



Del asilo al Hospital: Relato de un proceso dignificante



Lic. Gerardo Orozco Quirós.
Licenciatura en
Comunicación Colectiva
con énfasis en Periodismo.
Oficina de Relaciones
Públicas HNP.

La intención: evidenciar el esfuerzo de muchas personas, la tarea: obtener las impresiones y la versión de diferentes participantes en eso que el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) ha llamado Proceso de Desinstitucionalización; y es que eso ha sido, un proceso de dejar de hacer algo, de dejar una cultura atrás, de derribar diferentes mitos aceptados por mucho tiempo y que sólo con el trabajo insistente de funcionarios comprometidos, fueron reemplazados por una nueva visión: la de tratar a nuestros usuarios fuera, ahí donde viven y donde son capaces de lograr lo que desean y pueden ser.

Este artículo podría no coincidir con la versión que cada persona tiene del asunto, usted mismo, que lee esto, encontrará probablemente diferencias entre lo que ha visto y escuchado antes, del proceso de egreso de los usuarios de Larga Estancia y lo que leerá aquí; pero la muestra, el grupo de entrevistados, tuvieron una participación muy particular. Pretendo ofrecer una versión del tema, a partir

de la entrevista a quienes fueron protagonistas y aceptaron colaborar. Algunos lideraron el proceso, otros, fueron promotores del mismo, y algunos más, se integraron cuando ya había iniciado.

Psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros funcionarios del Hospital Nacional Psiquiátrico, se tomaron la molestia de contestar algunas preguntas a fin de dar una nueva visión a este proceso, esa visión más cercana en donde no sólo hablan de la información registrada, sino de su apreciación de lo vivido, o de lecturas que les absorbieron y en testimonios de otros compañeros que, aunque ya no están, fueron influencia en las personas que procuraron con su trabajo, dignificar al usuario de los servicios del Hospital Psiquiátrico. Otros comparten sus vivencias y hasta lo que experimentaron mientras se intentó derribar la barrera del estigma de usuario de los servicios de psiquiatría.

El autor mismo de este artículo, debió corregir en el camino de la elaboración del mismo, diferentes opiniones pre formadas. Le invito a que lea este artículo con la tranquilidad del caso, como quien se detiene a apreciar algo que otros hicieron, pero que nos sirve de enseñanza. El proceso de dejar de ser asilo no fue sencillo, mucho menos breve, pero



sí necesario y en 2018 se convierte en una realidad, que hay que contar para tratar de seguir mejorando como servidores de la salud.

La desinstitucionalización como respuesta a proceso mundial y de iniciativas humanitarias

Siguiendo el rastro que permitiera darle una fecha de origen a lo que sucedió en 2018 debemos retroceder hasta los años 1970; y es que a finales de esta década es que suceden dos cosas que sientan el precedente del proceso de la rehabilitación: por un lado en Costa Rica hay esfuerzos iniciales que pretenden acercar al usuario psiquiátrico a la realidad en su comunidad, y por el otro, a principios de los 80, en Europa se expande una visión de atención en servicios de salud afín a los principios de derechos humanos que revolucionaría la atención en psiquiatría. Pero hablemos un poco del caso costarricense.

Para Vera Leitón Mora, Jefe del Servicio de Trabajo Social del HNP, ya había intentos de proyectos rehabilitaditos en 1978, cuando el hospital apoyaba con algunas iniciativas de rehabilitación en algunos proyectos (talleres ocupacionales o similares) en las localidades de Guadalupe y Pavas. Incluso refiere que se realizaron estudios en donde se pretendía demostrar el grado de aceptación de la población con enfermedad mental dentro del ámbito comunitario, sin embargo, para la profesional *“este tipo de programas eran compromisos de unas personas, que duraban lo que la persona que lo asumió estuviera ahí”*; lo que eventualmente produciría una especie de sequía de estas iniciativas en los años 80s.

Para Leitón, es a inicios de los años 80s que se puede hablar más seriamente de un Plan de Salud Mental, siendo ella misma parte de ese primer grupo de trabajo, la intención inicial fue aprovechar el conocimiento de profesionales en psiquiatría que habían tenido experiencias de aprendizaje en Europa. *“Junto con el Dr. Gallegos y otros profesionales, empezamos el primer plan de salud mental; el Doctor iba a hacer lobby a las clínicas, y hubo resistencia de los doctores a este cambio, de acercar a los pacientes nuestros a las comunidades”*, asegura la profesional.

Para el mismo periodo (finales de los 70, inicios de 1980), existe fuera de nuestro país todo un movimiento que dará origen a una nueva tendencia en atención mental y que, más posteriormente, facilitaría muchas de las condiciones para reubicar a nuestros usuarios.

El Dr. Roberto López, jefe del Servicio de Psicología del HNP, resume mucho de lo que pasó en ese momento. Para él, la aparición de un modelo biopsicosocial no sólo permitió el avance sobre el modelo biológico, sino que además fue ese primer gran paso de acercamiento del paciente con enfermedad mental a la comunidad, a su entorno, en tanto empieza a verse que tiene necesidades médicas, sino además emocionales, afectivas y de convivencia. López señala a este nuevo modelo biopsicosocial como el responsable del cierre de varios asilos en Italia, posteriormente en España y de ahí a América a través de los Estados Unidos.

Ya empezando la década de los 80, El Hospital Nacional Psiquiátrico enfrenta una nueva



situación: se empieza a engrosar la población de larga estancia, en parte por la ausencia de un proceso sostenido de reubicaciones, y además, la ausencia de iniciativas que procuren la adquisición de habilidades que le permita a los usuarios aumentar las posibilidades de egreso. A este respecto, el Dr. López, quien vivió de cerca este proceso dijo que uno de los errores cometidos en aquel momento fue que *“Nos pasamos (a las instalaciones del hospital a mediados de los 70), pero nos trajimos el asilo.”*

Con dicha afirmación, se evidencia que aún había una seria resistencia a dejar de ser asilo, a abandonar en la práctica el modelo asilar de intervención como tal y empezar a verlo como un centro hospitalario similar al que atiende otras patologías en el ámbito de la salud, este paso es esencial para poder avanzar a un modelo rehabilitativo, que se fue gestando a finales de los años 80, e inicios de los 90.

En este punto, me veo en la necesidad de detenerme y mencionar que, acerca de toda esta historia previa a la intención de este artículo, existe mucho material de muchos y mejores autores y posiblemente más gráfico, más reforzado en datos. Acá se ofrece una narración breve, porque lo que se quiere es acercarle a una serie de hechos que facilitaron el proceso de desinstitucionalización. Siempre es necesario volver a ver nuestra historia para entender el presente. Mención merece la labor del entonces jefe del Servicio de Comunidad de la Consulta Externa y posterior Director del HNP (1991 a 1996) Dr. Jorge Rodríguez Caldera; la Exdirectora Oliva Brenes Antonini (1996 a 2009) y quien fue Subdirectora Dra.

Rosa Villalobos (1996 a 2015), y la actual Directora del HNP., Dra. Lilia Uribe López (2009 a la fecha). Sin su visión e intenciones de avanzar en este amplio tema y que requirió de tantas acciones, no estaríamos contando hoy esta realidad.

Dicho lo anterior, debemos avanzar un poco y entrar en la década de los 90, donde, por lo que contaron los entrevistados, se le ha devuelto esa dimensión humana al usuario, que nunca perdió pero fue anulada por nuestra propia miopía asilar.

Es importante decir aquí, que casi la totalidad de los entrevistados, a la hora de fechar el inicio de este proceso de egresos, se ubican a inicios de 1990, y asocian ese año con la confluencia de diferentes fenómenos sociales, políticos y administrativos que facilitan que esto suceda.

Congresos y convenciones en salud mental a nivel de Latinoamérica dio pie a varios compromisos en Política Internacional, el Acuerdo de Caracas por ejemplo, así como la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, ley 7600 en 1996, entre otras, fueron los espacios donde se empezaron a generar dudas en cuanto al manejo y la excepción evidente que se estaba haciendo del usuario con enfermedad mental; y permitieron que el Hospital dirigiera su mirada a las experiencias rehabilitativas que se estaban dando en otros países de área.

Primeros pasos de esa rehabilitación

Es en la década de los noventas que el proceso de rehabilitación arranca de una manera





más formal, o al menos más estructurada, y orientada a una meta común: egresar usuarios con enfermedad mental a su entorno familiar, en primera instancia, y de no ser posible eso, ubicarlo en la comunidad a través de las diferentes organizaciones o instituciones que deberían participar en esta labor.

Para Carlos Sandoval, psicólogo clínico del HNP, la iniciativa de las estructuras residenciales en Villa Esperanza de Pavas en los años 80, permitieron replicar la experiencia en las nuevas estructuras residenciales ubicadas cerca del Hospital, pero ya no dentro del él. Así mismo, los eventos a nivel mundial en torno a la salud mental y su correcta atención genera un empuje en nuestro país al introducirse los conocimientos de profesionales en salud mental italianos que colaboran en la implementación de un nuevo modelo; primero mostrando su realidad, y luego enseñando las posibilidades de su implantación en el país. Junto con la anterior, es necesario recordar que ya hay importantes iniciativas que se encargan de hacer aún más presión para devolver el ejercicio de los derechos a los usuarios con enfermedad mental.

“Había que variar el modelo, ya no podíamos abstraernos de la realidad mundial”....”estar internado (en un hospital psiquiátrico), te priva de tus derechos civiles, más allá de poder votar o salir”. Con estas frases, Sandoval se refiere a esa modificación en el paradigma de atención en salud mental que tuvo que irse implantando, no sólo en la sociedad, sino principalmente en las estructuras de atención en salud, y que describe lo vivido a inicios de los 90.

El mismo Sandoval reconoce que su ingreso al Hospital, era una intención de responder a esa necesidad, pues desde un inicio se le indicó que trabajaría con la población con mayor antigüedad de internamiento y bajo la premisa de un proceso de rehabilitación. Al respecto, el Dr. Roberto López, jefe de Psicología Clínica indicó acerca de esta necesidad de rehabilitación: *“Vi una necesidad de colocar en larga estancia un psicólogo para implementar planes de rehabilitación, valorar las condiciones en que estaban viviendo estos usuarios, ver el entorno del grupo (de usuarios), y a partir de eso valorar que hacer, que alternativas hay para su reinserción y rehabilitación, de acuerdo a su funcionamiento, es decir, devolverles su condición humana primero, para iniciar esa rehabilitación.”* Similar intención se había asentado en los servicios de las diferentes disciplinas y se podía notar en los equipos de trabajo que realizaban su intervención en los pabellones de larga estancia hospitalaria.

Otro paso clave, fue la modificación del concepto de discapacidad, que significó todo un reto a nivel del Hospital y en los entes rectores de la salud mental a nivel nacional dado que, por primera vez, se incluyó a personal del HNP, en el Consejo Nacional de Rehabilitación, que para efectos prácticos definiremos a partir de ahora CONAPDIS (Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad).

La tarea del Hospital, fue tratar de expandir el concepto de discapacidad, para que llegara hasta la población usuaria de los servicios de salud mental, que no podía reclamar para sí, aquellos que otras discapacidades ya habían obtenido: acceso, regulaciones de atención,



oportunidades, y principalmente, una presencia en el escenario social como miembros activos, objetos de derecho y de responsabilidades, como cualquier otro ciudadano.

Así las cosas, una vez que la población usuarios del Psiquiátrico ha sido visibilizada, ya no se puede ignorar la realidad de incumplimiento de sus derechos y aparece la necesidad de mejorar las condiciones de vida de estas personas, según Roberto López, “la política nacional de salud mental procuraba la eliminación del asilo”, con ello, era una inminente realidad que los usuarios de larga estancia, estaban destinados a egresar finalmente.

Mientras esto sucedía, en la atención a estas personas usuarias ya se inicia un trabajo de identificación de necesidades, de herramientas para enfrentar la realidad exterior. Los entrevistados coincidieron en que después de analizar las condiciones de vida de la población de larga estancia, se requería volver a re educarlos en aspectos muy esenciales del diario vivir, así, se propone una escala de evaluación funcional del usuario (para determinar las posibilidades de menor impacto al volver a las comunidades) que deriva en un proceso de enseñanza en actividades de la vida diaria, manejo del usuario en la comunidad, acercamiento con aquella realidad social que ya no le es tan familiar.

El Dr. López, al respecto del inicio del proceso, dijo que al suplir la necesidad de profesionales en psicología al servicio de estos usuarios, se garantizaba un acercamiento a verdaderos planes de rehabilitación, que consideraban las capacidades de la persona, validando la

premisa de que era necesario devolverle al usuario su reconocimiento como persona capaz, antes de ofrecerle esa rehabilitación.

Al respecto de este tema, Alexis Cruz, terapeuta ocupacional dijo “*Cuando yo empiezo (año 2000), tengo ese contacto con la rehabilitación, los programas eran un poco informales en vida diaria, y se les enseñaba a lavar y cuidar sus cosas.*”...“*con la nueva estructura, se hacen las nuevas casas y muchos de estos usuarios, que ya tienen habilidades, se pasan a vivir a las estructuras residenciales*”... “*con el programa psicoeducativo, nos tocó llevarlos a la feria, a misa, a comprar cosas y aprendieran a usar el dinero*”, concluyó el terapeuta acerca de su participación en este proceso, quien es representante de todos los demás responsables de la atención de estos usuarios.

Iniciativa en Psicogeriatría marca el camino

Sería injusto no incluir en este momento la participación de los equipos de psicogeriatría en la rehabilitación; porque son ellos los que inician el modelo que posteriormente le daría el norte a la población de larga estancia: re educación, reubicación, adaptación al entorno y del entorno.

Una parte importante de esta historia la cuenta la Dra. Fanny Chávez, geriatra que asume en el año 2000, junto con el equipo interdisciplinario de la Psicogeriatría de Mujeres, la labor de ofrecerle mejores condiciones de vida a esta población que junto a su característica de larga estancia, también contaban con más edad y eso requería condiciones de atención especiales.





Para Chávez, una de las primeras sorpresas que vive al atender a esta población es que *“después de conocer y clasificar a cada una de estas maravillosas personas, nos damos cuenta de que no están aquí por más de 20 años por estar mal de su enfermedad, su estancia iba más allá de un trastorno psiquiátrico”*. Al decir esto, la Dra. Chávez evidencia la condición de abandono imperante en esta población usuaria, lo que activa una alerta sobre la necesidad de egreso, pero principalmente, abre la puerta para que, la condición de abandono, sea motivo suficiente para su egreso del hospital.

Así las cosas, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), inicia su participación, pues es esta institución la que, como ente rector en materia de esta población, debe asumir los procesos de reubicación de cada usuario. Lo interesante es que nuevamente el hospital no se aleja del usuario, refiriéndolo solamente, según la Dra. Chávez, la dinámica de reubicación que experimentaron fue muy particular. El CONAPAM contribuye con fondos y asignación de espacios en hogares de ancianos y el Psiquiátrico ofrece seguimiento, apoyo y capacitación a los cuidadores. Esta dinámica será emulada también por los equipos de larga estancia, pero apoyados en otros órganos.

Ella define la dinámica de reubicación de usuarios de la psicogeriatría como una estrategia en donde *“el modelo cambia por una cuestión de derechos”...el lugar (donde se ubicará a la persona) se va a acoplar al usuarios, y no al revés”*.

Indica además que el proceso fue muy dinámico, tuvieron que comprometerse a un seguimiento de cada caso, a una evaluación constante para conocer el grado de satisfacción de la persona egresada y las condiciones generales de salud. Este apoyo, fue tan bien recibido, que los equipos interdisciplinarios extienden su apoyo y también atienden a las personas de los hogares de ancianos que no estaban en el Psiquiátrico. El concepto del paciente psiquiátrico empieza a cambiar, porque se empieza a identificar al mismo como un ser con muchas capacidades y algunas condiciones que requieren particular atención, pero que son apoyadas por el Hospital Nacional Psiquiátrico; esto hace más llamativa la opción de asumir a estas personas en los diferentes hogares de ancianos o albergues.

Para Chávez es imposible no conmoverse con las experiencias vividas, y durante la entrevista menciona, con alguna lágrima en su mirada, como muchas de las situaciones de vida manifestadas por los usuarios, que se consideraron delirios, o mentiras, resultaron ser realidades enmudecidas por mucho tiempo, por ignorancia, por conveniencia o por la simple y peligrosa costumbre de convertir la atención a las personas en una rutina: *“encontraron a sus hijos, o sus nietos, después de muchos años de no verlos, ¡si existían!”*, aseguró la Dra. Chávez, satisfecha de haber sido parte de esta labor, aunque reconoce que fue una tarea en donde todos se comprometieron, cada parte asumió su papel, tanto en las visitas, los seguimientos, el acercamiento y la obtención de información de cada persona a reubicar.



Finalmente, los egresos de la población más antigua

Las nuevas formas y paradigmas en la atención en salud mental, los procesos en los años 70 y 80, la inclusión de la enfermedad mental como posible condición incapacitante, las convenciones internacionales y las leyes protectoras de las libertades y derechos individuales de las personas con enfermedad mental, ya se conformaban en toda una estructura que encausaban sino todas, muchas de las acciones que en salud mental articulaba el Hospital Nacional Psiquiátrico, sin embargo, un posible detonante que impulsará el egreso final de la mayoría de nuestra población usuaria, estaría relacionado con un estudio de personas en abandono.

Durante la administración Solís Rivera (2014-2018), la Presidencia de la República asume como iniciativa, apoyar la labor de mejorar las condiciones de vida de las personas en abandono, por lo que surge la necesidad de identificar la cantidad de personas en esa condición que se encuentran en las instituciones públicas de atención social, encontrando que, buena parte de esa población se encuentra en el Hospital Psiquiátrico, de ahí, la intensidad con que la Vicepresidenta de ese momento, Ana Helena Chacón, al conocer este dato, interviene y colabora para que finalmente sucedan los egresos.

Al respecto de su participación en el proceso de desinstitucionalización dijo: *“siendo coordinadora del Consejo Presidencial Social me vi en la necesidad de saldar esa deuda histórica con esta población”...*estábamos

en la búsqueda de una vida digna fuera del hospital, esto nos llevó a buscar recursos con otros actores”, concluyó Chacón, quien adquiere una particular relevancia en esta etapa gracias a su sensibilidad y cercanía con temas de derechos de personas con discapacidad desde su gestión como diputada, como miembro del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, entre otros cargos públicos previos a la Vice Presidencia.

Bajo esta directriz, y contando con la participación de representantes de diferentes instituciones y grupos empiezan a reunirse los fondos necesarios para reubicar a los usuarios, al respecto de esto, la trabajadora social Vera Leitón resume: *“ Al final de cuentas era una cuestión de plata, por el costo”...*“Ana Helena asumió como meta el tema asilar, lo que facilitó los recursos, apoyando a Ana Josefina Güell quien como Viceministra (de Desarrollo Humano e Inclusión social en la administración antes mencionada) *consiguió la plata”...*“Ana Helena y Ana Josefina retoman el tema de abandono, y descubren que la mayoría está en el Psiquiátrico, y que también son los de mayor costo”, esta afirmación sobre los costos la respalda Ana Helena Chacón: *“no es barato sostener personas en abandono”.*

Hay muchos procesos técnicos en relación a la dinámica de egresos de usuarios de larga estancia del hospital, pero es posible resumir la dinámica de esta manera:

1. La vicepresidencia emite directrices para apoyar el egreso de personas en abandono, lo cual toca directamente al





HNP al tener la mayor cantidad ellas, todo esto precedido por la gestión de la Dirección General del HNP, el apoyo de los profesionales y todos los equipos interdisciplinarios que participaron en evidenciar esta necesidad.

2. CONAPDIS cede espacios de ubicación a personas con enfermedad mental, y crea más espacios al transferir otros casos de adultos mayores al CONAPAM.
3. Los fondos utilizados para reubicación de personas que quedan a disposición de CONAPDIS, son asignados a reubicar usuarios con enfermedad mental en diferentes centros y albergues.
4. El Hospital ofrece el seguimiento, facilita los procesos de acercamiento del usuario con los cuidadores, destina recursos para agilizar los traslados y ofrece un constante monitoreo de los usuarios reubicados, capacitación en el uso y suministro de los medicamentos, entre otros.

Otra de las realidades vividas, tiene que ver con los obstáculos enfrentados. Inicialmente, varios de los entrevistados dijeron que a nivel institucional se vieron envueltos en una atmosfera resistente, un tanto desinteresada por algunas personas, pero también coinciden en que los primeros logros, fueron motivando a los funcionarios a seguir con el compromiso adquirido. Inicia la sinergia del proceso de rehabilitación.

Todas las partes enfrentaron problemas o hubieran mejorado en algo su participación en

el proceso, incluso, a nivel político, Ana Helena Chacón reconoce que *“hubiese querido hacer todo en menos tiempo, o al menos antes de terminar la administración (Solís Rivera)”*.

La incertidumbre de hacer algo nuevo, la ansiedad de obtener resultados, la necesidad de darle herramientas realmente útiles a los usuarios para enfrentar una nueva realidad y la incertidumbre del logro del éxito son algunas de esos problemas manifestados por los participantes en esta labor de egresos.

Acerca de lo que cada uno lamenta, es perceptible el tema del tiempo, de la capacidad de respuesta tardía que se dio y, aunque coinciden en que se pudo hacer algo antes, lo cierto es que también coinciden en que es en esta coyuntura en donde convergen finalmente las más fuertes intenciones de egresar a los usuarios más antiguos del HNP, con los mejores resultados vistos hasta ahora.

Satisfacción y camino a seguir.

Una vez alcanzada la meta, es necesario analizar no sólo el resultado, sino también el proceso. Todos los entrevistados pudieron decir algo al respecto de su satisfacción, de lo que sienten que aporta esta tarea de años, no sólo a su vida, sino también a la sociedad: *“sólo ver a esta gente en la calle es motivo de felicidad, es importante hacer esto, por la dignidad humana, no tanto por el logro de un equipo, sino para poder ver personas abandonadas en nuevas casas”*. Alexis Cruz. *“La condición de vida, es otra cosa”...* *“Vive en una comunidad, pueden ejercer mejor sus derechos”*. Vera Leitón.



Finalmente, las personas entrevistadas hacen una propuesta para evitar que esta situación vuelva, para evitar que cometamos nuevamente el error de mantener personas aisladas del entorno comunitario; esta propuesta tiene que ver con un cambio de visión de todos aquellos que intervienen en estos procesos, considerando que realmente las metas en procura de derechos humanos de los usuarios con enfermedad mental se pueden alcanzar.

Invitan a mantener una atención oportuna y eficaz, para evitar el prolongamiento de las estancias hospitalarias, recalcan la necesidad de acercar los servicios de salud mental cada vez más a las comunidades, trabajando la prevención y las nuevas necesidades requeridas por la población.

También proponen mantener a vista los derechos de las personas, sus necesidades y particularidades, manteniendo un estado adaptable de los servicios ofrecidos, así como una motivación más allá de lo laboral, y más dirigido a una satisfacción personal, sabiendo que no hay nada que pague procurar el bien del otro.

Este artículo sólo resume un proceso que tiene muchos puntos de partida, y muchos esfuerzos, que cómo se mencionó al inicio, posiblemente se han dejado de lado, pero no intencionalmente. Esta es una versión de los hechos de alguien que estuvo un poco lejano en algunas etapas (las más antiguas) y que conoció más de cerca otras, pero ignoró la mayoría.

Sin embargo, hoy los resultados los podemos ver todos: la discontinuación de un modelo

asilar, la prevalencia de los derechos de las personas con enfermedad mental, la nueva concepción del enfermo mental y la visibilización de sus necesidades, el esfuerzo por mejorar las condiciones de vida y evitar el abandono de las personas con alteraciones en su salud psíquica.

¿Agradecimientos?

A todas las personas mencionadas en este artículo y a los que ellos representan, a aquellos que no se mencionan por cuestiones prácticas, pero que saben que participaron, a aquellos que anónimamente han dado más de lo requerido, pero lo callan porque nos les interesa el reconocimiento. Agradecimiento a cada unidad, desde las técnicas, hasta las administrativas, porque esto es algo que sucede por el esfuerzo de todos. Y las gracias especiales a todos los que ahora asumen en sus manos la continuidad de esta labor, las personas más antiguas que contribuyen ahora con más conocimiento, y aquellas más nuevas de laborar, que aportan nuevas ideas, más fuerzas y capacidades para el bienestar de nuestra razón de ser: el usuario con enfermedad mental.

El reconocimiento a todas las personas que viven con la tarea de enfrentar de la mejor manera su condición mental, y a los familiares de ellas; porque en su intención de mejorar, han permitido que todos en el hospital, puedan ofrecer lo mejor de sí.

Su interés de mejorar ha abierto el camino del cambio, que beneficiará a muchas personas en el futuro.

