



Funcionamiento psicosocial de personas con enfermedad mental desinstitucionalizadas: Una experiencia de rehabilitación psicosocial costarricense

Psychosocial Performance of Deinstitutionalized Mentally Ill Patients: A Psychosocial Rehabilitation Experience in Costa Rica

Carlos Sandoval-Chacón^{a*} y Gustavo Canales-Viquez^{b*}

^a Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica y Universidad Católica de Costa Rica;

^b Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia de Costa Rica

(Recibido 3 de junio 2009; aceptado 15 de diciembre 2009)

Resumen

En la presente investigación, se evalúa de forma descriptiva, el programa de desinstitucionalización del Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), usando como indicador, el desempeño psicosocial de un grupo de personas con enfermedad mental persistente desinstitucionalizadas que atravesaron un proceso de rehabilitación intrahospitalario (unidades de larga estancia) y extrahospitalario (hogares transitorios) y fueron reubicados en la comunidad, en el modelo residencial del Programa de Convivencia Familiar del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE). Se concluye que un alto porcentaje de los y las participantes presenta indicadores muy satisfactorios de desempeño psicosocial en la comunidad y a lo interno de su residencia, los resultados permiten demostrar, no sólo la importancia de los programas de rehabilitación institucionales bajo una política de desinstitucionalización, sino también, la necesidad de crear nuevas opciones residenciales, alternativas a la institucionalización psiquiátrica.

Palabras clave: evaluación, programas, rehabilitación psicosocial, desinstitucionalización, hospitales psiquiátricos

Abstract

This study presents a descriptive evaluation of the deinstitutionalization program of the National Psychiatric Hospital, an institution that is part of the Costa Rican Social Security Service. To carry out this objective, the current psychosocial performance of a group of people with severe and persistent mental disease that have been on an inpatient treatment and extramural rehabilitation process was used as an indicator. Afterwards, these patients are relocated in the community, in a private residence model of the Family Coexistence Program of the Costa Rican National Council of Rehabilitation and Special Education. It could be concluded that a high percentage of the participants show very satisfactory indicators of psychosocial performance in the community and inside their residences. These results demonstrate, not only the importance of the rehabilitation programs under a deinstitutionalization policy, but also the need of creating new alternative housing options opposed to the psychiatric institutionalization.

Keywords: evaluation, programs, psychosocial rehabilitation, deinstitutionalization, psychiatric hospitals

* Correspondencia. Correo electrónico: ^acarlospsicr@gmail.com, ^bgcanales21@hotmail.com



Introducción

Los procesos de desinstitucionalización de personas con enfermedad mental en Costa Rica, se originan a partir de las influencias de reforma, originadas en Europa y traídas a América Latina, bajo la modalidad de reestructuraciones, al modelo de atención psiquiátrica imperante en el último tercio de siglo, en el continente. El documento oficial de la Declaración de Caracas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1991) suscrita por Costa Rica, hace notar que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención en salud mental comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Asimismo se destaca, que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de dichos objetivos.

En Costa Rica, los esfuerzos por emprender acciones sistemáticas de desinstitucionalización tienen al menos dos décadas de existencia. Previo a esto, no se podría afirmar que las intervenciones para las personas institucionalizadas siguieran un proceso sistemático, ni mucho menos una consistencia teórica y científica. Estas acciones, se han centralizado en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), institución centenaria de atención en salud mental, en donde varios equipos interdisciplinarios han hecho esfuerzos por organizar programas de rehabilitación en un plan integrado y organizado por niveles (Casasola, Castro, Elizondo, Quesada & Vargas, 2001).

La presente investigación pretende constituirse en el primer esfuerzo de evaluación de este proceso, a partir del desempeño psicosocial de una muestra de usuarios (as) egresados, que atravesaron las diversas etapas del plan anteriormente mencionado y en la actualidad, residen bajo el modelo de residencias privadas del Programa de Convivencia Familiar del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE). Para tales efectos, se aplicó la Escala de Desempeño Psicosocial (*Social Behavior Assessment Schedule*, S.B.A.S.) de Platt, Hirsch y Weiyman (1983). Teóricamente, esta necesidad de evaluación de los servicios y programas de salud mental se hace imprescindible para valorar si son adecuados para producir cambios, si son eficaces para lograr objetivos propuestos, pero especialmente si son significativos para la población de usuarios (as) institucionalizados (as), que a pesar de los diversos tipos de tratamientos y psicoterapias disponibles, han sido reclusos durante años.

En el ámbito internacional, son numerosos los estudios que evalúan programas de desinstitucionalización en personas con enfermedad mental. En España, Otero y Rebolledo (1993) realizaron una evaluación mediante un diseño experimental, en el cual demuestran la eficacia y pertinencia de los programas de rehabilitación, en la mejora del desempeño psicosocial de los sujetos en comparación con los que solamente reciben atención en salud mental tradicional o estrictamente psicofarmacológica. Asimismo, Pereira, Inglott, Trujillo y Díaz (1995) realizan un análisis de las características y resultados del cambio de residencia, desde el hospital psiquiátrico a la comunidad, en pisos asistidos y pensiones y desarrollan un perfil descriptivo de la población. En un proyecto de mayores proporciones en la Comunidad Autónoma de Andalucía, López, Laviana, García-Cubillana, Fernández, Moreno y Maestro (2005), analizan las características no sólo de los dispositivos residenciales, sino también, de índole clínico, sociodemográfico y comportamental de los beneficiarios y encuentran datos relevantes que permiten identificar fortalezas y debilidades de este tipo de programas. En Norteamérica, Mazzarella y Marsh-Williams (2005) plantean el establecimiento de un programa residencial transitorio en la comunidad dentro de un hospital estatal, como una nueva cultura asistencial y encuentran una alta receptividad de parte de usuarios y pobladores. Finalmente, en Irlanda, Price y Western (2004) desarrollaron una evaluación de un



programa residencial, desde el reporte de la experiencia de los participantes.

En este contexto, son escasos los estudios de evaluación de prácticas rehabilitativas en salud mental. Se encuentran algunos estudios relativos a la caracterización de pacientes institucionalizados (Bertheau, Garita, Pál & Salas, 1996). Gallegos y Montero (1999) propusieron hipotéticamente algunas dificultades para establecer un programa de atención basado en la comunidad en Costa Rica y más recientemente, Aultman y Campos (2004), reflexionan en torno a dilemas ético sociales en el desarrollo de un modelo con características comunitarias en nuestro país, no obstante, hasta el momento ninguna experiencia de evaluación empírica como tal.

Sobre la base de esta experiencia clínica y vacío evaluativo, surge la problematización en torno a cuál es el desempeño psicosocial actual de los usuarios (as) desinstitucionalizados que residen bajo un programa residencial alternativo.

Método

El estudio se enmarca como investigación descriptiva, mediante un diseño transversal de medición del comportamiento en diversas variables de desempeño funcional, que se obtuvieron mediante el reporte de conducta de las personas responsables del cuidado y supervisión de los (as) usuarios (as) implicados (as).

Participantes

Dentro de las características de la población, se contemplaron todos (os) los usuarios (os) de residencias privadas con diagnóstico primario de enfermedad mental de larga evolución (basado en CIE-10), que en el año 2006 vivieran en el Área Metropolitana y que hubiesen atravesado el proceso de rehabilitación intra y extrahospitalario del HNP. Se eligió una muestra no-probabilística y dirigida. La muestra final quedó compuesta por 22 personas, 12 mujeres y 10 hombres. Se dio a conocer el proyecto al CNREE, quien dio su aval para el desarrollo del mismo. Se contactó a las (os) cuidadoras (es) y entre los meses de agosto, septiembre y octubre de 2006, se visitaron las residencias y explicaron los objetivos del estudio a usuarios (as) y encargadas y se procedió a discutir el consentimiento informado.

Instrumentos

Para el logro de los objetivos del estudio, se utilizó la Escala de Desempeño Psicosocial (*Social Behavior Assessment Schedule*, S.B.A.S.) de Platt, Hirsch y Weiyman, (1983), la cual está diseñada para evaluar la conducta y desempeño de los roles sociales de los sujetos, y su efecto en los demás, por medio de una entrevista semiestructurada, realizada a un pariente o informante cercano, evaluando el funcionamiento social reciente y los cambios en su desempeño como resultado de la evolución de sus problemas o acontecimientos de vida. En cuanto al periodo cubierto por la entrevista, se tomó como criterio el desempeño psicosocial del usuario (a) en el último mes. La evaluación del desempeño social no requiere ningún supuesto sobre qué es normal o anormal, la escala puntúa si un rol particular se desempeña o no, de forma discreta.

Según Otero (2004) la S.B.A.S se puede utilizar para comparar pacientes en un periodo o el mismo paciente en diferentes periodos y medir cambios en distintos niveles de funcionamiento. Para los propósitos de la investigación, se utilizó como una medida transversal del desempeño. Se introdujo un apartado para evaluar la percepción de la persona de su condición actual de vida en comparación con la vida hospitalaria. Se contempló un total de 64 preguntas, divididas en secciones:



información sobre el encargado de la residencia, introducción, conducta del sujeto, desempeño social del sujeto, apoyos al informante y características de la vivienda, recaídas, conocimiento y percepción del usuario (a) con respecto a su calidad de vida y finalmente, se incluyeron preguntas abiertas relacionadas con las ventajas y desventajas de la vida en residencia, en comparación con la vida hospitalaria, principales observaciones de los usuarios (as) y cambios/mejoras posibles sugeridas en los hogares. Para el procesamiento de los datos, se aplicaron estadísticos descriptivos con medidas de frecuencia, tendencia central y por otra parte, un sondeo de opinión de los (as) usuarios (as) y cuidadores (as).

Resultados

Características sociodemográficas de las (os) informantes

En cuanto a las características de género, la muestra de cuidadores (as) está compuesta en su mayoría por mujeres (77.7%). Esto refuerza hallazgos recientes que resaltan la figura femenina como cuidadora (Montero, Masanet, Lacruz, Bellver, Asencio & García, 2006). En relación con la edad de las informantes, se encuentra en un promedio de 48.5 años. Esto evidencia que en su mayoría, son personas de mediana edad en condición productiva. A excepción de dos cuidadores adultos mayores que tienen 70 y 76 años respectivamente. En relación con la escolaridad de los informantes, se evidencia más de la mitad de las personas encargadas de las residencias (59.1%) posee estudios medios o superiores en áreas diversas, algunas de ellas afines a lo asistencial y educativo. Por otra parte, al menos un 40.9% posee estudios secundarios incompletos. Esto indica que a lo sumo, son personas con cierta escolaridad formal.

Se encontró que el 68.2% de los y las informantes expresaron conocer el diagnóstico del usuario (a) y contar con un expediente personal. Se debe aclarar que dentro de la residencia existen dos tipos de funcionarios (as), uno es la figura del encargado que es el administrador principal de la residencia y el otro es el asistente, el cual realiza actividades operativas y domésticas. Se encontró que en el 50% de los casos, el administrador convive con el o la usuaria. En cuanto al número de habitantes, se obtuvo en promedio, 14 personas por casa de habitación, donde conviven tanto usuarios (as) con problemas de salud mental, como también discapacidad física. Los diagnósticos más frecuentes son esquizofrenia y discapacidad cognitiva.

Características sociodemográficas de los (as) usuarios (as)

La Tabla 1 resume la información sociodemográfica. Con respecto a la edad, el 46% de las personas se ubica en el rango de 38 a 47 años, la cual coincide con una edad de aparición de enfermedad en los comienzos de la edad adulta joven y concuerda con el perfil de “usuario crónico externalizado” (Blanco & Pastor, 1997). Con respecto al estado civil, el 77.3% son solteros. Estos datos son congruentes con estudios nacionales como el de Bertheau, Garita, Pál y Salas (1996) quienes encontraron que un 84.4% del total de usuarios de larga estancia (359 en el año 1996), la soltería era el principal estado civil. En el exterior, Moreno, Godoy, Torres y López (2003), confirman que el 82% de las personas con enfermedad crónica tenían esta misma condición.

Con respecto a la ocupación, todos (as) tienen una labor remunerada de carácter protegido (incentivo terapéutico) en el Centro Diurno del HNP. En relación con el nivel de estudios, se tiene que el 50% de la muestra, es analfabeta o semianalfabeta, seguido por un 27.3% que posee primaria incompleta, un 13.6% no concluyó la secundaria y solo un pequeño porcentaje del 9,1% con estudios medios o superiores. La poca escolaridad es un rasgo significativo del o la usuario (a) desinstitucionalizado (a). Esto se debe en parte a la privación educativa, producto de años de



internamiento, así como un número de usuarios (as) con limitación intelectual, familias con rasgos de privación cultural o limitaciones de acceso educativo. Con respecto a la experiencia laboral, más de la mitad de la muestra (54.5%) fue descrita por los (as) cuidadores (as) como sin estudios calificados para desempeñar las labores que realizan. Por último, aproximadamente un cuarto de la población, nunca ha trabajado en su vida.

Con respecto a la orientación ocupacional, como se señaló anteriormente, el programa de Hospital Diurno del HNP, reúne en sus diversos talleres, a 21 de las 22 personas que forman parte de la muestra. Dentro de la oferta de talleres, principalmente destacan las labores textiles (27.3%), seguido de las labores agrícolas y las manualidades que representan un 22.7% cada una.

Tabla 1. Información sociodemográfica de los usuarios (as)

VARIABLES	Categoría	N	%
Género	Femenino	12	54.5
	Masculino	10	44.5
Edad	28-37	4	18.2
	38-47	10	45.5
	48-57	4	18.2
	≥ 58	3	13.6
	NS/NR	1	4.5
Estado civil	Casada (o) o Unión libre	4	18.2
	Soltero (a)	17	77.3
	NS/NR	1	4.5
Condición Ocupacional	Desocupado (a)	1	4.5
	Asiste taller ocupacional	14	63.6
	Trabajo independiente	1	4.5
	Asiste taller protegido	1	4.5
	Asiste taller ocupacional y recibe algún tipo de pensión	5	22.7
Escolaridad	Analfabeto o semianalfabeto	11	50
	Primaria incompleta	6	27.3
	Secundaria incompleta	3	13.6
	Estudios medios o superiores	2	9.1
Experiencia laboral	Sin estudios	12	54.5
	Con estudios	1	4.5
	Estudios medios o superiores	2	9.1
	Nunca ha trabajado	5	22.7
	NS/NR	2	9.1
Ocupación	Labores textiles	6	27.3
	Labores agrícolas	5	22.7
	Manualidades	5	22.7
	Maderas	1	4.5
	Labores de limpieza	2	9.1
	Otras	2	9.1
	Ninguna	1	4.5



Sección A. Generalidades en torno a enfermedad y tratamiento

El 75% de las cuidadoras entiende la enfermedad de los sujetos como de curso crónico. Ocho de cada 10 usuarios (as) son percibidos con posibilidad de mejoría. Un 59.1% tenían un comportamiento estable al momento de la evaluación, calificado como “está igual que siempre”. Un 36.4% fueron situados en la gravedad de su problema como “ahora menos grave”. Dichos datos sugieren relativa estabilidad en el comportamiento general del usuario (a) en el último mes. Con respecto al tratamiento farmacológico, el 95.5% de los encuestados (as) considera que la medicación es necesaria e imprescindible. El 100% de los (as) encargados (as) señalaron que son los (as) responsables de darle la medicación a los (as) usuarios (as). Esto, a pesar de ser una forma de asegurarse el consumo adecuado en cuanto a dosis y horarios prescritos, interfiere en la autonomía de salud que pudiese tener el usuario (a), en cuanto al aprendizaje de habilidades para la vida independiente y la responsabilidad sobre la propia salud.

Sección B. Desempeño psicológico

Las siguientes valoraciones están basadas en indicadores de conducta, afectivos y cognitivos, evaluados tomando como criterio el último mes. La Tabla 2 a continuación, ilustra los indicadores comportamentales en una escala de frecuencia (poco o ausente, ocasional y muy frecuente).

Tabla 2. Indicadores de desempeño psicológico de la muestra evaluado través del SBAS

Nº. de Variable	Variable Conductual	Poco o ausente %	Ocasional %	Muy frecuente %
1	Tristeza	72.7	27.3	0
2	Retraimiento	77.3	13.6	9.1
3	Lentitud	54.5	18.2	27.3
4	Falta de memoria	72.7	13.6	13.6
5	Inactividad	68.2	31.8	0
6	Dependencia	72.7	13.6	13.6
7	Indecisión	63.6	27.3	9.1
8	Preocupación	40.9	45.5	13.6
9	Miedo	86.4	9.1	4.5
10	Conducta obsesiva	77.3	22.7	0
11	Ideas extrañas	72.7	27.3	0
12	Sobreactividad	81.8	18.2	0
13	Imprevisibilidad	77.3	22.7	0
14	Irritabilidad	72.7	22.7	4.5
15	Descortesía	90.9	9.1	0
16	Violencia	86.4	9.1	4.5
17	Ideas suicidas	95.5	0	4.5
18	Exhibicionismo	100	0	0
19	Consumo de sustancias	95.5	0	4.5
20	Descuido personal	77.3	13.6	9.1
21	Quejas somáticas	45.5	45.5	9.1
22	Conducta extraña	90.9	9.1	0



A partir de la presentación de estos datos, es posible destacar que en el 72% de las conductas evaluadas (16 de las 22 variables enumeradas) la presencia de ellas es poca o ausente. Sobresaliendo la poca presencia (por encima de 86%) de ciertos patrones de conducta tales como: descortesía, violencia, ideas suicidas, exhibicionismo y conductas extrañas. Esta última, por ejemplo, se define según Otero (2004) como la tendencia de la persona a comportamientos de tipo psicótico tales como soliloquios, conducta y lenguaje desorganizado, búsqueda de basura, entre otras. En este estudio, se observa que en su mayoría, las personas se encuentran en un estado de compensación y estabilidad con respecto a su enfermedad y no se evidencian comportamientos de tipo psicótico en el transcurso del último mes al momento de la medición. Hallazgos semejantes se pueden observar en los estudios de Otero (2004), Otero y Rebolledo (1993) y Pereira, Inglott, Trujillo y Díaz (1995).

Con respecto al autocuidado, se observa que en general, la muestra posee adecuadas destrezas (77.3% refiere ningún problema de descuido personal), aspecto esencial dentro de las actividades de vida diaria. Esto podría reflejar una buena asimilación de conductas posterior al entrenamiento en habilidades al cual es sometido el/la usuario (a) en su proceso rehabilitativo intrahospitalario, lo que garantiza un funcionamiento adaptado y coincidente con la variable de autonomía. Recuérdense que las actividades de vida diaria son indispensables para que un individuo posea una mínima competencia social (Vena, De Viedma & Cañamares, 1997).

En términos afectivos, sobresalen bajas puntuaciones de tristeza en un 72.7% (16 usuarios/as). Con respecto a los indicadores de ansiedad, si se realiza una integración de la categoría “alguna preocupación” con la de “preocupación extrema”, se tiene que en total un 59.1% de los y las usuarias es reportado con un grado moderado de preocupaciones en conjunto con la presencia ocasional de quejas somáticas en un 45.5%. Cualitativamente, el contenido de estas preocupaciones es relativo en áreas tales como las relaciones afectivas, interpersonales, problemas en su ocupación y salud física. Otro indicador llamativo es la elevación de los reportes de lentitud en su conducta motora (27.3% muy frecuente) lo que podría sugerir atribuirse a posibles reacciones secundarias a la medicación.

Sección C. Desempeño social

Tabla 3. Indicadores de desempeño social de la muestra evaluados a través del SBAS

Nº. de Variable	Variable social	Muy frecuente %	Ocasional %	Poco o ausente %
1	Tareas de la casa	64	36	0
2	Administración de la casa	22.7	4.5	72.7
3	Ocio y tiempo libre	82	18	0
4	Conversación cuidador – sujeto	81.8	13.6	4.5
5	Relación apoyo cuidador – sujeto	86.4	4.5	9.1
6	Relación afectiva cuidador – sujeto	81.8	18.2	0
7	Manejo de recursos comunitarios	45.5	31.8	22.7
8	Interés sociocultural	36.4	22.7	40.9
9	Relaciones interpersonales	63.6	31.8	4.5



Obsérvese que en general, el funcionamiento social de la muestra presenta una valoración de alto desempeño por parte de los entrevistados (seis de las nueve variables sociales enumeradas, para un 66% de las mismas). Sobresale la cooperación en tareas domésticas, la inversión de tiempo en ocio y recreación, interacción y ejecución de destrezas sociales, la capacidad de dar apoyo a sus otros (as) compañeros (as) de residencia. Se definen las relaciones como amistosas y afectivas en su mayoría.

Un porcentaje del 22.7% (n=5) participa en las cuestiones principales de administración del hogar. Este dato obedece a que estas labores (pagar cuentas, hacer reparaciones) son realizadas por el/la cuidador (a) o sus asistentes.

En relación con el manejo de los recursos comunitarios, los datos aparecen mayormente distribuidos. Esto se explica en función de que no todos los usuarios/as por igual hacen uso de recursos tales como administración de su dinero, de transporte público para desplazarse a su actividad laboral, o efectuar visitas familiares, comunicaciones y telefonía, esto obedece a diversos grados de autonomía y dependencia en el desenvolvimiento en el espacio comunitario.

En relación con la capacidad de la persona para mantenerse actualizada en materia de realidad social y cultural, para algunos, una medida de funcionamiento adaptativo normalizado (Frazer & Delewsy, 1985; Kayloe & Zimpfer, 1987; Moxley, 1988; Schoenfeld, Halevy, Hemly & Rufh, 1986; citados en Cendoya, Del Campo & Ruiz-Ortega, 1997). En este estudio, los (as) cuidadores (as) reportan que el 36.4% de los y las usuarios (as) (n=8) tiene interés por acontecimientos socioculturales, un 22.7% (n=5) solo ocasionalmente y un 40.9% (n=9) no se interesa en lo absoluto. Esto podría deberse en principio a los bajos grados de escolaridad que presenta la muestra.

Sección D. Apoyos al informante y características de la vivienda

Contacto de familiares con el informante

En un 68.2% de los casos, no se ha presentado ningún contacto familiar en el último mes. Estos resultados no se diferencian en gran medida de lo encontrado en el estudio de Bertheau, Garita, Pál y Salas (1996) en el cual, de la totalidad de pacientes de larga estancia en ese momento (n=359), un 67% no tenían visita por parte de ningún familiar. Cabe destacar que las condiciones de vinculación son diversas, desde usuarios (as) puestos en abandono desde épocas infantiles por parientes o instituciones, desvinculación progresiva, así como vínculos inadecuados o mediados por violencia intrafamiliar. De esta forma, según el criterio expresado por las cuidadoras, en el 90.9% de los (as) usuarios (as), el soporte y/o contención recibida proviene casi de forma exclusiva de los recursos que brindan las instituciones competentes en discapacidad y salud mental.

Contacto con instituciones sociales y de salud

Se refieren al menos a 2 o más contactos en el último mes en el 68.2% de los casos. Estos datos refuerzan el planteamiento anterior, reconocen la existencia de un seguimiento por parte de las instituciones implicadas, entre ellas el CNREE y la CCSS en la figura del Hospital Nacional Psiquiátrico, identificados por las (os) cuidadoras (es) como los principales recursos de apoyo. El contacto se define como una variable de carácter cuantitativo, es decir, al menos dos o más contactos al mes pueden estar relacionados con citas de control medicamentoso y consultas relativas al manejo de comportamiento. Se destaca que en un 54.5 % de los casos, se percibe una “ayuda considerable” por parte de las instituciones sociales y de salud implicadas en el programa y si se suma el 40.9 % que la califica como “alguna ayuda”, un total de 95.4 % valora significativamente



el aporte brindado por parte de tales instituciones. Estos datos reflejan la importancia que tiene el seguimiento y la continuidad de cuidados, para evitar fenómenos de transinstitucionalización.

Sección E. Recaídas

El 86.4% de los y las usuarios (as) (n=19) en los últimos tres meses no han tenido un reingreso hospitalario. El restante 13.6% (n=3) tienen al menos un reingreso. Esto confirma un buen nivel de funcionamiento y lapsos de relativa estabilidad en el estado de salud de las personas. Se sabe que un alto porcentaje de reingresos hospitalarios de corta duración, está relacionado con la inexistencia de un adecuado soporte residencial social, lo que limita la eficacia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitatorias (Sobrino, Rodríguez & Fernández, 1997). Empero, este fenómeno de puerta giratoria no se aprecia en esta muestra de forma contundente.

Sección F. Variables adicionales

Las siguientes variables se incluyeron adicionalmente a las contempladas en la estructura original del SBAS. Se vio la necesidad de explorar las principales inquietudes en torno al programa residencial desde la óptica, tanto del cuidador como de los beneficiarios directos.

Percepción de los usuarios (as)

Las menciones de los (as) usuarios (as) obedecen a cuestionamientos en los horarios establecidos en la residencia, en cuanto a horas de llegada, las cuales no responden a una autonomía completa en términos del manejo del tiempo. En torno a esto, una cuidadora señala que ella, al ser responsable por la integridad del usuario, no se arriesga a “ser permisiva en extremo en cuanto al uso del tiempo de los habitantes”. Se presenta malestar frente a limitaciones en cuanto al uso de servicios telefónicos, el televisor a horas fuera de lo establecido, disputas por la utilización de ciertas piezas de ropa y la cantidad de alimentación que se les provee en la residencia. Finalmente, se menciona que cuando acontece una descompensación por parte de un (a) usuario (a), se desarrolla un clima de tensión por parte del resto de usuarios de la residencia. Esta tensión también se describe en situaciones en las que un (a) residente expresa la necesidad de volver a vivir con su familia de origen o hacer un viaje a su comunidad.

El 86.4% de los y las usuarios (as) se encuentra muy complacido con el lugar donde se les ha reubicado. Independientemente de la contribución “medible” del alojamiento para mejorar parámetros clínicos, éste constituye un factor clave de la atención comunitaria y cuenta con un cuerpo de pruebas científicas razonables, así como una larga historia de desarrollo en diferentes países, con importantes cambios evolutivos en su orientación, tipología de usuarios (as) y estructuras. Así, la justificación de un programa residencial es doble: complementa la atención de salud y supone un apoyo básico para asegurar el mantenimiento de las personas en la comunidad (Caldas & Torres, 2005). Sin obviar que constituye el derecho a una vida más plena y autorealizada, en oposición a las condiciones de vida asilares, excluyentes e iatrogénicas. En comparación con la vida hospitalaria, se observa una tendencia de respuesta positiva frente a la alternativa residencial, la Figura 1 representa esta tendencia.

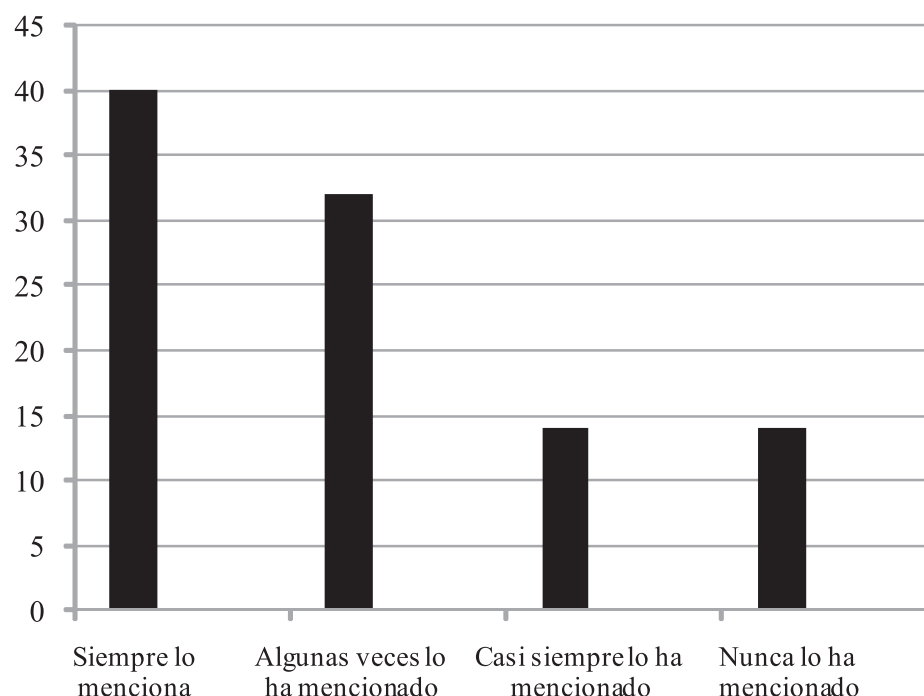


Figura 1. Nivel de agrado del usuario (a) de vivir en la residencia, en comparación a la vida hospitalaria, expresadas al cuidador (a) en el último mes

Recuérdese que esta población proviene en su mayoría de largos periodos de institucionalización. Se ha comprobado en otro tipo de estudios, que el apoyo residencial tiene mayor peso en las preferencias de los usuarios (as) (Caldas & Torres, 2005; Sobrino, Rodríguez & Fernández, 1997). Estos datos señalan que no solo es placentero vivir *per se* en este tipo de hogar, sino también, la vida hospitalaria es vista como no apta e incluso, traumática en algunos casos.

En cuanto a las relaciones con el entorno vecinal y comunitario, en el 77% de las respuestas se agruparon como excelentes, muy buenas y buenas, independientemente de ciertas actitudes vecinales negativas, en contraposición con el 23% que las califica como regulares. Se confirma la propensión y reproducción de vínculos inactivos en el 55% de los (as) usuarios (as) en fase de desinstitucionalización, esto evidencia que, de la integración comunitaria, no se deriva una readquisición de vinculación familiar. El vínculo activo adecuado, se define como aquella situación, en la cual uno o varios miembros de la familia de origen del usuario (a) le visitaban, le llamaban o enviaban algún artículo, de forma periódica; se encontró en 4 usuarios (18%) este tipo de vinculación y no fue un patrón de relación mayoritario en la población desinstitucionalizada.

Discusión

Ante la imposibilidad de generalización de los resultados, por no tratarse de una muestra probabilística, se puede establecer una caracterización confiable conservadora del grupo en cuestión. Dentro de los resultados generales llamativos, por su importancia práctica a la hora de evaluar el posible impacto en la conducta y la vida de las personas desinstitucionalizadas, se pueden destacar los siguientes puntos encontrados en las diversas secciones del SBAS:



Sin duda, la condición de analfabetismo de los (as) usuarios debe motivar procesos educativos formales de la mano a los procesos rehabilitativos intrahospitalarios, pues la ausencia de instrucción constituye una lamentable limitación para una reinserción exitosa en el plano sociolaboral. Se ha encontrado que la actitud de las personas encargadas de los usuarios (as) en las residencias es en su mayoría, una actitud de cercanía física y afectiva en la dinámica de convivencia. Por otra parte, existe en ellos (as) una conciencia significativa hacia el reconocimiento de la importancia en la medicación como apoyo facilitador en la estabilidad, prevención y mejoría frente a la enfermedad, ésta última, se percibe de curso crónico, sin que signifique una noción de no recuperabilidad, por el contrario, existe una actitud de optimismo hacia los (as) usuarios (as) en cuanto a su capacidad de adquisición de habilidades.

Es cuestionable el poco interés en que el usuario se responsabilice por su propia medicación y aprenda su autoadministración. A la larga, esto podría ser una amenaza de retroceso en el fortalecimiento de la autonomía y adherencia al tratamiento. Ello podría explicarse desde el tipo de modelo residencial supervisado, que a diferencia de los hogares unipersonales, cuentan con personas responsables de administrar la medicación.

En cuanto al desempeño psicológico, se puede observar cómo en una amplia gama de conductas existen indicadores aceptables de funcionamiento social, afectivo y cognitivo, independientemente de las características de la enfermedad.

En lo que respecta al desempeño social, se concluye que se involucra de forma significativa y regular en las principales tareas de la casa y no es competencia la implicación en aspectos administrativos de la vivienda. La interacción entre cuidador (a) y usuario (a) parece frecuente y estimulante. Con respecto al recurso comunitario, es variable el porcentaje de usuarios (as) que tienen un adecuado manejo del dinero, uso de transporte y comunicaciones, esto podría obedecer a los diversos grados de dependencia. Las relaciones interpersonales tienden a ser estables y funcionales, realizan visitas a familiares (los que poseen vínculos activos), salvo algunas excepciones, en las que se mencionan ciertas actitudes de indiferencia para con ellos (as) por parte de los vecinos. Estos hallazgos respaldan lo encontrado por algunos autores en cuanto a que es posible mantener a las personas con enfermedad mental a largo plazo en la comunidad, fuera del hospital, con apoyos específicos y diversos, así como una contención en salud comunitaria (Anthony, 1972; Cannady, 1982, citados en Farkas, 1996).

No obstante, a pesar del apoyo comunitario reportado, éste no se da con los familiares, con quienes existe muy poco contacto y por ende, poco apoyo, lo cual reproduce la desvinculación ya observada en el ámbito hospitalario; mientras se encontraron institucionalizados (as).

Desde el punto de vista evaluativo, si se toma en cuenta la satisfacción subjetiva expresada como un indicador de efectividad (López, Muñoz & Pérez, 1997), se encuentra en los (as) usuarios (as), una expresión bastante favorable en torno a las condiciones de vida de la residencia en comparación con la vida hospitalaria; un alto porcentaje se reporta como complacido en este lugar y no contemplan de manera favorable, la hospitalización permanente como forma de vida. Asociado a esto, las recaídas dentro de los últimos tres meses son mínimas, aunque esperables (13.6 %), pero con un menor período de estancia.

Esta conclusión general concuerda con hallazgos empíricos encontrados en investigaciones desarrolladas en los últimos quince años. Farkas (1996) comenta que el pronóstico habitual de las personas con enfermedades mentales de larga duración puede ser no de un progresivo deterioro entre recaídas, sino más bien, una mejoría gradual a largo plazo, una deficiencia crónica, no supone necesariamente una discapacidad para toda la vida.



Cabe destacar, que dentro de otros apoyos percibidos por parte de instituciones sociales y de salud, conformadores de red, existe una alta dependencia del HNP, específicamente del servicio de Hospital Diurno, quien a la vez se convierte en el principal soporte ocupacional de carácter protegido. Esto último no concuerda dentro de los lineamientos estipulados por Caldas y Torres (2005), los cuales son claros al afirmar que en la consolidación de una red de servicios para las personas con enfermedad mental crónica, se hacen indispensables a la hora del seguimiento integral de salud, los dispositivos de atención primaria y secundaria, así como también la oferta de opciones laborales por parte de otras instancias, tales como: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y empresa privada. De esta manera, se está frente a una experiencia de desinstitucionalización parcial, sin una conformación de servicios de salud mental intermedios, aspecto que dificulta una oferta de atención no centrada en el hospital psiquiátrico. En cuanto a este último elemento, se encuentra que los usuarios expresan necesidades laborales reales, no obstante, se enfrentan a la ausencia de capacitación y educación calificada, aspecto que limita la obtención de ocupación no protegida y eficazmente remunerada. Esto debe motivar a las instancias responsables al fortalecimiento de convenios con dispositivos de formación, como el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Ministerio de Educación Pública (MEP), fundaciones u organizaciones no gubernamentales, en el fortalecimiento de una red paralela de capacitación y formación en diversas áreas.

Por otra parte, la figura del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, como único proveedor de alojamiento residencial para estas personas puede jugar un doble rol, por un lado, es un beneficio, no obstante, una limitante, al no existir o involucrar otros proveedores. Este ente rector podría, de frente a actuales o futuras problemáticas presupuestarias no ajenas a las instituciones estatales, no contar con la capacidad de respuesta a la demanda actual, lo cual debe orientar a la búsqueda de otras alternativas.

En relación con el SBAS, se aprecia como un instrumento extenso y amplio para evaluar en profundidad, a personas que han atravesado un programa de rehabilitación. No obstante, por su extensión, se torna complejo y poco práctico para identificar áreas sensibles en menor cantidad de tiempo y con mayor eficacia. Se sugiere complementar con una adecuada evaluación de habilidades, necesidades y apoyos basados en los constructos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001), los cuales pueden servir como indicadores asociados a funcionamiento y entorno social (contextual), más que al diagnóstico psiquiátrico y la particularidad de su sintomatología, la cual es poco útil a la hora de planificar las intervenciones terapéuticas (Sandoval-Chacón, 2008).

Respondiendo al problema e hipótesis planteados en el presente estudio, se afirma que a partir de los niveles de adaptación y desempeño psicosocial observados en la muestra, se comprueba que personas en condición de internamiento prolongado, con pérdida de funcionalidad en una o varias áreas y que atraviesan por un programa de rehabilitación de mediana o larga duración, aunado a un seguimiento estable a corto y mediano plazo mejoran su desempeño y demuestran una buena funcionalidad e integración bajo un modelo residencial alternativo y reducen a la vez, costos operativos para la CCSS.

Se consideró asimismo, que los procesos de desinstitucionalización no acaban brindando un alojamiento, sino se complementan con programas de entrenamiento en habilidades y se trabaja en el fortalecimiento de los servicios de salud mental intermedios no hospitalarios, como centros de día, que prioricen el primer y segundo nivel, considerando la opción hospitalaria, como última instancia en la cadena de atención a la persona con problemas de salud mental. Se deben ir transformando



progresivamente, los servicios de larga estancia, en servicios de mediana estancia, con programas de rehabilitación que prevengan la cronicidad, el deterioro y el fenómeno de la *puerta giratoria* desde los servicios de corta estancia.

Se consideró que los problemas identificados en el presente estudio, en cuanto a la construcción y el fortalecimiento de la red de servicios alternativos a la institucionalización psiquiátrica, deberían subsanarse en apego al cumplimiento de lo acordado en Declaración de Caracas (1990, citado en OPS & Instituto Mario Negri de Milán, 1991), Ley de Igualdad de Oportunidades (1996), citada en el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial [CNREE], 1996) y Normas de Atención de la OPS (2005, citado en Caldas & Torres, 2005) con respecto a la atención de las personas con enfermedad mental en la comunidad.

Como conclusiones generales, se logra dar respuesta al problema, afirmando que el modelo de residencias privadas es una opción de integración social opuesta a la exclusión que genera la hospitalización permanente, que posibilita un desempeño psicosocial adecuado y fortalece la vida comunitaria. Esta forma de vida, logra suplir en la mayor parte de los casos, las necesidades afectivas que las familias de origen no proveen a estas personas en estado de abandono y permite migrar de un modelo basado en la asistencia caritativa asilar, hacia uno de provisión de apoyos más integral, comunitario y de vida independiente.

Es posible reforzar esta conclusión general con los indicadores de desempeño psicosocial global de los (as) usuarios (as), pues se evidencia que éste es funcional, en la medida que cuentan no sólo con un apoyo residencial continuo, sino también, un seguimiento integral de salud con apoyo en los planos farmacológico, psicológico, social y ocupacional, lo cual posibilita una aceptable integración comunitaria. Asimismo, los procesos de reinserción comunitaria son altamente necesarios para una población en crecimiento y deben ir de la mano con el desarrollo de la descentralización de los servicios de salud mental, tales como la estructuración de una red de servicios en niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, donde los EBAIS identifiquen a los (as) usuarios (as) con necesidades de salud mental y los deriven a un segundo o tercer nivel de atención. En Costa Rica, a pesar de contar con tres niveles de atención en salud, se carece de estructuras intermedias especializadas en salud mental que contengan, eviten la hospitalización y manejen el control ambulatorio del usuario (a) en la comunidad misma. Esto genera una saturación de los pocos servicios de salud mental de segundo nivel (clínicas) existentes y de las unidades de internamiento de corta estancia del HNP.

El nivel funcional actual de los usuarios (as) refuerza los hallazgos empíricos encontrados en otras latitudes: la posibilidad de mantener a personas con experiencia de largos periodos de hospitalización, viviendo en comunidad bajo un modelo familiar con bajos porcentajes de recaídas y una adecuada adaptación social (Farkas, 1996; López et al., 2005; Mazzarella & Marsh-Williams, 2005; Moreno et al., 2003; Otero & Rebolledo, 1993). Se recomienda la necesidad de prevenir la institucionalización con un trabajo eficiente en las unidades de urgencias y corta estancia, fortaleciendo programas de rehabilitación psicosocial de mediana duración, trabajo intenso en el nivel psicoeducativo con familia, entre otras medidas que han demostrado eficacia empírica suficiente.



Referencias

- Aultman, J. M. & Campos, E. C. (2004). Ethical and social dilemmas surrounding community-based rehabilitation in Costa Rica. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 8.
- Bertheau, A., Garita, -, Pál, C. & Salas, J. (1996). *Análisis de la población de pacientes de larga estancia del Hospital Nacional Psiquiátrico*. San José, Costa Rica: Unidad de Investigación, Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Blanco, C. & Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Caldas, J. M. & Torres, F. (2005). *Normas de atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Washington, EE.UU: OPS.
- Casasola R., Castro O., Elizondo C., Quesada K. & Vargas G. (2001) *Plan de rehabilitación para los usuarios (as) de larga estancia Hospital Nacional Psiquiátrico*. San José, Costa Rica: Comité de Rehabilitación HNP.
- Cendoya, M., Del Campo, M. & Ruiz-Ortega, M. (1997). Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios. En A. Rodríguez (Comp.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.248-267). Madrid: Pirámide.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (1996). Ley 7600: Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Farkas, M. (1996). *Rehabilitación psiquiátrica*. En J. Aldaz & C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. España: Siglo Veintiuno.
- Gallegos, A. & Montero, F. (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28(3), 35-30.
- López, M., Laviana, M., García-Cubillana, P., Fernández, L., Moreno, B. & Maestro J.C. (2005). Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación Psicosocial*, 2(1), 2-15.
- López, A., Muñoz, M. & Pérez, E. (1997). Evaluación de programas y servicios de rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (Comp.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.435-454). Madrid: Pirámide.
- Mazzarella, D. J. & Marsh-Williams, K. (2005). Creating a new culture. Establishing a transitional living community at a state hospital. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10 (2), 5-10.
- Montero, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., Asencio, A. & García, E. (2006) Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers. *Actas Españolas en Psiquiatría*, 34(3), 169-174.
- Moreno, B., Godoy, J., Torres, F. & López, P. (2003). Características sociodemográficas de una cohorte de pacientes esquizofrénicos del área de salud mental Granada Sur. *Psiquis*, 24(4), 178-184.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF-II)*. Madrid: IMSERSO.



- Organización Panamericana de la Salud & Instituto Mario Negri de Milán. (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación –“Declaración de Caracas, 1990”*. Washington, D.C.: OMS.
- Otero, V. (2004). *Rehabilitación de enfermos mentales crónicos: Evaluación de objetivos*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Otero, V. & Rebolledo, S. (1993). Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis*, 14(6-8), 273-280.
- Pereira, J, Inglott R., Trujillo, A. & Díaz, D. (1995). Evaluación de un programa de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos. Primera parte, nivel descriptivo. *Psiquis*, 16(8), 331–340.
- Platt, S., Hirsch, S. & Weyman, A. (1983). *Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)* (3a. ed.). Windsor, Berks: NFER – Nelson Publishing Co.
- Price, B. & Western, B. (2004). Participants' reported experiences of an Irish psychiatric residential rehabilitation programme. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 9(1), 121-134.
- Sandoval-Chacón, C. (2008). El plan individual de rehabilitación en personas con problemas de salud mental: la experiencia del Hospital Nacional Psiquiátrico, *Cúpula*, 22(1), 11-22.
- Sobrino, T., Rodríguez, A. & Fernández, J. (1997) Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas. En A. Rodríguez (Comp.), *Rehabilitación psicossocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.365-374). Madrid: Pirámide.
- Vena, J., De Viedma, M. & Cañamares, J. (1997). Actividades de vida diaria. En A. Rodríguez (Comp.), *Rehabilitación psicossocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Reseña de los autores

Carlos Sandoval-Chacón

Vecino de San Rafael de Montes de Oca, San José, Costa Rica; realizó sus estudios en Psicología en la Universidad de Iberoamérica de Costa Rica (UNIBE), donde obtuvo el grado de bachiller y máster en Psicología Clínica. Su licenciatura la obtuvo en la Universidad Fidélitas de Costa Rica. Labora como psicólogo clínico en el Hospital Nacional Psiquiátrico, es profesor investigador del Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas (CIPA) de la Universidad Católica de Costa Rica.

Gustavo Canales-Viquez

Vecino de Tejar del Guarco, Cartago, Costa Rica; realizó sus estudios en Psicología en la Universidad de Iberoamérica de Costa Rica (UNIBE), donde obtiene el grado de bachiller y máster en Psicología Clínica. Su licenciatura la obtuvo en la Universidad Fidélitas de Costa Rica; es estudiante de la carrera de Investigación Criminal y Seguridad Organizacional, Colegio Universitario de Cartago (CUC). Labora como psicólogo clínico en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en el Servicio de Psiquiatría, ha laborado para el Hospital Clínica Bíblica y Hospital Nacional Psiquiátrico.

