	0	1	0	—	0	3	—	0	0	4	4
Anemia	1	0	0	—	0	0	—	1	0	2	2

Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, Boletín de Epidemiología y Estadísticas Psicopatológicas, Boletín 5, Caracas, 1980. Elaboración Propia. (—): no hay información.

Primero, si bien es cierto que la colonia no cumple con el reglamento que el M.S.A.S. elabora, no es menos cierto que el Ministerio no evalúa que las colonias cumplan con el reglamento que él mismo realiza. Al no cumplirse ambas responsabilidades, la colonia deja de ser un centro rehabilitador para convertirse en un agente cronificador que alberga pacientes "irrecuperables". El M.S.A.S., por su parte, proyecta en el reglamento esta concepción de irrecuperabilidad al desatender, por ejemplo, el tratamiento psiquiátrico, pilar fundamental de la rehabilitación.

Segundo, dentro de la planificación de políticas sobre salud mental y asignación presupuestaria para todas las instituciones que asisten a pacientes de distintas patologías, las colonias psiquiátricas son, sin duda alguna, las más desatendidas.

A pesar de este último reconocimiento, nos parece que los escasos recursos económicos no explicarían muchas de las situaciones que se viven dentro de una colonia. Es por esto que pareciera que el problema presupuestario es entonces la fachada utilizada para enmascarar y justificar el sinfín de arbitrariedades que se suceden en estas instituciones.

Los directores y demás personal encargado de regentarlas no han podido —o querido— enfrentar el núcleo de esta

problemática desviando en consecuencia la atención hacia todas aquellas personas que se atreven a denunciarla acusándolas de "amarillistas" y "sensacionalistas". Justo por ello llamó la atención el remitido elaborado por la Asociación de Institutos de Resocialización Psiquiátrica apoyando y avalando la gestión del personal implicado en la muerte de dos pacientes en la Colonia "Virgen del Rosario" en Cúa, Edo. Miranda.

Cabe recordar en este momento el programa televisivo sobre la Colonia Psiquiátrica de Catia La Mar que recibió la suspensión de las actividades de un canal comercial siguiendo instrucciones del M.T.C.

Si las personas encargadas de velar por la seguridad y bienestar del paciente han permitido la instalación y permanencia de tan denigrante situación, ¿con qué peso moral pueden descalificar a las personas que intentan buscar posibles alternativas?

La proposición de alternativas no es sencilla cuando se quiere atacar el origen de una problemática para eliminarla. Esto no es simplemente una frase hecha. A lo largo de nuestros estudios acerca de la situación psiquiátrica de nuestro país, y específicamente de los centros para enfermos crónicos, hemos ido desechando múltiples proposiciones al comprender que, servirían de simples paliativos que a la larga contribuirían a perpetuar



lo existente.

Una vez pensamos que la solución podía estar en la creación e implementación de leyes que protegieran al enfermo mental. En este sentido, el Anteproyecto de Ley para los Impedidos físicos y mentales que descansa en el Congreso para su aprobación, representaba la alternativa ideal pues contempla muchos importantes aspectos que obvia el reglamento existente haciéndose más completo y extensivo —como reza su título— hasta los minusválidos físicamente.

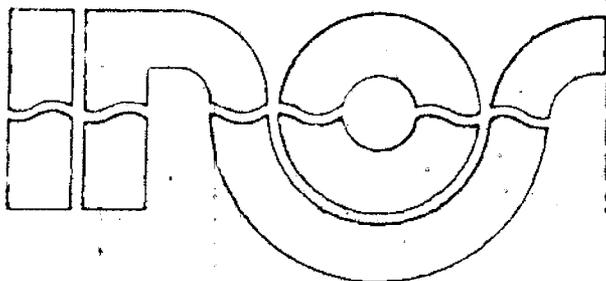
Aún consideramos que es necesaria la aprobación de dicho Anteproyecto. Sin embargo, es evidente, por todo lo expuesto anteriormente, que nuevos reglamentos pasarían a conformar con los que ya existen tratados de ley muerta, si antes no se inicia una revisión que promueva el cambio en la concepción que acerca del enfermo mental se tiene.

NOTAS:

- (*) Psicólogos
- (1) Carlos Angulo/Mayra Avilán/Yolanda Spinetti, Evaluación de los derechos del enfermo mental en una colonia psiquiátrica, tesis de grado, Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación, UCV, Caracas, 1984.
- (2) Hospital Psiquiátrico de La Habana, Perspectivas de vida y causas de muerte en los pacientes mentales, La Habana, 1979.

*CADA ANIVERSARIO DE UN MEDIO DE
COMUNICACION SOCIAL ES UNA JORNADA MAS,
CUMPLIDA POR LA LIBERTAD DE EXPRESION.
SOLO EN DEMOCRACIA PODEMOS PROGRESAR*

FELICIDADES "REVISTA SIC"



**INSTITUTO
NACIONAL
DE OBRAS
SANITARIAS**