



EDITORIAL



La promulgación del Código de Núremberg en 1947 y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos por ONU en 1948, establecieron como eje central en la sociedad la dignidad del ser humano. Se dio a conocer el primer reconocimiento universal, de que los derechos básicos y las libertades fundamentales son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igualdad de medida a todas las personas, y que todos y cada uno de nosotros hemos nacido libres y con igualdad de dignidad y de derechos. Independientemente de nuestra nacionalidad, lugar de residencia y género, origen nacional o étnico, color de piel, religión, idioma o cualquier otra condición, la comunidad internacional se comprometió a defender la dignidad y la justicia para todos los seres humanos, de acuerdo con el *Fundamento de los Derechos Humanos Básicos, ONU (2016)*.

A raíz de lo anterior, las instituciones cerradas, como cárceles y principalmente los hospitales psiquiátricos de los países afectados por la tragedia de la Segunda Mundial (1940-1945), comenzaron a revisar los motivos de internamiento de las personas, ya estuvieran relacionados por los eventos bélicos traumáticos, ya sea por connotaciones políticas. Se fueron gestando, a lo interno de ellos, cambios significativos durante las décadas posteriores, que se tradujeron en los movimientos de reforma del modelo asistencial asilar de los hospitales psiquiátricos, influidos algunos por la promulgación de los Derechos

Humanos y por el movimiento antipsiquiátrico de la época.

En Latinoamérica también se fue gestando el movimiento de reforma antes, pero sobre todo, después de la Celebración de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Los países asistentes suscribieron la llamada Declaración de Caracas, en noviembre de 1990. Costa Rica fue uno de los países que suscribió la Declaración. En ella se propusieron distintas medidas, para lograr la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, como lo menciona J. Rodríguez, en su libro *Salud Mental en la Comunidad*, OPS, 2009, p39), en donde menciona que (...) *“La Declaración enfatizó que la atención convencional, centrada en los Hospitales Psiquiátricos, no permitía alcanzar los novedosos objetivos de la atención en salud mental, caracterizada por su naturaleza comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y con manifiesto componente de prevención”*.

En Costa Rica, la evolución de los movimientos de reforma, a partir de las cinco últimas décadas del siglo XX y de lo que va del siglo XXI, los podemos apreciar en tres etapas:

La **primera etapa** estuvo relacionada con la situación insostenible del antiguo “Asilo Chapuí” fundado el 04 de mayo de 1890, que se creó para tratar con dignidad a las personas que presentaban trastorno mentales en esa época,



pero que llegó con el tiempo al hacinamiento, creándose los efectos perversos de las “*instituciones cerradas*”. Corría el año 1977 y la novela “*Cachaza*”, de la Editorial Costa Rica, del escritor médico costarricense Virgilio Mora, desnudó con realismo descarnado la vida de los pacientes del antiguo Hospital Psiquiátrico.

A pesar de las innovaciones terapéutica en diferente décadas, el medio distaba mucho de ser terapéutico y rehabilitador. El cambio sustancial que se propuso fue la construcción de un “hospital abierto”, con amplias instalaciones y áreas verdes, calificado en esa poca “*tipo granja*” y fue inaugurado en setiembre de 1974, en el distrito de Pavas, San José. Se modificó la estructura física, pero no el modelo asilar y la sobrepoblación. Allí se hospitalizaban, usuarios con trastornos mentales en fase aguda y varios centenares de usuarios con trastornos mentales severos y persistentes que residían institucionalizados de por vida.

La **segunda etapa** de este Hospital se caracterizó, por ser un hospital psiquiátrico nacional de referencia, que tuvo una dotación de 1253 camas al inicio de los años 1980, de acuerdo con el documento publicado por el Dr. Gonzalo González Murillo, exdirector del Hospital en: *Breve estudio histórico del quehacer médico psicológico en Costa Rica*, en el libro: *La Psiquiatría en América Latina*, de la Ed. Losada (1989), pág. 80. Como eje rector de la Salud Mental del país y haciéndose eco de los cambios que se estaban originando a nivel internacional y, específicamente, el surgimiento del paradigma biopsicosocial,

desde el Hospital, se fueron implementando iniciativas tales como: los equipos interdisciplinarios, los programas asistenciales diversificados, (hogares transitorios, programa de hospital diurno, talleres protegidos, consulta de psiquiatría, de psicología y otras profesiones afines a la salud mental, en clínicas periféricas y hospitales regionales, programas comunitarios, etc), con aumento significativo de la dotación del recurso humano. Por otra parte, se fue promoviendo la humanización de los servicios en medio del hacinamiento, de las condiciones deficientes a lo interno del hospital y paralelamente, la creación de una red comunitaria que pretendía cambiar el sistema de cuidados de las personas con trastorno mental y desplazar, el centro de gravedad de la asistencia, del Hospital Psiquiátrico, hacia la comunidad, procurando que los dispositivos de salud mental externos, contuvieran las referencias y fueran el eje de la acción de la salud mental.

La **tercera etapa** se inició con las acciones promovidas a partir de la promulgación de la *Ley 7600, “Ley de Igualdad de Oportunidades para la Persona con Discapacidad”*, en mayo del año 1996. Fueron surgiendo alternativas a la institucionalización psiquiátrica, con conceptos basados en la Rehabilitación Psicosocial. Surgió en esa época la construcción o remodelación de siete hogares transitorios en el espacio destinado al proyecto agrícola, en el mismo espacio (*la finca*), contiguo al Hospital. El concepto de funcionalidad, relacionado con rehabilitación psicosocial, generó cambios en la organización de los espacios para los usuarios de larga estancia,



diferenciando a las personas por bajo, medio y alto nivel de funcionamiento. De esta manera, se dio inicio al desarrollo de programas de vida diaria básica e instrumental, estimulación cognitiva, ampliación de los contactos con la comunidad y otras actividades orientadas a la desinstitucionalización y a la reinserción social. Fue permeando el lema: *“La verdadera rehabilitación está fuera del Hospital”*. Desde entonces, se fue originando un éxodo importante de usuarios, incluidos en diferentes instancias de la comunidad.

Conforme se fue venciendo la resistencia al cambio y consolidando el concepto de rehabilitación psicosocial y tomando fuerza la campaña de sensibilización del personal asistencial en los Derechos Humanos, se terminó de adaptar la Escala de Evaluación Funcional para las Persona con Trastorno Mental en el año 1999. Es importante resaltar que en el año 2000, se nombró al Comité Interdisciplinario de Rehabilitación, que posteriormente dio origen al Servicio de Rehabilitación. La clasificación de los usuarios en niveles de funcionamiento, favoreció la aplicación de programas de rehabilitación psicosocial acordes a su funcionalidad, para lograr, hasta donde fuera posible, el mayor nivel de autonomía personal. En el año 2003, se fueron aplicando los Programas Individualizados de Rehabilitación (PIR) y de aprestamiento conductual y cognitivo, previos a la desinstitucionalización y la reinserción social y comunitaria. El objetivo era, que las condiciones de los espacios físicos, la atención y los cuidados de los usuarios egresados, debían ser iguales o mejores a las que ofrecía el Asilo.

Es relevante destacar la iniciativa de los equipos interdisciplinarios de Larga Estancia para coordinar con instituciones del Estado, vinculadas a la discapacidad, que argumentaban no poseer recursos económicos para financiar espacios en la comunidad y ubicar a los usuarios en lista de espera, “retenidos” en el Hospital. Se realizó una labor encomiable con familiares distanciados de uno de sus miembros, que lo habían depositado en el hospital, con la creencia de que el *“Asilo Chapuí”* era el lugar ideal para ellos. Con el paso del tiempo, perseverando en la ardua gestión, se fueron reubicando paulatinamente, de forma admirable, a los usuarios declarados en abandono, en albergues y residencias subvencionadas por el antiguo Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CONREE), actualmente Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS). Lograron de esa manera, paulatinamente, la reubicación de varios centenares de usuarios institucionalizados de por varias décadas en el modelo asilar.

Durante la última década, se avanzó de forma importante en el reconocimiento de los Derechos Humano de las personas que presentan trastornos mentales, para ser tratadas de forma separada, de las personas que presentan trastornos mentales y conflictos con la ley. Ante el recurso de amparo interpuesto por un familiar de un usuario, mediante el **Voto 2009-004555**, del 20 de marzo del 2009, la Sala Constitucional ordenó al Hospital separar ambas poblaciones. Para atender a las personas con patología mental y tener además causas legales, se creó el *Centro de Atención para Personas con*



Enfermedad Mental y Conflictos con la Ley, en La Uruca, el cual inició su funcionamiento en julio del 2010, con una dotación de 75 camas, pero en este momento mantiene un promedio diario de 105 personas. La atención clínica la brinda la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la seguridad del centro el Ministerio de Justicia. Este centro inició sus funciones como apéndice del Hospital y mantiene aún su dependencia. La cuestionada situación en la que se encuentra este Centro (considerado por expertos como un encierro) está generando, en el medio laboral del Hospital, especulaciones que se refieren a esas las condiciones, en un ámbito físico limitado, si se debe ubicar en un sector desocupado del Hospital, pero con independencia administrativa, como unidad programática, o bien, si se retoma y se modifica el **Proyecto de Ley 16267**, el cual se encuentra en la Asamblea Legislativa, que promueve la construcción de un “*Centro de Atención Especializada en Salud Mental*” tal y como lo ordenó la Sala Constitucional en el 2009.

Recientemente, en el mes de julio 2016, producto de la concertación entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y la Dirección General del Hospital se llegó a un acuerdo para la aplicación de la *Declaratoria de Abandono* de varias decenas de usuarios. Se conformó una Comisión Especial para la Ubicación, de casi 100 personas en abandono en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Esta noticia sorprendió gratamente a los funcionarios. La Comisión deberá emprender, de manera inmediata, las acciones relativas a la desinstitucionalización de todas las personas en régimen asilar, en el plazo de seis meses, a partir de julio

2016. Si bien esta noticia es alentadora, de nuevo, merecen un especial reconocimiento las acciones comunitarias emprendidas por los equipos interdisciplinarios de las unidades de larga estancia del Hospital para ir, paulatinamente, ubicando usuarios en diferentes instancias, con la ayuda de instituciones afines a la discapacidad, ahora sí, con presupuesto asignado.

Con el fin de que sirva como punto de referencia, mencionamos los datos suministrados por el Departamento de Estadística del Hospital, en agosto 2016. Durante los últimos diez años, se ha logrado desinstitucionalizar un porcentaje significativo de usuarios. En el 2006, en larga estancia, residían un promedio diario de 325 usuarios/as y durante el primer semestre del 2016 ese promedio se redujo a 150, lo que represente una disminución de un 217.3%.

Siguiendo la línea de reforma del modelo asilar, ya está esbozado el programa para el cierre total de las unidades que alberga el Asilo. La Comisión Interinstitucional ha propuesto un cronograma de actividades y metas para que a finales del 2016 e inicios del 2017 se produzca el cierre definitivo del Asilo. Lo anterior, situaría al Hospital en el paradigma del cambio, de la exclusión a la inclusión y de la hospitalización asilar a la atención comunitaria.

Días después de la concertación, se celebró acto muy significativo para dar por “**cerrada**”, oficialmente, la **estructura asilar** del Hospital para adultos mayores. Al acto contó con la presencia de la Vicepresidenta de la República, Ana Elena Chacón, la Presidenta Ejecutiva de la CCSS, Dra. María del Rocío Sáenz, la



Directora General del Hospital Psiquiátrico, Dra. Lilia Uribe López, representantes del Consejo Nacional para la Discapacidad (CONAPDIS), del Consejo Nacional del Adulto Mayor (CONAPAM), personeros de la Junta de Salud del Hospital, representantes de albergues, residencias para adultos mayores, familiares de usuarios y jefaturas de los servicios del Hospital.

Se hizo valer el derecho que asiste a las personas, en este caso adultas mayores que presentan trastorno mental, a vivir y ser incluidas en la comunidad. Cabe mencionar que tal y como lo recomendó la Declaración de Caracas, (...) *“sólo podrá ejercerse este derecho cuando los Estados, (en este caso el de Costa Rica), a través de sus instituciones creen los servicios comunitarios de salud mental donde, las personas con discapacidad mental puedan verdaderamente gozar de todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, es decir, vivir en la comunidad, con sus familias o a cargo de cuidadores”*.

Por otra parte, vivir de forma normalizada y hacer valer el derecho a ser incluidos en la comunidad, ha sido reconocido legalmente como un derecho de las personas, por los estados miembros de la Organización de Naciones Unidas, en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor el 3 de mayo del 2008. Ya anteriormente, en 1991, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (*Principios*

para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, ONU, 1991).

La aprobación de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 en Costa Rica fue un hecho significativo, pues en ella se definen los principios, los enfoques, los lineamientos y el plan de acción de Salud Mental para el país. Esta política estuvo estrechamente relacionada con el Plan de Gobierno anterior 2010-2014 y que ha retomado el actual gobierno con más fuerza y compromiso. En ella se contempla el siguiente objetivo fundamental sobre la Salud Mental: *“Fomentar y proteger la Salud Mental y fortalecer los programas de tratamiento de las adicciones, proponiendo el diseño de modelos de Salud Mental de base comunitaria, el fortalecimiento de alianzas entre la CCSS, el IAFA y organismos no gubernamentales involucrados”*, (pág 9).

En las experiencias de reforma psiquiátrica ocurridas en las últimas décadas, en determinados países europeos y latinoamericanos, es posible identificar una “Tercera Fase”, o una “Fase Avanzada” que va más allá del concepto de desinstitucionalización y de la simple reinserción social. En ella se postula una nueva manera de entender el manejo de los trastornos mentales, las relaciones de las personas que presentan trastornos mentales con la sociedad y la provisión de las medidas asistenciales precisas para satisfacer sus necesidades como lo menciona García, J. (1998) en el artículo, *Análisis de la Reforma y de la Desinstitucionalización Psiquiátrica en España*. Dicha concepción tiene como una de sus consecuencias más significativas, lo que



el autor denomina (...) como “normalización” de los cuidados y de la relación de estas personas con la sociedad. Este concepto de “normalización” implica, en esencia, la superación del “estatuto especial” de exclusión, que tradicionalmente ha caracterizado a la persona con trastorno mental (...).

A **futuro**, son tareas ineludibles para el Hospital, mientras se definen líneas de acción en la red de salud mental del país, visualizar y articular la trayectoria hacia dónde se desplaza a futuro. Deberá reformular un nuevo plan estratégico, definir su posición en la Política Nacional de Salud Mental, concretar la utilización de la infraestructura física desocupada, actualizar la infraestructura físicas de las instalaciones ocupadas por los usuarios a los estándares de calidad actuales, con parámetros de seguridad y respeto a la intimidad, reemplazar la indumentaria anacrónica de los usuarios para contrarrestar el estigma, replantearse la presencia del *Programa del Hospital Diurno* dentro del Hospital, que pese a poseer una marcada vocación comunitaria, permanece anclado al mismo, reflexionar sobre la creación solapada de un centro nacional de referencia para el internamiento adolescentes con trastornos mentales y abuso de sustancias, y ser de así, la ampliación urgente del área Emergencias y Observación con la consiguiente separación de la población de adolescentes y adultos y aplicar la *Directriz de Cumplimiento Obligatorio para el Traslado de Pacientes Menores de Doce Años al Hospital Nacional de Niños (GM-MDA-13674-2016)*, promover la creación de unidades de salud mental en hospitales generales para la atención de las personas

con trastornos mentales de su área de atracción, incorporar el concepto de seguridad y prevención cuaternaria como ejes temáticos, para combatir la iatrogenia asistencial y disponer de datos epidemiológicos y clínicos actualizados, producto de las propias investigaciones para la toma de decisiones, entre otros retos que se le avecinan.

Coincidimos con el concepto que propone que la discapacidad mental no debe considerarse como una enfermedad, sino como una condición humana que debe abordarse desde la perspectiva interdisciplinaria, que hace énfasis en la inclusión y no de la exclusión social.

Este número de la revista inicia con una investigación titulada “Análisis de los ingresos en menos de 30 días en el servicio de cota estancia de Hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante el año 2014”, presentada por los doctores Itzel **Pérez** Pérez y Roberto Chavarría Bolaños especialistas en Psiquiatría.

Otra de las investigaciones es la presentada por los psicólogos Alexandra Mora-Montero y Galo Guerra-Vargas, sobre las Creencias irracionales, emocionales apropiadas e Inapropiadas, y conductas resultantes, presentes en varones víctimas de agresión doméstica.

Además, los doctores Juan Pablo Muñoz Murillo y David Alpizar Rodríguez nos presentan una revisión bibliográfica sobre la “Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social.



En la sección literaria se presenta el poema titulado “Mis días”, de Priscilla Alfaro Porras, estudiante de Educación Especial de la Universidad de Costa Rica y del TCU-505.

Finalmente, en la categoría reflexión se presenta el escrito titulado “La vida dentro de un Hospital Psiquiátrico”, de José Pablo Serrano Oconitrillo, Estudiante de Medicina y del TCU de la Universidad de Costa Rica.

Dr. Roberto López Core.
Jefe del Servicio de Psicología Clínica
Correo: rlopez@ccss.sa.cr
Setiembre 2016

Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de Costa Rica, (2012).

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Organización de Naciones Unidas (ONU), 1991.

Rodríguez, J. **Salud Mental en la Comunidad.** Organización Panamericana de la Salud OPS, 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Declaración de Caracas. Celebración de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. Noviembre de 1990.

Fundamento de los derechos humanos básicos, Organización de Naciones Unidas ONU, 2016.

García, J. **Análisis de la Reforma y de la Desinstitucionalización Psiquiátrica en España** (1998)

Mora, V. **Cachaza.** Editorial de la Universidad de Costa Rica. (1977)