



# Desinstitucionalización



**Dra. Carolina Montoya Brenes**  
Licenciada en Medicina  
y Cirugía Especialista en  
Psiquiatría  
Jefe del Servicio de  
Rehabilitación  
Hospital Nacional  
Psiquiátrico

La desinstitucionalización psiquiátrica es el proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren una enfermedad mental confinadas en hospitales psiquiátricos (manicomios) a darles una atención digna e integrada en la sociedad en un ambiente familiar.

Las personas con trastornos mentales han sufrido una larga historia de marginación, producto, de las explicaciones causales históricas atribuidas a la misma (de tipo mágico, religioso, demoníaco), al temor y al estigma, entre otros. Por muchos años el modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con trastornos mentales, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Dicho modelo de atención “aisla al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, crea condiciones desfavorables que ponen en peligro sus derechos humanos y civiles,

dispone de la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, entre otros”. (OPS/OMS, 1990).

El proceso de desinstitucionalización de personas con trastornos mentales inició con el cambio de paradigma sobre la salud mental que se presentó durante la segunda mitad del siglo XX. El auge de la psicofarmacología, de las corrientes sociales dentro de la psiquiatría y la influencia de los cambios sociopolíticos que se estaban sucediendo, relacionados en gran medida con las instituciones, trajeron consigo una visión reformadora de la psiquiatría tradicional.

Las anteriores consideraciones, entre otras, motivaron el surgimiento en Europa y Estados Unidos, en los 60 y 70, de un conjunto de tendencias reformadoras, que coincidían en la necesidad de cambiar un sistema basado en el hospital psiquiátrico, por uno con énfasis en servicios más comunitarios. Este movimiento fue llamado “desinstitucionalización”. En América Latina, la Declaración de Caracas en 1990 constituyó un hito importante en la acogida de estas reformas y promovió varias iniciativas a lo largo del continente.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978, llevada a cabo en Alma



Ata (WHO, 1978), quedó expresa la necesidad urgente de promover la salud, enfatizando que ésta no es sólo ausencia de enfermedad, sino que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Además, instó a promover la Atención Primaria en Salud (APS), basada en métodos empíricamente fundados y socialmente aceptables, ya que es la primera asistencia sanitaria que debería estar al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, en consonancia con lo promulgado por los movimientos de reforma psiquiátrica. La Declaración de Caracas, Venezuela, 1990, reconoció que la atención psiquiátrica convencional no es compatible con los modelos comunitarios promulgados anteriormente, donde la descentralización, la participación, integralidad, la continuidad y prevención sean sus ejes. Dicha declaración añadió, además, que el hospital psiquiátrico no debe ser la única modalidad de atención ya que es un obstáculo para alcanzar los logros planteados debido a diversos factores como: “a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) Impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores” (OPS/OMS, 1990).

También enfatizó la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica con un modelo más

ligado a la Atención Primaria en Salud y de capacitar el recurso humano en salud mental y psiquiatría hacia un modelo más comunitario, ecos de la carta de Ottawa y Alma Ata.

Se ha demostrado, que el tratamiento en comunidad de las personas con trastornos mentales, en comparación con la estancia hospitalaria prolongada, es más costo-efectivo; favorece su incorporación a la sociedad y mejora su funcionalidad en la vida diaria, lo que sin duda impacta de forma positiva en el pronóstico.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico el objetivo general del proceso fue la reubicación a las personas ubicadas en los pabellones de larga estancia del Hospital Nacional Psiquiátrico en una alternativa residencial o familiar en la comunidad promoviendo su inserción social plena.

### Acciones

Las acciones orientadas a la ocupación del tiempo libres de los usuarios de larga estancia inician de larga data, desde el traslado a la ubicación actual del centro médico, al igual algunos egresos con la familia.

La sistematización e implementación de un proceso de desinstitucionalización como tal, inicia en el hospital inicia antes de 1990 con la organización de las acciones de los integrantes del equipo interdisciplinario.

Para lograr la reubicación es necesario mejorar la condición de salud de cada uno de



los usuarios de larga estancia, por lo que es necesario iniciar el proceso de rehabilitación, cuyo objetivo es disminuir los síntomas y aumentar al máximo el nivel de funcionamiento, adoptando conductas adaptativas necesarios para la convivencia social.

En el año 2001 se crea el Comité de Rehabilitación y se inicia el diseño de una escala que permitiera calificar la funcionalidad y clasificar a la población residente en Larga Estancia. Se adaptó una Escala de Evaluación Funcional, la cual permitió determinar la ubicación de los usuarios por funcionalidad generando la distribución de pabellones para Larga Estancia. Se divide el proceso de rehabilitación en dos grandes fases: la primera intrahospitalaria y la segunda extrahospitalaria dirigida a la comunidad.

### Fase intrahospitalaria.

Pabellones 3 se dirigieron a atender aquellos usuarios que presentaban mayor dificultad conductual y menor funcionamiento en Habilidades de la Vida Diaria Básica.

Pabellones 4 se dirigieron a atender a los usuarios independientes en Vida Diaria Básica y que requerían apoyo para la realización de sus actividades de vida diaria instrumentales.

Pabellones 5 se dirigieron a la atención de usuarios dependientes que además de su discapacidad mental presentaban discapacidad física.

El último paso de esta fase lo constituyen las Estructuras Residenciales cuyo fin es propiciar

a través de la existencia de viviendas externas del hospital, los ambientes requeridos para que el usuario (a) consolide el proceso rehabilitativo que le permita su paulatina reinserción social.

### Fase extrahospitalaria

Esta fase inicia desde estructuras residenciales con el entrenamiento en actividades de la vida diaria compleja y el acercamiento del usuario.

Hospital Diurno para continuar y brindar un proceso de rehabilitación a aquellas personas y sus familias que como consecuencia de su trastorno mental lo requieran, para adquirir la autonomía necesaria en los diferentes aspectos de la vida cotidiana, para mejorar su calidad de vida y así promover una inclusión social plena.

El cambio de modelo implica el desarrollo de nuevas alternativas de atención que logren contener y satisfacer la necesidad de salud mental de las personas en su comunidad de esta forma, paulatinamente el hospital ha fortalecido y creado nuevos servicios:

- **Psiquiatría comunitaria:** seguimiento de personas desinstitutionalizadas y de en riesgo de abandono, coordinación y capacitación de la red nacionales psiquiatría. Dirigida a población adulta y adulta mayor
- **Mediana estancia:** servicio para los procesos de rehabilitación intrahospitalaria para personas con





deterioro en funcionamiento, con internamientos menores a 3 meses

- **Intervención en crisis**
- **Clínicas especializadas:** Psicosis refractaria y Trastornos neurocognitivos

Paralelo al proceso de rehabilitación y abordaje familiar fue necesario coordinar con otras instituciones para la consolidación de la inclusión social de los usuarios, entre ellas el Ministerio de Educación Pública e Instituto Nacional de Aprendizaje para la continuidad de la educación y formación vocacional, Ministerio de Trabajo e Instituto Nacional de Fomento Cooperativo para la apertura de oportunidades laborales, y con el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (en ese momento Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial) para la asignación de recursos económicos y materiales para la ubicación de las personas hospitalizadas sin recurso familiar.

De esta forma, durante el periodo comprendido entre 1990 y 2005 se logró ubicar alrededor de 500 personas con sus familias, y es a partir de ese momento que se depende más de los apoyos del gobierno para el egreso, ya los usuarios no contaban con recurso familiar.

En el año 2016 la Vicepresidencia de la Republica y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión publican la Política Nacional para la Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y Calle; esta termina de articular

las instituciones vinculadas y provee los recursos económicos que permite la ubicación de la totalidad de los adultos mayores ese mismo año y los restantes 90 usuarios se egresan durante el 2017 y primer trimestre de 2018.

De esta forma se da por culminado un modelo de atención y se da paso al modelo centrado en la persona y la comunidad, donde el reto consiste en mantener a cada una de las personas reubicadas reinsertadas en su lugar de residencia y en ejercicio pleno de sus derechos, de manera simultánea debe realizarse la prevención del deterioro y el abandono de las personas con enfermedad mental crónica, mediante la atención integral y la coordinación de los servicios de salud y otras instituciones involucradas.