

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**POSGRADO EN PSIQUATRIA**  
**HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO**

Tesis de grado:  
Especialidad en Psiquiatría

**“ REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL HOSPITAL NACIONAL  
PSIQUIÁTRICO EN USUARIOS Y USUARIAS QUE TIENEN SEGUIMIENTO  
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIURNO ”**

**Realizado por: Dra. Dinnia Ramírez Orías**

**Tutora: Dra. Lilia Uribe López**

San José, 2009

## TABLA DE CONTENIDO

HOJA DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	vi
CARTA DE APROBACIÓN .....	vii
DECLARACIÓN JURADA.....	viii
CARTA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO.....	ix
CARTA DEL CLOBI .....	x
AGRADECIMIENTO.....	xi
RESUMEN.....	xii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	xiii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE ESTUDIO.....</b>	<b>1</b>
1.1 JUSTIFICACION.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.3HIPÓTESIS.....	4
1.4VARIABLES.....	4
1.5 OBJETIVOGENERAL.....	5
1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
1.7 ALCANCES .....	6
1.8 LIMITACIONES.....	6
<b>CAPITULO II. ATECEDENTES.....</b>	<b>7</b>
2.1 UN PASAJE POR LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA.....	8
2.1.1 EDAD MEDIA.....	9
2.1.2 PRIMERA REVOLUCION PSIQUIATRICA.....	9
2.1.3 SEGUNDA REVOLUCION PSIQUIÁTRICA.....	10
2.1.4 TERCERA REVOLUCION PSIQUIÁTRICA.....	10
2.1.5 CUARTA REVOLUCION PSIQUIÁTRICA.....	12
2.2 REFORMAS PSIQUIATRICA Y LA EVOLUCION DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL CRÓNICO.....	15
2.2.1 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	17
2.3 ANTECEDENTES DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	18
2.3.1 EXPERIENCIA EN ESTADOS UNIDOS.....	18
2.3.2 EXPERIENCIA EN FRANCIA.....	19
2.3.3 EXPERIENCIA EN ITALIA.....	19
2.3.4 EXPERIENCIA EN INGLATERRA.....	20

2.3.5 EXPERIENCIA EN ESPAÑA.....	22
2.4 REHABILITACION PSICOSOCIAL EN AMERICA LATINA.....	23
2.4.1 EXPERIENCIA EN BRASIL.....	24
2.4.2 EXPERIENCIA EN ARGENTINA.....	25
2.4.3 EXPERIENCIA EN CHILE.....	26
2.5 HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA EN COSTA RICA.....	27
2.5.1 SURGIMIENTO DEL SANATORIO DR ROBERTO CHACÓN PAUT.....	28
2.5.2 DESARROLLO DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO.....	29
2.5.3 HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO: TENDENCIA A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN.....	32
2.6 ACERCA DE REINSERCIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL GRAVE .....	35
 <b>CAPÍTULO III. MARCO TERICO.....</b>	<b>40</b>
 3.1 CONCEPTO DE SALUD MENTAL.....	41
3.2 CONCEPTO DE PSIQUIATRÍA.....	43
3.3 CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.....	44
3.3.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACION DE ENFERMO MENTAL CRÓNICO .....	46
3.3.2 TIPOS DE PATRÓN DE CRONICIDAD .....	48
3.4 CLASIFICACION DE FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD.....	50
3.4.1 FUNCIONAMIENTO.....	53
3.4.2 DISCAPACIDAD.....	53
3.4.3 DEFICIENCIA.....	54
3.4.4 ACTIVIDAD.....	54
3.4.5 PARTICIPACION.....	54
3.4.6 FACTORES CONTEXTUALES.....	54
3.4.7 CRONICIDAD.....	54
3.4.8 RECUPERACION.....	54
3.5 REHABILITACION PSICOSOCIAL.....	55
3.5.1 EL PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	57
3.5.2 ENFERMO MENTAL CRONICO, REHABILITACION Y LA FAMILIA .....	64
3.5.3 EL ENFERMO MENTAL CRONICO, REHABILITACION Y LA VIVIENDA .....	65
3.5.4 EL ENFERMO MENTAL CRÓNICO, REHABILITACION Y EL EMPLEO.....	67
3.5.5 EL ENFERMO MENTAL CRONICO Y EL EQUIPO DE TRABAJO EN REHABILITACIÓN .....	69

<b>CAPÍTULO IV. MARCO METOLOLOGICO.....</b>	<b>71</b>
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	72
4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	72
4.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	73
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO.....	74
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO.....	74
4.6 FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
4.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	76
4.8 RECOLECCION DE DATOS.....	76
<b>CAPÍTULO V. DESCRIPCION Y HALLAZGOS DE LOS CASOS DE ESTUDIO .....</b>	<b>77</b>
<b>5.1 CASO #1 NURIA.....</b>	<b>78</b>
5.1.1 INGRESOS HOSPITALARIOS .....	80
5.1.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....	83
<b>5.2 CASO #2 RITA .....</b>	<b>89</b>
5.2.1 INGRESOS HOSPITALARIOS .....	90
5.2.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....	95
<b>5.3 CASO #3 CARLOS .....</b>	<b>100</b>
5.3.1 INGRESOS HOSPITALARIOS .....	101
5.3.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....	105
<b>4.4 CASO #4 JOSÉ.....</b>	<b>112</b>
5.4.1 INGRESOS HOSPITALARIOS .....	113
5.4.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....	116

<b>4.5 CASO #5 PACO .....</b>	<b>120</b>
<b>5.5.1 INGRESOS HOSPITALARIOS .....</b>	<b>121</b>
<b>5.5.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....</b>	<b>123</b>
<b>5.6 RESULTADOS DE LOS EQUIPOS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL ANTE LOS FACTORES QUE FAVORECEN LA RECUPERACION DEL ENFERMO MENTAL .....</b>	<b>129</b>
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>131</b>
<b>6.1 CONCLUSIONES.....</b>	<b>132</b>
<b>6.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>136</b>
<b>CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>138</b>
<b>7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>139</b>
<b>CAPITULO VII: ANEXOS.....</b>	<b>143</b>
<b>FORMATO DE LAS ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD.....</b>	<b>144</b>
<b>FORMATO DE LAS ENTREVISTA AL SUJETO DE ESTUDIO.....</b>	<b>145</b>
<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE ESTUDIO .....</b>	<b>146</b>
<b>FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>147</b>

## HOJA DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

---

**Dra. Lilia Uribe López**

Jefatura de Rehabilitación Hospital Nacional Psiquiátrico  
Tutora de Tesis  
Médico Especialista en Psiquiatría

---

**Dr. Rodolfo Salazar Fonseca**

Director de Tesis  
Profesor de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica  
Médico Especialista en Psiquiatría

---

**Dr. Rigoberto Castro Rojas**

Director Nacional de Posgrado en Psiquiatría  
Profesor de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica  
Médico Especialista en Psiquiatría

## **CARTA DE APROBACIÓN**

El presente trabajo de graduación permite optar por el título de Médica Especialista en Psiquiatría.

Fue sometido al análisis por parte del Tribunal examinador, nombrado por el Posgrado de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Cumple con todos los requisitos solicitados, por lo que se considera aprobado.

---

**Dr. Rigoberto Castro Rojas**  
Director Nacional de Posgrado en Psiquiatría  
Médico Especialista en Psiquiatría

## **DECLARACIÓN JURADA**

Yo Dinnia Ramírez Orias, casada, vecina de San Rafael de Heredia, con cédula de identidad 6 0276 0963, declaro bajo la fe de juramento, Que para efectos de cumplir con lo establecido en el inciso cuatro, del artículo dieciséis del “Reglamento para la Investigación Biomédica en los Servicios Asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social”, que se refiere a las fuentes de financiamiento de la investigación, manifiesto lo siguiente: Que las fuentes de financiamiento de la propuesta de investigación “Rehabilitación Psicosocial Del Hospital Nacional Psiquiátrico en Usuarios y Usuarías que tienen seguimiento en La Consulta Externa Del Hospital Diurno” son las siguientes: Con recurso personal ; sin financiamiento externo.

---

**Dinnia Ramírez Orias**

**6 02760963**

## **AGRADECIMIENTO**

Primero y antes que nada quiero dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, también por haber puesto en mi camino a todas aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante el periodo de estudio y trabajo.

A mi tutora de tesis Dra. Lilia Uribe y a la Dra. Carolina Montoya quienes a pesar de otras muchas ocupaciones se comprometieron y me apoyaron para sacar esta tesis adelante.

Los mas sinceros agradecimientos al equipo del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico por la oportunidad de llevar a cabo esta experiencia. Agradezco especialmente a los participantes del estudio, familiares y profesionales en Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería en Salud Mental, Terapia Ocupacional y Trabajo Social que conviven con la realidad de la enfermedad mental crónica.

## RESUMEN

La presente investigación para optar por el título de especialidad en psiquiatría, tuvo como propósito describir las experiencias en torno a la Rehabilitación Psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en 3 usuarios y 2 usuarias que tienen seguimiento de su recuperación por parte del equipo del Hospital Diurno. La técnica cualitativa utilizada fue la entrevista a 19 personas integrantes de diferentes disciplinas psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional como informantes clave que incluyó ejes temáticos elaborados a partir de los conceptos claves de la investigación: enfermedad mental crónica, experiencia, factores facilitadores de rehabilitación psicosocial. Los resultados dan cuenta de las siguientes fuentes identificadas por los participantes: hospitalización, medicamentos, relaciones familiares, relaciones interpersonales, trabajo, estudios y situaciones críticas; además de las significaciones que ellos y ellas le atribuyen a sus experiencias. Precisamente, el principal aporte radica en incorporar la visión subjetiva sobre la enfermedad mental crónica, la que durante mucho tiempo, se ha entendido y abordado desde la objetividad descriptiva del modelo médico. Finalmente, se reconoce en este grupo de personas su capacidad de significar su experiencia. De este modo, acceder al mundo de sus significados individuales, permitió reconocer en ellos un potencial de cambio y/ o de reconstrucción personal el que resulta fundamental para los procesos psicoterapéuticos.

**Palabras Claves:** Enfermedad mental crónica, Rehabilitación psicosocial, factores de éxito.

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

**AC** Antes de Cristo

**CCSS** Caja Costarricense de Seguro Social.

**CIDDM** Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

**CIE-10** Clasificación Internacional de Enfermedades.

**CIF** Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad.

**CLOBI** Comité Local de Bioética en Investigación

**DC** Después de Cristo

**EEUU** Estados Unidos.

**EMG** Enfermedad mental grave.

**HNP** Hospital Nacional Psiquiátrico.

**OMS** Organización Mundial de la Salud.

**OPS** Organización Panamericana de la Salud.

**PIR** Programa individualizado de Rehabilitación.

**WHO** World Health Organization.

**GAPH** Grupo de Acompañamiento de la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria.

**APAL** Asociación de psiquiatría para América Latina.

**ISRS** Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

**RML** Retardo Mental Leve.

**TMC** Trastorno mental y del comportamiento.

**CNREE** Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

**INA** Instituto Nacional de Aprendizaje.

**HSJD** Hospital San Juan de Dios.

**UCI** Unidad de Cuidados Intensivos

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE ESTUDIO.**

## 1.1 Justificación

La psiquiatría en la década de los ochenta experimentó cambios profundos en la atención de los enfermos mentales crónicos, se diseñó como un conjunto de intervenciones orientados a proporcionar una mayor calidad de vida. Por otra parte, las sociedades cada vez más competitivas, llevan a convertir ese modelo de integración en un objetivo extremadamente complejo de practicar, las redes de apoyo de difícil acceso y la poca apertura al mercado laboral; encontrándose en la actualidad una vivienda extremadamente cara, y con una sociedad que presumiendo de complaciente, cada vez tolera menos a los diferentes. Sin embargo la aparición de la política asistencial y los movimientos de reforma, han promovido la aparición de una serie de dispositivos que respondan a las necesidades de las personas con enfermedad mental crónica para que esa integración comunitaria fundamentada en los derechos de igualdad de oportunidades se logren impulsar hacia una realidad. En Costa Rica, El Hospital Nacional Psiquiátrico ha fortalecido pautas en términos de humanización a los enfermos mentales crónicos mediante desarrollados modelos de rehabilitación psicosocial, experiencia que se fortalece partir de la Declaración de Caracas en 1990.

Los fenómenos que implican al individuo desde que ingresa al Hospital Psiquiátrico, inician con una evaluación que establece el diagnóstico y los déficit cognitivos y conductuales que presenta el usuario, hace que se puedan establecer y priorizar los objetivos a trabajar; una vez estabilizado de su fase aguda, existen aquellos que requieren de un trabajo terapéutico más prolongado como estrategia de tratamiento y reinserción social, entonces se activa una extensa gama de servicios las cuales se asocian como eslabones de la resolución de problemas y necesidades que han demostrado su efectividad terapéutica porque ayudan a reducir las recaídas y rehospitalizaciones y a tener un funcionamiento más adaptativo del individuo.

Considerando la alta gama de procesos implicados, lo extenso y árido en la resolución de los problemas individuales, es que surge el interés por realizar el estudio de cinco casos que han resultado exitosos en el proceso de rehabilitación, representando la experiencia del abordaje de las diferentes disciplinas de salud mental involucradas.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en lo expuesto se considera necesario focalizar la investigación en torno a la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los factores que mediaron en la evolución satisfactoria de los usuarios y usuarias que participaron de los procesos de rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico y que tienen seguimiento en el Hospital Diurno en los últimos cinco años?**

Por lo tanto, interesa investigar la intervención desarrollada por los profesionales en salud mental de las diferentes disciplinas que constituyen los equipos del Hospital Nacional Psiquiátrico respecto a la recuperación de los individuos en estudio. Este estudio plantea dar respuesta a diversas interrogantes que emanan del problema principal, tales como:

- ¿Qué características presentan los procesos de Rehabilitación Psicosocial que promueven la adecuada reinserción del individuo a la comunidad?
- ¿Cuáles factores están relacionadas con la integración comunitaria de los individuos en estudio?
- ¿Qué metodología está evidenciada en los expedientes de salud dirigida a la continuidad del proceso de rehabilitación psicosocial?
- ¿Qué relevancia tiene la competencia del profesional, refiriéndose a las funciones, roles y destrezas de un profesional para desarrollarse adecuada e idóneamente en rehabilitación psicosocial, por consiguiente, de actuar eficazmente para alcanzar un objetivo?.

### **1.3 HIPÓTESIS**

**Los procesos de rehabilitación psicosocial a usuarios y usuarias del Hospital Nacional Psiquiátrico que tienen seguimiento en el Hospital Diurno en los últimos cinco años posibilitan una adecuada integración social a nivel comunitario.**

### **1.4 VARIABLES**

Variable independiente: modelo de rehabilitación psicosocial de los últimos diez años en el Hospital Nacional Psiquiátrico

Variable dependiente: integración social

## **1.5. OBJETIVO GENERAL**

Conocer los factores que mediaron en la evolución satisfactoria de los usuarios y usuarias que participan de las intervenciones en el proceso de Rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico que tienen seguimiento en el Hospital Diurno en los últimos cinco años.

## **1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.** Indagar las acciones realizadas por las diferentes disciplinas de salud mental involucrados de los casos en estudio en el proceso de rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 2.** Describir las características que propician la reinserción social de los casos en estudio ante la recuperación, versus el deterioro incurable en el proceso de Rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 3.** Determinar el criterio de los profesionales que han intervenido en el proceso de rehabilitación psicosocial de los casos en estudio en el Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 4.** Conocer la opinión de los y las usuarias que han participado en los procesos de rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico.

## **1.7. ALCANCES**

1. Permitirá la observación de aspectos subjetivos difíciles de cuantificar o de medir objetivamente.
2. Examina los fenómenos de la evolución satisfactoria en un entorno real a protagonistas que frecuentemente quedan en el anonimato.
3. La investigación llevará a generar un panorama real que explican resultados empíricos de los informantes que intervinieron en un proceso de rehabilitación psicosocial.
4. Plantea una caracterización del proceso de atención multidisciplinario que contribuye con el desarrollo integral de dichas personas, necesario para adquirir y fomentar habilidades en beneficio de su calidad de vida.

## **1.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

1. La entrevista como método de recopilación de información está sujeta al criterio personal por lo que han de tomarse como algo aproximativo.
2. No tiene una validez estadística, por lo que esta sujeta a la interpretación por parte del investigador.
3. Los estudios de casos no permiten hacer generalizaciones.
4. Que los informantes se negaran a participar

## **CAPITULO II. ANTECEDENTES**

## 2.1 UN PASAJE POR LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA.

A partir de la búsqueda de dos interrogantes ¿Qué es la locura?, y ¿Qué hacemos con ella?; los intentos de respuestas han determinado el accionar de la sociedad sobre los enfermos mentales. A lo largo de la historia, las enfermedades mentales, al igual que otras enfermedades, tenían una concepción mágica por lo tanto habían sido tratadas con métodos mágico-religiosos.

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, cuando logran hacer una separación del estudio de la mente de la religión. Se conoce como figura mas importante a Hipócrates denominado el padre de la medicina y Platón quienes describieron el complejo sistema de las relaciones entre el comportamiento de una persona y su situación orgánica, emplearon como método curativo la dialéctica verbal entre médico y paciente un diálogo destinado a curar mediante el conocimiento filosófico, lo que hoy en día originó el tratamiento psicológico (Alexander y Selesnick 1966).

El médico más representativo de la civilización romana fue Galeno 128-200 D.C., quien distinguió entre enfermedades por lesión simpática (delirium) y por directa (demencias), los romanos siguieron la filosofía griega y postularon que las pasiones y los deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales que podían controlarse si alcanzaban un estado de tranquilidad interior, de modo que propusieron actividades lúdicas como música y pintura para el tratamiento de los desórdenes mentales (Alexander y Selesnick 1966. Postel y Quetel 1997).

Celso, quien también era un romano, clasificó las enfermedades en locales y sistémicas, dentro de estas últimas incluyo a las enfermedades mentales, las dividió en febriles como “los delirios” y no febriles como la “locura”; aun cuando su concepción era racional, utilizó como tratamiento los procedimientos restrictivos como el hambre, cadenas y grilletes (Postel y Quetel 1997).

### 2.1.1 Edad Media

Los personajes más destacados se citan: Constantino Africano quien escribió un tratado sobre la melancolía y la distinguió de la hipocondría. En Damasco y El Cairo se daba un tratamiento bastante aceptable a los enfermos mentales en la que reseñan la creación de la primera institución de acogida para “locos” , se dio lugar a espacios especializados en hospitales y hospicios donde se planteaba la tutela jurídica de los dementes. Sin embargo, a finales de la Edad Media surge la Inquisición, en que se planteaba que las causas de todas las enfermedades mentales se atribuyen al demonio por lo tanto "el tratamiento para estas era la tortura, si se llegaba a la muerte seria un acto de piedad para "liberar el alma del desdichado". (Alexander y Selesnick 1966).

### 2.1.2 Primera Revolución Psiquiátrica

Es en el Renacimiento, donde se da una oposición a los conceptos de la brujería para explicar los trastornos mentales. Surge la **Primera Revolución Psiquiátrica**, se destacan figuras como Paracelso (1493-1541), precursor de la Antropología, fue el primero en referirse a las motivaciones inconscientes del ser humano. Vives (1492-1540), considerado como el padre de la psicología moderna es el primero en observar la tendencia hereditaria, rechazar la posesión demoníaca y tratar la enfermedad con sustancias químicas, se funda el primer hospital psiquiátrico del mundo en Valencia, España en 1409. En la Época Barroca se dan avances en la medicina, sin embargo la psiquiatría no presenta cambios en el tratamiento, se describe la permanencia de enfermos mentales en asilos. (Halgin y Krauss, 2004).

### **2.1.3 Segunda Revolución Psiquiátrica**

A finales de 1700 durante La Ilustración, se dio un interés cada vez mayor por planteamientos físicos que explicaban la enfermedad mental, cuando la psiquiatría va afirmándose como una nueva disciplina dentro de la medicina, se desarrolla un concepto de tratamiento más humanista. Como figura más importante, es el médico francés Pinel (1745 – 1826), considerado como uno de los padres de la psiquiatría moderna, en sus aportes, inicia una nueva etapa en la historia de la psiquiatría, donde se plantea el concepto de una línea divisoria entre el enfermo incurable / crónico y el curable / agudo. Establece la psiquiatría como rama de la medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. Esquirol, discípulo de Pinel, dio origen a la aproximación clínica descriptiva, como aportes principal, logran cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière. Pinel llamó a su labor "tratamiento moral", y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy. (Desviat, 1996).

### **2.1.4 Tercera Revolución Psiquiátrica**

En el siglo XIX se desarrollan movimientos de reforma, con los aportes de Sigmund Freud (1856 – 1939), donde los psiquiatras van adquiriendo conciencia clara de su identidad como grupo profesional. En Inglaterra, Francia, Alemania y Estados Unidos, se crean sociedades corporativas y se publican revistas con objetivos científicos especializados. Kraepelin con sus aportes en la esquizofrenia proponiendo clasificaciones, se le atribuye el nombre de "el maestro de la psiquiatría"; paralelamente, se desarrolla un manejo en las instituciones puramente represivo, donde justificaban medidas brutales que decían llamarse terapéuticas, los

“tratamientos dados incluían sangrías, vómitos forzados y las purgas. (Halgin y Drauss, 2004; Desviat, 1996).

Es necesario que transcurra largo tiempo para que la psiquiatría alcance los principios formulados en rehabilitación psicosocial como la conocemos en la actualidad, sin embargo el personaje representativo, líder del movimiento de reforma fue Vincenzo Chiarugi (1759 - 1820), quien era un médico joven e instituyó un conjunto de normas revolucionarias sobre el cuidado de los pacientes mentales en Italia, donde inauguró Hospital Mental Ospitale de Bonifacio. Estas normas incluyen una historia detallada de cada paciente, normas de higiene, instalaciones de recreación y terapia ocupacional, el uso mínimo de la represión y el respeto a la dignidad individual. (Halgin y Drauss, 2004; Desviat, 1996).

Paralelamente en Europa y Estados Unidos se estaban dando reformas similares para el manejo de las personas enfermas mentales. Sobresalen Benjamín Rush (1745 – 1813) conocido como el fundador de la psiquiatría estadounidense, desarrolla en el Hospital de Pensilvania, cambios importantes como la reubicación de los pacientes con perturbaciones mentales en pabellones separados, brindando terapia ocupacional y dando un trato más humanístico.

Otra figura dominante de la psiquiatría norteamericana, fue Meyer (1866-1950) quien se destaca con la propuesta: “el cerebro no sólo es una entidad anatómica, sino también el órgano social del hombre, que actúa y reacciona ante los estímulos sociales externos”; resalta la importancia de establecer mayor comunicación entre el hospital psiquiátrico y la comunidad. También Dorothea Dix, una maestra de escuela en Boston, defensora de la reforma humanitaria en las instituciones psiquiátricas de América durante el siglo XIX. (Halgin y Drauss, 2004)

A pesar de los cambios impulsados, las condiciones de los asilos fueron críticas, especialmente por la sobrepoblación, algunas de estas reformas permitieron a los pacientes trabajar dentro de hospitales resultando individuos que pasaron

institucionalizados por el resto de sus vidas, pero es en este momento, los criterios económicos llevan a preferir a los asilos frente a las pequeñas comunidades y continuando con el hospitalismo que llevó a la cronicidad (Halgin y Drauss, 2004). En Europa del siglo XIX, la preocupación moral y social por el rechazo a los discapacitados e indigentes generó movimientos caritativos tendientes a proporcionarles algún tipo de ayuda; estos aportes estuvieron dirigidos mas claramente a combatir la indigencia, el desamparo, evidenciando así que no existía distinción entre pobreza y discapacidad (Halgin y Drauss, 2004).

### **2.1.5 Cuarta Revolución Psiquiátrica a partir del advenimiento de los Psicofármacos.**

Para la Primera Guerra Mundial 1914-1918, en Estados Unidos y Europa, se dio un impulso a los primeros intentos manifiestos de la rehabilitación psiquiátrica (Bennett y Walts, 1990), como meta principal se trató de colocar a los incapacitados en actividad laboral lo más idónea posible reinsertión, tratando de modificar la incapacidad y contrarrestarla al mejorar otras capacidades.

A partir del interés de un grupo de legos, que buscan definir con criterio científico el manejo de las enfermedades y su prevención, promoción y rehabilitación de la salud, se desarrollan la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1949, en el campo de la salud mental se desarrollan numerosos simposios, publicaciones, recomendaciones e investigaciones, fomentando la aparición de nuevas entidades en el campo de la rehabilitación psicosocial, es así que nace la Asociación Mundial de Psiquiatría que se funda en 1961, y La Asociación de Psiquiatría para América Latina (APAL) se organizó a partir del año 1962.

La Organización Panamericana de la Salud propuso desde 1960 el Programa Regional en Salud Mental para América Latina con recomendaciones rehabilitatorias y de inserción social para los enfermos mentales, también aparecen las

clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y los aportes de grandes figuras como Bleuler, Jaspers, Schneider, Pavlov pioneros de las instituciones académicas en psiquiatría, se va generando en la historia los cambios de reforma psiquiátrica.

Con el desarrollo científico-técnico alcanzado por la farmacología general, aparecen también en la década de los 50 medicamentos del grupo de los neurolépticos, permitió la implementación del medicamentos que influyen en la conducta humana, los primeros conocidos como clorpromazina y reserpina en 1952, las benzodiazepinas como el clordiazepóxido y diazepam 1955-1960 y antidepresivo como la imipramina en 1957. Se da un interés sin precedentes para la década de 50 y 60. La aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de las enfermedades proporcionando la apertura de unidades de psiquiatría en hospitales generales, la creación de hospitales de día, el incremento de la consulta externa en psiquiatría y un importante desarrollo de un modelo biopsicosocial que favorece los manejos asistenciales hacia la rehabilitación mental del paciente en una forma más humana. (Gelder y López, 2004)

Los fármacos psiquiátricos ayudan a mejorar los problemas y síntomas que una persona padece en su pensamiento, sus sentimientos, su socialización, en el trabajo y el ocio y en el cuidado sí mismo. En psiquiatría se utilizan seis tipos principales de fármacos y cada uno de ellos se dirige a enfermedades o problemas específicos. Estos tipos son:

1. Neurolépticos o antipsicóticos,
2. Estabilizadores del estado de ánimo,
3. Antidepresivos,
4. Tranquilizantes,
5. Hipnóticos-sedantes y
6. Estimulantes.

Las medicaciones antipsicóticas son útiles en el tratamiento de algunos de los síntomas de la esquizofrenia. No existe diferencia en la eficacia o acción terapéutica de un tipo de antipsicótico frente otro. Los efectos secundarios constituyen la principal causa de no-seguimiento de las pautas de medicación (Gelder y López, 2004). Los efectos secundarios más comunes de los fármacos neurolépticos son: la discinesia tardía, hipotensión, síntomas extrapiramidales, sedación, trastornos endocrinos y síntomas anticolinérgicos. Los programas de enseñanza y los grupos de manejo de la medicación son útiles para proporcionar a los pacientes información acerca de los medicamentos y los efectos secundarios, además su adecuada utilización favorece al buen éxito de la recuperación de habilidades perdidas durante las fases agudas de la enfermedad. (Gelder y López, 2004)

Los psicofármacos clásicos mejoran muy poco los síntomas negativos de las enfermedades mentales, principalmente la esquizofrenia, como la apatía, la abulia, la pobreza del lenguaje, la falta de energía, enlentecimiento motor, el retraimiento social. Se han desarrollado investigaciones para encontrar fármacos más inocuos y eficaces que favorezcan el pronóstico de la enfermedad, la mejoría de los síntomas y que evitan las recaídas.

En la psiquiatría contemporánea, los nuevos antipsicóticos ayudan a controlar los síntomas del trastorno, al tiempo que causan menos efectos secundarios, con el advenimiento de los antipsicóticos “atípicos”, comparado con los “típicos”, parecen ser igualmente eficaces para reducir los síntomas positivos como las alucinaciones y los delirios, no obstante, los estudios muestran mayor eficacia que los antipsicóticos típicos para tratar los síntomas negativos a corto plazo como es la clozapina mostrando a su vez el mantenimiento de la mejoría a lo largo del tiempo. Otros fármacos “atípicos” incluyen Risperidona, Olanzapina, Quetiapina y Ziprasidona. (Kane et al, 1998),

Se mantiene la búsqueda de la efectividad de los fármacos cuyo objetivo es eliminar los síntomas negativos que son directamente responsables, o contribuyen a las incapacidades que sufre el paciente, (Frey, 1984). Estudios de DeQuardo y

Tandon en 1998 opinan que ningún fármaco ha demostrado mejorar significativamente los síntomas negativos en pacientes con deterioro residual, que sería la verdadera prueba de su eficacia para tratar dichos síntomas negativos.

Las diferencias individuales en la absorción, transporte y eliminación fármaco; peso corporal y metabolismo provocan una gran variación interindividual en cuando a dosis, inicio de la acción y eficacia final del medicamento. La dosis óptima vendrá determinada por el aumento de dosis de medicación sólo cuando el paciente deje de presentar mejoras en el nivel de dosis previo. Por lo tanto, ante la incertidumbre, dándole la confianza a los fármacos que puedan mejorar los síntomas de la enfermedad y con ello poder realizar el trabajo de rehabilitación con el enfermo mental crónico, se requiere entonces una visión de administrar aquel fármaco entre los disponibles, con la mejor opción para cada individuo y la manera de usarlos que menos perjudique a los usuarios y que más facilite la labor rehabilitadora. (DeQuardo J, Tandon R. 1998).

## **2.2 REFORMA PSIQUIATRICA Y LA EVOLUCION DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL CRONICO**

Los modelos de atención tradicionales a las personas con necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales estaban basados en internamientos de largos periodos de tiempo o incluso de por vida, han sido instituciones u hospitales psiquiátricos llamados “manicomios” eran habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos; se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas como: masificación, falta de intimidad, despersonalización. La permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal, así como la marginación y el aislamiento social. (Desviat M, 1994).

Las perspectivas para los enfermos mentales han mejorado notablemente gracias a diversos factores históricos como los movimientos de carácter ideológico, cambios relacionados con el desarrollo de nuevas formas de tratamiento farmacológico y psiquiátrico más eficaces, asociados a las intervenciones donde se estudian los factores sociales y culturales en la enfermedad mental, lo mismo que el impacto del trastorno mental en la comunidad y los fenómenos de desadaptación y patología social que han surgido por ejemplo de la drogadicción y desintegración familiar. Esto ha permitido crear unidades especializadas que se han extendido, transformando la atención a hospitales generales y a tratamientos extra hospitalarios. (Desviat M, 1994).

El desarrollo de los procesos de transformación constituyó las políticas de Reforma Psiquiátrica que tiene su origen en la década de los años 60 y 70 en países como Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia y en España a lo largo de los años 80. Se plantea la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad.

De forma simultánea, nace mundialmente un movimiento llamado Antipsiquiatría, que abogará por la clausura total de los manicomios y se cuestiona la existencia real del enfermo mental, conciben la institución manicomial cercana al régimen dictatorial, y por ello defienden su cierre. (Desviat M, 1994).

### **2.2.1 Principios Básicos de la Reforma psiquiátrica**

A pesar que existen diferencias y particularidades de reforma llevadas a cabo en los diferentes países, pueden extraerse algunos elementos básicos (Gisbert, 2002), que constituyen los movimientos de reforma:

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico hacia la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad
- Una apuesta por nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- Un intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- La idea de que la hospitalización debe perder su papel preponderante como respuesta a la cronicidad, debe ser un complemento de los servicios comunitarios.
- Un enfoque integrado de la atención en la salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional biológico-psicológico-social.
- Una estrecha vinculación de la atención en salud basada en la salud pública o comunitaria.
- Un intento de brindar continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Las características sociopolíticas de cada país diferenciaron su forma de organización que condicionaron estos modelos de atención al enfermo mental, en cada experiencia se han desarrollado unas áreas más que otras, algunos se han descuidado, otros se quedaron en el camino.

## **2.3 ANTECEDENTES DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Los movimientos de desinstitucionalización

### **2.3.1 Experiencia en Estados Unidos**

El primer paso en la dirección a la reforma psiquiátrica, fue mediante el Community Mental Health Centres Act de 1963, iniciativa que fue apoyada por el espíritu reformador de los años 60 también en Europa; por otra parte, la entonces reciente psiquiatría social, pretendía la sustitución gradual de hospitales psiquiátricos, hacia los servicios comunitarios.

El amplio desarrollo de la salud mental data de la década de 1970 y se aplica a las camas de los hospitales, recursos residenciales, y servicios ambulatorios creados a partir de seguros médicos privados. El sector privado no suele contar con centros comunitarios de salud mental por el escaso rendimiento económico, se desarrolló un sector privado sin ánimo de lucro que ofrece unidades de crisis y servicios de rehabilitación (ej. Comunidades terapéuticas, pisos compartidos, planes de vida independiente, y programas de educación y rehabilitación laboral), sin embargo este sector voluntario se sostiene de un presupuesto bajo y ofrece contratos que se renuevan anualmente. La clausura gradual de hospitales psiquiátricos entre los años 60 – 70s se recolocaron en pisos comunitarios y dispusieron de centros de día; pero además, el triste espectáculo de los “homeless” (personas sin hogar) en un gran porcentaje estaba formado por ex-pacientes de hospitales psiquiátricos (Desviat, 1994).

El proceso de desinstitucionalización se llevó en un entorno sin una adecuada implementación de las estructuras intermedias que pudieran absorber la atención de los pacientes, esto condujo a una serie de secuelas como aumento en la pobreza de estos grupos, aumento de la carga familiar, y fracaso en la integración plena a la sociedad. (Rodríguez 1997).

### **2.3.2 Experiencia en Francia**

Durante la Segunda Guerra Mundial se introduce la corriente de psicoterapia institucional, la cual pretendió transformar el marco represivo del manicomio en un lugar donde se recobran las relaciones y se posibiliten perspectivas de tratamiento y recuperación. En 1945 y en 1947, se establece la necesidad de cuidados y la unidad entre la prevención, la cura y la postcura con la creación de servicios por departamentos, dispensarios comunitarios enlazados con los equipos hospitalarios (Desviat, 1995). La Dirección de Salud Mental en 1960 elabora una circular en la que asume e impulsa esta política con la idea de que la hospitalización debe ser un elemento más del tratamiento a iniciar y continuar en los centros de prevención y rehabilitación.

### **2.3.3 Experiencia en Italia**

El psiquiatra y ensayista italiano Franco Basaglia (1924-1980), considerado uno de los padres de la denominada “antipsiquiatría” por su radical oposición a las pautas seguidas en su época por la psiquiatría tradicional, muy interesada por la posibilidad de ofrecer a los enfermos mentales la oportunidad de insertarse en el entorno social que les rodea, a raíz de su nombramiento como director del Hospital Psiquiátrico de la provincia de Gorizia en 1961, consiguió convertir los antiguos manicomios en un espacio de régimen abierto en el que fuera posible el trato directo entre el enfermo y los restantes miembros de la sociedad.

En 1977 se creó la Ley 180 que decretó la extinción y la creación de servicios alternativos en la comunidad, a la vez se prohibió la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, se desarrolló en 1978 la “Psiquiatría Democrática” que promovió la supresión de los ingresos en los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de servicios alternativos centrado en servicios de salud mental bajo el control de administraciones locales, mas que un programa nacional o de regiones de salud mental, lo que ha llevado a un desarrollo de centros comunitarios muy desigual en la geografía italiana (Desviat 1994), además han persistido los hospitales psiquiátricos aunque reformados en las llamadas Unidades de Diagnóstico y Tratamientos.

En Trieste, una ciudad situada al norte de Italia, contó con el aporte de Franco Rotelli y Dell’Água, quienes desarrollaron una amplia red de servicios de atención especial al enfermo mental crónico, con servicios medico-ambulatorios, hospitalización breve, centros de día, hospital de noche, alimentación, prestaciones sociales. Dar atención abierta las 24 horas, creó la Empresa Social de Trieste con sus cooperativas de pacientes que dio respuesta a uno de los grandes problemas de la reinserción, la propuesta sociosanitaria es considerada como uno de los grandes logros de la experiencia italiana. (Desviat, 1994).

### **2.3.4 Experiencia en Inglaterra**

La Segunda Guerra Mundial actuó como catalizadora de importantes avances en el campo de la asistencia psiquiátrica en el Reino Unido (Jones, 2004). El Hospital Militar de Northfield se creó en abril de 1942 destinado a atender a un creciente número de víctimas con “neurosis de guerra”; se diseñaron nuevos métodos, algunos pioneros en el campo de la psiquiatría social, tenía como principal objetivo reintegrar a los soldados a sus ocupaciones militares. Bion y Rickman, ambos psiquiatras, enfocaron la cura de la neurosis se lograría a través de un proceso de resocialización persuadiendo a los individuos para examinarse a sí mismo y en su relación con los demás, pero este modelo fracasó por escasez de personal y motivos disciplinarios.

En 1945, Main se refirió por primera vez como “comunidad Terapéutica” donde se llevara a cabo terapia principalmente en grupos. Luego Maxwell Jones trató su experiencia con grupos de pacientes a los que animaba a la participación social y a la vez propone la creación de un ambiente terapéutico en el Hospital Psiquiátrico buscando estrechar las diferencias jerárquicas entre médicos, enfermeras y pacientes con ese fin, reconvirtiendo la institución en la “comunidad terapéutica”. (Desviat, 1994)

En 1954 entró en vigencia la Ley de Salud Mental, se recomiendan cambios en la legislación para la atención al enfermo mental, donde proporciona un cuidado adecuado a estas personas sin otras restricciones a su libertad o capacidad legal que las de otros enfermos o “personas incapacitadas”, necesitadas de cuidados que el Ministerio de Salud fomentó la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales y hospitales de día, para el año 1960 ya existían doscientas camas y para 1976 se habilitaron quince mil lugares llamados “de orientación psicósomática”. (Desviat 1994);

El sistema de salud inglés planteó pronto una planificación regionalizada y el ofrecimiento de servicios completos en la comunidad, también el Servicio Nacional de Salud (National Health Service NHS), desarrolló alojamientos protegidos a los enfermos mentales en los años 70, como apoyo a los servicios psiquiátricos de base en cada distrito. La atención de los enfermos mentales demostró ventajas de equidad y eficiencia de una política sanitaria planificada, como pilar del sistema, es la garantía de continuidad de tratamiento que proporciona el médico general y el médico de familia. Es por esto que la experiencia inglesa constituye uno de los modelos más coherentes de reforma psiquiátrica sobre la base de un sistema sanitario y de servicios sociales de carácter público y comunitario. (Desviat 1994).

### 2.3.5 Experiencia en España

En los primeros años de la década de los setenta, inician movimientos de cambio en torno a un grupo de jóvenes psiquiatras impulsado por la experiencia de los otros países como Francia, Inglaterra y Estados Unidos. Con la desaparición de la dictadura después de la Guerra Civil, nace en 1977 la Junta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, pero el impulso oficial a la reforma se consolida a partir de los años ochenta en los que se generan los principales elementos que van a servir de base para el desarrollo de la reforma y para la organización del nuevo modelo de atención en salud mental con carácter comunitario a través del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica publicado en 1985. (Desviat 1994).

Se conocen como las Unidades de Rehabilitación Psicosocial con el objetivo del aprendizaje de los pacientes en las habilidades necesarias para integrarse de forma satisfactoria en el entorno y ambiente social, la desinstitucionalización en España se ha desarrollado de un modo más destacado en las comunidades donde la reforma es más amplia y coherente como Asturias, Andalucía, Navarra y Madrid.

Los principios esenciales de este informe quedaron reflejados en la Ley General de Sanidad en 1986 (ver cuadro No. 1).

Cuadro No. 1

<p>(i) <b>CAPÍTULO III. DE LA SALUD MENTAL.</b> Artículo Veinte.</p> <p>(ii) Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.  Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.</li><li>2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.</li><li>3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.</li><li>4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general</li></ol>
--

En el ámbito de la rehabilitación y soporte comunitario del enfermo mental crónico se debe resaltar el papel que desempeñan los servicios sociales que apoyen su integración en la comunidad, desde 1988 se creó “El Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica” que pusieron en marcha un conjunto de recursos específicos de rehabilitación y soporte comunitario (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Alternativas residenciales comunitarias: mini residencias, pisos supervisados y pensiones concertadas), en los años noventa, se produce un cierto enlentecimiento quedando muchas deficiencias y problemas por resolver para avanzar en la organización de un sistema de atención completo y de calidad, potenciar la rehabilitación y soporte social del enfermo social crónico y así adaptarse a las necesidades por los nuevos patrones de cronicidad. (Fernández y Reyes, 1997).

## **2.4 REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN AMERICA LATINA**

La reestructuración en la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe, se estableció mediante la convención en Caracas en 1990; políticos sanitarios, legisladores y técnicos responsables en salud mental de la región, con el apoyo técnico de España, Italia y Suecia. Con la Declaración de Caracas, se establecen líneas estratégicas para promover medios terapéuticos y un sistema que garantizara el respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales, con la necesidad de crear modalidades de atención alternativas en la propia comunidad (Desviat 1994). La mayoría de los países en la Región de las Américas, no contaban con planes o políticas de salud mental que específicamente se refirieran a los derechos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares y a los mecanismos legales disponibles en el derecho internacional y regional de derechos humanos para hacer efectivos estos derechos, por lo que significó el primer estándar Interamericano que vinculó encuentros multisectoriales nacionales donde se debatieron las líneas de reforma.

### **2.4.1 Experiencia en Brasil**

Desde comienzos de la década de 1980, en el Brasil se han generado varios estudios tendientes a confirmar la poca efectividad de los hospitales psiquiátricos, se presentó el proyecto de ley en el Senado de la Nación conocida como Ley del Diputado Pedro Delgado, del Partido de los Trabajadores, en la que se proponía la necesidad de nuevos modelos alternativos de reemplazar la hospitalización por un conjunto de servicios ambulatorios para la atención primaria y secundaria de la salud mental. La orden ministerial que modificó en 1992 el sistema de pago a los hospitales incluyendo la financiación de otros servicios alternativos (consultas individuales o grupales, atención en centros psicosociales, hospitales de día, servicios de urgencias y el internamiento en hospitales generales) promoviendo la posibilidad de diversificación en la asignación de los recursos. (Desviat, 1994).

Se estableció la obligación de los hospitales de tener médicos de guardia 24 horas y la existencia de equipos mínimos: psiquiatra, psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional, asistente social, auxiliar de enfermería. Estas medidas permitieron abrir y financiar por el Sistema Público de salud a 24 centros de atención psicosocial. (Desviat, 1994).

En 1993, se constituyó el Grupo de Acompañamiento de la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria (GAPH), con el objetivo de realizar supervisiones sistemáticas de los servicios, creando mecanismos de evaluación, control y fiscalización. Estos equipos tienen la posibilidad de retirar acreditación de los centros, lo que se ha efectuado con algunos centros privados. Según Desviat 1994, Brasil consiguió en escaso tiempo, la sensibilización social y de sus líderes culturales, políticos y sociales, así como el consenso de los profesionales en torno a los objetivos claros que en otros países duró muchos años (Desviat, 1994).

## 2.4.2 Experiencia en Argentina

La psiquiatría en Argentina, resalta a partir de los esfuerzos desarrollados por el psiquiatra Dr. Mauricio Goldenberg quien promulgaba que “la estructura de la asistencia en salud mental en su conjunto debe ser transformada”, desde 1945 trataba sobre tópicos muy característicos de esa psiquiatría que desplazaba sus funciones sobre la sociedad: la inmigración y el alcoholismo y el desarrollo de la higiene mental con una atención preventiva sobre ciertos ámbitos sociales: el hogar, la escuela, el trabajo. Las ideas que acompañaron la experiencia de Goldenberg en el servicio de sicopatología del Hospital de Lanús 1956, apunta a la creación de servicios de sicopatología en hospitales generales y de hospital de día.

En la provincia de Río Negro de Argentina, posterior a la Declaración de Caracas, se propuso la Ley No. 2440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen de sufrimiento Mental en 1991, constituyéndose en al primera Ley de Salud Mental del país de Argentina (Desviat, 1994), a partir de esta ley, se edita el texto conocido como “La desmanicomialización de Río Negro” en el año 1992, produce el cierre de la única institución Neuropsiquiátrica de la ciudad de Allen.

Esta medida legal fue coordinada por el movimiento de reorganización del nuevo sistema de salud mental comunitaria oficializado; en primer lugar, equipos terapéuticos interdisciplinarios integrados por operadores de salud mental, en segundo lugar se establecen las patrullas en salud mental que busca que el proceso terapéutico se desarrolle en un hogar, con la posibilidad de una interacción hospitalaria en el marco de una sala general, luego la patrulla establece los primeros vínculos con la persona en el entorno, se constituye un equipo terapéutico que se encargará de actuar durante el desarrollo de la crisis, evitando el efecto de la estigmatización y consecuente cronificación (Cohen y Natella, 2005).

### **2.4.3 Experiencia en Chile**

Bajo la influencia de los procesos de cambio en los países europeos, Chile se incentivó la participación comunitaria organizada hacia la promoción de la desinstitucionalización de los enfermos. Se identifican algunas fechas claves en el desarrollo de la Asistencia Psiquiátrica Chilena: En 1854; se funda la Casa de Orates en Santiago, que inició con el modelo asilar con planteamiento de hospitalización completa de largo plazo, luego en 1952 se fundó la clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, conocido como el primer servicio clínico que se insertó en un hospital general.

En 1968, se ponen en marcha prácticas comunitarias en relación con sectores poblacionales, se educa y se organiza a la comunidad en el manejo ambulatorio de los problemas de salud mental más prevalentes, buscando redes de trabajo compartido; pero se obstaculizaron los programas por la dictadura militar.

Es a partir de 1990, se restaura la atención en salud mental, con nuevas investigaciones epidemiológicas y se elabora un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría dentro del interés de salud pública que produjo mayor desarrollo de redes de servicios (Marconi 2001), sin embargo, todavía Chile requiere de mayores cambios estructurales presenta la necesidad de modificar la reglamentación administrativa y de gestión del sector salud debido que frena el desarrollo de programas de psiquiatría comunitaria.

## 2.5 HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA EN COSTA RICA

La evolución de la atención al enfermo mental crónico en Costa Rica, al igual que el resto de los países latinoamericanos, se ha creado inmerso en el tratamiento manicomial y asilar. Como se ha evidenciado en el resto del mundo, los conceptos de reforma psiquiátrica se han venido universalizando. Desde los años sesenta, los procesos de rehabilitación en Costa Rica ya se implementaban como los llamados hogares transitorios, los principios eran poco estructurados y hasta contradictorios;.

Es a partir de 1998 en que se generó un proceso de revisión del modelo de atención que se brinda a los usuarios y usuarias de larga estancia del Hospital Nacional Psiquiátrico, se desarrolló el Plan de Rehabilitación, el cual propone respuestas mas estructuradas a las demandas de una población que requería de cambios de paradigmas “en la deshumanización de los ambientes institucionales y en serias transgresiones a los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales” (Roux, 1992 en Elizondo y cols, 2001).

La atención al enfermo mental se remonta a partir de la fundación de la Junta de Caridad en 1845, se produce un hecho histórico que marca los inicios de la salud en Costa Rica. El primer centro de salud para tratar los pacientes con enfermedades, surge como preocupación de las autoridades de esa época hacia los enfermos mentales, el Presidente de la República el lic. Bernardo Soto, el Ministro de Justicia y Gracia el Dr. Carlos Duran, en sus visitas a las cárceles, encontraron un gran número de enfermos reclusos negándoseles un tratamiento adecuado, también “los enfermos tranquilos” deambulaban por las calles pidiendo comida y eran objeto de burlas y maltrato los cuales carecían de los medios para defenderse, además existían las personas con padecimientos mentales que se mantenían internados en el Hospital San Juan de Dios por periodos prolongados y no tenían donde reubicarlos. Se destina un terreno contiguo al Hospital San Juan de Dios, donado por la Junta de Caridad en 1883, para el albergue de enfermos mentales. (Rodríguez 1991).

Seguidamente en 1885, estos acontecimientos crearon el Decreto de Ley XXXVI para fundar el “Hospital Nacional de Locos”, a través de la Lotería Nacional se daría financiamiento y mantenimiento a la institución, el 4 de mayo de 1890 se inaugura el “Hospicio Nacional de Insanos”. Posteriormente en 1897 en honor a los primeros sacerdotes que tuvo Costa Rica, se le asignó el nombre de “Asilo Manuel Antonio Chapui y Torres; fue el primer asilo estilo europeo que inicialmente albergó 325 pacientes (Gallegos y Montero, 1999).

### **2.5.1 Surgimiento del Sanatorio Dr. Roberto Chacón Paut**

Frente a la situación de hacinamiento e incapacidad estructural del centro, la Junta de Protección Social crea a partir de 1951 el Sanatorio Dr. Roberto Chacón Paut, se trasladó 60 pacientes para descongestionar el Asilo Chapuí y establecer ahí un Hospital Granja de Rehabilitación que ofrecía actividades agrícolas a los enfermos mentales crónicos, entre 1953 y 1974 se dio énfasis a la terapia ocupacional, en 1974 con la inauguración del nuevo Hospital Nacional Psiquiátrico, el sanatorio Chacón Paut cambió su figura de granja a guardería de cuidados paliativos para una gran cantidad de pacientes con deterioro físico y mental. (Roldán, 2007)

Es a partir de 1998 que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprueba del propio centro una “Propuesta Organizacional para la Modernización de Hospital Roberto Chacón Paut” dando una reorganización en la prestación de servicios en psiquiatría, actualmente cuenta con 16 camas para unidades de intervención en crisis, unidades de asistencia prolongada (pabellones 1 y 2), estructuras residenciales con 180 camas y el Centro Diurno que atiende a 35 usuarios (Roldán 2007). Desde que se fundó, ha venido haciendo esfuerzos por estructurar un programa de rehabilitación con estructuras residenciales (intrahospitalarias), un centro diurno de la comunidad de Tres Ríos (extrahospitalaria), un pequeño servicio de hospitalización de agudos y superar la realidad manicomial que lo caracteriza.

### **2.5.2 Desarrollo del Hospital Nacional Psiquiátrico**

En enero de 1961 la Junta de Protección Social aprobó el reglamento General, en el cual se eliminó la palabra asilo y se sustituyó por Hospital Psiquiátrico (Morice, 1997). En 1970 se inicia la edificación de un hospital “tipo granja” en el distrito de Las Pavas (conocido como Pavas) y el 15 de septiembre de 1974 se trasladan los pacientes del anexo de Hospital San Juan de Dios, desde entonces conocido “Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapui”. Por más de un siglo ha servido con múltiples propósitos a la sociedad costarricense, entre ellos ser asilo de los seres humanos que deambulan por las calles ya sea por razones médicas o sociales (Revista Cúpula, No 1,1990: 3-5).

El servicio del Hospital Diurno se remonta al año 1969 como respuesta a la iniciativa de un grupo de profesionales cuya ideología apuntan no solo al tratamiento de los síntomas psicopatológicos, sino a configurar una dinámica convivencia y relación terapéutica para estructurar o reestructurar su capacidad de autonomía y adaptación activa al entorno de su medio social y familiar (Dr. Rodríguez 1991). Como se anota, ya existían los intentos de reintegrar a la comunidad a los enfermos mentales crónicos, el concepto del proceso rehabilitativo dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico, inició hace más de veinte años, se contó inicialmente con programas de hogares transitorios alrededor de los años setenta con una casa en Ciudadela Villa Esperanza de Pavas, no obstante estos procesos se basaron en principios diversos poco consolidados y hasta contradictorios (Elizondo y cols, 2001).

Para el año 1974, se funda el Programa de Hogares Transitorios en Villa Esperanza de Pavas con seis viviendas en las instalaciones del Hospital y se fortalece el Programa de Hospital Diurno para pacientes hospitalizados de larga estancia que carecen de familiares. Es a partir de 1988, con el grupo colaborativo de Italianos del Instituto Mario Negri, se inician los movimientos de reforma asistencial orientados a mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas, como plan

piloto en algunos pabellones de Larga Estancia, se contó con ayuda del Dr. Saraceno y otros colaboradores quienes iniciaron el proceso de capacitación con el personal, para luego difundirse hacia todo el hospital. (Rodriguez, 1991).

Con los principios establecidos en la Declaración de Caracas en noviembre 1990 y los aprobados por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1991, sobre la protección de las personas con enfermedades mentales, auspiciada por la Oficina Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, dirigida a toda América Latina, donde se insta: “a los Ministerios de Salud y de Justicia, los Sistemas de Seguridad Social que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, asegurando así su exitoso desarrollo para beneficio de las poblaciones de la Región”.

Para el año 1992, Se inaugura una casa, contigua al Hospital, destinada a acoger personas egresadas del mismo, después de haber alcanzado un nivel de funcionalidad satisfactorio, (luego en el 2005, se reestructuró y se creó un hogar para adultos mayores, atendido por el personal del hospital, que actualmente, son conocidas como estructuras residenciales). Se inician programas de prácticas dirigidas de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica con énfasis en rehabilitación, en el año 1993 se desarrolló un Proyecto de Trabajo Comunal Universitario, el cual tuvo un impacto positivo.

En 1994 Se consolida el Programa “Vida Diaria” orientado a habilitar y rehabilitar a los y las usuarias en destrezas de auto cuidado y relaciones interpersonales, entre otras. (Elizondo y cols, 2001).

En el plano nacional se distingue la Ley de Igualdad de Oportunidades Ley 7600 en 1996, en la que se prescriben acciones dirigidas a la protección del discapacitado, inclusive el enfermo mental, donde se declara de interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes que el resto de la población.

Es a partir de 1998 que se generó un proceso de revisión del modelo de atención que se le brindaba a los(as) usuarios(as) de Larga Estancia. Por esta razón, los profesionales de diversas disciplinas, que laboraban de forma directa con los(as) usuarios(as), elaboraron un **Plan de Rehabilitación Funcional para el (la) usuario(a) con Trastorno Mental Crónico**, que propuso agrupar a los(as) usuarios(as) por niveles diferenciados por deterioro.

En mayo de 1999 se llevó a cabo la reestructuración de los pabellones de acuerdo a características propias de los(as) usuarios(as), agrupándolos según su funcionalidad global y su grado de dependencia hacia terceros. Fue de vital importancia en este proceso, la adaptación de la **Escala de Evaluación Funcional de la Persona con Enfermedad Mental Crónica** que permitió evaluar el nivel de funcionamiento por áreas, de cada uno(a) de los(as) usuarios(as).

En el 2000, la Dirección General del Hospital nombra un **Comité Interdisciplinario de Rehabilitación**, con el apoyo de la Dra. Rosa Villalobos como jefatura de Servicios Médicos y Rehabilitación, los equipos interdisciplinarios de los Pabellones 3 de Hombres y Mujeres diseñan el primer modelo del **Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R)**, este modelo contempla las acciones planificadas por las diferentes disciplinas. El comité interdisciplinario de rehabilitación se encarga, hasta el día de hoy, de asesorar y coordinar lineamientos conceptuales y técnicos en los servicios del Hospital que desarrollan procesos de rehabilitación.

A partir del 2005, con la reestructuración organizacional del Hospital Nacional Psiquiátrico, se crea la Jefatura del servicio de Rehabilitación con la Dra. Lilia Uribe, se generaliza el diseño y aplicación del instrumento del Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R), a los Pabellones 3, 4, 5, 6 de Hombres y Mujeres de Larga Estancia, en los programas de Hospital Diurno y en Estructuras Residenciales, también llamadas “casitas” u Hogares Transitorios.

El nuevo enfoque pretende de esta manera transformar en el ámbito nacional la organización y el funcionamiento de la red de servicios de atención, al tiempo que introduce un enfoque de promoción de la salud de base comunitaria. Las proposiciones correspondientes están contenidas en el documento “Nuevo Modelo de la Atención en Salud Mental”, que fue presentado a las autoridades de la Caja para su estudio, para julio del 2002 fue aprobado por la Gerencia de la División Médica, el cual se mantiene vigente.

### **2.5.3 Hospital Nacional Psiquiátrico: tendencia a la desinstitucionalización**

Actualmente, el hospital dispone de alrededor de 763 camas para hospitalización distribuidas en 17 pabellones, seis para la sección de mujeres y seis de hombres, dos unidades de tratamiento en unidad de cuidados intensivos, una unidad médica, y dos pabellones de adolescentes.

Los internamientos son canalizados a través de los servicios de emergencias o desde la consulta externa y hospital diurno de acuerdo con la valoración de equipo tratante. Cuenta con un programa de Hospital Diurno y Hogares Transitorios o Estructuras Residenciales para pacientes en vías de recuperación o que están en condiciones de pernoctar fuera del recinto hospitalario, además existe todo un sistema de enseñanza y entrenamiento especializado en docencia universitaria para estudiantes de medicina, enfermería, odontología, residentes de psiquiatría, psicología clínica, enfermería psiquiátrica, medicina familiar, geriatría; así como programas de actualización bibliográfica y clínica siendo el Hospital psiquiátrico uno de los mejores centros especializados del país.

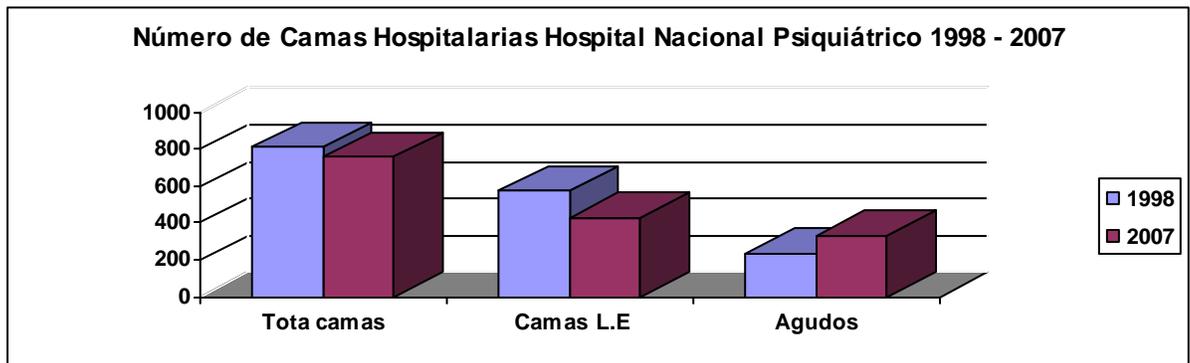
En el último quinquenio el programa de salud mental ha experimentado un cambio tanto en el marco conceptual de su gestión como en algunos aspectos operativos, promoviendo en los servicios bajo su coordinación la atención en el seno

de la comunidad, la defensa de los derechos humanos de los pacientes, la vigilancia de la calidad de la atención y el abastecimiento adecuado de medicamentos modernos. Al mismo tiempo, propone acciones para fortalecer la atención integral de las adicciones de atención especializada (OPS, 2004).

Datos estadísticos de movimiento general de pacientes hospitalizados en larga estancia, según los anuarios estadísticos de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico de la C.C.S.S, teniendo como contexto las diferentes épocas de reestructuración en la atención del enfermo mental crónico, se citan algunos alcances que se han establecido en la desinstitucionalización en Costa Rica a partir del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Si se toma como parámetro el año 1998 cuando se generó un proceso de revisión del modelo de atención que se le brindaba a los usuarios y las usuarias de Larga Estancia, se dio una disminución significativa del total de camas destinadas a los usuarios que permanecían largos periodos institucionalizados, ver gráfico No1.

Gráfico No 1.



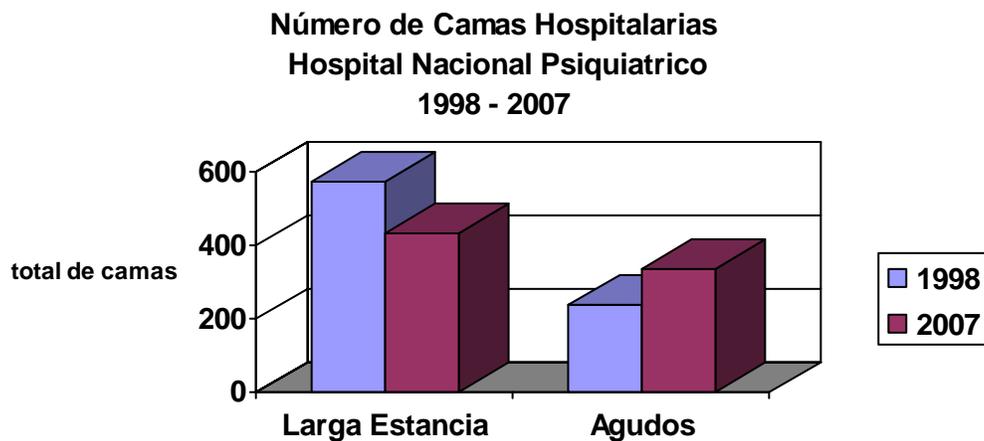
Fuente: anuario estadístico HNP, 2008

De acuerdo como se observa en el gráfico No1, tomado del anuario estadístico del Hospital Nacional Psiquiátrico para el año 1998 se contaba con un total de 811 camas de las cuales 575 camas eran para la atención de usuarios de larga estancia y 236 camas para la atención de pacientes agudos.

Para el año 2007 se contaba con un total de 763 camas hospitalarias de las cuales 430 camas estaban asignadas para larga estancia y 333 camas de pacientes agudos.

Se extrae que en diez años (1998 al 2007) se disminuyó 48 camas en el total de camas hospitalarias, pero también internamente, se dieron modificaciones en la estructura que se tenía de asignación de camas, ver gráfico No 2, para en esos diez años se experimentó una disminución de 145 camas asignadas para larga estancia, estableciendo un aumento de 97 camas para agudos para el 2007.

Gráfico No 2.



*Fuente: anuario estadístico HNP, 2008*

Merced a un activo programa de reubicación de pacientes, el Hospital Nacional Psiquiátrico ha logrado en los últimos 5 años la desinstitutionalización de 150 pacientes crónicos que han sido colocados en sus hogares de origen, en hogares sustitutos o en albergues protegidos conocidas como Residencias Privadas, bajo la coordinación del Consejo Nacional de Rehabilitación.

Además de los programas de atención psiquiátrica, realizan actividades de rehabilitación en diferente grado de desarrollo y despliegan algunas acciones de prevención y promoción en salud mental, aunque estas últimas son, en muchos casos, programas incipientes con insuficiente número de personal idóneo y escasos recursos materiales. Salvo algunos intentos aislados, no han llegado a establecerse vínculos importantes con las redes de apoyo comunales. (Sandoval y Canales, 2007).

## **2.6. ACERCA DE REINSERCIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL GRAVE**

Frecuentemente se considera a la enfermedad mental severa como un proceso de larga duración y posibilidades limitadas de tratamiento. Las personas que la sufren, a menudo se encuentran a sí mismas identificadas con la enfermedad y sus cuidadores les ofrecen escasas esperanzas de mejoría y recuperación. Tanto la reciente investigación como el creciente interés en las experiencias personales de los pacientes y en sus estrategias de afrontamiento nos muestran que muchos individuos se recuperan (Topor 2002).

Todavía existen muchos dilemas y controversias a enfrentar en el estudio de tales procesos del desarrollo humano por lo que es trascendental explorar mas en profundidad conceptos como el de “cronicidad” y “recuperación”. Todo estudio debe enfrentar los siguientes argumentos (Topor 2002):

- ❖ Los pacientes estudiados estaban mal diagnosticados y en realidad no tenían un diagnóstico de trastorno severo.
- ❖ La recuperación había sido espontánea, lo que significa que no puede ser analizada y mucho menos reproducida.

En España se documenta un estudio del impacto de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, en el seguimiento de personas con enfermedad mental crónica reubicados en la comunidad de Castilla, entre los años 2003 y 2006,

un total de 2.127 usuarios, cuyos resultados demostraron que el 92% no tienen ingresos hospitalarios, la tasa de reingresos se redujo un 56% el primer año de intervención y llegó a un 67% el segundo año de intervención, lo que demuestra la importancia de implantar programas de rehabilitación psicosocial en la comunidad. (Navarro, 2007).

La OMS ha realizado estudios amplios multiregionales (Hopper and Wanderling, 2000) donde han podido establecer que las tasas de recuperación son mejores en países menos desarrollados como Nigeria, Colombia, India, que en países desarrollados como Irlanda, Inglaterra, Estados Unidos, República Checa, Irlanda, aún considerando que los nuevos antipsicóticos no están fácilmente disponibles en países menos desarrollados.

En estudios cualitativos que se llevaron a cabo en Italia, Noruega, Suecia y los Estados Unidos con un total de doce personas que tienen experiencia en la recuperación de la psicosis (Marit Borg, 2005). Se identificaron elementos comunes a través de las narraciones cuyos temas fueron en cada una de las siguientes áreas:

- 1) La forma en que el individuo se ocupa de él o de sus dificultades.
- 2) El papel de los recursos materiales.
- 3) Los diferentes roles sistemas de salud tanto formal como el informal.
- 4) El rol y la ausencia de otras personas significativas.
- 5) El papel de los factores sociales y culturales.

Estas investigaciones que se han generado, están proporcionando un emergente escenario de evidencia, demostrando que las intervenciones comunitarias pueden mejorar los resultados a largo plazo de las personas con enfermedades mentales graves, incluyen intervención familiar, psicoeducación de pacientes, manejo de los síntomas psicóticos resistentes o residuales, adquisición de habilidades sociales, ocupacionales y de la vida diaria, y terapia cognitiva (Saraceno, 1993).

Los estudios realizados acerca de estas intervenciones sugieren beneficios específicos en áreas como las recaídas y rehospitalizaciones, los síntomas psicóticos o el funcionamiento social. Pero estos beneficios tienden a ser específicos del área a la que se dirigen fundamentalmente los objetivos, por lo que la integración de las diferentes estrategias de tratamiento aparece como una necesidad para clínicos e investigadores (Saraceno, 1993).

Dada la naturaleza multifacética de la rehabilitación y la heterogeneidad de las prácticas empleadas, no hay un acuerdo sobre los objetivos, métodos o implicaciones de la investigación en rehabilitación psiquiátrica, incluso cuestiona la relevancia de la investigación para entender la recuperación y la rehabilitación, pero enfatiza acerca del papel crucial que los pacientes desempeñan de su propia rehabilitación y a la naturaleza subjetiva de los procesos de recuperación. Incluso autores como Weeghel y Kroon, 2004 realizaron un estudio en los países de Europa Occidental como: Holanda, Bélgica, Gran Bretaña, Irlanda, Noruega y Portugal, cuyos resultados proporcionan una visión de todas las facetas de la vida diaria de los pacientes y a sus cuidadores, llevan a expresar con gran interés los intentos por recuperarse para conseguir la habilitación en participación en la comunidad, mejores cuidados y servicios, mientras que las declaraciones sobre la metodología de investigación y su contribución a mejorar el entendimiento de la naturaleza de la rehabilitación y su formulación teórica son de importancia secundaria.

Diversas ciencias han contribuido al estudio de la salud y las enfermedades mentales. En décadas recientes, se ha profundizado más en los procesos biológicos, psíquicos y sociales básicos, y ha mejorado la aplicación de estos conocimientos a los problemas propios de la salud mental en el proceso de rehabilitación. Algunos de los avances más prometedores proceden de la biología; por ejemplo, el estudio del cerebro y los neurotransmisores —compuestos químicos que llevan mensajes de una célula nerviosa a otra—, revela aspectos desconocidos del funcionamiento normal y anormal del cerebro que pueden ayudar a mejorar el tratamiento de algunos trastornos mentales (Peinadés, 2004).

El avance de la tecnología para la obtención de imágenes diagnósticas a partir de la década de los setenta, han ayudado a comprender mejor la anatomía y la fisiología del Sistema Nervioso Central al permitir observar el cerebro mediante las neuroimágenes. De esta manera, la actual revolución biológica, ha orientado en la psiquiatría no solo hacia un nuevo sistema de diagnóstico basado en los diversos métodos como las imágenes de resonancia magnética, SPECT cerebral que permite obtener datos sobre metabolismo y bioquímica tisular, sino que además han demostrado que la rehabilitación cognitiva y otras modalidades de rehabilitación psiquiátrica están asociadas con cambios fisiológicos duraderos del cerebro (Peinadés, 2004).

La investigación psicológica relevante para la salud mental incluye el estudio de la percepción, el procesamiento de la información, el pensamiento, el lenguaje, la motivación, la emoción, las diversas capacidades intelectuales, las actitudes, la personalidad y el comportamiento social. Por ejemplo, los investigadores están estudiando el estrés y cómo controlarlo, estudio que permitiría, por ejemplo, ayudar a prevenir algunos trastornos mentales (Sánchez y Garrido 2003).

La investigación en las ciencias sociales se centra en los problemas de los individuos en distintos contextos como el familiar o el laboral, estudios epidemiológicos que consiste en elaborar estadísticas de incidencia de las distintas enfermedades en un área geográfica concreta y su relación con otras variables de índole psicosocial, económica, ambiental o cultural. También hay que tener en cuenta que no se ha demostrado cuáles son los componentes eficaces de los distintos modelos de intervención en rehabilitación y no hay criterios para definir la intensidad mínima necesaria del tratamiento. (Sánchez y Garrido 2003).

La rehabilitación psicosocial en Costa Rica, a partir de la óptica del Hospital Nacional Psiquiátrico en al última década, ha venido dando importantes pasos en el tema de la desinstitutionalización, promoviendo la rehabilitación psicosocial, especialmente de las personas internadas en Larga Estancia, los cuales albergan

personas con diagnóstico de trastorno mental crónico, y en muchos casos han permanecido internados en éste por varios años de su vida, algunos desde hace 5, 10 y hasta 20 años, considerando el hospital como su casa y temiendo salir de él. (HNP, 2007) Existen abundantes esfuerzos en rehabilitación psicosocial hacia el desarrollo de la atención de base comunitaria, se ha venido fortaleciendo por el interés de especialistas en salud mental con las investigaciones en psiquiatría, psicología clínica y enfermeras en salud mental.

Se hallan varios estudios para optar por la especialidad de psiquiatría con énfasis en las áreas de rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico, la Dra. Gutiérrez describió los programas de las Estructuras Residenciales las cuales están implementadas en la actualidad. El Sistema de Proyectos de la Universidad de Costa Rica para las y los estudiantes de psicología, propuso un proyecto para el 2007 de promoción para una mejor calidad de vida de los pacientes de larga estancia del Hospital Nacional Psiquiátrico cuyo objetivo fue Promover la realización de Programas de Rehabilitación Psicosocial de los usuarios y usuarias de los Pabellones 3, 4, 5 y 6 de Larga Estancia, para mejorar su calidad de vida y reinserción social.

Se ha demostrado que los programas de rehabilitación tienen el potencial para satisfacer la totalidad de los componentes biológicos, psicológicos, sociales y necesidades de los pacientes (gallegos y Montero 1999). No se documenta un estudio cualitativo de casos que ha tenido la experiencia de haber sido hospitalizados en larga estancia, y que en la actualidad residan en la comunidad posterior al proceso de rehabilitación psicosocial y se consideren como casos exitosos. Se realizó un estudio desde el punto de vista evaluativo, tomando como base la satisfacción subjetiva de las cuidadoras en las Residencias Privadas, en aquellos usuarios y usuarias de Hospital Nacional Psiquiátrico que fueron reinsertados en la comunidad por el Consejo Nacional de Rehabilitación, se documenta ser bastante favorables en torno a las condiciones de vida que tienen en la residencia en comparación con la vida hospitalaria (Canales y Sandoval, 2007).

### **CAPITULO III. MARCO TEORICO**

### 3.1 CONCEPTO DE SALUD MENTAL

La manera como se conoce la salud mental, en términos generales, es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida, pero además, es importante considerar dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el concepto la salud mental como:

"Un estado de completo bienestar físico, mental y social", donde se amplían las dimensiones, incorporando a ese estado de bienestar emocional y psicológico en la que cada persona se da cuenta de su propio potencial de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas (conocimiento), funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana".

La OMS toma en consideración que cualquier definición al respecto, estará siempre influenciada por las diferencias culturales y asunciones subjetivas. El punto en común del cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido *desorden mental* no indica necesariamente que se tenga salud mental. La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente.

Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental. Muchos expertos consideran a la salud mental como un "continuum", es decir, que la salud mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo

positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida.

Dice además la Organización Mundial de la Salud, que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones. Sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento recibe en efecto un tratamiento, por lo que concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos, con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, es un componente indispensable para la vida humana, ha sido declarada por la OMS como uno de los derechos inalienables del ser humano, por lo tanto, forma parte de las responsabilidades del gobierno de cada país, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en la comunidad, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

La salud mental pública es la aplicación en las poblaciones, a través de programas institucionales, de los conocimientos establecidos de las causas y consecuencias de las enfermedades, trastornos mentales y desviaciones de la conducta. Sus metas son la prevención, la rehabilitación de personas afectadas y la promoción de la salud mental.

La perspectiva de calidad de vida relacionado con la salud mental, se centra en reconocer la influencia de la enfermedad y de la atención de los servicios de salud sobre diferentes dominios de la vida. Considera la valoración del estado funcional y de la sensación de bienestar, se basa en la suposición de que la calidad de vida experimentada por un individuo dependen de que sus condiciones reales de vida logran satisfacer sus necesidades creencias y deseos (Verdugo y Martín, 2002).

Desde los inicios de los movimientos de desinstitucionalización, los profesionales en salud mental se ha visto preocupados por la calidad de vida de las personas con enfermedad psiquiátrica, al producirse la reforma psiquiátrica, el concepto de calidad de vida comenzó a utilizarse como factor clave para el buen desarrollo de los procesos de rehabilitación psicosocial, promueve el mantenimiento y la integración a la comunidad de estos enfermos, tratando de valorar las consecuencias de diversos tratamientos sobre el funcionamiento social y emocional de la persona en su vida diaria.

### **3.2 CONCEPTO DE PSIQUIATRÍA**

El nombre de psiquiatría se define como: una rama de las ciencias medicas cuyo carácter científico se alcanza a través de la psicopatología, estudia la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, tanto enfermedades psiquiátricas como patologías psíquicas.

El desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica, transformó la atención mediante políticas de desarrollo en la mayor parte de los países, donde se puede vislumbra el manejo clínico con enfoque prioritario en rehabilitación psicosocial. El campo de la psiquiatría es muy amplio en comparación con otras especialidades médicas. Trasciende aspectos de la vida del paciente, como su actividad física,

conducta, emociones, pensamiento, percepción, relaciones interpersonales, sexualidad, trabajo y ocio.

Los trastornos mentales están producidos por una combinación poco conocida de determinantes biológicos, psicológicos y sociales. Los psiquiatras como especialistas médicos, y otros profesionales en Salud Mental no médicos (como los psicólogos, enfermeras en salud mental, trabajadores sociales, etc.) intentan proporcionar alivio al sufrimiento de las personas con trastornos mentales mediante diversos medios terapéuticos disponibles. Estos tratamientos son, genéricamente, la psicofarmacoterapia (medicamentos con acciones cerebrales diversas, cuya prescripción debe ser realizada por médicos), la psicoterapia (el uso de la palabra con el propósito de modificar la experiencia emocional, el pensamiento o la conducta, que puede realizarse por profesionales de la Salud Mental, médicos o no, que se denominan psicoterapeutas) y la socioterapia (distintas técnicas que tienen como objetivo general mejorar la adaptación al medio del paciente). En muchos pacientes se combinan tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos para mejorar la eficacia de los resultados. (López, 2001).

### **3.3 CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL**

La enfermedad o trastorno mental es una condición mental que está relacionada con cambios en el carácter y emociones, es importante notar que el comportamiento anormal no siempre indica enfermedad mental, un individuo puede manifestar una amplia variedad de comportamientos anormales, según sea juzgado por cualquier definición, y aún así no recibir un diagnóstico de trastorno mental, sino que el término de enfermedad mental se refiere a una amplia clase de síndromes observados que resultan con ciertos comportamientos o características anormales.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, 1994, el sistema de diagnóstico oficial para los trastornos mentales en Estados Unidos, establece la definición de enfermedad mental como:

“Un síndrome o patrón conductual o psicológico significativo desde el punto de vista clínico que ocurre en un individuo y que se asocia a una aflicción presente (Ej. Dolor) o discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento importantes) o con un incremento significativo en el riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser tan solo una respuesta esperable y sancionada desde el punto de vista cultural ante un acontecimiento particular (Ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa original, en el momento actual debe considerarse una manifestación de una disfunción conductual psicológica o biológica del individuo. Ni el comportamiento desviado (Ej., religioso, político o sexual), ni los conflictos que hay de manera principal entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sean un síntoma de la disfunción en el individuo según se describió con anterioridad”.

Según estimaciones publicadas en octubre de 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional. En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

### **3.3.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACION DE ENFERMO MENTAL CRÓNICO**

La mayoría de los documentos clínicos internacionales evitan usar el término “enfermedad mental” y prefieren emplear, en su lugar el término “trastorno mental”. Trastorno no es un término exacto, se usa para implicar la existencia de una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo, son un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con dificultades para adaptarse adecuado funcionamiento personal y las condiciones de la vida (OMS, 1992).

El concepto enfermedad mental aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.

Una definición operativa del enfermo mental crónico acorde con las pautas establecidas en el Congreso Nacional de la APA (1978) podría ser: “son aquellas personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades, y que además dificultan el desarrollo y mantenimiento de su autosuficiencia económica”.

Hay otra forma de definir a los enfermos mentales crónicos, partiendo de tres dimensiones según Goldman y cols., 1981: a) diagnóstico, b) incapacidad y c) duración de los síntomas, que ofrecen un punto de partida a la hora de estimar la población mental crónica en nuestra sociedad.

El estrés ambiental incide de manera importante en la manifestación de la enfermedad. Cuanto mayor es la predisposición biológica, el estrés ambiental puede desencadenar los episodios psicóticos. La personalidad del sujeto y su estilo cognitivo puede también actuar como protector o como predisponente a la

enfermedad. La acción conjunta de estos factores se conoce como “modelo de vulnerabilidad-estrés-afrontamiento” (Verdugo y López, 2002).

Para clasificarse como trastornos o enfermedad mental, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida (Goldman y colaboradores 1981). Los trastornos mentales y conductuales se caracterizan también por síntomas y signos específicos, y suelen seguir una evolución espontánea más o menos previsible, salvo si se llevan a cabo intervenciones terapéuticas. No todos los casos de angustia humana son trastornos mentales. Los individuos pueden estar angustiados debido a circunstancias personales o sociales, pero, si no se satisfacen todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto, esa angustia no es un trastorno mental. La clasificación de los trastornos mentales es todavía inexacta y varía según las escuelas y doctrinas psicopatológicas.

Se creó El Primer Congreso Internacional de Estadística. La primera revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE-1) se llevó a cabo en París en 1900. La CIE-5 (1938), en su sección VI: Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, incluyó cuatro subcategorías de enfermedades mentales: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras.

La OMS, creada en 1948, asumió la revisión de la CIE-6, cubriendo morbilidad además de mortalidad, apareciendo la sección V: Trastornos mentales, psiconeuróticos y de personalidad. Las siguientes ediciones: CIE-7 (1955), CIE-8 (1965), CIE-9 (1978) y CIE-10 (1992), fueron incorporando nuevas categorías diagnósticas, de acuerdo con los avances de la psiquiatría. La Asociación Psiquiátrica Americana, publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I). Desde entonces se han publicado otras cuatro: DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994). El DSM-IV intenta ser completamente compatible con la CIE-10.

Como se explicó, el concepto de Trastorno Mental Grave, engloba una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales. Entre las entidades nosológicas que conforman el concepto de Trastorno Mental Grave se incluyen:

- Trastornos Esquizofrénicos.
- Trastornos Esquizoafectivos.
- Trastornos Bipolares.
- Estados Paranoides.
- Depresiones Mayores.
- Trastornos Obsesivos-Compulsivos.
- Trastornos de Personalidad Graves (Límite, Esquizotípica,...).
- Trastornos Neuróticos Graves.
- Otros (Trastornos duales, Daño cerebral adquirido,...), desarrollando subprogramas y recursos específicos en colaboración con otros dispositivos. Se excluirán las personas con diagnóstico primario de abuso/dependencia de sustancias, retraso mental, demencias y psicopatías (Lieberman, 1992).

### **3.3.2 TIPOS DE PATRÓN DE CRONICIDAD**

Para hablar de las características de los patrones de cronicidad es conveniente que distingamos previamente entre los diferentes conceptos de patología, déficit, discapacidad y minusvalía (Lieberman, 1988, 1992): Patología se puede definir como una lesión o anormalidad causada por los agentes o procesos etiológicos que producen una enfermedad. Deterioro será el efecto producido por la patología antes determinada, consiste en la anormalidad de una estructura o función psicológica. Discapacidades son las restricciones o falta de habilidades para desarrollar una actividad producidas por el deterioro. Por último, se entiende por minusvalía como la

desventaja con la que cuenta un individuo para el desempeño de un “rol” normal, ya sea por las discapacidades, ya por la falta de ambientes promovidos socialmente.

La enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, y éstas se refieren fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales (Lieberman, 1988).

Según Lieberman, la población con Enfermedad Mental Grave se clasifica en 5 grupos, clasificación que también se utiliza en el Hospital Diurno en Costa Rica:

**Pacientes con riesgo de cronicidad** Personas que presentan la primera manifestación clínica de una patología de carácter grave, con menos de seis meses de evolución y/o corta hospitalización en UCI.

- Primer brote psicótico.
- Trastorno grave de la conducta, refractario a tratamiento convencional.
- Trastorno grave de la personalidad.
- Trastorno del estado de ánimo grave, refractario a tratamiento convencional.

**Nuevos crónicos** Son personas jóvenes entre 18 y 35 años, sin historia de internamientos prolongados, pero sí de ingresos de corta duración, frecuentes y reiterativos, descrito por primera vez por Pepper en 1980. Presentan cuadros clínicos variables y mixtos con déficit severos de adaptación social y con una gran capacidad de generar estrés en los servicios por su agresividad, baja tolerancia a la frustración, comportamiento compulsivo, problemas legales y gran movilidad en el uso de servicios de salud.

**Crónicos de larga evolución** Pacientes con muchos años de evolución de la enfermedad, pero que no han sido institucionalizados. Con predominio de síntomas negativos por lo que precisan menor número de ingresos en UCI, pero que por sus importantes déficits en su funcionamiento psicosocial son susceptibles de ser incluidos en programas de rehabilitación y de gran soporte asistencial.

**Crónicos desinstitucionalizados** Son pacientes que fueron externalizados de los Hospitales Psiquiátricos después de periodos más o menos largos de internamiento.

**Crónicos institucionalizados** Entre los que se incluyen:

- Los viejos crónicos de larga estancia que llevan muchos años hospitalizados y que carecen de apoyo familiar y permanecen en la institución por ausencia de recursos alternativos en la comunidad.
- Los nuevos crónicos de larga estancia, caracterizados por períodos más cortos de institucionalización (1 a 5 años) y con mayores posibilidades de rehabilitación psicosocial y reinserción.

### **3.4 CLASIFICACION DE FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD**

La nueva clasificación Internacional de Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud de la OMS, supone un marco ideal en la evaluación del funcionamiento y la discapacidad en las personas con enfermedades mentales y puede ser un punto de partida para los procesos de rehabilitación psicosocial. Durante los últimos años, surge el creciente interés por aspectos relacionados con las consecuencias de las enfermedades que tratamos de curar, por ejemplo las repercusiones en el ámbito personal, familiares, laborales, etc.

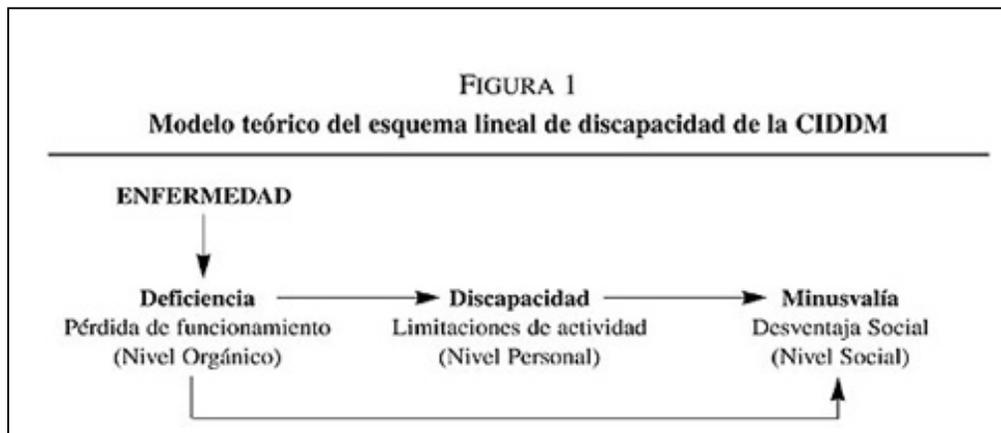
Las discapacidades se pueden clasificar en:

- Primarias: Son los síntomas producidos por la enfermedad
- Secundarias: Producto de la reacción adversa del sujeto ante la enfermedad.
- Terciarias: Fruto de la reacción del entorno ante la enfermedad (consecuencias sociales).

El paciente crónico experimenta una pérdida progresiva de capacidad de desempeño de roles por 2 motivos:

- Debido a sus deterioros
- Debido a las minusvalías sociales a las que es sometido por sus discapacidades

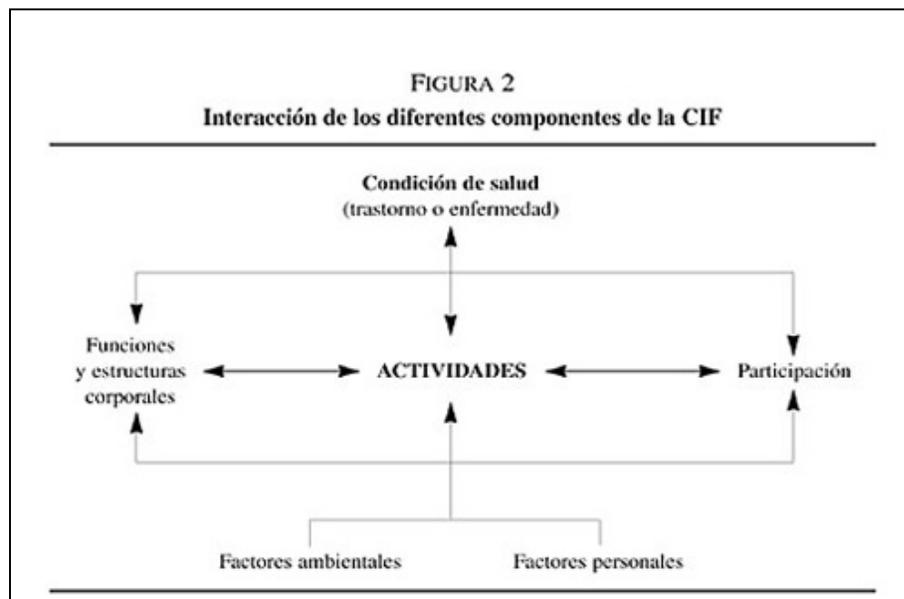
El modelo de discapacidad (ver figura 1) ha sido propugnado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la publicación en el año 1980 de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). El concepto es fundamentalmente lineal, en el que una deficiencia, alteración funcional o estructural producido por una enfermedad o proceso mal formativo, produce necesariamente una **discapacidad** (o deterioro en la realización de actividades), y esta discapacidad, al interactuar con el ambiente social, determina una minusvalía (o restricción en la participación social debido a elementos contextuales que son barrera para la persona con discapacidad), se basa fundamentalmente en una clasificación de “consecuencias de enfermedad”.



En el ámbito técnico, este modelo lineal resulta con problemas al explicar un fenómeno sumamente complejo como el de la discapacidad, en el campo de la salud mental, el hecho de institucionalizar a un individuo con enfermedad mental y limitar su participación en la sociedad (minusvalía), puede determinar, con el tiempo, la pérdida de hábitos y actividades básicas de la vida diaria que no se le permiten realizar en un ámbito hospitalario; es decir, se produce una discapacidad. Otros factores que se

deben tomar en consideración, para comprender estos fenómenos tan complejos, como aquellos determinados por la propia persona (edad, sexo, raza, etc.) que en muchas culturas suponen determinantes básicos para realizar actividades y participación social. Los factores determinados por el ambiente en que vive el individuo y que proporcionan el que una persona con la misma discapacidad pueda desenvolverse con cierta facilidad por su entorno habitual o que se vea limitado en forma permanente al no disponer de ese ambiente capaz de favorecerle.

Dadas las dificultades preexistentes, se dio la Asamblea Mundial de la Salud de Mayo 2001 en la que se establece una nueva clasificación con el nombre de Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIDDM-2 ó CIF) planteado en la interacción de los siguientes componentes (ver figura 2).



Actualmente, la OMS considera un conjunto de clasificaciones para codificar un amplio rango de información acerca de la salud y orienta hacia un lenguaje estandarizado y único que posibilita la comunicación en todo el mundo sobre la salud y la atención sanitaria en la diferentes disciplinas y ciencias, de manera que los estados de salud (enfermedad, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican en la CIE-10 (la

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión), la cual aporta un marco etiológico y de mortalidad.

La OMS coloca en el mismo nivel que la CIE 10 a la clasificación sobre el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud en la CIIDDM-2 por lo tanto propone que ambas clasificaciones sean complementarias con una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas.

La CIIDDM-2 comprende algunos componentes del bienestar “componentes de salud” relacionados educación, trabajo, etc. para su descripción y valoración, pero que además toma una posición neutral en relación con la etiología de modo que los investigadores puedan desarrollar relaciones causales utilizando métodos “determinantes” de salud o de aproximación de los “factores de riesgo” donde incluye una lista de factores contextuales que describen el contexto en el que vive el individuo.

Algunos conceptos a considerar en la clasificación internacional de funcionamiento se relacionan con distintos aspectos taxonómicos y terminológicos:

**3.4.1 Funcionamiento:** es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre el individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

**3.4.2 Discapacidad:** el término «discapacidad», es utilizado como término genérico para las tres perspectivas: corporal, individual y social, por lo tanto que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos interacción entre un individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (ambientales y personales). Las ventajas del término “discapacidad mental” consisten que la noción de “discapacidad” se refiere a la percepción inmediata de las personas sobre su propia vida, su entorno y sus necesidades y limitaciones (Bertolote y Sartorius, 1996) y en que los profesionales que no pertenecen al sector salud entienden mas fácilmente el concepto.

**3.4.3 Deficiencia:** es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con «anormalidad» se hace referencia estrictamente a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido.

**3.4.4 Actividad:** es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Por su parte, limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo pueda tener para realizar actividades.

**3.4.5 Participación:** es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Restricciones en la participación son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales.

La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

**3.4.6 Factores contextuales:** son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y, en concreto, el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los factores contextuales tienen dos componentes: Factores personales y factores ambientales.

**3.4.7 Cronicidad:** la palabra “crónico” procede del griego que significa “tiempo”, de esta manera “cronicidad” indica un periodo prolongado de tiempo.

**3.4.8 Recuperación:** es un acto continuado, único y personal de obtener la capacidad para tomar control de la propia vida, sentirse parte de una vida satisfactoria en la comunidad y con sentido personal y con oportunidades para percibirse a uno mismo como una persona valiosa, a pesar de la presencia de las limitaciones y desafíos impuestos por la enfermedad, su tratamiento, y su comprensión por parte de la persona y de su entorno (Glover 2002).

Muchas veces, la discapacidad no proviene de la falta de destreza o habilidad instrumental, sino de una falta real de motivación, autoestima o capacidad de afrontamiento del estrés, que les lleva a la inactividad para afrontar situaciones sociales habitualmente generadoras de tensión.

### **3.5 REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

La rehabilitación psicosocial de una persona con enfermedad mental requiere de un proceso de modificación de una situación psicosocial disfuncional que influye negativamente en la calidad de vida y en la integración social.

En los trastornos mentales, sobre todo aquellos mas graves, resulta fundamental la evaluación funcional del sujeto, de las deficiencias y discapacidades que presenta, pero además la valoración del funcionamiento en las áreas preservadas (Rodríguez 1997). Los profesionales de la Salud Mental reúnen sus esfuerzos en valorar las consecuencias psicosociales de los trastornos mentales graves y la forma de mejorarlas, es a través de las áreas que cada individuo preserva, las únicas que se pueden apoyar para seguir trabajando en la completa integración psicosocial del individuo. Se basa también en la necesidad de evitar la institucionalización crónica de los enfermos mentales e intentar su reintegración social y laboral, a través del trabajo de rehabilitación del déficit producidos por la enfermedad, o sea, sus discapacidades.

Es necesario conocer el concepto de rehabilitación psicosocial se define como un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con problemas psiquiátricos crónicos adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menos apoyos posibles y con una mejora en sus calidades de vida (OMS 1997), siendo importante,

además de su propia psicopatología, aquellos factores que tienen que ver con la adaptación social del individuo, se ayuda a las personas con discapacidad a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en las condiciones lo más independientes y normalizadas posibles.

La rehabilitación se inicia inmediatamente después de haber logrado la estabilización de un periodo agudo o de una exacerbación de un trastorno psiquiátrico, cuya repercusión suele traducirse en una pérdida o disminución de la actividad social y de autonomía.

El objetivo es mejorar la calidad de vida de estos individuos y sus familias, facilitando un proceso en el que puedan volver a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en comunidad, tan activamente como les sea posible. Se trata de reforzar las habilidades del individuo y desarrollar los apoyos ambientales necesarios para que la persona se mantenga en su entorno.

Los programas de rehabilitación son la respuesta asistencial adecuada de forma que permiten aminorar sus consecuencias y así mantenerse integradas en la comunidad y en la sociedad a pesar de las dificultades. Estas dificultades con las que se enfrentan los enfermos mentales (pacientes, usuarios) tienen que ver con la distinción de los conceptos de patología, deterioro, discapacidad y minusvalía (Lieberman, 1988, 1992).

El campo de la Salud Mental basa su actuación en un enfoque psicosocial, comunitario e integrador, en el que trata no solo de curar, sino de paliar consecuencias devastadoras de enfermedades graves, en las que el estigma se hace más arduo que el propio trastorno.

Para lograr esta recuperación es necesaria la intervención a través de un proceso individualizado que combine el entrenamiento y el desarrollo de habilidades, pretende reconvertir, aumentar o mantener la capacidad funcional del individuo (Fernández et al, 1997) y competencia de cada persona así como las actuaciones sobre el ambiente que incluye psicoeducación y asesoramiento a las familias.

El concepto de rehabilitación psicosocial contiene un compromiso ético de garantizar esfuerzos y dar lugar a que se ejerzan los mismos derechos y oportunidades que los demás miembros de la sociedad.

### **3.5.1 EL PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

REHABILITACIÓN es entendida por Liberman como la recuperación del funcionamiento social e instrumental de un individuo al mejor nivel posible, a través de procedimientos de aprendizaje y apoyo ambiental. Cuando esta restauración está limitada por continuos déficits, y síntomas, los objetivos buscan : a) alcanzar habilidades y ambientes de trabajo y de vida que sean compensatorios b) ajustar niveles de funcionamiento que sean realísticamente alcanzables. Rehabilitación empieza inmediatamente después de la estabilización del episodio agudo que generalmente causa pérdida de funciones y roles sociales. Los objetivo profesionales de la Rehabilitación son:

- a) Sostener la mejoría sintomática
- b) Establecer o re-establecer habilidades interpersonales y de vida independiente y
- c) ayudar al individuo a alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

Son varios los pasos que se incluyen en el proceso de rehabilitación en aquellas personas con trastornos mentales crónicos, a consecuencia de los cuales mantienen distintos niveles de discapacidad y restricciones en la participación social que les excluyen del disfrute de una vida normalizada. Entre estos apartados, exponemos como fundamentales los siguientes:

1. Evaluación funcional incluyendo expectativas e intereses del enfermo y su familia. Siguiendo el modelo sobre funcionamiento y discapacidad, se considera como actividad evaluativa, el establecer aquellas áreas de funcionamiento preservado o en los que podemos basarnos para conseguir la rehabilitación de los aspectos en los que el sujeto sufre mayor discapacidad. En el área de la rehabilitación psicosocial, el papel del sujeto y su familia es fundamental. El primero, debe de ser «siempre» sujeto activo de su propia rehabilitación, de forma que los procesos más exitosos son aquellos que incluyen o tratan de incluir los deseos del sujeto, de forma que sea él quien escoja entre distintas alternativas, tratando así de que se encuentre estimulado y comprometido con su propio tratamiento. Otra área fundamental es la familiar; la actitud de la familia se mueve desde los extremos de la sobreprotección al desinterés en toda una gama de actitudes acerca del camino terapéutico iniciado por su familia.
  
2. Si bien la rehabilitación en un entorno grupal tiene obvias ventajas al facilitar la comparación con el compañero, los objetivos de rehabilitación no pueden sino ser solamente individualizados, puesto que cada persona, cada enfermedad y cada déficit son únicos, pero, la necesaria individualización de los programas, tampoco es incompatible con un enfoque psicoterapéutico grupal en el que podemos encontrar más ventajas para el proceso que inconvenientes. Se debe centrar aquí los esfuerzos en conseguir la mayor homogeneidad posible en cuanto a necesidades individuales y respuestas terapéuticas a las mismas, con grupos de composición limitada y de abordajes similares.
  
3. Ejecución de programas propuestos. Las técnicas utilizadas, deben de ser modalidades terapéuticas que hayan mostrado su utilidad para conseguir los objetivos deseados. En el Hospital Nacional Psiquiátrico, las técnicas de psicoterapia cognitivo-conductual son las que han demostrado mayores beneficios (HNP Lic Quesada, 2008) en el entrenamiento de la mayor parte de habilidades necesitadas de rehabilitación en este tipo de enfermedades.

4. Acompañamiento y adaptación dinámica de programas. El proceso de rehabilitación en ningún caso puede ser estático, con objetivos fijos e inmutables. Dentro del necesario enfoque de individualización, se debe de utilizar un abordaje de acompañamiento y tutela en el que las necesidades cambiantes del enfermo, ante los cambios en el proceso terapéutico que se adapten a las modificaciones de la situación personal y clínica del sujeto. Cada vez que se alcanza el éxito en el trabajo, van a cambiar paulatina y secuencialmente las necesidades del individuo.

5. Evaluación de resultados, calidad y eficacia de programas. Cualquier programa terapéutico que se utilice hoy en día, debe de ir acompañado obligatoriamente de una evaluación continuada de su eficacia, con medidas de resultado y controles de calidad. Los programas de rehabilitación psicosocial deben incluir de forma generalizada, tanto medidas continuadas de eficacia, como protocolos adaptados a objetivos de investigación que nos permitan, en cualquier momento, realizar una evaluación científicamente correcta de la actuaciones y sus resultados (Lieberman 1992).

Para dar más luz sobre las necesidades de rehabilitación en las personas con trastornos mentales graves, se utiliza Los Patrones Funcionales, son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Es una teoría propuesta por M. Gordon en 1982, permite una valoración sistemática y premeditada, se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, son interactivas e independientes, entre ellos están:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores – creencias

Del conjunto de déficit que pueda presentar un paciente en las diversas áreas fundamentales enunciadas, se derivan una serie de necesidades; aquellas que la persona necesita cubrir para adaptarse con eficacia en el medio donde vaya a vivir. Estas necesidades son el objetivo diana utilizadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).

Una vez establecidas de forma individualizada las necesidades y los programas para su rehabilitación, se desarrolla el procedimiento técnico, como hemos dicho, tanto en grupos pequeños que permitan potenciar la interacción con compañeros y al tiempo respetar las particularidades de cada usuario en cuanto a ritmos de aprendizaje, capacidad de atención, destrezas y grado de motivación, como a nivel individual.

Las técnicas de rehabilitación psicosocial se encuadran a través de diversos módulos principales que tratan de cubrir el tratamiento de todas las necesidades detectadas:

- Entrenamiento cognitivo
- Habilidades sociales
- Habilidades instrumentales de la vida diaria
- Psicoeducación
- Habilidades de autocontrol y manejo del estrés
- Resolución de problemas
- Ocio y tiempo libre: integración en recursos comunitarios

En un Hospital Psiquiátrico, el tiempo siempre juega un papel muy importante: el deterioro cognitivo, motor, somático, de las funciones de autonomía personal, determinan su cronicidad. Por lo tanto, (Lieberman 2001) define la rehabilitación psiquiátrica consiste en promover los más altos niveles de funcionamiento, tanto social como profesional y de bienestar para los individuos con trastornos mentales severos y persistente, para que puedan disfrutar de óptimos niveles de independencia de la supervisión profesional y la menor interferencia de los síntomas y deterioros neurocognitivos, promueve a la persona a desarrollar su capacidad a través del aprendizaje y los apoyos ambientales (Bacharach LL, 2002).

El tratamiento integral actual, se ha considerado que se debe tomar en cuenta al menos cuatro aspectos fundamentales a evaluar (Bacharach LL, 2002):

1. el tratamiento farmacológico,
2. el tratamiento psicosocial,
3. la terapia familiar, y
4. el manejo del paciente en la comunidad en la que reconoce y promueve el derecho de las personas con enfermedad mental crónica a una ciudadanía plena.

También es fundamental el desempeño de roles, no sólo de emisión de conductas, ya que el concepto de rol está totalmente relacionado y predeterminado por el ambiente en el que se desarrolla y que demanda su desempeño.

Para desempeñar un rol en una situación determinada son necesarias :

- Habilidad instrumental (saber hacerlo)
- Habilidad cognitiva
- motivación (querer hacerlo)
- Autoestima (creer que se puede hacer)
- Ocasión para hacerlo (poder hacerlo)

La Rehabilitación concebida desde el modelo de Saraceno, representan estrategias complejas y prácticas variadas, a partir de prácticas ocupacionales, lúdicas, laborales, se caracterizaban por la explotación de la fuerza del trabajo, con el rasgo positivo de la esperanza y de disminuir la opacidad y la discapacidad institucional (Saraceno y Montero1993):

- El nuevo interés por la rehabilitación atiende a las siguientes necesidades:
- El fenómeno de deshospitalización a nivel mundial
- La conformación de una concepción comunitaria de la asistencia psiquiátrica
- La creciente conciencia de los derechos de los usuarios por parte de usuarios, familiares, técnicos, políticos. (se constata por reformas legislativas en diferentes países).
- Estudios epidemiológicos que constatan la innaturalidad de la cronificación ineludible de la esquizofrenia y las psicosis afectivas.

Según Saraceno los modelos se pueden referir a :

- 1.- Modelos de entrenamiento en habilidades sociales. De origen conductista orientado a reforzar el funcionamiento de las habilidades sociales: autogestión, autoayuda, conducción de los ambientes residenciales y laborales. En EEUU inspirados por Anthony, Liberman en 1986, Farkas y otros en 1988) Liberman en 1986.
- 2.- Modelos de potenciación de comportamientos socialmente competentes. Inspirados en un conductivismo menos rígido por Spivak en 1987, de programas individuales en competencias habitacionales, laborales, aseo y presentación personal, de las relaciones sociales y familiares.
- 3.- Modelos psicoeducacionales. Inspirados en el modelo de Expresión Emocional de escuelas londinense y americanas Fallon, y Hogarthy en 1982 y Liberman en 1986. Utiliza técnicas psicoeducacionales orientados a aumentar el conocimiento de los familiares de los pacientes esquizofrénicos a disminuir las emociones expresadas, a disminuir las recaídas. Acá se incluyen diversas intervenciones. Terapia familiar, entrenamiento de padres, resolución de problemas, capacitación técnica.
- 4.- Modelo de Ciompi en 1987. Está centrado en el concepto clave de "expectativas" de los trabajadores y del concepto de "hipo/hiper estimulación" ambos considerados potentes determinantes del resultado . El proceso rehabilitador se desarrolla sobre 2 ejes graduados desde todo(máxima protección) a nada (sin protección): Eje laboral: de ningún trabajo a trabajo no protegido o competitivo Eje casa: desde pabellón psiquiátrico a habitación no protegida. En general según los autores las estrategias son fuertemente empíricas, no codificadas.

Todos estos modelos son más bien determinadas por la política de salud, los recursos disponibles, los estilos organizativos y sobretodo los settings. Por eso lo planteado por Saraceno de "prácticas en espera de teoría" da cuenta en forma precisa de cual ha sido el proceso de avance en estas materias.

La metodología que se plantea para la rehabilitación en Costa Rica (Elizondo, Casasola y cols 2000), están basadas en la experiencia de los autores antes citados. El usuario de larga estancia, constituye un proceso integral y continuo que comprende la rehabilitación intrahospitalaria, a través del Programa de Vida Diaria Básica, Vida Diaria Instrumental, con los consecuentes programas específicos de modificación de conducta y la extrahospitalaria a través de la consolidación del Programa de Hogares Transitorios y/o Residencias Protegidas.

El proceso rehabilitador incluye:

- Entrenar en la adquisición o desarrollo de las habilidades instrumentales
- Entrenar en el manejo la capacitación del sujeto en las habilidades cognitivas
  - Autoestima
  - Motivación
  - Afrontamiento del estrés
  - Solución de problemas
  - Producir ocasiones en las que el individuo pueda ejercitar las habilidades entrenadas

### **3.5.2 ENFERMO MENTAL CRONICO, REHABILITACION Y LA FAMILIA**

A consecuencia de la desinstitucionalización, la carga asistencial se ha desplazado con mayor frecuencia hacia los familiares de los enfermos mentales. Entre el 50% y el 90% de las personas discapacitadas viven con sus familias tras recibir tratamiento psiquiátrico, representando una carga significativa ( Lauber,2003), sobre todo cuando los recurso de superación son escasos y el apoyo social es reducido.

Además se debe tener en cuenta que no todas las familia tienen la misma capacidad para cuidar adecuadamente a los personas con discapacidad mental ni poseen la voluntad necesaria para sustituir a los sistemas asistenciales insuficientes.

También, las familias son el sistema de apoyo, que constituye el ámbito natural para el importante aprendizaje dependiente del contexto que permita la recuperación de la actividad de estas personas. Así, las reformas asistenciales se esfuerzan por desarrollar con gran interés la ayuda a estas familias afectadas (Strachan 1986).

Los programas de intervención familiar han dado resultados prometedores; son eficaces para reducir el índice de recidiva y para mejorar los indicadores de evolución, por ejemplo, el funcionamiento psicosocial (Verdugo, 2002)

Los objetivos del abordaje familiar son: reducir la tensión en el sistema familiar transmitiendo al paciente y a su familia una información clara sobre la enfermedad mental crónica en términos sencillos, enseñar habilidades de comunicación y de resolución de problemas, y aumentar el seguimiento de la medicación y de los programas de rehabilitación social (Verdugo, 2002). Otra de las finalidades tratamiento es mejorar la adaptación social y la calidad de vida paciente y sus familiares a través de la enseñanza de habilidades funcionales con tal que puedan satisfacer sus necesidades y los servicios sociales y de atención en salud.

El proceso pedagógico ayuda a aligerar el peso de culpabilidad, de confusión y de indefensión de las familias. Los familiares llegan a ser menos críticos, castigadores e intrusivos sobre la conducta del sujeto y aprenden a proponer objetivos más realistas para ellos y su pariente enfermo.

### **3.5.3 EL ENFERMO MENTAL CRONICO, REHABILITACION Y LA VIVIENDA**

La edad les incluye entre los adultos y esto les supone independencia, por eso su incapacidad para vivir de forma autónoma les obliga a depender en muchos aspectos de la familia, esta circunstancia es muy a menudo una hoja de doble filo para ambas partes.

No es extraño escuchar a los padres recriminando a los hijos que si son válidos para hacer ciertas demandas también lo sean para encontrar sus propios medios de vida. Todo esto no hace más que crear tensiones familiares y deteriorar los lazos afectivos, cosa que se puede evitar o por lo menos paliar si existen alternativas tanto temporales como definitivas para que los enfermos crónicos vivan con sus capacidades en: pisos protegidos, mini residencias, pensiones... etc.

La Residencia Privada debe ser considerada como componente esencial de la política de cada servicio de salud mental. Cuando se formulan las políticas de Salud Mental. La integración de estos componentes es esencial, y deben ser asegurados fondos adecuados para los programas con el apoyo del Consejo Nacional de Rehabilitación CNRE.

La OPS en el 2005, promueve conjunto de programas de apoyo social de la persona con enfermedad mental crónica, resulta complementaria para la atención en salud y supone un apoyo básico para asegurar el mantenimiento de las personas en la comunidad, dando cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.

En Costa Rica, existe la solución residencial a la persona con enfermedad mental crónica, dentro de un marco de intervención para su rehabilitación, bajo la denominación de “estructuras intermedias” o de espacios alternativos a la hospitalización. Las estancias en estos programas residenciales pueden ser cortas, transitorias o indefinidas en función de la circunstancia particular en ausencia o

pérdida de red familiar, sobrecarga de la familia para su atención y cuidado, problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.

El Programa de Convivencia Familiar que soporta estos sistemas de solución residencial es conocido como CNREE, se puede considerar como una variación del Alojamiento asistido, donde se constituye como un hogar grupal con un promedio de 14 usuarios (Canales y Sandoval 2007) planteando un alojamiento con mayor grado de autonomía.

La mejoría de los recursos humanos y de las condiciones materiales de las instituciones donde viven con frecuencia los usuarios de la Residencia Privada es una precondition esencial para cualquier programa de rehabilitación. Deben ser supervisadas dondequiera que está viviendo el usuario; así el hospital psiquiátrico debe ser considerado como parte del entorno general de la Residencia Privada. En Costa Rica hay una urgente necesidad de directivas sobre los criterios de atención mínimos y/o óptimos para los pacientes y usuarios (Canales y Sandoval 2007).

### **3.5.4 EL ENFERMO MENTAL CRONICO, REHABILITACION Y EL EMPLEO**

El tiempo que un paciente permanece sin hacer nada es uno de los factores de cronicidad más importantes y si pensamos en la integración pesa muy negativamente en la conservación de las habilidades personales.

La mayoría de los enfermos crónicos engrosan las filas de los minusválidos, muchos no han seguido ningún sistema de educación estatal y los que lo hicieron lo abandonaron al debutar la enfermedad. Su patología y la pérdida de los hábitos hacen que los intentos de integración en los cursos de formación normalizados fracasen puesto que el rendimiento y la continuidad no pueden llegar a ser como los del resto de la población.

Las múltiples funciones que la actividad productiva y el empleo puede jugar en la vida de las personas con enfermedad mental y la evidencia acumulada sobre su capacidad para mejorar la funcionalidad personal y social, la autonomía y la “calidad de vida” de muchas de ellas hacen del empleo un objetivo básico de los programas de rehabilitación.

Es inevitable pensar en programas específicos para este tipo de pacientes teniendo en cuenta las aptitudes individuales y las limitaciones consecuencia de la enfermedad. Lo ideal sería que tras un aprendizaje, pudieran tener un empleo remunerado que les permita formar parte del colectivo de población activa, con las connotaciones positivas que implica y la relación que tiene con la autoestima. En los casos en los que no sea posible alcanzar un nivel de integración laboral hay que tener otra alternativa como son los talleres ocupacionales.

Para dar concluido la rehabilitación psicosocial, un éxito ocupacional trasciende a las habilidades laborales abarcando a la competencia social del paciente restablecido. Encontrar y mantener un trabajo requiere de habilidades sociales eficaces, estrategias para afrontar los extrusores diarios, una terapia farmacológica prudente, apoyo comunitario, educación familiar, capacidad de resolución de problemas, manejo efectivo de la sintomatología y una facultad para integrar estos factores de protección en un tono eficaz (Lieberman y col. , 1986.). Deficiencias en cualquiera de los registros anteriores pueden provocar la pérdida trabajo o el fracaso ocupacional. Por todo ello, quizá más que en cualquier otra área, se pone de manifiesto la importancia de integrar los múltiples elementos de la rehabilitación psiquiátrica integral en la rehabilitación ocupacional.

La mayoría de estudios sobre rehabilitación laboral no son específicos de esquizofrenia sino que se refieren a enfermedades mentales graves en general. Los objetivos, según la experiencia de la Comunidad Valenciana, deben centrarse en cada paciente y no consisten sólo en la mera búsqueda de un trabajo sino que corren

parejos al proceso de rehabilitación psicosocial. Habrá casos en que dicho proceso resultará innecesario, otros en que el paciente logrará superar todas las etapas, y otros, en que se quedará a medio camino. Lo importante es siempre mejorar su calidad de vida y tender a la normalización, aumentando su grado de autonomía e independencia.

En el Hospital Diurno, las medidas de rehabilitación laboral se centran en pacientes que viven en la comunidad, en la fase de mantenimiento. Cabe decir que esta modalidad de rehabilitación psicosocial depende en gran medida de los recursos y servicios existentes de trabajo en un determinado contexto, desde la óptica costarricense estos los insumos para desarrollar la rehabilitación laboral todavía son aislados e insuficientes.

### **3.5.5 EL ENFERMO MENTAL CRONICO Y EL EQUIPO DE TRABAJO EN REHABILITACIÓN**

Este equipo de trabajo está situado como eje del proceso de rehabilitación, con funciones de valoración del caso, planificación de estrategias, coordinación de actuaciones, y evaluación del programa.

Cada uno de los pabellones y el Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico, están formado por equipos de tratamiento multidisciplinario integrados por un psiquiatra, un psicólogo clínico, una enfermera en salud mental, una trabajadora social y un terapeuta ocupacional.

La valoración de la necesidad de rehabilitación y recuperación de los equipos, definen con la convicción que las personas son capaces de vivir, trabajar, aprender y participar plenamente en su comunidad; implica la disminución o la desaparición de los síntomas. Según Liberman, representa al profesional que trabaja en Rehabilitación como individuos capaces de:

1. Tener Optimismo: que el cambio deseado es posible dados la armazón de los principios del aprendizaje humano para las necesidades del paciente.
2. Creer: que la motivación para el cambio puede venir de arreglos especiales de la rehabilitación del paciente y de los ambientes naturales como también del propio paciente.
3. Tener Confianza: en que construyendo desde los intereses y motivaciones del paciente incluyendo tratamiento de apoyo y ambientes familiares, aún pequeños mejorías pueden conducir a cambios funcionales significativos, y elevar la calidad de vida del paciente.

Nora Jacobson 2001, señala las características de la recuperación descritas por los equipos en rehabilitación y personas que se recuperan de enfermedades mentales graves las cuales se resumen como:

### **Condiciones internas**

Esperanza: creencia de la persona en que la recuperación es posible. Curación: definir una parte de uno mismo fuera de la enfermedad y el control. Atribución de poder: corrección de los sentimientos de falta de control impotencia y dependencia. Conexión: relativo a los demás y a encontrar el propio rol en el mundo.

### **Condiciones externas**

Derechos humanos: como la disminución del estigma y la discriminación, protección y promoción de los derechos, igualdad de oportunidades para el trabajo, educación y vivienda digna y acceso a los recursos necesarios.

Cultura positiva de la curación: un entorno de servicios que demuestren tolerancia, escucha, empatía, respeto, seguridad, confianza, diversidad y competencia cultural.

Servicios orientados a la recuperación: valoración de las consecuencias de las enfermedades mentales graves mediante el ofrecimiento de servicios profesionales, entre usuarios y de colaboración basados en la creencia de que la recuperación es posible.

## **CAPITULO IV. MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de tesis, se llevó a cabo mediante un **enfoque de tipo cualitativo**, debido a que se utilizó la recolección de datos sin medición numérica.

El proyecto de tesis se busca explicar lo que sucede con las diferentes características, evoluciones, mejoras relevantes que se presentan dentro del proceso de rehabilitación psicosocial en los individuos de estudio. Será explicativo ya que pretende facilitar la interpretación de las características y procesos que se utilizaron en la evolución satisfactoria de los casos en estudio.

#### **4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La metodología que se utilizó es de **estudio de casos**, en el presente proyecto de tesis se llevó mediante la recolección de los datos con entrevistas semiestructuradas a servidores del seguro social de Costa Rica, profesionales en Salud Mental del Hospital Nacional Psiquiátrico, en total fueron: cinco Psiquiatras, dos Psicólogos Clínicos, dos Trabajadoras Sociales, cinco Terapistas Ocupacionales, tres Enfermeras en Salud Mental y tres Auxiliares de Enfermería quienes trabajan en el área de Rehabilitación Psicosocial.

Para recopilar la información que se proporciona en el análisis de datos, se hizo la revisión del expediente clínico de los casos en estudio, se constataron los criterios de inclusión y a la vez se trianguló la información cualitativa.

### 4.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tipo de muestra que se llevó a cabo, fue una muestra **no probabilística** llamada “bola de nieve”, donde se permitió a los informantes que recomendaran a los posibles participantes, luego se pasó a otro elemento de escogencia deliberado basándose en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados.

La técnica utilizada fue **El Muestreo Aleatorio Intencionado** la cual consiste en escoger de forma aleatoria, un número pequeño de casos por incluir en el estudio con el fin de profundizar con ellos el proyecto de tesis, pretende realizar un estudio descriptivo y explicativo de las estrategias y procesos que se utilizaron en la evolución satisfactoria de los casos en estudio. Esto se hace con el fin de dar mayor credibilidad a la información (Pineda, 2008).

La escogencia de los posibles cinco individuos de estudio que fue apoyada por el equipo de Hospital Diurno, las psiquiatras Dra. Lilia Uribe actual Directora de Hospital Diurno y la Dra. Carolina Montoya, además, la Trabajadora Social lic. Rosela Casasola, la Enfermera en Salud Mental Lic Danubia Guevara, Psicología clínica el Msc Carlos Sandoval.

#### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO.**

1. Usuarios o usuarias con diagnóstico de enfermedad mental según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10.
2. Usuarios o usuarias con un rango de edad 18-65 años
3. Que hayan participado del programa de Rehabilitación psicosocial intrahospitalario y extrahospitalario del Hospital Nacional Psiquiátrico en los últimos diez años.
4. Usuarios o usuarias con al menos con 6 meses de residir en la comunidad .
5. Usuarios o usuarias que presentes estabilidad de su condición de enfermedad mental crónica.

#### **4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO**

1. Usuarios (as) menores de edad
2. Usuarios (as) que presenten descompensación de su enfermedad mental al momento del estudio.

## 4.6 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se desarrolló en tres fases principales. A continuación, se explicará cada una de las fases según el diseño de la investigación.

**Fase I: Fase Preparatoria.** Comprendió todas las tareas realizadas antes del trabajo de campo:

1. Exploración del contexto
2. Revisión de la literatura
3. Definición del Diseño de la Investigación
4. Definición de la Población y Selección de la Muestra
5. Elaboración del instrumento para la recolección de datos

**Fase II: Fase de Trabajo de Campo.**

Consistió en las entrevistas que se realizaran a las personas seleccionadas. También se realizó la recolección de datos en el expediente de salud de los casos en estudio.

**Fase III Fase Trabajo de Análisis.**

En esta fase comprendió el tratamiento de la información conforme se avanzó en las entrevistas, así como el análisis y la interpretación de los resultados.

#### **4.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

La primera entrevista que se realizó a los participantes son abiertas y en buena medida anecdótica, se fueron estructurando con forme avanzó el trabajo de campo (Mertens 2005), se buscó recolectar lo más exacto posible el comportamiento todas aquellas alteraciones biopsicosociales que interfirieron en la crisis de la enfermedad y cuales fueron el abordaje terapéutico realizado por los profesionales de salud mental, además la descripción de los determinantes positivos que influyeron en la recuperación de los individuos. Se aplicó una entrevista semi-estructurada, se evaluó la presencia, características, cualidad y magnitud de un problema desde un enfoque funcional del comportamiento humano en los sujetos de estudio.

#### **4.8 RECOLECCION DE DATOS**

La recolección de datos se realizará siguiendo tres pasos:

1) Notas de campo. Los primeros datos se obtuvieron de la observación general para luego llevar a cabo pláticas informales (Hopkins, 1989). Estas notas de campo permitieron el registro de conversaciones o de grandes comentarios, de ahí la subjetividad manifiesta en la reconstrucción de algunos hechos, puesto que generalmente se apelaran al recuerdo.

2).Grabaciones en audio. Constituyó la base de la información que se puede escuchar las cintas. Se hicieron las transcripciones de los relatos, se utilizó la grabadora Digital WS-311M, bajo la aprobación del profesional en salud mental y el consentimiento informado de las cinco personas sujetos en estudio.

3) Revisión de los Archivos Clínicos: Se realizó la recolección de información de trabajo que incluyen las intervenciones de los profesionales y los resultados obtenidos en los diferentes programas de rehabilitación psicosocial.

## **CAPITULO V. DESCRIPCION Y HALLAZGOS DE LOS CASOS DE ESTUDIO**

## **5. ESTUDIO DE CASOS.**

En el estudio de casos se utilizaran seudónimos para no hacer referencia directa de las persona participantes.

### **5. 1. CASO #1 NURIA**

Nuria es una mujer que actualmente tiene 51 años. Su familia está compuesta por ambos padres y cuatro hijos, de los cuales Nuria ocupa el segundo lugar en orden descendente. Su madre, una mujer alcohólica, obligaba a Nuria a pedir limosnas, pero los días que regresaba sin dinero la castigaba. Constantemente, su madre la agredía tanto de hecho como de palabra. Su padre, hombre muy enfermizo, murió cuando Nuria tenía 21 años. Ella lo consideraba una buena persona. En general , sus vínculos familiares fueron poco afectivos, distantes.

Nuria fue producto de parto hospitalario de post término, se desconoce si hubo complicaciones, y no se tiene información sobre su desarrollo psicomotor. Existen datos que reflejan problemas de aprendizaje, como por ejemplo, que ingresó a la escuela a los 7 años, repitió II, III y VI grados, le costaba matemáticas, no se llevaba bien con sus compañeras, y se documenta que en su niñez manifestaba tener una compañera invisible con quien jugaba.

Las constantes agresiones y el deficiente apoyo familiar causaron que desde los 9 años Nuria viviera periodos en las calles, por lo cual intervino el Patronato Nacional de la Infancia. Durante 5 años vivió en el convento María Auxiliadora. A los 16 años regresó a la casa, pero su madre la rechazó, razón por la cual se vio obligada a deambular hasta que encontró la casa de La Esperanza para menores de edad. Ahí conoció a la señora López, empleada de ese centro para menores, con quien estableció una buena relación. Una vez que Nuria cumplió la mayoría de edad, la señora López la llevó a vivir a su hogar a pesar de que contaba con escasos recursos económicos. Nuria permaneció ahí durante ocho años, pero el esposo de la

señora López tenía conflictos con Nuria, lo cual en lugar de proporcionarle un soporte familiar, le causaba más inestabilidad.

En dicho hogar, Nuria contribuía con el quehacer doméstico satisfactoriamente, pero su manera de ser era extraña: su carácter era muy inestable, se quejaba de dolores de cabeza, se notaba insegura de si misma, se comparaba con quienes la rodeaba, expresaba ideas de persecución, no le gustaba pasear pues sentía que la gente hablaba de ella, se aislaba. Únicamente visitaba a un hermano, pero cuando lo hacia empeoraba su conducta, ya que este le quitaba el dinero, la agredía de palabra y no le brindaba afecto.

Las relaciones interpersonales con la señora López habían llegado a un terreno de desconfianza en el cual la paciente se mostraba poco colaboradora, entraba y salía de la casa sin avisar, se mostraba rebelde a contribuir con el oficio, solo deseaba ver televisión y dormir, razón por la cual la señora tuvo que establecer límites, planteándole dos alternativas: buscar trabajo fuera de la casa, o bien, consultar a un psiquiatra. Nuria reaccionó de manera agresiva, hostil, berrinchosa, manifestando que dicha señora quería violarla, que sabía esto pues ella (Nuria) había leído la mente de la señora y se vengaría.

Consecuentemente, Nuria fuera llevada al Hospital Nacional Psiquiátrico para ser valorada por un médico; efectivamente, el psiquiatra ordenó su hospitalización.

Durante cuatro años Nuria presentó reingresos y egresos al Hospital Nacional Psiquiátrico hasta que en 1988 se decide su traslado al sistema de Hogares Transitorios, donde mantuvo la misma situación intermitente.

Nuria permaneció institucionalizada durante casi veinte años hasta que en el 2002 fue trasladada a una Residencia Privada, con el apoyo del Consejo Nacional de Rehabilitación, coordinado por el Hospital Diurno.

Actualmente, y desde hace aproximadamente ocho meses vive con una familia solidaria en Villa Esperanza de Pavas, trabaja en el área de las oficinas del Hospital Diurno y se desempeña lavando gabachas a personas que le confían dicha tarea.

### **5.1. 1. INGRESOS HOSPITALARIOS**

**Primer Ingreso:** 29/10/83 al 23/11/83; estancia: 25 días.

Su primer ingreso fue a los 26 años con un diagnóstico de brote psicótico agudo de corte paranoide. Contaba ya con quince días de presentar síntomas extraños como por ejemplo, ideas de tener poderes telepáticos, sentir que podía adivinar el pensamiento de los demás, y manifestaba que le robaban el pensamiento que transmitía a otras personas.

Durante la valoración, el psiquiatra observa que es muy evasiva, desconfiada, con actividad psicomotriz aumentada, de fondo hostil, con sentimiento de despersonalización, ideas de contenido mágico, control de pensamiento telepático, ideas de daño, y alucinaciones auditivas de voces que le decían cosas desagradables. No obstante, se mostraba conciente, orientada, y con función intelectual conservada.

Su condición física no arrojaba datos patológicos. No tenía antecedentes de adicción a drogas, ni alcohol, y no presentaba ninguna enfermedad médica.

En las notas de enfermería se menciona que intentó fugarse, que insistía en su salida, que era comunicativa, y que explicaba que la habían llevado "ahí" por problemas mentales.

Por su condición, se le inició un tratamiento antipsicótico que logra mejoría de síntomas aproximadamente luego de tres semanas. En este plazo Nuria parece más organizada pero con poca capacidad intelectual. En su egreso menciona que ya no puede leer la mente, pero que está convencida de que lo podía hacer. Su afecto se torna levemente depresivo, con llanto espontáneo. Egresada con medicación Melleril, 100 mg en la mañana y 200 mg en la noche.

**Segundo Ingreso:** 5/01/1984 al 20/01/1984; estancia: 15 días.

Apenas mes y medio después de haber salido del Hospital Nacional Psiquiátrico, Nuria reingresa de nuevo. La razón anotada es que al egresar en 1983 había continuado tomando el tratamiento hasta que se le terminó, y luego no siguió en control. En esta ocasión manifiesta ideas de daño, sentimiento de despersonalización, insomnio intermitente y episodios de llanto. Aparenta su edad

cronológica, con afecto depresivo, quejumbrosa, minusválida, incapaz de autoafirmarse frente a su situación y con poca capacidad para elaborar sobre su problemática. De nuevo, se mantiene conciente, orientada, y sus funciones intelectuales superiores son pobres pero conservadas. Posee conciencia parcial de su enfermedad. El personal de enfermería la describe con risas inmotivadas, lábil, aplanada, pero tranquila y cooperadora.

En este internamiento se registra la problemática social de ubicación; ella misma expresaba no saber qué hacer por no tener un lugar donde residir. Fue entonces cuando se habla con la señora "López", quien manifestó no estar dispuesta a recibirla. Por ende se tomó la decisión de darle salida, y tuvo que irse sola.

El tratamiento en este egreso fue Trifluoperazina, 10 mg en la mañana y 20 mg en la noche; y Biperidenom, 2 mg dos veces al día.

**Tercer ingreso:** 27/03/84 al 6/8/84; estancia: 4 meses y 7 días.

Su estancia fuera del hospital fue de dos meses, lapso durante el cual Nuria vive un franco rechazo y no tiene dónde vivir. Se decide ingresarla para dar tiempo a su ubicación extrahospitalaria.

En esta ocasión la paciente no estaba psicótica, pero sí presenta conducta agresiva y hostil en referencia con la señora López. Además se determina que recientemente había regresado a la casa el esposo de la señora López luego de cumplir con 6 años de condena por hurto agravado. Esto empeora los conflictos de Nuria, quien ya no encuentra un medio funcional en dicha casa.

Discutido el caso por el equipo tratante, se determina buscar otros recursos familiares de Nuria para que la acepten en su hogar, pero no es posible encontrar ninguno. Por tal motivo, ella es trasladada al pabellón de larga estancia del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Durante los meses de estancia hospitalaria, Nuria solicitaba permisos de salida para visitar la casa de la señora Margarita quien era una empleada del Hospital Nacional Psiquiátrico. En ese tiempo Nuria se mantuvo lúcida, coherente, bien orientada y no causa problemas de manejo, pero se menciona que no trabaja, ni asiste a talleres.

Se realizan varias sesiones coordinadas por Trabajo Social con Nuria donde se le hizo ver la importancia de que una vez restablecida de su salud, buscara empleo, pues a su egreso, continuaría residiendo con la señora López, quien estaba en la mejor disposición de velar por ella. Además, dicha señora le ofrece un salario a cambio de que le vea los niños y se encargue del quehacer doméstico.

Con el tiempo la señora López solicita llevársela a su casa, con el consentimiento de Nuria, pues la paciente no presenta problemas y se encuentra compensada mentalmente. Por esto, a Nuria se le permite egresar acompañada de la señora López. Nuria sale con tratamiento de Clorpromacina, 50 mg por la noche.

**Cuarto ingreso:** 7/11/84 al 5/11/85; estancia: un año.

Con solo tres meses de egresada, Nuria presenta de nuevo problemas de ubicación, pues no fue posible su contención en la casa de la señora López debido a que su esposo no se lleva bien con la paciente. En esta ocasión se interna descompensada mentalmente, en ropa de calle sucia, maloliente, y es encontrada deambulando por las calles, con una Biblia en la mano.

Durante este internamiento se mantiene estable, razón por la cual se le otorgan permisos para dar paseos recreativos o para practicar deportes. También recibió atención de odontología, ginecología y otros servicios de medicina. No obstante, no regresó más luego del último permiso de salida que se le otorgó. Luego de quince días de ausencia se cerró su expediente con la categoría de “fugada”.

**Quinto Ingreso** 10/5/88 al 17 /5/88, estancia 7 días.

Tres años después de su egreso anterior, al parecer se mantuvo trabajando en oficios domésticos. Nuria vivía en Hatillo, en la misma casa donde laboraba, pero las condiciones del ambiente eran hostiles; ella menciona que cuidaba a dos niños pero estos la maltratan. Ingresa al Hospital compensada de su enfermedad mental, pero se anota que no cuenta con recursos familiares y que el ambiente de trabajo como empleada doméstica le resulta muy adverso. Por esto se decide internar de nuevo, para coordinar un hogar transitorio.

Se presenta el caso a la jefatura de hospitalización, quien autoriza su traslado a hogares transitorios. El tratamiento que usaba en ese momento era Melleril, 100 mg en la mañana y 200 mg en la noche, y Tegretol, 200 mg tres veces al día.

### **5.1.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

De las anotaciones del expediente de salud, los primeros controles en la consulta externa del Hospital Diurno datan de 1984 a 1987, lapso en el que se anotan de forma escueta una estabilidad de síntomas tales como: que Nuria se sentía bien con el tratamiento, otras notas mencionaba que había conseguido trabajo en oficios domésticos, las citas de control eran cada tres meses con un manejo ambulatorio sin mayor información respecto a su funcionamiento y características de síntomas, el tratamiento de base siempre fue Melleril, 200 mg en la noche y Tegretol, 200 mg tres veces al día.

Después de tres años de estabilidad presenta nuevamente una crisis caracterizada por tornarse agresiva, golpearse contra las paredes y hablar sola. Para mayo de 1988 se anota por Trabajo Social que Nuria pierde la contención y apoyo de su patrona por lo que se toma la decisión de ingresarla a los Hogares Transitorios, fecha cuando se registra su último ingreso intra-hospitalario.

En 1991 se reubica en una casa donde se desempeña en oficios domésticos durante tres años, pero nuevamente presenta una crisis que le genera mucho problema en tal residencia. El equipo del Hospital Diurno decide entonces su ubicación en el Hogar Transitorio una vez más.

De 1994 a 1996, Nuria recibe atención en psicoterapia de grupo, y se trabajan su habilidades cognitivas, pero era evidente un desempeño muy pobre, su actitud quejumbrosa, con desesperanza, poca conciencia de su enfermedad y poca iniciativa para cooperar. Por ejemplo, Nuria expresó en alguna ocasión: “no deseo salir, ni pensar nada en cuanto a mi vida futura”.

Parte de sus áreas funcionales más críticas se caracterizaban por dificultades en su autonomía, deterioro a nivel físico, obesidad y por no cumplir con las indicaciones de dieta de reducción. Como explica la auxiliar de enfermería:

“Comía, iba a los pabellones y se peleaba por las comidas, andaba toda chorreada, se veía toda despeinada, con las uñas todas sucias, descuidada de su aspecto personal, deambulaba cinco pasos, se devolvía seis... esto lo hacía en la pura calle con el riesgo de que la atropellara un carro”.

La paciente permaneció alrededor de doce años en los Hogares Transitorios, Nuria presentaba crisis de agresividad, era muy impulsiva y demandante. Sus descompensaciones se caracterizaban por alto grado de desorganización, delirios de corte paranoide, y alucinaciones auditivas. Con frecuencia era Nuria es motivada a asistir a diversos talleres relacionados con piñatería, flores, y clases de natación, pero ella no continuó con el programa. Luego se ubica en el taller de costura, pero demuestra resultados pobres. Participó también en paseos recreativos y en juegos y actividades de las fiestas del día de San Rafael.

Los esfuerzos en Terapia Ocupacional para identificar sus intereses y destrezas y determinar un posible oficio u ocupación fueron muchas veces infructuosos ya que la paciente no cooperaba. Cita el terapeuta ocupacional:

“En el taller pasaba sentada, esperando que se ensuciara el servicio sanitario para limpiarlo. No manejaba bien la vida diaria básica; en la vida diaria instrumental lograba realizar algunas pocas actividades”.

De acuerdo con su historia de vida, Nuria se desempeñó en oficios domésticos, de modo que Enfermería propuso desarrollar la reeducación de la paciente en esta área. También se trabajaron aspectos como el liderazgo, con lo que Nuria aprendió a ser una líder en la Estructura Residencial donde vivió. Como lo explica la enfermera en salud mental:

“Se le confeccionó un horario, empezamos a decirle qué decía en cada uno de los días en el programa, hasta que logramos integrarla en todo lo que es hacer la higiene y el aseo de este lugar; después le enseñamos a hacer mandados, a lavar las gabachas y nosotros le pagamos por eso”.

Su desempeño mejoró considerablemente, recuperó su autonomía y a la vez recibió remuneración por las actividades realizadas.

Muchas veces fue necesario dedicarle tiempo a la en las relaciones interpersonales, la toma de decisiones sobre su autocuidado que además implicara aumento de autoestima debido que se identificaba mas bien la tendencia a abusarla, se aprovechaban de ella, la Trabajadora Social recuerda las dificultades de Nuria, cita lo siguiente:

“se le pagaba mil colones y a los diez minutos ya no tenía nada porque los había regalado o porque lo había cambiado por dos monedas de cien”.

Conforme fue pasando el tiempo, Nuria aprendió a poner límite a estos abusos con ayuda del personal del Hospital Diurno, a quienes preguntaba si “x” situación representaba un abuso o un beneficio para ella. Poco a poco la paciente fue aprendiendo a tomar mejores decisiones y logró actuar de forma individual e independiente.

En cuanto a la medicación, como resultado de los efectos secundarios del tratamiento que usaba (Melleril y principalmente Haloperidol), presentaba dificultades para hablar, aduciendo que “sentía la cara tiesa”. Por ende se readecuó la medicación con buenos resultados y disminución de los efectos secundarios.

El equipo tratante consideró importante evaluar a la paciente para su incorporación al programa de ubicación extra-hospitalaria de pacientes en abandono, ya que ella se mostraba autosuficiente y no presentaba problemas de conducta, además de que manejaba su propia medicación.

Se mantuvieron los esfuerzos por encontrar recursos familiares que se caracterizan por el difícil acceso a recursos económicos, los cuales se reflejaron las múltiples experiencias negativas que atravesaron con Nuria cuando se descompensaba con crisis de agresividad. Además, se observaron condiciones de pobreza, pocos vínculos afectivos familiares que sirvieran de contención entre ella y sus hermanos como resultado del soporte familiar inadecuado.

Por un lado los internamientos de Nuria permitían un respiro familiar ante sus crisis o conductas agresivas, pero también resultaban en distanciamiento afectivo y mayor rechazo por parte de sus familiares. Nuria cita su vivencia:

“La forma de ser mi mamá... es que usaba mucho la violencia, yo no entendía cual era el motivo; ella me decía que yo tenía toda la culpa de todo lo que pasaba... a mis hermanos también les pegaba con una cuchara caliente. Después se le ocurrió echarme a la calle, comencé a los veinte años a vivir en diferentes lugares en San José, hasta que llegue a este hospital”.

Se reubicó en la Residencia Privada en Pavas, con adecuada aceptación. En los últimos tres años, se evidencia una excelente evolución con alto funcionamiento, adecuado manejo de su autonomía, siempre enfatizando en dar información de sus ausencias y sin llegar a solicitar permisos para actuar o tomar decisiones propias, para fomentar su autonomía

Para noviembre del 2007, el equipo multidisciplinario del Hospital Diurno le aplica la escala de funcionamiento. Nuria registra no presentar deterioro funcional, demuestra excelente evolución de su enfermedad.

Al entrevistar a Nuria, comentó sus relatos de los recuerdos durante las crisis y considera que para su recuperación fue necesario saber que estaba “afuera” refiriéndose al ambiente extrahospitalario y al desempeño de sus labores en oficios domésticos, la motivación de estar escolarizada y la familia también representa para ella un factor importante:

*“me gusta estar mas afuera porque aquí es muy cerrado y he tenido bastante tiempo, desde que tenía 26 años, pero he estado bien. La primera vez que vine aquí tenia nervios y me dejaban aquí a dormir, andaba para un lado a otro.*

*Lo que cambió es que ahora estoy afuera, trabajo limpiando y lavando gabachas, estoy en un hogar .*

*Para mi recuperación, de estar afuera o me gusta ir donde mi hermana para visitarla a ella con su esposo y sus hijos ...*

*...La mejoría de uno, como cuando fui a clases donde estuvo una maestra pude hacer algo escrito antes no podía hacer nada de eso”*

Después de muchos años de residir en los Hogares Transitorios con estabilidad de síntomas y alta funcionalidad, es decir, una vez que fue considerada rehabilitada, se decide retomar la búsqueda de su familia. Nuria se reencuentra con su madre y una hermana. Las tres logran reconciliarse estableciendo acuerdos de visita, pero poco tiempo después la madre muere. Nuria logra expresar su pesar por la pérdida, pero la estructura y contención que adquirió con el Hospital Diurno le ayudó de apoyo para no alcanzar una nueva crisis que ameritara una hospitalización: “Mi mamá murió el año pasado de un paro respiratorio, ahora voy donde mi hermana y me quedo un rato con ella”.

En la actualidad “Nuria” se desempeña con alto funcionamiento, Es hasta abril del 2008 cuando el Consejo Nacional de Rehabilitación autoriza nuevamente la ubicación de Nuria en el sistema de Familia Solidaria. Vive de forma extrahospitalaria desde hace ocho meses, mantiene su autonomía y autocuidado, presenta una adecuada conciencia de su enfermedad y maneja su medicación.

Se consideran necesarias las siguientes acciones en la rehabilitación de esta usuaria del Hospital Diurno. Es deseable que Nuria:

1. Reestablezca el vínculo con su familia.
2. Dar seguimiento a su ubicación, con orientación al hogar unipersonal.
3. Asista a talleres.
4. Busque empleo formal.
5. Asista a y participe activamente en terapia de grupo sobre relaciones interpersonales, socialización, derechos humanos y autoayuda.

Cuando se remonta su historia, al ser “Nuria” una sobreviviente de violencia intrafamiliar, difícilmente desarrolló su autoestima, creciendo con gran inseguridad. De las reflexiones importantes que han fortalecido los alcances de los objetivos del programa de rehabilitación en “Nuria”, son los refuerzos positivos que diariamente se le brinda. Existe una gran necesidad de ser aprobada, ser visualizada en el buen desempeño de sus actividades, estas son reafirmadas por el equipo del Hospital

Diurno, brindándole contención y apoyo, por consiguiente favoreciendo su estabilidad emocional. Se rescata los factores que contribuyeron en su recuperación:

- Incremento de la capacidad de autocontrol
- Incremento de la conciencia de enfermedad y manejo de medicación
- Incremento de las habilidades sociales
- Incremento de la capacidad de autocuidados
- Se fortaleció su red social y soporte comunitario

Se documenta que ya fue referida a la clínica de su comunidad para seguimiento farmacológico.

El equipo tratante considera necesario para un alta definitiva en esta usuaria, lograr su autonomía laboral. La búsqueda de un empleo remunerado en la comunidad es tan importante como los esfuerzos que han prevalecido por prevenir la descompensación de su enfermedad y el debilitamiento de las áreas funcionales más afectadas.

## **5.2. CASO # 2 RITA**

Rita es una mujer de 46 años, raza negra, soltera, con estudios completos de primaria, costarricense y oriunda de Limón. Actualmente reside en el Albergue de Tres Ríos.

Su familia de origen estaba formada por ambos padres y seis hermanos de los cuales Rita es la mayor. Su madre y una hermana fallecieron, no se documentan las causas, pero se explica que ambas fueron veladas en la casa de Rita, recuerdos que la llenan de tristeza y la hacen entrar en crisis. Su padre falleció a la edad de 84 años, en el 2007, pero el vínculo afectivo que establecía con Rita era distante y muchas veces, de rechazo.

Se desconocen tanto los antecedentes perinatales como su desarrollo psicomotor. Se sabe que cursó primaria completa y no repitió ningún grado escolar. Su infancia fue muy difícil: a los 5 y 11 años de edad fue víctima de abuso sexual, pero no se conoce mayor información de ninguno de los casos.

En su adolescencia careció de un adecuado soporte familiar y, en muchas ocasiones, se unía a grupos de alto riesgo los cuales la indujeron al consumo de drogas.

Mantuvo controles psiquiátricos en el Hospital de Limón desde los 13 años de edad, pero demostró pobre adherencia a la medicación; constantemente abandonaba el tratamiento por su callejización y consumo de drogas.

A sus 18 años también fue víctima de violación, producto de la cual procreó a su único hijo.

Como antecedente familiar se puede mencionar que Rita tiene un hermano también con problemas mentales, quien ha vivido internamientos prologados en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Según la historia de vida de Rita, sus familiares manifestaban constantemente miedo y rechazo hacia ella por su agresividad. También existía rechazo por parte de los vecinos, quienes además le tenían gran temor.

En una oportunidad fue referida a un Albergue llamado El Silor, en Limón, pero no fue aceptada. Su papá estuvo en disposición de visitarla pero no de llevársela consigo; una de las razones era la escasez de recursos económicos para mantenerla.

### **5.2.1 INGRESOS HOSPITALARIOS**

**Primer ingreso:** 21-11-94 al 20-12-94; estancia: 1 mes.

El Diagnóstico que predominó en sus internamientos fue la Esquizofrenia Paranoide.

A sus 19 años, soltera y con un hijo de 6 meses de edad, sufre crisis psicóticas con muchos delirios y alucinaciones auditivas de corte paranoide.

Es referida por el psiquiatra tratante en Limón con historia de haber hecho abandono de su tratamiento. El profesional la describe hiperbólica, dando problemas de manejo por su agresividad, y con ideas persecutorias y místicas: Rita mencionaba que “un grupo de personas la querían matar”. Refiere alucinar con la voz del diablo que le dice “que robe”, “que mate y “que destruya”.

Enfermería anota que Rita no respeta órdenes. A causa de su desorganización requirió constantes intervenciones de aislamientos y sujeciones. Con respecto a su autocuidado, sí lograba mantener su aseo personal, se alimentaba y dormía bien.

El tratamiento que se le administró fue la Terapia Electroconvulsiva y ajustes farmacológicos hasta egresar con Haloperidol, 10 mg, dos veces al día; Biperideno, 2 mg en la mañana y a medio día, y Difenhidramina, 100 mg en la noche.

**Segundo ingreso:** 25-01-1995 al 15-2-1995; estancia: 21 días.

Solo 15 días luego de su egreso, Rita tuvo que ser internada en Psiquiatría del Hospital de Limón. El personal la describe muy agresiva, habiendo intentado matar a su hermano, haciendo abandono de su medicación, con conductas muy agresivas, erótica y alucinada.

En las notas de los médicos tratantes se resaltaba lo siguiente: “es un caso de difícil control, amerita tratamiento, pronóstico pobre”.

Se decidió entonces utilizar tratamiento antipsicótico de depósito, el Decanoato de Anatsol, 3 cc intramuscular cada 15 días; Biperideno, 4 mg en la mañana y 2 mg a medio día, y Difenhidramina, 50 mg en la mañana y 100 mg en la noche. Además, para la anemia ferropénica tenía indicado una tableta de Sulfato Ferroso al día y otra de Ac fólico en la misma dosis.

**Tercer ingreso** : 24-2-95 al 19 4-95; estancia: 1 mes y 23 días.

A solamente ocho días de haber egresado del Hospital Nacional Psiquiátrico por segunda vez, reingresa por condiciones similares. Rita se tornaba violenta, había amenazado con cuchillos a su propio hijo, y había agredido a su hermana.

En esta ocasión se trabaja con la familia, en quienes se detecta rechazo hacia Rita. Por esto se plantea la opción de buscar otra alternativa de ubicación y al mismo tiempo se le explica a la familia que los comportamientos anteriores eran producto de su enfermedad. Se logra establecer acuerdos con los familiares para que recibieran nuevamente a Rita con el compromiso de que ella tomara su medicación y se trasladara de domicilio si fuese necesario.

Al tratamiento que ya tenía indicado se le adicionó un antidepresivo, de modo que egresó con la siguiente indicación farmacológica: Haloperidol, 10 mg dos veces al día; Biperideno, 2 mg en la mañana y 2 mg a medio día, y Amitriptilina, 75 mg en la noche.

**Cuarto ingreso**: 16-7-1995 al 14-9-1995; estancia, 2 meses.

A los tres meses de haberse egresado del Centro Hospitalario por tercera vez, nuevamente se documentaron problemas con su hermana. Rita se encerraba en su cuarto, no quería hablar con nadie y califica a quienes la rodean de “hipócritas”.

En este internamiento, Rita también se observa aislada, con afecto deprimido, y expresa sentirse “deprimida porque nadie la quiere, que se quiere morir”, y manifiesta la idea de que “le quieren hacer daño”.

Le realizaron diez sesiones de Terapia Electroconvulsiva y se le continuó el mismo tratamiento farmacológico.

La Trabajadora Social informa que se coordinó para que la paciente se mantuviera más en su comunidad, pero se anota que su pronóstico es reservado y le dan salida para que se retire acompañada a su casa.

**Quinto ingreso:** 30/12/1995 al 13/2/1996; estancia: 1 mes y 15 días.

Se posee poca información en relación con este internamiento, sin embargo se sabe que los profesionales a cargo la describen con trastorno de conducta agresiva y psicótica. Además Rita presenta la tendencia a manifestar sintomatología depresiva tras vivir épocas festivas del año que le traen recuerdos, tales como Navidad o el día de la Madre.

Una vez internada, Rita es descrita como una paciente hostil, demandante, alterada, suspicaz y peleona, tanto con las otras pacientes como con el personal.

Como explica la Trabajadora Social, Rita enfrentaba una grave problemática de aceptación familiar:

“Son constantes las quejas del progenitor y hermanos con respecto a la conducta agresiva de ella, quien no acepta tratamiento aludiendo usar drogas. Duerme hasta el medio día, se niega a realizar los quehaceres de la casa y a atender al hijo. Ante cualquier sugerencia o llamada de atención se torna agresiva al punto que tienen que solicitar ayuda a la comandancia de Limón para su traslado al hospital”.

A pesar de que se le dio orientación a los familiares con respecto al manejo conductual de Rita, además de orientación con respecto a su tratamiento, en esta oportunidad Rita se fugó.

**Sexto ingreso:** 13/7/1998 al 02/4/1999; estancia: 8 meses y 20 días.

Rita es internada ocho meses después de su egreso anterior porque ejecutó un intento de autoeliminación con la medicación psiquiátrica. Se anota en su expediente: “referencial con ‘Lalo’, quien dice una vez abusó sexualmente de ella”.

También en esta ocasión existe rechazo tanto por parte los familiares como de los vecinos, quienes además le tenían gran temor.

Durante este internamiento se le otorgaron permisos de salida cortos y permisos para asistir a paseos organizados por el personal de la institución.

Se realiza un ajuste de la medicación con el esquema Decanato de Flufenazina, 3cc intramuscular por mes; Melleril, 100 mg en la mañana, 100 mg a medio día y 200 mg en la noche, y Biperideno, 4 mg en la mañana.

**Sétimo ingreso:** 4/4/1999 al 15/4/1999; estancia: 11 días.

Reingresa a los dos días luego de un permiso corto. En este ingreso la paciente es descrita como estable y no psicótica. Por lo tanto, se aprueba su traslado a los programas de Hogares Transitorios con el debido seguimiento en la consulta externa del Hospital Diurno. De este modo, a Rita se le indica la salida con dirección a la casa #4, en Villa de Esperanza.

El tratamiento de base para este egreso fue: Decanoato de Flufenazina, 3cc intramuscular por mes; Melleril, 200 mg en la noche, y Biperideno, 2 mg en la mañana.

**Octavo ingreso:** 4/7/2000 al 13/10/2000; estancia: 3 meses y 9 días.

Tras un año y tres meses de residir en las Casitas, Rita sufrió una descompensación caracterizada por agresividad e impulsividad. Se torna difícil su manejo por parte del personal encargado.

Durante el internamiento predomina el ajuste farmacológico y pronto regresa a las Casitas con el siguiente esquema: Decanato de Flufenazina, 4 cc intramuscular cada mes; Carbamacepina, 200 mg tres veces al día; Fluoxetina, 20 mg en la mañana; Biperideno, 2mg en la mañana, y Famotidina, 40 mg en la noche.

**Noveno ingreso:** 6/8/2002 al 30/8/2002; estancia: 24 días.

Dos años después de su última crisis, Rita continúa viviendo en las Casitas del Hospital Nacional Psiquiátrico, pero debe ser ingresada de nuevo. El personal encargado la describe como llorosa, con alucinaciones auditivas, y expresando “que sus compañeras hablan en voz baja, que la critican, se burlan de ella”. Además, en esta ocasión Rita recuerda eventos de su pasado como la violación, el abandono de su familia y la muerte de su madre.

A pesar de que se confirma no haber abandono de su medicación, presentaba problemas de manejo y persistían sus síntomas psicóticos; esto llevó a que se utilizara una combinación diferente de tratamiento: Decanato de Flufenazina, 2 ½ cc intramuscular cada 15 días; Fluoxetina, 20 mg en la mañana y al medio día; Carbamacepina, 200 mg en la mañana y 400 mg en la noche; Clorpromazina, 200 mg en la noche; Famotidina, una tableta en la noche, y Clonacepan, 2 mg en la noche.

Finalmente, Rita egresa nuevamente con dirección a las Estructuras Residenciales.

**Décimo ingreso:** 17/8/2005 al 19/9/2005; estancia: 1 mes y 2 días.

Con un intervalo de tres años sin internamiento, la paciente había sido trasladada a la Residencia Privada, en Naranjo, en diciembre del 2004, lugar al cual se adaptó bien.

Sin embargo, es internada de nuevo por presentar una descompensación de 15 días con constante irritabilidad, manifestándose querulante, y porque se enojaba con las compañeras.

Se anota que Rita desapareció después de asistir a un taller en el Hospital Diurno, por lo cual se reportó como fugada del albergue. A la madrugada siguiente, la paciente aparece sucia, golpeada, orinada y semidesnuda. Lloro frecuentemente y amenaza con matarse. Se describe como descuidada de su aspecto, irritable y soez.

En el internamiento se identificó que la paciente experimentaba dificultades en el albergue de Naranjo, por lo que se coordina reubicarla en un nuevo albergue. Rita proporciona una explicación ante su negativa de permanecer en el albergue de Naranjo: “no me permiten hablar en inglés, ni manejar su propio dinero; la ropa la escogía la cuidadora y esto me hacía sentir que vestía como una abuelita”.

En esta fecha se decide iniciar el protocolo de Clozapina. Al egreso se coordinó su reubicación en el albergue de Pavas.

## 5.2.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El manejo de su agresividad fue un factor sobresaliente en la conducta de Rita en sus primeros internamientos. En las descripciones hechas por el personal, cita una enfermera:

“Recuerdo que era necesario llamar a siete hombres para inmovilizarla, que era tan escurridiza que entre todos no se podía sujetar, una fiera; ella escupía, pateaba... contestona... cuando uno tenía que decirle algo, era con cuidado porque ella golpeaba al personal, no respetaba, quebraba vidrios, era muy agresiva”.

En 1999, durante la época cuando se dio la re-estructuración de los pabellones con clasificados en las escalas de deterioro, se observó que Rita obtenía un nivel de funcionalidad alto, poseía habilidades en vida diaria básica e instrumental, por lo que se autorizó su traslado a las Casitas u Hogares Transitorios, periodo del que la enfermera se refiere diciendo:

“Era una paciente muy difícil, su trastornos de conducta la llevaron a deteriorarse; a pesar de esto, fue una de las usuarias que comenzó con los programas de rehabilitación”.

El factor que más favoreció a Rita fue la relación que entabló con una enfermera del Hospital Diurno, esta significó para la paciente una alianza terapéutica. Con dicha enfermera tenía mayor acercamiento, y se sabía que todo lo que necesitaba lo conseguía mediante dicha profesional.

“Cuando se fue trabajando en vida diaria básica y vida diaria instrumental, fue mejorando su falta de organización; cuando se le dio la ropa particular mejoró montones, trató de andar bonita, combinar los colores, antes hasta se orinaba en la ropa, hacía berrinches”.

Los conflictos entre Rita y las otras usuarias de las Casitas eran muy frecuentes y de difícil manejo. Su enfermedad mental la hacía comportarse de manera suspicaz y paranoide, lo cual además le impedía seguir con indicaciones; aun así, se vio

favorecida por la buena alianza terapéutica y apoyo del personal a cargo. Como explica la enfermera:

“Rita llegó a ser líder y todo eso se trabajó... participábamos para que ella cocinara un pan bon, celebrábamos lo que ella había hecho, como forma de estimularla; de las cosas que más se le dificultaban era que no le gustaba mucho vivir con nadie, le gustaba vivir sola”.

Los registros en el expediente de salud, con el manejo farmacológico a nivel ambulatorio también fue necesario realizar ajustes de los esquemas terapéuticos; conforme se fueron dando estos ajustes, también se dieron efectos secundarios de los antipsicóticos como sialorrea, que pasaba muy somnolienta y con rigidez en la marcha.

Es a partir del uso de Clozapina, en los últimos cinco años, cuando Rita se estabiliza de sus síntomas. Aún así muestra dificultades de manejo de su medicación, pues es renuente a tomarla. Sin embargo, en el último año ha mejorado la adherencia a su tratamiento con Clozapina, 300 mg en la noche; Ac valproico, 500 mg en la mañana y a medio día, y 750mg en la noche; Fluoxetina, 20 mg en la mañana; Metformnina, 1000 mg en la mañana y 500 mg en la noche, y Ac fólico, una tableta al día.

Las notas en el expediente de salud en este último año describen la excelente evolución de Rita, la ausencia de síntomas positivos de su enfermedad, la mejoría en la adherencia a la medicación, pero además, que a nivel funcional se desempeñaba mejor.

En el 2007 la paciente se traslada de lugar de habitación por conflictos con la cuidadora del Albergue de Pavas; pasa a vivir a Tres Ríos. Hay evidencia de la conformidad de Rita con este último lugar, al que logra adaptarse bien:

“La señora del albergue donde estoy tiene una personalidad lindísima, ella permite pero con respeto, se enoja cuando se dicen mentiras. Me siento muy bien de estar en ese Albergue”.

Los trabajos en áreas intervenidas a nivel individual de la paciente generaron avances positivos para Rita, quien se muestra anuente a realizar cambios y seguir las indicaciones. Como explica la enfermera:

“Se ha rehabilitado, ha mejorado mucho, sabe manejar el dinero, va y viene a todo lado, ya superó la vida diaria básico y lo instrumental”.

Rita se mantiene constante en los programas de participación grupal. Debe asistir a psicoterapia y psicoeducación para su mejoramiento de las interacciones con otras personas, dar espacio para que exprese sus emociones.

El equipo del Hospital Diurno anota los avances de la paciente en el expediente de salud. Se indica que participa activamente y realiza buenos aportes al grupo, persiste refiriéndose a su soledad y al rechazo por parte de su familia. En ocasiones los profesionales deben establecerle límites para que brinde espacio a sus compañeros, ya que su deseo de participar a veces interrumpe a otro.

Se consideran necesarias las siguientes acciones para lograr la rehabilitación de la usuaria del Hospital Diurno. Es deseable que Rita:

1. Reestablezca el vínculo, acompañamiento a su relación con su hijo y familia.
2. Asista a taller de Piñata (formación vocacional con orientación laboral).
3. Asista a terapia de grupo sobre relaciones interpersonales, con respeto a las normas, socialización, derechos humanos y autoayuda.
4. De seguimiento a los medicamentos, adquiera conciencia de su enfermedad y se adhiera al tratamiento.
5. Reciba psicoeducación en sexualidad.
6. Modifique su conducta relacionada a robo y mentiras.

En Rita se identificó la necesidad de fortalecer las relaciones interpersonales, pues tiende a crear fácilmente conflictos por su estructura paranoide, y en ocasiones es necesaria la confrontación para que responda a una comunicación asertiva.

Cuando sufría crisis que requerían internamientos, su funcionamiento se deterioraba, perdía su autonomía y descuidaba su aspecto personal. Una vez que recuperaba su estabilidad mental, también rápidamente recuperaba su autocuidado y no requería mayor esfuerzo en actividades de vida diaria básica.

Como factores que han contribuido en su recuperación cabe resaltar: El ajuste farmacológico, los deseos de superación, la conciencia de enfermedad. Se logra notar en la entrevista a Rita:

“Me cambiaron el medicamento que me hacía babear, ahora uso clozapina y ya me siento mejor...

Estoy metida en la cooperativa, pero también hay que poner plata para ingresar porque es una cooperativa nueva, en los productos de aquí. La intención es que nosotros lo hagamos independiente del hospital, que sea de nosotros, para que la gente sepa que nosotros sabemos defendernos y los que quieren ingresar puedan superarse...

Salir de ese encierro que la gente cree ah soy loquito y no se hacer nada, soy loquito y nada, saber que uno que esta bien, y puede hacer algo para salir adelante... En mi vida entendí que el mal comportamiento, la rebeldía, porque yo no tomaba, no fumaba, no tenía vicio, tenía mucha rebeldía, quería ser yo pero me equivoque... “

La readecuación de los medicamentos fue tan favorable que Rita, además de tratar su sintomatología psicótica, disminuyó los efectos adversos observados como causantes de conflictos interpersonales en su medio ambiente. Es capaz de cocinar y servirle a otras personas sin presentar sialorrea, ni rigidez articular, ni temblor en sus manos. Rita demuestra una adecuada adherencia al tratamiento.

Se rescata los factores que contribuyeron en su recuperación:

- El ajuste farmacológico mejoró su sintomatología psicótica
- Su alianza terapéutica con la enfermera del Hospital Diurno benefició su rápido desempeño en actividades ocupacionales.
- Rita demostró alta funcionalidad en actividades instrumentales y más complejas; también utiliza adecuadamente los servicios de la comunidad, se considera una persona que alcanzó los objetivos institucionales con estabilidad de síntomas, y tiene el potencial necesario para alcanzar una rehabilitación laboral.
- Tras múltiples esfuerzos por mantener su vínculo familiar, Rita logró hacer contacto con su hijo en un ambiente supervisado, lo cual le provoca sentimientos positivos de esperanza y optimismo.
- Las Residencias privadas y los talleres de Hospital Diurno se convirtieron en su ambiente de contención y apoyo.
- Muestra interés por ser miembro de los programas de orientación vocacional hacia una ubicación laboral.

### 5.3 CASO # 3 CARLOS

Carlos tiene 46 años de edad, es costarricense, soltero, vecino de San Sebastián y cursó primaria completa. Su familia de origen está formada por su padre, y cuatro hermanas. Carlos era el hijo menor.

Su padre, quien se desempeñaba como chofer de taxi, estableció una relación de pareja en Unión Libre, pero Carlos no aceptó a la pareja de su padre como madrastra.

Carlos fue criado por su abuela paterna, pues a los 2 años de edad su madre lo abandonó para irse a vivir a los Estados Unidos.

Se desconocen los antecedentes perinatales del paciente; solo se conoció a su padre y a una hermana, pero sin mayor información de sus antecedentes familiares.

Sobre su infancia, se describe como un niño tranquilo que inició la escuela a los 7 años con buen rendimiento académico y conductual en la primera etapa escolar. Durante la adolescencia se caracterizó por un carácter fuerte e irritable. En la secundaria inició el consumo de thinner, cemento y marihuana. Repitió varias veces séptimo año, pero debido a sus trastornos de conducta fue expulsado del colegio. Por último, su padre optó por no matricularlo más en la institución educativa y Carlos no continuó con sus estudios.

Los problemas de comportamiento también se mostraban en su hogar: se negaba a cumplir con las obligaciones solicitadas por su padre, residió ocasionalmente con su hermana, pero le sustraía objetos de la casa para obtener dinero con qué saciar sus adicciones. Esto ocasionaba malestar entre su familia.

Con el pasar del tiempo Carlos se ajusta a una vida deambulatoria por las calles de San Cayetano, y en muchas ocasiones fue detenido por la policía y acusado por robos menores.

A nivel comunal, Carlos no ocasionaba problemas, lo catalogaban como tranquilo y más bien lo alimentaban; era protegido por las personas del barrio donde deambulaba, pero en una ocasión agredió a una señora y a una niña. Se volvió demandante y exigente, lo cual produjo que estas personas se desinteresaran y Carlos terminó convirtiéndose en una molestia para todos.

A los 22 años inició las hospitalizaciones en el Hospital Nacional Psiquiátrico, y en 1988, a sus 26 años de edad, es sentenciado a continuar en este Hospital una “Medida de Seguridad Curativa interno o externa a criterio de los facultativos”.

En 1997 se decide ingresarlo al Programa de Hospital Diurno y ubicarlo en las estructuras residenciales; desde entonces no se ha vuelto a hospitalizar. Se realizó la intervención de los programas de rehabilitación durante cinco años; en setiembre del 2002 es reubicado en una Residencia Privada a consideración del Consejo Nacional de Rehabilitación. Según criterio del equipo del Hospital Diurno, Carlos funciona adecuadamente en dicha residencia, pues mantiene una adecuada convivencia con sus compañeros de casa.

### **5.3.1 INGRESOS HOSPITALARIOS**

Carlos cuenta con 15 ingresos de los cuales sobresalen los siguientes detalles:

**Primer Ingreso:** 27/7/84 al 14/8/84; estancia: 18 días.

Carlos es internado en el Hospital Nacional Psiquiátrico por primera vez a los 22 años de edad. Su diagnóstico de ingreso fue episodio esquizofrénico agudo. Se anota que fue llevado por la policía pues lo encontraron transitando en la vía pública, desnudo, sucio y muy descuidado de su aspecto personal.

Cuando los médicos psiquiatras lo describen se anota “aparenta su edad cronológica, sedado por el parenteral, sus conductas eran inadecuadas, lenguaje sencillo, afecto indiferente, no estructura ideas delirantes, afirmaba que escuchaba voces pero luego expresaba que era un sueño”. Se solicitaron pruebas psicodiagnósticas pero Carlos se fugó antes de que se las realizaran.

El Juzgado Penal de San José le impuso medida de Seguridad Curativa, obligando al Hospital Nacional Psiquiátrico a internarlo y hacerlo permanecer en esa institución con fines curativos.

De 1988 a 1990 generó múltiples reingresos hospitalarios, sin que se lograra realizar un adecuado estudio diagnóstico, debido a que dichos internamientos consistían en periodos muy breves de hospitalización, o porque se fugaba y luego era capturado por la fuerza pública para su reingreso.

El siguiente cuadro resume las fechas de internamiento y los días de estancia hospitalaria del paciente. El diagnóstico que predomina de 1988 a 1990 es el trastorno mental y comportamiento secundario a consumo de drogas. El manejo farmacológico era, en ocasiones, el Decanoato de Flufenazina intramuscular.

#### **Cuadro de Estancia Hospitalaria**

<b>Ingreso #2</b>	6/7/88 al 11/8/88, estancia 5 días, se fugó.
<b>Ingreso #3</b>	20/9/88 al 23/9/88, estancia 3 días, se fugó.
<b>Ingreso #4</b>	15/6/89 al 19/6/89, estancia 4 días, se fugó.
<b>Ingreso #5</b>	15/7/89 al 21/7/89, estancia 5 días, se fugó.
<b>Ingreso #6</b>	23/11/89 al 27/11/89, estancia 4 días, se fugó.
<b>Ingreso #7</b>	19/1/90 al 23/1/90, estancia 4 días, se fugó.
<b>Ingreso #8</b>	4/8/90 al 7/8/90, estancia 3 días, se fugó.
<b>Ingreso #9</b>	9/1/90 al 21/1/90, estancia 13 días, se fugó.

Carlos constantemente se fugaba, presentaba conductas propias de su callejización, como robo e intercambio de objetos, pero además usaba un lenguaje burdo, simplón, manifestaba escuchar voces de una muchacha que le pregunta “¿cómo está?, ¿cómo le ha ido?, si soy guapo...”.

En las entrevistas no se le describe como psicótico y no estructuraba delirios, por lo que en los ocho internamientos presentados en el cuadro anterior sobresalía por su ajuste sociopático de la personalidad.

**Ingreso #10:** 19/3/91 al 30/6/93; estancia: 2 años y 3 meses.

En este internamiento se decide pasar a hospitalización en larga estancia.

Lo describen descuidado de su aspecto personal, indiferente al medio, bastante pasivo, presentando risas bobas, no delirante, ni alucinando, con poca iniciativa, muy dependiente —lo cual interfiere en su capacidad adaptativa—, sin normas de aseo personal incorporadas, bromista pero inadecuado con otros pacientes, y no agresivo, sino colaborador y sociable.

Participó en los talleres de telares bajo supervisión.

Las demás valoraciones en su expediente de salud lo reportan estable, sin mayor descripción.

En todo este periodo recibió antipsicótico típico conocido como Melleril.

La familia de Carlos, valorada por el departamento de Trabajo Social, es descrita como una red de apoyo pobre, poco organizada para ofrecerle un mejor ambiente al paciente y con poco interés de seguimiento en capacitación. Aún así se continuó reforzando el vínculo entre Carlos y su familia, y se le otorgaban permisos de visita al paciente.

**Ingreso #11:** 11/9/93 al 17/9/93; estancia: 6 días.

Este se trata de un reingreso luego de un permiso de salida para visitar a su familia.

En este internamiento Carlos se presenta hablando incongruencias, y se reporta que estuvo inhalando cemento. Los profesionales ordenan continuar la medicación de base con Melleril, 100 mg por la noche. Desafortunadamente, Carlos se fugó también en esta ocasión.

**Ingreso #12:** 16/4/94 al 31/5/94; estancia: 1 mes y 14 días.

Carlos se interna en estado psicótico, confuso, hablando solo con un lenguaje desorganizado y se disgrega, pero no estructura un discurso delirante.

La discusión del médico psiquiatra tratante denota que su patología parece enfilarse hacia una esquizofrenia con predominio de síntomas negativos. Se le retira la medicación en espera de que desaparezcan los efectos de las sustancia que al parecer había inhalado. No obstante, con el pasar de la semana persisten síntomas como delirios mágicos pero incoherentes, por lo cual se le continúa la medicación antipsicótica.

Se realiza una sesión familiar con su hermana y cuñado, donde las múltiples quejas de sus familiares evidencian rechazo abierto hacia el paciente. En esta ocasión Carlos también se fuga del Hospital.

**Ingreso #13:** 8/6/94 al 31/6/94; estancia: 23 días.

En este internamiento es evaluado nuevamente y se le redefine el diagnóstico de Esquizofrenia más fármacodependencia.

El paciente se presente muy descuidado de su aspecto personal. Se le administra tratamiento antipsicótico intramuscular, con pobre adherencia a la medicación y se le ordena seguir indicaciones, pero nuevamente se fuga.

**Ingreso #14:** 2/2/95 al 9/3/95; estancia: 1 mes y 7 días.

No se documenta ninguna información más relevante que la descrita en los internamientos previos. En esta ocasión también se fuga.

**Ingreso #15:** 2/9/96 al 2/6/97; estancia: 1 año y 3 meses.

El paciente ingresa acompañado por conocidos, entre ellos una vecina quien confirma que Carlos vive en las calles de su barrio, donde deambula y es alimentado por los vecinos del lugar.

El paciente es protegido por estas personas, pero se resisten a tolerar más a Carlos luego de haber agredido a una señora y luego a una niña. Por este motivo la gente le da la espalda y el paciente se torna demandante, exigente y una molestia para todos.

En este internamiento lo describen mechudo, sin afeitado, usando lenguaje claro y sencillo, pero con risas inadecuadas, pensamiento irreal, y alucinando.

Para ese año (1997), las valoraciones de Trabajo Social mencionan que ya no es posible localizar a su padre, y los vecinos del lugar manifiestan no conocer a la familia de Carlos.

Posteriormente a que se le explicaron los objetivos del programa de rehabilitación, la vecina de Carlos asumió una actitud colaboradora, accediendo a visitar al paciente, pero no a asumir la responsabilidad de su manutención.

En este internamiento se desarrolla un Plan de Rehabilitación donde se propone el traslado de Carlos a Hogares Transitorios.

### **5.3.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.**

Al reubicar a Carlos en las Estructuras Residenciales, fue incorporado al Hospital Diurno. Inicialmente su rendimiento era pobre, y persistían sus síntomas negativos.

El cuadro clínico y su funcionamiento se caracterizó por astenia, adinamia, ahedonia, retraimiento social, abandono de higiene personal, insomnio, trastornos sensorceptivo-auditivos con voces que a veces le insultaban y otras veces solo lo llamaban, y pensamiento poco productivo de curso saltón, con ideas nihilistas. Por ejemplo, mencionaba tener: “el cerebro muerto”, gusanos que le comían “el cerebro y las tripas”, y “animales” que le debilitaban la espalda. También aducía ideas somáticas depresivas, y tenía pobre adherencia a la medicación, lo que causaba gran trabajo a Enfermería porque no se tomaba el tratamiento.

La Trabajadora Social recuerda los esfuerzos más importantes realizados con Carlos:

“Lo que más se trabajo con él fue el autocuidado, actividades de vida diaria básica, el uso y abuso del fumado, el abandono de la familia. No era agresivo, más bien era sociable, pero la dificultad era que no lograba una vida de mayor responsabilidad. No tiene iniciativa; si no se le dice, entonces no hace. Se tiende a confundir con vagancia, pero esa pobre iniciativa le impedía una mayor autonomía”.

El tratamiento farmacológico requirió diversos ajustes. A lo largo de los años se utilizaron diferentes antipsicóticos típicos con esquemas tales como: Haloperidol, Biperideno y Difenhidramina (los tres durante 1 año); Trifluoperazina por 6 meses; y Decanoato de Flufenazina, 4 cc cada mes por 5 años.

Se documentó la existencia de disquinesia tardía asociada al uso crónico de tratamiento.

Durante las citas de seguimiento en Consulta Externa del Hospital Diurno, específicamente en diciembre del 2001, se toma la decisión de iniciar el tratamiento con antipsicótico atípico; se indica el protocolo de Clozapina, cuya dosis fue aumentándosele progresivamente. Para abril del 2002, el paciente utilizaba 600 mg diarios de Clozapina. Luego se le adicionó el uso de un antidepresivo llamado Fluoxetina, 20 mg por día. Carlos presenta una adecuada respuesta a ambos medicamentos. Las notas de seguimiento indicaban “excelente evolución de los síntomas”, sin presentar efectos secundarios.

Los problemas iniciales asociados con la fármacodependencia y las fugas hospitalarias no se volvieron a presentar en los Hogares Transitorios. Con base en tales condiciones de funcionamiento, en el año 2002 se considera apto reubicar a Carlos en un albergue.

En el Hogar Transitorio el paciente pasaba acostado en el piso; cuando se le pedía que realizara alguna actividad como, por ejemplo, que limpiara la casita, él no hacía berrinche ni daba problemas de manejo, sino que acataba órdenes. Siempre fue obediente a cualquier miembro del personal de Trabajo Social, la enfermera o el médico. Como recuerda la enfermera:

“Carlos siempre ha sido muy independiente, se traslada en la comunidad, viaja de Villa Esperanza hasta el Hospital Diurno. Cuando estaba en las Estructuras iba y venía toda la comunidad de Santa Catalina. Esas habilidades no las tenía perdidas, vendía cigarros y reconocía el dinero. También hacía mandados... él se ubica, ejemplo: ‘vaya a tesorería y me trae el sobre’, él no te cobra, pero siempre espera... él recibe aunque sea cien colones”.

Con el trabajo era importante que se le den las indicaciones una a una; se comprobó que es necesario ordenarle una tarea a la vez para que logre un mejor desempeño ocupacional, pues cuando se le dan varias órdenes complejas parece no priorizar las labores y tiende a desorganizarse. Carlos siempre requiere de supervisión. Como explica la auxiliar de enfermería:

“Para trabajar con él era importante que se le dieran indicaciones una por una; si yo le hababa a él tres cosas seguidas, opta por no hacer nada o se sentaba.

Era importante ir reforzando una cosa a la vez y así trabajaba. Sembrar culantro: desde comprar la semilla, hacer las eras con el compañero asistente, deshierbar, cortar el culantro, hacerlo grupitos e irlo a vender. Recuerdo que andaba por las oficinas feliz y contento vendiendo lo que había producido”.

La auxiliar de enfermería recuerda su labor de rehabilitación con Carlos, estando este en las Casitas:

“Se trabajó en él esos aspectos de vida diaria, costaba que se quitara la ropa sucia, empezamos a dejarle la ropa limpia para que la tomara para bañarse... como pasaba tanto acostado en el suelo le decíamos: ‘¡vamos levántese!’’, también era insistirle que utilizara el servicio sanitario ya que esto lo hacía en cualquier parte, en los alrededores de la casa”.

Como se ha mencionado, Carlos no es una persona agresiva, sino más bien es catalogado como sociable. Con ajustes de afrontamiento en su ambiente, realizaba actividades como mandados, venta de artículos. Sin embargo, en el ambiente hospitalario esta habilidad le causaron conflictos, pues al negociar cigarros con otros usuarios, llegó a consumir grandes cantidades de nicotina.

Conforme fue mejorando y adquiriendo mayor autocuidado, se fueron desarrollando actividades más complejas. Es importante recalcar que gracias a sus relaciones interpersonales—por no ser agresivo sino más bien, sociable—lograba ajustarse bien a la realización de mandados, venta de periódicos, y cuidado de carros en la Clínica de Pavas.

Un Terapeuta Ocupacional comenta sobre el plan ocupacional trabajado con Carlos:

“Carlitos trabaja aquí en carpintería, mucho de lo que se observaba es que se portaba mal... es muy negociante, vende cigarros, galletas... ya, con la medida disciplinaria se le ha bajado o suspendido por algunos días el incentivo de asistir a los talleres, ha evolucionado positivamente. En el asunto del trabajo es una persona muy obediente, yo he visto que ha cambiado mucho, ahora se mantiene

en el taller, se ha vuelto más disciplinado, ya no vende cigarrillos, antes fumaba aquí adentro y ahora sale a fumar, él es muy obediente, respeta más al personal, hasta uno le llama la atención, se le habla y nunca se enoja, muy calladito”.

Durante la entrevista, Carlos expresa ideas coherentes a pesar de que tiene un discurso concreto y poco elaborado. Se nota que da importancia al hecho de estar internado en el Hospital Nacional Psiquiátrico en lugar de estar “afuera”. Las respuestas de lo que significa para él una reinserción social reflejan su deseo de cambiar, tienen un sentido propio de su etapa vital, desea ser capaz de producir y de tener un empleo.

“Estar internado era igual que siempre, solo dormir, estar en los pabellones era aburrido, no hacían nada y era mejor estar afuera... Lo importante es querer cambiar, que cuando estoy haciendo otras cosas pienso diferente. Pienso que es mejor estar en una casa que en las calles, yo sé que debo portarme bien para salir adelante, tener algún motivo para poder vivir, ir pensando en lo bueno. Seguir trabajando”.

Se han realizado esfuerzos para establecer vínculos entre Carlos y su familia, pero estos han resultado infructuosos. La cuidadora del albergue reportaba que la familia le pedía a Carlos que fuera a visitarlos y cuando llegaba no le abrían la puerta. También se percibió el poco interés de su grupo familiar por visitarlo. No obstante, Carlos continúa visitando a una hermana los fines de semana.

Desde que se inició en la Residencia Privada el paciente ha funcionado adecuadamente. Ahí goza de libertad y autonomía, las cuales ha mantenido. Ahora acepta muy bien su medicación, tiene buena interacción con otros, sirve de apoyo para otros usuarios más dependientes, y le lleva las recetas a otros pacientes.

En los seguimientos de enfermería con las cuidadoras del Albergue, manifiesta que siempre es necesario dar continuidad a su autocuidado ya que esta habilidad no la tiene totalmente incorporada. Como explica la enfermera:

“Siempre se necesita estarle reforzando: ‘mirá, debés bañarte mejor’. Incluso cuando está en residencia privada siempre la cuidadora le dice: ‘mirá, ¿ya te pusiste el desodorante?’. En cuanto a aseo personal se refiere, Carlos requiere ese tipo de apoyo permanente”.

El rechazo familiar hacia Carlos ante sus conductas disruptivas como el robo, la fuga, el consumo de sustancias como cemento, thinner y marihuana, y el hecho de que no acataba indicaciones. Estos factores contribuían a la referencia inmediata del paciente a otras instituciones, como por ejemplo, en el expediente de salud se anota que Carlos era referido al Ejército de Salvación por su callejización y drogas.

Las variables que influyeron para que la evolución de Carlos fuera exitosa fueron: en el momento que los médicos psiquiatras redefinen el diagnóstico denotando la coexistencia de los dos trastornos independientes, pero invariablemente interactuantes como son la Farmacodependencia y la Esquizofrenia. Carlos recibió un tratamiento enfocado hacia aspectos muy específicos del problema global, se integra a los programas de habilidades de vida diaria básica y participación en terapia ocupacional coordinado por el Hospital Diurno.

La medicación fue un factor importante en este caso. El uso de un antipsicótico atípico como la Clozapina demostró efectividad en el tratamiento de los síntomas negativos de la Esquizofrenia; además este medicamento tiene un perfil afín a los receptores serotoninérgicos que son importantes en la neurobiología de la dependencia de drogas, y a la vez presenta menos efectos extrapiramidales, lo cual resultó muy favorable con Carlos.

El trabajo de un plan individual ocupacional lo ha llevado a mantener su autonomía en el desempeño de actividades que le generan beneficios.

Se identificó que—dada su escasa iniciativa, probablemente asociada al predominio de síntomas negativos—su capacidad de funcionamiento en actividades

de vida diaria básica era limitada. Ante los intentos para que Carlos incorporase esta habilidad como propia, se evidenciaron retrocesos con tendencia a deshabituarse fácilmente su higiene y autocuidado. Por ende, en lo que se refiere a autocuidado, el paciente quedó sujeto a la supervisión permanente por parte de las cuidadoras del Albergue donde reside.

Se consideran necesarias las siguientes acciones para lograr la rehabilitación de este usuario. Es deseable que Carlos:

1. Realice sesiones de seguimiento en el albergue por parte del equipo del Hospital Diurno.
2. Restablezca el vínculo con su familia y continúe realizando las visitas a su hermana.
3. Se mantenga en oficios de limpieza en la mañana y, por las tardes, en taller de carpintería.
4. Continúe su tratamiento de psiquiatría en el Hospital Diurno.
5. Reciba refuerzo en actividades vocacionales hacia el desempeño laboral.

De las características que manifiesta han contribuido en su recuperación cabe resaltar: El deseo de cambiar, hacer cosas diferentes y estar ocupado, pensar en cosas buenas. Al entrevistar a Carlos, se rescata lo siguiente:

“En aquel tiempo internado era igual que siempre dormir, lo van metiendo poco a poco digamos, estar en los pabellones ahí se muere uno, nada que hacer ahí, mejor estar afuera... Cambiar, cambiar lo mas es que uno esta haciendo otras cosas piensa diferente, si uno esta en una sola cosa no cambia.

Portarse bien, para salir adelante, tendría que tener algún motivo para poder vivir, ir pensando en lo bueno... Seguir trabajando, estar aquí igual que siempre”

Los factores que contribuyeron en su recuperación:

- Mejoró su capacidad de autocuidado siempre con supervisión
- Incremento de la conciencia de enfermedad y manejo de medicación
- Abandonó el uso y abuso de drogas
- Se fortaleció su red social y soporte comunitario

Actualmente Carlos se ha favorecido viviendo en una Residencia Privada desde hace 6 años. Mantiene vínculos con sus familiares, visitándolos durante los fines de semana. La buena adaptación a este medio le brinda estabilidad y contención, y demuestra una convivencia positiva permanente con sus compañeros. Muchas veces, en este lugar desempeña el rol de colaborador con otros usuarios que requieren de apoyo.

#### 5.4 CASO # 4 JOSÉ

José es un joven costarricense, oriundo de San Sebastián, de 34 años de edad, soltero, quien completó sus estudios primarios.

Su familia de origen está conformada por ambos padres y tres hermanos, de los cuales José es el segundo, el mayor es casado, y el menor tiene grandes problemas de consumo de drogas, y no trabaja.

Su padre, quien se caracterizó por su alcoholismo y agresividad, los abandonó cuando José tenía 22 años. Desde entonces su madre, adulta mayor, diabética, sobreviviente de cáncer de mama, y quien recibió controles en psiquiatría por depresión, vive sola en condición de pobreza.

Dentro del historial de José se anota que dado su gran tamaño, su nacimiento fue difícil y se hizo necesario el uso de fórceps. Su desarrollo psicomotor fue lento pues sufrió enuresis, en la escuela aprendió a leer y a escribir con dificultad, con pobre control de impulsos, mostrando autoagresión y mucha agresividad hacia otros niños.

A los 11 años es víctima de abuso sexual. En la misma época inician las manifestaciones de su enfermedad, tales como alucinaciones auditivas y delirios estructurados en relación con su ofensor, lo que ocasionó sus primeros controles en la consulta externa de psiquiatría. Por largo tiempo, su madre lo llevaba a las citas de psiquiatría pero no lograba que tomara la medicación, hasta que fue necesario internarlo en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Durante su adolescencia inicia el consumo de cemento, thinner y marihuana. A los 12 años, se documenta que sufrió una caída y permaneció inconsciente durante varias horas. No se describen secuelas de este evento.

José se desempeñó en construcción, aprendió a confeccionar cocinas de leña y trabajó en una imprenta, pero a partir de los veinte años enfrenta problemas para conseguir empleo. Dados "su apariencia y padecimiento", sus patrones no le pagaban o le pagaban menos de lo que le correspondía. Desde entonces José se queda en su casa ayudando a su madre en los oficios del hogar.

Según él mismo menciona, con frecuencia iba a San José a visitar a un amigo a la reforma, “Chepito”, quien tenía antecedentes de tráfico de drogas y según refiere José, antes le pagaba para tener relaciones sexuales.

En noviembre del 2004 fue autorizado el ingreso de José a los programas de Rehabilitación. El paciente se mantuvo en las Casitas, también conocidas como Estructuras Residenciales. En octubre del 2006, es trasladado al Albergue, donde ha permanecido hasta la actualidad.

#### **5.4.1 INGRESOS HOSPITALARIOS**

**Primer ingreso:** 7/8/92 al 24/8/92; estancia: 17 días.

Desde su primer ingreso, a los 17 años, es internado debido a que no duerme, es agresivo con su madre y hermano menor, se dirige a su madre con un vocabulario obsceno, golpea paredes, y es hostil con su padre. Se documenta el uso de drogas como marihuana, e inhalantes como thinner y cemento.

Al ingresar manifiesta escuchar la voz de un hombre llamado “Chepillo”, quien le dice que le debe la vida, es quien lo persigue a todas partes, amenazando a su familia y diciéndole que él (José) es un bebé y que le pida a la madre que le compre una cuna.

**Segundo ingreso:** 5/3/93 al 10/3/93; estancia: 5 días.

A la edad de 18 años, los padres de José se ven obligados a traerlo nuevamente al hospital, ya que cuenta una semana de estar muy agresivo, golpea a sus padres y a su hermano de 12 años.

Durante su estancia presenta problemas de insomnio y sale a la calle. Rápidamente se ordena su egreso y es diagnosticado con Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a consumo de drogas, y Retardo Mental.

**Tercer ingreso:** 22/11/96 al 6/12/96; estancia: 14 días.

A sus 21 años, José es internado de nuevo pues, por no seguir el tratamiento psiquiátrico durante los últimos tres meses, permanecía encerrado en el cuarto, con soliloquios, agresividad e intentando agredir a su madre y hermano.

En esta ocasión José se fugó del hospital. Cabe mencionar que en este momento el paciente contaba aproximadamente con cinco años de abstinencia de drogas.

**Cuarto ingreso:** 25/3/97 al 7/4/97; estancia: 11 días.

Se documenta abandono de la medicación, agresividad e incoherencia al hablar. Como tratamiento se le suministra Melleril, 100 mg en la mañana, y 300 mg en la noche.

**Quinto ingreso:** 4/7/00 al 26/11/00; estancia: 4 meses y 22 días.

José había abandonado de nuevo la medicación, por lo que tiene un mes de no dormir bien. Se anota en su expediente que se desnuda en el patio, habla y se ríe sólo, se encuentra muy erotizado, se ha mostrado muy agresivo, y amenaza a su familia con que los va a golpear.

El paciente se muestra suspicaz, con mirada hostil, oculta información, su discurso es incoherente, y asegura que cuando ve la televisión "la gente de la tele" habla con él.

**Sexto ingreso:** 16/11/01 al 12/12/01; estancia: 25 días.

En este internamiento José es diagnosticado con Esquizofrenia paranoide, además de que presentaba hipersensibilidad a los antipsicóticos; no obstante, se continúa el uso de Melleril.

**Sétimo ingreso:** 20/2/02 al 11/4/02; estancia: 1 mes y 20 días.

En este ingreso presenta sintomatología psicótica activa, refractaria a los antipsicóticos típicos, además de efectos secundarios a la medicación. Por su alta

sensibilidad a los antipsicóticos, en esta ocasión recibió Terapia Electroconvulsiva y se inició el protocolo con Clozapina.

**Octavo ingreso:** 3/8/04 al 29/11/04; estancia: 3 meses y 26 días.

El paciente es referido para internamiento por el Hospital Diurno. Se menciona que a pesar del tratamiento con Clozapina, se encuentra aún psicótico, con mucho efecto secundario, enuresis nocturna y sialorrea severa. Se le cambió la Clozapina por Tiotixeno.

Se acuerda con su madre el ingreso a Programas de Rehabilitación del Pabellón Tres de hombres, y se le suspende la Clozapina por falla terapéutica.

A su egreso se comporta tranquilo, cooperador y con delirios crónicos encapsulados. Se decide trasladarlo al programa de Hogares Transitorios.

**Noveno ingreso:** 8/4/05 al 6/6/05; estancia: 2 meses.

Luego de cinco meses de permanecer en las Casitas, es referido por el Hospital Diurno pues desde hace aproximadamente un mes presenta conductas agresivas en los talleres. Durante el internamiento demuestra síntomas psicóticos y delirios, por lo que se le aumentó el antipsicótico. Posteriormente se egresa hacia las Estructuras Residenciales.

**Décimo ingreso:** 11/7/05 al 14/2/06; estancia: 3 meses y 3 días.

Estando en las Casitas se descubre que el paciente consume cocaína y marihuana. Por consiguiente se coordina su internamiento con el equipo del Hospital Diurno para el manejo de su abstinencia a las drogas, para un plan conductual, el reforzamiento laboral, y el respeto a las jóvenes femeninas, ya que al parecer presentaba conductas sexuales inadecuadas.

En este internamiento se describe estable mentalmente, realiza las actividades que le asignan, no da problemas de manejo intrahospitalario, y además asiste a intervención psicoterapéutica.

Es reincorporado a las Estructuras Residenciales, las cuales en esta época cambian su nombre a “Hogares Transitorios”.

#### **5.4.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Durante su estancia en los Hogares Transitorios, José se integró satisfactoriamente a los programas de ocupación en la finca. El Terapeuta Ocupacional expresa:

“Recuerdo que trabajamos limpiando la finca, José estuvo un año. Cuando estaba bien tenía un buen roce con los compañeros; él hacía las actividades de cortar, sembrar y cosechar las frutas. Cuando lo veía mal lo apartaba del grupo, conversaba con él, le decía ‘tranquilo, vaya despacio’, le cambiaba de trabajo, lo ponía a desyerbar y a sacar basura”.

Las diferentes circunstancias que llevaron a José al deterioro e institucionalización fueron la pobreza, la violencia familiar, y el abandono de su padre. El propio paciente cuenta “tengo como cinco años que estuve ingresado, recuerdo que me hospitalizaron porque usaba drogas, tomaba pastillas, cerveza y me intoxicaba a cada rato, entonces me dejaron internado largo tiempo”.

José ha recibido psicoterapia y psicoeducación; se ha trabajado sobre la conciencia de su enfermedad y su autocuidado.

Los hallazgos de la emoción expresada ante sus experiencias sexuales de abuso por parte de “Chepillo” se consideraron como un síndrome de estrés postraumático sobre un evento ocurrido en su infancia. José constantemente se acercaba a mujeres en forma inadecuada para reafirmarse ante su temor de ser homosexual, condición que “Chepillo” reforzaba en las alucinaciones: “me molestaba y me decía ‘usted es un homosexual si no noca a esa mujer’ ”.

Sin embargo, luego de participar en los programas de psicoeducación en sexualidad José demostró una importante mejoría de tales conductas sexualizadas, e

inclusive inició una relación de pareja la cual ha establecido un vínculo afectivo estable y adecuado para el paciente.

La medicación ha sido trascendente en la mejoría y progreso de la rehabilitación de José. Aunque existieron efectos secundarios con la Clozapina que en dos ocasiones retrocedieron los procesos terapéuticos, a partir del uso de Risperidona se evidenció mejoría importante de los síntomas. El paciente cuenta con 5 meses de usar Risperidona, en una dosis de 8 mg por día, sin presentar efectos secundarios.

Durante el proceso de mejoría de José, su madre siempre se mantuvo participando de las intervenciones del equipo del Hospital Diurno. Como se detalló al inicio, dicha señora es una persona frágil, adulta mayor, poco contenedora, y de muy escasos recursos económicos. Esto dificultaba al paciente su permanencia en el ambiente familiar, y fácilmente hacía abandono de la medicación, con alto riesgo de crisis psicótica.

Ante la situación descrita anteriormente, desde hace dos años el equipo tratante de José tomó la decisión de brindar una alternativa de Residencia Privada al paciente, apoyada por el Consejo Nacional de Rehabilitación. De este modo José puede contar con un espacio apropiado para él, y tiene la oportunidad de mantener el vínculo con su madre mediante visitas programadas para los fines de semana.

En la actualidad, su mayor autonomía se ve reflejada en las actividades vocacionales: asiste a secundaria, es muy responsable, y muestra un buen desempeño, aunque se le debe dar apoyo en Inglés y Matemática. Su autocuidado es adecuado, y se muestra coherente. Aunque siempre presenta alucinaciones auditivas sobre “Chepillo”, ahora logra contener su respuesta emocional y conductual.

Se consideran necesarias las siguientes acciones para lograr la rehabilitación del paciente. Es deseable que José:

1. Asista al taller de costura en colchonería, cumpla con los horarios y el trabajo que se le asigne.
2. Continúe en control en el Hospital Diurno. Trabaje su adherencia al medicamento y su conciencia de la enfermedad.

3. Trabaje el tema de relación de pareja, y psicoeducación de sexualidad.
4. Mantenga el vínculo con su madre a través de visitas al hogar.
5. Participe en actividades formativas y productivas del INA, en el curso de preparación de pizza.

Al entrevistar a José, como factores que manifiesta han contribuido en su recuperación cabe resaltar: El ajuste farmacológico, los deseos de superación, la conciencia de enfermedad, se destaca lo siguiente:

“Es muy feo sentirse internado, muy solo. Estar internado uno no puede ver la calle... Estoy en los talleres aquí, trabajo en costura, coso a maquina, hago bordados y también a mano coso, después pegar tiras de las pijamas y remendarlas para la ropa del hospital. Ahorro dinero, tengo novia y estoy estudiando en el colegio.

Lo que mas me afectaba, es que padezco un poco de la mente... Lo que pasaba con “chepillo” era como se llamaba. El me decía que lo insulté, yo me ponía nervioso y todo eso. Ya me molesta poco, ya no le hago caso.

Las pastillas me las tomaba pero antes las dejaba para tomar cerveza y guaro pero eso ya no lo hago, tengo años de que no lo hago”.

Las intervenciones terapéuticas de tipo farmacológico fueron trascendentes. José presenta una enfermedad mental crónica que mantiene una psicosis con predominio de síntomas positivos. Su difícil manejo se debió a una pobre respuesta a los medicamentos y a los efectos adversos ante los esquemas de antipsicóticos. Cuando José alcanza una adecuada respuesta terapéutica con Risperidona, se observan mayores logros de los programas de rehabilitación.

Al alcanzar la estabilidad de los síntomas de su enfermedad, el paciente expresa su deseo de vivir con su madre, por lo cual se realizan esfuerzos para que él retome el vínculo con su progenitora mediante visitas programadas y con seguimiento de Trabajo Social.

Como recurso de rehabilitación se desarrollaron programas relacionados con el abordaje de la sexualidad, tales como Educación Sexual, Autoestima, y Habilidades de Comunicación, además de otras intervenciones individuales que permiten a José una mayor integración personal y social, favoreciendo su noviazgo con otra usuaria del Hospital Diurno.

Se rescata los factores que contribuyeron en su recuperación:

- El ajuste farmacológico mejoró su sintomatología psicótica
- Incremento de la capacidad de autocontrol
- Incremento de la conciencia de enfermedad y manejo de medicación
- Incremento de las habilidades sociales
- Incremento de la capacidad de autocuidados
- Se fortaleció su red social y soporte comunitario

También se apoya a José en su desarrollo laboral, incentivando su trabajo en costura. El paciente cose a mano y a máquina, hace bordados, le pega tiras a las pijamas y remienda ropa del hospital.

## 5.5 CASO # 5 PACO

Paco, oriundo de San Josecito de Alajuelita, costarricense, soltero y sin hijos, tiene actualmente 39 años y su educación llegó hasta el primer grado de escuela.

Su familia de origen está conformada por cuatro hermanos, de los que Paco es el tercero en orden descendente, y sus padres, quienes estaban separados.

Su padre, quien trabajó como “chequeador” de buses, era alcohólico y una persona agresora. Este vivió en unión libre con una mujer con quien procreó tres hijos más. Cuando Paco tenía 33 años, su padre se suicidó.

La madre de Paco, cardiópata y de carácter sumiso, se casó con otra persona y no quiso responsabilizarse más por Paco, pues cuando ella intentaba marcarle límites, él la agredía físicamente.

Como antecedente perinatal sobresale su parto prematuro, durante el cual sufrió hemorragia intracraneal, con secuelas de hemiplejía derecha. Paco presentó retardo en su desarrollo psicomotor, habló y caminó hasta los dos años, logró el control de esfínter anal a los 3 ½ años y de esfínter vesical hasta los 10 años.

A partir de los 4 años inició con crisis convulsivas que hicieron necesario el debido tratamiento.

Asistió al kinder y a primer grado, pero no aprendió a leer ni a escribir. Fue matriculado en una escuela de Enseñanza Especial, pero presentaba trastornos de conducta y desertó del sistema escolar.

Los severos trastornos de conducta y agresividad que presentaba en el kinder, a sus 6 años de edad, dan pie al inicio de sus consultas psiquiátricas. A esta edad es internado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, en el área Infanto Juvenil.

Durante sus internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico, siendo ya adolescente, con frecuencia era necesario sujetar a Paco a su cama para lograr tranquilizarlo y para evitar que agrediera a niños más pequeños.

Paco se violentaba ante la imposición de límites. Era constante la aplicación de medidas conductuales. Por ejemplo, la auxiliar de enfermería recuerda: “cuando se le pedía que no repitiera almuerzo porque estaba gordito, entonces lanzaba el azafate al piso y tiraba patadas. Se aislaba durante 1 1/2 horas con buenos resultados”.

Durante esta etapa de la adolescencia, se le otorgan permisos de salida para visitar su hogar. Bajo este sistema de ingresos y egresos, se mantuvo internado en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante ocho años, y cuando egresó en forma definitiva se incorporó al hogar de su padre.

No obstante, el ajuste al nuevo hogar fue difícil. Vivió con su familia en Guachipelín de Escazú, pero se mantuvo asistiendo al Hospital Diurno, participando en los talleres donde aprendió a desempeñarse en los Telares.

Con el tiempo se fueron observando conductas disruptivas que lo hacían disfuncionar en su hogar, además de que existía un soporte familiar inadecuado, con rechazo abierto por parte de su madrastra. Al fallecer su padre, Paco inicia nuevamente un ciclo de internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Durante ese lapso de internamientos pasó a Estructuras Residenciales y luego a las Residencias Privadas. Actualmente cuenta con dos meses de residir con su tía, en Barrio Los Anonos, bajo el reconocimiento del Consejo Nacional de Rehabilitación, como Familia Solidaria.

### **5.5.1 INGRESOS HOSPITALARIOS**

**Primer ingreso:** 23/6/81 11/1/89; estancia: 8 años y 6 meses.

Este primer ingreso se dio cuando Paco tenía 11 años de edad, principalmente por problemas de conducta. De las evaluaciones realizadas por Trabajo Social se reportaron problemas a nivel de vecindario, pues Paco tocaba las puertas y se introducía en los negocios para hacer daños. Además, en las construcciones les lanzaba piedras a los trabajadores; en las noches salía a deambular, no dormía ni dejaba dormir a su familia, y no se tomaba la medicación.

Las intervenciones de Psicología narran que el paciente no se integraba al grupo, se reía constantemente y no escuchaba a sus compañeros.

Con el tiempo, su desempeño fue mejorando. Comenzó a asistir al Taller de Telares, a modo de terapia ocupacional. Ahí estableció una buena comunicación con el terapeuta, quien observó que mientras Paco estaba ocupado no presentaba crisis de agresividad.

Durante esta época se le otorgan permisos de salida para que participara en los juegos nacionales.

En sus años de estancia hospitalaria, había periodos cuando el paciente no era agresivo, por lo que el equipo tratante acordó con la madre un régimen más frecuente de visitas. Por esto se otorgan permisos con duración de tres días por semana, con el objetivo de obtener una mejor valoración del funcionamiento extrahospitalario. Con el pasar de los años, las visitas fueron asignadas al padre, quien se hizo cargo del egreso de Paco.

Cuando se mantenía compensado, Paco mantenía adecuadas relaciones interpersonales, practicaba hábitos higiénicos, obedecía órdenes, laboraba regularmente en los telares, y no ocasionaba problemas. Por su impulsividad, tenía cambios de conducta; por ejemplo, en una ocasión rompió la puerta del taller de mimbres y agredió a otro compañero, pero luego se le observaba tranquilo y era cooperador a la entrevista.

Su tratamiento de base era: Carbamacepina, 400 mg dos veces al día, con Diacepán, 0.5 mg dos veces al día, y Melleril, 100 mg dos veces al día.

Al final de este internamiento se le dió permiso para visitar a familiares en Navidad y no regresó más, por lo que se cerró su expediente con la categoría de “fugado”.

**Segundo ingreso:** 21/5/2002 al 25/5/2002; estancia: 4 días.

Doce años después de su internamiento anterior, es ingresado de nuevo, a los 33 años de edad. Paco estuvo en control ambulatorio en el Hospital Diurno, donde asistía a los talleres de forma irregular.

Paco fue traído por la guardia civil porque se puso agresivo. Aparentemente, después de tomar café perdió el control y le pegó a su hermano; sacó un cuchillo y estaba dispuesto a apuñalarlo para matarlo; por eso, entre varias personas lo metieron en un cuarto y luego lo trasladaron al Hospital Nacional Psiquiátrico.

En este internamiento se documentó que su padre se había suicidado hacía un mes, pero no había mayor información sobre intervenciones relacionadas con este hecho.

Los familiares, su madre y padrastro, manifestaron no estar en capacidad de recibir al paciente y se negaron a aceptarlo, por lo que se le dio la salida a la casa mediante el sistema de traslado de pacientes a su comunidad.

**Tercer ingreso:** 27/5/2002 al 30/6/2002; estancia: 1 mes y 3 días.

Paco reingresa debido a sus conductas disruptivas, aunque sí lograba realizar su autocuidado y demostraba autonomía. Rápidamente se autorizó su ubicación en las Estructuras Residenciales, pues se declara un franco rechazo familiar.

Su tratamiento de base era Melleril, 200 mg en la noche; Biperideno, 2 mg en la mañana; Carbamacepina, 200 mg en la mañana y 400 mg en la noche, y Decanato de Flufenazina intramuscular, 3 cc cada mes.

**Cuarto ingreso:** 29/10/2003 al 25/11/2003; estancia: 27 días.

Paco se mantenía en las Estructuras Residenciales desde hace un año y cuatro meses aproximadamente, pero es internado nuevamente porque había agredido a un señor de la tercera edad y porque desde dos semanas atrás estaba presentando conductas irritables.

Trabajo Social realizaba seguimientos desde el Hospital Diurno para mantener las redes de apoyo familiar. Tales redes eran unos tíos paternos, quienes constituían el último recurso de apoyo para reubicar al paciente.

## **5.5.2 HALLAZGOS DE LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

El manejo de su adecuación farmacológica no representó mayor dificultad; tolera bien el tratamiento, utiliza el antipsicótico intramuscular con buenos resultados, mantiene estable el tratamiento de su epilepsia, y continúa con el mismo esquema farmacológico en los últimos tres años.

El trabajo principal de los programas de rehabilitación psicosocial en Paco son la modificación de sus conductas agresivas, el control de sus impulsos, y su alta

demanda de atención, situación que le causaba problemas para integrarse a su grupo familiar.

Por otro lado, Paco es un sobreviviente de violencia intrafamiliar; su familia de origen no era lo suficientemente contenedora, su red social le falló y facilitó que este muchacho fuera hospitalizado desde su infancia.

Se documenta que de 1993 a 1997, Paco estuvo asistiendo a Terapia Grupal. En sus anotaciones, el psicoterapeuta describe:

“Se trabaja en el manejo de control de impulsos, manejo de la frustración; se le reafirma para que inicie el aprendizaje de lectoescritura; se insiste en su puntualidad a los grupos de psicoterapia”.

En todo momento se observa la posibilidad de ubicar a Paco en un hogar, bajo un ambiente estructurado, que le brinde contención. Él logra no dar problemas de manejo y su epilepsia siempre se mantuvo estabilizada con el tratamiento.

Gracias a los esfuerzos del equipo del Hospital Diurno, enfocados en la ubicación con sus familiares, del 2003 al 2005 se coordinó su reubicación con una tía paterna, pero dadas las continuas descompensaciones y la agresividad del paciente, este generó temor, renuencia y rechazo. Como medidas de apoyo a esta familia, se ingresaba a las Estructuras Residenciales por cortos periodos, con el fin de contener y evitar un nuevo internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La auxiliar de enfermería recuerda su trabajo en las Estructuras Residenciales:

“Para trabajar con Paco era importante el manejo de límites. No le dábamos importancia cuando salía corriendo, se enojaba, porque tenía que ser el primero en coger la lavadora... entonces tenía que respetar los horarios, lo bueno era que nos respetaba, nosotros lo apoyábamos cuando él respetaba los horarios y otros no lo hacían... ¡claro! esto es trabajo de mucho tiempo, que no se logra en algunos meses; ser constante, empezar con un trabajo y darle seguimiento hasta que se pueda pasar al siguiente trabajo. Si observábamos que se devolvía, también debíamos devolvernos. Una de las cosas que más quería era estar en la soda, esto ayudó a que Paco mejorara las agresividades. En alguna ocasión fue necesario sacarlo por los problemas de conducta, porque le decíamos ‘si querés estar ahí, pues tenés que ganártelo’”.

En los procesos de Terapia ocupacional, Paco se ha desempeñado en varios talleres, como el de cuero y el de piñatas, pero por iniciativa propia se ha mantenido trabajando en la confección de telares, oficio que aprendió desde su adolescencia. En la entrevista, Paco habla sobre su ocupación actual:

“Estar aquí me ha parecido de lo más bien, me gusta trabajar en la soda, en el taller hago tapetes durante la tarde. En la casa hago bufandas, gorritos, pulseras; yo recibo dinero por el trabajo de la soda y vendo las bufandas y todo eso”.

Su alta funcionalidad le facilitó ser integrado en una ocupación laboral: trabaja en la pulpería para pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico. Desde el punto de vista terapéutico, esto no solo beneficia a Paco en el hecho de que recibe remuneración, sino que su trabajo se utilizó como medida conductual; por ejemplo, si realizaba conductas agresivas se le suspendía de su trabajo, lo cual reforzaba la importancia del manejo de su impulsividad. En su relato, Paco manifiesta:

“Cuando vivía con mis padres, me dejaban encerrado, en calzoncillos, en una casa vieja en construcción, por eso entonces cogía las calles, pero ahora me siento mejor, porque ahora puedo viajar solo, trabajo, llego a la casa temprano...”.

También comenta cómo ha introyectado la importancia de controlar sus impulsos y agresividad:

“A veces le da la chiripiorca de enojarme y gritar, porque un paciente del pabellón me pidió el encendedor, pero solo le di fuego y me dijo ‘ni que yo le fuera a quitar el encendedor’, esto me hizo enojar, pero decidí irme al Hospital Diurno y así se me pasó, mejor así”.

Las intervenciones en psicología han ayudado a Paco en la expresión de emociones, estrategias de afrontamiento, control del enojo, comunicación asertiva y tipos de conducta social.

Se anota que su padre se suicidó en el 2002, Paco lo encontró colgado del cuello con un cable eléctrico que pendía del techo. Luego, su madre falleció en febrero del 2006. Esto se documenta en el expediente clínico y se hicieron

anotaciones de las intervenciones individuales de Paco durante los años 2006, 2007 y 2008. Algunas de estas son:

“hablamos nuevamente con respecto al padre y los recuerdos de su infancia. Tiene una imagen negativa del padre y una madre idealizada. Guarda aún culpa con respecto a la muerte del padre. Se le intenta desculpabilizar, logra llorar, se le contiene y se le insta a expresar sus sentimientos de tristeza”.

Ahora Paco mantiene buenas relaciones a nivel social, ha logrado incorporar su autocuidado, cuando siente que ya va a explotar, busca ayuda, acude a las oficinas del Hospital Diurno cuando está muy enojado. Como explica el Terapeuta Ocupacional:

“Lo bueno de él es que busca ayuda, confía mucho en el personal del hospital, quienes se han modelado como su familia, le brindamos ese espacio que necesita para manejar su enojo de la forma más adecuada”.

A partir del 2008 se coordinó la posibilidad de que Paco cambiara de ubicación, y pasó de la Residencia Privada a vivir con su tía paterna, con el apoyo del Consejo Nacional de Rehabilitación. Hasta la fecha el paciente ha gozado de buena aceptación.

Al entrevistar a Paco, como factores que manifiesta han contribuido en su recuperación cabe resaltar: El deseo de superación, la conciencia de enfermedad, la ocupación en un trabajo, se cita lo siguiente:

“La diferencia es de todo, vivir en la casa de mi tía es más bonito que en el hospital, porque no se parece al hospital, uno sale a algún lado a pasear, se divierte los sábados y domingos, tal como yo que voy los viernes a Guachipelín y regreso los domingos en la tarde donde mi tía y le llevo pan”.

En la casa hago bufandas, gorritos, pulseras. Los tapetes los hago desde que estaba internado chiquitico, un terapeuta me enseñó a hacer tapetes...

Ahora me siento mejor porque ahora se viajar solo, trabajar y así, llegar a la casa temprano. He mejorado bastante, a veces me da la chiripiorca de enojarme pelear y gritar pero busco ayuda y así ya me he logrado controlar.”

Se consideran necesarias las siguientes acciones para lograr la rehabilitación del paciente. Es deseable que Paco:

1. Reciba atención en Trabajo Social para intervención y seguimiento familiar.
2. Trabaje los temas de habilidades sociales, demanda de atención, control de impulsos, manejo del enojo y ansiedad, y afrontamiento de conflictos interpersonales.
3. Reciba orientación ocupacional para gestionar el uso de telares en microempresa.
4. Reciba apoyo laboral para que inicie una vida independiente.
5. Reciba apoyo en independencia de hogar unipersonal.

El trastorno mental y del comportamiento secundario a la disfunción o lesión cerebral, y la hemiplejía derecha de Paco le causaron trastornos de conducta agresiva; sin embargo, esto no era suficiente para justificar la cronificación o, más bien, no era suficiente para justificar una institucionalización.

El proceso que se documenta con este paciente ante las escasas redes sociales de contención fueron mediadas por los programas del Hospital Nacional Psiquiátrico en las Estructuras Residenciales. Luego, con la coordinación del Consejo Nacional de Rehabilitación, se le ubicó de forma extrahospitalaria en las Residencias Privadas como estructuras intermedias a sus redes familiares, hasta que se alcanzara el fortalecimiento del vínculo con su tía paterna.

La manifestación de su enfermedad que Paco ha logrado—no eliminar, pero sí—afrontar mejor es su ansiedad en el manejo del conflicto interpersonal: por lo general, cuando él siente que alguien le es amenazante o le contesta de manera indeseada, esto le hace enojar, se torna muy ansioso, y se manifiesta autodefensivo. Él describe sus sentimientos cuando una sensación de angustia lo invade: “no sé lo que me pasa, pero tengo ganas de pegarle a alguien”. Es en este momento cuando Paco busca

ayuda, se dirige al Hospital Diurno para buscar contención, evitando así las crisis de agresividad.

En la actualidad Paco es una persona independiente en vida diaria básica y vida diaria instrumental; utiliza el transporte público, maneja el recurso comunitario, sabe hablar por teléfono, y posee un celular. A pesar de haber estado hospitalizado durante un periodo tan prolongado, el contacto que mantuvo con el exterior le ha permitido tener acercamiento con los recursos comunitarios. La mudanza a la casa de su tía fue primordial para el desarrollo de su vida independiente.

Paco tiene adecuada conciencia de su enfermedad, y su adherencia al tratamiento ha mejorado indiscutiblemente. Cuenta con el recurso familiar que aún le queda y, como factor positivo, se encuentra en un ambiente amigable en su comunidad natural.

Paco continuamente manifiesta sus deseos por casarse y formar una familia, su anhelo de tener una novia que lo respete y que esté dispuesta a una relación seria. Ha logrado establecer relaciones de pareja con usuarias del Hospital Diurno, pero estos no han sido vínculos estables.

El paciente posee una limitación intelectual poco palpable, él puede desempeñarse con un retardo mental leve, con una alta capacidad para realizar actividades complejas y aprender cosas nuevas.

Se rescata los factores que contribuyeron en su recuperación:

- Alcanzó una adecuada capacidad de autocontrol
- Incremento de la conciencia de enfermedad y manejo de medicación
- Incremento de las habilidades sociales
- Se fortaleció su red social y soporte comunitario, recuperando el vínculo familiar

Como ya se mencionó, trabaja en la soda del Hospital Nacional Psiquiátrico, donde se desempeña perfectamente y donde ha aprendido a valerse por sí mismo. Para su egreso definitivo es necesaria la permanencia de su red comunal, la cual le brinde trabajo remunerado y una adecuada contención.

## **5.6. EQUIPOS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL, EL ROL DEL PERSONAL DE SALUD MENTAL EN LA RECUPERACION DEL ENFERMO MENTAL GRAVE**

Los profesionales en salud mental que trabajan los programas de rehabilitación en el Hospital Nacional Psiquiátrico, coinciden que para brindar la atención integral, se trata de una tarea que demanda alto nivel de madurez, formación y sensibilidad; variables como la personalidad y la experiencia son tan importantes como la cualificación profesional. De las entrevistas realizadas a personas que integran los equipos de rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico y que además formaron parte de las intervenciones que llevaron a la evolución satisfactoria de los cinco casos en estudio. Se rescatan los siguientes características:

### **ROL DEL PSIQUIATRA EN REHABILITACION**

- Creer que todos aprenden y pueden cambiar.
- Determinar el problema y trabajar en equipo.
- Poseedor de características como: tolerancia, paciencia, respetuoso.
- Tratar al paciente en forma integral (familiar, social)
- Respeto a la alianza terapéutica.
- Flexibilidad para asumir el liderazgo.

### **ROL DE LA PSICOLOGÍA CLINICA EN REHABILITACION**

- Flexibilidad de funciones.
- Compromiso de trabajo en equipo.
- Involucrarse en el proceso del usuario.
- Ver la realidad del paciente a través del equipo interdisciplinario, ya que permite un abordaje más integral.
- Amar el trabajo que realiza.
- Pensar en como le afecta a la persona su enfermedad para implementas soluciones específicas.
- El trabajo transdisciplinario en función de un objetivo común.

## **ROL DEL ENFERMERO(A) Y EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

- Mucho compromiso
- Trabajar a conciencia.
- Seguir los objetivos establecidos por las jefaturas.
- Que le guste la rehabilitación.
- Capacitación continua.
- No perder la calidad humana.
- Escuchar con paciencia.
- Creer en ellos, como personas que pueden salir adelante.
- Que las personas tengan interés de trabajar en rehabilitación.
- Involucrarse activamente y directamente con el paciente.

## **ROL DEL TERAPISTA EN REHABILITACION**

- Estar pendiente de ellos.
- Hablarles con un buen trato.
- Informar al medico en caso necesario.
- Tener mucho carisma.
- Capacitación en la intervención terapéutica.
- Trabajo en equipo basados en objetivos.
- Dar una atención de calidad en grupos pequeños.

## **ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA REHABILITACION**

- Unificación de criterios.
- Creer en la rehabilitación y comprometerse.
- Fomentar la comunicación.
- Trabajar la atención a la familia.
- Abordaje de familia y caracterización
- Ser mediador entre la familia y los médicos.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1. CONCLUSIONES

Según la información que aportó los expedientes, el criterio de los profesionales y la opinión de los usuarios se concluye:

- La utilización racional de los psicofármacos, es de gran importancia en los procesos de rehabilitación, es necesario llevar a cabo el seguimiento debido de la evolución de la enfermedad, la respuesta previa a los psicofármacos. Resultan trascendentes en la evolución satisfactoria de la rehabilitación psicosocial, cuando se elige una medicación, revalorar la historia longitudinal del individuo las veces que sean necesarias para la integración de la experiencia empírica con la teoría. En tres de los casos, llegar a la adecuada respuesta terapéutica resultó complejo y varias propuestas de esquemas terapéuticos para lograr la estabilización de sus síntomas.
- En todos los casos fue fundamental asociar la medicación a un proceso psicoterapéutico. Se integró la realidad biológica y el contexto sociocultural, de cada individuo. Las intervenciones tanto individuales como grupales apoyan los programas de Rehabilitación Psicosocial.
- Los planes individuales en rehabilitación deben incluir los objetivos de los pacientes; los indicadores utilizados basados en resultados tradicionales como remisión sintomática prevención de recaídas o rehospitalizaciones, cumplimiento del tratamiento, etc., son sin duda relevantes pero en el trabajo de Rehabilitación Psicosocial debe trascender con los objetivos vitales, de contexto familiar y comunal en las personas afectadas, por ejemplo: independencia, autocuidado, empleo, la conciencia de su enfermedad, su adecuada adherencia al tratamiento, relaciones interpersonales satisfactorias y calidad de vida, estas variables representaron particularidades en el éxito de las intervenciones.

- En todos los casos del estudio, la rehabilitación psicosocial, fue fundamentales el manejo y la asistencia a largo plazo de los síntomas de la enfermedad y de todo el rango de sus secuelas en un esfuerzo continuo, flexible, adaptado a las necesidades individuales de cada persona en cada momento vital. Por lo tanto, requirió del esfuerzo continuo y dinámico de la red de salud mental, y de diversos recursos comunales intermedias, como las Residencias Privadas, actuando de una forma coordinada.
- Es importante reconocer que la familia del paciente es ante todo parte de la comunidad y el equipo de rehabilitación, son quienes escogen las estrategias para tratar con la familia, desde la negación hasta la búsqueda de el objetivo de la terapia restableciendo una comunicación clara. En todos los casos en estudio se vio reflejado las intervenciones de familia en los expedientes de salud con el aporte de Trabajo Social, existe una tendencia cada vez mas enfocada hacia la rehabilitación de los vínculos familiares.
- El proceso rehabilitador no acaba al egreso del Hospital Diurno, sino mas bien, se traslada la responsabilidad del seguimiento del caso a un equipo local que puede ser un EBAIS, cuales quiera que sea el contexto social preparado para contener, sin embargo aún no se ha capacitado a los equipos en la comunidad, quedando un debilitamiento de las redes de apoyo para la continuidad de las metas alcanzadas y por consiguiente el riesgo de recaídas y/o rehospitalizaciones.
- Trabajar, o tener alguna ocupación, tener pareja y familia, era tan crucial para los usuarios como para cualquier persona; resalta especialmente el salir de casa y encontrarse con otras personas, sentirse útil y ser reconocidos por ello, era también considerado algo importante para todos los casos de este estudio, los motivaba a continuar sus esfuerzos de participar en los programas de Rehabilitación del Hospital Diurno.

- A pesar de la importancia que tiene el trabajo en la vida de los individuos rehabilitados. Los servicios vocacionales con los que cuenta el Hospital Diurno en la rehabilitación pueden tomar la forma de empleo transitorio como modelo de negocios que el consumidor maneja. Sobre la necesidad de Rehabilitación Laboral con enfoque en la comunidad en la enfermedad mental, la respuesta todavía esta incipiente.
- En tres de los casos de estudio se asoció el consumo de drogas como patología dual, es una realidad cotidiana que hoy día merece una mayor atención y en algunos caso un cambio de actitud por parte de los profesionales de la salud mental. En estos usuarios, el abordaje terapéutico, requirió una intervención individual con el manejo de sus propias características de abstinencia a las drogas, lo que abrió la puerta a los procesos de rehabilitación psicosocial.
- Todos los participantes del estudio se incorporaron a las Estructuras Residenciales, en muchos casos sin una inducción previa, cuyo resultado a lo largo del tiempo brindó los recursos necesarios como un modelaje de un hogar que por distintas circunstancias necesitaron alojamiento, manutención, entrenamiento en las actividades de la vida diaria y en habilidades sociales. Trascendió ser un espacio de convivencia e integración, centrado en la adquisición de todo lo necesario para llevar una vida independiente y en ocasiones, un lugar de tránsito del hospital a la vivienda ya sea a una Residencia Privada en la comunidad y/o familiar.
- Las Residencias Privadas son lugares de acogida, aparte de dar cobertura a las necesidades básicas de alojamiento y manutención, se potencia un entorno lo más familiar y normalizado posible. En los cinco casos en estudio fueron trasladados a estas Residencias Privadas. Los Trabajadores Sociales brindaron el seguimiento los cuales enriquecieron la información que se documenta en los expedientes de salud acerca del funcionamiento de los usuarios en las Residencias Privadas. Uno de los

usuarios en estudio, hasta hace poco, alcanzó su reubicación donde un familiar que lo recibió después de seis años de permanecer en los programas de rehabilitación.

- Tener habilidades como equipo en Rehabilitación Psicosocial es crear sinergia para trabajar a favor de las metas para cada usuario, de modo que los procesos se fortalecen a largo plazo mediante las directrices colectivas. De los profesionales que fueron entrevistados señalaron que las personas que laboran en esta área de la psiquiatría y que desee trascender en las pautas profesionales de la rehabilitación, son necesarias las siguientes características: **El optimismo y la esperanza** que los cambios deseables son posibles. Los principios aprendizaje humano deben interrelacionarse con las necesidades de cada usuario. **La creencia** que la motivación para el cambio puede provenir tanto de los logros de la rehabilitación como programa y su medio natural como del propio paciente. **La confianza** que se logra a partir de un largo proceso de resultados positivos y constantes a partir de intereses y consecuciones del propio usuario, incluyendo tratamiento farmacológico y apoyo familiar, incluso las pequeñas mejoras pueden llegar a cambios funcionales tan significativos que eleven la calidad de vida paciente.
- Las relaciones que establecen los usuarios con el personal que trabaja en Rehabilitación son la **confianza** y la **cooperación**, estas características parecen ser de gran valor. Se consideró ventajoso cuando se estableció una alianza terapéutica y personas de apoyo a las que el usuario podía acudir a lo largo del tiempo. La mayoría de los profesionales en salud mental entrevistados, hablaron de la importancia de brindarle ayuda en el momento en que los usuarios la necesitaban y de la manera en que la necesitaban. Era significativo ofrecer el apoyo de quien el usuario solicitara, a partir de ahí dar continuidad al proceso rehabilitador visto como un modelaje.

## 6.2.RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se considera necesario para contribuir con los factores que median la evolución satisfactoria en la Rehabilitación Psicosocial los siguientes elementos:

1. Potenciar y desarrollar la organización institucional, aumentando el personal en rehabilitación que además de ser capacitado en rehabilitación, contenga el perfil y su afinidad en la propuesta rehabilitadora del enfermo mental crónico.
2. Que se permita de forma flexible y dinámica la promoción continua de formación de los profesionales en Rehabilitación Psicosocial, que además desarrollen habilidades como equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios que contengan elementos de **calidades como el optimismo, esperanza, creencia y confianza**.
3. Apoyar y potenciar a la familia, en los equipos de Rehabilitación Psicosocial, es de vital importancia la participación de la familia que además de exigirles se le debe dar. Hacer que la familia sea parte del equipo de trabajo, para que aprendan elementos de rehabilitación y contribuya con las actividades y programas, pero que además se les brinde alternativas de solución reales con soporte a los pacientes que viven en su medio familiar y programas que refuercen las capacidades de apoyo de las familias.
4. Fortalecer el presupuesto para los recursos materiales de los programas de rehabilitación psicosocial, modernizando los talleres del Hospital Diurno, fortaleciendo los enlaces de instituciones como el ministerio de educación y el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Concejo Nacional de Rehabilitación.

5. Desarrollar un medio sistematizado para la recolección de la información que despliegan de los procesos de rehabilitación psicosocial, el trabajo de campo que realizan las diferentes disciplinas es tan enriquecedor como los alcances de los resultados.
  
6. Promover y apoyar el interés de los usuarios en alcanzar su máximo potencial hacia la rehabilitación laboral mediante puesta en práctica de la Rehabilitación laboral. Una vez comprendido que el trabajo como un elemento de gran valor social, eje de la vida de las personas, supone un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo mental crónico en individuo perteneciente a un grupo, el trabajo genera conducta que identifican al sujeto como integrante de esa sociedad y lo distingue, en muchos casos, del que está marginado.

## **CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA**

## 7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alexander F y Selesnick S. (1966). *Historia de la psiquiatría*. Espaxs, Barcelona.
- Asamblea Legislativa. Ley 7600 o Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en Costa Rica San José. Fundación Rehabilitación y Desarrollo. 1996.
- Bennett, DA, Walts FN. (1990). *Rehabilitación Psiquiatrica. Teoría y Práctica*. México.
- Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW. Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophr Bull* 1999; 25(2):257-74.
- Bertheau, Garita, Pal y Salas. Análisis de la Población de Pacientes de Larga Estancia del Hospital Nacional Psiquiátrico. Unidad de Investigación. HNP, Costa Rica. 1996
- Bobes J, González MP, Saiz PA. Calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos en Saiz J. *Esquizofrenia, enfermedad del cerebro y reto social*. Masson. Barcelona.1999.
- Canales, G. y Sandoval C. (2007). Análisis de una experiencia de convivencia comunitaria alternativa a la institucionalización psiquiátrica: caracterización del desempeño psicosocial de un grupo de personas con problemas de salud mental que viven bajo el modelo de Residencias Privadas. HNP, Costa Rica.
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. IMSERSO, Madrid, 1980.
- Cohen M, Anthony, Farkas M and Gagne C. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston. Center for Pychiatric Rehabilitation 2002.
- Cohen, Hugo y Natella, Graciela. *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Rio Negro*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2005.
- Davenport, Sarah. Ensuring the community cares: assessment and evaluation of social care needs in long- term mental illness. 2006 12: 45-53.
- Desviat, Manuel. (1994) . *La Reforma Psiquiatrica*, Madrid: DOR, SL.

- DeQuardo J, Tandon R. (1998). Do atypical antipsychotic medications favorably alter the long-term course of schizophrenia? *Journal of Psychiatric Research*.
- Documento de posición conjunta OMS, OIT, UNESCO. Rehabilitación Basada en la Comunidad, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- Elizondo, C, Casasola R, y otros (2001). Plan de Rehabilitación para los usuarios (as) de larga estancia Hospital Nacional Psiquiátrico. Documento de uso institucional. San José Comité de Rehabilitación HNP.
- Fernández, Jaime; Reyes, M; Ramal, J. (1997). La Rehabilitación Psicosocial en Hospitales psiquiátricos. Ediciones Pirámide. Madrid, España.
- Frey W. (1984). Functional assessment in the 80s: a conceptual enigma, a technical challenge. *Functional assessment in rehabilitations*. A. Halpern and M. Fuhrer. New York; Brooke publishing.
- Gallegos, A y Montero, F. Issue in Community- Based Rehabilitation for Persons with Mental Illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28(3) 1999.
- Gisbert, Cristina. El reto de la rehabilitación en el hospital psiquiátrico. Número 171, 2003.
- Guisbert, Cristina. (2002). *Rev Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo, situación actual y recomendaciones. Cuaderno Técnico 6.*
- Gelder, M y López J. (2004). *Tratado de Psiquiatría. Tomo I Grupo Cantabria en discapacidades (GCD). Desarrollo de estrategias e instrumentos para la clasificación y evaluación de discapacidades: un proyecto multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud. Mapfre Medicina. 2000; 11: 48-63.*
- Halgin, R y Krauss, W, (2004). *Psicología de la anormalidad: Perspectiva clínica sobre desórdenes psicológicos. 4º edición Ed México. Mc Graw Hill.*
- Jacobson, N y Greenley D. A conceptual Model of Recovery. *American Psychiatric Association. Psychiatric Serv 52:688, may 2001.*
- Jones, E. "War and the Practice of Psychotherapy: The UK Experience 1939-1960". *Medical History. 2004; 48(4): 493-510.*

- Kane J, Honigfield G, Cantor J, et al. (1988). Clozapina para la esquizofrenia resistente al tratamiento, una comparación doble ciego con clorpromazina.
- Lauber C, Eichenberger A, et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003; 18:285.
- López Gómez, Desiderio. (2001). Abordaje del enfermo mental severo desde una unidad de rehabilitación. Hospital de Salamanca.
- Marit Borg. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, volume 8, issue 3, 2005
- Marconi, Juan. La psiquiatría en el cambio de siglo: psiquiatría social. *Rev. Chilena Neuropsiquiatría*. v. 39 n.1 Santiago enero 2001.
- Massel HK, Liberman RP, Mintz J, Jacobs HE, Rush TV, Giannini CA, Zarate R. Evaluating the capacity to work of the mentally ill. *Psychiatry*. 1990; 53: 31-43.
- Mitchell, Alex. *Advances in Psychiatric Treatment* (2007), vol 13, 423-434
- Mueser K, Bellack AS, Blanchard JJ. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J Consulting Clinical Psychology* 1992;60:845-856.
- Naciones Unidas (1991). La protección de las personas con enfermedades mentales y la mejora de la atención de la salud mental. Resolución A/RES/46.119.de la Asamblea General. Ginebra.
- Navarro, D. (2007). Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial. *Avances en Salud Mental Relacional*. Vol. 6, núm. 3
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). IMSERSO. Madrid, 2002. p. 11.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación actual de la salud mental en Costa Rica / Ministerio de Salud. -- San José, C.R.: OPS, 2004. 35 p.; 28 cm. -- (Serie Análisis de Situación de Salud; no. 10).
- Peinadés, R. (2004). Rehabilitación Neuropsicológica en paciente esquizofrénico. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*;31(1):42-45
- Postel, J y Quetel, C. (1997). Historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura económica.

- Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos Mentales Crónicos. Ediciones Piramide S.A.
- Rodriguez, M. (1991). Reseña Historica del Hospital Nacional Psiquiatrico "Manuel Antonio Chapui y Torres".
- Robert Satake (1998) Investigación con el estudio de casos, ediciones Morata, Madrid.
- Roldán Jiménez, Rodrigo (2007). Hospital Chacón Paut llega a 55 años llevando salud mental. Archivo de noticias, Caja Costarricense de Seguro Social. 19 de noviembre.
- Sanchez y Garrido. Revista de Psicología Social, Volume 18, Number 1, 1 January 2003 , pp. 17-33(17).
- Saraceno B.; Montero F. (1993). La rehabilitación entre modelos y práctica. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Asociación española de Neuropsiquiatría. Coordinador: Víctor Aparicio Basaure.
- Strachan AM. Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: toward protection and coping. Schizophr Bull 1986;12678-98
- Topor, Alain. (2002). Boletín Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial. Volumen 14 (3).
- Verdugo, M. Martin, M. Autodeterminación y Calidad de Vida en Salud Mental: Dos Conceptos Emergentes. Pub. Salud Mental. Vol 25, No 4, Agosto 2002.
- Verdugo, M y López D. Rehabilitación en Salud Mental. Situación y Perspectiva. Ed Amarú. España. Primera edición, setiembre 2002
- Weeghel, Jaap Van y Kroon, Han. Perfilando la investigación en rehabilitación psiquiátrica: percepciones de los investigadores ("stakeholders"). Eur. J. Psychiat. Ed español. 2004.

## **CAPÍTULO VIII: ANEXOS**

## FORMATO DE LAS ENTREVISTAS AL PERSONAL DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_

Usuario sujeto a estudio: Caso # \_\_\_\_\_

- 1) ¿Cuáles eran las áreas funcionales más afectadas que lo llevaron a cronificarse?
- 2) ¿Cuáles manifestaciones de la enfermedad fue necesario dedicarle más tiempo?
- 3) ¿Cuál fue la participación de la familia de este usuario (a) en el proceso de rehabilitación?
- 4) En cuanto a la participación activa de la persona, ¿cuáles fueron aquellos aspectos que obstaculizaron su propio proceso de rehabilitación?
- 5) En cuanto a la participación activa de la persona, ¿cuáles fueron aquellos aspectos que facilitaron su propio proceso de rehabilitación?
- 6) De las intervenciones realizadas, ¿cuáles considera las limitaciones que se dieron en el proceso?
- 7) ¿Cuáles recomendaciones daría usted ?En cuanto a la competencia, las destrezas y el rol que debe tener su disciplina dentro de los equipos de rehabilitación psicosocial,

## FORMATO DE LAS ENTREVISTAS AL SUJETO DE ESTUDIO

Usuario sujeto a estudio: Caso # \_\_\_\_\_

- 1) ¿Qué sabe usted de su enfermedad, qué recuerda de sus internamientos?
- 2) ¿Qué significa para usted mejoría, estar bien?
- 3) ¿Cuáles manifestaciones de la enfermedad le afectaron en su vida diaria?
- 4) ¿Cuál fue la participación de la familia de este usuario (a)?
- 5) ¿Quiénes considera usted de importancia en el apoyo para su recuperación, quienes influyeron en usted para alcanzar su mejoría?
- 6) ¿Cuáles fueron aquellos aspectos que facilitaron su propio proceso de rehabilitación, de qué forma mejoró?
- 7) En cuanto a la participación de su recuperación, ¿cuáles fueron aquellos aspectos que dificultaron su propio proceso de rehabilitación?

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE ESTUDIO

**Caso # 1 "NURIA"**

Femenina 51 años, vecina de Pavas

Reside con Familia Solidaria

Cuenta con # 5 ingresos en HNP

Seguimiento en Hospital Diurno

Diagnóstico: Trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión cerebral, Retardo mental leve

**Caso # 2 "RITA"**

Masculino 46 años, vecino de Pavas

Reside en Residencia Privada

Cuenta con #15 ingresos en HNP

Seguimiento en Hospital Diurno

Diagnóstico: Esquizofrenia crónica indiferenciada

**Caso # 3 "CARLOS"**

Femenina años, vecina de Pavas

Reside Residencia Privada

Cuenta con #10 ingresos en HNP

Seguimiento en Hospital Diurno

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide

**Caso # 4 "JOSÉ"**

Masculino 34 años, vecino de Pavas

Reside en Residencia Privada

Cuenta con #10 ingresos en HNP

Seguimiento en Hospital Diurno

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide

**Caso # 5 "PACO"**

Masculino 37 años, vecina de Pavas

Reside con su tía

Cuenta con #5 ingresos en HNP

Seguimiento en Hospital Diurno

Diagnóstico: Trastorno afectivo orgánico, Epilepsia, Retardo mental leve, Hemiplejia derecha

## **Fórmula de Consentimiento Informado**

(Para ser sujeto de investigación en proyecto de tesis)

### **Artículo I.**

**“Rehabilitación Psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en usuarios (as) que tienen seguimiento en la consulta externa del Hospital Diurno.”**

Artículo II. Número de proyecto: Caso # \_\_\_\_\_

Nombre de la Investigadora: Dinnia Ramírez Orias

Nombre de la Tutora: Dra. Lilia Uribe

Nombre del participante: Usuarios (as) con enfermedad mental crónica que tienen seguimiento en consulta externa de Hospital Diurno

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El presente estudio será realizado por la Dra. Dinnia Ramírez Orias, residente de psiquiatría de tercer año, para optar por la especialidad médica en psiquiatría. El estudio cuenta con el aval del Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) del Hospital Nacional Psiquiátrico. Se planea estudiar desde un enfoque cualitativo, los factores que mediaron en la evolución satisfactoria de los usuarios (as) que participan de las intervenciones en el proceso de Rehabilitación psicosocial y que tienen seguimiento en el Hospital Diurno.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:**

1. Si acepto participar como paciente; se me realizará una entrevista en la que se conversará sobre aspectos relacionados con su vivencia desde que inició su enfermedad, los internamientos y la mejoría de su estado de salud, sobre cómo fue viviendo y llegando a lo que hoy día ha logrado. La información obtenida quedará registrada en grabadora de audio y en la bitácora que estará tomando el observador.

2. Estos datos serán publicados en la investigación de tesis de postgrado “Rehabilitación Psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en usuarios que tienen seguimiento en la consulta externa del Hospital Diurno”.

**C. RIESGOS:** no se espera que del presente estudio se derive algún riesgo para los participantes. No existe ningún tipo de riesgo físico, psicológico, ni para su reputación, condición legal o de cualquier otro tipo de relación a su participación. Pero en caso de que alguno de los participantes se descompensase inmediatamente sería referido al Servicio de Urgencias del Hospital Nacional Psiquiátrico.

**D. BENEFICIOS:** del presente estudio los datos obtenidos podrán dar una noción sobre la experiencia de vida de los usuarios que se han recuperado y rehabilitado con los programas del rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico y que tienen continuidad de su rehabilitación en el Hospital Diurno.

**E. Privacidad:** Se asegura la confidencialidad de la información obtenida por parte de los participantes, los nombres de los participantes en ningún momento del estudio serían revelados. Las grabaciones de audio, así como los datos recabados en las bitácoras serán de uso exclusivo para los investigadores y colaboradores.

**El análisis de la información obtenida será publicado como parte del estudio, para realizar alguna acotación personal de alguno de los participantes, se dará de manera anónima nombrada como número de caso.**

- F.** Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado sobre la investigación con la Dra. Dinnia Ramírez Orias, quien responderá satisfactoriamente a todas sus preguntas, en caso que tuviesen la inquietud de mayor información pueden contactarme dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico al 22322155. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) del Hospital Nacional Psiquiátrico, teléfonos 2232-2155, de lunes a viernes de 7 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con el Máster Gerardo Casas, Coordinador de dicho comité.
- G.** Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- H.** Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo el derecho de negarme a participar o a discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión me afecte a nivel personal.
- I.** No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto	fecha
-----------------------------------	-------

---

Nombre, cédula y firma del testigo	fecha
------------------------------------	-------

---

Dra. Dinnia Ramírez Orías,      cédula 6 0276 0963	fecha
--	-------

Investigadora que solicita el consentimiento

**Nota:** vale aclarar que al momento de la firma del presente consentimiento por parte de los y las participantes, ninguno (a) de las y los sujetos se encontraba atravesando una crisis que pudiese obstaculizar sus capacidades cognitivas, volitivas y judicativas. Dicho aspecto se aclara en función de la duda que podría generar la capacidad de las personas con enfermedad mental crónica para decidir voluntariamente sobre su participación.