



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR
POR EL GRADO DE ESPECIALISTA**

PROPUESTA DE UN MODELO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
DESDE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INCORPORANDO
LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS A PARTIR
DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS PRIMEROS INGRESOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DURANTE EL 2008.

LICDA. PAOLA ECHEVERRI ECHEVERRÍA

**SAN JOSÉ, COSTA RICA
FEBRERO, 2010**



PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

El Posgrado en Psicología Clínica y este Tribunal que lo representa, hace constar que la Licda. Paola Echeverri Echeverría, cédula 1-1177-0953, estudiante de este Posgrado ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación: PROPUESTA DE UN MODELO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DESDE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INCORPORANDO LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS A PARTIR DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS PRIMEROS INGRESOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DURANTE EL 2008, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 9 días del mes de febrero del 2010, en la Ciudad de San José, Costa Rica.

Dr. Roberto López Core
Coordinador Nacional
Director Posgrado en Psicología Clínica
Universidad de Costa Rica

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a todos los pacientes con los que tuve la oportunidad de compartir durante estos dos años. Por alguna razón nuestros caminos se cruzaron, y me permitieron acercarme a su historia, su dolor, su realidad y formar parte de esta, aunque fuera por unos momentos. Espero de todo corazón haber podido acompañarlos en este camino y acercarlos un poco más a descubrir su propia capacidad auto-regulativa.

Les agradezco profundamente el haber sido mis principales maestros durante todo este tiempo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero que todo a Rubén, mi principal apoyo en las buenas y en las malas! Gracias por siempre impulsarme a seguir adelante. Te amo.

A mis papás que siempre han creído en mí y en lo que puedo lograr.

A todos mis profesores, supervisores, compañeros de trabajo y ángeles guardianes que me encontré en este camino como residente. Gracias a todos los que me tendieron una mano y compartieron conmigo su conocimiento. De todos me llevo algo... una vivencia, un aprendizaje, un consejo, un buen recuerdo... que me ayudó a crecer personal y profesionalmente.

Por último, quisiera incluir a mis compañeros de residencia. Encontré en todos muy buenos amigos y me divertí mucho con ustedes!, gracias por adoptarme como una más del grupo!

TABLA DE CONTENIDOS

Hoja de Aprobación.....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	8
Título.....	8
Resumen.....	8
Palabras Claves.....	8
Objetivos.....	9
<i>Objetivos Generales</i>	9
<i>Objetivos Específicos</i>	9
Introducción.....	10
Justificación.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
Concepto de Salud.....	15
<i>Salud Mental</i>	16
<i>Determinantes de la Salud Mental en Costa Rica</i>	17
Factores Psicosociales.....	17
<i>Problemas Psicosociales y Ambientales según el DSM IV-TR</i>	20
<i>Factores Psicosociales en Costa Rica</i>	24
Factores Sociales.....	24
Factores psicológicos y características personales.....	26
Factores Biológicos.....	26
Vigilancia Epidemiológica.....	27
<i>Vigilancia de la salud</i>	28

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	30
Enfoque y Tipo de Estudio.....	30
Población, Muestra y Participantes.....	30
Procedimiento de Recolección de Datos.....	30
Análisis de los Datos.....	32
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	40
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
APÉNDICES.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación Edad por Intervalos y Género.....	34
Tabla 2: Relación entre Provincia de Procedencia y Género.....	35
Tabla 3: Relación entre el Mes de Ingreso y el Género.....	36
Tabla 4: Relación entre Diagnóstico de Egreso y Género.....	37
Tabla 5: Relación entre T. del Humor y Género.....	38
Tabla 6: Relación entre Trastornos del Humor y Edad por Intervalos.....	39

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Título

Propuesta de un modelo de recolección de datos desde la vigilancia epidemiológica incorporando los factores psicosociales y epidemiológicos a partir del análisis estadístico de los primeros ingresos atendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2008.

RESUMEN

A través de un análisis estadístico de los primeros ingresos atendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2008 y utilizando como base la vigilancia epidemiológica se logró describir las características generales de la población atendida en este centro hospitalario. Se identificaron los componentes psicosociales que se encuentran más asociados con la enfermedad mental, así como los factores de riesgo y de protección para nuestra población. Con esta investigación se especifican los componentes que debe incluir un modelo de recolección de datos que contribuya tanto para la realización de futuras investigaciones epidemiológicas como para la ejecución del diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales atendidas dentro del hospital.

PALABRAS CLAVES

Salud Mental, Vigilancia Epidemiológica, Factores Psicosociales, Factores Protectores, Factores de Riesgo, Primeros Ingresos Hospitalarios.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Analizar las principales características epidemiológicas presentes en los primeros ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el 2008.
- Identificar las dimensiones y variables psicosociales relacionadas con los primeros ingresos a este centro hospitalario.

Objetivos Específicos

- Realizar un análisis descriptivo de los datos estadísticos recolectados durante el 2008, en los primeros ingresos del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Comparar los datos reportados por el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2008 con los registros existentes sobre la situación actual de la Salud Mental en el nivel nacional e internacional.
- Identificar las principales dimensiones y variables psicosociales que pueden estar relacionadas con los primeros ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el 2008.
- Ofrecer recomendaciones puntuales que faciliten la construcción de un dispositivo que sistematice la recolección de la información, y que permita identificar las dimensiones o variables psicosociales relacionadas con el ingreso.

Introducción

Con el paso de los años ha ido evolucionando el concepto de salud y enfermedad desde el dualismo mente-cuerpo donde se establecía una escisión entre las aflicciones del cuerpo y los factores psicológicos o sociales que afectaban al individuo. Hoy día, está más que aceptado que la salud está determinada tanto por aspectos biológicos, como por aspectos psicológicos y sociales que conforman interacciones dinámicas y complejas, y que a su vez determinan el estatus de salud de los individuos (Juárez, 2004).

Ante este nuevo paradigma, surge la necesidad de incorporar dentro del paradigma biomédico y en la investigación epidemiológica actual, líneas de investigación que incorporen una perspectiva biopsicosocial. Se trata de analizar al ser humano como un ente complejo, que requiere para su comprensión, de un enfoque interdisciplinario integral que abarque la influencia de factores de índole individual, social y familiar.

La Organización Mundial de la Salud (2004) afirma que es la acción combinada de numerosos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, quienes determinan que el individuo disfrute de un estado de salud psíquica o que por el contrario sea afligido por trastornos mentales y del comportamiento. En el caso de la enfermedad mental, se va a ver comprometida la capacidad de adaptación y el funcionamiento; va a existir un deterioro tanto en el entorno inmediato de la familia como en el medio laboral y social.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales incluye dentro del diagnóstico multiaxial, un eje dedicado exclusivamente a problemas psicosociales o ambientales, en el cual se registran aquellos problemas que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (2002). Estos se refieren a “un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona” (APA, 2002, p. 36).

A su vez la Asociación Americana de Psicología (2002) señala que además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en cuenta en el planeamiento de la intervención terapéutica respectiva.

Villalobos (1999), por su parte, menciona que los factores de riesgo psicosocial deben ser entendidos como toda condición que experimenta el ser humano en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea. Es por esto que no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en que se convierte en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno.

La red de investigadores en factores psicosociales, salud mental y calidad de vida en el trabajo, identifican múltiples factores psicosociales que se asocian al inicio o exacerbación de las distintas enfermedades físicas y mentales, como lo son: la falta de acceso a satisfactores básicos, sobrepoblación, estrés de la vida cotidiana, condiciones adversas de trabajo, pobreza, marginación, miseria, precarización de las condiciones de vida y de trabajo, etc. Alvarado (2003) a su vez, añade la desorganización social, la falta de apoyo psicosocial, los hábitos de vida, la contaminación ambiental, la no utilización de los servicios de salud, entre otros.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2002) agrupa los problemas psicosociales y ambientales en categorías como: a) Problemas relativos al grupo primario de apoyo, b) Problemas relativos al ambiente social, c) Problemas relativos a la enseñanza, d) Problemas Laborales, e) Problemas de vivienda, f) Problemas económicos, g) Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, h) Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen y i) Otros problemas psicosociales y ambientales.

Berkman (2009) señala que a partir de múltiples estudios longitudinales, se han podido identificar las condiciones sociales, ambientales y del comportamiento, como las tres variables claves a la hora de diseñar intervenciones eficaces y realizar cambios políticos específicos para modificar los sistemas de salud. Insiste a su vez, en la importancia de identificar la dinámica

existente entre las intervenciones sociales, económicas y ambientales y los contextos en las que se desarrollan.

Muchos de estos autores coinciden en que factores psicosociales como los mencionados anteriormente, “se manifiestan en los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones y también en las formas de morir de éstas, donde los sectores más desprotegidos reportan generalmente las tasas más altas de morbi-mortalidad de trastornos psiquiátricos y otros problemas de salud mental” (Arias, et al.; 2006; p.1).

La situación de salud en Chile por ejemplo, muestra un perfil epidemiológico en transición, donde se entremezclan “problemas propios de la pobreza con patologías características del envejecimiento de la población y las determinadas por las condiciones de vida ligadas al desarrollo” (Alvarado, 2003, p. 1). Este mismo autor señala que para los países de América Latina las principales causas de muerte tienen un componente psicosocial o psicopatológico relevante, entre los que destacan los trastornos mentales de origen afectivo-emocional (trastornos depresivos, trastornos por ansiedad, etc.) y los vinculados con el consumo excesivo de alcohol.

Ante esta realidad es que Guibert y Ada (2001) insisten en la necesidad de realizar cambios cualitativos en los centros de Atención Primaria en salud; entre los que mencionan: la existencia de un equipo de salud integral y multidisciplinario; la adopción de un enfoque clínico-epidemiológico y social de la salud; y la importancia de realizar investigaciones de corte epidemiológico y psicosocial en las comunidades. Todo esto con el fin de incorporar los factores identificados en la formulación y aplicación de una intervención eficaz, de bajo costo y de alta calidad para los usuarios.

Justificación

Al analizar los factores determinantes del estado de salud mental en la población costarricense, surge la necesidad de incluir aquellos que se relacionan tanto con un componente individual como lo es la carga genética y los rasgos psicológicos personales; como aquellos de índole más social y relacionados con el medio, compartidos por la colectividad.

De acuerdo con un reporte de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, señalan que en el país “los profesionales de la psiquiatría y las ciencias de la conducta se limitaban a ejercer su ministerio en el campo individual, tratando de asistir a los pacientes mediante acciones terapéuticas singulares” (2004, p. 4). Con el avance de la investigación, se comienzan a ampliar las posibilidades de acción, para influir en la gran cantidad de condiciones que se ha descubierto influyen directamente sobre el balance mental de las personas.

Al revisar los índices de salud de Costa Rica, se encuentra que estos son muy cercanos a los de los países desarrollados y definen un perfil en el que predominan las enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos mentales (Ministerio de Salud, OPS, OMS; 2004).

Este estudio busca acercarse a la realidad de los usuarios del Hospital Nacional Psiquiátrico, desde sus características demográficas hasta aquellos factores individuales y sociales que están influyendo diariamente sobre su salud mental. Entre los muchos factores que pueden intervenir y la gran cantidad de realidades que pueden consultar el centro de salud, se busca identificar aquellas variables que intervienen directamente en la aparición y acentuación de la enfermedad mental.

Entre estas condiciones tenemos los factores de riesgo psicosocial, definidos por Villalobos (1999, s.p.) como “toda condición que experimenta el hombre en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea, por lo tanto no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en que se convierte en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno”.

No se sabe a ciencia cierta el nivel de responsabilidad que diversos fenómenos sociales pueden tener en la aparición de los diversos trastornos mentales; sin embargo, muchos estudios han perfilado como los más determinantes: la falta de acceso a satisfactores básicos, sobrepoblación, estrés de la vida cotidiana, condiciones adversas de trabajo, pobreza, marginación, miseria, precarización de las condiciones de vida y de trabajo (Arias, et al.; s.f.).

A través de esta investigación se pretende identificar los factores psicosociales implicados en el origen, curso y pronóstico de las enfermedades mentales en el país. Esto se logrará tomando como punto de partida la vigilancia epidemiológica, que considera la distribución de las enfermedades en una población y los factores que condicionan su presentación.

Para esto se recurrirá a los datos estadísticos reportados por el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2008. Servirán como punto de partida para realizar un análisis descriptivo que muestre los cuadros mentales que más se presentan en la población hospitalizada, así como aquellas variables sociodemográficas implicadas con mayor frecuencia. Apoyándose en la información estadística disponible, y en distintos estudios epidemiológicos y etnográficos realizados en el nivel nacional e internacional, se buscará demostrar cuáles son los factores psicosociales que podrían estar más relacionados con las patologías mentales que se atienden dentro del hospital.

Esta investigación tendrá una gran relevancia social, puesto que al conocer los factores psicosociales existentes en aquellas personas que presentan alguna patología psiquiátrica, se podrá acceder de una forma más directa y objetiva a sus necesidades, y por ende plantear políticas de intervención, prevención y rehabilitación que se ajuste directamente con el usuario que consulta el centro hospitalario.

MARCO TEÓRICO

Concepto de Salud

Al revisar el concepto de Salud, a lo largo de la historia, se debe partir del dualismo mente-cuerpo propuesto por Descartes, con una fuerte tendencia hacia la enfermedad, ubicada en el cuerpo, y fragmentado de cualquier dominio o influencia de la mente. Desde esta perspectiva, la salud se definía como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales (Juárez, 2004).

Ante el surgimiento de alteraciones funcionales de tipo esencial, aquellos trastornos que no podían ser explicados en términos orgánicos, surge el concepto de lo “psicosomático” para dar cabida a la influencia de lo mental en lo físico. De acuerdo con Juárez (2004) fue surgiendo un enfoque que considera que “la salud está determinada no sólo por aspectos biológicos, sino también por aspectos psicológicos y sociales que conforman interacciones dinámicas y complejas que determinan el estatus de salud de los individuos”(p. 190).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Cook 1993; citado por Juárez, 2004). Mientras que la Organización Internacional del Trabajo añade que los elementos psicológicos y ambientales son factores decisivos para lograr un trabajo permanente de promoción a la salud, que mejore el paradigma biomédico tradicional y abarque un modelo biopsicosocial del individuo (1988).

Juárez enfatiza la importancia de una comprensión integral de las distintas áreas que conforman la salud. Se puede observar cómo la OMS, propone no sólo un ataque frontal a las enfermedades, sino un trabajo permanente de promoción a la salud, lo que mejora el paradigma biomédico tradicional y se conforma en un modelo biopsicosocial y hasta espiritual.

Salud Mental

De acuerdo con el Informe sobre la salud en el mundo, realizado en el 2001 por la Organización Mundial de la Salud, la Salud Mental es entendida como:

En las distintas culturas los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales (citado por Ministerio de Salud, et al.; 2004; pg.7).

Distintos autores señalan la dificultad para ofrecer una única definición del término de Salud Mental, ante lo cual han enfatizado en la importancia de abordar este término como:

1. Un *estado* de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción).
2. Un *proceso* indicativo de una conducta de afrontamiento, como luchar por conseguir la independencia, la autonomía, etc.
3. Un *estado crónico* debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante (trastorno de estrés postraumático), o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso (agotamiento, psicosis, trastornos depresivos mayores, trastornos cognitivos y abuso de sustancias psicoactivas).
4. *Características de la persona* como los “estilos de afrontamiento”: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su

entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos (Houtman y Kompier, s.f.).

La salud mental va a estar determinada tanto por las características del entorno, como por las características propias del individuo. Según Houtman y Kompier, (s.f.), la capacidad (percibida) de afrontamiento puede no sólo moderar o mediar los efectos de los factores de riesgo ambientales, sino también determinar la evaluación por el individuo de dichos factores. Parte del efecto de éstos en la salud mental se debe a este proceso de evaluación.

Determinantes de la Salud Mental en Costa Rica

El reporte ofrecido por el Ministerio de Salud, sobre la situación actual de la Salud Mental en Costa Rica afirma que no existen estudios epidemiológicos recientes que se refieran a la incidencia o prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento. A pesar de esto, señalan que estos “se han incrementado en función de las variaciones ocurridas en el perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales que han tenido impacto en la sociedad costarricense en los últimos decenios” (2004, p.8)

Mencionan también que el impacto negativo que han tenido estos factores en la salud mental y en el desarrollo psicosocial se ve reflejado en situaciones que llegan a comprometer el funcionamiento del individuo y la familia su equilibrio emocional y el despliegue de sus potencialidades. Como factores de riesgo importante mencionan el desarraigo, la pobreza, la urbanización desordenada, las condiciones desfavorables de trabajo y la violencia (Ministerio de Salud, 2004).

Factores Psicosociales

Según el informe realizado por el Ministerio de Salud, la OPS/OMS (2004) en nuestro país, la interacción de numerosos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales van a determinar

el estado de salud psíquica que disfrute el individuo, así como la posibilidad de que llegue a ser afligido por trastornos mentales y del comportamiento.

Sobre este mismo tema, Alvarado (2003) menciona que el estado de salud mental de las personas de una comunidad es producto de una compleja ecuación donde intervienen en forma relevante aspectos personales (estructura de personalidad, competencias psicosociales, etc.), microsociales (sucesos vitales, red y soporte social, características habitacionales, condiciones socio-ambientales de la comunidad, etc.), macrosociales (clase social, sexo, edad, cultura, etc.) y el acceso a los sistemas de salud (donde va a ser importante la conducta de búsqueda de ayuda).

Al adentrarse en el tema de la Salud Mental, se deben tomar en cuenta diversos factores que pueden influir de múltiples formas en la aparición de una u otra patología, su curso, pronóstico y evolución. Comienzan a surgir factores de riesgo y factores protectores que se deben tomar en consideración a la hora de diseñar un tratamiento integral que responda a las necesidades del usuario que busca atención. Su identificación temprana y el reconocimiento tendrán un extraordinario valor epidemiológico y clínico, para reconocer los principales aspectos a tener en cuenta para la formulación y aplicación de una intervención eficaz, de bajo costo y mayor calidad.

Al incorporar los factores psicosociales, se debe incluir tanto los efectos nocivos como los positivos, integrando una aproximación epidemiológica, que considere los aspectos macro y microsociales, y los individuales, para lograr una aproximación cuantitativa y cualitativa de los fenómenos de salud-enfermedad, en un contexto que refleje una realidad histórica. Esta visión más integral, permite ampliar la búsqueda de los factores etiológicos de la enfermedad, dejando de lado una visión “específica” o “reduccionista”, y dando paso a la consideración de lo “psicosocial” como factor influyente en el proceso de salud-enfermedad (Villalobos, 2004).

Como factores de riesgo psicosocial se entiende una condición o condiciones del individuo, o del medio, que bajo determinadas condiciones de intensidad y tiempo de exposición generan efectos negativos en sí mismo o en su contexto; y por último generan estrés, el cual tiene efectos en el nivel emocional, cognoscitivo, del comportamiento social, laboral y fisiológico (Villalobos, 1997).

De acuerdo con esta autora, para considerar un factor psicosocial como factor de riesgo se deben tener en consideración los siguientes criterios: “la duración o tiempo de exposición a la condición que se percibe riesgosa; la intensidad del factor de riesgo; la frecuencia de presentación; y, el potencial dañino o grado en que un factor de riesgo es capaz de producir efectos negativos en la salud y el bienestar” (2004, p.199).

Retomando lo anterior, Villalobos reconoce pueden presentarse diversos tipos de factores de riesgo psicosocial: a) Producen efectos agudos: se caracterizan porque tienen un tiempo de exposición corto, escasa frecuencia de ocurrencia y alta intensidad; b) Producen efectos crónicos: con alta frecuencia de ocurrencia, tiempo de exposición e intensidad variables; c) Condiciones cotidianas: aunque generan efectos de estrés leves, no pueden considerarse como factores de riesgo psicosocial, porque a pesar de presentarse con alta frecuencia, el tiempo de exposición y la intensidad son bajas.

Existe otro modelo interpretativo-explicativo descrito por Alvarado (2003), donde se parte de la presencia de distintas dimensiones psicosociales ampliamente interrelacionadas, que deben incluirse en el análisis de cualquier situación particular:

1. Nivel Macrosocial: incluye factores como rol sexual, edad, clase social, etc., que actúan como predisponentes.
2. Nivel Microsocial: involucra variables como sucesos vitales, red y soporte social, identidad social, procesos de socialización, etc.
3. Nivel Psicológico: Corresponde al plano individual que se pone en interacción con el entorno. Incluye atributos personales como autoestima, competencias psicosociales, percepción de control, estilos atributivos, etc.

Problemas Psicosociales y Ambientales según el DSM IV-TR

Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), existe un eje destinado exclusivamente para los Problemas Psicosociales y Ambientales. En el eje IV del Diagnóstico Multiaxial se registran los factores psicosociales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento, y el pronóstico de los trastornos mentales. Se define un problema psicosocial o ambiental como “un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona” (APA, 2002, p. 36)

También se pueden incorporar aquellos factores psicosociales que aparecen como consecuencia de la psicopatología, o que representan problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general. En cuanto a los estresantes positivos, por otro lado, sólo se mencionan si estos representan un problema o dificultad para quien consulta.

Para efectos diagnósticos, sólo se debe tomar nota de aquellos problemas psicosociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación o que hayan contribuido claramente al trastorno mental. De esta forma debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes para el diagnóstico y el abordaje terapéutico respectivo.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) ha clasificado los problemas en categorías por razones de conveniencia:

1. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: esta categoría menciona el fallecimiento o enfermedad en algún miembro de la familia, perturbación familiar por divorcio, separación o abandono, nuevas uniones por parte de los padres, cambio de hogar, abuso sexual o físico, sobreprotección, abandono del niño, dificultades para establecer la disciplina, conflictos entre los hermanos, nacimiento de un nuevo hijo, etc.

2. Problemas relativos al ambiente social: esta categoría menciona fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales.
3. Problemas relativos a la enseñanza: esta categoría incluye el analfabetismo, los problemas académicos, conflictos con los docentes o compañeros, o un ambiente escolar inadecuado.
4. Problemas laborales: esta categoría engloba el desempleo o amenaza de pérdida de empleo, un trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o compañeros de trabajo.
5. Problemas de vivienda: esta categoría menciona la falta de hogar o una vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos o propietarios.
6. Problemas económicos: esta categoría incluye la pobreza extrema, una economía o ayudas socioeconómicas insuficientes.
7. Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: esta categoría menciona los servicios médicos inadecuados, la falta de transporte hasta los servicios de salud o un seguro médico inadecuado.
8. Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: esta categoría menciona los arrestos, encarcelamiento, juicios, o víctima de un acto criminal.
9. Otros problemas psicosociales y ambientales: esta categoría se observa la exposición a desastres, guerras, conflictos con cuidadores no familiares (consejeros, asistentes sociales, médicos), ausencia de servicios sociales.

Junto al Eje IV, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), incluye otro apartado denominado “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, destinado a aquellos problemas psicosociales o ambientales que constituyen el foco de la atención. En este se observan:

1. Problemas de Relación: Paterno-filiales, conyugales, de relación entre hermanos, asociados a un trastorno mental o a una enfermedad médica, y no especificados.
2. Problemas relacionados con el abuso o la negligencia: Abuso físico o sexual del niño, negligencia en la infancia y abuso físico o sexual del adulto.
3. Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Incumplimiento terapéutico, simulación, comportamiento antisocial del adulto o en la niñez y la adolescencia, capacidad intelectual límite, duelo, problemas académicos, problemas laborales, problemas de identidad, problema religioso o espiritual, problemas de aculturación, problemas biográficos (APA, 2002).

Por otra parte, Alvarado (2003) identifica una serie de dimensiones psicosociales ampliamente interrelacionadas que han sido asociadas a la presencia de sintomatología o cuadros psicopatológicos. Dentro de las mismas menciona:

1. Sucesos Vitales: Son los acontecimientos o eventos que en virtud de su capacidad de generar una crisis adaptativa son desencadenantes o precipitantes de algún trastorno. Tusquet los define como todos aquellos eventos que provocan una crisis en un sujeto vulnerable. Va a existir una asociación significativa entre la presencia de un mayor número de sucesos vitales y la existencia de un trastorno emocional (Alvarado, 2003). El impacto que pueda tener este suceso vital sobre la salud emocional del sujeto va a depender de los procesos cognitivos de fondo, la valoración individual que se haga del estresor y las capacidades internas para hacerle frente.

Los estresores relacionados con eventos vitales, como la muerte de un ser querido, la pérdida del trabajo, una enfermedad prolongada o crónica, entre otros. Se trata de estresores negativos, muchas veces incontrolables, y con un alto riesgo para la salud del individuo, por lo que van a implicar un ajuste profundo por parte de este.

2. Red y Soporte Social: Según Alvarado (2003) la red social es el conjunto de personas significativas con quienes se mantiene una interacción social en forma frecuente. Estas redes entrelazan a las personas favoreciendo las relaciones interpersonales, la cohesión grupal, salvaguardando la integridad física y mental. El fracaso de estas redes genera gran vulnerabilidad para la aparición de una disfunción mental, por ende un bajo soporte social se asocia con mayor presencia de síntomas físicos y psicológicos.

Este mismo autor señala que el grado de soporte social engloba la percepción del sujeto de ser cuidado y amado, valorado y estimado, y que pertenece a una red social de deberes y derechos. Así, “lo fundamental no sería la mera inserción en una red social densa, sino la existencia de las relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional e instrumental” (p.4).

Dentro del ámbito social se pueden encontrar estresores como el hacinamiento, el aislamiento social, la presión grupal, los conflictos interpersonales, la pérdida o conflicto de rol o status, los conflictos laborales, entre otros. Estos son estresores negativos, relativamente controlables, y el riesgo para la salud depende de su persistencia y el ajuste que tenga el sujeto al medio.

3. Competencias Psicosociales: Retoma el concepto de competencia de Tyler, basado en una configuración identificable de características psicosociales y se refiere a la manera como el individuo interactúa con los diferentes sucesos de su vida, ya sea en el sentido de solucionar problemas como en el sentido de autorrealizarse.

4. Área Laboral: El área laboral ha jugado un papel primordial respecto al proceso salud-enfermedad. De acuerdo con Juárez (2004) desde la antigüedad, Hipócrates y Galeno indagaban sobre la actividad laboral del paciente para formular el diagnóstico respectivo; encontrando muchas veces el origen de la enfermedad en este rubro.

A partir de lo expuesto anteriormente, Vita y Colominas (2005) reconocen que el impacto de cualquier situación de estrés dependerá de la sensibilidad o percepción individual de la persona. Por lo tanto, no se puede estudiar aisladamente su patología, curso y pronóstico sin tener en cuenta los aspectos psicosociales que hacen que un individuo, ante un estímulo, reaccione con toda una cadena diferente de mecanismos.

Factores Psicosociales en Costa Rica

Al referirse a los factores psicosociales, el Ministerio de Salud, et al. (2004), los divide en: a) Factores Sociales: pobreza, urbanización y desastres; b) Factores psicológicos y características personales, y c) Factores biológicos.

Factores Sociales

Pobreza:

Al referirse a la pobreza, se deben incluir problemáticas como el desempleo, la carencia de vivienda, el analfabetismo, la desnutrición, entre muchos otros. Todas estas variables influyen directamente en la prevalencia de los trastornos mentales en las poblaciones económicamente desposeídas. El Undécimo Informe del Estado de la Nación (2005) la proporción de hogares en situación de pobreza en Costa Rica varió del 20,6% en 2000 a 21,7% en el 2004. En el mismo período los hogares en situación de pobreza extrema disminuyeron del 6,1% a 5,6%. En el mismo informe se establece que el desempleo abierto en los últimos 6 años osciló entre el 5,2 y el 6,7%. El desempleo es más acentuado en las zonas rurales, habiendo importantes áreas en que la subutilización de la fuerza de trabajo se acerca al 20%.

Urbanización:

Desjarlais, et al. (1997) propone en el informe sobre la salud en el mundo del 2001, que las características de la urbanización moderna “pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes más frecuentes y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social” (citado por Ministerio de Salud, et al.; 2005; p. 9).

El alto porcentaje de inmigrantes en situación de pobreza ha ido incrementando en los últimos años y por ende la cantidad de barrios improvisados o “tugurios”. La situación económica, su bajo o nulo nivel educativo y las reducidas destrezas laborales contribuyen en su dificultad para encontrar un empleo y una vivienda aceptable. Así, las condiciones de hacinamiento, falta de privacidad y en muchos casos insalubridad, comprometen tanto la salud física como su equilibrio emocional y su desempeño social. Estas personas con frecuencia presentan problemas emocionales producto del desarraigo, el desempleo, la ausencia de la familia y de un medio que puede tornarse hostil (Ministerio de Salud, et al.; 2004).

Desastres:

En este apartado se incluyen aquellos problemas de presentación periódica como, inundaciones, fenómenos telúricos y deterioro del medio; eventos que generalmente tienen un mayor efecto sobre la población rural y de bajos recursos. Nuestro país cuenta con sistemas de monitoreo y alerta, planes de protección para damnificados, sin embargo se deja de lado la atención psicológica necesaria para contener la evolución de lo que más adelante dará paso a los cuadros psicológicos reactivos, los trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, entre otros.

Factores psicológicos y características personales:

Al referirse a la situación actual de la Salud Mental en Costa Rica, el Ministerio de Salud, et al. (2004) insiste en la relación que guardan los factores psicológicos con la aparición y desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento. Mencionan el maltrato infantil, la negligencia, la falta de afecto y estímulos, como factores que llegan a perturbar el desarrollo del niño y el adolescente. A su vez, reconocen el papel que juegan los duelos y las pérdidas como precipitantes de cuadros depresivos y ansiosos.

Factores Biológicos:

Estos influyen en la aparición, evolución y desenlace de los trastornos mentales y del comportamiento. La edad, los factores metabólicos, la conducta de las personas, las interacciones sociales, la dieta y la exposición a riesgos ambientales pueden ser condicionantes de numerosos trastornos mentales.

Entre los trastornos mentales y del desarrollo que se presentan después del parto o en la primera infancia se encuentra el retardo mental, el cretinismo, la parálisis cerebral, algunas formas de retardo grave y de epilepsia. En la edad escolar se observa el síndrome de déficit de atención con hiperactividad, los trastornos del desarrollo emocional y ciertas formas de retraso mental. Los adolescentes tienen en mayor riesgo de consumir sustancias, conductas temerarias, depresión y ansiedad.

Según el Ministerio de Salud, et al. (2004) en la adultez media predomina la depresión, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y las neurosis; y en el adulto mayor los trastornos amnésicos o cognoscitivos.

Vigilancia Epidemiológica

Desde un principio, la vigilancia epidemiológica nace con el fin de vigilar las enfermedades epidémicas de tipo infectocontagioso, buscaba evitar la propagación de estas enfermedades a través del aislamiento y vigilancia del paciente y personas con las que este tuvo contacto alguno (García, 2004).

Actualmente, se define como un proceso permanente y ordenado, a cargo del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual, se busca vigilar las enfermedades, eventos y factores que han sido previamente definidos como sujetos de la vigilancia. Su finalidad pretende una intervención oportuna, para prevenir la aparición de nuevos casos o eventos y disminuir las consecuencias y complicaciones en los sujetos que han presentado la enfermedad (Íbid, 2004).

En el artículo 2° del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de Costa Rica, publicado en el diario oficial La Gaceta el 27 de enero del 2003, la vigilancia epidemiológica se define como:

Un conjunto de actividades y procedimientos sobre enfermedades, muertes y síndromes sujetos a vigilancia y a la notificación obligatoria, que generan información sobre el comportamiento y la tendencia de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control inmediato de dichos eventos (García, 2004, p.4)

Por otro lado, para efectos de esta investigación, la vigilancia epidemiológica, será entendida como, la información básica necesaria para definir una acción posterior:

Constituye un instrumento de vital importancia para identificar, medir y analizar los problemas y condicionantes de la salud que afectan a la población y, sobre esa base, tomar decisiones orientadas a promocionar la salud, prevenir la enfermedad o, en su defecto, controlar los problemas que ya se hayan presentado (García, 2004, s.p.).

Nace como una forma de sistematizar todas las características de una organización, su tarea, las condiciones de salud de los trabajadores, etc.; con el fin de realizar acciones de intervención, que permitan mostrar su impacto y den soporte a los procesos de atención y de investigación de las cohortes ocupacionales (Villalobos, 2004).

Esta misma autora insiste en la importancia de establecer un sistema de vigilancia epidemiológica, que permita identificar los factores de riesgo con el fin de prevenir la ocurrencia de ciertas patologías e incluso definir los lineamientos necesarios dentro de los planes de rehabilitación. Aunado a lo anterior, García (2004) insiste en que el objetivo final va a ser proporcionar la información necesaria para tomar decisiones, ejecutar actividades y evaluar los resultados de las acciones dirigidas a mejorar la situación de salud de la población.

Vigilancia de la salud

Así como se estudian las enfermedades que se presentan en la población general, es necesario estudiar también los factores que influyen, de manera negativa y positiva, en la aparición o prevención de la misma. Según se define en el artículo 1º del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, este consiste en:

El desarrollo y aplicación de normas, protocolos, procedimientos y actividades, por los diferentes actores, a través de los procesos de recolección, depuración, análisis de los datos y divulgación de la información, para la planificación y elaboración de políticas, directrices, lineamientos, investigación y toma de decisiones a fin de lograr la mejoría y el fortalecimiento de la salud y la calidad de vida en cualquier escenario del ámbito nacional (García, 2004, p.4).

Se trata de un sistema que busca medir las fortalezas de la salud de la población a través del empleo de indicadores positivos como: estilos de vida, nivel de educación, estado nutricional, nivel económico, acceso a agua segura y otros.

De acuerdo con esta autora, toda la información sobre los factores que intervienen en la aparición de las enfermedades, servirá de guía para definir las intervenciones que podrían realizarse a fin de disminuir o eliminar los factores que favorecen la enfermedad, así como, las que habrían que realizarse para fortalecer aquellas que propicien la salud.

Por otro lado, Urtubey, Cerra y Taber (2008) se refieren al vector epidemiológico, como un paso esencial que permite conocer a la población en términos sanitarios, sus tendencias, comportamientos, el impacto que los grandes cambios socio-económicos-culturales tienen sobre su salud e incluso como instrumento de medición de los resultados de las acciones y políticas asistenciales realizadas por el centro de salud.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Enfoque y Tipo de Estudio

Para esta investigación se utilizará un enfoque cuantitativo, este utiliza la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer patrones de comportamiento. El tipo de estudio será descriptivo, pues busca “describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos. Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

Se realiza un análisis descriptivo con los primeros ingresos del 2008 al Hospital Nacional Psiquiátrico. Estos datos fueron facilitados por el Departamento de Registros Médicos y se pueden acceder en el Anuario Estadístico del 2008 de forma más abreviada. La base de datos facilitada comprende las características sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia) y los diagnósticos de egreso realizados a los usuarios que ingresaron por primera vez a este centro hospitalario, durante el 2008.

Población, Muestra y Participantes

La población de esta investigación está compuesta por todas las personas que potencialmente pudieron ser atendidos dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico, como primeros ingresos del 2008. La Muestra la conforman los primeros al centro hospitalario durante este año y los participantes del estudio, son aquellos sujetos que se encuentran dentro de la base de datos facilitada por el departamento de Registros Médicos del Hospital, en el momento en que esta fue solicitada.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para recolectar los datos, el Departamento de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico cuenta con una hoja de admisión y egresos (ver apéndice #1) que se encuentra en el

Servicio de Emergencias del hospital, por donde ingresa el 100% de los usuarios del mismo. Una vez allí, las recepcionistas de registros médicos se encargan de llenar el apartado correspondiente a datos sociodemográficos de los sujetos e información general facilitada por los familiares de estos. Luego de esto, el usuario es atendido por un psiquiatra o residente de psiquiatría, quien se encarga de completar el documento, definiendo el diagnóstico de ingreso y otros problemas de salud identificados durante la valoración inicial (Comunicación Personal, Danilo Díaz Guevara, 17 de agosto de 2009).

En esta primera valoración se realiza un examen físico y una entrevista tanto al usuario como a la persona que lo acompaña. Durante la misma se busca determinar el estado general del usuario, factores de riesgo, peligrosidad para sí mismo o para otros, grado de contacto con la realidad, entre otras variables que puedan ameritar su hospitalización. En algunas ocasiones, puede permanecer en observación mientras se registra el curso de su enfermedad o se define su internamiento.

Una vez que es hospitalizado, los/las jefes de enfermería, dentro de cada pabellón del hospital llevan un censo diario de los usuarios que ingresan y egresan al mismo. Al finalizar el día, deben reportar ingresos y egresos directos, por traslado a otro servicio o fallecidos dentro de la jornada laboral. Este procedimiento se realiza con el fin de mantener un seguimiento continuo desde el momento en que ingresa hasta cuando egresa del centro hospitalario.

Cuando el usuario es dado de alta, la cual debe ser por consenso del equipo interdisciplinario tratante, el médico asistente debe encargarse de completar una hoja de egreso, en la cual se especifica: el diagnóstico de egreso, procedimiento médicos o quirúrgicos realizados e incapacidades otorgadas. Esta hoja llega en el expediente al Departamento de Estadística, lugar donde se tabula toda la información recibida en un programa de computación llamado Microsoft FoxPro, con el cual trabajan desde 1997 (Comunicación Personal, Danilo Díaz Guevara, 17 de agosto de 2009).

Al completar la información de cada uno de los usuarios, exportan la información del Microsoft Foxpro para luego cargarlo al programa estadístico de Microsoft Office - Excel, donde se

construye una tabla por año con los datos sociodemográficos y el código correspondiente al diagnóstico de egreso según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10).

Es la tabla correspondiente a los primeros ingresos del 2008, la que sirve como punto de partida para construir un análisis descriptivo de los datos que permita evaluar las dimensiones y variables psicosociales que podrían estar implicadas en los primeros ingresos de los usuarios al Hospital Nacional Psiquiátrico, durante este año.

Villalobos (2004) menciona que a la hora de evaluar los riesgos psicosociales es fácil caer en confusiones sobre el objeto mismo de medición, que van desde los síntomas del estrés hasta la identificación de los estresores. Ante esto, señala que para la medición es necesario diseñar una metodología de evaluación, que contemple con claridad la interrelación entre los instrumentos y permita crear un modelo de análisis de los datos.

Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos facilitados por el Departamento de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico, se toma como punto de partida la base de datos correspondiente a los primeros ingresos del 2008. Esta base de datos contaba con datos sociodemográficos como: género, lugar de procedencia (provincia, cantón y distrito) y edad; a su vez definía la fecha de ingreso al centro hospitalario y los diagnósticos de egreso realizados por el médico tratante.

El primer paso fue asignar el diagnóstico respectivo a cada uno de los códigos del CIE-10 que aparecían dentro de la base de datos. Seguidamente se exporta la información facilitada desde el programa de Microsoft Office – Excel, al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), con el fin de desarrollar un análisis descriptivo de los datos. Una vez allí, se procede a analizar descriptivamente los datos, utilizando como variables: la edad por intervalos, el género, la procedencia por provincia, el mes de ingreso al hospital, y por último la clasificación por grupo diagnóstico según el CIE-10.

Esta última variable se realiza tomando en cuenta la clasificación brindada en el capítulo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE 10). Los diagnósticos se agrupan entonces en: a) Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos; b) Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos; c) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes; d) Trastornos del humor (afectivos); e) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; f) Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; g) Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto; h) Retraso mental; i) Trastornos del desarrollo psicológico; j) Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia; k) Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud; l) Falta información; m) Otros procesos frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento.

Luego de esto, fue necesario definir las variables y los parámetros de la matriz de datos en el programa estadístico, e introducir los datos en misma. Una vez que se obtuvo la seguridad de que no hubo errores en la construcción de la matriz, se procede a realizar el análisis descriptivo de los datos. Esto se logra a través de una distribución de frecuencias, donde se ordena un conjunto de puntuaciones en sus respectivas categorías. A esto se le agregó los porcentajes de casos en cada categoría, los porcentajes válidos y los porcentajes acumulados en cada variable.

Con esta información se construye una tabulación cruzada con el fin de analizar dos o más variables conjuntamente. Para esto se formulan cinco tablas con los principales datos de la matriz, donde se ilustran los resultados de una forma clara y comprensible. Esto requirió una revisión cuidadosa de los resultados a través de un análisis general y luego con un análisis específico de los valores resultantes. A su vez organizar los resultados y cotejar su congruencia interna.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación permiten observar tanto las características sociodemográficas como las principales patologías que presentan los usuarios que fueron atendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2008. A través de un análisis descriptivo se pudieron hacer relaciones entre las distintas variables recolectadas por el departamento de Registros Médicos del hospital. Estos datos servirán como punto de partida para analizar las características generales de la población atendida por el centro hospitalario, esto con el objetivo final de brindar algunas recomendaciones que permitan mejorar el procedimiento de recolección y análisis de datos dentro de este centro hospitalario.

Tabla 1: Relación Edad por Intervalos y Género.

EDAD POR INTERVALOS * GÉNERO					
		Género			Total
		FEM	MASC		
Edad por Intervalos	Niñez	Recuento	0	2	2
		% del total	.0%	.2%	0.2%
	Adolescen	Recuento	127	139	266
		% del total	11.4%	12.4%	23.8%
	Ad. Joven	Recuento	258	242	500
		% del total	23.1%	21.6%	44.7%
	Ad. Media	Recuento	154	138	292
		% del total	13.8%	12.3%	26.1%
	Ad. Tardía	Recuento	23	33	56
		% del total	2.1%	3.0%	5.0%
	No Especif.	Recuento	1	1	2
		% del total	.1%	.1%	0.2%
Total		Recuento	563	555	1118
		% del total	50.4%	49.6%	100.0%

(Fuente: Registros Médicos H.N.P., 2008)

Como se puede observar en la Tabla 1, en el 2008 se reportó un total de 1118 usuarios atendidos, de estos, no se observan diferencias significativas en la proporción según el género de los mismos. En cuanto a la edad, casi la mitad de los casos reportados correspondían a adultos jóvenes, con un 44.7%. En un segundo lugar se encuentran los usuarios de adultez media, con un 26,1% y los adolescentes, con un el 23,8%.

Tabla 2: Relación entre Provincia de Procedencia y Género

PROCEDENCIA PROVINCIA * GÉNERO					
			Género		Total
			FEM	MASC	
Procedencia a Provincia	San José	Recuento	229	248	477
		% del total	20.5%	22.2%	42.7%
	Alajuela	Recuento	96	78	174
		% del total	8.6%	7.0%	15.6%
	Cartago	Recuento	43	34	77
		% del total	3.8%	3.0%	6.9%
	Heredia	Recuento	60	72	132
		% del total	5.4%	6.4%	11.8%
	Guanacaste	Recuento	30	28	58
		% del total	2.7%	2.5%	5.2%
	Puntarenas	Recuento	26	29	55
		% del total	2.3%	2.6%	4.9%
	Limón	Recuento	35	28	63
		% del total	3.1%	2.5%	5.6%
	Extranjeros	Recuento	43	35	78
		% del total	3.8%	3.1%	7.0%
	Otros	Recuento	1	3	4
		% del total	.1%	.3%	.4%
Total		Recuento	563	555	1118
		% del total	50.4%	49.6%	100.0%

(Fuente: Registros Médicos H.N.P., 2008)

Siguiendo con los datos sociodemográficos reportados, se puede observar en la Tabla 2 que la provincia que reporta casi la mitad de los ingresos durante el 2008 fue San José con el 42.7%. Con un 27,4% se encuentran las provincias de Alajuela y Heredia; y en último lugar, con proporciones similares están las zonas más alejadas del hospital: Cartago, Limón, Guanacaste y Puntarenas con un 22,6% entre las cuatro provincias.

Tabla 3: Relación entre el Mes de Ingreso y el Género

		MES DE INGRESO * GÉNERO			
		Género		Total	
		FEM	MASC		
Mes de ingreso	Enero	Recuento	45	46	91
		% del total	4.0%	4.1%	8.1%
	Febrero	Recuento	47	32	79
		% del total	4.2%	2.9%	7.1%
	Marzo	Recuento	47	51	98
		% del total	4.2%	4.6%	8.8%
	Abril	Recuento	45	59	104
		% del total	4.0%	5.3%	9.3%
	Mayo	Recuento	43	38	81
		% del total	3.8%	3.4%	7.2%
	Junio	Recuento	48	44	92
		% del total	4.3%	3.9%	8.2%
	Julio	Recuento	55	62	117
		% del total	4.9%	5.5%	10.5%
	Agosto	Recuento	50	52	102
		% del total	4.5%	4.7%	9.1%
	Septiembre	Recuento	45	38	83
		% del total	4.0%	3.4%	7.4%
	Octubre	Recuento	46	48	94
		% del total	4.1%	4.3%	8.4%
	Noviembre	Recuento	44	46	90
		% del total	3.9%	4.1%	8.1%
	Diciembre	Recuento	48	39	87
		% del total	4.3%	3.5%	7.8%
Total		Recuento	563	555	1118
		% del total	50.4%	49.6%	100.0%

(Fuente: Registros Médicos H.N.P., 2008)

Al analizar el mes de ingreso junto con el género, en la Tabla 3, se puede observar que la mayor cantidad de ingresos se reporta en el mes de Julio, con un 10,5% de casos atendidos; seguido de Abril y Agosto con un 9,3% y un 9,1% respectivamente. A su vez, los meses que reportan menos ingresos durante el 2008 se ubican en Mayo y Febrero con un 7,2% y un 7,1% respectivamente.

Tabla 4: Relación entre Diagnóstico de Egreso y Género

CLASIFICACIÓN GRUPO CIE 10 * GÉNERO					
Clasificación grupo CIE 10	T. Mentales Orgánicos		Género		Total
			FEM	MASC	
	T. Mentales Orgánicos	Recuento	40	76	116
		% del total	3.6%	6.8%	10.4%
	T.M.C por consumo de sust.	Recuento	33	104	137
		% del total	3.0%	9.3%	12.3%
	Esquizofrenia, Esquizotípico y T. Ideas Delirantes	Recuento	111	136	247
		% del total	9.9%	12.2%	22.1%
	T. del Humor	Recuento	241	107	348
		% del total	21.6%	9.6%	31.1%
	T. Neuróticos, sec. a sit. estresantes y somatom.	Recuento	88	75	163
		% del total	7.9%	6.7%	14.6%
	T.M.C. asoc. a disf. fisiol. y a fact. somát.	Recuento	17	1	18
		% del total	1.5%	.1%	1.6%
	T. de la personalidad y del comport. del adulto	Recuento	13	29	42
		% del total	1.2%	2.6%	3.8%
	Retraso Mental	Recuento	2	4	6
		% del total	.2%	.4%	.5%
	T. del Desarrollo Psicológico	Recuento	1	2	3
		% del total	.1%	.2%	.3%
	T.M.C. y las Emociones (inicio inf. / adolescentes)	Recuento	7	6	13
		% del total	.6%	.5%	1.2%
Fact. q influyen en el estado d salud y el cont. con los servicios de salud.	Recuento	7	9	16	
	% del total	.6%	.8%	1.4%	
Falta Información	Recuento	3	6	9	
	% del total	.3%	.5%	.8%	
Total		Recuento	563	555	1118
		% del total	50.4%	49.6%	100.0%

(Fuente: Registros Médicos H.N.P., 2008)

De acuerdo con la Tabla 4, al realizar una comparación entre el género y el diagnóstico recibido durante su primer ingreso se puede observar que el 31,1% de los usuarios se ubican dentro de los “Trastornos del Humor”, con una mayoría significativa hacia el género femenino, el cual constituye el 21,6% de los casos, frente a un 9,6% del género masculino. Seguidamente se ubica la categoría correspondiente a “Esquizofrenia, Esquizotípico y Trastorno de Ideas Delirantes” con un 22,1%, con una mayoría hacia el género masculino (12,2%) frente al femenino (9,9%). Estos dos diagnósticos en conjunto, abarcan el 53,2% de los diagnósticos realizados.

Luego de estas dos principales categorías se presentan otras que aparecen con menor frecuencia, como lo son: Trastornos Neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con un 14,6%; Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, con un 12,3%; Trastornos Mentales Orgánicos, con un 10,4%; Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, con un 3,8%; y por último las otras categorías diagnósticas todas por debajo del 2% de los ingresos reportados y sin diferencias significativas para el género.

Tabla 5: Relación entre T. del Humor y Género

DESGLOCE DE T. DEL HUMOR * GÉNERO					
			Género		Total
			FEM	MASC	
Desgloce de Trastornos del Humor	Episodios Depresivos	Recuento	111	49	160
		% del total	31.9%	14.1%	46.0%
	T. Depresivo Recurrente	Recuento	40	16	56
		% del total	11.5%	4.6%	16.1%
	Distimia	Recuento	20	9	29
		% del total	5.7%	2.6%	8.3%
	Episodio Maníaco	Recuento	4	6	10
		% del total	1.1%	1.7%	2.9%
	T. Bipolar	Recuento	43	24	67
		% del total	12.4%	6.9%	19.3%
	T. del Humor sin especific.	Recuento	19	2	21
		% del total	5.5%	.6%	6.0%
	Otros T. del Humor	Recuento	4	1	5
		% del total	1.1%	.3%	1.4%
Total	Recuento	241	107	348	
	% del total	69.3%	30.7%	100.0%	

(Fuente: Registros Médicos H.N.P., 2008)

Por último se analiza la categoría diagnóstica correspondiente a los Trastornos del Humor, por ser la reportada con más frecuencia y por encontrarse diferencias significativas en cuanto al género. Así, en la Tabla 5, se puede observar que los episodios depresivos constituyen el 46,0% de los diagnósticos en este apartado, con predominio del género femenino (31,9%) sobre el género masculino (14,1%). En un segundo lugar se ubica el Trastorno Bipolar con un 19,3% y un predominio también hacia el género femenino (12,4%) sobre el masculino (6,9%).

Tabla 6: Relación entre Trastornos del Humor y Edad por Intervalos

DESGLOCE DE TRAST. DEL HUMOR * EDAD POR INTERVALOS							
			Edad por Intervalos				Total
			Adolesc.	Ad. Joven	Ad. Media	Ad. Tard.	
Desgloce Trast. del Humor	Episodios Depresivos	Recuento	34	73	47	6	160
		% del total	9.8%	21.0%	13.5%	1.7%	46.0%
	T. Depres. Recurrente	Recuento	5	25	23	3	56
		% del total	1.4%	7.2%	6.6%	.9%	16.1%
	Distimia	Recuento	21	4	3	1	29
		% del total	6.0%	1.1%	.9%	.3%	8.3%
	Episodio Maníaco	Recuento	2	2	5	1	10
		% del total	.6%	.6%	1.4%	.3%	2.9%
	T. Bipolar	Recuento	8	32	21	6	67
		% del total	2.3%	9.2%	6.0%	1.7%	19.3%
	T. del Humor sin especif.	Recuento	1	13	6	1	21
		% del total	.3%	3.7%	1.7%	.3%	6.0%
	Otros T. del Humor	Recuento	1	3	1	0	5
		% del total	.3%	.9%	.3%	.0%	1.4%
Total	Recuento	72	152	106	18	348	
	% del total	20.7%	43.7%	30.5%	5.2%	100.0%	

(Fuente: Registros Médicos H.N.P., 2008)

Si se amplía aún más la información presentada anteriormente, se puede ver cómo dentro de los trastornos afectivos, son los Episodios Depresivos los que se presentan con mayor frecuencia, en la Adolescencia (9,8%); en la Adulthood Joven (21,0%) y en la Adulthood Media (13,5%). Mientras que en la Adulthood Tardía se presentan por igual los Episodios Depresivos y el Trastorno Bipolar, ambos con un 1,7% de los casos.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Como se pudo observar en los resultados, durante el 2008 el Hospital Nacional Psiquiátrico atendió 1118 usuarios de primer ingreso, sin diferencias significativas en la proporción entre los géneros. Casi la mitad de los usuarios atendidos fueron adultos jóvenes con un 44.7% de los participantes; ubicándose entre los 20 y los 40 años. En un segundo lugar se encuentran los adolescentes con un 23.8% y la adultez media con un 26.1%.

Casi la mitad de los participantes residen en la provincia de San José, sin diferencias en la proporción por género. Seguidamente sobresalen los usuarios procedentes de Alajuela (15,6%) y de Heredia (6.9%).

En cuanto al mes de ingreso, se observa un pequeño incremento en el mes de Julio (10.5) y en el mes de Abril (9,3%). Respecto al género femenino, el mayor número de ingresos se presentó también en el mes de Julio con un 4,9%; y el menor en el mes de Mayo con un 3.8%. El género masculino, por otra parte tuvo su mayor ingreso los meses de Julio (5,5%) y Abril (5,3%); mientras que la menor cantidad se reportó en el mes de Febrero, con apenas un 2,9%.

Al analizar por categorías diagnósticas, la mayor parte de los usuarios egresaron del hospital con un Trastorno del Humor (31,1%); estos en su mayoría fueron mujeres con un 21.6%. En segundo lugar se ubica la categoría correspondiente a Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de Ideas Delirantes con un 22.1%. En esta última categoría, el género masculino sobresale con un 12,2%.

Si se desglosa el apartado correspondiente a Trastornos del Humor, por ser la categoría con mayores casos registrados, se puede encontrar que el 46.0% lo conforman los Episodios Depresivos. Dentro de estos, las mujeres abarcan el 31.9% frente a un 14.1% de los hombres. El Trastorno Bipolar, por otro lado, se ubica en segundo lugar con un 19.3% de los diagnósticos pertenecientes a esta categoría.

Según el género se puede afirmar que en el 2008 el Trastorno Mental y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias se presentó con una frecuencia de tres veces más en hombres (9.3%) que en mujeres (3.0%). En los Trastornos Mentales Orgánicos ocurre algo similar, se presentan el doble de casos en hombres (6.8%) que en mujeres (3.6%).

En las mujeres por otra parte, sobresalen los Trastornos del Humor con un 21.6% frente a un 9.6% en los hombres. Esta mayoría femenina también se observa en los Trastornos Mentales y del Comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos con un 1,5% en las mujeres frente a un 0,1% en los hombres.

Desde hace más de 10 años inician en el país los trabajos del Dr. Adis Castro (1967 y 1981) y los de Gallegos y Míguez (1984). Para esta época, el Dr. Castro revela en su estudio con población general que el primer lugar de los diagnósticos en salud mental lo ocupaban los síntomas neuróticos, con un 38,7%; seguido de aquellos trastornos con algún síntoma psicótico, con un 4,3% y por último se encontraban los trastornos afectivos, con un 1,4% de la población estudiada.

Gallegos y Míguez en su investigación con una muestra urbana, encuentran que un 34% de la población presentaba una sintomatología neurótica, frente que un 3% con rasgos psicóticos. Otro de los estudios del Dr. Castro; realizado en el cantón de Desamparados, revela que el 26,7% de la población presentaba sintomatología ansiosa, el 6,8% sintomatología depresiva, el 1,0% síntomas psicóticos, el 10,1% dependencia del alcohol y 4,1% epilepsia.

En todos los casos sobresalen en primer lugar los trastornos con síntomas neuróticos o ansiosos; mientras que la sintomatología afectiva o psicótica se encontraba en un porcentaje mucho menor; contrario a lo que se puede observar en los registros médicos reportados durante el 2008 en los primeros ingresos del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Esto se podría explicar tomando en cuenta distintos factores. Primero que todo se debe rescatar la edad de la población atendida, adultos jóvenes en su gran mayoría, etapa del ciclo vital acompañada de grandes cambios y nuevas responsabilidades. Es bien sabido que en los últimos años existen mayores dificultades para encontrar cierta estabilidad laboral, exigencias académicas que no garantizan mejores condiciones de trabajo, se han incrementado las tasas de desempleo, y la posibilidad de alcanzar la independencia y formar una familia propia se va volviendo cada vez más difícil en esta etapa. Junto a esto se suma la necesidad de posponer o rechazar una vocación, por una tarea que genere mayores ingresos económicos.

Otro de los factores que se podrían mencionar es referente al cambio en los diagnósticos realizados con el paso de los años. El incremento en los trastornos afectivos, como primer diagnóstico de egreso nos habla primero de un mayor conocimiento por parte de los profesionales acerca de cuadros clínicos que años atrás se subdiagnosticaban o no se conocían a profundidad, como es el caso del Trastorno Bipolar.

También se debe rescatar el papel que juegan factores como la pobreza, el desempleo, la desintegración familiar, la insatisfacción laboral y la carencia de redes de apoyo en la génesis, el curso y el pronóstico de las enfermedades mentales. El temor que existe en la sociedad frente a los sentimientos que puedan resultar displacenteros, la dificultad para reconocerlos y sobrellevarlos; acompañado de una carencia en las habilidades de afrontamiento básicas, llevan al usuario a asumir un rol pasivo y dependiente, delegando en el especialista cualquier posibilidad de cura.

Datos Nacionales

En el nivel nacional, el reporte publicado en el 2004 por el Ministerio de Salud, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, titulado “Situación Actual de la Salud Mental en Costa Rica”, describe los cuadros mentales que se presentan con mayor frecuencia en la población e intenta ofrecer una idea de su magnitud, apoyándose en la información estadística disponible y en algunos estudios epidemiológicos y

etnográficos realizados en el pasado (OMS, et al.; 2004). Al ser uno de los estudios más completos realizados en el país, se tomará como punto de partida para esta discusión.

En un estudio realizado entre 1987 y el 2001 sobre los egresos hospitalarios se encuentra que la primera causa la componen las psicosis, y dentro de éstas la esquizofrenia; la segunda corresponde a los trastornos no psicóticos y en un tercer lugar ubican el alcoholismo y otras alteraciones mentales (OMS, et al.; 2004). Al analizar estos datos llama la atención la poca especificidad en la categoría asignada a “trastornos no psicóticos”, pensando la gran cantidad de patologías mentales que podría abarcar este término.

El departamento de Estadística de la CCSS (2002, citado por OMS, et al.; 2004) muestra un predominio del género masculino tanto en los egresos hospitalarios como en las distintas categorías diagnósticas estudiadas (psicosis esquizofrénica, otras psicosis, dependencia alcohólica, trastornos mentales no psicóticos y retraso mental) entre los años de 1987 al 2001. Actualmente y como se menciona en los resultados, durante el 2008 en el Hospital Nacional Psiquiátrico no se observaron diferencias en la cantidad de sujetos atendidos según el género; sin embargo sí se mantiene una mayoría masculina en los diagnósticos de trastornos psicóticos, consumo de sustancias y trastornos mentales orgánicos.

Es interesante ver como incrementa la cantidad de usuarias atendidas dentro del hospital, hasta no haber casi ninguna diferencia según la proporción por géneros. Esto puede deberse al rol cada vez más activo que está teniendo la mujer, la cantidad de demandas y responsabilidades que asumen tanto a nivel familiar como laboral y a la carencia de espacios de autocuidado y desarrollo personal en estas. En el género femenino siguen predominando los trastornos del humor, mientras que en los hombres se presenta con mayor frecuencia trastornos de carácter psicótico. Esto podría estar relacionado, entre otras cosas, con la expresión de sentimientos permitida culturalmente en las mujeres frente a la represión de los mismos en los hombres. Se podría inferir entonces, hasta cierto punto que el afecto puede ser un ente protector frente a patologías más desorganizadas.

Según el Departamento de Estadística de la CCSS, los Episodios Depresivos constituyen en el país desde 1987 el segundo diagnóstico más frecuente entre los egresos hospitalarios psiquiátricos, situación que según los datos presentados anteriormente, se sigue presentando en la actualidad; siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Con respecto a los trastornos psicóticos, entre 1987 y 1997, ocuparon la primera causa de egreso hospitalario, y dentro de este apartado, específicamente la esquizofrenia. En esta época se presentaban el doble de casos en hombres que en mujeres (OMS, et al.; 2004). Es interesante como con el paso del tiempo y casi diez años después, se puede observar que aunque se presentan con gran frecuencia, ya no se sitúan en un primer lugar de egresos hospitalarios, y tampoco se observan diferencias significativas en cuanto a la proporción por género.

En el nivel nacional los suicidios y las lesiones autoinfligidas no se incluyen dentro de las estadísticas de los trastornos mentales, a pesar de la alta frecuencia con la que estos se presentan en los usuarios con patologías psiquiátricas. La prevención y abordaje de las personas que intentan suicidarse en muchos países constituyen un objetivo primordial dentro de los programas de salud mental. De acuerdo con el INEC, en el 2002 un 50,18% de los suicidios ocurrieron en personas entre los 15 y 34 años de edad, en su mayoría hombres, en una razón de 6:1 sobre las mujeres. Como factores de riesgo incluyeron a las personas desempleadas, los agricultores, los comerciantes, guardas de seguridad y domésticas.

A pesar de la alta frecuencia con que se ve la ideación suicida y los intentos de autoeliminación en nuestra población, estos no se contabilizan y se abordan como un síntoma más, asociado a la patología principal. Se vuelve un requisito conocer el comportamiento de esta condición en nuestros usuarios, identificar los factores de riesgo asociados y planear estrategias de abordaje acordes con su realidad.

Cuando se hace referencia a los factores psicosociales, asociados a los principales problemas de salud en el país durante 1999, sobresalen: “los relativos a la salud mental alterada y los relacionados con la pobreza, la cultura de la violencia, la delincuencia y el abuso sexual, las prácticas de exclusión y la falta de información”. Otra encuesta, en el año 2000, mostró que entre

las necesidades más reconocidas por la población están “el control y la prevención de la violencia intrafamiliar, el alcoholismo, la drogadicción, el abuso sexual y los trastornos depresivos” (p.12).

Según la Asociación Demográfica Costarricense (1993) las familias de donde proceden los/las niños/as y adolescentes costarricenses, han sido afectadas por fenómenos sociales como el divorcio, la violencia doméstica, el abuso sexual, la drogadicción y el alcoholismo, entre otros. Por otra parte, Alvarado (2003) menciona que los factores psicosociales vinculados a las principales causas de muerte para América Latina y el Caribe son la desorganización social, la falta de apoyo psicosocial, los hábitos de vida, la contaminación ambiental y la no utilización de los servicios de salud.

Con estos datos se puede afirmar que así como hay algunos factores que permanecen al pasar de los años, otros cambian respondiendo a la realidad y a las necesidades de la población estudiada. Estos fenómenos sociales son problemas complejos y constituyen un riesgo para la salud mental de la población, por lo que deben ser atacados desde un nivel preventivo, incluyendo la participación de toda la comunidad en su abordaje.

Datos Internacionales

Los datos internacionales revelan información similar a la encontrada en el nivel nacional. Así dentro de los trastornos del estado de ánimo, el más frecuente es el episodio depresivo mayor. Los principales factores de riesgo para los trastornos del estado de ánimo se relacionan con la situación laboral de la población (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). En España, los trastornos del estado de ánimo se asocian con el sexo y el estado civil del sujeto. Las mujeres tienen 2,8 veces más probabilidades de padecer estos trastornos que los varones, y los que han estado previamente casados tienen más probabilidad de presentar trastornos en el estado de ánimo en los últimos 12 meses con respecto a los solteros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Sobre los trastornos psicóticos, Cortés y Rascón (2001) mencionan que dentro de los trastornos psicóticos que requieren hospitalización en México, la diferencia entre ambos sexos es muy pequeña, siendo ligeramente más frecuente en la población masculina. A su vez señala que la

gran mayoría de estos tienen una enfermedad con un curso crónico, lo que implica que estén utilizando los servicios e instalaciones psiquiátricas periódicamente y en algunos casos los reingresos exceden a los que corresponden a la evolución propia de la enfermedad.

Con respecto a los trastornos de ansiedad, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) los identifica como más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo. Según los datos de prevalencia-año mencionan un 5,1% de los trastornos ansiosos frente a un 4,3% de los trastornos del humor. Al analizar la prevalencia-vida, cambian los resultados, con un 9,3% frente a un 11,4%, donde los trastornos del estado de ánimo resultaron mayoritarios.

Al referirse al abuso y dependencia de sustancias, entre la población mexicana se han identificado como factores correlacionados,

“...el uso de sustancias lícitas, el consumo de drogas en la familia, un débil apoyo y control familiar, el abandono o suspensión de estudios y una baja adherencia escolar, la tolerancia social y la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre, así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se cuentan la depresión y la ansiedad”.
(Cortés y Rascón, 2001, pp. 55)

A pesar de que en el nivel nacional no se cuenta con datos referentes a los trastornos de personalidad, Lana, et al. (2008), menciona que la proporción atendida en el nivel general, fue del 11% y en los servicios hospitalarios y ambulatorios del 17,6% y 10,3%, respectivamente. Los Trastornos de Personalidad más representados fueron el límite (25,7%), el histriónico (24%) y el obsesivo-compulsivo (6,4%), y el no especificado con un 19,6%. Estos autores afirman que el perfil del usuario atendido fue el siguiente: mujer (58,4%), soltera (42,9%), que desempeña un trabajo no cualificado (31,8%) o cualificado (17,6 %), que realizó la primera consulta a los 37 años (desviación estándar: 13,9). Por otro lado, señalan que en el 77,7% de los TP coexistía un diagnóstico en el eje I.

En cuanto a la población infantil y adolescente, la OMS afirma que entre el 10 y el 20% de los adolescentes europeos tiene algún problema de salud mental. Alrededor de dos millones de jóvenes en Europa sufren trastornos mentales, que van desde la depresión hasta la esquizofrenia. Rescatan el suicidio como la segunda causa de muerte entre los adultos jóvenes, entre los 15 y los 35 años. (I Foro sobre Salud Mental entre Adolescentes de la OMS, octubre 2009).

Desde la perspectiva epidemiológica, el suicidio se presenta como un problema de salud pública mundial, debido al considerable aumento de su incidencia. La O.M.S. documenta que tan solo en el 2000 se consumaron aproximadamente 800.000 suicidios (World Health Organization, 2000). Es por esto la necesidad imperiosa de incluir el registro, análisis y abordaje de esta situación dentro de las problemáticas a estudiar dentro de la salud mental.

En el Plan de Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de España identifican como factores de riesgo asociados con el suicidio: la presencia de condiciones o enfermedades crónicas asociadas, estado terminal de la enfermedad, trastornos psiquiátricos, conflictos o estrés en las relaciones interpersonales, aislamiento social, la soledad y el abuso de sustancias.

La situación en el nivel internacional refleja datos similares a los encontrados en el nivel nacional. Siendo Costa Rica un país subdesarrollado, cuenta con uno de los mejores sistemas de salud al que la mayor parte de los ciudadanos tienen acceso. A pesar de esto, la salud mental es una de las áreas más olvidadas dentro de los planes de salud del país. La vigilancia epidemiológica es sólo un punto de partida que nos permite conocer el comportamiento de los usuarios, la realidad en la que viven y los factores que intervienen en las causas, el curso y el pronóstico de las patologías atendidas. Este tipo de estudios van a ser la base para justificar de forma objetiva las decisiones orientadas a promocionar la salud, prevenir la enfermedad o brindar un abordaje pertinente.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

Al tomar como punto de partida la vigilancia epidemiológica en torno a la salud mental, y los factores psicosociales relacionados con los primeros ingresos atendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2008, surge la necesidad de construir un dispositivo que sistematice la recolección de la información. Este debe facilitar la construcción de una base de datos permanente y representativa de la actividad del hospital, orientada a facilitar la investigación epidemiológica y la generación de nuevas políticas e intervención dentro del sistema de salud.

Para lograr esto es necesario implementar un formulario de recolección de datos que sustituya las decisiones basadas en la experiencia clínica y asistencial por otras que se apoyen en información sistematizada con orientación y contenido epidemiológico. Este instrumento deberá incluir las variables sociodemográficas asociadas; y al mismo tiempo, profundizar en temas como el diagnóstico de egreso, los factores psicosociales asociados al cuadro clínico, los factores protectores y los posibles factores de riesgo para el usuario.

Es importante que en un primer apartado, se incorporen las variables sociodemográficas como el género, la edad, nacionalidad, estado civil, lugar de residencia, la ocupación actual, el nivel de escolaridad, estructura familiar y personas con las que convive. También se deben incluir los antecedentes patológicos personales y familiares; así como los no patológicos, relacionados más con la problemática social que presentan (esta última deberá desglosarse con mayor detalle en el siguiente apartado).

El segundo apartado deberá hacer referencia a las dimensiones o variables psicosociales relacionadas, las cuales deberán contemplar los siguientes aspectos: a) Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Ver apéndice #2), b) Problemas relativos al ambiente social (Ver apéndice #3), c) Problemas relativos a la enseñanza (Ver apéndice #4), d) Problemas laborales (Ver apéndice #5), e) Problemas de vivienda (Ver apéndice #6), f) Problemas económicos (Ver apéndice #7), g) Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria (Ver apéndice #8), h) Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen (Ver apéndice #9), i) Otros problemas psicosociales y ambientales (Ver apéndice #10).

Dentro de los factores psicosociales más relevantes para la salud mental en nuestro país se han identificado en numerosos estudios: la pobreza, la cultura de la violencia, la delincuencia, el abuso sexual, las prácticas de exclusión y la falta de información. Dentro de los servicios de salud, mencionan los referentes a la calidad de la atención, las largas esperas para obtener asistencia, la discriminación y la falta de programas de promoción y prevención.

La salud mental como se ha mencionado anteriormente implica el bienestar físico, mental y social de los sujetos. Involucra la prevención de los problemas y la creación de oportunidades en donde el ser humano pueda realizarse física, mental, laboral y socialmente. Para lograr esto es requerido un tercer apartado que se relacione con los factores protectores del usuario (ver apéndice #11). Serán contemplados todos aquellos recursos personales, sociales, institucionales y del ambiente que favorezcan el desarrollo del ser humano y aumentan su resiliencia o capacidad para sobreponerse a los distintos contratiempos o tragedias a las que se enfrenta e incluso salir fortalecido de la experiencia.

En un cuarto apartado estará la información relacionada con la psicopatología clínica asociada. Para esto se deben tener en cuenta la comorbilidad del trastorno que presenta el usuario. Según Kessler, et al. (2001; citado por el Ministerio de Salud, 2004) en los sujetos con alteraciones mentales, generalmente coinciden dos o más trastornos. Él señala que la coexistencia de varios trastornos afectaba al 79% de la población mentalmente enferma.

A pesar de que en nuestro país los datos epidemiológicos son incompletos, es reconocida la importancia de los mismos tanto para la investigación epidemiológica como para el diseño y aplicación de los programas de prevención e intervención hospitalaria. La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales deben constituirse como una prioridad, pero para esto es necesario primero que todo conocer a la población atendida, sus características y necesidades para luego ofrecerles una atención que se ajuste a su realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, R. (2003) *Factores Psicosociales y Ambientales en la Determinación del Estado de Salud Mental de la Población*. Recuperado el: 13 de junio de 2009. En: www.cepsuc.cl/.../problemas%20psicosociales/Factores%20Psicosociales%20y%20Ambientales%20Alvarado.doc
- Arias, et al. (2006) Red de investigadores en factores psicosociales, salud mental y calidad de vida en el trabajo. *1er. Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales*. Recuperado el: 14 de junio de 2009. En: <http://www.factorpsicosociales.com/>
- Asociación Demográfica Costarricense (1993). *La familia*. San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense.
- Berkman, L. (2009) Social Epidemiology: Social Determinants of Health in the United States: Are We Losing Ground?. *The Annual Review of Public Health*. Num. 30:27–41.
- Cortés y Rascón (nov.-dic., 2001) Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. *Salud Pública de México*. Vol. 43 (6): 529-536
- García, R. (2004) *Vigilancia Epidemiológica: Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. San José, Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.
- Guibert, W.; Alonso, A. (2001) Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 17 (2): 155-163.
- Juárez, A. (octubre/diciembre, 2004) Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. *Revista Ciencia y Trabajo*. Año 6 (14).

- Lana, F.; Fernández, M.; Sánchez, C. y Bonet, E. (2008) Estudio de los trastornos de personalidad y de la utilización de servicios en la población clínica atendida en la red de salud mental de un sector sanitario. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Vol. 36 (6): 331-336.
- León, A. (s.f.) Las Enfermedades Psicosociales como Problema de Salud Pública: Concepto, situación actual y perspectivas de solución.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud (Abr. 2007) I Foro sobre Salud Mental entre Adolescentes de la OMS. Recopilado el: 17 de octubre de 2009. En: <http://www.psiquiatria.com>
- Organización Panamericana de la Salud (2004) *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2005) *Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación.
- Urtubey, Cerra y Taber (marzo, 2008) Estudio epidemiológico por Antecedentes en efector de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Alcmeon: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*. Año XVII. Vol. 14 (3): 65-78.
- Vera, A. (2006) *Caracterización y desafíos de la investigación sobre estrés, factores psicosociales y salud mental en el contexto laboral en Chile*. Chile: Primer foro de las Américas en investigación sobre Factores Psicosociales.
- Vita, N.; Colominas, M. (2005) *Abordaje de los factores psicosociales*. Argentina: Instituto de Estudios Cardiovasculares.

Villalobos, G. (1999) Identificación y Evaluación de los factores de riesgo Psicosocial 32 vo Congreso de Seguridad Integral, Higiene y Medicina del Trabajo Consejo Colombiano de Seguridad.

Villalobos, G. (octubre/diciembre, 2004) Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales: Aproximación Conceptual y Valorativa. *Revista de Ciencia y Trabajo*. Año 6 (18): 197- 201.

World Health Organization (2000) Mental Health: New Understanding, New Hope. Recopilado el: 26 de octubre de 2009. En: <http://www.who.int./whr.2001>

APÉNDICES

Apéndice #1: Hoja de Admisión al Hospital – 2008.

Caja Costarricense de Seguro Social

			No. Progresivo				
Nombre del centro		Tipo de centro <input type="checkbox"/> 1. H. Nacional <input type="checkbox"/> 2. H. Regional <input type="checkbox"/> 3. H. Periférico <input type="checkbox"/> 4. Clínica/Área Salud		Código centro (UP)		Tipo	
Centro que refiere (Hospital, Clínica o Área de Salud)			Sector (EBAIS)			Centro que refiere (UP)	
ADMISIÓN							
Nombre del paciente				Número de identificación			
Fecha de nacimiento				Fecha de nacimiento			
Edad al Ingreso (h/d/m/a) 1. horas 2. día 3. meses 4. años 5. Más 100 años.							
Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masc <input type="checkbox"/> 2. Fem <input type="checkbox"/> 3. Ign		País de Nacimiento		Nacionalidad		Sexo País nacimiento	
Estado conyugal <input type="checkbox"/> 1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 3. Viudo <input type="checkbox"/> 4. Divorciado <input type="checkbox"/> 5. Unión Libre <input type="checkbox"/> 6. Desconocido							EC.
Residencia permanente: (País, Provincia, Cantón, Distrito)				País	Provincia	Cantón	Distrito
Dirección completa del paciente: (señas)						Financiador:	Cod. Finan
Calidad <input type="checkbox"/> 01. Directo E y M <input type="checkbox"/> 02. Familiar E y M <input type="checkbox"/> 05. Empleado CCSS		<input type="checkbox"/> 11. Directo IM <input type="checkbox"/> 12. Familiar IM <input type="checkbox"/> 20. Cuenta Estado		<input type="checkbox"/> 21. Dir. Gob-Aut. <input type="checkbox"/> 22. Fam. Gob-Aut. <input type="checkbox"/> 31. Transito INS		<input type="checkbox"/> 32. R. Prior INS <input type="checkbox"/> 40. Pago Dir. Total <input type="checkbox"/> 41. Pago Dir. Parcial	
<input type="checkbox"/> 50. Directo RNC <input type="checkbox"/> 51. Familiar RNC		<input type="checkbox"/> 72. Extr. S/Conv <input type="checkbox"/> 99. Indeterm.		Calidad			
Accidente o Violencia							
Causa <input type="checkbox"/> Vehículo Motorizado <input type="checkbox"/> Otro transporte <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Maquinaria <input type="checkbox"/> Incendio o explosión		<input type="checkbox"/> Fenómeno natural <input type="checkbox"/> Asalto o agresión <input type="checkbox"/> Intento suicida <input type="checkbox"/> Efectos tóxicos <input type="checkbox"/> Otro		Lugar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Centro de estudios <input type="checkbox"/> Centro médico		<input type="checkbox"/> Deporte o diversión <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido	
Ocupación		Actividad económica		Ingresos previos		Ocupación Act. econ. Ing. Previos	
Nombre del padre		Nombre de la madre		Nombre del cónyuge			
Nombre del asegurado directo		Nombre del patrono		No. patronal			
Actividad patronal		Ubicación patronal		En caso de urgencia localizar a (nombre)			
Dirección exacta y teléfono de la persona a quien se debe localizar en caso de urgencia						Ingreso por: <input type="checkbox"/> 1. Cons. Ext. <input type="checkbox"/> 2. Urgencia <input type="checkbox"/> 3. Nacimiento	
Diagnóstico y problemas de salud identificados al ingreso							
Nombre y código del recibo							
F. Ingreso	Servicio y especialidad	Estancias	Fecha ingreso	Serv.	Espec.	Estancias	
Nombre del funcionario de REDES que realiza la Admisión							

CC FORMAS ANEXOS, TEL. 24650714 FAX: 24044235 132-002 01-03 860-000-14

TRASLADOS DE SERVICIO

1. Medicina 2. Cirugía 3. Gineco-obstetricia 4. Pediatría 5. Pension 6. Cirugía Ambulatoria 7. Psiquiatría 8. UCI Medicina 9. UCI Cirugía

F. Trasl.	Servicio y especialidad	Estancias	Fecha traslado	Serv.	Espec.	Estancias Serv.
F. Trasl. 1	Servicio y especialidad	Estancias	Fecha traslado	Serv.	Espec.	Estancias Serv.
F. Trasl. 2	Servicio y especialidad	Estancias	Fecha traslado	Serv.	Espec.	Estancias Serv.
F. Trasl. 3	Servicio y especialidad	Estancias	Fecha traslado	Serv.	Espec.	Estancias Serv.
F. Trasl. 4	Servicio y especialidad	Estancias	Fecha traslado	Serv.	Espec.	Estancias Serv.

Cod. 4-TD-07-0026

ADMISION Y EGRESO

Apéndice #2: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

El apartado correspondiente a Problemas relativos al grupo primario de apoyo deberá contemplar entre otras cosas:

- Fallecimiento de un miembro de la familia.
- Problemas de salud en la familia
- Perturbación familiar por separación, divorcio o abandono
- Cambio de hogar
- Nuevo matrimonio
- Abuso sexual o físico
- Sobreprotección de los familiares
- Disciplina inadecuada
- Conflictos con los hermanos
- Desintegración familiar
- Violencia Doméstica

Apéndice #3: Problemas relativos al ambiente social.

El apartado correspondiente a Problemas relativos al ambiente social deberá contemplar entre otras cosas:

- Fallecimiento o pérdida de un amigo o familiar con quien no convive
- Apoyo social inadecuado, dificultades en el ambiente social
- Vivir solo
- Retraimiento social
- Inactividad
- Dificultades para adaptarse a la cultura o problemas de nivel cultural
- Migración propia o de la familia
- Discriminación
- Dificultad en la adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales.

Apéndice #4: Problemas relativos a la enseñanza.

El apartado correspondiente a Problemas relativos a la enseñanza deberá contemplar entre otras cosas:

- Analfabetismo
- Problemas académicos
- Disminución del Rendimiento estudiantil
- Conflictos con el profesor o los compañeros de clase
- Ambiente escolar inadecuado.
- Retraso escolar
- Ausentismo escolar

Apéndice #5: Problemas laborales.

El apartado correspondiente a Problemas Laborales deberá contemplar entre otras cosas:

- Dificultades en el área laboral
- Desocupado busca trabajo
- Desocupado recientemente
- Pérdida del trabajo
- Amenaza de pérdida de empleo
- Trabajo estresante
- Condiciones laborales difíciles
- Insatisfacción laboral
- Cambio de trabajo
- Problemas de relación social en trabajo con compañeros o empleadores o jefe.
- Disminución en el rendimiento laboral

Apéndice #6: Problemas de vivienda.

El apartado correspondiente a Problemas de Vivienda deberá contemplar entre otras cosas:

- Falta de hogar, no tener donde vivir.
- Atraso en el pago de alquileres o de cuotas por compra de vivienda.
- Conflictos con vecinos o propietarios, desalojo o lanzamiento.
- Sucesión en trámite, sucesión con dificultad en el acuerdo familiar.
- Separación de bienes en separación o divorcio.
- Vivienda fiscal.
- Vivienda inadecuada, precaria o insalubre.
- Vivienda insuficiente o hacinamiento.
- Agregado con problemas de relación con el propietario.
- Vecindad insalubre.
- Vivienda siniestrada (incendiada)

Apéndice #7: Problemas económicos.

El apartado correspondiente a Problemas Económicos deberá contemplar entre otras cosas:

- Pobreza Extrema
- Insuficiencia Económica
- Endeudamiento
- Problemas de acceso a prestaciones de la seguridad social.
- Ayudas socioeconómicas insuficientes

Apéndice #8: Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria

El apartado correspondiente a Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria deberá contemplar entre otras cosas:

- Problemas de traslado o de pago del traslado a los servicios de asistencia.
- Sin documentación para recibir asistencia.
- Problemas en el pago de los gastos en salud.
- Servicios Médicos inadecuados.
- Falta de transportes hasta los servicios asistenciales.
- Seguro médico inadecuado.

Apéndice #9: Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen.

El apartado correspondiente a Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen, deberá contemplar entre otras cosas:

- Sin documentos por ser extranjero.
- Arrestos, encarcelamiento.
- Denuncian o han sido denunciados.
- Juicios.
- Problemas judiciales por tenencia de hijos.
- Problemas por divorcio o por pensión alimenticia.
- Víctima de un Acto Criminal

Apéndice #10: Otros problemas psicosociales y ambientales.

El apartado correspondiente a Otros problemas psicosociales y ambientales, deberá contemplar entre otras cosas:

- Exposición a desastres, guerra u otras hostilidades
- Conflictos con cuidadores, consejeros, asistentes, etc. (no familiares)
- Ausencia de centros de servicio sociales.
- Embarazo no deseado.
- Consumo de sustancias y/o alcohol excesivo.
- Solicitud cambio de sexo.

Apéndice #11: Factores Protectores

Se pueden contemplar como factores protectores de la salud mental los siguientes puntos:

- Factores Individuales:
 - Recursos Internos: autoestima positiva, capacidad para resolver problemas, habilidades sociales adecuadas, comunicación asertiva, manejo del estrés, tolerancia a la frustración, sentimientos de seguridad y control, autonomía, adaptabilidad, creatividad, sentido del humor, deseo de superación, planes a futuro, entre otras.
 - Salud: sueño regular, dieta adecuada, ejercicio regular, actividades de ocio y tiempo libre, adherencia al tratamiento, seguimiento de las indicaciones médicas.
 - Factores Económicos: Contar con un puesto laboral estable, un ingreso económico que permita satisfacer sus necesidades básicas, hacer una tarea con la que se sienta realizado.
 - Factores Espirituales: valores sólidos, creencia en un ser superior, conciencia del bien y el mal, contar con un sentido de vida claro.
- Factores Sociales:
 - Una buena red de apoyo social y familiar.
 - Inserción social, o participación en actividades comunitarias.
 - Servicios sociales y de salud a su disposición.