



***“IMPACTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
EN LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN  
PSIQUIATRICA EN PANAMÁ”***



**Universidad Latina de Panamá**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Dr. William C. Gorgas**

**Monografía**

***“IMPACTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA  
REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN  
PANAMÁ”***

**Integrantes:**

Domínguez, Ana M. (8-849-2331)

Gómez, Santiago (8-855-1661)

Hernández, Matías (E-8-100127)

Icaza, Ginela (8-853-1457)

Mendoza, Carmen (8-856-987)

Wong, Einar (8-851-584)

**Profesora:** Dra. Dora Dacosta

**Asignatura:** Psiquiatría

**Grupo:** N° 1

**Panamá, miércoles 6 de marzo de 2013**

## Índice

	<b>Página</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>1- Impacto de la transformación de Hospital Psiquiátrico Nacional a Instituto Nacional de Salud Mental.</b>	<b>5</b>
<b>2- ¿Cómo evoluciono del modelo manicomial a hospital especializado de 3° nivel y de este a instituto especializado de salud mental?</b>	<b>7</b>
<b>3- Historia, coberturas de atención planes y programas, proyecciones.</b>	<b>17</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>26</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>28</b>
<b>Anexos</b>	<b>29</b>

## Introducción

Con el pasar de los años se ha notado un incremento importante de los trastornos mentales, probablemente debido a los diversos cambios a los que se ha visto sometida la sociedad en que vivimos estos últimos años, donde todo va sumamente rápido.

Existe menos tiempo para compartir en familia o bien existen interferencias en la comunicación entre hijos, padres y esposos. Los problemas económicos y sociales están a la orden del día, representando una realidad que afecta de manera importante la salud mental.

El abuso de alcohol y drogas e incluso el sexo y el juego, se han convertido en problemas de adicción bastante frecuentes en nuestro país, lo cual hace que las personas busquen ayuda profesional para vencer estos problemas.

Por estas razones, es de suma importancia tener un instituto únicamente dedicado a las enfermedades mental en nuestro país.

El camino para convertir el Matías Hernández a Instituto Nacional de Salud Mental fue un proceso difícil y bastante complejo, en donde se tuvo que superar diferentes obstáculos como la discriminación y los estigmas que existen en la sociedad.

Se reemplazo la asistencia de manicomio por una asistencia más humana y con calidad de vida de niños, jóvenes y adultos que padecen de diferentes problemas de salud mental.

Todo esto fue logrado gracias al Plan Nacional de Salud Mental que fue elaborado a finales de los años 70, el cual se rompió el internamiento del individuo y se amplió y aumentó el concepto por el de soporte familiar y social que es de suma importancia para la recuperación de los pacientes.

Dicho en otras palabras, el modelo anterior desvinculaba al discapacitado mental, hoy en día la familia y sociedad es partícipe en todo el proceso de recuperación de los enfermos.

En la siguiente investigación mostraremos como fue cambiando el modelo completo de un Manicomio a un Hospital Psiquiátrico Nacional, en donde poco a poco se hicieron reformas en el modelo de atención y la forma de tratamiento de los pacientes gracias a un grupo esmerado de Doctores Psiquiatras que visualizaron una mejor atención y calidad de vida para los discapacitados mentales.

## **IMPACTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN PANAMÁ**

### **1. Impacto de la transformación de Hospital Psiquiátrico Nacional a Instituto Nacional de Salud Mental.**

El impacto fue significativo. Este cambio representa una condena a lo que es el modelo asilar, custodial, manicomial.

Se dieron muchas confusiones debido a que esto conlleva una serie de pasos, y al darse el uso de los psicofármacos, se lanza y se promueve la atención en la comunidad, promoviendo lo que es un "Hospital de puertas abiertas". Esto produjo una reacción alarmante en la comunidad, ya que vean en estas "puertas abiertas" la presencia de "gente loca" por las calles.

Esto produce a su vez una especie de guerra en contra del Hospital Psiquiátrico ya que la comunidad al ver alguna persona haciendo incoherencias, pensaban que el Hospital no estaba haciendo nada. Pero poco a poco se fue entendiendo mediante el avance de la atención comunitaria, lo que hacía que los pacientes Psiquiátricos no tuvieran recaídas tan frecuentes.

El propósito de este "Hospital de puertas abiertas" era promover la desaparición de lo que eran los calabozos, estos encierros que se hacían para controlar a los enfermos. Esta sala se llamaba "Custodia", en la que se colocaban a los pacientes refractarios que producían la situación llamada por los psicoanalistas "Contratransferencia".

Al principio este cambio fue un poco difícil, ya que habían muchas cosas que se venían haciendo mal, pero que funcionaban, como por ejemplo los pacientes que en vez de salir a la comunidad vivían en el Hospital con su familia, y terminaban prestando servicios al hospital.

Cabe recalcar que el impacto ha sido excelente no solamente aquí a nivel de Panamá sino nivel internacional también, hoy en día el modelo de atención que se tiene en nuestro país, es un modelo que muchos países de latinoamerica desean copiar y conjuntamente con la OPS trabajamos para llevar esta experiencia a otros países de la región, así como de otros lugares vienen a nuestro país a hacer pasantías, en la forma de nuevos residentes. Países como República Dominicana, Costa Rica, Colombia, Honduras, Guatemala nos solicitan poder venir a Panamá para observar como se trata el paciente psiquiátrico de acuerdo a el nuevo modelo institucional y no el antiguo manicomio que es lo que se emplea en nuestra latitudes, de esta forma obtener nueva experiencia y ponerla en practica en sus países.

A nivel interno de nuestro país, se puede ver que los cuartos de urgencia no están abarrotados de pacientes crónicos, de pacientes que entraban y salían, era una puerta giratoria. Sino que se puede ver que hoy en día se tiene una cantidad de pacientes, cada paciente que llega es visto integralmente por el equipo; lo que nos va a reafirma que ellos van a tener y que están teniendo un mejor diagnóstico y un mejor tratamiento del que se tenía anteriormente.

Por ejemplo, los casos que se atienden actualmente no solamente se estan trabajando la parte clínica, sino que también se trabaja en la parte de la psicodinámia, conjuntamente con la neurobiología de estos y porque señalar los medicamentos y a qué nivel se está trabajando. Esto es lo que se debe hacer y se ha salido ganando porque los pacientes están allá afuera teniendo una vida, teniendo una "calidad de vida" lo que no tenían antes, no tenían familia, no tenían derecho a tener casa, no tenían derecho a tener un espacio, no tenían derecho a laborar, no tenían derecho a hacer un ser humano igual que todos, se le quitaba la vida.

## **2. ¿Cómo evoluciono del modelo manicomial a hospital especializado de 3° nivel y de este a instituto especializado de salud mental?**

El Hospital Psiquiátrico fue desarrollado para el año de 1933 debido a que el Gobierno de aquella época, se vio en la necesidad inmediata de improvisar unas estructuras que estaban diseñadas para una Escuela de Agronomía y convertirla en un Hospital que recibiera a los y las pacientes que tenían que ser trasladados desde el Hospital de Corozal ubicado en la ahora ya inexistente “Zona del Canal” por cumplimiento del Tratado del Canal.

Desde aquel momento, el Hospital se convirtió en el único centro para el internamiento y tratamiento de pacientes con trastornos mentales en todo el país. Esto implicaba que la persona enferma debía ser trasladada desde cualquier punto geográfico del país hasta la ciudad de Panamá.

En muchas ocasiones, en estos traslados se aplicaban procedimientos que vulneraban la dignidad y los derechos ciudadanos. De igual manera, quienes procedían de centros penitenciarios; como por ejemplo, de la Provincia de Colón; los agrupaban en una celda hasta completar un número determinado de 15-20 días, para entonces trasladarlos hasta el hospital. Por lo tanto, llegaban en condiciones generales y de aseo deplorable, debido al prolongado período de hacinamiento en la cárcel.

Para observar y reconocer el cambio del modelo Manicomial a un modelo de Hospital Psiquiátrico (Hospital especializado de Tercer nivel), hay que reconocer que en Panamá incidió de manera muy importante, las reformas que hizo el doctor José Rena Esquivel, cuando los militares irrumpen en la vida nacional, en el golpe del año 1968, aparecen situaciones de grandes persecuciones, como también paradójicamente surge un incremento en el desarrollo de la salud, en el sentido de que los médicos fueron sacados del claustro hospitalario, y tenían que ir a las unidades sanitarias, llamados actualmente centros de salud. Con esto se crea el ambiente para el desarrollo de la medicina comunitaria, lo que significaba que en las comunidades había acceso a un servicio de salud con énfasis en la prevención.

Todos estos fueron cambios que contribuyen a lo que es la sectorización. Por ejemplo, al ser médico y prestar servicio en el centro de salud de X sector, todas las personas que se enfermaban en ese sector eran vistas por uno en el centro de salud de ese mismo sector, lo que quiere decir que había una especie de comunicación entre la comunidad y el hospital. Este hecho ya desfavorecía lo que era la presencia de una consulta externa dentro de un hospital.

Para los años posteriores a los militares, había pocos psiquiatras, pero prestaban este

servicio, y a la misma vez, las escuelas de enfermería comienzan a formar a las Enfermeras Psiquiátricas, como también los trabajadores sociales que se van dedicando a los enfermos mentales, también los psicólogos, etc. Todo esto va cambiando lo que es el modelo asilar, custodial, a un modelo de hospital donde se referían a los pacientes, pero que conservaba muchas características de un manicomio, se daban muy pocas salidas, la población era muy alta, había un gran hospitalismo en sí, y el enfoque era meramente patocéntrico, el cual tampoco es el ideal, ya que considera a la enfermedad mental como el centro del problema, dejando por fuera los factores de riesgo, los factores ambientales, y toda esta perspectiva preventiva que evita la hospitalización a través de una mejor atención en la comunidad.

También, a finales de los 60 surgen las primeras residencias de Psiquiatría. En el mismo espacio de tiempo, van surgiendo las salas psiquiátricas de los hospitales generales, como lo es la del seguro social y del HST. Cambio muy importante debido a que no había una capacidad para tantos pacientes psiquiátricos en este hospital. Con este cambio más la atención en los centros de salud, disminuye en una gran cantidad el volumen de pacientes, pero todavía existía una especie de híbrido, ya que en la mentalidad de la comunidad el Hospital Psiquiátrico Matías Hernández era como un depósito.

Para las unidades Policiales, como también para el Municipio en sí, el Hospital Psiquiátrico era donde se dejaban a las personas con conductas disruptivas y antisociales. Incluso existían normas legales que hacían los jueces o fiscales que imponían al Hospital Psiquiátrico Matías Hernández que algunos pacientes tenían que permanecer ahí por cierta cantidad de años. Por lo que habiendo cambios positivos, todavía existía un modelo en que se confina, encierra y custodia, cosa que todavía no establecía una diferencia entre Manicomio, Hospital Psiquiátrico y Cárcel. Inclusive, Panamá es considerado como el único país donde 3 modelos, el Asilar (asilo de ancianos), el Custodial (cárcel de mujeres), y el Cuasi-Manicomio (hospital psiquiátrico), llegaron a coexistir en un mismo globo de terreno.

Fue un trabajo bastante arduo reestructurar el manicomio Matías Hernández para cambiarlo a Hospital Psiquiátrico Nacional porque el manicomio, se puede ver en la biblioteca, se darán cuenta que esto era un depósito de seres humanos prácticamente. Por ejemplo, el famoso “el bus de Colón”, no solo depósito de Panamá, sino de todas las provincias, de la cual el ejemplo es Colón, el gobernante que estaba de turno quería ver la ciudad bonita porque iba a tener visita; había un bus que recogía a todo el mundo que tuviera en la calle o mal parado y lo traían aquí y muchos de estas personas se quedaron aquí. En Panamá también se hacía esto, los alcaldes hacían lo que era profilaxis y se tuvieron diversos problemas de alcoholismo que vivían en lo que era el edificio Administrativo del Hospital Santo Tomás abajo, ellos pasaban un día los recogían y los traían acá, no había un buen seguimiento y muchos de ellos tenían problemas sociales y quedaban como si fueran enfermo mental. Lógico muchos de ellos que habitaron y aceptaron porque tenían una cama, tres comidas, un refrigerio en la noche y fuera de ello en esa época del Hospital Psiquiátrico teníamos programas en los cuales se les llevaba al

cine, de paseo y las terapéutica tenía una serie de comodidas que el estado cubría, y entonces para ellos y para los familiares era mejor dejarlos en la institución. Cuando se comenzó a tener los nuevos medicamentos y a entender mejor la patología psiquiátrica con el avance de las neurociencias; entonces, ya fue escarbando aquellos pacientes y muchos de ellos se fueron y se pudieron colocar y nuevamente reinsertar no sin antes darle herramientas, en el psiquiatrico se tenían talleres en que ellos aprendieran a vestirse, a comprar, a utilizar la moneda corriente, si daban un dólar cuanto de sencillo le tenían que dar y así todo eso hubo que enseñarle al paciente, tuvo que enseñarle a arreglar su cama, a barrer, a vestirse a bañarse osea pequeñas cosas pero esas pequeñas cosas eran grandes cosas porque la familia no aceptaba que tuvieran que estar mandando todos los dias diciéndole a ese individuo a bañarse, o que no se quería cortar el cabello, o que olía mal, eso era un problema para el familiar y que nada mas estuviera acostado y comiendo, entonces se le enseñó a ser más productivo y esto dio paso al Instituto Nacional de Salud Mental. Antes de esto entre Psiquiátrico y de Instituto esta la creación de familiares, del grupo de “familiares de pacientes mentales” el cual se origino en el hospital y poco a poco se les fue dando responsabilidades a ellos, cosa que no se dio en otros países. Por ejemplo, cuando en Argentina se cerraron los hospitales psiquiátricos, llamaron a las personas, a los familiares para que cogieran a su paciente y ellos tuvieron que solos crear **“La Sociedad de Buenos Aires”** con la cual la Dra D’orcy de aquí de Panamá se reunió, y estuvo reunida con la trabajadora social que tenía una hermana que era psiquiátria y ella buscando una respuesta al problema de ella hizo conexión con una jueza del Sistema Penal y ellos ahí trabajaron leyes y todo para poder dar una solución. Acá, en Panamá salió de un grupo de psiquiatrias empoderando este grupo de familiares posteriormente dándoles las riendas a ellos.

A pesar de todo, estos avances en Panamá fueron un paso positivo para este cambio de modelo.

### **Compromiso por el cambio**

En 1994, habían transcurrido cuatro años desde *La Declaración de Caracas* y justo es reconocer que, en nuestro país se habían producido cambios; pero no con la profundidad ni la extensión que el proceso de reestructuración y las circunstancias exigían. La descentralización de la atención, ya se había iniciado.

Con esta reforma, se fueron ejerciendo diversos cambios, con lo que se logra crear un proyecto para la creación de lo que es el Instituto de Salud Mental.

Pero como proceso, deben llevarse a cabo estos cambios, y se comenzó por la desestigmatización al quitar lo “Psiquiátrico” del nombre hospitalario, también hablando mas de salud mental que de enfermedad mental, mas de salud mental que de Psiquiatria, ya que para la sociedad el termino Psiquiatria lo consideraban como un eco del fracaso de la salud mental. Seguir con el modelo patocéntrico era perpetuar la situación Manicomial.

Después de esto, se da la puesta en práctica de estas ideas para poder cambiar el modelo, tener protocolos de atención, normas, estructura, mejorar la calidad de docencia, recibir estudiantes de derecho, psicología, trabajadores sociales, etc.

En 1970, con la promoción de la psiquiatría comunitaria, se enviaron psiquiatras a prestar sus servicios en los Centros de Salud de la Región Metropolitana. De igual manera, se iniciaron giras a las provincias de Coclé y Chiriquí bajo la responsabilidad de psiquiatras que viajaban dos a tres veces por semana. En esa misma época se inicia el programa para la formación de residentes en la especialidad de Psiquiatría.

La apertura, en 1971, de una Sala de Psiquiatría en el Hospital Santo Tomás, evidencia que desde aquel entonces se trabajaba en la dirección correcta. En la actualidad, los hospitales regionales destinan camas; generalmente en el Servicio de Medicina Interna, para la hospitalización de pacientes con trastornos mentales.

Formalmente, se hablaba de un hospital de tercer nivel pero todavía coexistían características del modelo Manicomial.

### **Del Manicomio al Hospital**

En septiembre de 1994, la primera acción fue la de elaborar un diagnóstico de la situación institucional. Luego de analizarlo se establecieron las alternativas de solución con un Plan de Acción a corto, mediano y largo plazo. Como es lógico suponer, se estableció un orden de prioridades dentro de las más variadas y múltiples necesidades; considerando además que el recurso existente era muy limitado, al inicio de la gestión.

La realidad encontrada en el área del recurso humano, reflejaba una situación alarmante; pues, tanto en la calidad como en la cantidad, el déficit era muy evidente. Los niveles académicos y de capacitación eran muy bajos en un alto porcentaje del funcionariado. Otra realidad, poco alentadora, era la retribución económica que, en la mayoría de los casos no llegaba a los 200.00 dolares mensuales, específicamente, al funcionariado administrativo; ya que la clase profesional se encontraba en mejores condiciones salariales y de capacitación.

Además de los bajos salarios, los años de servicio, entre 15 y 25, contribuían a que estas personas estuvieran frustradas y descontentas con la consiguiente baja productividad. La “ley del mínimo esfuerzo” era lo habitual. El estribillo “esto no lo cambia nadie” era la respuesta que expresaban ante la propuesta del cambio.

Todo este panorama favorecía el que existiera una solapada forma de compensar las “injusticias”. Otra forma era sustrayendo los recursos institucionales, práctica esta que consideraban “normal”; si al fin y al cabo “los de arriba también roban” “hacer la justicia por sus propias manos”.

Para la selección de personal no existía ningún método, pues las asignaciones provenían desde niveles superiores: funcionariado de historiales conflictivos, con trastornos mentales y, hasta lo increíble, enviados a la institución como “castigo”. Igualmente, había personal muy competente y capaz.

El desabastecimiento era general, el almacén y la farmacia carecían de insumos necesarios para responder adecuadamente a las necesidades propias de un hospital. Desde luego, que esto, a su vez contribuía a la improductividad laboral; pues sin recursos “nada se podía hacer”.

### **Depósito de problemas sociales**

La percepción distorsionada de la Institución que tiene la comunidad ha deformado la función esencial del hospital que es la de atender al ciudadano(a) con una enfermedad mental. La solución más fácil era enviar a las personas para depositarlas y sacarlas de circulación; convirtiendo a la Institución en un “Depósito de los problemas sociales”. Con mucha frecuencia, cualquier funcionario(a) o ciudadano(a) común se abrogaba el derecho de establecer diagnósticos y enviar a hospitalizar; sobre todo sugiriendo períodos prolongados como si la psiquiatría no existiera.

Es así como llegaban personas indigentes, menesterosas, delincuentes, adictas en franco deterioro psicosocial; a los que se les debe ofrecer ayuda, pero no en un Hospital Psiquiátrico.

### **Alternativas de solución: Cerrar el Manicomio**

Ante el negativismo, pesimismo, personalismo y dispersión del recurso humano, se optó por conformar dos grupos de trabajo. La idea era facilitar la búsqueda de las soluciones para este sector que se encontraba dentro de las principales prioridades.

El primer grupo se organizó con las jefaturas de los departamentos y de los servicios y se denominó Grupo de apoyo técnico administrativo. De igual manera, participa todo el cuerpo médico, administrador, funcionario de control fiscal (Contraloría). Las reuniones eran presididas por el Director Médico y se realizaban los jueves de 8:00 a.m. a 9:00 a.m. En el otro grupo se integraron a los psiquiatras y se estableció un ciclo de reuniones cada 15 días, de 8:00 a.m. a 9:00 a.m.

Entre los logros más relevantes de los grupos de trabajo se señala: mejoramiento significativo en las relaciones profesionales y personales; se rescató el rol de liderazgo del psiquiatra. Se constituyeron en colaboradores gerenciales, al asumir responsabilidades en cada servicio. Hubo valiosos aportes para solucionar los problemas que se debatían en las reuniones.

Con la finalidad de mejorar la organización y así facilitar el trabajo, se formaron diversas comisiones como la de: Reestructuración de la atención, Rehabilitación, de

Medicamentos, Expediente clínico, Normas de atención, Nosocomiales, Jornadas científicas, Expresiones artísticas, Ecología, entre otras.

### **Mendicidad institucionalizada**

El modelo manicomial facilitaba la presencia de personas ajenas a la institución, algunas de las cuales “vivían” en el Hospital. Por otro lado, estaban las personas egresadas que permanecían deambulando libremente por los predios del hospital donde obtenían alimentos y remuneración por actividades que les asignaban ciertos empleados.

Esta situación llegó a tal extremo, que una pareja de egresados invadieron un local y lo convirtieron en su residencia. Otro paciente colocó un candado en un espacio donde tenía una cama del hospital. La tarea de desalojarlos no fue nada fácil.

Otra modalidad encontrada fue el *Comité de Recepción* formado por pacientes que asediaban a todo(a) visitante, pidiendo sobre todo dinero o cigarrillo. Por supuesto, que producía a la o el visitante una reacción de miedo o pánico ante lo que presentían como una posible agresión. Con un abordaje adecuado y perseverancia, la Comisión de reestructuración ofreció respuestas favorables. Los lavadores de autos y la utilización de pacientes para “mandados” fuera de la institución, fueron prácticas inadecuadas que desaparecieron.

### **Sobre las admisiones**

Tal como se ha señalado, el Hospital admitía toda persona que se le enviara o que llegara sin que importara el criterio clínico. Se permitía el ingreso de individuos con problemas socioeconómicos, conductuales, delincuentes, lo que generaba conflictos de manejo intrainstitucional en perjuicio de los verdaderos pacientes, quienes eran vejados, maltratados y víctimas por la pérdida de sus pertenencias.

Con la finalidad de establecer un filtro al momento de la evaluación, se elaboraron los criterios clínicos que justificaran las admisiones. El resultado no se hizo esperar, ya que a corto plazo se registró estadísticamente un descenso de los ingresos y, finalmente, desapareció el absurdo diagnóstico de “*Caso social*” con los que se cerraban algunos expedientes clínicos.

La elaboración, publicación y divulgación de las “Normas de atención” contribuyó en el campo de la calidad de la atención. Con ello se puso punto final a una serie de prácticas que en nada contribuían a la recuperación integral del paciente hospitalizado. El reordenamiento de las actividades diarias a través de las normas constituyó un punto muy valioso en el proceso de la reforma, sin lugar a dudas el hospital necesitaba el establecimiento de las normas.

### **La administración: La clave en la organización**

La administración tiene como papel esencial suministrar el apoyo logístico en todos los niveles para que el área técnica pueda desarrollar y dar las respuestas en la atención del paciente.

La realidad del sector administrativo no era nada alentadora, pues era notoria la carencia de una organización que ofreciera respuestas positivas a las necesidades institucionales. Se sumaba, la falta de una metodología de trabajo y la ausencia absoluta de controles que garantizara la utilización racional de los recursos disponibles; situación que facilitaba las fugas y escapes de los escasos insumos existentes.

Tal como se había señalado, el desabastecimiento en todos los renglones, no permitía responder a las solicitudes de las diferentes áreas. La respuesta inmediata era: "agotado", lo que a su vez justificaba la inactividad e improductividad del funcionariado. Se le dio prioridad, dentro de todas las necesidades, al abastecimiento institucional, pero con el establecimiento de los debidos controles administrativos para garantizar que los recursos que se fueran adquiriendo, dieran respuesta a las necesidades de la institución.

Además de todas las inspecciones administrativas, contables, de almacenamiento, despacho, de asistencia y puntualidad del recurso humano, se establecieron controles en la entrada. Se procedió a consignar y registrar la entrada y salidas de vehículos, personas, bolsos, cartuchos y otros. Por supuesto, se generaron respuestas adversas a dichos controles con marcada resistencia activa hasta llegar a proferir insultos, amenazas e improperios contra los directivos. Afortunadamente, la mayoría comprendió, aceptó y respaldó dichos cambios.

El fortalecimiento del recurso humano con nuevas unidades en el área administrativa fue fundamental, ya que existían funcionarios(as) con muy buena intención, pero con escasa capacitación. Se nombraron nuevos funcionarios a través de contratos y que estaban mejor capacitados profesionalmente para asumir jefaturas como: presupuesto, contabilidad, recursos humanos, almacén, y otros para así constituir una administración eficiente, eficaz y sobre todo que armonizara con el equipo técnico.

En total se nombraron aproximadamente 142 personas, lo que reflejaba la crisis que existía en este sector. Los cambios transformaron a una institución que se desempeñaba con un exiguo perfil en un "Hospital autosuficiente" en la que la "Calidad de la atención", representaba uno de sus logros más importantes.

El hospital carecía de computadoras y se consideró de urgente necesidad dotar a la institución con esta innovadora tecnología. Se organizó el Departamento de Informática con el equipo necesario y personal capacitado. Los resultados no se hicieron esperar en el manejo de la información, la agilización en los trámites administrativos, configuración de una base de datos, el manejo en el procedimiento de compras. En fin, con esta innovación se logró fortalecer tanto la parte administrativa como técnica.

Con la reorganización del servicio de medicina se lograron cambios en la preservación y salud física de los y las pacientes. Con una adecuada programación, se logró mejorar la calidad de la atención con la consiguiente disminución de diagnósticos como: desnutrición, anemia, parasitosis, TBC, entre otros.

En este período, se logró incorporar a un neurólogo que, sin lugar a dudas, representó un avance en el mejoramiento de los diagnósticos dada la estrecha relación entre neurología y psiquiatría.

Para lograr la eficiencia y eficacia del servicio de medicina se les dotó de: electrocardiograma, equipo de Rayos X y nebulizadores para el manejo de pacientes asmáticos.

Con la inversión en el laboratorio, se recuperó la confiabilidad en sus resultados y se amplió el perfil de pruebas, incluyendo la química sanguínea, HIV y el análisis de metabolitos por droga. En otras palabras, se alcanzó la autosuficiencia del servicio de laboratorio que era dependiente del Hospital Santo Tomás.

Se amplió el horario de funcionamiento de 7 a.m. hasta las 7 p.m. de lunes a domingo y los días feriados. El laboratorio funcionaba de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. Otro recurso valioso fue la adquisición de una profesional titulada en Nutrición y Dietética. El hospital carecía de esa especialidad desde el año 1978. Los alimentos eran preparados por "cocineros" sin una formación. Actualmente, los alimentos se sirven en fiambreras individuales y desechables.

La estructura física del Departamento de Nutrición fue remodelada y se invirtió en la compra de nuevos equipos. Se cumplió con las condiciones requeridas por el MINSA.

Al servicio de odontología se le suministró todo el equipo necesario, para garantizar un servicio eficiente y acorde con una práctica con énfasis en la prevención y la restauración. A pesar del esfuerzo e interés por erradicar un modelo de inicio de siglo, es decir "una práctica odontológica mutilante", se fracasó.

Gracias a la iniciativa y la disposición del Dr. García Balabarca, se crea un Orquidiario dentro de las instalaciones del Hospital. Su crecimiento ha sido tan significativo, que ya participa en exposiciones y forma parte del Club de Orquídeas.

## **Desarrollo Del Instituto nacional De salud Mental De Panamá**

### **Los cambios en la hospitalización**

Como dato histórico, durante el año 1954 se construye el edificio de mampostería que albergaba la Sala de Agudos. A pesar de las reparaciones frecuentes, para el año 2002, esta instalación no podía garantizar un trato acorde con los derechos de la persona enferma

mental, debido a que la infraestructura era obsoleta. No era adecuada para mantener un nivel sanitario propio de un hospital de tercer nivel por lo que se cierra el área y se traslada la unidad a una edificación temporal.

El día 17 de junio de 2003 es inaugurado el Centro de Atención Integral, con capacidad para atender a 45 usuarios en el área de Breve Estancia y 10 en el área de Intervención en Crisis. La obra tuvo un costo de 710,000.00 dolares.

La nueva tendencia en la atención de los pacientes psiquiátricos, basada en la Declaración de Caracas, sobre los derechos de los enfermos mentales, nos dicta que tienen derecho a recibir la mejor atención, tratamiento apropiado y menos restricción según las más elevadas normas técnicas y éticas. Este mandato ha llevado al Instituto Nacional de Salud Mental a reestructurar y a replantear sus sistemas.

Bajo la nueva reestructuración de la atención psiquiátrica, las principales preocupaciones son proteger la vida, la integridad física y proporcionar una atención digna. Un sistema de hospitalización científica que promueva la atención basada en los derechos que poseen los y las pacientes psiquiátricos.

Es aquí donde participa la Unidad de evaluación y admisión, la cual cumple la importante función de ser la puerta de entrada a la Institución.

Es, en esta sala, donde se evalúan el ingreso, reingreso o referencia de los y las pacientes, mediante evaluaciones biopsicosocial. Además, es la sala que recibe los casos de agitación psicomotora aguda, los cuales pueden considerarse como urgente, por tanto requieren de ciertas condiciones especiales para el tratamiento y recuperación.

Sin embargo, el proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico en Instituto Nacional de Salud Mental también pasó por el necesario proceso de desinstitucionalización.

### **La Desinstitucionalización**

Se propuso, en apoyo a la política de reestructuración del Ministerio de Salud, alcanzar ciertas metas dirigidas a la reubicación de pacientes reclusos en las diferentes salas del hospital, como es el caso de personas ancianas, en hogares o instituciones dedicadas a su cuidado. En el año 1995, el hospital albergaba una población anciana de 243 personas de 60 y más años de edad, cuyo tiempo de hospitalización oscilaba entre los 15 y 20 años. Su larga estadía había originado la institucionalización y la invalidez psicosocial. Por otra parte, los requerimientos de atención de esta población son de cuidados mínimos.

El cumplimiento de este objetivo fue difícil. Se les aclaraba que su hospitalización no se debía a un trastorno mental crónico; sino a una situación social de abandono. El problema básico y fundamental de este grupo radicaba en lo sociofamiliar, de manera que estas

personas no calificaban para estar en un hospital psiquiátrico. Además, el Hospital Psiquiátrico Nacional por su naturaleza no podía ofrecerle la atención que merece.

La Declaración de los Derechos del Anciano advierte que la persona anciana tiene el derecho a no ser calificada como enferma mental y no ser objeto de diagnóstico o tratamiento en esa condición por razones sociales u otros motivos distintos o ajenos a su estado de salud.

De no aplicar esas medidas, el futuro de las personas ancianas será de soledad y violación de sus derechos, a la espera de su única esperanza: la muerte. Es doloroso ver consumirse a las personas ancianas en una sección orientada al tratamiento de pacientes psiquiátricos, sin poder ofrecerles, de acuerdo con sus derechos, una mejor condición de vida.

Sólo queda esperar la benevolencia de quienes puedan ofrecer su apoyo a esta población que se les ha negado la oportunidad de haber sido miembros activos de la sociedad.

### 3. Historia, coberturas de atención planes y programas, proyecciones.

#### Marco Histórico Mundial

Comienza en el siglo XVI cuando se encontraba la colonización en nuestro país. No existen documentos que informen con certeza lo que se practicaba en estos hospitales con los pacientes que tienen enfermedades mentales, pero haciendo una proyección de lo que se conoció como el primer hospital psiquiátrico del mundo, o uno de los primeros, por ejemplo en Valencia, España, en el año 1409, cuando un sacerdote mercedario llamado Joan Gilabert Jofré, plantea que los enfermos mentales no son personas poseídas o endemoniadas, más bien son personas que tienen un trastorno mental. Por lo tanto, el Padre Jofré procede a recoger de las calles a estas personas enfermas y crea un hospicio para los enfermos mentales llamado los Santos Mártires Inocentes.

Esta conducta se fue diseminando a lo largo de toda Europa, pero con un gran problema, que era lo que se hacía con estas personas con enfermedades mentales. La mayoría de las medidas que se realizaban en esta época con los pacientes, eran medidas de tortura, prácticamente encarcelados. Con este paso, fue que se creó el primer modelo de tratamiento de la enfermedad mental conocido como el "**Modelo Asilar, Custodial y Manicomial**", esto fue debido a el caos que se formaban en estos lugares, ya sean los gritos controlados con tapa bocas, la inquietud excesiva con camisas de fuerza, las sillas giratorias, las tinas de agua fría, etc. Eran cientos de métodos que utilizaban para tratar de controlar el caos, pero todos tenían algo en común, la tortura.

En el siglo XVIII, en 1793, año en el que Felipe Pinel fue conocido como el liberador de los enfermos mentales de las cadenas, ya que existían los hospitales para enfermos mentales, pero el problema era lo que se hacía con ellos.

También el orden social machista, proyectado a través de los siglos, tiene un papel importante en la historia de la psiquiatría, por ejemplo los movimientos en contra de las mujeres consideradas como brujas, las cuales eran quemadas, y a los hombres, se les embarcaba en lo que se conocía como "la Nave de los locos", que consistía en un grupo de hombres embarcados a la deriva en una balsa que se los llevara el mar.

Aunque no hayan fotografías de la época cuando Felipe Pinel fue considerado como liberador, pero de los pocos grabados atribuidos a la época, aparecen mujeres a las cuales están siendo liberadas de las cadenas, por lo que se observa que ese principio machista se mantiene a lo largo de los siglos.

Con estos sucesos llevados a cabo mediante las obras de Felipe Pinel, nace un nuevo modelo de atención, que pasa de ser manicomio a hospital.

Después de esto, aportan al desarrollo de la psiquiatría doctores como Morel, y Kraepelin que van clasificando estas enfermedades, buscándole un sentido de como se podían tratar, siendo esta primera fase, una fase descriptiva de las distintas enfermedades, hasta que aparece Broiler, rotulando a los distintos tipos de esquizofrenia, etc.

### **Marco Histórico en Panamá**

En Panamá, se instaló la sanidad norteamericana para la continuación del canal francés en el año 1903. Las condiciones sanitarias en este entonces eran muy malas, no por los desechos humanos, sino por la presencia de distintos vectores, el desarrollo de la malaria y de la fiebre amarilla. Pero, no solo las enfermedades infecto-contagiosas fueron un gran problema para en ese entonces poder continuar con la construcción del Canal de Panamá, sino todo tipo de enfermedades incluyendo las psiquiátricas.

En este momento de la historia es que en Panamá se creó el primer Hospital Psiquiátrico de Panamá, el cual se encontraba en el área del canal de Panamá, en la ciudad de Corozal.

Este hospital funcionó hasta el año 1933, por una discrepancia entre el gobierno de los Estados Unidos y el de Panamá, en el que figura principalmente el Presidente de Panamá de esa época, el Dr. Harmodio Arias Madrid, que consideraba recortar los recursos económicos dirigidos al pago de los servicios ofrecidos por los Estados Unidos con respecto al Hospital Psiquiátrico de Corozal. Estos servicios tenían el costo de 1 dólar por año de presupuesto por cada enfermo mental, y en ese año, 1933, el Gobierno Panameño consideró culminar con estos servicios del Hospital Psiquiátrico del área del Canal.

Debido a esta situación, los enfermos mentales que se encontraban en ese hospital, fueron revertidos a un sitio que nunca fue construido con propósito de ser un hospital, que constaba de unas 100 hectáreas previamente donadas por el señor Matías Hernández para la construcción de la primera escuela de agricultura del País. Esta escuela fue cerrada en ese año, 1933, y aquí fue donde fueron revertidos aproximadamente 610 enfermos mentales. Al pasar de ser la escuela de agricultura en un área revertida y retirada, paso a ser conocido con el nombre de Retiro Matías Hernández.

El Retiro Matías Hernández, funcionaba bajo el mismo patrón en el que funcionaban estos hospitales a nivel mundial, un patrón asilar, custodial, de tipo Manicomial.

Para esta época todavía no se habían desarrollado los psicofármacos. Por el año 1938 aparece el electrochoque, pero en ese entonces esa tecnología para llegar a Panamá demoró muchos años.

Había una variedad muy grande de pacientes en este Retiro, como el indigente, el alcohólico y muchas otras patologías que producían lesiones cerebrales. Como también el coma sífilítico que produjo en grandes cantidades de personas cuadros demenciales asociados a la sífilis. Este lugar fue tomado por el gobierno como depósito de delincuentes

homicidas y muchas personas con conductas disruptivas que no tenían nada que ver con los servicios que debe prestar un verdadero Hospital Psiquiátrico. A lo largo de los años, sin los recursos ni medicamentos, y casi que sin Psiquiatras, arranca este Retiro con un modelo y ambiente caótico.

En la década de los 50, este Retiro pasa a ser conocido como Hospital Psiquiátrico. Con este cambio, llega a mejorar muy poco, y todavía preservaba el modelo asilar Manicomial. En esta década es que comienzan a salir al mercado Europeo los psicofármacos, pero tardo prácticamente de 5-10 años en llegar a Panamá. Con la aparición de los psicofármacos (Haldol, Clorpromacina) la población hospitalaria bajo una sexta parte a nivel mundial.

### **Atención de Salud Mental previa al Hospital Psiquiátrico**

En nuestro país, no existen actualmente, datos sobre la atención de las personas enfermas mentales antes del siglo XX. En los inicios de la Era Republicana, la primera provisión de servicios para los y las pacientes mentales se ofrece bajo la responsabilidad de las autoridades de la Zona del Canal durante la administración del Gobierno de los Estados Unidos. Al comienzo del siglo pasado, quienes padecían de trastornos mentales, eran atendidos en el Hospital Ancón, en un pabellón separado de quienes padecían Lepra. Un viejo edificio que había sido construido por los franceses para ser usado como destilería. En el año 1905, se inaugura el Hospital Psiquiátrico de Corozal donde trasladan a las personas con enfermedades mentales.

### **Surge el Hospital Psiquiátrico**

Debido al alto costo que debía pagar el Gobierno Nacional a los Estados Unidos por el servicio, se sancionó en 1924, la primera Ley que destinaba una partida para la construcción de un Centro Hospitalario Psiquiátrico.

Nueve años después, la atención formal de los enfermos mentales, bajo responsabilidad nacional, se inicia el 26 de junio de 1933, cuando se trasladan, a las instalaciones de la Escuela de Agricultura, 609 pacientes panameños y extranjeros. Fueron reclusos por orden del Gobierno panameño, en un globo de terreno que se le denominó Matías Hernández, nombre de la persona que lo donó.

### **Crecimiento y Desarrollo**

A principios de los cincuenta, se formula el primer Plan Nacional de Salud Mental. En esta época la prioridad era humanizar la atención de las personas con enfermedad mental. El primer paso concreto hacia una atención primaria en salud mental es: humanizar la atención de las personas aquejadas de trastornos psíquicos.

Para llevar a cabo este paso paralelamente, se extendieron los centros de salud a las

principales ciudades del país. La CSS establece policlínicas en varios lugares del territorio nacional para la atención médica.

En 1955, se inicia la prestación de la atención psiquiátrica en la CSS con un sólo consultorio. En 1959, se transforma en la Unidad de Neuropsiquiatría, que facilitó la creación del Servicio de Psiquiatría en el Hospital General del Seguro Social. Un logro del Primer Plan Nacional de Salud Mental fue el establecimiento, en 1962, de consultas externas de psiquiatría, en las provincias de Colón, Coclé, Chiriquí, Herrera, Los Santos y Veraguas.

Estas actividades (giras de atención psiquiátrica) fueron organizadas por el Dr. Gorritz, y en ellas participaban el Dr. Boris Vásquez y el Dr. Jaime Arroyo. La atención se brindaba en los Centros de Salud (MINSAs) y las Policlínicas de la CSS, a toda la población que así lo requería. Las consultas constituyeron el primer intento de integración de los servicios de atención entre el Ministerio y el Seguro Social. Se atendían pacientes de ambas instituciones y esto se financiaba en forma conjunta.

En ese entonces, existía mucho estigma asociado a la atención por psiquiatría. Enfermeras sensibles al tema, como la Lic. Magally Ruiz en Santiago de Veraguas, literalmente, escondía a quienes esperaban la atención por psiquiatría para evitar la censura de la comunidad; incluyendo al personal médico de otras especialidades.

Es, a principios de la década de los sesenta, cuando la CSS inaugura su primer hospital en la ciudad de Panamá. En él, el 1° de septiembre de 1969, se inaugura la Sala de Psiquiatría, donde funciona actualmente.

### **Surgimiento del Ministerio de Salud y la formación nacional de recursos humanos en Salud Mental (enfermeras, psiquiatras y trabajadores sociales)**

Mediante el Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 se crea el Ministerio de Salud (MINSAs) de Panamá, al cual la Ley le otorga las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud. Le correspondió dirigirlo al Dr. José Renán Esquivel.

Ese mismo año, 1969, se formuló el Programa Nacional de Salud Mental, que orientaba sobre acciones a desarrollar, a pesar de la insuficiencia de información adecuada para realizar un diagnóstico integral de la situación de salud mental. Este Programa se suma a los otros de salud, fortalecidos en este período -Materno Infantil y Salud del Adulto, por ejemplo- desarrollándose los programas de manera paralela y paulatinamente.

Las experiencias a partir de 1969, como la sectorización por zonas geográficas de las personas con trastornos mentales y su atención en la comunidad, por equipos de salud mental; consultoría y enlace en los Hospitales de Tercer Nivel y primeros intentos en Salud Mental Comunitaria, han sido cambios significativos en la función de la clase profesional de la salud mental en Panamá, acorde con las tendencias mundiales. En esos años, se crea

la Sala de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás que inició sus labores en 1971.

Desde la década del setenta, se estableció un ambicioso programa de construcción de instalaciones de salud, tales como: hospitales, centros de salud, subcentros y puestos de salud. De 164 instalaciones en 1970 se incrementaron a 376 en 1980. A partir de la integración del sector salud en 1973, y con el fin de no establecer diferencias en la atención a la ciudadanía, en los servicios de salud del Estado, se estimula aún más la atención descentralizada.

La formación de psiquiatras, primero por el Hospital Psiquiátrico y luego por la CSS, garantizó el recurso humano nuclear para llevar la atención de la salud mental a los centros de salud. En un principio, las características de esta atención no se diferenciaban mucho de las brindadas en el Hospital Psiquiátrico; pero, paulatinamente mediante un proceso de adaptación recíproca, muchos de estos profesionales fueron adquiriendo las herramientas necesarias para la atención primaria en salud mental, con un énfasis en la promoción, prevención y atención temprana.

Se iniciaron las clínicas de Anatenol (antipsicóticos de depósito), litio, enuresis, las atenciones y terapias grupales, las charlas como apoyo a otros programas y la participación en temas como embarazo en adolescente y problemas de aprendizaje, entre otros. Las enfermeras de salud mental eran aliadas valiosas, por contar en su formación básica, con una mayor proyección hacia la promoción y prevención. Algunos equipos de salud mental (formados por enfermeras especialistas en salud mental, psiquiatras, y trabajadoras sociales) se integraron en otros Programas (Salud escolar, Materno infantil).

### **Declaración de Caracas y Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Panamá**

En la década de los noventa, *La Declaración de Caracas* da un nuevo impulso a la salud mental comunitaria. Con esta Declaración se plantea la reestructuración de los servicios de salud mental enfatizando la acción comunitaria y la integración en el sistema general de salud. Se incluye, como parte del trabajo en atención primaria, la promoción de los derechos del enfermo mental. De esta manera, se fortalece la participación social en pro de la salud mental.

Esta etapa, llamada la Década del Cerebro, por la amplitud del desarrollo de los conocimientos científicos en este campo, facilitó varios intentos de revisión de los programas de residencia en psiquiatría. La intención era priorizar de manera progresiva las rotaciones de los psiquiatras en formación, por la red primaria y hospitales generales.

### **El Centenario de la República**

Con motivo de la celebración del Centenario de la República (2003), se consideró pertinente revisar la situación de la salud mental del país y los nuevos retos a los que nos enfrentábamos. La Comisión de Salud Mental creada por Resolución No 440 de 19 de julio

de 2002, crea una plataforma legal para sentar las bases de un plan estratégico que se llamó Plan Nacional de Salud Mental y que amplía el concepto de salud mental más allá de la enfermedad, como un constructo social del que todos somos responsables.

Es un plan intersectorial, que retoma el aprendizaje de casi cien años de la salud mental panameña, que comenzó como atención a las personas con enfermedades mentales y evolucionó hacia la atención de las personas con trastornos mentales y conflictos emocionales. Más que un cambio de nomenclatura de las entidades fue un cambio de los paradigmas. Este Plan tuvo un diseño participativo e intersectorial.

En estos mismos años se evidencia la necesidad de cambiar la estructura y denominación del Hospital Psiquiátrico Nacional por Instituto Nacional de Salud Mental, con los retos técnicos e investigativos que representa y bajo el liderazgo de una joven psiquiatra, primera mujer Directora General de un Nosocomio, Dra. Yadira V. Boyd P., autora del diseño de un Programa Único para la Especialización Médica en Psiquiatría, dentro de una propuesta de reforma de los programas de especialización médica asesorado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y un proyecto del MINSA/BID.

Personajes de alta valía en el plano educativo y clínico del MINSA y la CSS como las doctoras Laura Samaniego de Díaz, Marion C. de Martin (Decana de la Facultad de Medicina), Diana Gómez y los doctores Ricardo Goti, Carlos Sayavedra, así como médicos residentes de psiquiatría contribuyeron a un documento técnicamente validado y divulgado a los gremios médicos involucrados en el tema.

La historia de la atención primaria en Salud Mental, se escribe día a día. La generación presente tiene el reto de conocer los logros del pasado, sobre esas bases construir el futuro, si no estaremos negando el legado histórico ofrecido por personajes como los doctores(as) Mariano Gorriz, Luis A. Picard Amí, Luis Vergara, Hernán Higuero, Boris Vásquez, Laura Samaniego de Díaz, Jaime Arroyo, Juan Benítez, Juan Franco y Jaime Armijo.

Utilicemos estas herramientas y continuemos a la vanguardia de la Salud Mental en Atención Primaria.

### **El papel del Departamento de trabajo social en el proceso de Desinstitucionalización**

En el antiguo Hospital Psiquiátrico Nacional, los largos períodos de internamiento, la total desvinculación familiar sumado a la práctica de modelos institucionales asilares, contribuían al deterioro psicosocial con la consiguiente inhabilitación para su reincorporación socio-familiar. Este fue el panorama que el Departamento de Trabajo Social debió superar. Justo es resaltar la correcta readecuación en la orientación y la realización del trabajo profesional de este departamento. Gracias a su valiosa participación

se lograron reincorporar la mayoría de los pacientes que, por su condición clínica, no ameritaban permanecer en la institución.

No se puede negar que surgieron los cuestionamientos y las críticas de diversos sectores. Algunos funcionarios argumentaron que era injusto, porque estábamos “tirando a la calle” a los pacientes. De familiares rechazando aceptar sus parientes, lo que en el fondo era no asumir su responsabilidad. Algunos de ellos, con las consabidas amenazas de quejarse ante los medios de comunicación e incluso, con denuncia al Presidente de la República. En cuanto a los pacientes, se encontró el rechazo a ser reinsertados por la baja capacidad de adaptación y, por supuesto, su vida, su mundo y su todo, lo constituía el Hospital (secuelas manicomiales). La aparición de los padrinos, políticos, las llamadas telefónicas, las cartas de amenazas o de recomendación fue algo muy pintoresco de esta etapa.

Un pequeño alto para compartirles otra de las muchas anécdotas. Con frecuencia, cuando un familiar solicitaba el internamiento de un paciente y se le explicaba que no había cama disponible, la respuesta habitual era: “no se preocupe doctor que yo puedo comprar la cama y se la traigo”.

El trabajo realizado con la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes fue muy positiva. La reorientación y reorganización la convirtió en un valioso grupo de apoyo, rompiendo el esquema tradicional de tratar de preservar la permanencia del paciente en la institución. La alianza de esta Asociación con Trabajo Social contribuyó a la reinserción de numerosos pacientes con prolongada permanencia.

Complemento al proceso de modernización y de desinstitucionalización fue el desarrollo de un programa amplio de rehabilitación psicosocial.

### **Centro de rehabilitación Psicosocial**

El Centro de Rehabilitación Psicosocial es un servicio diseñado y organizado para ofrecer programas de rehabilitación a la población con discapacidad mental, con vistas a lograr el máximo nivel de autonomía e integración social posible.

Los y las usuarias son derivadas por las unidades de salud mental. En un primer contacto se ofrece una atención personalizada al usuario o familiares que soliciten información del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y se complementa con la hoja de solicitud de atención. Posteriormente, son llamados para una preevaluación con el médico psiquiatra. Si cumple con los criterios de admisión al CRPS se evalúa por un equipo multidisciplinario conformado por la psicóloga, enfermera, terapeuta ocupacional y trabajadora social.

La estructura de las actividades se hace en forma de **Talleres**, cuyo objetivo general es: evaluar pacientes con la finalidad de integrarlos a una modalidad terapéutica que permita su posterior reinserción sociolaboral. Entre los talleres de terapia ocupacional se mencionan:

- . **a) TALLER DE ORQUÍDEOTERAPIA Y PLANTAS MEDICINALES:** Horticultura ornamental y general. Cultivo y venta de orquídeas. Desarrollo de destrezas manuales. Conocimiento de distintas labores y herramientas dentro de la horticultura.
- . **b) TALLER DE ARTETERAPIA:** Para estimular a las personas, con discapacidad mental, para realizar trabajos de expresión espontánea o pintura espontánea. Preparar a las personas con discapacidad mental para la integración laboral.
- . **c) TALLER DE AUTOESTIMA Y BELLAS ARTES:** Crear las condiciones básicas para el mejoramiento de la autoestima y desarrollar estrategias para exteriorizar el potencial artístico.

### **Centro de estudios y tratamiento en adicciones del INSAM**

El Programa de Dependencia Química consiste en una alternativa de tratamiento intrahospitalario a nivel estatal.

En 1980, el Comité de Esposas de Ministros de Estado encabezado por la Sra. Yadira de Medrano, esposa del Ministro de Salud de Panamá, gestan acciones para la construcción de un recinto que brindará atención a individuos afectados por el alcohol y las drogas. Fue ubicado en el Hospital Psiquiátrico Nacional, con el nombre de Sala de Alcohol y Drogas e inicia su trabajo en 1981. El Estado ante la realidad del consumo de drogas en el país, busca alternativas, e inicia el primer curso de Profesionales en Dependencia Química en febrero de 1986, auspiciado por el MINSA, Cruz Blanca y la Universidad de Miami (EE. UU). La célula motor fue la Dr. Doris Amaya.

En agosto de 1987, un grupo de profesionales, entre los cuales se encontraban la Lic. Hildaaura de Tejada (Trabajadora Social), la Lic. Gloria de González (Socióloga), el doctor Carlos Smith (Psiquiatra), la Lic. Leticia de Ureña (Enfermera) y la Sra. Evadilia Cerrud (Terapeuta Vivencial), dan lugar a un programa ambulatorio de dependencia química con pacientes hospitalizados en las diferentes salas del Hospital, sin local designado. Las terapias eran realizadas al aire libre, donde había que trasladar sillas, material audiovisual, y otros. Posteriormente, las terapias eran realizadas en el área de la Biblioteca de Trabajo Social. La primera paciente del programa fue una mujer embarazada.

En febrero de 1988, se inicia el tratamiento con familiares. En este año, el Dr. Carlos Smith adquiere su Fellowship en Florida, lo que aunado a otras disciplinas que se fueron agregando, como Terapia Ocupacional por la Lic. Odelvis Muñoz, y Enfermería por la Lic. Mireya Marten, fueron enriqueciendo el nuevo programa. Comienzan, de igual forma, la capacitación interna de funcionarios. En 1989, la Sala de Alcohol y Drogas cambia su título por Sala de Dependencia Química. Se potencia la actividad docente, continuando con las consultorías, educación en servicios, entrenamientos y apoyo a investigaciones. Se realiza el Primer Encuentro de Profesionales que trabajan en Prevención, Investigación y Tratamiento. De igual forma, se celebra el Primer Encuentro de Egresados del Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional. En 1989, se incluye la rotación del Médico Residente de Psiquiatría General en el programa de Dependencia Química. En

1990, el Programa de Dependencia Química brinda pasantías a nivel Nacional. En 1992, se crea la subespecialidad en Psiquiatría de Dependencia Química, por un espacio de dos años en el Hospital Psiquiátrico Nacional.

De 1996 a 1997, se inicia el programa de cesación de fumadores para pacientes y personal de la Institución, bajo la dirección de la Dra. Yadira Boyd P. De 2000 a 2001 el programa se proyecta fuera de la institución mediante un convenio entre el MINSA y la Asociación Nacional contra el Cáncer. Para el año 2001 se da el cambio de Programa de Dependencia Química a Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones.

En el año 2003, se inicia el Programa Ambulatorio para adolescentes, como respuesta a la alta demanda existente en el país y, por ser una edad de alto riesgo, en el inicio del consumo. Ya en este periodo cambia de Programa de Dependencia Química a Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones.

Para el año 2003 la Institución ha formado un total de seis médicos(as) subespecialistas en Dependencia Química, entre los cuales se encuentra la Dra. Juana Herrera (actual Directora General) la Dra. Yadira V. Boyd (actual coordinadora del Centro), el Dr. Juan Mayora, la Dra. Lizbeth Barrera y el Dr. Aris Ramos. Actualmente, se encuentra en formación el Dr. Luis Trejos.

En este orden, con la buena voluntad y el afecto de cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario del Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones, se continúa cumpliendo con la responsabilidad de dar a la población del país una alternativa terapéutica, científica, coherente y sistemática.

### **Principios del Programa**

El proceso de tratamiento es reeducativo, confrontador, respetuoso de la dignidad humana, fomentando la honestidad como recurso de aceptación de la enfermedad y guía para el subsecuente cambio de conducta.

- CAI (Centro de Atención Integral)
- Geriatría y Medicina
- CETA (Centro de Estudios y Tratamiento de Adicciones)
- Recuperación

### **Proyecciones del INSAM**

- Profundizar en la investigación.
- Mejorar la calidad de la formación de los especialistas.
- Mejorar las condiciones laborales de los funcionarios.
- Eliminar los residuos del modelo manicomial, el hospitalismo, la “sala de Recuperación”.

## Conclusión

En la presente inestabilidad hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- El cometido del manicomio es asociar para aislar, mientras que un hospital de salud mental tiene como objetivo devolver la capacidad integradora de la persona con sufrimiento psíquico para continuar formando parte activa de la sociedad de donde proviene. El hospital de salud mental debe estar integrado a la comunidad, esto implica un fácil acceso, adecuada visibilidad y la consiguiente información sobre su existencia y los servicios que brinda. La integración ambiental promueve la integración humana, mientras que el ocultamiento acompaña al aislamiento.
- El Instituto Nacional de Salud Mental es un centro especializado en la atención a personas con discapacidad mental, el cual por medio de diferentes estrategias participativas, clínicas e integrales permite que las personas con enfermedades mentales se beneficien de ellas, sus familiares y la comunidad.

Brindándole a estos la oportunidad de tener una mejor calidad de vida, y la posibilidad de que a su salida puedan reinsertarse a la sociedad de manera productiva.

- El hospital psiquiátrico se ha convertido recientemente en un hospital de salud mental. Esto implica un cambio de paradigma respecto a los modelos asilares imperantes desde el siglo XIX.

El hospital de salud mental es un efector especializado conformado por agentes de salud que se han formado para abordar a una persona con sufrimiento psíquico de manera integral, con trabajo en equipo y con el objetivo de promover su re inserción en el tejido social de donde proviene haciendo uso de todos los aspectos saludables que aún conserve o puedan rescatarse. El personal entrenado prevé evitar el paternalismo, la condescendencia y reemplazarlo por el coaching y el aliento hacia la autonomía y el incremento de la sensación de productividad de las personas internadas. También se ejecuta la función de observar, describir y contener la patología, pero en un ámbito de colaboración entre todos los actores y con el fin de conformar un plan de tratamiento que incluya el mayor beneficio para quien esté dirigido. Sumado a los profesionales, técnicos y trabajadores, un factor humano imprescindible es la familia, a quien se intentará integrar al tratamiento toda vez que esto resulte posible.

- En el Instituto Nacional de Salud Mental a los enfermos se les enseña que tienen sus derechos y se les brinda la oportunidad de que puedan relajarse en un ambiente natural. A parte de esto, cuentan con un amplio comedor y cocina y una

pequeña farmacia. Además, pueden ver televisión, jugar ping-pong, cantar villancicos, entre otras cosas.

- Es decir, que el proceso de tratamiento no solo es farmacológico si no también reeducativo, confrontador, respetuoso de la dignidad humana y fomentando la honestidad.
- El desarrollo de la psiquiatría no debe ser considerado como sinónimo de un desarrollo psicofarmacológico, aunque este último tenga un papel de gran importancia para la psiquiatría, es dependiente de muchos factores para que se de un buen desarrollo y avance en la psiquiatría. De esta manera, podemos comprender que la practica de la psiquiatría es un arte y una ciencia que hoy en día se complementa y se apoya, de otras ocupaciones dedicadas a este sector de la salud, como lo es el desarrollo psicofarmacológico anteriormente mencionado, y la formación de psicólogos clínicos, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales con enfoque en el ámbito de la salud mental, entre otros.

Es por esto que se debe resaltar la gran labor que se ha ido realizando en el Instituto Nacional de Salud Mental, la cual ha sido un gran avance en cuanto a la estructuración de una instalación adecuada para el tratamiento de los pacientes con patologías psiquiátricas; quienes la mayoría del tiempo son aislados y discriminados por nuestra sociedad por su condición, pero en esta institución se les a abierto un espacio en el cual ellos han podido rehabilitarse y reintegrarse a la sociedad a través de terapias personales, familiares y el tratamiento psicofarmacológico.

## Bibliografía

- D'Orcy, Dra. E. (21 de diciembre de 2012). Historia del INSAM. (A. Dominguez, M. Icaza, C. Mendoza, E. Wong, S. Gómez, & M Hernández, Entrevistadores)
- Herrera Arauz, J. Desarrollo de la Salud Mental en Panamá. Serie 1. Panamá; 2007 [revisado el 27 de diciembre de 2012]. Disponible en: [http://new.paho.org/pan/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=25&Itemid=224](http://new.paho.org/pan/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25&Itemid=224)
- Smith, Dr. C. (20 de diciembre de 2012). Historia del INSAM. (A. Dominguez, M. Icaza, C. Mendoza, E. Wong, S. Gómez, & M Hernández, Entrevistadores)

## ANEXOS

### INSTALACIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE PANAMÁ



#### C.A.I.





**Centro de Estudio y Tratamiento de Adicciones en el INSAM**





**Lugar donde antes se practicaban las “Lobotomías”**



**C.E.T.A.**



