

SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y SALUD PÚBLICA. UNA RESEÑA DEL PROCESO PARA EL PASAJE DEL MANICOMIO BIOMÉDICO, A UNA ÉTICA DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA: EL CASO DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DR. ROBERTO CHACÓN PAUT, CARTAGO, COSTA RICA, 1952-2022

Molina, Melissa^{1,2,3}; Núñez, Jorge Luis^{1,2,3}; Sánchez, Adriana⁴

¹ Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, Cartago, Costa Rica.

² Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

³ Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, Cartago, Costa Rica.

⁴ Escuela Historia - Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

✉ adriana.sanchez_1@ucr.ac.cr

Enviado: 07/05/2022; Aceptado: 08/02/2023

DOI: <https://doi.org/10.15517/es.2023.55395>

Resumen

Se discute el abordaje sobre el sufrimiento psíquico que presentan los pacientes que se atienden en el Centro Diurno para la Salud Mental. El escrito se apoya en un proyecto que se denomina “Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut”, que fue presentado a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en el año 2021. Este fue elaborado por dos médicos psiquiatras en conjunto con una serie de especialistas de la institución. En su gestión, participó personal de psiquiatría, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social y terapia ocupacional. Para comprender el surgimiento de esta iniciativa en el contexto actual, es necesario realizar una discusión epistemológica, ontológica y ética respecto a las políticas en salud pública y las prácticas para la atención clínica, en Costa Rica y en otras partes del mundo, así como, un debate sobre distintos enfoques, tales como el biomédico intervencionista, la antipsiquiatría, la psiquiatría comunitaria y el psicoanálisis. En este caso, se defiende una visión integral acerca del sujeto, atendiendo a sus necesidades, a sus relaciones sociales, así como, de sus condiciones materiales y subjetivas de existencia, de manera que se opta por entender su padecimiento, desde el espacio más cercano a su vida cotidiana: la comunidad. Con esto se procura aportar a las discusiones sobre las condiciones que promueven bienestar y malestar psíquico, la historia de la institucionalidad psiquiátrica, el abordaje clínico y la atención comunitaria en salud mental. Este artículo forma parte de una investigación sobre la historia del hospital, que se realiza en conjunto con la Universidad de Costa Rica (UCR) y con la CCSS, y de manera específica, en el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) y el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, respectivamente. El mismo se basa en una metodología que integra revisión de literatura científica, análisis del discurso de hemeroteca, sistematización de documentos de archivo y entrevistas.

Palabras clave: Salud pública, Salud mental, Psiquiatría comunitaria, Desigualdades sociales, Costa Rica.

MENTAL SUFFERING AND PUBLIC HEALTH. A REVIEW OF THE PROCESS FOR THE TRANSITION FROM THE BIOMEDICAL ASYLUM TO AN ETHIC OF COMMUNITY CARE: THE CASE OF THE DR. ROBERTO CHACÓN PAUT NATIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL, CARTAGO, COSTA RICA, 1952-2022

Molina, Melissa^{1,2,3}; Núñez, Jorge Luis^{1,2,3}; Sánchez, Adriana⁴

¹ Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, Cartago, Costa Rica.

² Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

³ Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, Cartago, Costa Rica.

⁴ Escuela Historia - Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

✉ adriana.sanchez_l@ucr.ac.cr

Submitted: 05/07/2022; Accepted: 02/08/2023

DOI: <https://doi.org/10.15517/es.2023.55395>

Abstract

In this paper, we make the discussion about the approach to mental suffering presented by patients who are treated at the Day Center for Mental Health. The brief is based on a project called “Specialized Community Care Device of the Dr. Roberto Chacón Paut Hospital”, which was presented to the Medical Management of the Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) in 2021. This was developed by two psychiatrists in conjunction with a number of specialists from the institution. In its management, had have participated psychiatry, nursing, psychology, nutrition, social work, and occupational therapy professionals. To understand the emergence of this initiative in the current context, it is necessary to conduct an epistemological, ontological, and ethical discussion regarding public health policies and practices for clinical care, in Costa Rica and other parts of the world, as well as a debate on different approaches, such as interventional biomedical, antipsychiatry, community psychiatry and psychoanalysis. In this case, an integral vision is defended about the subject, taking into account its needs, its social relations, as well as its material and subjective conditions of existence, so that it chooses to understand its suffering, from the space closest to its daily life: the community. This aims to contribute to the discussions on conditions that promote well-being and psychological distress, the history of psychiatric institutionalization, clinical approach, and community care in mental health. This article is part of research on the history of the hospital, which is carried out in conjunction with the University of Costa Rica (UCR) and the CCSS, specifically at the Social Research Institute (IIS) and the Dr. Roberto Chacón Paut Hospital. It is based on a methodology that integrates a review of scientific literature, an analysis of the discourse of the newspaper library, and interviews.

Keywords: Public health, Mental health, Community psychiatry, Social inequalitiesm Costa Rica.

1. Introducción

Este escrito se basa en una investigación que realiza una indagatoria respecto a las instituciones dedicadas a la atención de la población en situación de sufrimiento psíquico y social. La misma se basa en el estudio de caso del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut y su respectivo Centro Diurno (1951-2022). La justificación para la elección de este nosocomio como objeto de estudio, radica en que este es el menos conocido de los dos hospitales públicos, que tienen el estatus de hospitales nacionales psiquiátricos en Costa Rica. Además, dos de las y los tres miembros del equipo laboran allí, lo que posibilita una adecuada integración, y esto es fundamental en los procesos de colaboración interinstitucional CCSS-UCR.

El objetivo de estudio consiste en: identificar los motivos implicados en el surgimiento de los nosocomios dedicados a la atención de los sujetos en situación de sufrimiento psíquico, que han sido diagnosticados con trastornos psiquiátricos y mentales, así como, asir las etapas y el contexto histórico que posibilita el origen y la consolidación de las distintas prácticas de tratamiento, rehabilitación y cuidado a lo largo de su existencia. Con esto se procura aportar a la discusión sobre las relaciones entre el Estado social, las condiciones del bienestar, así como, de los malestares psíquicos, el adentro y el afuera de la institucionalidad psiquiátrica, la práctica clínica y de la comunidad donde esta se integra.

La temática de estudio incorpora temas históricos, políticos, médicos, sociales y clínicos desde una perspectiva transdisciplinar. El equipo de investigación tiene formación en Historia, Medicina, Psiquiatría y Psicología, a lo que se suma un asistente con estudios en Enfermería. Existe un trasfondo, que son los nexos entre la casuística y los factores conceptuales que intervienen en la producción del malestar psicológico, lo cual se atiende en relación con las prácticas clínicas, que se establecen institucionalmente, como una de las vías que las sociedades y los Estados modernos han privilegiado, para producir bienestar. Las cuales se ven afectadas e incluidas por paradigmas teóricos, directrices internacionales y acuerdos interinstitucionales y con organismos no gubernamentales, que varían en las relaciones espacio temporales.

La CCSS se posiciona como la institución responsable de la prevención, la promoción y la atención de la salud pública en Costa Rica, lo cual es un derecho humano. Su atención ha tenido un recorrido, basado en la atención institucional hospitalaria, que se reducía a la farmacoterapia, virando, en décadas recientes, a un paradigma basado en una atención, que se procura integral. Con el objetivo de descentralizar la atención en los hospitales psiquiátricos, mediante el rescate de los derechos individuales de las personas, se propuso la Declaración de Caracas (1990), como una propuesta de atención de la salud mental, desde un paradigma que rompe con la atención centrada en la reclusión, el internamiento y la medicación del sufrimiento psíquico humano.

Tiempo después, el 11 de marzo del año 1997, en el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, se fundó el Centro Diurno para la Salud Mental, como parte del Proyecto de la Propuesta Organizacional para la Reestructuración de los Servicios. La desmanicomialización y la reforma psiquiátrica influyen también a Costa Rica, donde a partir de políticas en salud mental internacionales y nacionales, de movimientos sociales, de movimientos colectivos de trabajadores, de la defensa de derechos humanos y de la evolución científica permitieron una transición histórica y clínica hacia un modelo psiquiátrico inicialmente rehabilitador y posteriormente comunitario. En la actualidad, existe una demanda sin

precedentes, en los servicios de salud mental de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Eso produce, por un lado, la inquietud respecto a los factores que inciden en el sufrimiento humano grave. Por otro lado, le generan a la institución, a las personas profesionales y las organizaciones versadas en el tema, una coyuntura propicia para analizar sus políticas de atención, con el fin de mejorar la prestación de los servicios, de manera que se trabaje para mejorar las condiciones de vida de las personas.

2. La investigación

La propuesta de investigación es interinstitucional y, por tanto, hubo un proceso de aprobación del proyecto en el IIS y en el CEC de la UCR, que lo remitió al CEC del Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) que es el ente especializado. De manera paralela, se hizo el proceso de acreditación al Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS), a inicios de la pandemia, entre los meses de marzo y mayo del 2020, lo cual fue un reto, dado que apenas iniciaban los procedimientos para hacer trámites por la vía virtual.

Respecto a lo último, investigar en tiempos de pandemia en contextos hospitalarios, ha implicado una serie de consideraciones metodológicas importantes. En el caso de las y los trabajadores de la CCSS y del Hospital, estos debieron realizar una labor en primera línea de atención, expuestos a riesgos, con frecuentes manifestaciones de alerta, desgaste y confusión. De manera que, fue necesario hacer pausas en el trabajo de campo y complementar con la revisión de archivos digitales y de hemeroteca, en los momentos en los que se implementaron las medidas sanitarias más restrictivas.

El estudio se basa en un proceso de selección y de triangulación de las fuentes, atendiendo a los cambios y a las continuidades, en el modelo de atención de la salud pública, así como, en la institución psiquiátrica¹.

La revisión de antecedentes sobre el tema, involucra las publicaciones efectuadas por el personal de salud, que hacen referencia a la fundación del nosocomio, así como, los discursos políticos y los informes de las Juntas de Caridad y de Protección Social. Esta información está disponible en el Archivo Nacional de Costa Rica, en los centros hospitalarios, en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), en los archivos y en las bases de datos del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI), así como, el Sistema Nacional de Bibliotecas (SINABI).

Con el fin de realizar la contextualización, se analizaron las políticas en salud mental de Costa Rica en el siglo XX, se visitaron las bibliotecas del Hospital Nacional Psiquiátrico, así como, del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), y se cuenta con un archivo documental digital y físico, que contiene todas las políticas en la materia. Se realizó la búsqueda y la sistematización de las leyes, los decretos y reglamentos, disponibles en las bases de datos del Sistema Costarricense de Información Jurídica y en la Colección de Leyes, Decretos y Reglamentos en el SINABI. Y se estudiaron los Informes de Dirección del Hospital Manuel Antonio

¹Existe una serie de publicaciones que se está trabajando de manera paralela. A este documento se le suma un artículo teórico y un escrito ético metodológico, los cuales complementan la publicación del libro sobre la historia del hospital y del centro diurno, que es el resultado principal de la investigación.

Chapuí, el archivo del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut y está pendiente la búsqueda en el de la Junta de Protección Social (JPS).

Además, se hizo revisión del archivo del hospital. En este hay documentos aproximadamente desde 1989 hasta la fecha. Los mismos están dentro del nosocomio, en un lugar que antes se usó para albergar pacientes. El archivo se compone de una serie de cajas clasificadas por los siguientes temas: dirección médica, psiquiatría, enfermería, trabajo social, psicología, recursos humanos, Centro Diurno. Esta investigación se concentra en la Dirección Médica, dado que esta centraliza la correspondencia más importante con las distintas unidades. Hasta la fecha se han consultado 100 cajas y se han tomado cientos de imágenes, de decenas de documentos, que en este momento se encuentran resguardados en dos sitios electrónicos: un archivo de Drive protegido y en la nube. Y clasificados por temas.

También se ha realizado la revisión de los documentos de hemeroteca, que básicamente consiste en artículos de periódico, disponibles en la base de datos que se titula Prensacr.info. A diferencia de la base de datos de SINABI, esta plataforma permite hacer búsquedas por palabra clave. Con base en esto se seleccionaron y se sistematizaron todas las noticias que cumplen los criterios de inclusión para hacer una interpretación histórica acerca de la trayectoria del HDrRChP: 1) Que se informe de discusiones políticas institucionales 2) Que se haga mención de actores y actrices involucrados en la creación del nosocomio 3) Que su lectura permita entrever conflictos y posiciones en relación con las decisiones sobre las prácticas clínicas o las políticas en salud mental y 4) Que se refiera particularmente a este hospital.

En el estudio se descartó la revisión de expedientes, pues la historia clínica y personal de los pacientes excede el objetivo de la investigación, mismo que se concentra en las políticas públicas y la perspectiva de la atención en salud. Por el contrario, las memorias del personal y de los pacientes son el eje central alrededor del cual giran la construcción y el posterior análisis de las fuentes. Con el fin de dotar de subjetividades y experiencias la historia del hospital, del centro y de sus prácticas clínicas, se está entrevistando a profesionales pensionados del hospital, a trabajadores con amplia trayectoria y a personas que están involucradas en la desmanicomialización y en la creación del dispositivo comunitario. Hasta la fecha se ha gestionado un total de 10 entrevistas a exfuncionarios y funcionarios: tres de estas se realizaron a dos exdirectores del Hospital, asimismo, se entrevistó a dos enfermeros, a una trabajadora social, a un técnico en terapia ocupacional, a dos terapeutas ocupacionales, y, finalmente, se realizó una entrevista a una ex administradora.

Desde el punto de vista ético, se considera que todo proyecto sobre el sufrimiento psíquico y atención clínica debe basarse en la experiencia de las personas que son sujeto de estas prácticas. Sin embargo, debido a las restricciones sanitarias, se ha postergado el proceso de las entrevistas a pacientes. Cuando se realicen van a tomarse todas las precauciones necesarias para salvar la dignidad y proteger a las personas implicadas. Con este fin, se va a hacer un encuadre grupal y una explicación en subgrupos de pacientes, diferenciado por sexos, respecto a los objetivos de la investigación, así como, de su participación en el estudio. Se les plantearía que la misma es voluntaria, anónima y que se usará un seudónimo en la entrevista. Posteriormente, se presentarán el consentimiento informado y se efectuarán las entrevistas individuales, las cuales serán transcritas y sometidas a revisión para su retroalimentación con los propios pacientes, igual que se ha hecho con funcionarios y ex trabajadores del hospital.

3. Discusión

3.1. Los orígenes del nosocomio

En la entrada del edificio central del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, una placa reza: “Sanatorio Dr. Roberto Chacón Paut. Junta de Protección Social. Inaugurado con motivo del Congreso Centroamericano de Panamá de Psiquiatría”. La condecoración fue instada el día 7 de diciembre de 1952 y según Jiménez [22], el evento en cuestión fue muy concurrido.

El sitio le debe su nombre al galeno que le dedicó toda su vida profesional al servicio de la psiquiatría, el Dr. Roberto Chacón Paut, quién fue el ideólogo de la edificación de una granja agrícola, en contraposición al modelo hospitalario, que era el prevaleciente en San José, con el Asilo Chapuí. El día 8 de mayo de 1950, la JPS, adquirió un terreno en las antiguas instalaciones del Colegio Latinoamericano Adventista (1920-1930), con el fin de construir un anexo al Hospital Dr. Manuel Antonio Chapuí, con el objetivo de realizar labores de rehabilitación laboral por medio de una finca, para contribuir a resolver el hacinamiento en las instalaciones en Pavas.

El lugar elegido para la instalación del nosocomio quedaba en San Ramón de Tres Ríos, en un lugar con baja densidad de población. Antes había sido ocupado por el Colegio Adventista, pero lo abandonaron, tras considerarlo inhabitable para fines educativos, porque en esa época, el área estaba bastante poblada de vegetación y bosque, lo que aumentaba la sensación de frío:

Esas instalaciones eran de un colegio Adventista. Ellos construyeron esas instalaciones para traer centroamericanos, pero se lo llevaron para Alajuela, dado que todos eran centroamericanos, porque lugar era tan frío, (como le digo, el cambio climático, se siente incluso de la década de 1980), que los estudiantes se quejaban mucho, así que los movilizaron y quedaron esas instalaciones disponibles. Por la saturación del San Juan de Dios, trasladaron a los pacientes para ahí, pero solo los más funcionales [15].

Cabe discutir la decisión de ubicar el Hospital en una finca que antes fue abandonada por considerarla inhabitable, para ser un Colegio Adventista, por cuestiones climáticas. De esta manera, fue adquirido por parte de la Junta de Protección Social (JPS) por la suma de un simbólico colón. Aun así, se decidió que la finca podía servir para el asilo de personas con diagnósticos mentales. Es todo un tema, la historia de las discusiones acerca del tratamiento de la locura en relación con el clima y el ambiente.

Por su ubicación en San Ramón de Tres Ríos, el sitio resultaba adecuado para aislar con respecto a la comunidad. Recordemos que el otro centro de asilo de esta magnitud, radicaba en el corazón de la ciudad, en San José, en las cercanías del Hospital San Juan de Dios. Por otra parte, existe una visión sobre la sanación de la locura, en la perspectiva cuáquera, que plantea que esta se debe a las afecciones causadas por la sociedad, y que, en la cercanía de la naturaleza, es posible aliviar las penas que la producen [18].

Por eso es necesario reflexionar sobre el encierro. Sin embargo, este tema no está exento de contradicciones, dado que, a su vez, esta era una finca abierta. Nos referimos a la época de la finca agrícola, entre 1950 y 1970, cuando el inmueble pertenecía a la JPS. En las entrevistas ha surgido el tema de que en esa época las personas asiladas conviven con el personal de la época y eran tiempos

de relativa buena convivencia. En el sentido que los pacientes realizaban labores muy importantes en beneficio de hospitales y de otros centros de asistencia.

Cabe subrayar el hecho de que se decidiera trasladar a pacientes psiquiátricos a un espacio que fue declarado inhabitable para estudiantes, así como, para el personal de educación y religioso. Así como, que se instale un hospital, en un espacio que fue construido para otros fines. Lo cual posibilita la siguiente pregunta: ¿cuál es la función activa de la comunidad para prevenir o atender este sufrimiento?

3.2. La instalación del Hospital en la CCSS

En la década de 1970, hubo cambios muy importantes en la CCSS. Se considera que con la Ley No 4646 de 20 de octubre de 1970, hubo cierto retroceso respecto al principio de la autonomía, en buena parte de las instituciones, puesto que se depositó en el gobierno central, la elección de las presidencias ejecutivas de organizaciones, tales como la de esta institución. Un informe de la Procuraduría General de la República estableció: “es fundamental observar que a diferencia de los directivos de la institución, el Presidente Ejecutivo puede ser removido libremente, lo que significa un mayor grado de sujeción a quien lo ha nombrado” [40, p.3].

Sin embargo, el año de 1976 fue el año de la plena integración hospitalaria. Aunque hubo protestas respecto a integrar a algunos de los hospitales de la JPS, la CCSS asumió la administración del Hospital Psiquiátrico Dr. Manuel Antonio Chapuí y el que fuera su anexo, el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut. Este proceso concluye en 1977. Luego, en 1978, se hizo el traslado de los centros de salud a la CCSS. Costa Rica fue entonces la sede de la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Para ese momento se dio un proceso de universalización por medio del cual se logró una cobertura del 86% de la población nacional y se hizo una serie de cambios estructurales, en materia de fiscalización, regionalización, pensiones, así como, de una serie de reformas establecidas en el convenio CCSS-BID [10]. Es en ese contexto, que en el año de 1977, el Hospital fue trasladado de la JPS a la CCSS. En ese entonces el hospital contaba con 370 camas [39].

En las entrevistas realizadas en esta investigación, ha surgido el tema de que en tiempos de la granja, las personas asiladas convivían con el personal a cargo y que eran tiempos de relativa libertad. Por lo menos, eso es lo que se sostiene desde la perspectiva de la memoria institucional. En relación con el trabajo, las y los habitantes realizaban labores centrales, en beneficio de los hospitales y de otros centros de asistencia. Esto continúa por algunos años, incluso cuando el inmueble fue trasladado de la JPS a la CCSS, pero luego se dejó de hacer, debido a que años después del traslado a la CCSS, en 1984, inicia el “canje” de pacientes, que consiste en enviar los pacientes “orgánicos”, con situaciones más graves al Chacón Paut y los más “funcionales” al Hospital Dr. Manuel Antonio Chapuí. Esto imposibilita seguir con la granja, misma que a la larga fue ocupada por vecinos que hicieron un barrio en buena parte de los territorios de la finca, pues era de una extensión de miles de hectáreas [13, 14].

En este momento histórico, a pesar de ciertos intentos que hubo, por iniciar con un proceso de rehabilitación, al abrir el hospital granja, en la década de 1950, la psiquiatría todavía presentaba grandes contradicciones. Por ejemplo, las jerarquías institucionales realizaron un canje de pacientes (entre más “funcionales” y menos “funcionales”) lo que evidencia en cómo se comprendía a nivel clínico y científico a una persona con diagnóstico de enfermedad mental, asimilable al modelo mecanicista.

Esto profundizó el modelo manicomial, intensificando las dinámicas de violencia institucional. Con lo cual, hubo un retroceso en la calidad de la atención a los pacientes hospitalarios, pues se fue desapareciendo la granja agrícola, y el Hospital de Pavas trasladó a los pacientes con mayor grado de deterioro hacia Tres Ríos, lo cual inició una época muy difícil para los pacientes y funcionarios. Según cuentan las personas entrevistadas, en las décadas de 1970 y 1980, hubo un retroceso muy grave, en materia de derechos humanos, y los pacientes estaban encerrados y hacinados, eran bañados con mangueras, se utilizaba un lenguaje carcelario e incluso, inhumano para hacer referencia a las instalaciones, tal como “jaulas” y “celdas”. Había situaciones de maltrato hacia las y los pacientes, así como, sobre medicación con psicofármacos de primera generación, con grandes efectos secundarios. Algunos de los cuadros que presentaban los pacientes se debían a los procedimientos médicos prevalecientes en aquella época:

Ya no era un hospital psiquiátrico, porque los diagnósticos eran de síndrome cerebral orgánico, como lo que les ponían a todos era retardo mental severo o moderado, muchos de estos, producto de las lobotomías, literalmente, le metían un clavo por los ojos y por eso quedaban con los ojos todos hinchados, esto lo hacía el Hospital Psiquiátrico, pero esos eran los diagnósticos, o sea, no era psiquiatría, pero ahí estaban [15].

Fernández [17] sostiene que durante la Dirección del Dr. Navarrete, hubo avances importantes en materia de derechos humanos, tras un fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y este logra en 1984 la independencia del Hospital con respecto al otro Nacional Psiquiátrico. El principal corte se da entre finales de 1980 y principios de 1990, cuando se dio una denuncia por parte de algunos de los funcionarios del Hospital.

Entre varias personas trabajadoras del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, construyeron un álbum con imágenes que le dio la vuelta al país y provocó una sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, dirigida a que se erradicara esta situación y se le diera tratamiento y rehabilitación a las y los pacientes [13, 14]. En [16], se plantea que ya para ese momento existía una comisión de salud mental interna que estaba interviniendo el centro.

Un tema relevante y grave es el abandono familiar. De hecho, al consultarles a algunas de las personas entrevistadas, por el papel de las familias en estas denuncias, estas relataron que se trataba de pacientes que estaban en su mayoría en abandono. Que simplemente eran depositados allí [13, 14].

La toma de conciencia respecto a las condiciones inhumanas en las que vivían los pacientes en el manicomio, generó espacios de reflexión, la sensibilización humana y otras formas de organización laboral y política, que decantó a su vez en canalizar ese malestar, ante instituciones internacionales en materia de derechos humanos.

Así, por medio de la capacitación con algunos distinguidos anti psiquiatras y psiquiatras comunitarios que viajaron desde Italia, además de la iniciativa de algunos funcionarios, el nosocomio hizo modificaciones sobre estas condiciones de encierro. A finales de la década de 1990, se instauró el Centro Comunitario, dirigido a atender el sufrimiento subjetivo y emocional de las personas dentro de la comunidad. Inicialmente, el centro estuvo en manos de personas que carecían de estudios profesionales en sus respectivas áreas. Por ejemplo, el área de terapia ocupacional estuvo ocupada

por personas asistentes de enfermería y otros, que decidieron innovar con tratamientos en salud mental, capacitados por estos comprometidos italianos [13, 14].

Aquí se evidencian los primeros intentos del Hospital Chacón Paut, a finales de los años ochenta e inicios de los noventa, de romper con el paradigma asilar, asistencial y manicomial, incentivando la independencia y cierto grado de autonomía e integrando a los pacientes a espacios comunitarios. Lo cual se acompaña de una reconceptualización teórica que abraza el concepto de sufrimiento psíquico, como una perspectiva que le da lugar a la singularidad del paciente.

3.3. Políticas de desmanicomialización: la perspectiva sobre el sufrimiento humano

En esta investigación se parte de una concepción del sufrimiento psíquico, lo que busca evitar la psicopatologización de los conflictos sociales, de la vida cotidiana y de las relaciones interpersonales. Esta acepción surge del psicoanálisis, y posibilita la atención de la salud mental de la población costarricense, con o sin, un diagnóstico psiquiátrico. Esto, en palabras de Augsburger:

Permite incorporar la dimensión subjetiva del padecimiento, dimensión sin duda ausente en la nosografía clásica. Los trabajos y las experiencias, tanto de Freud (1930), como de Clavreul (1983), o de Raimbault (1985), muestran cómo el avance del conocimiento sobre el cuerpo humano y de sus formas de reparación, no puede sustituir la percepción y expresión de un sufrimiento que se rige con coordenadas distintas de las que marca la biología, y que remiten al plano de la constitución desiderativa de los sujetos, así como a sus procesos de constitución cultural y social [5, p.5-6].

Históricamente, se ha filosofado respecto a la experiencia, el ser y el existir. El concepto de sufrimiento, decía Paul Ricoeur (2019), se distingue del dolor, en el plano fenomenológico, porque este trasciende lo físico y afecta al ser humano en todas sus dimensiones. Al margen de cualquier sentimentalismo, se reconoce que sufrir es un acto de resistencia y perseveración en la existencia. Lo cual permite comprender este padecer desde lo social, lo biológico, lo material y lo psicológico en una integridad.

Anclado a lo histórico, en la antigüedad, males como la lepra eran expulsados de las ciudades, mientras que la locura era desplazada en naves hacia lejanías desconocidas, para que, una vez perdida en la inmensidad de las aguas, esta encontrase su verdad. Es en el proceso hacia la consolidación de los estados modernos, que se delimita la creación de los dispositivos de encierro y asilo para su tratamiento. Al inicio se encontraban bajo el control de las órdenes monásticas, y su tratamiento por parte de disciplinas tales como la psiquiatría, se instaura entre los siglos XVIII y XIX. La idea era encontrar una explicación racional y una cura para la insania: la historia de las prácticas profesionales sobre la locura está ligada al espacio de encierro en el que, por algún tiempo, aquella compartió con vagos, leprosos, desempleados y criminales [18].

En la etapa higienista, de la primera mitad del siglo XX, se construyeron atribuciones de causalidad al empobrecimiento, a los problemas en ámbitos laborales como las fábricas y educativos como las escuelas, colegios y en el caso de los militares, con falta de “higiene mental”. Lo anterior, devino en una preocupación por asuntos como la salud sexual y reproductiva, los eventos alrededor del parto, las etapas de la vida, las enfermedades y los duelos, desde una perspectiva que procura predecir y

paliar el daño. Sin embargo, Ortiz [37] cuestiona las políticas de prevención del sufrimiento psíquico en el marco de la medicina que interviene y diagnóstica, y sostiene que estas prácticas producen más daños que beneficios.

Carlos Pérez [38] habla de dos fases en la era de la desmanicomialización: Al inicio, en Inglaterra, David Cooper (1931-1986) y Ronald Laing (1927-1989) promovieron la Villa 21 en Londres. El primero de ellos, de orientación marxista, propuso la Dialéctica de la Liberación en el Congreso de Psiquiatría de 1967. Laing por su parte, discípulo de Donald Winnicott e influenciado por Karl Jaspers, estableció la terapia con LSD y fundó el Kingsley Hall, la sección inaugural de la Philadelphia Association (1965).

En el mismo periodo, y con una línea semejante, pero en Italia, Franco Basaglia (1924-1989) promovió la psiquiatría democrática, basada en el dismantelamiento de la infraestructura psiquiátrica, la desinstitucionalización del tratamiento de las alteraciones mentales y en la búsqueda de alternativas al encierro y a la medicación forzada. Con este objetivo, Basaglia dirigió en Gorizia (1962-1968) y en Trieste (1971-1979), los primeros centros de actividad social distintos al dispositivo manicomial u hospitalario. De esta experiencia se desprende que en 1978, el Congreso de Italia aprobó la Ley 180, tendencia emulada por otros países tales como Inglaterra, Escocia y Gales. Esta legislación transforma el tratamiento en un derecho, antes era para prevenir a la sociedad de la peligrosidad. Además, que establece la voluntariedad del mismo, elimina los hospitales psiquiátricos.

En América, la primera fase de desmanicomialización, fue proseguida por una era de conservadurismo y hegemonía psiquiátrica tradicional, por parte de los equipos interdisciplinarios en los hospitales psiquiátricos, en la era de Reagan (1980-1988), marcada por elementos tales como el neoliberalismo, el totalitarismo, las dictaduras latinoamericanas y el integrismo católico, las cuales provocaron un retroceso de tres décadas en esos movimientos de liberación [38]. En 1975, con la publicación del DSM III, se dio un giro hacia la conceptualización del sufrimiento psíquico como una enfermedad somática. Lo cual se vincula con la perspectiva de la medicina basada en la evidencia que va de la mano con la psiquiatría biomédica, utilizadas para evaluar cuantitativamente los programas preventivos en salud mental. Esta es una política de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que busca reducir la prevalencia de los trastornos mentales en la población, dirigida a la gente común, como, de forma selectiva, a sujetos con “factores de riesgo” psicológico, social o biológico. Esta última ronda el 3,4% de la población, y se basa en la lectura de los signos como síntomas prodrómicos de un trastorno mental y marcadores biológicos [37, p.181].

A propósito, Lentini [24] señala que durante el siglo XX prevaleció un modelo deficitario acerca de las discapacidades, y propone deconstruir el discurso biomédico psiquiátrico, acerca de los “trastornos mentales”. Sostiene que debe “desmontarse los supuestos biologists y organicistas”, para desnaturalizar la medicación y el estigma de las personas en situación de sufrimiento grave con afecciones de índole psicológica y emocional [41].

El retroceso manicomial en la historia costarricense de los hospitales psiquiátricos en las décadas de 1970 y de 1980, confluye con la influencia de la psiquiatría estadounidense y las políticas neoliberales. En esta época se gesta en nuestro la inauguración del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí en Pavas, donde existía un interés en fundar un nosocomio universitario, influido por la psiquiatría descriptiva categorial. Pero donde se continuaba percibiendo, desde la atención clínica,

al paciente como una persona sin poder de opinión y decisión sobre su propia atención médica psiquiátrica.

Esto conlleva a discutir con Antonio Gramsci (2011) los conceptos de hegemonía y contrahegemonía. Los grupos subalternos pueden posicionar demandas de diversa índole. A su vez, estos deciden entre adherirse a formaciones políticas preexistentes o proponer reivindicaciones propias. Las cuales, a su vez, podrían institucionalizarse y pasar al orden oficial. El cual origina nuevas organizaciones políticas, dirigidas a contener, controlar e imponer el consenso en los sectores subordinados. Los grupos subalternos, a su vez, pueden tener sus propias organizaciones en función de demandas específicas, de autonomía, aunque dentro de los viejos marcos, o bien, de autonomía radical.

El tema de la autonomía es fundamental y es posible que este haya sido el principio más lesionado por las prácticas del internamiento manicomial. Muchas personas han sido internadas, sujetas y expuestas a tratamientos que buscaban reducir su personalidad y todo el complejo sistema de pensamiento, acción, decisión e identidad: la lobotomía, el electroshock, la castración, la sobremedicación y otras violencias contra el cuerpo y el ser, que forman parte de la historia de los tratamientos con los que experimentó la medicina en el siglo XX.

Incluso, los estados dictatoriales utilizaron estos supuestos tratamientos como métodos de tortura [7]. Fueron los nietos de las víctimas de estos sistemas, quienes lideraron la creación de alternativas y revoluciones desmanicomiales [38]. Liberada del fascismo, en Italia, surge uno de los representantes más importantes de la antipsiquiatría, Franco Basaglia [6]. Estas perspectivas tuvieron una influencia muy importante en Costa Rica y específicamente, en la reestructuración del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut.

La reforma psiquiátrica italiana tuvo una influencia directa en la estructuración del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, para darle lugar a los derechos humanos de las personas institucionalizadas e impulsar el cambio de modelo de atención. Las personas que consultan en servicios de salud mental constituyen sujetos con un horizonte de autonomía y pueden contribuir a transformar las condiciones en las cuales se les brindaban los tratamientos. Por ejemplo, por mecanismos tales como la denuncia de casos de maltrato, de protesta por los tratamientos cuando les son impuestos, así como, de otras estrategias para posicionar la justicia social en términos de acceso a distintos modos de tratamiento.

Cabe subrayar, respecto a los apartados anteriores, que el proceso de desmanicomialización, ha sido efectuado por una serie de profesionales, en equipos interdisciplinarios e interinstitucionales, y que estas mismas personas relatan, que una de las mayores dificultades ha sido el abandono por parte de las familias, de muchas y muchos de los pacientes que estaban asilados en “larga estancia”. Actualmente, el hospital solamente atiende a pacientes en condición de agudos, por períodos determinados, y esto solo es posible si la misma es que se complementa con la práctica del Centro Diurno, que funciona mediante la escucha terapéutica, lo cual, aspira a contribuir por restablecer o fortalecer el lazo social comunitario (2013-2022).

4. Resultados

4.1. Surge el Centro Diurno

El 23 de enero de 1995, por medio de un Decreto Presidencial y del Ministerio de Salud 23984-S, se estableció la necesidad de una transformación en el país en materia de políticas en salud mental y de un control de la atención psiquiátrica de la mano con el respeto a los derechos humanos. El mismo decreto estableció que debía reservarse el 5 % de las camas en los hospitales para la atención de estos padecimientos [17].

Es posible cuestionar que el malestar psicológico se asociara con el porcentaje de camas utilizadas en el tratamiento de las enfermedades biomédicas o bien, a la versión intra hospitalaria, antes que comunitaria del tratamiento. A esto se suma que en los documentos que establecen la creación del centro diurno, se obvió incluir consideraciones respecto a la conformación profesional de quienes laboran en el centro, produciendo un retroceso en la atención, pues se depende de acciones tales como el voluntariado [17].

El Centro Diurno fue inaugurado el 11 de marzo de 1997, como parte de la Red Modular establecida con el Proyecto de Reestructuración de los Servicios de Atención en Psiquiatría del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut. Se localiza en el Centro de Tres Ríos, a una distancia aproximada de 3.8 km. Las instalaciones actuales son adecuadas, pero pueden mejorarse en varios sentidos. Existen de parte de la CCSS proyectos de infraestructura a futuro, y por parte del equipo de investigación, se cuenta con iniciativas comunitarias tales como la pintura de murales.

En su momento, el centro diurno tuvo como objetivo: brindar a las personas diagnosticadas con psicopatologías médicas y psiquiátricas, así como, a sujetos con discapacidad cognitiva del cantón de Tres Ríos, una oportunidad de integración social con la comunidad. Al inicio, contaba con los servicios de personas profesionales en terapia ocupacional, psiquiatría, administración y secretaría. Además de un grupo de 15 personas voluntarias de la comunidad [9].

El contexto internacional es la Declaración de Caracas (1990), determinado como:

Un movimiento que insta a los países a orientar sus esfuerzos hacia la reestructuración de la atención psiquiátrica, proponiendo el cambio del modelo centrado en el hospital psiquiátrico por un modelo comunitario, nuevo paradigma de la atención en salud mental. Con este fin se coordinó un grupo de trabajo y se elaboró un plan denominado Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la Salud Mental en Costa Rica, publicándose además el Decreto Ejecutivo N 20665-S [26, p.14].

En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud publicó un manual de recursos, en relación con la necesidad de establecer legislación sobre el problema de la salud mental, para que se valide y se respeten los derechos humanos, en las diversas atenciones y los dispositivos clínicos de intervención:

Es interesante señalar que, aunque alrededor del 75 % de los países del mundo tienen legislación de salud mental, solamente la mitad (el 51 %) tiene leyes aprobadas después de 1990 y casi un sexto (el 15 %) tiene legislación que data de antes de la década

de 1960. Por ende, la legislación de muchos países está desactualizada y, como se ha dicho antes, en muchas instancias priva a las personas con trastornos mentales de sus derechos, en lugar de protegerlos [30, p.1].

Pese a las potenciales contradicciones que se pueden presentar entre las legislaciones en salud mental en diferentes contextos sociales de distintos países, la OMS rescata que:

La necesidad de legislación de salud mental surge de la creciente comprensión de la carga personal, social y económica que significan los trastornos mentales en todo el mundo. Se estima que casi 340 millones de personas sufren de depresión, 45 millones de esquizofrenia y 29 de demencia. Los trastornos mentales representan una gran proporción de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (AVPPD), y se predice que esta carga aumentará significativamente en el futuro [30, p.1].

Más específicamente, se aborda la importancia de que las políticas que se establezcan en materia de salud mental se orienten a incrementar las oportunidades para que las personas diagnosticadas con trastornos mentales puedan vivir de manera satisfactoria en la comunidad. La legislación puede respaldar este objetivo si toma las medidas necesarias a fin de prevenir la institucionalización inadecuada, así como, brindar instituciones, servicios, programas, personal, protecciones y oportunidades que permitan desempeñarse adecuadamente en la comunidad [30, p.7].

En la misma línea, la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de la OPS destaca los antecedentes de las acciones políticas internacionales, en el giro de la atención clínica de los hospitales psiquiátricos hacia las comunidades: “en la Declaración de Caracas se hace hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad” [35, p.2].

En los primeros años, únicamente se les brindaba asistencia a las y los usuarios institucionalizados del Programa de Estructuras Residenciales de Larga Estancia del Hospital Chacón Paut. Esto último fue diseñado como una estrategia para que las personas que tenían un historial de encierro prolongado en el Hospital, en la era del manicomio, tuvieran un proceso de rehabilitación psicosocial, dirigido a promover la vida en las “casitas residenciales”, con otras y otros pacientes, quienes con base en evaluaciones que eran elaboradas por medio de instrumentos sobre habilidades básicas y superiores, se consideraban con los mayores niveles de autonomía.

Para el año 2001, los objetivos de la promoción de la salud mental incluyen: rehabilitación, docencia y capacitación, investigación, atención en caso de desastres, promoción y prevención en la comunidad, así como, apoyo administrativo. Cabe reconocer el trabajo realizado por las y los profesionales en dicho contexto de cambios sociales e institucionales, sin embargo, también sería interesante evaluar cuánto impacto tuvo en la comunidad, por ejemplo, el tema de la capacitación con equipos interdisciplinarios, o bien, el tema de la promoción y la prevención en las comunidades, realizada mediante la intervención en las escuelas [9].

A casi 20 años de existencia, se ha agenciado cambios en el Centro Diurno, acorde a los lineamientos emitidos por las normativas institucionales. En la actualidad, ya no se limita a la atención asistencial

de los pacientes institucionalizados del Hospital Chacón Paut y del cantón de Tres Ríos. Tampoco responde a clínicas rehabilitadoras que educan, adaptan o regulan, sino que, al contrario, se propone como un espacio clínico comunitario que busca rescatar las potencialidades de cada sujeto desde la recuperación de la singularidad, tal y como se describe a continuación.

4.2. El centro diurno se transforma en el dispositivo

El Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada en Salud Mental (DACESM) se encarga de la atención del sufrimiento psíquico grave y de la psicopatología psiquiátrica compleja, que no se contiene en la red de servicios en salud mental (primer y segundo nivel de atención de la CCSS). El objetivo general del dispositivo consiste en brindar atención especializada en salud mental, en la comunidad, a las personas con sufrimiento psíquico y psicopatológico grave, para atenuar su sufrimiento singular, potenciando el lazo social, desde un abordaje multidisciplinario. Todo esto, desde una posición ética, de calidad, oportuna y eficiente, enmarcada en los derechos humanos.

Allí se promueve la desestigmatización y la despatologización, centrándose en la atención del sufrimiento psíquico humano, más allá de la comprensión biológica. Allí se atienden los sufrimientos graves de las personas de una manera integral, trascendiendo el reduccionismo biomédico, y posicionando una clínica integral donde los sufrimientos sociales, familiares y comunitarios de exclusión son acogidos.

El modelo de atención clínica especializada en la comunidad se establece desde una posición ética y de respeto a las decisiones de las personas. Se atiende al sufrimiento desde la construcción histórica singular que realiza el propio sujeto. Se contemplan los determinantes sociales, económicos, familiares que influyen y afectan la salud emocional de los sujetos en atención. También se procura realizar un trabajo interdisciplinario, para que las personas que son allí atendidas, tengan un papel protagónico, en relación con el bienestar de la salud de la población, desde el trabajo interinstitucional, intersectorial y familiar. Esto implica implementar importantes niveles de comunicación y llegar a acuerdos, cosa que implica retos diarios.

El abordaje del sufrimiento psíquico se comprende desde un enfoque social, psíquico y biológico. El DACESM se sustenta en una clínica basada en los derechos humanos de la Declaración de Caracas [33], de la Política Nacional de Salud Mental (2012-2021) [28], el Plan Nacional de Salud Mental (2004-2010) [27], el Plan Estratégico de la CCSS [8], así como Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 7600 [3], entre otras documentaciones ([32] y [34]). Este referente técnico jurídico de la Política Nacional en Salud Mental 2012 a 2021 planteada por el Ministerio de Salud es relevante para el proyecto de atención especializada en salud mental comunitaria, en tanto:

Propone desarrollar un modelo de salud mental que garantice este derecho a la población por medio de la acción intersectorial e interinstitucional dirigida a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción con enfoque comunitario, para mejorar la calidad de vida y el disfrute a lo largo del ciclo de vida de las personas, con base a sus condiciones de vida [28, p.10].

En el caso costarricense, la propuesta clínica involucra construir enlaces con otras instituciones, con las comunidades, con entes sociales y regionales. A la vez, la propuesta involucra trabajar con las disciplinas de la salud, haciendo puentes con otras disciplinas que permitan concebir la salud emocional, mental y conductual del ser humano. Procura integrar, en el quehacer clínico y en la investigación, a otras disciplinas tales como la historia, el arte, la antropología y la sociología.

Sobresale el concepto de lazo social, el cual, hunde sus raíces en el campo de la sociología. Para pensar las relaciones de los sujetos con la sociedad, es fundamental disolver las dicotomías entre lo individual y lo social. El psicoanálisis permite comprender el sufrimiento de un sujeto en relación con su contexto social:

Lacan presenta al psicoanálisis como un nuevo lazo social por la vía del síntoma. Si bien el síntoma ubica el fracaso del lazo social, el síntoma hace posible el vínculo social. El sujeto nace en el campo del Otro y permanece siempre ahí. El psicoanálisis demuestra que lo único que hace lazo es que el síntoma se dirige al Otro. Así, el psicoanálisis se presenta como el revés para mantener lo singular como la única posibilidad del lazo social. El discurso del psicoanálisis apunta a lo que no funciona del discurso del Amo, a lo que hace síntoma [11, p.2].

El proyecto propone implementar la escucha del sufrimiento psíquico y psicopatológico de los sujetos que lo padecen, de manera singular, con el objetivo de posibilitar un espacio clínico transferencial, con el propósito de hacer posible un tránsito del dolor, que brinde alivio desde un abordaje multidisciplinario.

El Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada en Salud Mental se compone actualmente de tres clínicas, que trascienden la atención clínica en un consultorio y que se realiza en distintos espacios: atenciones tanto individuales como grupales, domiciliarias, así como comunitarias: en el trabajo, en el lugar de estudio, en los espacios recreativos e incluso, en instancias espirituales, con el fin de potenciar la clínica en otros espacios que la persona lo necesite.

Si bien en el dispositivo se trabaja con diagnósticos psiquiátricos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, CIE-11), los sujetos atendidos, presentan un historial de recurrentes internamientos de psiquiatría en hospitales nacionales y especializados; y requieren de atenciones frecuentes e intensivas en la comunidad, que potencia una estética de existencia que logre una posibilidad de vivir desde su deseo. Desde una ética de respeto a las decisiones y derechos de las personas se plantean las siguientes clínicas [9]:

1. Clínica de intervención en crisis ambulatoria: consiste en la atención clínica integral y multidisciplinaria de crisis emocionales graves, para evitar internamientos, por medio de atenciones especializadas, oportunas y eficaces.
2. Clínica de las psicosis: atención integral con perspectiva multidisciplinaria, del sufrimiento de sujetos con un diagnóstico del espectro de las psicosis. Se atiende a personas que presentan internamientos hospitalarios recurrentes, síntomas psicóticos positivos refractarios, imposibilitados de contener o atender su malestar, en consulta externa de la CCSS.
3. Clínica de los afectos: atención integral multidisciplinaria del sufrimiento de los sujetos con

diagnósticos del espectro psicopatológico anímico, tales como: los trastornos depresivos, los trastornos afectivos bipolares y los trastornos de personalidad, con una gravedad afectación de su patología, que dificulta su atención en las consultas externas de la CCSS. Se atiende a personas que requieren de atención y acompañamiento comunitario para atenuar su sufrimiento.

El trabajo clínico está basado en la topología de sujeto de Lacan, que utiliza como metáfora la cinta de Moebius, donde lugares disímiles se encuentran desde un único sufrimiento: dos espacios diferentes se encuentran en un único lugar. Se comprende de esta manera que el sufrimiento emocional, trasciende lo individual e intrapsíquico, y se relaciona en forma directa con las condiciones sociales, económicas, políticas y estructurales de la comunidad.

La banda de Moebius es una topología que posibilita el encuentro del sufrimiento humano con el social. Esta permite transitar hacia un espacio físico en tanto transicional, basado en el concepto de objeto transicional del psicoanalista inglés, Donald Winnicott, quien dice que “el objeto transicional y el fenómeno transicional proporcionan, desde un principio, a todo ser humano algo que seguirá siendo siempre importante para él, a saber, un campo neutro de experiencia que no será puesto en duda” [23, p.265]. Allí, se posibilita que el sujeto elabore sus problemáticas subjetivas, sociales, familiares, laborales, de discriminación, y violencias, más allá del núcleo familiar, el trabajo o el consultorio, si no desde otros espacios discursivos como el arte que acompañan y posibilitan el acto creativo de cada sujeto en relación con su sufrimiento.

Sin embargo, el perfil de la población que frecuenta el centro diurno, evidencia serios retos de inclusión por parte de la sociedad costarricense, fundamentalmente, en materia de empleo. Cabe decir que el desempleo y las malas condiciones laborales, producen consecuencias adversas en las condiciones psicosociales de la población. Lo cual es congruente con los resultados de un estudio que analiza los servicios de atención pública de la salud mental en Barcelona en personas adultas, el cual sostiene que desde la crisis del 2008 se ha demostrado, que la situación socioeconómica es el principal determinante de la salud mental, lo cual tiene fuertes implicaciones en el bienestar de las personas [19]. En Cataluña se ha registrado un particular incremento en los diagnósticos de trastornos depresivos, de ansiedad y del sueño. Estos, a su vez, son frecuentes en las clases trabajadoras [25]. De manera que el trabajo en las comunidades también implica luchar por producir mejoras a nivel de las políticas educativas y laborales.

4.3. Retos a futuro

En Costa Rica existe un reto a nivel de la institucionalidad, por mejorar la asignación presupuestaria, con el fin de crear programas que atiendan la problemática de la salud mental. Esta propuesta se constituye mediante la creación de políticas de salud mental por parte del Ministerio de Salud, que analiza la coyuntura actual como un reflejo de los problemas sociales que caracterizan el presente, en vista de que Costa Rica experimenta una etapa de empobrecimiento y recrudescimiento de las desigualdades sociales. Esto expone a las personas más vulnerables a situaciones de violencia social, lo cual, a su vez, tiene semejanzas con otros países en condiciones similares:

Los trastornos mentales son cada vez más frecuentes en los países en desarrollo, como consecuencia de problemas persistentes asociados a la pobreza, la transición demográfica-

fica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, situación que acrecienta la demanda y el costo de los servicios de salud mental en general. En el mundo, actualmente se estima que hay 450 millones de personas afectadas por trastornos mentales graves. Estas afectan en mayor grado a los grupos poblacionales pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos. Por otro lado, aquellas personas que viven en países en desarrollo se ven afectados desproporcionadamente, ya que los recursos que se destinan a la Salud Mental son muy pocos [31]

Según la última Encuesta Continua de Empleo, entre febrero y abril del año 2022, en Costa Rica, había una tasa de desempleo del 13,3%. De la población ocupada, el 71% tenía seguro por el trabajo, el 9% presentaba una situación de subempleo, y el 43,8% tenía empleos informales. En la actualidad, una de cada tres personas carece de seguro social. Los problemas vinculados al empleo se expresan con inequidades basadas en el género, dado que para los hombres, la tasa es de un 10,2%, y en las mujeres, asciende a un 17,8% [20]. Una diferencia preocupante, si se considera que el desempleo también genera vulnerabilidad ante situaciones tales como la violencia en contra de las mujeres o basada en el género y las diferentes formas de discriminación social [1, 2, 4, 21, 29].

Cabe reflexionar respecto a las dificultades y el proceso que conlleva el aún incompleto cambio de paradigma de atención en salud mental hacia la comunidad, que involucra afrontar obstáculos, promover nuevos modelos, así como descolocar ciertos imaginarios ya existentes en los profesionales, la sociedad, las familias y los pacientes. En este sentido, la OPS, en una revisión de la reforma de los servicios de salud mental. A 15 años después de la Declaración de Caracas (2017), algunos países latinoamericanos plantean que:

Se debe admitir que se trata de un paradigma nuevo cuyo punto crítico reside en la reutilización de recursos, concentrados en su mayoría en los hospitales psiquiátricos. La meta establecida es crear un sistema de atención basado en nuevas acciones cuya efectividad y eficacia, altamente demostradas, garantizan la superación del modelo anterior. El periodo de transición lo es y representa una etapa de mayor concentración en el trabajo y requiere suficiente entereza para afrontar nuevas dificultades, críticas y cuestionamientos de colegas, vecinos y, a veces, de los propios familiares que no entienden por qué ya no se interna su paciente en un hospital psiquiátrico [36, p.104].

Esto sin negar la utilización de los avances neurobiológicos y el uso de psicofármacos, en tanto son conocimientos que acompañan el proceso en búsqueda del alivio respecto al dolor o al sufrimiento humano que trascienden la clínica y el tratamiento. Las reformas psiquiátricas que se han planteado con perspectiva comunitaria, buscan promover una perspectiva analítica e integradora, que posibilite una respuesta que trascienda lo individual y lo biológico, para darle lugar a lo social, desde la singularidad clínica. La ética clínica de la particularidad y la complejidad del sufrimiento psíquico, son los ejes centrales del dispositivo [9].

4.4. A manera de cierre

El martes 14 de junio de 2022, se dio una situación muy lamentable, cuando un estudiante de la Escuela Tranquilino Sáenz Rojas, fue agredido por sus compañeros. El hecho fue objeto de acciones y

denuncias por parte de organizaciones tales como el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) [12] y de varias organizaciones, algunos de cuyos representantes marcharon hacia el Ministerio de Educación Pública, con el fin de manifestarse en contra de la violencia hacia las personas con Trastornos del Espectro Autista, quienes dejaron un pliego de peticiones en manos de la Viceministra de Educación Pública.

Se considera fundamental que la academia se involucre con los problemas de la vida cotidiana que atañen a la violencia contra la población neurodiversa, en vista de que estas problemáticas generan traumas psicosociales, que pueden tener consecuencias muy graves para la vida, en el sentido amplio de la palabra. Hasta hace algunos años, las personas con autismo podrían ser objeto de encierro manicomial de por vida en Costa Rica. Hoy en día, ya no se trata este tipo de condiciones en los hospitales psiquiátricos, a menos que exista morbilidad asociada, pues se ha dado un giro importante, pero aún falta mucho camino por recorrer por la integración psicosocial y en procura del alivio del sufrimiento humano.

Ante estas circunstancias, este escrito presentó un Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, que busca atender el sufrimiento humano de una manera consciente y crítica de los problemas sociales que lo propician, de manera casuística, mediante un dispositivo de escucha clínica, multidisciplinario, búsqueda conjunta de soluciones para la vida diaria, terapia grupal, actividad física y abordajes comunitarios, mismo que apuesta por un cambio social en todas las dimensiones que producen injusticias sociales.

A la par de contribuir a la escritura de la historia institucional, un objetivo externo del estudio consiste en contribuir a la elaboración de las políticas públicas en salud mental. Con lo cual se procura contribuir a generar un fortalecimiento en la atención clínica y de los programas de salud pública, frente al sufrimiento humano en la CCSS. A propósito, se reconoce la labor del personal de salud y lo importante de que Costa Rica cuente con centros especializados estatales en la atención del sufrimiento psíquico y mental. Lo contrario, produce aún mayores desigualdades sociales y procesos de exclusión social. Sin embargo, dada la naturaleza de sus funciones, la CCSS cuenta con recursos limitados para investigar. En este caso, la vía de contribución y fortalecimiento hacia la clínica y programas, desde el punto de vista de la investigación, la cooperación CCSS-UCR es básica y fundamental.

Cabe concluir con que el Plan Nacional de Salud Mental venció el año pasado y que este es fundamental para orientar las políticas nacionales en la materia. Aunque el Centro Diurno del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut tiene presupuesto del hospital del mismo nombre, es necesario que se aumente el presupuesto dirigido a la atención del sufrimiento humano en sus múltiples grados, con el fin de evitar que se cronifiquen ciertas dolencias, y también, para mejorar las condiciones de vida de la sociedad. En este momento, ciertos indicadores evidencian que el país está en números rojos, en términos de explotación laboral, desigualdades sociales y violencia social. En ese sentido, más que un centro, debe haber multiplicidad de centros diurnos y de otras formas comunitarias de atención por todo el país, donde toda la comunidad participe y también, es fundamental que las municipalidades se integren con la CCSS, de manera más contundente, en la atención de este tópico. Finalmente, se considera fundamental la integración transdisciplinar pero también, multiparadigmática.

Referencias

- [1] Asamblea General de las Naciones Unidas. *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. 1979.
- [2] Asamblea Legislativa de Costa Rica. *Ley 7499*. Version del 2 de mayo de 1995.
- [3] Asamblea Legislativa de Costa Rica. *Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 7600*. 1996.
- [4] Asamblea Legislativa de Costa Rica. *Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres, no. 8589*. Version del 25 de abril de 2007.
- [5] Ana Cecilia Augsburger. “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología”. En: *Psicología & Sociedade* 16.2 (mayo de 2004), págs. 71-80. ISSN: 0102-7182. DOI: [10.1590/S0102-71822004000200009](https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000200009).
- [6] Franco Basaglia et al. *Psychiatry inside out: Selected writings of Franco Basaglia*. Columbia University Press, 1987.
- [7] G Bregain. *Para una historia transnacional de la discapacidad. Argentina, Brasil y España Siglo XX*. CLACSO, 2022.
- [8] Caja Costarricense de Seguro Social. *Fortalecimiento de Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico*. 2016.
- [9] Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de Procedimiento: Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada en Salud Mental (DACESM) del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut*. 2021.
- [10] Caja Costarricense de Seguro Social. *Memoria Institucional*. 1978.
- [11] María Hortensia Cárdenas. “Formas singulares de lazo”. En: *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana* 19 (2009).
- [12] Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (Costa Rica). *Pronunciamento*. 2022. URL: <https://conapdis.go.cr>.
- [13] *Entrevista 1*. Comunicación personal. 2021.
- [14] *Entrevista 2*. Comunicación personal. 2021.
- [15] *Entrevista 3*. Comunicación personal. 2021.
- [16] *Entrevista 4*. Comunicación personal. 2021.
- [17] R Fernández. *Hospital Dr. Roberto Chacón Paut. Historia y Perspectivas*. 1997.
- [18] Michele Foucault. *La historia de la locura en la época clásica*. FCE, Mexico, 1967.
- [19] IESM-OMS. *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica*. 2008.

- [20] Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Encuesta Continua de Empleo*. 2022.
- [21] Instituto Nacional de las Mujeres (Costa Rica). *Femicidio*. <https://www.inamu.go.cr/femicidio>. 2022.
- [22] Guillermo Jimenez. “Algunos aspectos históricos del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut”. En: *Cúpula* 9.19 (1985), págs. 21-22.
- [23] J. Laplanche y J. Pontali. *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós, España, 1996.
- [24] Ernesto Lentini. “Centro de Día para Personas con Discapacidad Intelectual: Encrucijadas Actuales”. En: *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (Universidad de Buenos Aires, 28 de nov.-1 de dic. de 2018). Buenos Aires, 2018, págs. 54-57.
- [25] Jaume Martínez, Margot Pujal y Enrico Mora. “Ética del cuidado y atención pública en salud mental: un estudio de caso en Barcelona”. En: *Salud Colectiva* 17 (2021).
- [26] Ministerio de Salud de Costa Rica. *Análisis de situación de salud*. 2010.
- [27] Ministerio de Salud de Costa Rica. *Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010*. 2004.
- [28] Ministerio de Salud de Costa Rica. *Política Nacional de Salud Mental 2012-2022*. 2012.
- [29] Organización de Estados Americanos. *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*. 1994.
- [30] Organización Mundial de la Salud. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión*. Ediciones OMS, Ginebra, Suiza, 2006.
- [31] Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud*. 2007.
- [32] Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final, 2009.
- [33] Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica*. Caracas, Venezuela, 1990.
- [34] Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020*. 53 Consejo Directivo, 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, 2014.

- [35] Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. 49 Consejo Directivo. 61 Sesión Comité Regional. Washington D.C., Estados Unidos, 2009.
- [36] Organización Panamericana de la Salud. *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la declaración de Caracas*. Biblioteca Sede OPS - Washington, D.C., Estados Unidos, 2007.
- [37] Alberto Ortiz Lobo. “Contra la prevención sanitaria individual del sufrimiento mental”. En: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 39 (jun. de 2019), págs. 177-191. DOI: [10.4321/s0211-57352019000100010](https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100010).
- [38] Carlos Pérez. *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM ediciones, 2012.
- [39] Manuel Rodríguez. *Reseña Histórica Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres*. 1977.
- [40] Sala Constitucional. *Resolución n.10819-2001*. 2001.
- [41] Adriana Sánchez Lovell. “Locura, psicopatologías y sus relaciones con la criminalidad. El caso de los discursos en prensa escrita costarricense”. En: *Anuario de Estudios Centroamericanos* (2007).