



Editorial



Desinstitucionalización de personas en estado asilar del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. Costa Rica

Los Hospitales psiquiátricos nacen en la edad media como asilos, más restrictivos que terapéuticos: sitios donde se albergaban con techo y comida, personas que deambulaban por las calles alucinando o delirando, descuidados de su apariencia, sin respeto a las normas sociales y algunos con trastornos de conducta, en ocasiones agresivos, como se manifiesta la enfermedad mental crónica sin tratamiento.

Esta es la evolución natural de las enfermedades mentales mayores tipo esquizofrenia, psicosis afectivas y algunas psicosis orgánicas, las cuales en su mayoría son de inicio en la adolescencia, avanzando con crisis episódicas, cada vez más frecuentes y más prolongadas, llevando a las personas enfermas al deterioro, propiciando el encierro de estas por la dificultad del manejo domiciliar.

El Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica (HNP) empieza a gestarse cerca del año 1850 y abre sus puertas como “Asilo Nacional de Insanos” en 1890, en un gran terreno contiguo al Hospital San Juan de Dios. Desde su creación se señala que se funda

para proteger y rehabilitar a los enfermos, pero, aunque tuvo muchos programas de terapia ocupacional porque llegó a funcionar en él una granja que los autoabastecía, sin medicamentos las personas albergadas, continuaban deteriorándose.

El Hospital se traslada en 1974 a sus instalaciones actuales en Pavas, en las afueras de la ciudad de San José de ese entonces.

El descubrimiento de los psicofármacos, que inicia en 1950 modifica el pronóstico de las enfermedades mentales y con ello la necesidad de aislamiento de las personas enfermas. El movimiento de protección a los derechos humanos que nace en 1948, con la Declaración Universal de los derechos humanos y posteriormente otras leyes de grupos particulares, obliga a la revisión de los derechos de las personas con enfermedad mental, encerradas en manicomios.

El nuevo modelo hacia la inserción comunitaria inició en Europa desde los años setenta y se traslada a América Latina con La Declaración de Caracas en 1990, promovida esta por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, la que orienta al cierre de los asilos y promueve la atención comunitaria y la que Costa Rica avaló.

A finales de los años noventa empezó en el HNP, el proceso de desinstitucionalización de las personas que se encontraban en ese momento en estado asilar, en las ochocientas



camas destinadas entonces para ello, se implementó un intensivo, arduo y exitoso plan de rehabilitación que requirió la redistribución de las personas en estado asilar, pasando de estar separadas según lugar de procedencia a agruparlas según funcionalidad, para lograr también implementar programas de rehabilitación acorde a sus necesidades.

Estos programas interdisciplinarios incluían temas de formación en habilidades de vida diaria, instrumental y compleja, adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, fomento de autonomía, estimulación cognitiva, habilidades sociales, recuperación de roles, reinserción educativa, capacitación vocacional, gestión de empleo, además de una intensa y progresiva preparación a las familias, la comunidad, incluyendo la red local de salud, que aún se mantiene en red con el hospital en el Programa de seguimiento comunitario. La tarea fue difícil, cada persona requirió, según su funcionalidad de cinco a diez años para alcanzar su máximo nivel de funcionamiento que le posibilitara reintegrarse a su comunidad.

El HNP también apoyó la creación de dispositivos que facilitaron el proceso de rehabilitación y la autonomía de las personas beneficiarias de él, como ejemplo: una asociación de usuarios (AUSDI), una cooperativa de usuarios (COOPESI), un vivero, un invernadero de hidroponía, un mariposario, y varios talleres vocacionales donde desarrollaron habilidades laborales, creando productos que les generaron ingresos durante el tiempo de aprendizaje. Apoyamos la conformación de una fundación que ayudara al programa y se fortaleció el Programa de Estructuras Residenciales, casas donde estas personas, las que algunas tenían hasta sesenta años de vivir en un pabellón,

practicaran la vida en modalidad domiciliar, antes de ir a una residencia externa.

Además, se crearon alianzas con instituciones corresponsables en la rehabilitación como el Ministerio de Educación Pública que instauró un programa de educación abierta en alfabetización, primaria y secundaria con ciento diez cupos. El Consejo Nacional de Rehabilitación, hoy CONAPDIS, el Consejo de la persona adulta mayor (CONAPAM), el INFOCOOP, el Ministerio de Desarrollo Humano y Bienestar social, entre otros.

Desde el año 2000 alrededor de quinientas personas fueron egresadas con sus familias y el resto, una cantidad similar, (ya que las camas que se desocupaban se volvían a ocupar con nuevos enfermos en abandono), que carecían de familia fueron ubicadas en alternativas residenciales, gracias a los programas sociales. En los últimos dos años la Política nacional de atención integral a las personas en situación de abandono y situación de calle, posibilitó completar la oportunidad a las doscientas personas pendientes de egreso, de trasladarse a hogares, disfrutando plenamente de sus derechos, las cuales contaban con un promedio de internamiento de veinticinco años, entre ellos sesenta adultos mayores.

En abril del 2018 se logra cerrar el área asilar del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica.

Este proceso le permite al hospital dedicarse a la misión encomendada por la sociedad de abordar de manera especializada, eficiente y con calidad las patologías mentales más complejas, susceptibles a tratamiento,





implementando programas costo eficientes, basados en las mejores prácticas y apoyando con su expertís a los tres niveles de atención. Por ello el HNP ya ha iniciado una gran cantidad de programas que utilizan la infraestructura y el recurso humano liberado por el asilo, entre otros:

1. **El programa de psiquiatría comunitaria.** Que mantiene el seguimiento de casos de personas desinstitucionalizadas y fortalece la atención en red.
2. **La Unidad de intervención en crisis.** Basa su quehacer en programas psicoterapéuticos para atender en ingresos cortos, principalmente situaciones reactivas.
3. **El centro de atención para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley.** (CAPEMCOL) Continúa con los programas de rehabilitación para la reinserción de personas inimputables.
4. **Programa de Nuevos Horizontes.** Fortalece en un engranaje inter-institucional el abordaje con desintoxicación, diagnóstico y recomendaciones de manejo, a menores que consumen drogas de manera perjudicial.
5. **El programa de patología dual.** Esta iniciando un abordaje interdisciplinario e integral a las personas con diagnóstico dual de psicosis y consumo de drogas.
6. **El programa de neuropsiquiatría.** Está iniciando un modelo de atención interdisciplinario incluyendo el equipo regular, más el neurólogo para realizar estudios y abordajes coordinados a personas con trastornos neurológicos y manifestaciones psiquiátricas, con el fin de la especialización.
7. **Clínica de memoria y Centro de estimulación neurocognitiva.** Aborda con estimulación neurocognitiva para detener y reducir las manifestaciones de la enfermedad y preparar a las familias y comunidad en su atención.
8. **La clínica de psicosis de primera vez.** Evitará el abandono de tratamiento y con ello el deterioro de personas con casos nuevos de psicosis.
9. **La clínica de psicosis refractaria.** Evitará el abandono de tratamiento y con ello el deterioro de las personas de pobre respuesta a medicamentos tradicionales.
10. **La Clínica del espectro autista.** Busca disminuir la edad de diagnóstico de este trastorno con incidencia en aumento. Además, facilita el abordaje temprano para prevenir secuelas y capacita a familiares y profesionales en las buenas prácticas.
11. **Casas de escucha:** Programa interinstitucional en red, preventivo en salud mental, liderado por el HNP para disminuir la deserción escolar en poblaciones urbano-marginales, donde las condiciones psicosociales dejan a los niños, niñas y adolescentes en un riesgo constante de daño a su salud mental, reforzando el concepto de la escuela como factor protector.

Dra. Lilia Uribe López
Licenciada en Medicina y Cirugía
Especialista en Psiquiatría
Directora General
Hospital Nacional Psiquiátrico.