

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

***PREVALENCIA Y ELEMENTOS SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LOS
TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADOS A LOS
ADOLESCENTES INTERNADOS POR PRIMERA VEZ EN EL PABELLÓN DE
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DEL 2015***

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica
para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica

KARLA MARÍA GONZÁLEZ URRUTIA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2015

DEDICATORIA

A mi familia, el mejor regalo que la vida me ha dado:

A Vale, a Isa a Ali y a Maite, porque siempre las he sentido como un equipo incondicional, al que adoro con todas mis fuerzas.

A mami y a papi, por su soporte ilimitado y su vasto cariño.

A Rodo por todo su amor y su ayuda, su apoyo en las carreras para lograr terminar los trabajos a tiempo y su infinita paciencia.

A lo y a Manix, a Alex, a Isaac, Triana, Vincent, Joseliqui y Sabi porque la vida no sería igual de linda sin ustedes.

Finalmente, a mis compañeros de residencia, por su compañía durante todo este recorrido.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por todas las personas que puso en mi camino, ya que sin el apoyo de cada una de ellas no lo hubiera logrado.

Debo agradecer especialmente a mi mamá, mi papá, mis hermanos, Rodo, Alex y Rosa, por su cariño y por estar ahí, dándome vueltitas, y ayudándome con todo lo de las chicas.

A Vale e Isa por sus risas, su enorme ternura y sus ganas de “hacer algo”, que me recordaban qué era en realidad lo más importante.

Y, por último, a todos aquellos que tuvieron que ver con mi formación, unos me enseñaron de psicología y de los pacientes, otros de la vida, y todos de mí misma, de lo que soy capaz de lograr, de lo que quiero y no quiero ser ¡gracias!

**“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en
Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al
grado y título de Especialista en Psicología Clínica”**

Dra. Karen Quesada Retana
Coordinadora Nacional Especialidad en Psicología Clínica
Sistema de Estudios de Posgrado

Dr. Alfonso Villalobos Pérez
Director de Tesis

Dra. Marcel López López
Asesora

Karla María González Urrutia
Candidata

Tabla de contenido

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
Tabla de contenido	V
RESUMEN	VIII
SUMMARY	IX
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XIII
Abreviaturas utilizadas en las tablas:.....	XIII
Abreviaturas de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (Cie-10):.....	XIII
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL.....	6
Antecedentes	6
Estudios preliminares.....	8
Adolescencia y Psicopatología	12
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	15
Enfoque y tipo de estudio	15
Objeto de estudio	15
Pregunta de investigación.....	15
Objetivos de la investigación	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos	15
Población, muestra y participantes	16
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión.....	17
Procedimiento de recolección de datos	17
Métodos de análisis estadístico	21
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	22
Caracterización de la población	22

Distribución por Sexo de los Adolescentes internados.....	22
Distribución por Edad de los Adolescentes internados	22
Distribución por lugar de Residencia de los Adolescentes internados	24
Distribución por Tipo de Familia de los Adolescentes internados.....	25
Distribución por Situación Socioeconómica de los adolescentes internados.....	26
Distribución por Situación de Violencia Intrafamiliar de los Adolescentes internados.....	27
Distribución por Escolaridad de los Adolescentes internados.....	28
Distribución por Consumo de Sustancias de los Adolescentes internados	29
Distribución por Duración del Internamiento para cada diagnóstico.....	31
Cruces de Variables Sociodemográficas	33
Consumo de Sustancias y Tipo de Familia del Adolescente.....	33
Consumo de Sustancias y lugar de Residencia	33
Consumo de Sustancias y Situación Socioeconómica del Adolescente	34
Consumo de Sustancias y Duración del Internamiento del Adolescente	34
Violencia Intrafamiliar y Escolaridad.....	35
Tipo de Diagnóstico por Sexo y Edad.....	36
Diagnóstico Principal al Ingreso en el Eje 1.....	36
Diagnóstico Principal al Egreso en el Eje 1.....	38
Comparación del Diagnóstico Principal de Ingreso y Egreso en el Eje 1	40
Segundo Diagnóstico de Ingreso en el Eje 1	40
Segundo Diagnóstico de Egreso en el Eje 1	42
Comparación del Segundo Diagnóstico de Ingreso y Egreso Eje 1	43
Diagnóstico Principal de Ingreso en el Eje 2	44
Diagnóstico principal de Egreso en el Eje 2	45
Comparación del Principal Diagnóstico de Ingreso y Egreso en el Eje 2.....	46
Diagnóstico principal de Ingreso en el Eje 4	47
Diagnóstico Principal de Egreso en el Eje 4	48
Comparación del Diagnóstico Principal de Ingreso y Egreso en el Eje 4	49
Segundo Diagnóstico de Ingreso en el Eje 4	50
Segundo Diagnóstico de Egreso en el Eje 4	51
Comparación del Segundo Diagnóstico de Ingreso y Egreso en el Eje 4	52
Registro en el expediente de Intento de Autoeliminación, Ideación Suicida o Lesión Autoinfligida Intencionalmente al Ingreso	52

Registro en el expediente de Intento de Autoeliminación o Lesión Autoinfligida Intencionalmente al Egreso.....	53
Comparación Intento de Autoeliminación o Lesión Autoinfligida Intencionalmente de Ingreso y Egreso.....	53
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA.....	63

RESUMEN

Mediante el presente estudio se determinan los trastornos mentales prevalentes en los adolescentes internados por primera vez en el pabellón de adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el primer semestre del 2015, y señalan los elementos sociodemográficos presentes en esta población.

Objetivo. Determinar la prevalencia y los elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.

Material y método. Estudio observacional descriptivo con enfoque cuantitativo de registros médicos de 89 adolescentes, 51 mujeres y 38 hombres, hospitalizados en el pabellón de adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el primer semestre del 2015.

Resultados. El trastorno mental prevalente diagnosticado al ingreso es F23, seguido por F32 y por F43; considerando el sexo, en hombres prevalece F23 y en mujeres F32. El principal trastorno mental diagnosticado al egreso es F32, seguido por F23 y por F43.1, considerando el sexo, en hombres prevalece F23 y en mujeres F32. La duración promedio del internamiento es de 24.26 días, en hombres es de 27.36 y en mujeres es de 21.86, para el trastorno de F23 es de 39.86, para el trastorno F32 es de 17.88 y para el trastorno F43.1 es de 35.75. El 43.82% son hombres, el 56.18% son mujeres, la edad promedio de los adolescentes internados es de 14.67 para hombres 15.93 y para mujeres 14.12, la escolaridad promedio es de 7.85, para hombres es de 8.07 y para mujeres 7.68, residen 55% en San José, 12% en Alajuela y Heredia y 21% en las provincias restantes. La situación socioeconómica es 35.96% Regular, 28.09% Buena, 23.60% Mala y 50.56% presentan condiciones de violencia intrafamiliar. Se reporta cerca de 30% de usuarios con heridas autoinfligidas o intento de autoeliminación o Ideación Suicida. Aunque los diagnósticos de ingreso varían respecto a los de egreso, pero se tiende a diagnosticar los mismos ejes.

Conclusiones. Al ingreso y al egreso se diagnostica principalmente F23 y F32. Si se analiza por sexo, en los hombres prevalece el diagnóstico de F23 y en las mujeres el de F32. La edad promedio de internamiento es 14.67, en promedio cursaban 7.85 año, residían en su mayoría en San José, tenían una condición socioeconómica de Regular a Buena, la mayoría vivían en condiciones de violencia familiar, consumían sustancias una minoría de las mujeres y una mayoría de los hombres, y provenían de familias desintegradas en su mayoría.

Palabras clave: Variables Sociodemográficas; Niños; Adolescentes; Trastornos Mentales.

SUMMARY

Mental disorders prevalent among adolescents confined for the first time in the Adolescents Pavilion of the National Psychiatric Hospital during the first half of 2015, are determined in this study, and point out the social-demographic elements present in this population.

Objective. To determine the prevalence and the social-demographic elements associated with mental disorders most frequently diagnosed among adolescents confined for the first time in the Adolescents Pavilion of the National Psychiatric Hospital during the first half of 2015.

Material and method. Descriptive observational study with quantitative approach of medical records of 89 adolescents, 51 women and 38 men hospitalized in the Adolescents Pavilion of in the National Psychiatric Hospital during the first half of 2015.

Results. The mental disorder prevalent diagnosed on admission was F23, followed by F32 and F43; whereas the sex, among men prevails F23 and among women F32. The main mental disorder diagnosed on leave was F32, followed by F23 and F43.1; whereas the sex, among men prevails F23 and among women F32. The average length of confinement was 24.26 days, among men the average was 27.36 days and among women the average was 21.86 days. For the F23 disorder the confinement was in average 39.86 days, for the F32 disorder was in average 17.88 days and for the F43.1 was an average of 35.75 days. Among the hospitalized adolescents 43.82% were men, and 56.18% were women; the average age was 14.67 years; for men the average age was 15.53 and for women was 14.12 years. The average schooling year was 7.85; for men it was 8.07 and 7.68 for women; 55% of the hospitalized adolescents reside in San Jose, 12% in Alajuela and Heredia, and 21% in the remaining provinces. Their socio-economic situation is: regular for the 35.96%, good for the 28.09%, and bad for the 23.60%. The 50.56% of the hospitalized adolescents present conditions of domestic violence; nearly 30% have been reported with self-inflicted injuries or attempted suicide or suicidal ideation. Although diagnoses on admission vary with respect to the diagnoses on leave, we tend to diagnose the same axes.

Conclusions. The mental disorder diagnosed at admission and leave are mainly F23 and F32. If analyzed by sex, among men prevails the diagnosis of F23 and among women prevails the diagnosis of F32. The average age of confinement was 14.67; on average they were in their 7.85 year of schooling, residing mostly in San Jose, had a socio-economic status between regular and good; the majority lived in conditions of family violence; a minority of women and a majority of men consumed substances, and came mostly from broken families.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Datos Preliminares Área de Estadística en Salud Caja Costarricense del Seguro Social 2013	10
Tabla 2: Variables Sociodemográficas	18
Tabla 3: Variables Diagnósticas.....	20
Tabla 4: Distribución de los Adolescentes de acuerdo a su Edad y su Sexo	23
Tabla 5: Medidas de tendencia central de la Edad de los Adolescentes según su sexo.....	23
Tabla 6: Distribución de los Adolescentes de acuerdo a su lugar de Residencia y al sexo	24
Tabla 7: Distribución de los Adolescentes según el Tipo de Familia con que conviven y el Sexo	25
Tabla 8: Distribución de los Adolescentes según su Situación Socioeconómica y su Sexo	26
Tabla 9: Violencia Intrafamiliar reportada de acuerdo al Sexo	27
Tabla 10: Escolaridad de los Adolescentes de acuerdo al Sexo	28
Tabla 11: Medidas de tendencia central para la Escolaridad	29
Tabla 12: Distribución de los Adolescentes según el Consumo de Sustancias reportado y el Sexo.....	29
Tabla 13: Distribución de los Adolescentes según tipo de Sustancias que reporta Consumir y al Sexo	30
Tabla 14: Duración en Días del Internamiento según Diagnóstico Principal Eje 1 al Egreso y al Sexo.....	31
Tabla 15: Medidas de tendencia central de la duración del Internamiento del Adolescente según sexo .	32
Tabla 16: Duración del Internamiento de acuerdo al Consumo de Sustancias:	34
Tabla 17: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 1 considerando Edad y según el Sexo	36
Tabla 18: Diagnóstico Principal Ingreso Eje 1 según el Sexo.....	37
Tabla 19: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 1 considerando Edad y según el Sexo	38
Tabla 20: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 1 según el Sexo.....	39
Tabla 21: Diagnóstico Principal Eje 1 Ingreso vs Egreso	40
Tabla 22: Segundo Diagnóstico de Ingreso Eje 1 considerando Edad y según el Sexo.....	40
Tabla 23: Segundo Diagnóstico de Ingreso Eje 1 según el Sexo	41
Tabla 24: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 1 considerando Edad y según el Sexo	42
Tabla 25: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 1 según el Sexo.....	43
Tabla 26: Segundo Diagnóstico Eje 1 Ingreso vs Egreso	43
Tabla 27: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 2 considerando Edad y según el Sexo	44
Tabla 28: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 2 según el Sexo.....	44
Tabla 29: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 2 considerando Edad y según el Sexo	45
Tabla 30: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 2 según el Sexo.....	46
Tabla 31: Diagnóstico Principal Eje 2 Ingreso vs Egreso	46
Tabla 32: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo	47
Tabla 33: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 4 según el Sexo.....	47
Tabla 34: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo	48
Tabla 35: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 4 según el Sexo.....	49
Tabla 36: Diagnóstico Principal Eje 4 Ingreso vs Egreso	49
Tabla 37: Segundo Diagnóstico de Ingreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo	50
Tabla 38: Segundo Diagnóstico de Ingreso Eje 4 según el Sexo	50
Tabla 39: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo	51
Tabla 40: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 4 según el Sexo.....	51
Tabla 41: Segundo Diagnóstico Eje 4 Ingreso vs Egreso	52

Tabla 42: Intento de Autoeliminación, Ideación suicida o Lesión Autoinfligida intencionalmente al Ingreso	52
Tabla 43: Intento de Autoeliminación o Lesión Autoinfligida intencionalmente al Ingreso	53
Tabla 44: Ideación suicida, Intento de Autoeliminación o Lesiones Autoinfligidas Ingreso vs Egreso	53

LISTA DE GRÁFICOS

Ilustración 1: Distribución de los Adolescentes según su Sexo	22
Ilustración 2: Distribución de los Adolescentes que Consumen Sustancias de acuerdo al Tipo de Familia con que conviven	33
Ilustración 3: Distribución de los Adolescentes que indican Consumir de Sustancias según su lugar de Residencia	33
Ilustración 4: Distribución de los Adolescentes que reportan Consumo de Sustancias según la Situación Socioeconómica	34
Ilustración 5: Violencia Intrafamiliar y Grado de Escolaridad	35

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviaturas utilizadas en las tablas:

- Px: Paciente
- Dx: Diagnóstico
- #: Número
- Intern.: Internamiento

Abreviaturas de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (Cie-10):

- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
- F12 Consumo perjudicial de cannabis
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
- F23 Trastorno psicótico agudo
- F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia
- F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado
- F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada
- F30.2 Episodio maniaco con psicosis
- F31 Observación por trastorno afectivo bipolar
- F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos
- F32 Episodio depresivo leve a moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos
- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
- F34.1 Distimia
- F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado
- F41.3 Trastorno de ansiedad mixto
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificada
- F43 Reacción ajuste

- F43.1 Trastorno postraumático no especificado
- F43.2 Trastorno de adaptación de ánimo mixto
- F44 Trastorno de conversión disociativo
- F50 Trastornos de la ingestión de alimentos
- F63 Trastornos de los hábitos y de los impulsos
- F63.9 Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado
- F70 Retardo Mental Leve
- F70.1 Retraso mental leve, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
- F71.1 Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
- F79.1 Retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
- F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado
- F84.0 Autismo en la niñez
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
- F90.0 Trastorno de la actividad y la atención
- F91 Trastornos de la conducta
- F91.1 Trastorno de la conducta insociable
- F91.3 Trastorno oposicionista desafiante
- F91.9 Trastorno de conducta no especificado
- F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia de tipo reactivo
- Z55.9 Problema no especificado relacionado con la educación y la alfabetización
- Z61.1 Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia
- Z61.2 Alteración en el patrón de relación familiar
- Z61.4 Abuso sexual por persona perteneciente al núcleo primario de apoyo
- Z61.5 Problemas relacionados con abuso sexual por persona no perteneciente al grupo primario de apoyo
- Z61.7 Experiencias atemorizantes de la niñez
- Z62.2 Crianza en institución
- Z63.2 Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado

- Z63.9 Problemas relacionados con el grupo de apoyo primario
- Z73.1 Rasgos de inestabilidad emocional de la personalidad acentuados
- Z91.5 Historia personal de lesión autoinflingida intencionalmente

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En el mundo cerca de 450 millones de personas son portadoras de un trastorno mental o de conducta. Aproximadamente, de cada cuatro personas, una desarrollará al menos una enfermedad mental a lo largo de su vida. “Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas.” (Organización Mundial de la Salud (OMS)) Los trastornos mentales acrecientan el riesgo de enfermedades físicas. (Organización Mundial de la Salud (OMS))

Los años de la adolescencia son un período de transición de la niñez a la edad adulta. No es una época fácil, debido a la serie de transiciones físicas, emocionales, hormonales, sexuales, sociales e intelectuales por las que deben pasar los adolescentes, lo que sumado a la presión y las distintas situaciones y decisiones a las que se enfrentan pueden resultar abrumadoras, y para algunos, estas vivencias conllevan problemas o trastornos de salud. (healthychildren.org, 2007)

Si bien es cierto que la adolescencia es un tiempo de transición y cambio, “los cambios de conducta serios, dramáticos o abruptos pueden ser indicadores de problemas de salud mental graves.” (healthychildren.org, 2007) Los problemas de salud mental son reales, en ocasiones resultan muy dolorosos y, algunas veces, muy graves, y aunque pueden tratarse, “la ignorancia y la estigmatización que rodean a las enfermedades mentales están muy extendidas. Pese a disponer de tratamientos eficaces, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo.” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, “se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Los trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes.” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015)

Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004 señalan que: “La adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta.” Además, debe considerarse que según los resultados de estudio realizado en Oregon, Estados Unidos, “entre el 12% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años ha sido diagnosticado con algún desorden mental y que al menos una tercera parte de los jóvenes experimenta un segundo diagnóstico durante el resto de su vida” (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004)

En presente trabajo de investigación, se analizan los datos sociodemográficos y los relativos al internamiento de los adolescentes que estuvieron en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el primer semestre del 2015.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, define salud de la siguiente manera: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Organización Mundial de la Salud, 2013). Esta definición entiende al ser humano en sus distintas dimensiones biopsicosociales, y desde esta integralidad incluye la parte mental del individuo como parte importante de su salud.

La Organización Mundial de la Salud (2013) también señala que “los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales” y continúa indicando “la exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales”

En la definición actual de salud mental, se enfatiza en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales, y se conceptualiza a la salud mental como un proceso en continua construcción a lo largo de la vida. En este proceso actúan distintos factores, tales como “un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales.” (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004)

Actualmente las políticas en salud se orientan en la prevención mediante la promoción de estilos de vida saludables y un adecuado desarrollo, “objetivos cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo de trastornos mentales, así como de factores protectores.” (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004). Aunque estos objetivos exceden los alcances de la presente investigación, un inicio consiste en la identificación de los factores sociodemográficos asociados a los trastornos mentales prevalentes entre los adolescentes.

Señala la Organización Mundial de la Salud (2013) que algunos grupos pueden un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental, y enumera entre los grupos vulnerables a familias que viven en pobreza, niños expuestos a maltrato o abandono, adolescentes expuestos al abuso de sustancias, personas sometidas a violaciones de los derechos humanos entre otros.

La niñez, así como la adolescencia constituyen etapas en el desarrollo humano que resultan críticas. Durante las mismas, se dan considerables y profundos cambios físicos, sociales y psicológicos. Existe una significativa incidencia de psicopatología en esta población, estimándose que entre un 15% a 30% de la población menor de edad padece de algún trastorno mental. “Pese a esto, la problemática sólo ha sido abordada focalizando la atención en los pacientes que presentan psicopatología, sin considerar el contexto familiar y los factores protectores y de riesgo en salud mental.” (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004)

1. La importancia del presente estudio radica en la producción de nuevo conocimiento científico, específicamente:
 - a. Se tendría información acerca de la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados al ingreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015 así como los elementos sociodemográficos asociados a los distintos diagnósticos.
 - b. Se determinaría la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados al egreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015 así como los principales elementos sociodemográficos asociados.
 - c. Se contaría con información que permita registrar la variabilidad entre el diagnóstico de ingreso y el diagnóstico de egreso de los diagnósticos prevalentes en los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.
 - d. Se documentaría la duración promedio de internamiento para los trastornos mentales prevalentes diagnosticados al egreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.
 - e. Se evidenciarían los elementos sociodemográficos consignados en el expediente de salud de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015, específicamente: sexo, edad, escolaridad, lugar de residencia, situación socioeconómica, condiciones de violencia

intrafamiliar, condiciones de abuso sexual, consumo de sustancias, si reside con su familia nuclear integrada-desintegrada, con otros familiares o en un albergue u otros.

- f. Sería posible identificar para los trastornos mentales prevalentes los elementos sociodemográficos asociados y consignados en el expediente de salud al egreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.
2. Esta información podría motivar a efectuar estudios posteriores que permitan contar con documentación actualizada para poder establecer la prevalencia de enfermedad mental en otras poblaciones.

CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes

La definición de salud se ha ido modificando, y actualmente se entiende que la salud incluye más que ausencia de enfermedad física. Al presente se conceptualiza la salud de manera más integral, e incluye la salud física y psicológica o mental del individuo y considera como determinantes importantes los factores socioambientales en los que se desarrolla el individuo tal como lo expone Raventós: “La salud como el estado de completo bienestar a través de las etapas de la vida, no es posible sin un entorno social, económico, cultural y medioambiental sano, que contemple la cobertura de las necesidades básicas y la protección de los derechos humanos.” (Raventós, 2012). Desde esta perspectiva, la salud se conceptualiza como un estado de bienestar en el que la persona se desarrolla en un ambiente que le propicia y permite hacer uso de sus capacidades, y realizar actividades productivas que aporten a su comunidad.

Este nuevo paradigma, ha llevado al replanteamiento de los sistemas de salud, así como a la generación de nuevas políticas de salud pública, y Costa Rica no ha sido la excepción. Específicamente en lo relativo a la inclusión de la salud mental como determinante importante, en nuestro país sí se ha abordado desde distintos ámbitos tanto gubernamentales como no gubernamentales, y se han hecho distintos esfuerzos como la propuesta del cambio de modelo centrado en el hospital psiquiátrico por un modelo comunitario (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012) citado por (Ureña, 2013); o la política nacional de salud mental 2012-2021, sin embargo, esto no es suficiente si las leyes carecen de reglamentos o protocolos que garanticen su aplicación, o si no se acompañan de políticas de prevención, promoción, tratamiento, reinserción social y disminución del estigma. (Raventós, 2012)

Sin embargo, en nuestro país, no existe un análisis reciente de la situación de la salud mental fundamentado en datos que permitan evidenciar las consecuencias de la misma en el individuo, la familia y la sociedad, ni tampoco se conoce cuáles son los factores que la condicionan, o mejoran, ni las necesidades que su alteración genera. La información sobre salud mental es sucinta, y aunque existe información limitada en los registros de los centros de salud, las estadísticas disponibles no permiten por sí solas un análisis profundo que permita entender la patología y los factores que la acompañan, la disminuyen o la aumentan. Tampoco permiten dimensionar a cabalidad la magnitud

ni la naturaleza del problema, lo que impide desarrollar medidas efectivas de promoción de la salud mental en la población psiquiátrica.

Las autoridades sanitarias y académicas de Costa Rica reconocieron la inexistencia de datos sobre la salud mental de los costarricenses. Es a partir del 2012 que el Ministerio de Salud, mediante el Decreto Ejecutivo N 37306, solicita la notificación obligatoria de los intentos de suicidio, la depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar que afecten a la población nacional con “a fin de tener mayor control sobre las mismas y mejorar la toma de decisiones”. (Ministerio de Salud, 2014) Debido a este vacío en información, las políticas no necesariamente corresponden a las necesidades, ya que para ello resulta necesario contar con “información sobre los determinantes de la salud y la enfermedad, sobre el perfil epidemiológico de los trastornos mentales principales, sobre la eficacia de diferentes estrategias preventivas, terapéuticas y de rehabilitación. Solo así podemos planificar y financiar estrategias con impacto”. (Raventós, 2012)

Resulta fundamental atender la salud mental de la población, ya que según apuntan las estadísticas internacionales, “la principal causa de discapacidad tanto en hombres como mujeres son las enfermedades neuropsiquiátricas, con una incidencia de 45% en la población, principalmente la depresión, el abuso de alcohol, esquizofrenia y el trastorno bipolar”. (BBC Salud, 2011), y aunque en Costa Rica no existen estadísticas, “se calcula que las enfermedades mentales causan el 30 % de las discapacidades, y, sin embargo, el 75 % de las personas afectadas no tienen acceso a tratamiento adecuado”. (Agencia/Redacción, 2013)

En la salud en general y específicamente en la salud mental, se debe prestar especial atención a grupos más vulnerables que están expuestos a mayor exclusión y desigualdad, como los niños y los adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que los trastornos mentales constituyen el 45% de las enfermedades que afectan a los jóvenes entre los 10 y 24 años en el mundo. (Ross, 2013). “Los trastornos mentales en el mundo afectan a un 15-30% de los niños y adolescentes, lo que compromete el funcionamiento y el desarrollo emocional, cognitivo y social, afectan a las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar y aumentan el riesgo de consumo de sustancias y de suicidio” citado por (Ricardo-Jiménez, Álvarez-Gómez, & Ángles, 2015)

Con el objetivo de dar una mejor atención a esta población, a finales de los 80's se estableció en nuestro país un modelo diferenciado para jóvenes, con unos 100 centros de atención en el país, lamentablemente actualmente se cuenta con únicamente ocho centros y solo el Hospital Nacional

de Niños tiene equipo y jornada completa. Los médicos expertos en la población adolescente refieren que el abandono en general de la salud del adolescente les preocupa mucho. (Ross, 2013)

Al combinarse esta situación con los vacíos existentes en la atención de trastornos mentales, esta situación se complica aún más, ya que lastimosamente, los problemas de los jóvenes suelen menospreciarse, calificándolos de insignificantes o pasajeros, ignorando la potencial gravedad de los mismos, y aunque los datos epidemiológicos son escasos, los médicos refieren un aumento en el número de los casos y en la complejidad de los mismos, por ejemplo, el número de suicidios de menores se duplicó en dos años. (Ross, 2013) “Acostumbramos definir la adolescencia como un periodo libre de enfermedad. Si bien es cierto que tienen menos problemas físicos que los adultos, tienen enormes dificultades a nivel emocional, adaptativo y social”, dijo Marco Díaz, psiquiatra a cargo del Programa Integral de Atención del Adolescente (PAIA), de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Citado por (Ross, 2013).

Estudios preliminares

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la Salud Pública y enfatiza que el primer paso en la planificación de servicios de Salud Mental es la recolección de información relevante.

Según estudio efectuado en Chile, (Vicente et al 2012) más de un tercio de la población infanto juvenil en Chile presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses, con una prevalencia del 22,5% si se considera impedimento. En comparación con otros estudios latinoamericanos, las prevalencias pueden considerarse altas: tres estudios realizados en Brasil arrojan la siguiente información: en Tambate se encuentra una prevalencia general de 2,7%, en Ilha de Mare 7% y el de Pelotas 10,8%. Se señala una prevalencia del 22% obtenida en adolescentes norteamericanos. Sin considerar impedimento, un estudio de Puerto Rico, obtiene una prevalencia general de 19,8% comparado con 38,3% encontrado en Chile. Un estudio realizado en México en adolescentes entre 12-17 años obtuvo una prevalencia de 39,4%. El nivel socioeconómico más alto aparece asociado significativamente a la menor presencia de trastornos ansiosos. Estresores relacionados con el ambiente han probado ser parcialmente mediadores entre los problemas de salud mental y el nivel socioeconómico.

En general, la presencia de patología se asocia a la disfunción familiar, al antecedente de psicopatología en la familia y no vivir con ambos padres, tanto en el análisis bivariado como multivariado y la comorbilidad es un hallazgo en más de 25% de los casos. La mayoría de los niños y adolescentes con diagnóstico no reciben atención y hay una brecha asistencial de 66,6% para cualquier tipo de trastorno que sube al 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal. “En conclusión podríamos afirmar que las altas prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población estudiada evidencia y actualiza un problema de salud que no parece estar siendo priorizado adecuadamente por las autoridades, y la consideración de esta información y posterior redistribución de recursos podría impactar positivamente en la reducción de las brechas.” (Vicente et al 2012)

Existe poco análisis e investigación referente a la situación en el país de la salud mental, y menos aún de la población adolescente y no se encontró ninguna, al menos reciente, sobre la prevalencia y elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados en el pabellón de adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico. Lo anterior se constató después de reiteradas búsquedas facilitadas por funcionarias de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), indagaciones efectuadas por la autora en los principales buscadores científicos (PubMed, Cochrane, SerchMedica, Google Académico, Scielo), y solicitudes de búsqueda en la biblioteca de la Universidad de Costa Rica.

Se encontraron algunos datos referentes a los últimos 10 años de la atención brindada en la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños. Se indica que en la misma se atendió a 10666 pacientes con los siguientes diagnósticos principales: (Ross, 2013)

- 2741 casos con trastornos afectivos, caracterizados por cambios radicales en el humor, como depresión.
- 1301 casos de trastornos de conducta, es decir, personas con comportamientos oposicionistas, desafiantes, agresivos o impulsivos.
- 3186 casos con problemas de aprendizaje, tales como dificultades para la concentración y el aprendizaje, como por ejemplo el déficit atencional.

- 1009 casos con trastornos de ansiedad, caracterizados por miedo y ansiedad, como por ejemplo estrés agudo y fobias
- 920 casos de trastornos de alimentación definidos como enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan en conductas alimentarias como la anorexia y la bulimia.
- 768 casos con síndrome del joven agredido por ejemplo jóvenes víctimas de abuso sexual, abandono o agresión física.
- 2656 casos de otros trastornos psicosociales, como padecimientos generados por situaciones como violencia, conflictos familiares y adicciones.

Por otro lado, el Dr. Allan Rímola Rivas, Director de la Secretaría Técnica de Salud Mental, refiere respecto al suicidio “El grupo de edad donde se registran mayores tasas es en el grupo de 15 a 19 años, edad de adolescencia donde existen muchos factores como lo son el manejo de la frustración, patrones de crianza, desempleo, aceptación por parte del grupo de pares, de las relaciones familiares disfuncionales, situaciones de violencia intrafamiliar, falta de acceso de medios económicos o endeudamiento entre otros.” (Ministerio de Salud, 2014)

Según Datos preliminares del Área de Estadística de la Caja Costarricense del Seguro Social del año 2013, sujetos a cambios por revisiones, se cuenta con la siguiente información:

Tabla 1: Datos Preliminares Área de Estadística en Salud Caja Costarricense del Seguro Social 2013

Área	Edad	Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
C. Externa	12 - 14	Diag. Princ											
		Trast. Ment. orgánicos (demencia) (F00-F09)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Episodio depresivo (F32)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15 - 17			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
		Episodio depresivo (F32)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
		Otro trast. afectivos (F33- F38-F40)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
		Otro trast. neuróticos (F42-F48)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urgencia	00 - 11		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
			Trast. Ment. orgánicos (demencia) (F00-F09)	4	-	1	1	3	-	1	-	2	-
			Dependencia de alcohol (F10)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
			Esquizofrenia (F20)	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-

	Otros trast. comport. y esquizoafec. (F11-F19, F21, F25)	2	2	-	1	1	1	2	-	1	-
	Otro psicosis (F22-F24, F28-F29)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Episodio depresivo (F32)	6	-	2	1	-	-	1	-	2	2
	Trast. del humor (F30-F31, F34)	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-
	Otro trast. afectivos (F33- F38-F40)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	Ansiedad (F41)	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-
	Otro trast. neuróticos (F42-F48)	8	2	3	2	3	2	1	2	1	1
	Otro trast. mentales (F50-F99)	4	3	4	9	11	7	6	4	8	4
12 - 14		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Trastornos mentales orgánicos (demencia) (F00-F09)	14	6	5	9	6	4	3	8	5	1
	Esquizofrenia (F20)	3	-	-	-	-	1	2	1	-	-
	Otros trast. comport. y esquizoafec. (F11-F19-F21-F25)	3	19	23	17	23	27	22	40	24	33
	Otro psicosis (F22-F24-F28-F29)	2	-	5	1	3	3	9	3	6	7
	Episodio depresivo (F32)	26	13	19	9	3	13	9	8	16	26
	Trast. del humor (F30-F31-F34)	2	-	1	11	10	6	6	8	5	5
	Otro trast. afectivos (F33-F38-F40)	1	2	1	3	4	-	1	5	5	4
	Ansiedad (F41)	-	-	-	-	1	2	3	1	3	1
	Otro trast. neuróticos (F42-F48)	37	19	18	8	1	6	7	16	17	5
	Otro trast. mentales (F50-F99)	10	8	17	8	13	15	6	14	16	27
15 - 17		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Trastornos mentales orgánicos (demencia) (F00-F09)	22	18	10	13	12	17	15	18	14	3
	Dependencia de alcohol (F10)	-	-	-	2	-	3	2	1	1	-
	Esquizofrenia (F20)	5	9	6	4	1	5	1	3	3	5
	Otros trast. comport. y esquizoafec. (F11-F19-F21-F25)	19	56	48	91	83	104	121	146	102	118
	Otro psicosis (F22-F24-F28-F29)	38	16	14	12	21	33	22	28	30	25
	Episodio depresivo (F32)	39	20	27	21	10	26	15	18	27	44
	Trast. del humor (F30-F31-F34)	6	4	16	15	19	13	17	17	12	12
	Otro trast. afectivos (F33-F38-F40)	4	1	4	8	1	2	2	2	7	13
	Ansiedad (F41)	1	3	-	1	2	5	1	3	3	2
	Otro trast. neuróticos (F42-F48)	45	21	19	15	6	9	11	22	15	6
	Otro trast. mentales (F50-F99)	22	21	16	21	20	14	24	13	35	30

Fuente CCSS (2013)

Puede observarse que los datos reflejan mayor número de atenciones en el servicio de urgencias que en el de consulta externa, que hay una mayor demanda de atención en las edades

comprendidas entre los 12 y los 17 años, y que, en términos generales, se observa una tendencia a mantenerse o aumentar la cantidad de personas diagnosticadas cada año. El diagnóstico prevalente corresponde a “Otros trastornos de comportamiento y esquizoafectivos (F11, F19, F21, F25)”

Adolescencia y Psicopatología

Durante la adolescencia se presenta la desorganización y confusión adaptativa que significa la travesía desde la seguridad de la infancia a la incertidumbre de la edad adulta. En este escenario, es difícil diferenciar entre la conducta normal y la patológica, y aquellas que conllevan algún tipo de riesgo o se encuentran en el límite y requieren, previo a un diagnóstico, de un seguimiento cercano que permita un correcto análisis de su situación y su entorno, así como sus recursos y limitaciones. (Cornella, 2013)

Las adversidades durante la niñez, se relacionan con el 28,2% de trastornos psiquiátricos, entre las que destacen: (Cornella, 2013)

- La pérdida de los padres por fallecimiento, separación, divorcio.
- Situaciones de maltrato como negligencia, abusos físicos, sexuales, emocionales.
- Antecedentes familiares como: psicopatología, consumo de sustancias, violencia y criminalidad.
- Las dificultades económicas que afectan diversos aspectos de la vida del niño.

La Organización Mundial (2013) de la salud señala como factores de riesgo el bajo nivel socioeconómico o pobreza, el consumo de alcohol, exposición a violencia y malos tratos en el hogar y el estrés como comunes a otros trastornos mentales. Refiere que existe coincidencia entre trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias.

La patología psiquiátrica en la adolescencia, tiene sus particularidades, por la especificidad de esa edad que debe atender a la situación evolutiva del adolescente. Debe considerarse que un síntoma puede tener significados diferentes según el contexto en el que se dé. Señala Cornella (2013) que algunas conductas a las que debe prestárseles atención son:

- Fugas y vagabundeos: pueden revelar una situación conflictiva que el adolescente desea evitar, que le genera angustia o depresión, podría relacionarse también con un conflicto interior, o un sustrato psicopatológico más grave cuando ha sido planificada.
- Conductas auto o heteroagresivas: cuadros de agresividad y violencia suelen presentarse a esa edad, y deben analizarse dentro del contexto en que se presentan y de acuerdo a su

gravedad y significado. Por ejemplo, únicamente en una cuarta parte de los adolescentes con intentos de autoeliminación se puede diagnosticar un cuadro psiquiátrico concreto. Por eso, se debe considerar cuidadosamente además de los signos de alarma, el contexto familiar y social, los cambios del adolescente como pérdida de relaciones afectivas, disminución de intereses, aislamiento, ensimismamiento etc.

Debe tenerse presente que, a nivel mundial, de acuerdo con la OMS (2016), el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. Además, su prevención está señalado por esta organización como una de las prioridades importantes, señalando que los jóvenes “están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse”. Identifica como medidas necesarias la reducción al acceso a medios para autolesionarse o suicidarse, un programa informativo y la protección de personas en riesgo, así como el reconocimiento y tratamiento de temprano de enfermedades mentales y conductas suicidas.

- Conductas de adicción: puede definirse como “una dependencia del adolescente hacia la satisfacción de una necesidad y del producto que procura ésta. El adolescente manifiesta una apetencia por la dependencia y una propensión a la escalada. Podemos hablar de dependencia al alcohol y a otras drogas. Pero también aparecen conductas de tipo adictivo en los trastornos de la conducta alimentaria.” (Cornella, 2013). Aunque claramente la dependencia es diferente, en los dos casos se presentan dificultades relacionales, miedo a la dependencia afectiva y un intento de regular tensiones y necesidades afectivas no resueltas.
- Patología dual: concurrencia de dos o más trastornos psiquiátricos en el adolescente. “Se ha observado cómo algunos trastornos afectivos, oposicionistas, trastornos del curso del pensamiento y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad suelen preceder al trastorno por uso de sustancias.” (Cornella, 2013)
- Quejas somáticas: al ser el cuerpo la sede de muchos cambios a esta edad, es probable que el adolescente exprese sus dificultades, sentimientos y carencias mediante el mismo. Puede descubrirse una personalidad frágil para asimilar los cambios que implica la pubertad, podrían tener características fóbicas, obsesivas...
- Déficit de atención: La distracción podría indicar malestar interno en el adolescente, y no exclusivamente TDAH. Puede por ejemplo ser un indicador de ansiedad, depresión, consumo de sustancias...

- Conductas de inhibición: desinterés hacia distintas actividades, hacia las relación y contactos interpersonales, reclusión.
- Depresión: además de las conductas y síntomas presentes en los adultos, pueden encontrarse quejas somáticas, aburrimiento, sentido de vacío, inhibición, trastornos varios del comportamiento. Como es alta la prevalencia en los hijos de los adultos que tiene trastornos del estado de ánimo o ansiosos, debe ponerse especial atención a los adolescentes con sintomatología de este tipo y con padres que padecen estos trastornos.
- Conductas delictivas: a veces subyacen trastornos psiquiátricos detrás de estas conductas tales como depresión, uso de sustancias etc.
- Esquizofrenia: Resulta importante identificar y manejar los cuadros prodrómicos de esta enfermedad, ya que la detección precoz posibilita un tratamiento más efectivo.

Señala (Cornella, 2013) que “A pesar de los avances terapéuticos, la realidad es que aumenta la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes”.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Enfoque y tipo de estudio

Este es un estudio de tipo observacional descriptivo de registros médicos, efectuado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, específicamente en el Pabellón de Adolescentes en el primer semestre del 2015. El enfoque es cuantitativo, se basa en el análisis estadístico y en la medición numérica de los datos recolectados.

Objeto de estudio

La prevalencia y elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el primer semestre del 2015.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia y los elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la prevalencia y los elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.

Objetivos específicos

1. Describir la prevalencia del principal trastorno mental diagnosticado al ingreso a cada uno de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.

2. Distinguir la prevalencia del principal trastorno mental diagnosticado al egreso a cada uno de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.
3. Comparar la prevalencia de los principales trastornos mentales diagnosticados al ingreso con los principales trastornos mentales diagnosticados al egreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.
4. Identificar la duración promedio del internamiento de los principales trastornos mentales prevalentes diagnosticados al egreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015.
5. Diferenciar los principales elementos sociodemográficos consignados en el expediente de salud de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015, específicamente: sexo, edad, escolaridad, lugar de residencia, situación socioeconómica, condiciones de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, si reside con su familia nuclear integrada-desintegrada, con otros familiares o en un albergue u otros.
6. Enumerar para los trastornos mentales prevalentes los elementos sociodemográficos asociados consignados en el expediente de salud al egreso del internamiento de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015, específicamente: sexo, edad, escolaridad, lugar de residencia, condiciones socioeconómicas, condiciones de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, si reside con su familia nuclear integrada-desintegrada, con otros familiares o en un albergue u otros.

Población, muestra y participantes

El estudio se llevó a cabo con todos los expedientes de la población caracterizada por ser adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico, tanto hombres como mujeres, en edades inferiores a los 18 años. Según datos suministrados por el Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico (REMES) se estima en 89 personas adolescentes, 51 mujeres, y 38 hombres.

Criterios de inclusión

- a) Todos los expedientes de personas internadas por primera vez en el Pabellón de Adolescentes durante el primer semestre del 2015 que recibieron un diagnóstico de egreso, quienes se consideran una población vulnerable por ser menores de edad y presentar una enfermedad mental.
- b) Firmar un consentimiento informado no es un criterio de inclusión, debido a que el estudio consiste en una revisión de expedientes, cuyos resultados se manejarán de forma anónima y con protección de los datos, motivo por el cual el consentimiento informado no constituye un requisito para proceder a efectuar la investigación.

Criterios de exclusión

- a) Que el expediente no cuente con los siguientes datos: diagnóstico y nota de ingreso, diagnóstico y nota de egreso, o que los mismos resulten ilegibles.

Procedimiento de recolección de datos

La información requerida para efectuar la presente investigación, se extrajo de los expedientes de salud que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

Para ello, inicialmente se envió el proyecto de investigación al comité de Bioética del Hospital Nacional Psiquiátrico para su respectiva aprobación.

Una vez aprobado el proyecto, se solicitó al Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico (REMES) la lista de los expedientes correspondientes a los adolescentes internados por primera vez durante el primer semestre del 2015.

Se procedió a revisar cada uno de los 90 expedientes de la lista facilitada, para verificar que cumplieran con los criterios de inclusión, y se excluyó uno por no cumplir con los requisitos, específicamente, el internamiento en el Pabellón de Adolescentes.

Se introdujeron los datos de interés para la presente investigación, consignados en las notas de ingreso y en la nota de egreso, en una hoja de registro digital, en la cual se identificó al usuario

mediante un número ordinal con el objetivo de proteger su identidad. Para verificar que la información consignada no fuese errónea se cotejó contra la contenida en el expediente.

Una vez finalizada la etapa de recolección y corroboración de la información, mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, “Statistical Product and Service Solutions” (SPSS) versión 19, se efectuaron los análisis de los datos obtenidos de acuerdo a los objetivos y alcances de la investigación. Se utilizó Excel versión 2016 para la elaboración de las tablas y los gráficos.

Finalizada la introducción de los datos, se contrastaron contra la hoja de registro para corroborar la exactitud de los mismos. Posteriormente, la información obtenida se detalló formalmente en un documento, en el que toda la información consignada fue cuidadosamente revisada con el objetivo de proteger la integridad de los datos y la identidad de los participantes.

Tabla 2: Variables Sociodemográficas

Nombre	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición
Edad	Cuantitativa	Intervalo de tiempo expresado en años y comprendido entre la fecha de nacimiento y la de ingreso al Pabellón de Adolescentes del HNP. (INEC 2004)	Cantidad de años expresada en números enteros que la persona tenga al ingreso de su hospitalización en el Pabellón de Adolescentes del HNP, tomando como referencia la fecha de nacimiento consignada en la “Ficha de Identificación” de la “Historia Clínica Psiquiátrica”, en el apartado 4 “Fecha de nacimiento”.	Años	Discreta
Sexo	Cualitativa	Características biológicas que diferencian a hombres y mujeres. (INEC, 2012).	Acorde a lo consignado en la “Ficha de Identificación” de la “Historia Clínica Psiquiátrica”, en el apartado 2 “Sexo: Masc..., Fem...”	Masculino / Femenino	Nominal

Escolaridad	Cualitativa	Último año de estudio aprobado en el sistema de educación formal. (INEC, 2012).	Dato extraído de la identificación que hace el sujeto del nivel educativo alcanzado, al ubicarse en una de las siguientes etapas del sistema educativo costarricense: Analfabeta, Primaria: I, II, III, IV, V, VI; Secundaria: I, II, III, IV, V, VI, Estudios Universitarios y Otros Estudios y consignado en la "Ficha de Identificación" de la "Historia Clínica Psiquiátrica", específicamente el apartado 11 "Escolaridad".	Sin Instrucción, Grados de Primaria: 1, 2, 3, 4, 5, 6, Años de Secundaria: 7, 8, 9, 10, 11, 12, Estudios universitarios, Otros Estudios, No Registrado	Nominal
Lugar de Residencia	Cualitativa	Hace referencia a la zona geográfica donde vive el usuario. Como referencia se utilizará la provincia. (INEC, 2014).	Provincia reconocida por el usuario como lugar en el que usualmente permanece y pernocta, consignado en la "Ficha de Identificación" de la "Historia Clínica Psiquiátrica", específicamente el apartado 13 "Dirección de la Vivienda"	Alajuela, Cartago, Guanacaste, Heredia, Limón, Puntarenas, San José, No Registrado	Nominal
Convive con	Cualitativa	Conjunto de personas con quienes el usuario interactúa para satisfacer sus necesidades básicas y con quienes comparte un mismo espacio.	Personas identificadas por el usuario como convivientes y consignadas en la "Ficha de Identificación" de la "Historia Clínica Psiquiátrica", específicamente el apartado 10 "Convive con"	Familia nuclear integrada, Familia nuclear desintegrada, Otros familiares, Albergue, Otros, No Registrado.	Nominal

Situación socio económica	Cualitativa	Posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee (Romaguera & Uzcátegui, 2001).	Categoría en que se ubica a la persona según su propia percepción del estrato social en que se sitúa, y consignado en la "Ficha de Identificación" de la "Historia Clínica Psiquiátrica", específicamente en el apartado 14 "Situación socioeconómica"	Muy Buena, Buena, Regular, Mala, Muy Mala, No Registrado.	Nominal Ordinal
Violencia intrafamiliar	Cualitativa	Patrón de conducta en el ámbito familiar que evidencia un ejercicio desigual de poder que pueda causar algún tipo de daño, o sufrimiento físico, económico, sexual, psicológico, patrimonial.	Según lo designado en "Sociales" de la "Historia Clínica Psiquiátrica", específicamente en "Violencia Intrafamiliar" y lo señalado en la nota de egreso.	Si, No, No Registrado.	Nominal
Consumo de sustancias	Cualitativa	Uso abusivo de sustancias psicoactivas.	Según lo consignado en el apartado "Consumo de Sustancias" de la "Historia Clínica Psiquiátrica" y lo indicado en la nota de egreso.	Si, No, No Registrado.	Nominal

Tabla 3: Variables Diagnósticas

Nombre	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición
Diagnostico Ingreso	Cualitativa	Cumplir con los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental de acuerdo al CIE-10.	Según lo consignado en el "Examen del Estado Mental", en el apartado 9 "Impresión diagnóstica", específicamente en el eje I.	Trastorno Mental	Nominal
Diagnostico Egreso	Cualitativa	Cumplir con los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental de acuerdo al CIE-10.	Según lo consignado en la nota de egreso como diagnóstico de egreso, específicamente en el eje I.	Trastorno Mental	Nominal
Duración de la Hospitalización	Cuantitativa	Intervalo de tiempo expresado en días y comprendido entre la fecha de ingreso y la de egreso al Pabellón de Adolescentes del HNP.	Según lo indicado en la nota de egreso como duración del internamiento.	Días	Discreta

Métodos de análisis estadístico

Una vez recopilada la información, se procedió a digitalarla en una base de datos diseñada para este estudio, a la cual se le realizaron pruebas de inconsistencia y errores. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 19 y se utilizó Excel para la elaboración de los gráficos. De acuerdo a los resultados obtenidos se estimó la prevalencia de los distintos diagnósticos al ingreso y al egreso de la hospitalización.

Las variables fueron descritas calculando las frecuencias simples y relativas. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central. Se efectuaron distintas comparaciones entre las características de los adolescentes.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de la información consignada en los expedientes de salud objeto de este estudio.

Caracterización de la población

Distribución por Sexo de los Adolescentes internados

Durante el primer semestre del 2015, estuvieron internados en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico un total de 89 adolescentes, de los cuales 50 eran Mujeres, y 39 eran Hombres, distribuidos de la siguiente manera de acuerdo a su Sexo: 56.18% corresponde al sexo Femenino y un 43.82% al sexo Masculino.

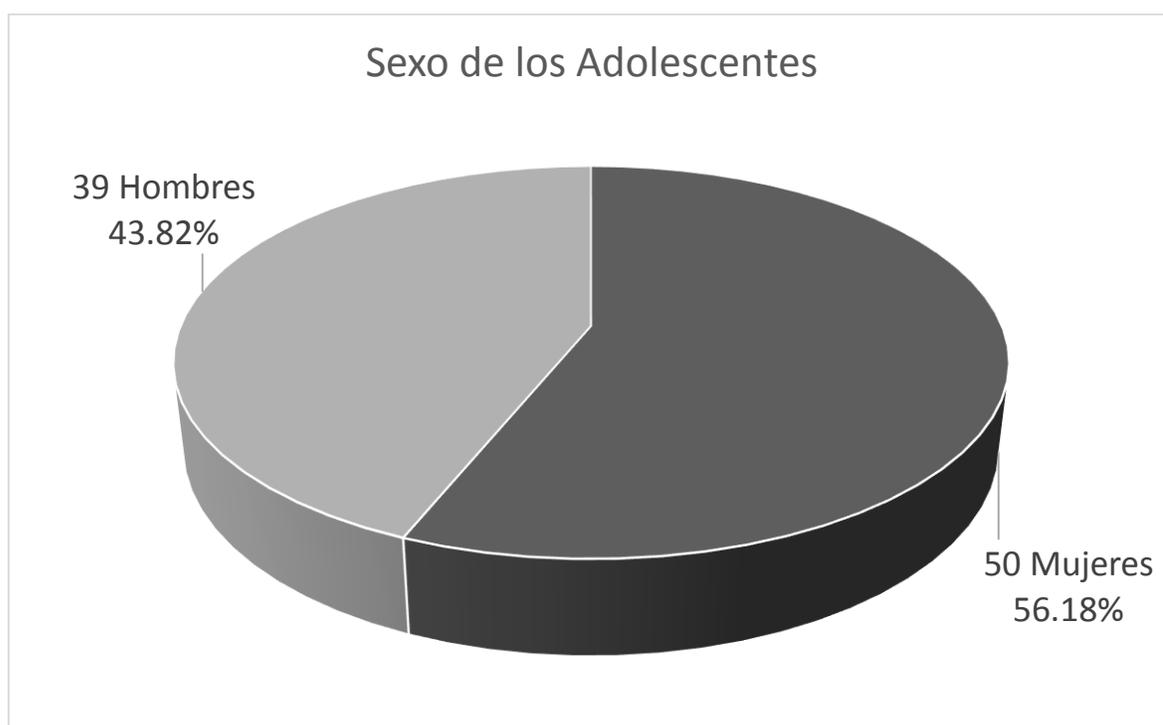


Ilustración 1: Distribución de los Adolescentes según su Sexo

Distribución por Edad de los Adolescentes internados

De acuerdo a su Edad y a su Sexo, se puede distribuir de la siguiente forma a los Adolescentes que estuvieron internados durante el primer semestre del 2015:

Tabla 4: Distribución de los Adolescentes de acuerdo a su Edad y su Sexo

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
10	2	04.00%	0	00.00%	2	02.25%
11	3	06.00%	2	05.13%	5	05.62%
12	2	04.00%	1	02.56%	3	03.37%
13	9	18.00%	1	02.56%	10	11.24%
14	13	26.00%	6	15.38%	19	21.35%
15	10	20.00%	8	20.51%	18	20.22%
16	7	14.00%	8	20.51%	15	16.85%
17	4	08.00%	13	33.33%	17	19.10%
Total	50	100.00%	39	100.00%	89	100.00%

Un 21.35% de los Adolescentes internados tenía 14 años, un 20.22% tenían 15 años, un 19.10% tenía 17 años y un 16.85% tenían 16 años. Al considerar para la distribución de los usuarios la Edad y el Sexo tenemos los siguientes resultados: Un 26% de las Adolescentes internadas tenía 14 años, un 20% tenían 15 años, un 18% tenía 13 años y un 14% tenían 16 años. Respecto a los hombres, un 33.33% de los Adolescentes internados tenía 17 años, un 20.51% tenían 15 años, un 20.51% tenían 16 años y un 15.38% tenía 14 años. La Edad promedio de los usuarios Internados es de 14.67, las mujeres tienen una Edad promedio de 14.12 años, ligeramente inferior a la de los hombres que es de 15.38 años.

Tabla 5: Medidas de tendencia central de la Edad de los Adolescentes según su sexo

Edad	Hombres	Mujeres	Total
Media	16	14	15
Moda	17	14	14
Desviación Estándar	1.664	1.745	1.813
Varianza	2.769	3.046	3.290
Máximo	17	17	17
Mínimo	11	10	10

Respecto a la Edad, la Media para los hombres es 16, para las mujeres es 15 y para el total de los Adolescentes es de 15. La Moda para hombres es 17, para mujeres 14, y para el total de 14. La edad Mínima es 10 para mujeres, 11 para hombres, y la Máxima es 17 para ambos sexos.

Distribución por lugar de Residencia de los Adolescentes internados

El lugar de Residencia de los Adolescentes que estuvieron internados durante el primer semestre del 2015 en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico, se ubicaba en las siguientes provincias:

Tabla 6: Distribución de los Adolescentes de acuerdo a su lugar de Residencia y al sexo

Provincia	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alajuela	5	10.00%	6	15.38%	11	12.36%
Cartago	3	06.00%	2	05.13%	5	05.62%
Guanacaste	1	02.00%	4	10.26%	5	05.62%
Heredia	7	14.00%	4	10.26%	11	12.36%
Limón	5	10.00%	2	05.13%	7	07.87%
Puntarenas	0	00.00%	1	02.56%	1	01.12%
San José	29	58.00%	20	51.28%	49	55.06%
Total	50	100.00%	39	100.00%	89	100.00%

La mayoría de los pacientes, un 55.06% residen en San José, un 12.36% que habita en la provincia de Alajuela e igual porcentaje en Heredia, un 7.87% viven en Limón, un 5.62% son de Cartago, moran en Guanacaste un 5.62% y un 1.12% reside en Puntarenas. Si se efectúa la distribución de la Residencia de acuerdo al Sexo tenemos los siguientes resultados: la mayoría de las pacientes femeninas, un 58% residen en San José, seguido por un 14% que habita en la provincia de Heredia, un 10% en Alajuela e igual porcentaje en Limón, un 6% viven en Cartago y un 2% vive en Guanacaste. La mayoría de los pacientes masculinos, un 51.28% residen en San José, un 15.38% viven en la provincia de Alajuela, 10.26% habitan en Guanacaste e igual porcentaje mora en Heredia, un 5.13% vive en Cartago, 5.13% habita en Limón, y 2.56% en Puntarenas.

Puede observarse que con ligeros cambios, pero se mantiene la tendencia de los usuarios con independencia de su Sexo, a Residir en San José en su mayoría, la minoría vive en Puntarenas, y una buena cantidad se ubican en las provincias de Heredia y Alajuela.

Distribución por Tipo de Familia de los Adolescentes internados

Los Adolescentes que estuvieron internados pueden distribuirse de la siguiente manera de acuerdo al tipo de familia con la que vivían:

Tabla 7: Distribución de los Adolescentes según el Tipo de Familia con que conviven y el Sexo

Tipo de Familia	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Albergue	3	06.00%	2	05.13%	5	05.62%
F. Desintegrada	28	56.00%	20	51.28%	48	53.93%
F. Extendida	2	04.00%	4	10.26%	6	06.74%
No Registrado	1	02.00%	0	00.00%	1	01.12%
F. Nuclear	16	32.00%	13	33.33%	29	32.58%
Total	50	100.00%	39	100.00%	80	100.00%

Un 53.93% de los pacientes vive con una Familia Nuclear Desintegrada, entendiéndose por este término que no vive con ambos progenitores. El 32.58% vive con su Familia Nuclear, es decir, vive con ambos progenitores. Un 6.74% vive con su Familia Extendida, entendiéndose por ello, con otros familiares y ninguno de sus progenitores. Un 5.62% vive en un Albergue y finalmente un 1.12% No se Registra con quien convive.

Si se considera el Sexo de la persona usuaria, tenemos los siguientes resultados: La mayoría de las pacientes femeninas, un 56% vive con una familia nuclear Desintegrada, el 32% vive con su familia Nuclear, un 6% vive en un albergue, un 4% vive con su familia extendida, y un 2% no se registra con quien vive. La mayoría de los pacientes masculinos, un 51.28% vive con una familia nuclear Desintegrada, el 33.33% vive con su familia Nuclear, un 10.26% vive con su familia extendida, y un 5.13% vive en un Albergue.

Independientemente del sexo, la mayoría de los pacientes, vive con una familia nuclear Desintegrada y es un porcentaje pequeño el que reside con su Familia Extendida o en un Albergue.

Distribución por Situación Socioeconómica de los adolescentes internados

De acuerdo a la Situación Socioeconómica reportada, los Adolescentes internados se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla 8: Distribución de los Adolescentes según su Situación Socioeconómica y su Sexo

Situación Socioeconómica	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Buena	15	30.00%	10	25.64%	25	28.09%
Mala	9	18.00%	12	30.77%	21	23.60%
Muy mala	2	04.00%	1	02.56%	3	03.37%
No indica	7	14.00%	1	02.56%	8	08.99%
Regular	17	34.00%	15	38.46%	32	35.96%
Total	50	100.00%	39	100.00%	89	100.00%

Un 35.96% de los Adolescentes reportan una Situación Socioeconómica Regular, un 28.09% indican que es Buena, un 23.60% la señalan como Mala, un 8.99% No Indican su Situación Socioeconómica y un 3.37% manifiestan que es Muy Mala.

Si se toma en consideración el Sexo, se tienen los siguientes resultados: un 34% de las pacientes femeninas reportan una Situación Socioeconómica Regular, un 30% indican que su Situación Socioeconómica es Buena, un 18% señalan tener una Situación socioeconómica Mala, un 14% No Indican su Situación Socioeconómica y finalmente un 4% manifiestan tener una Situación Socioeconómica Muy Mala. Un 38.46% de los pacientes masculinos reportan una Situación Socioeconómica Regular, un 30.77% indican que su Situación Socioeconómica Mala, un 25.64% señalan tener una Situación Socioeconómica Buena, un 2.56% manifiestan tener una Situación Socioeconómica Muy Mala y finalmente, un 2.56% No Indican su Situación Socioeconómica.

Puede observarse que un mayor porcentaje de la población, independientemente del Sexo, reporta una Situación Socioeconómica Regular, sin embargo, cerca de un 30% de usuarios masculinos indica

tener una Situación Socioeconómica Mala contrario al mismo porcentaje de usuarias femeninas que reporta una Situación Socioeconómica Buena.

Distribución por Situación de Violencia Intrafamiliar de los Adolescentes internados

Durante el primer semestre del 2015, los Adolescentes que estuvieron internados pueden distribuirse de la siguiente manera de acuerdo a la Situación de Violencia Intrafamiliar reportada:

Tabla 9: Violencia Intrafamiliar reportada de acuerdo al Sexo

Violencia Intrafamiliar	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Niega	28	56.00%	17	43.59%	45	50.56%
No indica	3	06.00%	1	02.56%	4	04.49%
Si	19	38.00%	21	53.85%	40	44.94%
Total	50	100.00%	39	100.00%	89	100.00%

Un 50.56% de los usuarios niega tenerla, y un 44.94% indica vivirla en su hogar, 4.49% de los Adolescentes No Indica esta información.

Si se hace el análisis de la Situación de Violencia Intrafamiliar de acuerdo al Sexo se tiene la siguiente información: De las usuarias femeninas, un 56% niega tenerla, y un 38% indica vivirla en su hogar. Finalmente, un 6% de las Adolescentes No Indica esta información. Un 43.59% de los usuarios masculinos niega tenerla, y un 53.85% indica vivirla en su hogar. Finalmente, un 2.56% de los Adolescentes No indica esta información.

Como puede observarse una mayor cantidad de usuarios masculinos reporta vivir Violencia Intrafamiliar. Es importante señalar que en algunas ocasiones la violencia intrafamiliar reportada provenía del Adolescente según lo consignado en el expediente.

Distribución por Escolaridad de los Adolescentes internados

La Escolaridad de los Adolescentes internados está distribuida de la siguiente manera de acuerdo al último nivel de escolaridad cursado o en curso:

Tabla 10: Escolaridad de los Adolescentes de acuerdo al Sexo

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
2 grado	0	00.00%	1	02.56%	1	01.12%
3 grado	0	00.00%	2	05.13%	2	02.25%
4 grado	1	02.00%	0	00.00%	1	01.12%
5 grado	5	10.00%	0	00.00%	5	05.62%
6 grado	4	08.00%	3	07.69%	7	07.87%
7 año	15	30.00%	8	20.51%	23	25.84%
8 año	11	22.00%	8	20.51%	19	21.35%
9 año	5	10.00%	5	12.82%	10	11.24%
10 año	7	14.00%	8	20.51%	15	16.85%
11 año	1	02.00%	4	10.26%	5	05.62%
12 año	1	02.00%	0	00.00%	1	01.12%
Total	50	100.00%	39	100.00%	89	100.00%

Según el nivel de escolaridad, de los usuarios Adolescentes internados un 25.84% está o curso séptimo, un 21.35% se encuentra cursando o cursó octavo, un 16.85% está o ya llevó décimo, un 11.24% cursa o cursó décimo, un 7.87% está o ya finalizó sexto grado, un 5.62% está cursando o ya terminó el quinto grado e igual porcentaje para el onceavo año, un 2.25% está o ya llevó el tercer grado, un 1.12% está o ya finalizó los siguientes niveles: cuarto grado, segundo grado o doceavo año.

Según el nivel de escolaridad, y tomando en cuenta el Sexo de los usuarios, de las Adolescentes internadas un 30% está o llevó séptimo, un 22% se encuentra o ya cursó octavo, un 10% está o ya pasó noveno e igual porcentaje está o llevó quinto grado, un 8% cursa o cursó sexto, un 2% está cursando o ya finalizó los siguientes niveles: cuarto grado, onceavo y doceavo. De los usuarios

Adolescentes internados un 20.51% está en séptimo, octavo o décimo año o fue el último año cursado, un 12.82% se encuentra cursando noveno o fue el último año que cursó, un 10.26% está en undécimo año o este fue el último año cursado, un 7.694% cursa o cursó sexto grado, un 5.13% está o ya finalizó el tercer grado, un 2.56% está cursando o ya terminó el segundo.

Tabla 11: Medidas de tendencia central para la Escolaridad

Escolaridad	Hombres	Mujeres	General
Promedio	8.07	7.68	7.85
Desviación Estándar	2.16	1.71	1.93
Máximo	11	12	12
Mínimo	2	4	2

De acuerdo a lo anterior, el promedio de escolaridad para los hombres es de 8.07, es decir octavo año, con una desviación estándar de 2.16 y para mujeres es de 7.68, es decir entre séptimo y octavo año, con una desviación estándar de 1.71. El promedio general de Escolaridad de los Adolescentes Internados es de 7.85 con una desviación estándar de 1.93.

Distribución por Consumo de Sustancias de los Adolescentes internados

Distribución en función del Consumo de Sustancias reportado por los Adolescentes que estuvieron internados durante el primer semestre del 2015 en el Hospital Nacional Psiquiátrico:

Tabla 12: Distribución de los Adolescentes según el Consumo de Sustancias reportado y el Sexo

Consumo de sustancias	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
No	34	68.00%	18	46.15%	52	58.43%
Si	16	32.00%	21	53.85%	37	41.57%
Total	50	100.00%	39	100.00%	89	100.00%

Un 58.43% de los adolescentes informa No Consumir y un 41.57% indica Sí Consumir. Un 68% de las usuarias Femeninas reporta No Consumir Sustancias y 32% informa Sí Consumir Sustancias. El 53.85% de los adolescentes Masculinos informa Sí Consumir y un 46.17% indica No Consumir. Puede notarse que los porcentajes se invierten si se analizan por Sexo, ya que la mayoría de las mujeres, informa No Consumir, a diferencia de la mayoría de hombres que reporta Sí Consumir.

Según el Tipo de Sustancia que Consumen los Adolescentes internados que informaron consumir, se cuenta con la siguiente información:

Tabla 13: Distribución de los Adolescentes según tipo de Sustancias que reporta Consumir y al Sexo

Sexo	Cocaína		Marihuana		Alcohol		Tabaco		Otras sustancias	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	2	12.50%	11	68.75%	5	31.25%	6	37.50%	4	25.00%
Masculino	4	19.05%	20	95.24%	14	66.67%	13	61.90%	7	33.33%
Total	6	16.22%	31	83.78%	19	51.35%	19	51.35%	11	29.73%

Puede observarse que de los adolescentes que dicen Consumir Sustancias, la mayoría, un 83.78% informa Consumir Marihuana, seguido por un 51.35% que reportan Consumir en igual porcentaje Alcohol o Tabaco. Un 29.73% que señala Consumir Otras Sustancias entre las que se contabilizaron Crack, Inhalantes, Anfetaminas, Ketamina, Benzodicepinas, LSD, Éxtasis, Opio y Hongos y finalmente un 16.22% apuntan Consumir Cocaína. Cabe señalar que los usuarios en ocasiones reportaban consumir más de una sustancia.

Si se analiza el Tipo de Sustancia que se consume en función del Sexo, se tienen los siguientes datos: La mayoría de los Adolescentes, independientemente del sexo, reporta Consumir Marihuana, únicamente un 16.22% de quienes dicen Consumir Sustancias no la consume. Alcohol y Tabaco son

las siguientes sustancias que más indican Consumir. Puede observarse que el Consumo reportado es menor en Mujeres que en Hombres para cada una de las sustancias reportadas.

Distribución por Duración del Internamiento para cada diagnóstico

Durante el primer semestre del 2015, la Duración Promedio de Internamiento según el Diagnóstico Principal del Eje 1 reportado y el sexo sería la siguiente:

Tabla 14: Duración en Días del Internamiento según Diagnóstico Principal Eje 1 al Egreso y al Sexo

Dx	Masculino		Femenino		# Total Días Intern.	# Total Px	Promedio	Promedio	Promedio
	# Días Intern.	#Px	# Días Intern.	#Px			# días Intern. Hombres	# días Intern. Mujeres	# días Intern. General
F23	456	10	102	4	558	14	45.60	25.50	39.86
F32	108	5	178	11	286	16	21.60	16.18	17.88
F43.1			143	4	143	4	00.00	35.75	35.75
F32.3	97	2	30	1	127	3	48.50	30.00	42.33
F34.1	30	2	80	6	110	8	15.00	13.33	13.75
F31.2	22	1	82	1	104	2	22.00	82.00	52.00
F23.1	45	1	55	1	100	2	45.00	55.00	50.00
F43	11	1	82	4	93	5	11.00	20.50	18.60
F30.2	61	1	26	1	87	2	61.00	26.00	43.50
F43.2	36	2	40	3	76	5	18.00	13.33	15.20
F41.9			55	3	55	3	00.00	18.33	18.33
F29	54	3			54	3	18.00	00.00	18.00
F91.9	13	1	35	2	48	3	13.00	17.50	16.00
F50			43	2	43	2	00.00	21.50	21.50
F33			30	1	30	1	00.00	30.00	30.00
F41.3	14	1	15	1	29	2	14.00	15.00	14.50
F44	29	1			29	1	29.00	00.00	29.00
F94.1			27	1	27	1	00.00	27.00	27.00
F33.1			23	1	23	1	00.00	23.00	23.00
F39			20	1	20	1	00.00	20.00	20.00
F23.9	16	1			16	1	16.00	00.00	16.00
F91.1	14	1			14	1	14.00	00.00	14.00
F84.0	12	1			12	1	12.00	00.00	12.00
F70.1			9	1	9	1	00.00	09.00	09.00
F19	8	1			8	1	08.00	00.00	08.00
F63	6	1			6	1	06.00	00.00	06.00
Sin Dx	35	3	1	18	53	4	11.67	18.00	13.25
Total	1067	39	1093	50	2160	89	27.36	21.86	24.26

Como se observa en la tabla, 85 de los 89 Adolescentes internados contaban con un Diagnóstico Principal en el Eje 1 al Egreso, de ellos, 36 eran hombres y 49 mujeres, y sin Diagnóstico Principal en el Eje 1 al Egreso había 4 pacientes, 3 de ellos hombres y 1 mujer. La duración promedio de días de internamiento es de 24.26 días, tomando en cuenta el sexo, la cantidad de días promedio es de 27.36 para hombres y 21.86 para mujeres. Para los principales diagnósticos, la siguiente es la duración promedio de días de internamiento: F23 39.86 días siendo el promedio de días de internamiento para hombres de 45.60 y para mujeres de 25.50. Para el diagnóstico de F32 el promedio de días de internamiento es de 17.88, siendo para hombres el promedio de días de internamiento de 21.60 y para mujeres de 16.18.

Tabla 15: Medidas de tendencia central de la duración del Internamiento del Adolescente según sexo

Días Internamiento	Masculino	Femenino	Total
Media	19	19	19
Moda	15	17	15
Desviación Estándar	21.415	14.632	18.021
Varianza	458.604	214.122	324.790
Máximo	92	82	92
Mínimo	5	4	4

Respecto a la duración del Internamiento medida en días, la Media es 19 tanto para los hombres como para las mujeres. La Moda para hombres es 15, para mujeres 17, y para el total es de 15. La desviación estándar para los hombres es de 21.415, para las mujeres de 14.632 y para el total de 18.021. El máximo de días de internamiento es 92 para hombres, 82 para mujeres, y el mínimo es 5 para hombres y 4 para mujeres.

Cruces de Variables Sociodemográficas

Consumo de Sustancias y Tipo de Familia del Adolescente

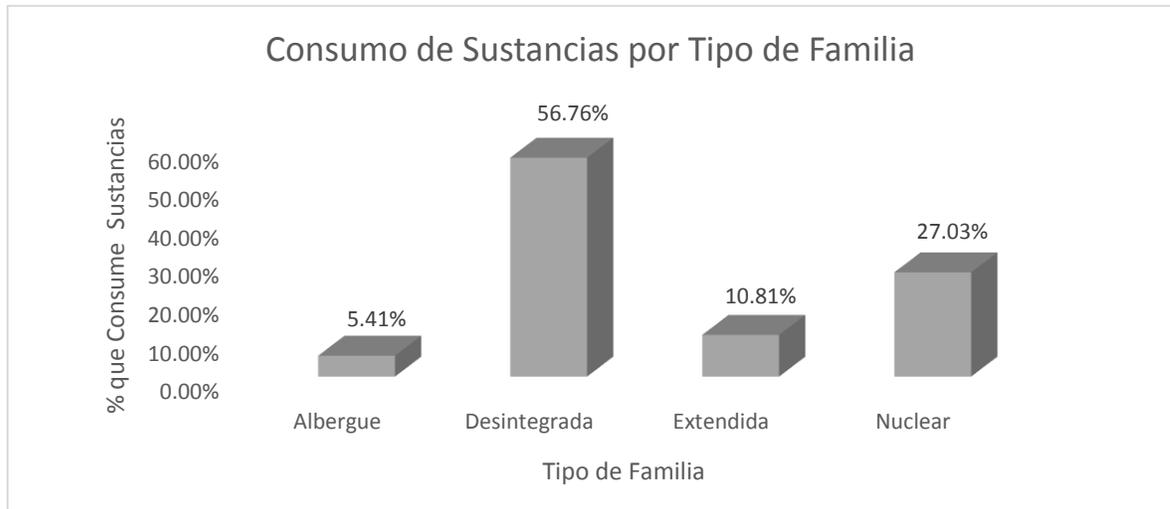


Ilustración 2: Distribución de los Adolescentes que Consumen Sustancias de acuerdo al Tipo de Familia con que conviven

De acuerdo al gráfico, de los Adolescentes que reportan Consumir Sustancias, la mayoría, un 56.76% conviven con Familias Desintegradas, es decir, únicamente con uno de sus progenitores, seguido por un 27.03% que conviven con su Familia Nuclear, es decir, con ambos progenitores. Sólo un 10.81% convive con su Familia Extendida, es decir familiares que no son sus Progenitores, y en Albergues el 5.41%.

Consumo de Sustancias y lugar de Residencia

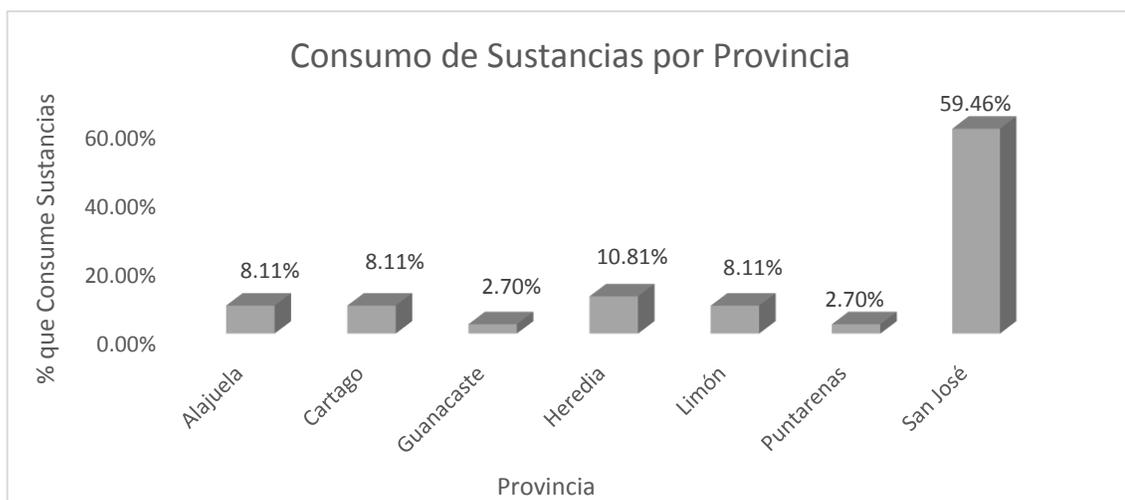


Ilustración 3: Distribución de los Adolescentes que indican Consumir de Sustancias según su lugar de Residencia

Puede observarse que de los adolescentes que reportan Consumir Sustancias, el 59.46% Residen en San José. Se reporta que una minoría de las personas que indican Consumo de Sustancias residen en las provincias de Guanacaste y Puntarenas.

Consumo de Sustancias y Situación Socioeconómica del Adolescente

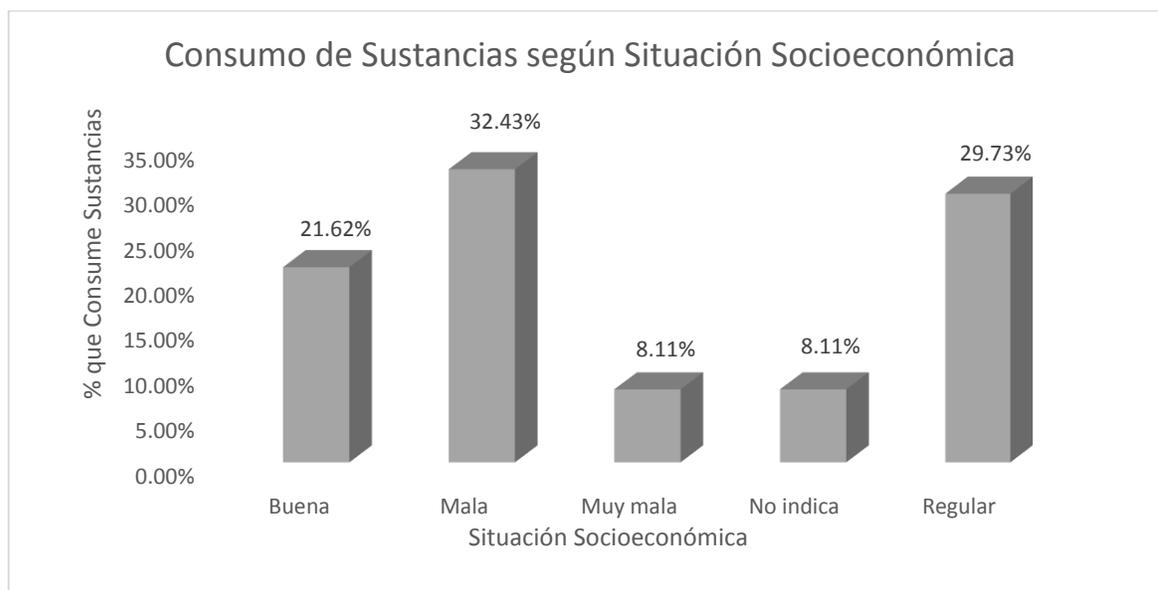


Ilustración 4: Distribución de los Adolescentes que reportan Consumo de Sustancias según la Situación Socioeconómica

Los Adolescentes que dicen Consumir Sustancias, señalan tener en un 32.43% una Mala Situación Socioeconómica, 29.73%, refieren una Regular Situación Socioeconómica y 21.62% registran una Buena Situación Socioeconómica, 8.11% refieren que es Muy Mala y 8.11% No la Indican.

Consumo de Sustancias y Duración del Internamiento del Adolescente

Tabla 16: Duración del Internamiento de acuerdo al Consumo de Sustancias:

No Consume Sustancias			Sí Consume Sustancias			Días de Internamiento		
Promedio Días	# de Días	# Px	Promedio Días	# de Días	# Px	Promedio Total días	# Total de días	# Total Px
19.84	1032	52	30.48	1128	37	24.26	2160	89

Se presenta un promedio de días de internamiento mayor en los Adolescentes que indican que Consumen Sustancias respecto a los que No las Consumen, ya que quienes refieren No Consumir, tienen un promedio de días de internamiento de 19.84, y quienes indican que Sí Consumen de 30.48.

Violencia Intrafamiliar y Escolaridad

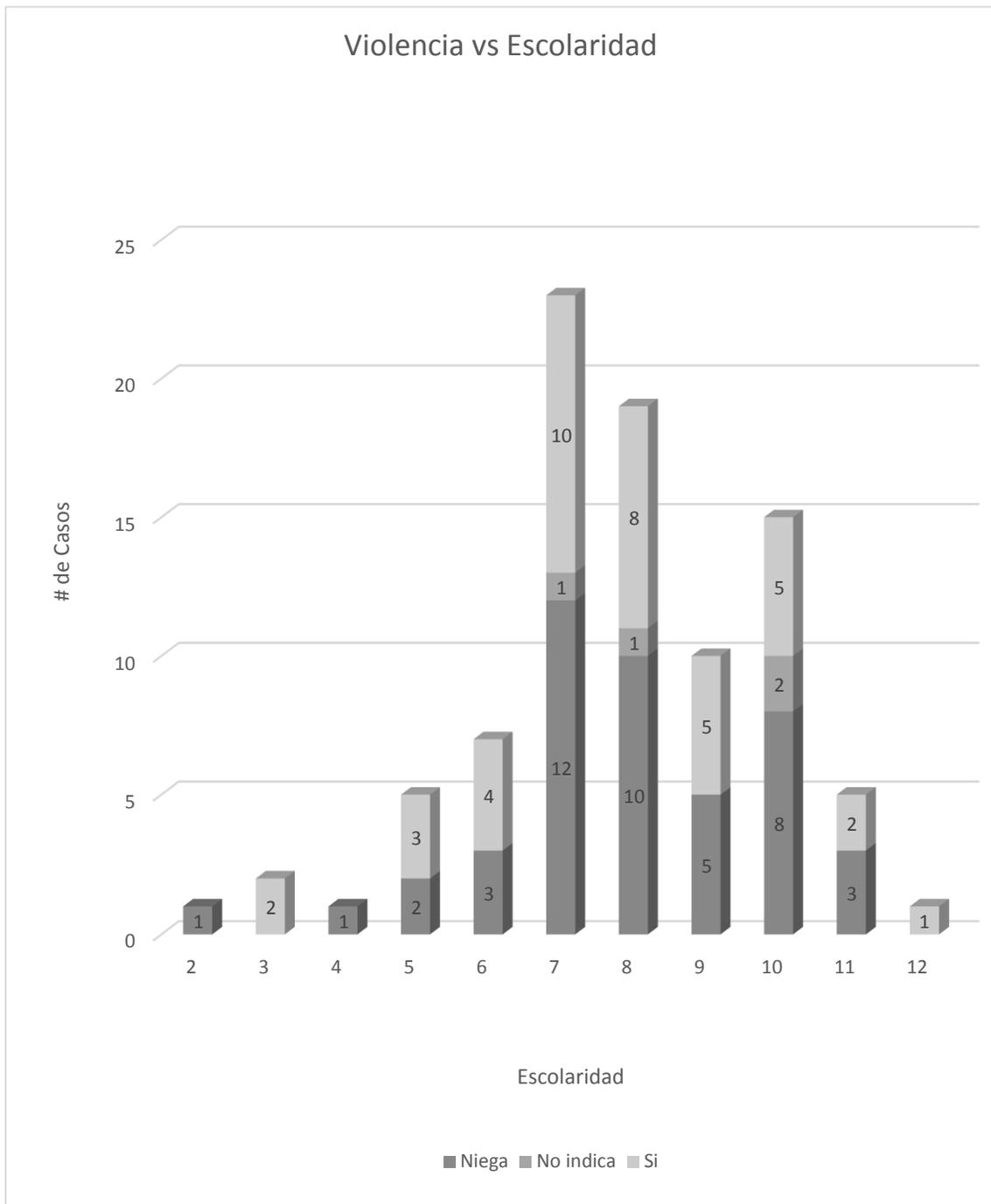


Ilustración 5: Violencia Intrafamiliar y Grado de Escolaridad

De los Adolescentes que indican Violencia Intrafamiliar, la escolaridad es variada, e independientemente del grado de escolaridad, indican vivirla o reportan no tener esa situación en su hogar.

Tipo de Diagnóstico por Sexo y Edad

Diagnóstico Principal al Ingreso en el Eje 1

Tabla 17: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 1 considerando Edad y según el Sexo

Edad	F23	F32	F43	F34.1	F44	F39	F31	F41.3	F19	F43.1	F84.0	F20	F32.2	F07	F50	F31.2	Total
Masculino	21%	5%	5%	3%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	46%
11	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
12	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
14	3%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
15	5%	3%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%
16	3%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	10%
17	9%	0%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	15%
Femenino	15%	22%	4%	4%	4%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	54%
10	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
11	1%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%
12	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
13	0%	8%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%
14	4%	5%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%
15	6%	0%	3%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	12%
16	1%	4%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
17	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%
Total	36%	27%	9%	6%	5%	3%	3%	1%	100%								

Principalmente se Diagnostica a los Adolescentes al Ingreso del Internamiento en el Eje 1 con F23 en 36% de los casos. El segundo Diagnóstico Principal en el Eje 1 más frecuente al Ingreso de la hospitalización es F32 en un 27% seguido por F43 en un 9%, F34.1 en un 6% y F44 en un 5%.

Sin embargo, si se analiza de acuerdo al Sexo, del 36% de Adolescentes Diagnosticados con F23, un 21% corresponde a hombres y un 15% a mujeres. Respecto al diagnóstico de F32, del 27% de Adolescentes que fueron Diagnosticados, un 22% correspondía al Sexo Femenino, y un 5% al Sexo Masculino. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 18: Diagnóstico Principal Ingreso Eje 1 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
F23	12	29%	16	44%	28	36%
F32	17	40%	4	11%	21	27%
F43	3	7%	4	11%	7	9%
F34.1	3	7%	2	6%	5	6%
F44	3	7%	1	3%	4	5%
F31	1	2%	1	3%	2	3%
F39	1	2%	1	3%	2	3%
F32.2	0	0%	1	3%	1	1%
F50	1	2%	0	0%	1	1%
F07	0	0%	1	3%	1	1%
F41.3	0	0%	1	3%	1	1%
F84.0	0	0%	1	3%	1	1%
F20	0	0%	1	3%	1	1%
F19	0	0%	1	3%	1	1%
F43.1	1	2%	0	0%	1	1%
F31.2	0	0%	1	3%	1	1%
Total	42	100%	36	100%	78	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Diagnóstico Principal del Eje 1 que reciben al Ingreso los Adolescentes. En mujeres, en un 40% se Diagnostica principalmente F32, en los hombres el diagnóstico prevalente es F23 en un 44%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es F23 en un 29% y en los hombres hay dos con el mismo porcentaje de 11% F32 y F43.

Principalmente se Diagnostica a los Adolescentes al Egreso del Internamiento en el Eje 1 con F32 en 19%. El segundo Diagnóstico más frecuente en el Eje 1 al Egreso de la hospitalización es F23 en un 16% seguido por F43.1 en un 9%. Al 61% de los Adolescentes se les Diagnostica con alguno de los primeros 6 códigos: F32, F23, F34.1, F43, F43.2, F43.1.

Si se analiza de acuerdo al Sexo, de los Adolescentes que son Diagnosticados con F23, corresponde en un 12% a hombres, y con F32 un 5%. Respecto al F32, el diagnóstico se presenta en un 13% en mujeres, y el F23 en un 5%. Puede observarse que según la edad del Adolescente el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 20: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 1 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
F32	11	22%	5	14%	16	19%
F23	4	8%	10	28%	14	16%
F34.1	6	12%	2	6%	8	9%
F43	4	8%	1	3%	5	6%
F43.2	3	6%	2	6%	5	6%
F43.1	4	8%	0	0%	4	5%
F29	0	0%	3	8%	3	4%
F41.9	3	6%	0	0%	3	4%
F91.9	2	4%	1	3%	3	4%
F32.3	1	2%	2	6%	3	4%
F30.2	1	2%	1	3%	2	2%
F50	2	4%	0	0%	2	2%
F31.2	1	2%	1	3%	2	2%
F23.1	1	2%	1	3%	2	2%
F41.3	1	2%	1	3%	2	2%
F84.0	0	0%	1	3%	1	1%
F63	0	0%	1	3%	1	1%
F33	1	2%	0	0%	1	1%
F94.1	1	2%	0	0%	1	1%
F70.1	1	2%	0	0%	1	1%
F23.9	0	0%	1	3%	1	1%
F91.1	0	0%	1	3%	1	1%
F44	0	0%	1	3%	1	1%
F33.1	1	2%	0	0%	1	1%
F19	0	0%	1	3%	1	1%
F39	1	2%	0	0%	1	1%
Total	49	100%	36	100%	85	100%

El segundo Diagnóstico en el Eje 1 de los Adolescentes al Ingreso del Internamiento es F12 en un 40%, seguido de F19 en un 16.7% y en un 6.7% los siguientes tres diagnósticos: F20, F43, F90.0.

F12 y F19 corresponden a un 57% de los Segundos Diagnósticos de Ingreso del Eje 1 en los Adolescentes al Ingreso, y si le adicionamos F20, el F34, y el F90.0 corresponden al 78% de los Diagnósticos de Ingreso.

Si se analiza de acuerdo al sexo, del total de Adolescentes, el F12 corresponde en un 33.33% a hombres, el F19 diagnosticado en un 13.3% es población masculina. El F12 y el F20 en un 6.7%, se presenta en mujeres. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 23: Segundo Diagnóstico de Ingreso Eje 1 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
F12	2	17%	10	56%	12	40%
F19	1	8%	4	22%	5	17%
F20	2	17%	0	0%	2	7%
F23	1	8%	0	0%	1	3%
F31	1	8%	0	0%	1	3%
F41.3	1	8%	0	0%	1	3%
F43	0	0%	2	11%	2	7%
F44	1	8%	0	0%	1	3%
F50	1	8%	0	0%	1	3%
F90.0	0	0%	2	11%	2	7%
F91.3	1	8%	0	0%	1	3%
F94.1	1	8%	0	0%	1	3%
Total	12	100%	18	100%	30	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Segundo Diagnóstico del Eje 1 al Ingreso de los Adolescentes. En mujeres, en un 17% se diagnostica principalmente F12 y F20, en los hombres F12

en un 56%. En los hombres, en segundo lugar, se diagnostica en un 22% F19 y en tercer lugar hay dos con el mismo porcentaje de 11% F43 y F90.0. En mujeres se diagnostica en 8% F19, F23, F31, F41.3, F44, F50, F91.3, F94.1

Segundo Diagnóstico de Egreso en el Eje 1

Tabla 24: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 1 considerando Edad y según el Sexo

Edad	F12	F91.9	F81.9	F50	F19	F43.1	F44	F90.0	F91.1	F41.9	F94.1	F32	F84.9	Total
Masculino	39%	0%	3%	0%	5%	0%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	3%	55%
14	3%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	8%
15	11%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%
16	8%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11%
17	18%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	24%
Femenino	8%	11%	5%	8%	0%	3%	0%	3%	0%	3%	3%	3%	0%	45%
10	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
11	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
12	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	3%
13	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	3%
14	0%	8%	3%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	16%
15	5%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
16	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	3%
17	3%	0%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
Total	47%	11%	8%	8%	5%	3%	100%							

El segundo Diagnóstico de los Adolescentes en el Eje 1 al Egreso es F12 en un 47%, seguido de F91.9 en un 11% y F50, F81.9 en un 8%. Con F12 y 91.92 se Diagnostica un 58% de los Adolescentes al Egreso, y al considerar también F50 y F81.9 se contabiliza un 63% de los Diagnósticos.

Si se analiza de acuerdo al sexo, de la población diagnosticada con F12 corresponde en un 39% a hombres, F19 es diagnosticado en un 5% en hombres. El diagnóstico de F91.9 se presenta en un

11% en población femenina, F12 en un 8% se diagnostica a mujeres. Según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 25: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 1 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
F12	3	18%	25	71%	18	47%
F19	0	0%	2	10%	2	5%
F32	1	6%	0	0%	1	3%
F41.9	1	6%	0	0%	1	3%
F43.1	1	6%	0	0%	1	3%
F44	0	0%	1	5%	1	3%
F50	3	18%	0	0%	3	8%
F81.9	2	12%	1	5%	3	8%
F84.9	0	0%	1	5%	1	3%
F90.0	1	6%	0	0%	1	3%
F91.1	0	0%	1	5%	1	3%
F91.9	4	24%	0	0%	4	11%
F94.1	1	6%	0	0%	1	3%
Total	17	100%	21	100%	38	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Segundo Diagnóstico del Eje 1 que mayoritariamente se registra al Egreso de los Adolescentes. En mujeres, en un 24% se diagnostica principalmente F91.9, en los hombres F12 en un 71%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es F12 y F50 ambos en un 18%, en los hombres F19 en un 10%.

Comparación del Segundo Diagnóstico de Ingreso y Egreso Eje 1

Tabla 26: Segundo Diagnóstico Eje 1 Ingreso vs Egreso

Segundo Dx Eje 1	f Px	%
Sin Dx	42	47.19%
Igual Dx	14	15.73%
Diferente Dx	33	37.08%
Total Px	89	100.00%

En un 37.08% de los casos el Segundo Diagnóstico en el Eje 1 es diferente del Ingreso respecto al del Egreso, en un 15.73% se mantiene igual.

Diagnóstico Principal de Ingreso en el Eje 2

Tabla 27: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 2 considerando Edad y según el Sexo

Edad	Z73.1	F70	F71	Total
Masculino	10.53%	10.53%	5.26%	26.32%
11	0%	5.26%	0%	05.26%
14	5.26%	5.26%	0%	10.53%
16	5.26%	0%	5.26%	10.53%
Femenino	57.89%	15.79%	0%	73.68%
13	21.05%	0%	0%	21.05%
14	5.26%	15.79%	0%	21.05%
15	10.53%	0%	0%	10.53%
16	15.79%	0%	0%	15.79%
17	5.26%	0%	0%	5.26%
Total	68.42%	26.32%	5.26%	100%

El Diagnóstico Principal en el Eje 2 al Ingreso de los Adolescentes es de Z73.1 en un 68.42%, seguido por un 26.32% en F70. Con estos dos diagnósticos se Ingresan al 94.74% de los usuarios.

Sin embargo, si se analiza de acuerdo al sexo, de los Adolescentes Diagnosticados, el Z73.1 y el F70 se presentan en un 10.53% en hombres. El Z73.1 está presente en un 57.89% en mujeres, y el F70 se presenta en un 15.79% de las usuarias. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 28: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 2 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Z73.1	11	58%	2	11%	13	68%
F70	3	16%	2	11%	5	26%
F71	0	0%	1	5%	1	5%
Total	14	74%	5	26%	19	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Diagnóstico Principal de Ingreso en el Eje 2 que se registra en los Adolescentes. En mujeres, en un 58% se diagnostica principalmente Z73.1, en los hombres Z73.1 y F70 ambos en un 11%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es F70 en un 16%.

Diagnóstico principal de Egreso en el Eje 2

Tabla 29: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 2 considerando Edad y según el Sexo

Edad	Z73.1	F70	F70.1	F79.1	F71.1	Total
Masculino	18%	9%	5%	5%	5%	41%
11	0%	5%	0%	0%	0%	5%
14	9%	0%	0%	0%	0%	9%
15	5%	0%	0%	0%	0%	5%
16	5%	0%	0%	5%	5%	14%
17	0%	5%	5%	0%	0%	9%
Femenino	45%	9%	5%	0%	0%	59%
12	0%	0%	5%	0%	0%	5%
13	5%	0%	0%	0%	0%	5%
14	9%	5%	0%	0%	0%	14%
15	9%	0%	0%	0%	0%	9%
16	14%	5%	0%	0%	0%	18%
17	9%	0%	0%	0%	0%	9%
Total	64%	18%	9%	5%	5%	100%

El Diagnóstico en el Eje 2 que principalmente se da al Egreso de los Adolescentes es de Z73.1 en un 64%, seguido por F70 en un 18%. Puede observarse que con Z73.1 y F70 se diagnostica al 82% de los usuarios.

Sin embargo, si se analiza de acuerdo al Sexo, de los Adolescentes Diagnosticados, el Z73.1 se diagnostica en un 18% en hombres, el F70 se presentan en hombres en un 9%. El Z73.1 está presente en un 64% en mujeres, y el F70 se presenta en un 18% de las usuarias. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 30: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 2 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
F70	2	15%	2	22%	4	18%
F70.1	1	8%	1	11%	2	9%
F71.1	0	0%	1	11%	1	5%
F79.1	0	0%	1	11%	1	5%
Z73.1	10	77%	4	44%	14	64%
Total	13	100%	9	100%	22	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Diagnóstico Principal del Eje 2 que mayoritariamente se registra al Egreso de los Adolescentes. En mujeres, en un 77% se diagnostica principalmente Z73.1, en los hombres en un 44%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es F70 en un 15% y en hombres en un 22%.

Comparación del Principal Diagnóstico de Ingreso y Egreso en el Eje 2

Tabla 31: Diagnóstico Principal Eje 2 Ingreso vs Egreso

Dx Principal Eje 2	f Px	%
Sin Dx	56	62.92%
Igual Dx	7	7.87%
Diferente Dx	26	29.21%
Total Px	89	100.00%

En un 7.87% de los casos el Principal Diagnóstico en el Eje 2 es igual al Ingreso que al Egreso, en un 29.21% varía y en un 62.92% no se presenta Diagnóstico en este Eje.

Diagnóstico principal de Ingreso en el Eje 4

Tabla 32: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo

Edad	Z63.9	Z61.5	Z63.2	Z61.4	Z62.2	Total
Masculino	23%	3%	3%	3%	0%	32%
13	3%	0%	0%	0%	0%	3%
14	3%	0%	0%	0%	0%	3%
15	3%	3%	0%	0%	0%	6%
16	12%	0%	0%	0%	0%	11%
17	3%	0%	3%	3%	0%	9%
Femenino	44%	18%	3%	0%	3%	68%
10	0%	3%	0%	0%	3%	6%
12	3%	0%	0%	0%	0%	3%
13	15%	3%	3%	0%	0%	21%
14	12%	6%	0%	0%	0%	18%
15	6%	3%	0%	0%	0%	9%
16	9%	3%	0%	0%	0%	12%
Total	66%	20%	6%	3%	3%	100%

El Principal Diagnóstico de Ingreso en el Eje 4 es de Z63.9 en un 66%, seguido por Z61.5 en un 20%. Puede observarse con ambos se diagnostica al 86% de los Adolescentes.

Sin embargo, si se analiza de acuerdo al Sexo, de los Adolescentes Diagnosticados, el Z63.9 se diagnostica en un 23% a hombres y está presente en un 44% en mujeres. Respecto al Z61.5 se presenta en un 18% de las usuarias. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 33: Diagnóstico Principal de Ingreso Eje 4 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Z63.9	15	65%	8	73%	23	68%
Z61.5	6	26%	1	9%	7	21%
Z63.2	1	4%	1	9%	2	6%
Z61.4	0	0%	1	9%	1	3%
Z62.2	1	4%	0	0%	1	3%
Total	23	100%	11	100%	34	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Diagnóstico Principal del Eje 4 que mayoritariamente se registra al Ingreso de los Adolescentes. En mujeres, en un 65% se diagnostica principalmente Z63.9, en los hombres en un 73%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es Z61.5 en 26%. En hombres en un 9% se diagnostica: Z61.5, Z63.2, Z61.4, como segundos Diagnósticos prevalentes.

Diagnóstico Principal de Egreso en el Eje 4

Tabla 34: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo

Edad	Z61.2	Z61.5	Z63.9	Z61.4	Z61.1	Z63.2	Z91.5	Z55.9	Z61.7	Total
Femenino	29%	15%	6%	3%	0%	2%	0%	2%	2%	58%
10	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%
11	2%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
12	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	3%
13	5%	2%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	9%
14	12%	5%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	18%
15	3%	2%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
16	3%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
17	3%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	6%
Masculino	23%	3%	11%	2%	2%	0%	2%	0%	0%	42%
11	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
13	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
14	6%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
15	3%	2%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%
16	5%	0%	3%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	9%
17	9%	0%	2%	2%	0%	0%	2%	0%	0%	14%
Total	52%	18%	17%	5%	2%	2%	2%	2%	2%	100%

El Principal Diagnóstico de Egreso en el Eje 4 es de Z61.2 en un 52%, seguido por Z61.5 en un 18% y Z63.9 en un 17%. Puede observarse con ellos se diagnostica al 87% de los Adolescentes.

Sin embargo, si se analiza de acuerdo al Sexo, de los Adolescentes Diagnosticados, el Z61.5 se diagnostica en un 23% en hombres y en 29% en mujeres. El Z61.5 está presente en un 15% en mujeres y 3% de los hombres, y el Z63.9 se presenta en un 11% de los hombres usuarios y 6% de las mujeres. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 35: Diagnóstico Principal de Egreso Eje 4 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Z55.9	1	3%	0	0%	1	2%
Z61.1	0	0%	1	4%	1	2%
Z61.2	19	50%	15	56%	34	52%
Z61.4	2	5%	1	4%	3	5%
Z61.5	10	26%	2	7%	12	18%
Z61.7	1	3%	0	0%	1	2%
Z63.2	1	3%	0	0%	1	2%
Z63.9	4	11%	7	26%	11	17%
Z91.5	0	0%	1	4%	1	2%
Total	38	100%	27	100%	65	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Diagnóstico Principal del Eje 4 que mayoritariamente se registra al Ingreso de los Adolescentes. En mujeres, en un 50% se diagnostica principalmente Z61.2, en los hombres en un 50%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es Z61.5 en 26%. En hombres en un 26% se diagnostica: Z63.9.

Comparación del Diagnóstico Principal de Ingreso y Egreso en el Eje 4

Tabla 36: Diagnóstico Principal Eje 4 Ingreso vs Egreso

Dx Principal Eje 4	f Px	%
Sin Dx	20	22.47%
Igual Dx	13	14.61%
Diferente Dx	56	62.92%
Total Px	89	100.00%

En un 14.61% de los casos el Principal Diagnóstico en el Eje 4 es igual al Ingreso que al Egreso, en un 62.92% varía y en un 22.47% no se presenta Diagnóstico en este Eje.

Segundo Diagnóstico de Ingreso en el Eje 4

Tabla 37: Segundo Diagnóstico de Ingreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo

Edad	Z63.9	Z62.2	Total
Femenino	40%	20%	60%
10	20%	0%	20%
13	0%	20%	20%
14	20%	0%	20%
Masculino	40%	0%	40%
15	20%	0%	20%
17	20%	0%	20%
Total	80%	20%	100%

El Segundo Diagnóstico de Ingreso en el Eje 4 es de Z63.9 en un 80%, seguido por Z62.2 en un 20%.

Si se analiza de acuerdo al Sexo, de los Adolescentes Diagnosticados, el Z63.9 se diagnostica en un 40% en hombres y en 40% en mujeres. El Z62.2 está presente en un 20% en mujeres y 0% de los hombres. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 38: Segundo Diagnóstico de Ingreso Eje 4 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Z62.2	1	33%	0	0%	1	20%
Z63.9	2	67%	2	100%	4	80%
Total	3	100%	2	100%	5	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Segundo Diagnóstico del Eje 4 que mayoritariamente se registra al Ingreso de los Adolescentes. En mujeres, en un 67% se diagnostica principalmente Z63.9, en los hombres también en un 100%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es Z62.2 en 33%.

Segundo Diagnóstico de Egreso en el Eje 4

Tabla 39: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 4 considerando Edad y según el Sexo

Edad	Z61.2	Z63.9	Z62.2	Total
Femenino	50%	13%	13%	75%
10	13%	0%	13%	25%
14	25%	0%	0%	25%
16	0%	13%	0%	13%
17	13%	0%	0%	13%
Masculino	25%	0%	0%	25%
11	13%	0%	0%	13%
17	13%	0%	0%	13%
Total	75%	13%	13%	100%

El Segundo Diagnóstico de Egreso en el Eje 4 con mayor prevalencia es Z61.2 en un 75%, seguido por Z63.9 en un 13% y Z62.2 en igual porcentaje.

Si se analiza de acuerdo al Sexo, de los Adolescentes Diagnosticados, el Z61.2 se diagnostica en un 25% en hombres y en 50% en mujeres. El Z63.9 está presente en un 13% en mujeres y 0% de los hombres. El Z62.2 se diagnostica en un 13% mujeres y en 0% en hombres. Puede observarse que, según la edad del Adolescente, el Diagnóstico se presenta con mayor o menor frecuencia.

Tabla 40: Segundo Diagnóstico de Egreso Eje 4 según el Sexo

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Z61.2	4	67%	2	100%	6	75%
Z62.2	1	17%	0	0%	1	13%
Z63.9	1	17%	0	0%	1	13%
Total	6	100%	2	100%	8	100%

Existen variaciones según el Sexo respecto al Segundo Diagnóstico del Eje 4 que mayoritariamente se registra al Egreso de los Adolescentes. En mujeres, en un 67% se diagnostica principalmente Z61.2, en los hombres también en un 100%. En las mujeres el segundo Diagnóstico prevalente es Z62.2 y Z63.9 ambos diagnosticados en un 17%.

Comparación del Segundo Diagnóstico de Ingreso y Egreso en el Eje 4

Tabla 41: Segundo Diagnóstico Eje 4 Ingreso vs Egreso

Segundo Dx Eje 4	f Px	%
Sin Dx	79	88.76%
Diferente Dx	10	11.24%
Total Px	89	100.00%

Comparando el Ingreso con el Egreso, en un 11.24% de los casos varía el Segundo Diagnóstico en el Eje 4 y en un 88.76% no se presenta Diagnóstico en este Eje.

Registro en el expediente de Intento de Autoeliminación, Ideación Suicida o Lesión Autoinfligida Intencionalmente al Ingreso

Tabla 42: Intento de Autoeliminación, Ideación suicida o Lesión Autoinfligida intencionalmente al Ingreso

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
IS o Intento	5	5.62%	3	3.37%	8	8.99%
Z91.5	11	12.36%	8	8.99%	19	21.35%
Total	16	17.98%	11	12.36%	27	30.34%

Del total de 89 Adolescentes Internados, un 30.34% tenía Ideación Suicida o había hecho un Intento de autoeliminación o tenía lesiones auto infligidas intencionalmente al Ingreso del internamiento. Puede observarse que un 21.35% tenían lesiones auto infligidas, y un 8.99% Ideación suicida o Intento de autoeliminación.

Registro en el expediente de Intento de Autoeliminación o Lesión Autoinfligida Intencionalmente al Egreso

Tabla 43: Intento de Autoeliminación o Lesión Autoinfligida intencionalmente al Ingreso

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Z91.5	16	17.98%	10	11.24%	26	29.21%
Total	16	17.98%	10	11.24%	26	29.21%

Del total de 89 Adolescentes Internados, un 29.21% habían hecho un Intento de autoeliminación o tenían lesiones auto infligidas intencionalmente al Egreso del internamiento.

Comparación Intento de Autoeliminación o Lesión Autoinfligida Intencionalmente de Ingreso y Egreso

Tabla 44: Ideación suicida, Intento de Autoeliminación o Lesiones Autoinfligidas Ingreso vs Egreso

IS, Intento, Lesiones	f Px	%
Sin Dx	55	61.80%
Igual Dx	19	21.35%
Diferente Dx	15	16.85%
Total Px	89	100.00%

Comparando el Ingreso con el Egreso, en un 16.85% de los casos varía el registro, en un 61.80% no se presentan estas situaciones y en un 21.35% se registran en el Ingreso y en el Egreso.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Es importante señalar que debido a que el estudio es descriptivo, no es posible establecer relaciones causales entre las variables.

En cuanto a los resultados obtenidos al determinar la prevalencia y los elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015, se tiene la siguiente información:

Los principales trastornos mentales diagnosticados al ingreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015 son los siguientes:

- Eje 1:
 - Principal Diagnóstico: Trastorno psicótico agudo y episodio depresivo de leve a moderado. Si se analiza de acuerdo al Sexo, en mujeres se diagnostica principalmente episodio depresivo de leve a moderado, seguido por trastorno psicótico agudo, y en los hombres al revés, prevalece el trastorno psicótico agudo, seguido del episodio depresivo de leve a moderado y en igual proporción, reacción de ajuste.
 - Segundo Diagnóstico: Consumo perjudicial de cannabis, 40%, seguido de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas. Para ambos sexos se diagnostica principalmente consumo perjudicial de cannabis, en mujeres el se diagnostica en igual proporción Esquizofrenia y en hombres el siguiente diagnóstico prevalente sería trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas.

Al ingreso, en el Eje 1 se presenta principalmente trastorno psicótico agudo y consumo de sustancias, principalmente marihuana y trastornos del afecto para ambos sexos y Esquizofrenia en las mujeres.

- Eje 2:
 - Principal Diagnóstico: Rasgos de inestabilidad emocional de la personalidad acentuados seguido por retardo mental leve. Si se analiza de acuerdo al Sexo, en mujeres se

mantiene la misma prevalencia general, en hombres, ambos diagnósticos se presentan por igual.

- Eje 4:
 - Principal Diagnóstico: Para ambos sexos, problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, seguido por problemas relacionados con abuso sexual por persona no perteneciente al grupo primario de apoyo.
 - Segundo Diagnóstico: Para ambos sexos, problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.

Al ingreso, los problemas en el núcleo familiar están presentes en los adolescentes internados de manera suficientemente significativa para que sean registrados como parte del diagnóstico.

- La Ideación Suicida, los Intento de Autoeliminación y las Lesiones Autoinfligidas eran una de las causas diagnosticadas en los internamientos de una tercera parte de los adolescentes.

Los principales trastornos mentales diagnosticados al egreso a los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015 son los siguientes:

- Eje 1:
 - Principal Diagnóstico: episodio depresivo de leve a moderado, seguido por trastorno psicótico agudo. Si se analiza de acuerdo al Sexo, en mujeres se diagnostica principalmente episodio depresivo de leve a moderado, seguido por trastorno postraumático no especificado, en hombres trastorno psicótico agudo seguido por episodio depresivo de leve a moderado.
 - Segundo Diagnóstico: Consumo perjudicial de cannabis, seguido de Trastorno de conducta no especificado. Si se analiza de acuerdo al Sexo, en mujeres se diagnostica principalmente Trastorno de conducta no especificado, seguido de Consumo perjudicial de cannabis y Trastornos de la ingestión de alimentos, en hombres Consumo perjudicial de cannabis, seguido de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.

Al Egreso, en el Eje 1 se presenta principalmente episodio depresivo de leve a moderado, trastorno psicótico agudo y consumo de sustancias, principalmente marihuana.

- Eje 2:
 - Principal Diagnóstico: de Rasgos de inestabilidad emocional de la personalidad acentuados, seguido por Retardo Mental Leve. Si se analiza de acuerdo al Sexo, se mantiene la prevalencia.

- Eje 4:
 - Principal Diagnóstico: Alteración en el patrón de relación familiar, seguido por Problemas relacionados con abuso sexual por persona no perteneciente al grupo primario de apoyo y Problemas relacionados con el grupo de apoyo primario. Si se analiza de acuerdo al Sexo, para ambos se diagnostican principalmente Alteración en el patrón de relación familiar, en mujeres seguido por Problemas relacionados con abuso sexual por persona no perteneciente al grupo primario de apoyo, en hombres por Problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.
 - Segundo Diagnóstico: Alteración en el patrón de relación familiar en un 75%, seguido por Problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.

Al egreso, los problemas en el núcleo familiar están presentes en los adolescentes internados de manera suficientemente significativa para que sean registrados como parte del diagnóstico.

- Ideación Suicida, Intento de Autoeliminación y Lesiones Autoinfligidas: Al egreso se registra que una tercera parte de la población había hecho un Intento de autoeliminación o lesiones auto infligidas intencionalmente al Egreso.

Con respecto a la prevalencia de los principales trastornos mentales diagnosticados al ingreso con los principales trastornos mentales diagnosticados al egreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015, se tiene la siguiente información:

- Eje 1: El Diagnóstico principal se mantiene en un 31.46% de los casos, en un 67.42% varía, y en un 1,12% no se diagnosticó; el Segundo Diagnóstico se mantiene en un 15.73% de los casos, varía en un 37.08% de los casos y en un 47.19% no hay segundo diagnóstico.
- Eje 2: En un 7.87% de los casos se mantuvo igual, en un 29.21% cambió y en un 62.92% no hubo diagnóstico en este Eje.
- Eje 4: En un 14.61% fue igual, en un 62.92% se modificó y en un 22.47% no se presentó diagnóstico en este Eje. En cuanto al Segundo Diagnóstico, en un 11.24% varió, en un 88.76% no se consignó Diagnóstico en este Eje.
- Ideación Suicida, Intento de Autoeliminación o Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente: En un 16.85% de los casos varió el registro de Ingreso respecto al de Egreso, en un 61.80% no se presentó y en un 21.35% se mantuvo invariante.

La duración promedio del internamiento de los Adolescentes en general es de 24.26 días, para los hombres el promedio es de 27.36 y para las mujeres de 21.86, siendo mayor para los hombres que para las mujeres.

Respecto a la duración del internamiento de los principales trastornos mentales prevalentes diagnosticados al egreso de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015 es la siguiente:

- Para el trastorno psicótico agudo, el promedio general es de 39.86 días, para hombres de 45.60 y para mujeres de 25.50. Vemos que la duración es mayor en hombres que en mujeres lo que pareciera vincularse con la prevalencia en los diagnósticos de acuerdo al sexo, que en hombres pareciera que el consumo de sustancias aumenta la duración del internamiento al estar presente una patología dual.
- F32 el promedio general es de 17.88 días, para hombres es de 21.60 y para mujeres 16.18.
- F43.1 el promedio general es de 35.75 días, para hombres de 0, para mujeres de 35.75.
- F32.3 el promedio general es de 42.33 días, para hombres 48.50, para mujeres 30.

Los principales elementos sociodemográficos consignados en el expediente de salud de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015, específicamente:

- Con respecto al Sexo, el 56.18% son mujeres el 43.82% son hombres, observándose que se internan más mujeres que hombres en el pabellón.
- La edad promedio es de 14.67, siendo similar para ambos sexos, de 14.12 para mujeres y 15.38 para hombres.
- En relación al Tipo de Familia, la mayoría, un 53.93% vive con una Familia Nuclear Desintegrada, 32.58% con su Familia Nuclear.
- En cuanto al lugar de Residencia, la mayoría provenía de San José en un 55%, seguido por Heredia y Alajuela en 12%.
- En lo concerniente a la Situación Socioeconómica, 60% indican tener una Situación Socioeconómica Regular o Mala, 28.09% indican que es Buena, un 8.99% No Indican su Situación Socioeconómica y un 3.37% manifiestan que es Muy Mala.
- En lo referente a la Violencia Intrafamiliar, 50.56% de los usuarios niega tenerla, y un 44.94% indica vivirla en su hogar, 4.49% de los Adolescentes No Indica esta información. Aunque la mayoría de los hombres indica tener este problema, en algunos expedientes se anotaba que la violencia reportada provenía del adolescente. Por otro lado, la mayoría de las mujeres niega tenerla.
- Un 58.43% de los adolescentes informa No Consumir y un 41.57% indica Sí Consumir. Si se analiza por Sexo, la mayoría de las mujeres, informa No Consumir, a diferencia de la mayoría de los hombres que reporta Sí Consumir. De quienes reportan consumir, 83.78% informan utilizar Marihuana, seguido por 51.35% que usan Alcohol y Tabaco.
- En lo relativo a la escolaridad, es bastante alta ya que el promedio para los hombres es de 8.07 (octavo año de colegio) con una desviación estándar de 2.16 y para mujeres es de 7.68 (entre sétimo y octavo año de colegio), con una desviación estándar de 1.71. El promedio general de Escolaridad de los Adolescentes Internados es de 7.85 (entre sétimo y octavo año de colegio) con una desviación estándar de 1.93.

Para los trastornos mentales prevalentes los elementos sociodemográficos asociados consignados en el expediente de salud al egreso del internamiento de los adolescentes internados por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del 2015 se tiene la siguiente información:

- La mayoría de los adolescentes que consumen conviven con familias desintegradas. De los usuarios que reportan consumo de sustancias, la mayoría residen en San José. En su mayoría, quienes informan consumir indican que su situación socioeconómica es mala o regular. Quienes informan no consumir tienen un promedio de días de internamiento de 19.84 y quienes reportan si consumir tienen un promedio de 30.48, lo diferencia en cuanto a la duración del internamiento podría ser consecuencia de las complicaciones de estar presente patología dual. La violencia intrafamiliar se presenta o no independientemente del grado de escolaridad del adolescente.

Puede observarse que en el Eje 1 varía menos el diagnóstico de ingreso respecto al diagnóstico de egreso que en los demás Ejes.

El Eje que principalmente se diagnostica es el Eje 1, seguido por el Eje 4, lo cual no es coincidencia, ya que al reflexionar acerca de las diferentes variables sociodemográficas reportadas por la investigación, pareciera coincidente que ambos ejes sean considerados dentro del diagnóstico y que estuvieran interrelacionados, ya que “los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales” (Organización Mundial de la Salud 2013), además, “los trastornos mentales en el mundo afectan a un 15-30% de los niños y adolescentes, lo que compromete el funcionamiento y el desarrollo emocional, cognitivo y social, afectan a las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar y aumentan el riesgo de consumo de sustancias y de suicidio” citado por (Ricardo-Jiménez, Álvarez-Gómez, & Ángles, 2015). Por otro lado, en la investigación efectuada con población infantojuvenil en Chile, (Vicente et al 2012), la presencia de patología se asocia a la disfunción familiar, al antecedente de psicopatología en la familia y no vivir con ambos padres, tanto en el análisis bivariado como multivariado y la comorbilidad es un hallazgo en más de 25% de los casos. La Organización Mundial (2013) de la salud señala como factores de riesgo el bajo nivel socioeconómico o pobreza, el consumo de alcohol, exposición a violencia y malos tratos en el hogar y el estrés como comunes a otros trastornos mentales. Refiere que existe coincidencia entre trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias. Estas variables también surgieron en esta investigación.

Respecto a los diagnósticos prevalentes, depresión, trastorno psicótico agudo y consumo de sustancias, coinciden de manera parcial con estadísticas internacionales en las que principalmente se contabiliza la depresión y el abuso del alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar (BBC Salud, 2011), ya que está presente de forma importante el consumo, pero en los adolescentes es mayoritariamente de cannabis, la depresión, y el trastorno psicótico agudo, resultado del consumo o de un trastorno mental que posteriormente podría ser diagnosticado como esquizofrenia entre otros. Estos diagnósticos prevalentes coinciden en gran medida con los de la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños (Ross, 2013), en los que principalmente se atienden problemas de aprendizaje, trastornos afectivos, trastornos psicosociales, como padecimientos generados por situaciones como violencia, conflictos familiares y adicciones, trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación y síndrome del joven agredido, por ejemplo jóvenes víctimas de abuso sexual, abandono o agresión física.

Respecto a la ideación suicida, los intentos de autoeliminación y las heridas autoinflingidas, presentes en una tercera parte de la población internada, se sabe que “el grupo de edad donde se registran mayores tasas es en el grupo de 15 a 19 años, edad de adolescencia donde existen muchos factores como lo son el manejo de la frustración, patrones de crianza, desempleo, aceptación por parte del grupo de pares, de las relaciones familiares disfuncionales, situaciones de violencia intrafamiliar, falta de acceso de medios económicos o endeudamiento entre otros.” (Ministerio de Salud, 2014)

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

La prevención y la detección precoz favorecen el ahorro de dinero, pero especialmente de sufrimiento. Además, permiten disminuir las dosis de fármacos y se minimiza el estigma.

Para poder incidir en la prevención resulta fundamental contar con información que permita caracterizar a la población y así conseguir determinar las relaciones entre las distintas variables y establecer las fortalezas y puntos vulnerables de aquellos Adolescentes que terminan requiriendo de una hospitalización. Lamentablemente no se cuenta con esta información a nivel país.

Facilitar información es clave para acceder a la población adolescente en momentos en los que la enfermedad aún no está muy evolucionada, el trastorno aún no cursa de forma grave y puede evitarse o al menos disminuirse las hospitalizaciones. Para ello resulta fundamental que, en el marco del programa de Salud, se explique ampliamente qué es un trastorno mental, cuáles son los síntomas que se presentan y especialmente a quién y cuándo pedir ayuda y favorecer con esta información principalmente a los Adolescentes con condiciones de vulnerabilidad.

Analizando las prevalencias de los diagnósticos tanto de ingreso como de egreso, resulta evidente la necesidad de planificar estrategias con el objetivo de incidir en la prevención del uso de sustancias en esta población, ya que generan los internamientos con mayor duración y condiciones mentales serias en los adolescentes con las respectivas secuelas que las mismas implican para los jóvenes, sus familias y la sociedad en general.

Cabe rescatar que un 100% de la población estaba escolarizada por lo que parece que una forma efectiva de conseguir acceder a la misma es mediante el desarrollo de programas de prevención en las escuelas y colegios.

Para finalizar debe tenerse siempre presente que “por recuperación se entiende la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. Recuperación es no es sinónimo de curación. Aquella está vinculada con situaciones internas de las personas que se consideran en recuperación —esperanza, mejoría, autonomía y vinculación— y situaciones externas que la facilitan: el respeto de los derechos humanos, la existencia de una cultura que propicia la mejoría y los servicios de

apoyo a la recuperación.” (Organización Mundial de la Salud 2013). Todos tenemos derecho a la recuperación, pero, sobre todo, tenemos el derecho de evitar la enfermedad previniéndola de manera efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia/Redacción. (2013, Julio 23). Costa Rica desconoce el estado de la salud mental de su población. *CR Hoy*.
- BBC Salud. (2011, Junio 6). Trastornos mentales: principal causa de discapacidad en jóvenes. *BBC Mundo*.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2013) Datos del año 2013. Área de Estadística en Salud.
- Cornella, J. (2013). Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 197-204.
- CORSI, J. (comp.) (2003). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Paidós, Barcelona.
- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 425-433.
- Healthychildren.org. (2007). La salud mental y los adolescentes: Esté atento a las señales de alerta. *Healthy Children Magazine*.
- INEC. (2004). Documento metodológico. Censo Nacional de Población.
- INEC. (2010). Conceptos y definiciones. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.
- INEC. (2012). Encuesta continua de empleo. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INEC. (2014). Encuesta Nacional de Hogares.
- La Nación. (2013, Agosto 25). Enfermedades Mentales. *La Nación*.
- Ministerio de Salud. (2014) Primeros datos oficiales sobre trastornos mentales permitirá incidir en la población y mejorar su salud mental. Noticias.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). 10 Datos sobre la salud mental.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (n.d.). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Ediciones OMS.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *REvista Colombiana de Psicología*, 13-28.
- Peña, D. (1997). Introducción a la estadística para las ciencias sociales. MCGRAW-HILL, España
- Raventós, H. (2012, Octubre 11). Protección de la salud mental en Costa Rica. *La Nación*.
- Ricardo-Jiménez, C., Álvarez-Gómez, M., & Ángles, R.-G. M. (2015). Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Romaguera, F., y Uzcátegui, A. (2001). Análisis de ruta del efecto del locus de control, apoyo social y factores demográficos sobre la salud física y percibida. Trabajo de Grado no publicado para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Ross, A. (2013, Agosto 31). País tiene en abandono la salud mental de sus adolescentes. *La Nación*.
- Ureña, J. (2013). Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Trabajo final de graduación para optar por el grado y título de especialista en psiquiatría*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile*; 140: 447-457