

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y PRINCIPALES ENTIDADES
NOSOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS EN LOS USUARIOS MIGRANTES EN
CONDICIÓN DE NO ASEGURAMIENTO, QUE EGRESAN DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DURANTE EL
SEGUNDO SEMESTRE DEL 2014

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

VICTORIA ELENA CHAVES RAMÍREZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2016

DEDICATORIA

Con amor y respeto dedico esta tesis primero a mis padres, quienes me enseñaron el valor del esfuerzo, el sacrificio y son fuente de inspiración y motivación. Especialmente dedico esta tesis a Tío quien ya no está con nosotros pero su luz siempre se encuentra presente.

A mí querido esposo, compañero y socio en este proyecto quien con sus incansables expresiones de apoyo ha facilitado este camino.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por la oportunidad de cumplir una meta, por darme la fuerza para continuar a pesar de los obstáculos.

A mis padres, hermanas y hermano, a mis sobrinas y sobrino, por la paciencia y la comprensión que me manifestaron.

A mi esposo que, durante más de veinte años ha estado conmigo en esta hermosa travesía llamada “vida”.

A todas las personas involucradas durante el proceso, pacientes, amigas, amigos, colegas, supervisoras, profesores, personal administrativo y queridas compañeras de estudio.

“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
Posgrado en Psicología Clínica

Dr. Alfonso Villalobos Pérez
Director de Tesis

Dra. Rocío Jiménez Mora
Tutora Institucional

MPsc. Victoria Elena Chaves Ramírez
Candidata

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
HOJA DE APROBACIÓN	iv
RESUMEN	vii
PALABRAS CLAVES.....	vii
SUMMARY	vii
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
LISTA DE CÓDIGOS – CIE -10.....	xii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
<i>Introducción</i>	<i>1</i>
<i>Justificación</i>	<i>3</i>
CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL	5
<i>Antecedentes.....</i>	<i>5</i>
Reseña histórica de la Caja Costarricense del Seguro Social.....	5
Principios de la Seguridad Social Costarricense	5
Determinantes en Salud Mental	6
Concepto de salud mental	7
Salud mental y trastornos mentales	8
Salud mental y población migrante	8
Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)	13
Estrés por aculturación	14

Trastornos mentales en la población adulta de América Latina	15
<i>Uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas</i>	<i>15</i>
<i>Estudios preliminares.....</i>	<i>16</i>
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	24
<i>Enfoque y tipo de estudio.....</i>	<i>24</i>
<i>Población, muestra y participantes.....</i>	<i>24</i>
<i>Criterios de inclusión</i>	<i>25</i>
<i>Criterios de exclusión.....</i>	<i>25</i>
<i>Análisis Riesgo-Beneficio</i>	<i>26</i>
<i>Pregunta de Investigación</i>	<i>26</i>
<i>Objetivos de la Investigación</i>	<i>26</i>
Objetivo General	26
Objetivos Específicos.....	26
<i>Procedimiento de recolección de datos.....</i>	<i>27</i>
<i>Método de análisis estadístico.....</i>	<i>29</i>
CAPITULO IV: RESULTADOS	30
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....	56
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.....	64
Bibliografía.....	66

RESUMEN

La migración en Costa Rica es un fenómeno continuo que requiere la revisión integral de una serie de elementos que intervienen en diversas áreas de la salud. Esta investigación por lo tanto, logró describir las principales características sociodemográficas y los criterios de ingreso y egreso de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de las personas migrantes en condición de no aseguramiento que fueron internadas durante el segundo semestre del 2014 en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Con el análisis estadístico de los datos, se identificaron particularidades de la población migrante que permiten brindar un panorama más amplio de las situaciones que presentan a nivel psicosocial, las cuales pueden ser factores de riesgo que aumentan su vulnerabilidad, debido a su doble condición de migrante y paciente con trastorno mental.

PALABRAS CLAVES

Migración, Trastorno mental, No asegurados, Salud mental, Determinantes de la Salud, Factores de Riesgo, Diagnósticos de Ingreso, Diagnósticos de Egreso.

SUMMARY

Migration in Costa Rica is an ongoing phenomenon that requires a comprehensive review of a series of elements involved in the various areas of health. This investigation, thus, has managed to describe the main social-demographic characteristics and the criteria for admission and discharge, according to the International Classification of Diseases (ICD-10) for migrant people in condition of non-insured who were admitted to the Hospital Nacional Psiquiátrico during the second half of 2014.

With the statistical analysis of data, particularities of the uninsured migrant population were identified in order to provide a broader picture of the situations that arise at a psychological

level, which may be risk factors that increase their vulnerability, due to their double condition as migrant and as patient with mental disorder.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Ocupación laboral de nicaragüenses y otras nacionalidades	36
Tabla 2: Distribución porcentual y frecuencia de acompañamientos de pacientes	39
Tabla 3: Distribución de frecuencia de consumo de drogas y sexo	40
Tabla 4: Distribución de frecuencia de los diagnósticos de ingreso terciarios	46
Tabla 5: Distribución de frecuencia de los diagnósticos de egreso terciarios	50
Tabla 6: Prevalencia de trastornos mentales entre hombres y mujeres	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Medidas de tendencia central	30
Figura 2: Distribución porcentual por sexo	31
Figura 3: Distribución porcentual del estado civil	31
Figura 4: Distribución porcentual de la nacionalidad	32
Figura 5: Distribución porcentual del nivel de escolaridad	33
Figura 6: Distribución de frecuencia del nivel de estudios y nacionalidad	34
Figura 7: Distribución porcentual de la condición laboral	35
Figura 8: Relación entre ocupación y sexo	37
Figura 9: Residencia por provincia	37
Figura 10: Situación económica	38
Figura 11: Consumo de drogas	39
Figura 12: Registro de violencia intrafamiliar	41
Figura 13: Registro de violencia intrafamiliar por sexo	42
Figura 14: Internamientos previos	42
Figura 15: Internamientos posteriores a la fecha de corte	43
Figura 16: Diagnósticos de ingresos primarios	44
Figura 17: Diagnósticos de ingresos secundarios	45
Figura 18: Total de diagnósticos de ingresos primarios.....	47
Figura 19: Diagnósticos de egresos primarios.....	48
Figura 20: Diagnósticos de egresos secundarios.....	49
Figura 21: Total de diagnósticos de egresos primarios	51
Figura 22: Relación entre consumo de alcohol y diagnósticos	52
Figura 23: Diagnóstico entre consumo de tabaco y diagnósticos	53
Figura 24: Relación entre consumo de marihuana y diagnósticos	54
Figura 25: Medidas de tendencia central para el tiempo de hospitalización	54

LISTA DE ABREVIATURAS

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades – décima versión

LISTA DE CÓDIGOS – CIE -10

F01.9	Demencia vascular sin especificación
F05.8	Otro delirium
F06.3	Trastorno del humor afectivo orgánico
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
F06.9	Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación
F07	Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
F10.0	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Intoxicación aguda
F10.3	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Síndrome de abstinencia.
F10.5	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Trastornos Psicóticos.
F10.52	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Trastorno Psicótico
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
F14.1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína. Consumo perjudicial
F16.1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópas.
F19.5	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas. Trastorno psicótico.
F20	Esquizofrenia
F20.0	Esquizofrenia paranoide
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
F23.9	Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación
F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco
F25.1	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
F25.2	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
F25.9	Trastorno esquizoafectivo sin especificación
F30.1	Episodio maníaco sin síntomas psicóticos
F30.2	Manía con síntomas psicóticos
F31	Trastorno bipolar
F31.1	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos
F31.2	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos
F31.7	Trastorno Bipolar, actualmente en remisión
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F41.2	Trastorno mixto ansioso - depresivo
F42.2	Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
F43.1	Trastornos de estrés post-traumático
F43.20	Trastornos de adaptación. Reacción depresiva grave
F43.22	Trastornos de adaptación. Reacción mixta de ansiedad y depresión.
F43.23	Trastornos de adaptación. Con predominio de alteraciones de otras emociones.
F44	Trastornos disociativos
F44.7	Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
F44.9	Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación
F60.2	Trastorno disocial de la personalidad
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
F60.30	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo impulsivo
F60.31	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo límite
F70	Retraso mental leve
F71	Retraso mental moderado
F79	Retraso mental sin especificación
F99	Trastorno mental sin especificación
Y07	Otros síndromes de malos tratos
Z63.0	Problemas de relación entre esposos y pareja
Z63.2	Soporte familiar inadecuado
Z63.8	Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario
Z65.3	Problemas relacionados con otros problemas legales
Z73.1	Acentuación de rasgos de personalidad
Z86.5	Historia personal de otros trastornos mentales o del comportamiento
Z91.1	Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico o del régimen alimentario
Z91.5	Historia personal de autolesión

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Introducción

El abordaje de la salud mental en los países en vías de desarrollo, se ha circunscrito a atender enfermedades que requieren de un tratamiento especializado, propio de un tercer nivel de atención, de manera tal, que la promoción de la salud ha recibido una merma importante principalmente por la falta de recursos económicos, lo que genera la detección de trastornos mentales en fases agudas, siendo su recuperación más lenta y con mayores costes psicosociales.

Debido a que la salud mental es un componente básico del ser humano, es importante precisar su conceptualización, al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Llevar a cabo el cometido de la OMS en lo que respecta a la salud mental, implica considerar una serie de factores conocidos como “determinantes de la salud”, los cuales requieren de un profundo análisis e implementación de políticas de salud que permitan alcanzar un estado de bienestar que le permita a las personas reconocer sus fortalezas y ponerlas en práctica frente al estrés cotidiano. (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Estos “determinantes de la salud” necesitan ser analizados en las personas migrantes debido a los efectos en la salud mental que conlleva el cambio de domicilio hacia otro país. Por ejemplo en Costa Rica, este fenómeno se encuentra presente ya que el país se encuentra ubicado en un lugar estratégico que permite la migración con facilidad, pues ambas fronteras son de fácil acceso, lo que ha favorecido la comercialización y el paso de viajeros hacia otros países.

De esta forma, Costa Rica ha ofrecido a migrantes como los nicaragüenses, la oportunidad de encontrar un empleo mejor remunerado que el que pueden obtener en su país de origen, lo que implica un movimiento constante de migrantes, que buscan empleos tradicionalmente en labores agrícolas, mano de obra para construcción, oficiales de seguridad o empleo doméstico.

Las características sociodemográficas de las personas migrantes en Costa Rica, son diversas, así lo define la Política Nacional de Migración 2013, quien señala que de acuerdo al X Censo Nacional de Población y VI Censo de vivienda del 2011, la edad promedio de la mayoría de migrantes es entre 20-39 años, lo que no es casualidad puesto que es la edad de fuerza laboral.

Asimismo, el Censo de Población del 2011 señala que el total de personas extranjeras que habitan en el país es de (385.899), de las cuales el 51,77 por ciento son mujeres y el 48,23 por ciento son hombres (Consejo Nacional de Migración, 2013). Esta información confirma que además la mayor parte de las personas entre 20 y 39 años son de origen nicaragüense, colombiana y panameña.

En cuanto a seguridad social, para el 2011 del total de asegurados directos (1.498.328), el 11 por ciento corresponde a personas en condición de extranjeros, de los cuales el 92 por ciento (156.285) de los asegurados extranjeros trabajaba en la empresa privada (64 por ciento) y por cuenta propia (28 por ciento) de acuerdo al Consejo Nacional de Migración (2013).

Por tanto el aseguramiento en el sistema de salud actual viene a constituirse en un reto, debido a que la cantidad de nacimientos de madres extranjeras duplican las de las costarricenses, de acuerdo al Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica 2012, (citado por el Consejo Nacional de Migración, 2013). Lo que relaciona además el aspecto de la vulnerabilidad de ciertos grupos como los niños, niñas, adolescentes, mujeres e indígenas, en especial si la mujer es la cabeza de familia, debido a que es posible que haya tenido menos acceso a la educación y por ende menos oportunidades laborales.

Justificación

El reconocimiento de las necesidades de las personas migrantes permite visibilizar una problemática que se encuentra diariamente en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), la cual consiste en la atención del usuario desde un enfoque de los derechos humanos, tomando en consideración las necesidades individuales y familiares, sin que esto colapse el sistema de salud actual.

Al respecto la atención de pacientes migrantes sin aseguramiento se ha convertido en una situación que requiere de un análisis constante, debido a la dificultad que existe para identificar características sociodemográficas y de salud de dicha población. El Hospital Nacional Psiquiátrico, no escapa a esta realidad, ya que de acuerdo a los datos suministrados por el Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de esta institución para el segundo semestre del 2014, al menos se habían atendido a 82 personas migrantes en condición de no aseguramiento en los servicios de hospitalización.

De acuerdo a las estadísticas registradas de los egresos hospitalarios por condición de aseguramiento según la Red de Servicios y Centro de Salud del 2014 (Caja Costarricense del Seguro Social, 2015), del total de las 3298 hospitalizaciones en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2014, el 2,9% (95 pacientes) son extranjeros no asegurados.

Por lo tanto, reconocer cuáles son las características que presenta esta población a nivel sociodemográfico y las principales entidades nosológicas asociadas (de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, edición décima de la Organización Mundial de la Salud – CIE-10), ayudaría a identificar quienes son las personas que más necesitan del servicio que ofrece esta institución y cuáles son los trastornos mentales más frecuentes, de tal forma que la CCSS se encuentre preparada para ofrecer una mejor atención, tomando en cuenta la diversidad de la demanda, disminuyendo con ello los riesgos de exclusión social, brindando un trato adecuado y respetando las diferencias socioculturales, considerando factores como la perspectiva de género, la interculturalidad y la solidaridad entre otros principios universales.

Adicionalmente podrían formularse políticas en salud mental que tomen en consideración a las personas migrantes y brindaría un aporte novedoso a la seguridad social y al conocimiento científico.

Por lo que, el presente estudio pretende realizar un análisis descriptivo de variables sociodemográficas tales como la edad, el sexo, estado civil, nivel de estudios, nacionalidad, ocupación, lugar de permanencia, consumo de drogas, violencia intrafamiliar, así como identificar variables de hospitalización que están relacionadas con el diagnóstico de ingreso y de egreso, tiempo de hospitalización e internamientos previos, con el fin de brindar un panorama general sobre cómo se afecta la salud mental de las personas que migran.

CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes

Reseña histórica de la Caja Costarricense del Seguro Social

Durante la Conferencia V de la Organización Panamericana organizada en Chile en 1923, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), propuso que los países miembros incluyeran dentro de sus políticas de salud, la seguridad social, constituyéndose Chile el primer país latinoamericano que aprobó tal recomendación.

En el caso de Costa Rica fue hasta 1941 que se estableció la ley para crear la CCSS; dentro de los primeros acuerdos generados por la Junta Directiva se encuentra la creación del Régimen de Enfermedad y Maternidad para el área metropolitana y las cabeceras de provincia (Salas y Castillo, 2003).

En 1956 se crea el Seguro Familiar que cubre a la esposa o compañera, a los hijos y padres del asegurado en caso de dependencia económica, para 1970 durante la administración del expresidente de la República José Figueres Ferrer se extienden los servicios médicos que brinda la CCSS. A su vez se van generando cambios importantes en lo que antes se llamaba Ministerio de Salubridad, transformándose en lo que ahora se conoce como Ministerio de Salud, trasladándose todos los hospitales que tenía a su cargo, a la CCSS.

Principios de la Seguridad Social Costarricense

La Caja Costarricense del Seguro Social, tiene como principios fundamentales en su accionar los siguientes elementos:

Solidaridad: supone la participación de la sociedad para que el máximo de personas puedan ser cubiertas por medio del aporte de las personas o instituciones que poseen más recursos en favor de los que menos tienen.

Equidad: se refiere al reconocimiento de las desigualdades entre una población y la importancia de cubrir las necesidades particulares por medio de actividades y programas especiales, basándose en el sistema de protección social.

Universalidad: se relaciona con la relevancia de cubrir en materia de salud a todos los habitantes del país, sin importar su condición de aseguramiento o nacionalidad, con los derechos y deberes respectivos.

Obligatoriedad: todos los ciudadanos deben pertenecer al sistema nacional de salud y contribuir a su financiamiento.

Enfoque integral: tiene como fundamento integrar los determinantes de la salud mental, para promover las estrategias que favorezcan la atención de la persona en forma individualizada y considerando los distintos escenarios (Salas y Castillo, 2003).

Determinantes en Salud Mental

La Salud Mental está constituida por ciertos elementos que pueden afectar en forma positiva o negativa a una persona o comunidad, al respecto pueden identificarse cuatro determinantes relacionados entre sí los cuales son: biológicos, ambientales, sociales, tal como lo menciona la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Este marco normativo señala los siguientes determinantes de la salud:

Determinantes biológicos: se refiere a los aspectos biológicos inherentes al ser humano, así como la carga genética y los efectos que el ambiente produce sobre el organismo.

Determinantes ambientales: es la interrelación que se produce entre los seres humanos y el ambiente, de manera que ambos pueden ser afectados positiva y negativamente. Al respecto los ambientes pueden ser alterados por las personas o bien pueden ser el producto de eventos tales como catástrofes o elementos de la naturaleza propios de un lugar determinado como tormentas, huracanes, factores climáticos, etc.

Determinantes sociales, económicos y culturales: están vinculados con elementos tales como estilos de vida, factores de riesgo, costumbres, situación económica y aspectos religiosos, entre otros.

Determinantes de sistemas y servicios de salud: este aspecto tiene que ver con la capacidad que posee un sistema de salud para atender a la población de acuerdo con los recursos asignados y con las características particulares de entorno. En Costa Rica, la atención en salud se ha caracterizado por concentrarse en el tercer nivel, mientras que, los otros niveles de atención han recibido menos recursos económicos.

Debido a la pluralidad y comorbilidad de las enfermedades, se ha hecho necesario modificar esta prestación de servicios para ampliar y fortalecer la promoción y prevención de la salud desde otros ámbitos incluyendo la presencia comunitaria.

Concepto de salud mental

Se han realizado diversas definiciones sobre lo que significa la salud mental, así por ejemplo la OMS señala que

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: 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, pág. 7).

Otra definición concretamente en el plano nacional es la que ofrece la Comisión Nacional de Salud Mental, citado por (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012) que señala la Salud Mental como un proceso en donde intervienen aspectos como “el desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, capacidad para responder a las demandas de la vida...” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, pág. 34).

Salud mental y trastornos mentales

La salud mental está relacionada con una variedad de condiciones ambientales e individuales, de tal manera que existes situaciones psicosociales que ponen en riesgo a las personas y que las hacen vulnerables para padecer trastornos mentales. Los grupos y personas que presentan una mayor exposición a problemas emocionales son los que viven en la pobreza, las personas que tienen dificultades serias de salud, grupos minoritarios, adolescentes, mujeres jefas de hogar, personas menores de edad, adultos mayores, personas que deben abandonar su lugar de origen por factores económicos, conflictos militares o situaciones de desastre. Tal como lo menciona la Organización Mundial de la Salud en el 2013 “en muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de la mujer” (pág.7).

La presencia de trastornos mentales por lo general tienden a generar más pobreza, ya que el acceso al trabajo se limita debido a la fuerte estigmatización y discriminación, es frecuente que las personas con este problema de salud sufran violaciones a los derechos humanos, con restricción a ser atendidos en los servicios de salud, a disfrutar de la recreación y al trabajo, así como limitaciones para ejercer sus derechos civiles como votar o tener una documento de identidad. De tal forma que, las personas con trastornos mentales, tienen una condición de riesgo que las hace vulnerables y marginadas.

Salud mental y población migrante

El proceso de migración puede tener un impacto sobre la salud en general y particularmente sobre la salud mental de las personas migrantes, por el acceso a la salud, a la economía, barreras del idioma o de la cultura. Existen condiciones individuales que están relacionadas con la salud mental de dicha población, por ejemplo la edad, se dice que los niños nacidos en el país de destino o bien los de corta edad, no presentan riesgos importantes, sin embargo a nivel general pueden tener en el futuro estresores potenciales por las barreras en

la educación y el empleo (Khanlou y Jackson, 2010). Los mismos autores señalan el hecho de que los adolescentes también presentan dificultades debido al choque cultural que existe puesto que, por un lado desean adaptarse pero al mismo tiempo tienen que continuar con la cultura de sus padres. Por otro lado, los adultos mayores migrantes deben enfrentarse a cambios importantes, tales como el aprendizaje de un nuevo lenguaje o cultura, la ausencia de familiares y amigos que incrementa la soledad, exposición al abuso y dificultades para el empleo y la movilidad (Khanlou y Jackson, 2010).

Además del factor de la edad, otra condición también coloca en una posición de vulnerabilidad a las mujeres ya que debido a su estatus socioeconómico precario, las expone a riesgos como la explotación y al trabajo en condiciones poco sanitarias. Cabe mencionar el hecho de que algunas pueden ser jefas de hogar y tienen a su cargo personas menores de edad que dependen de ella en forma exclusiva.

Desde una perspectiva transcultural el tema de la salud mental se debe analizar tomando en cuenta los sistemas de creencias culturales ya que, “todos los trastornos mentales se forman, de alguna medida, por los factores culturales” (Bastide, citado por Sayed-Ahmad, Río, y Fernández, 2007). El proceso de adaptación que conlleva la migración puede generar diversos sentimientos entre los cuales se encuentran “sentimientos de soledad, de incomunicación y aislamiento...sentimientos de culpa por haber abandonado a sus familiares, amigos...sentimientos de nostalgia y deseos de volver..miedo al futuro, al fracaso y a la pérdida del proyecto migratorio con sus expectativas” (Sayed-Ahmad, Río, y Fernández, 2007, pág. 135).

Aunado a esto, se deben considerar elementos propios de la personalidad, así como trastornos mentales prevalentes que dificultan la capacidad de adaptación. Aspectos individuales como la autoestima, historia de éxitos y fracasos en el pasado, práctica en solución de problemas y otras condiciones vitales del pasado pueden ser un factor de riesgo adicional.

Se ha encontrado que los trastornos mentales más frecuentes son los Trastornos adaptativos y los afectivos, aunque también es común encontrar reacciones psicósomáticas asociadas al

estrés y la ansiedad. En menor cantidad también es posible identificar los trastornos de conducta y de personalidad en especial los paranoides, agresivos y disociativos, particularmente porque los cambios a los que deben enfrentarse en forma rápida, pueden poner a prueba su estructura emocional (Sayed-Ahmad, Río, & Fernández, 2007).

Redes familiares y sociales

Las personas migrantes tienden a realizar redes de apoyo provenientes de su familia extensa, sin embargo no siempre es posible tenerlos en los países de destino debido a situaciones económicas y leyes migratorias que les impiden tener esta cercanía, aspecto que puede convertirse en un factor de riesgo para el aumento de estrés y otros trastornos mentales.

Adaptación frente al proceso migratorio

La migración es un fenómeno que involucra una diversidad de factores que intervienen en la salud mental de la persona migrante, las crisis que deben enfrentar las personas al dejar su lugar de origen implica la pérdida de un núcleo familiar y de costumbres relacionadas con su ambiente cultural, que conllevan a un proceso de adaptación, es por ello que García (2007) señala que existen varias etapas:

1-Preparación del proyecto migratorio: se trazan planes sobre la necesidad de migrar, se piensa sobre beneficios y factores de riesgo, se realizan estrategias y análisis sobre la posibilidad de regresar una vez lograda la estabilidad en el país de destino. Durante este momento se involucran dos componentes, el individual (aspectos propios y característicos de la persona) y el social (expectativas que ofrece el lugar de destino, posibilidades de desarrollo, fantasía sobre un supuesto bienestar económico). Las personas que regresan llevan sobre sus hombros lo que García (2007) denominó “la paradoja del triunfo”, que es justamente, la necesidad de presentarse frente a sus compatriotas como una persona exitosa, aspecto que incide directamente en la decisión de los que van a migrar.

2- Llegada: genera diversos sentimientos incluyendo la culpa, ya que la persona dejó a su familia, cultura y costumbres por otra diferente, este “conflicto de encuentro” como lo llama García (2007), provoca una crisis de identidad, ya que se enfrenta a un conjunto de

valores, normas y comportamientos disímiles a las de su lugar de origen. Los sentimientos asociados pueden ser ambivalentes por las expectativas provocadas durante la llegada, por ejemplo temor a la acogida, estigmatización y confrontación frente a su ideal y la realidad que encuentra “de tal forma que su actitud puede pasar desde lo que sería una visión idealizada a un rechazo generalizado de la sociedad receptora, con los consiguientes sentimientos de frustración e incluso agresividad hacia lo vivido como “represor” de sus expectativas” (Sayed-Ahmad, Río, & Fernández, 2007).

3-Adaptación: se espera que el proceso de adaptación sea bilateral de tal forma que tanto la persona migrante como la comunidad de destino, acepten e integren los aspectos culturales de ambos. Si la comunidad receptora orienta y facilita en cuanto a las costumbres, valores y normas que poseen será más sencillo para las personas migrantes integrarse. Para comprender mejor en que consiste esta fase, es necesario identificar a los diversos grupos inmersos, los cuales son heterogéneos tanto por la edad como por la religión, costumbres e incluso por los elementos tales como el nivel de estudios, experiencia laboral, redes de apoyo y razones por las cuales migran (situaciones económicas, políticas, desastres). Por lo tanto es posible que algunos sectores migrantes requieran de mayor nivel de adaptación que otros dependiendo de los factores expuestos previamente.

Para otros autores la experiencia de la migración no constituye en sí misma un riesgo para la aparición de enfermedades mentales, sino que las mismas “se vincularían sobre todo a experiencias de adaptación durante el proceso migratorio” (Jansá, 2004, pág. 209), de ahí la importancia de reconocer cuáles son las fases por las que atraviesan las personas migrantes, con el fin de apoyar y brindar las recomendaciones pertinentes y de acuerdo al momento por el que se encuentran.

Migración y psicopatología

Con respecto a este tema se han realizado diversos metaanálisis que incluyen muestras de migrantes de diferentes países, con la dificultad de establecer un antes y un después de la migración, de manera que se pueda determinar la existencia de una premórbida. Precisamente debido a la pluralidad de países involucrados en las investigaciones, no se ha

logrado identificar si existen tasas más altas en las personas migrantes que en los nativos. Sin embargo ya se ha cotejado en otros estudios que la relación entre los factores previos a la migración pueden favorecer la presencia de trastornos mentales, más que la migración en sí misma, aunque Selten y colaboradores en el 2007 (citado por Collazos, Ghali, Ramos, y Qureshi, 2014) reconocen que problemas tales como el racismo, condiciones económicas precarias, poco acceso al empleo, entre otros, pueden relacionarse con la prevalencia de trastornos mentales.

Duelo migratorio

Si bien es cierto en la migración puede existir aspectos positivos como lo son el cambio de vida para mejorar el desarrollo humano, aprendizaje de nuevas culturas e idiomas, alternativas de empleo y educación, también surge el problema del duelo migratorio, que puede llevar a la persona a sufrir estrés y poner a prueba sus habilidades emocionales. La migración no es necesariamente un elemento intrínseco en la aparición de trastornos mentales, sin embargo puede llegar a ser un factor de riesgo especialmente si se cumplen las siguientes condiciones, según (Achotegui, 2009):

- Presencia de vulnerabilidad: si el inmigrante tiene problemas de salud o sufre una discapacidad.
- Si presenta elementos estresores elevados, por ejemplo si la comunidad receptora no es agradable o sostiene un ambiente hostil frente a la migración.
- Si se exponen ambas condiciones.

Por lo tanto la migración puede llegar a ser un factor de riesgo “si el inmigrante es lábil, el medio es muy hostil o, si se dan las dos cosas a la vez; entonces las cosas se podrán muy difíciles para el inmigrante” (Achotegui, 2009, pág. 164). Estas condiciones pueden llegar a detonar el estrés y el duelo migratorio que se diferencia de otros tipos de duelos, porque es un duelo parcial, recurrente, está relacionado con otros aspectos históricos-emocionales del individuo, genera cambios en la identidad, se da por fases, se presentan sentimientos de ambivalencia como culpa versus esperanza, si el migrante decide regresar a su lugar de origen será una nueva migración ya que encontrará posiblemente cambios importantes y

finalmente aunque no menos importante el duelo migratorio es transgeneracional (Achotegui, 2009).

Esta autora indica que al menos hay siete duelos al menos en la migración:

1-La familia y los amigos.

2-La lengua.

3-La cultura.

4-El paisaje.

5-Nivel social, roles asignados.

6-Contacto con el grupo étnico al que pertenece.

7-Riesgos relacionados con la integridad física.

Adicional a estos factores que pueden causar duelo, agregaría la pérdida de la identidad, que es un elemento clave en los seres humanos, ya que la persona migrante necesitará probar y contrastar el conocimiento que ha adquirido sobre lo que es “su realidad”, frente a lo que una cultura dominante determina como valores o normas. La pertenencia a un lugar es clave para la sobrevivencia ya que permite la aceptación social y por lo tanto la posibilidad de utilizar los recursos que la sociedad ofrece.

Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)

La denominación del síndrome de Ulises para identificar el estrés crónico que puede llegar a experimentar el inmigrante, fue acuñado por la investigación realizada en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados en España por sus siglas (SAPPPIR), en donde se realizaron comparaciones de los resultados obtenidos en los años ochenta con los actuales con respecto a la condición emocional de los inmigrantes (Achotegui, 2009). Se llama síndrome de Ulises como una forma de representar al héroe griego que experimentó numerosas dificultades lejos de su familia durante sus viajes.

Aunque la migración ha sido la base de nuestra actual constitución demográfica y cultural, las condiciones y motivos por los que se realizan las migraciones pueden ser aspectos que lleguen a afectar la salud mental de las personas, debido a que se brinda poca atención a los sentimientos de los migrantes y a sus experiencias muchas de las cuales durante el proceso pueden ser traumáticas.

Por lo tanto el síndrome de Ulises se experimenta cuando las capacidades adaptativas del individuo no son suficientes para enfrentar la situación actual y el individuo permanece en una crisis permanente. Este síndrome se acompaña de sentimientos de desesperanza, de fracaso, ausencia de lucha para sobrevivir, miedo o terror por ser expulsados o por amenazas del gobierno y de mafias.

En este punto se debe recordar que, las redes de apoyo se encuentran disminuidas y que debido a los problemas de aculturación las personas no encuentran o no conocen grupos o instituciones que puedan facilitarles colaboración.

La importancia de identificar este cuadro de estrés en los migrantes, permitirá visibilizar los padecimientos que aquejan a este tipo de población, de manera que sean valorados correctamente y de acuerdo al contexto en que se encuentran, sin caer en la patología.

Autores como (Collazos, Qureshi, Antonín, & Sábado, 2008), consideran que el estrés “podría predisponer a una persona a padecer un trastorno mental si su manera de responder habitualmente al estrés fuera disfuncional” pag.309. Por lo tanto, el estrés se encuentra íntimamente relacionado con la causa y desarrollo de la psicopatología.

Estrés por aculturación

Algunos autores utilizan el término de aculturación para definir el conjunto de cambios que percibe una persona antes, durante y después del proceso de migración (Berry, 2001 citado por Collazos, Ghali, Ramos, y Qureshi, 2014). Berry informa que cuando las personas migrantes consiguen incorporar a la cultura de origen la cultura dominante se llamaría “integración”, al adoptar la cultura dominante se considera “asimilación”, si deciden

“separarse” estarían conservando únicamente la cultura de origen y si deciden abandonar por completo toda identidad cultural se denominaría “marginación” (Collazos, Ghali, Ramos, & Qureshi, 2014).

Trastornos mentales en la población adulta de América Latina

Se han realizado estudios de prevalencia en América Latina y el Caribe siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense en países como Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Puerto Rico (Kohn y Rodríguez, 2009). Los autores señalaron que los trastornos más frecuentes encontrados en dichas poblaciones, son la depresión mayor, la distimia, la ansiedad generalizada y el abuso o dependencia de alcohol.

Kohn y Rodríguez (2009), indican que los servicios de salud se han dedicado principalmente a la atención de los problemas mentales graves en un tercer nivel, dejando de lado la necesidad de la captación temprana en niveles de atención primarios.

Uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas

En América Latina el uso de alcohol se presenta en personas entre los 15 y 44 años, con un promedio de ingesta de alcohol de 8,9 litros por persona “muy por encima del promedio mundial de 5,8 litros per cápita” (Monteiro, Telles, y Inglez, 2009). Lo anterior implica que, alrededor del consumo de dicha sustancia se encuentran una serie de consecuencias asociadas, como mayores tasas de accidentes, problemas laborales y familiares, aumento de la violencia, comorbilidad con enfermedades crónicas, etc. Monteiro, Telles y Inglez (2009), mencionan que existe una relación elevada entre las enfermedades y el consumo de alcohol en al menos un 50%.

En cuanto al uso de otras sustancias psicoactivas, se reconoce que la marihuana es la droga ilícita que más se utiliza en América Latina, seguida de la cocaína, la anfetamina y el éxtasis (Monteiro, Telles, & Inglez, 2009). Algunas de las causas principales del consumo

de drogas son las infecciones como el sida o hepatitis B y C, sobredosis, accidentes, trastornos psiquiátricos, que pueden generar una alta morbilidad.

Estudios preliminares

En España se llevó a cabo un estudio realizado por García, Alda, y Sobradíel (2010) que tenía como objetivo investigar si existían diferencias entre la atención recibida entre inmigrantes y nacionales en cuanto al manejo terapéutico y el diagnóstico. Para ello se utilizó una muestra de 102 pacientes inmigrantes y 102 nacionales. Los principales resultados demostraron que en la atención de inmigrantes hay mayor sujeción mecánica, menor estancia hospitalaria, menor número de solicitud de pruebas complementarias como electroencefalograma, tomografía axial computarizada, resonancia magnética y menor administración de Clozapina, esto último debido al seguimiento de las 18 semanas y a la posibilidad de que la población migrante no pueda completar el esquema.

Un país latinoamericano que ha debido recibir una población migrante importante ha sido Chile, quien no cuenta con una política específica para tratar la salud de los migrantes, para ello consideran necesario: 1-desarrollar políticas de salud enfocadas a la población migrante; 2-disminuir las barreras de acceso de esta población a los servicios de salud mediante el ofrecimiento de mayor información sobre derechos y del funcionamiento de salud; 3-implementar sistemas de salud que promuevan la salud mental en escolares inmigrantes; 4-sensibilizar y capacitar a los profesionales y funcionarios de salud respecto del fenómeno migratorio en general y la salud mental transcultural (Abarca y Jiménez, 2014).

En dicho país, alrededor de un 2% de la población cerca de 400.000 personas tienen la condición de migrantes, provenientes de países como Perú, Argentina, Colombia, Bolivia y Ecuador, según encuesta realizada en el 2012 (Abarca y Jiménez, 2014).

Al respecto se realizó una investigación en Chile en el 2011 con el propósito de “determinar la prevalencia de la sintomatología y patología psiquiátrica de la población inmigrante que reside en la comuna de Independencia y las barreras de acceso a la atención por problemas de salud mental” (Rojas, y otros, 2011). El estudio fue de tipo epidemiológico y pretendía utilizar dos tipos de poblaciones una adulta y otra infantojuvenil entre agosto del 2007 y marzo del 2008.

Los resultados más importantes señalan que el 14,2 por ciento de los entrevistados han desarrollado algún tipo de trastorno psiquiátrico. Algunos síntomas fueron fatiga, ideas depresivas, preocupación, depresión e irritabilidad y el cuadro psiquiátrico con mayor presencia fue el trastorno ansioso-depresivo, seguido por la depresión severa y trastorno de estrés por trauma (Rojas, y otros, 2011)

En el año 2012, otro grupo de investigadores en Chile, decidió investigar el tema de la migración, utilizando como tema principal las estrategias de aculturación, así como los indicadores de bienestar psicológico en un grupo de migrantes (Yañez y Cardenas, 2010). Para ello recurrieron a una muestra de 109 personas constituida por 59 hombres y 50 mujeres, en edades comprendidas entre los 18 y 76 años. Los países de donde provenían los participantes fueron Bolivia, Perú y Colombia, con un tiempo de permanencia de seis años, residiendo en Calama y Antofagasta.

Los datos sociodemográficos consignados, señalan que el 33,9% de la población estaba casada y el 71% tenían pareja en Chile, además la mayoría (65,1%) tenía hijos, 85% practicaba una religión, un alto porcentaje (74,3%) se encontraba con estudios secundarios y técnicos finalizados y el 6.4% con universidad completa. El 52% de dicha población presenta calificación técnica o administrativa para laborar. Otros datos aportados por la investigación indican que el 45% se dedica a trabajos no calificados y el principal motivo de migración se debió a la posibilidad de encontrar un mejor empleo (77,1%) según Yañez y Cardenas (2010).

Como instrumentos utilizaron una matriz para medir las variables sociodemográficas y otros datos, con el propósito de indagar aspectos psicosociales, dentro de los test aplicados se encuentran el de Estrategias de aculturación de Berry y el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R). Los principales resultados encontrados señalan que las personas que logran integrarse presentan mejores niveles de bienestar psicológico, además que el proceso de migración resulta más difícil para las mujeres que para los hombres, ya que ser pobre, indígena o afro-latina, constituye un factor de riesgo (Yañez y Cardenas, 2010).

Al respecto los autores indican que “las mujeres muestran mayores niveles de vulnerabilidad, mayor sintomatología clínica y menores niveles de bienestar” (Yañez y Cardenas, 2010, pág.11). De los tres países de migrantes seleccionados (Bolivia, Perú y Colombia), encontraron que los migrantes provenientes de Colombia tenían mejores niveles de bienestar, ya que mantenían su propio sistema de tradiciones culturales a diferencia de los otros grupos provenientes de Bolivia y Perú. Además descubrieron que existe una relación entre el contexto social en que se desenvuelven y el bienestar psicológico, con problemas de acceso a la salud y vivienda.

En regiones como los Estados Unidos que posee una historia de migración extensa, se ha investigado sobre el acceso a los servicios de salud mental y la desigualdad (Ramírez, 2012). El autor refiere que en los últimos diez años aproximadamente 190 millones de personas han sido migrantes, lo que impacta la estructura de cualquier estado. El propósito de los migrantes ha sido mejorar la calidad de vida, para ello se mueven a países con mejor nivel socioeconómico como los Estados Unidos o Europa. En este artículo el autor discute cuáles han sido las formas de intervenir el tema, ya sea por medio de investigaciones o de intervenciones. Al respecto refiere que las políticas en torno al acceso a los servicios de salud para los migrantes han sido polémicas debido a las leyes antimigrantes vigentes.

En este estudio, los investigadores latinos propusieron un análisis ecológico para comprender dicho fenómeno, por ejemplo consideran que en la cultura latina, los valores y la jerarquía familiar juegan un papel muy importante. La interrelación entre aspectos

propios y únicos pertenecientes a la cultura latina y su contexto son importantes para trabajar la salud mental en los inmigrantes. El término ecosistema es utilizado para definir como las especies se han adaptado al sistema y los cambios que ocurren cuando nuevas especies ingresan al ecosistema (Ramírez, 2012). Con esta teoría se pretende describir algunas características de los grupos, por ejemplo los patrones de interacción, de comunicación, la forma en que se organizan los grupos para alcanzar metas, el grado de cercanía entre sus miembros y el entorno en que se desenvuelven. El autor concluye con la idea de que la salud mental no solo depende de las acciones gubernamentales, sino también que pueden contribuir fuerzas comunitarias, religiosas y familiares, que con voluntad política favorecen la salud de los inmigrantes.

Una investigación realizada con población centroamericana fue la realizada por (Temores, Infante, Caballero, Flores, y Santillanes, 2015), cuyo objetivo consistió en “conocer las necesidades percibidas de salud mental de migrantes centroamericanos en tránsito por la ciudad de Tapachula, Chiapas” (Temores, Infante, Caballero, Flores, y Santillanes, 2015, pág. 227). Como metodología utilizaron una muestra obtenida en la “Casa del migrante” ubicada en Chiapas, la información fue recogida de los resultados de una entrevista semiestructurada aplicada a 20 personas, diez de ellas mujeres y diez hombres quienes eran migrantes indocumentados que se encontraban en tránsito por México, las edades de las mujeres oscilaban entre los 19 y 59 años, mientras que la de los hombres era entre 18 y 48 años.

Dentro de los principales resultados se encontró que el concepto de los migrantes con respecto a la salud mental estaba relacionado con el modelo salud-enfermedad, enunciadas como “locura, tener traumas, haber enfrentado eventos traumáticos, pánico y consumo de drogas y alcohol” (Temores, Infante, Caballero, Flores, y Santillanes, 2015, pág. 230).

Con respecto a su estado de salud, los migrantes perciben estrés, angustia y ansiedad; un aspecto importante considerado por esta investigación es que la vida de los migrantes es semejante a la que vivían en sus países de origen caracterizado por aspectos como la

violencia, la segregación y dificultades económicas. Algunos factores que inciden en la condición de los migrantes es la migración forzada, persecución en sus propios países, así como poca preparación para migrar, “en el tránsito se observa el duelo migratorio, síntomas de estrés, estigma y actitudes de discriminación, violencia, barreras para el acceso a los servicios y la percepción de ausencia de apoyo social y de derechos” (Temores, Infante, Caballero, Flores, y Santillanes, 2015, pág. 232).

Otro estudio cuyo propósito era realizar un metaanálisis sobre los determinantes de la salud mental en inmigrantes fue el realizado en el 2014 por la Universidad del Sur de Bohemia en la República Checa (Olisarova, Tothova, y Brabcova, 2014), utilizaron para ello la revisión de importantes bases de datos tales como ProQuest, Scopus, ScienceDirect, PubMed, EBSCO, SpringerLink y páginas web de ciencia, así como artículos basados en estudios relacionados con el tópico. La investigación fue realizada en un período de enero a abril del 2013. El primer objetivo consistió en realizar una investigación sobre la influencia de factores tales como la etnia, aculturación, estatus migratorio y las características profesionales, en la salud de los migrantes. Como segundo objetivo, se propusieron analizar la interacción de la preservación de la herencia cultural y la relación con el proceso de aculturación.

Los principales resultados encontrados se relacionan con la necesidad de la participación de las entidades gubernamentales y no gubernamentales en el tratamiento de la salud mental, y priorizar temas de cooperación e integración en diferentes zonas de Europa.

Otra revisión bibliográfica con población europea fue la realizada en España por (Collazos, Ghali, Ramos, y Qureshi, 2014), estudio que analizó artículos originales tanto en inglés como en español desde el año 1988 al 2012. Para ello se consultaron bases de datos Medline por medio de Pubmed y MEDES-medicina. La razón para escoger este período se debió al aumento de migrantes en España.

Los hallazgos más relevantes encontrados revelan que los estudios tienen un enfoque social y epidemiológico, relacionando el estrés con la salud mental. Adicionalmente identificaron que la migración como tal es un factor que puede producir vulnerabilidad para la aparición de los trastornos mentales. Dentro de los estudios en los cuales se hace una relación entre los factores sociodemográficos y la salud mental “se detectan distintos factores de riesgo, como serían las diferencias de género, con una peor condición de la salud mental de las mujeres comparada con la de los hombres” (Collazos, Ghali, Ramos, y Qureshi, 2014), otros riesgos incluyen ser joven, dificultades económicas, consumo de tabaco y alcohol, así como la presencia de enfermedades crónicas.

El tema de la aculturación y estrés asociado no se encontró en forma amplia, aunque sí fue mencionado. Otro aspecto presente en las investigaciones fue la discriminación que perciben los migrantes y que genera estrés y dificultades en la adaptación a una nueva cultura.

Como parte de la discusión realizada entre los autores, determinaron la necesidad de abordar en forma sensible el tema de la salud mental, ya que debe considerar que el diagnóstico realizado a esta población se encuentre en concordancia con el contexto cultural de cada individuo. Adicionalmente consideran necesario identificar aspectos religiosos, espirituales, estrés por aculturación y su relación con el estado mental, elementos que no fueron recogidos en los estudios revisados. Para ellos es importante realizar estudios cualitativos que puedan enriquecer aún más un tema tan relevante como la inmigración.

La migración presenta otras aristas que se relacionan también con los desafíos que enfrentan las mujeres al ser una población vulnerable, al respecto Tapia (2011), en su artículo propone revisar la teoría que relaciona la violencia de género y migración, utilizando para ello el caso de los migrantes que viajan de Bolivia a España en el período del 2000 al 2007. Para ello la autora utiliza un estudio de caso exploratorio, descriptivo,

realizando un total de 42 entrevistas tanto a hombres como mujeres, las cuales fueron efectuadas en organizaciones que acogen a inmigrantes.

Los resultados obtenidos señalan que “la condición de irregularidad puede dar lugar a procesos de mayor subordinación y violencia machista” (Tapia, 2011), razón por la cual investigar este aspecto como parte de la caracterización sociodemográfica resulta de interés en la presente investigación.

Asimismo, el uso de drogas en esta población, es otro elemento a considerar en el proceso migratorio, al respecto (Sánchez y Arellanez, 2011) efectuaron una investigación con las personas que migran hacia los Estados Unidos, para ello realizaron un muestreo no probabilístico con una encuesta de 587 migrantes mayores de 18 años, la mayoría de los encuestados eran varones. En esta investigación se encontró que para las personas ya consumidoras, la experiencia de cambio aumentaba el consumo de otras drogas ilícitas. Los que iniciaron su consumo en Estados Unidos lo hacían principalmente con el fin de disminuir el impacto del choque cultural.

En el ámbito nacional, han sido escasas las investigaciones que tienen como objetivo hacer una caracterización sociodemográfica sobre una población con trastornos mentales, tampoco se encontraron investigaciones que relacionaran las variables migración y salud mental. Al respecto, la tesis realizada por Badilla (2012), es la que tiene mayor cercanía con los objetivos formulados en la presente investigación, ya que la misma consistía en una propuesta para que en futuras investigaciones se aplique una entrevista y una escala (Support, Intensity Scale SIS) con el fin de caracterizar sociodemográfica y psicológicamente a la población de pacientes que asisten a la Clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Otra propuesta en la que se relacionan las variables psicosociales y factores epidemiológicos, fue la realizada por (Echeverr, 2010), en la cual expone como objetivos principales, el análisis de las características epidemiológicas de los ingresos en el 2008 al Hospital Nacional Psiquiátrico e identificar las variables psicosociales asociadas. El

enfoque del estudio fue cualitativo, realizando un análisis descriptivo de los datos recolectados. La autora encontró que durante el 2008 de los 1118 usuarios atendidos de primer ingreso, el 44,7% correspondía a adultos jóvenes en edades entre los 20 y 40 años, el 23, 8% eran adolescentes y adultez media era un 26,1%. El principal lugar de residencia se ubicaba en la provincia de San José, seguida por Alajuela. Los principales criterios de egreso se relacionaban con los Trastornos del humor (31%), posteriormente se encontraba Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes (Echeverr, 2010).

Una investigación nacional que realiza un análisis desde la revisión de aspectos sociodemográficos es la efectuada por Arias y Castro (2013), que tenía como objetivo principal determinar la prevalencia de factores de tipo sociodemográfico con el burnout y los enfermos del Hospital Nacional de Niños. La investigación fue de tipo observacional, descriptiva y transversal, para ello se utilizó la Escala Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey, versión en español y el Cuestionario de Datos Sociodemográficos y Laborales (CDSDL). No se contó con muestra ya que se utilizó toda la población.

Los principales hallazgos señalaron que las mujeres puntúan más alto en escalas como la de agotamiento emocional, mientras que los hombres en la de despersonalización y realización personal. Otras variables como el sexo, edad, lugar de habitación, estado civil y presencia de hijos no tuvieron relación con el burnout, de igual forma las variables laborales tampoco demostraron una relación estadística (Arias y Castro, 2013).

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

Enfoque y tipo de estudio

Es un estudio descriptivo que tiene como propósito indagar sobre un fenómeno particular, como lo es identificar los principales diagnósticos nosológicos que de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud- décima edición (CIE-10) y las principales características sociodemográficas de los pacientes migrantes no asegurados durante el segundo semestre del 2014.

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, para lo cual se realizó como fuente principal de información la revisión de expedientes de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión seleccionados.

Población, muestra y participantes

Se recolectó información proveniente de los expedientes del segundo semestre del 2014, para ello se solicitó un listado de todos los pacientes que fueron hospitalizados en condición de inmigrantes no asegurados durante este período. De acuerdo con los datos suministrados por el Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, el total de personas que cumplían con dicho criterio era de 82 pacientes. Debido a las características de la investigación, no se trabajó con una muestra ya que se consideró utilizar toda la población del semestre, lo que permitía minimizar el error por muestreo.

De acuerdo a los datos suministrados por el Servicio de Registros Médicos de este centro hospitalario, en el segundo semestre del 2014 se encontraban 82 personas hospitalizadas con criterios de no aseguramiento y extranjeros. Sin embargo la lista se redujo a 72 usuarios ya que el sistema informático que utilizan contabilizó repetidamente a diez de ellos pues contaban con internamientos posteriores a la fecha señalada para la presente investigación.

Por lo tanto, de estos 72 usuarios, al momento de realizar la revisión de expedientes, se encontró que, 7 de ellos estaban asegurados ya que el sistema informático no los excluyó de la búsqueda, adicionalmente 5 usuarios se nacionalizaron costarricenses, lo que no cumplía con los criterios de inclusión, ya que su estatus migratorio se modificó. Además uno de los usuarios se encontraba en el Centro de atención para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley (CAPEMCO) por lo que no fue posible localizar la información. Por lo tanto se trabajó con una población de 59 personas debido a las situaciones previamente descritas.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Sexo hombre o mujer.
- Deben tener la condición de persona extranjera sin documentos de seguridad social al ser egresado de hospitalización.
- Ser egresados del servicio de hospitalización durante el segundo semestre del 2014.

Criterios de exclusión

- Pacientes que posean condición de aseguramiento al egresar del hospital.
- Que del expediente de salud no se puedan extraer los diagnósticos nosológicos de ingreso y de egreso ya sea porque no se encuentren consignados o sean ilegibles.
- Que en el expediente de salud no se puedan localizar datos sociodemográficos básicos para la presente investigación, como edad, sexo, nacionalidad, lugar de permanencia, diagnósticos de ingreso y de egreso.

Análisis Riesgo-Beneficio

Se clasifica el presente estudio con un riesgo menor al mínimo, ya que la forma de recopilar la información no requiere contacto con los pacientes, pues se realizó una revisión de los expedientes, de tal forma que no se requirió consentimiento informado. En todo momento se guardó la confidencialidad de los datos anotados en los expedientes y no se expone información que se relacione con la identidad del paciente.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas y las principales entidades nosológicas diagnosticadas en los usuarios migrantes en condición de no aseguramiento, que egresan del servicio de hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el segundo semestre del 2014?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar las características sociodemográficas y las principales entidades nosológicas que presentan los usuarios inmigrantes en condición de no aseguramiento, que son egresados del servicio de hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el segundo semestre del 2014.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los usuarios migrantes en condición de no aseguramiento, que son hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el segundo semestre del 2014.

2. Reconocer cuál es el diagnóstico de ingreso nosológico que presentan los migrantes en condición de no aseguramiento, que son hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el segundo semestre del 2014.
3. Registrar el diagnóstico de egreso nosológico que presentan los migrantes en condición de no aseguramiento, al finalizar su hospitalización en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el segundo semestre del 2014.

Procedimiento de recolección de datos

La información se recolectó por medio de la revisión de expedientes de acuerdo a los datos suministrados por el Servicio de Registros Médicos y Estadísticos del Hospital Nacional Psiquiátrico para ello se establecieron los siguientes procedimientos:

- 1- Se envió al Comité de Bioética el proyecto de investigación, una vez aprobado, se solicitó por escrito al Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico la lista de las personas que fueron hospitalizadas en condición de no aseguramiento, durante el segundo semestre del 2014, con su respectivo número de identificación.
- 2- Una vez obtenida la lista de las personas que fueron hospitalizadas durante el segundo semestre del 2014 y que cumplían los criterios de inclusión, se procedió a revisar los datos sociodemográficos tales como edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, condición socioeconómica, violencia intrafamiliar, consumo drogas, nacionalidad, condición migratoria, y los diagnósticos de ingreso y egreso, así como tiempo de hospitalización. Para ello se utilizó la hoja de información que los médicos psiquiatras completan, con el fin de extraer la información detallada previamente, así como la hoja de egreso.
- 3- Se vació la información en una hoja destinada para ello.

- 4- Se incluyeron los datos en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, "Statistical Product and Service Solutions" (SPSS) por sus siglas en inglés versión 19, para hacer las programaciones estadísticas.
- 5- Los datos fueron registrados en forma anónima por medio de un número que se le asignó a cada persona, con el fin de evitar que sean identificados.
- 6- Se efectuó una lista de cotejo para verificar que los datos fueron resguardados correctamente.
- 7- Se realizó un análisis de los datos para integrarlos como parte de la investigación.

Para efectos del estudio se registraron dos tipos de variables sociodemográficas y las de hospitalización. Mediante una hoja de recolección de datos se obtuvieron las siguientes variables del estudio:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de estudio
- Nacionalidad
- Ocupación
- Lugar de permanencia
- Acompañante
- Consumo de drogas
- Violencia intrafamiliar

VARIABLES DE HOSPITALIZACIÓN:

- Diagnóstico de ingreso
- Diagnóstico de egreso
- Tiempo de hospitalización

- Internamientos en Psiquiatría

Método de análisis estadístico

Para realizar el análisis estadístico, se utilizó el programa "Statistical Product and Service Solutions" (SPSS) por sus siglas en inglés versión 19 programa, los gráficos se elaboraron con ayuda del programa Excel. El análisis de datos se llevó a cabo por medio de la estadística descriptiva, utilizando para ello medidas de tendencia central, como la media, la moda y la mediana.

CAPITULO IV: RESULTADOS

A continuación se presentan los hallazgos encontrados, después de haber obtenido la información recopilada de los expedientes de salud de los usuarios que han estado hospitalizados en el segundo semestre del 2014, en condición de migrantes sin aseguramiento.

El análisis de las características sociodemográficas de los usuarios y los principales trastornos mentales identificados tanto en el ingreso como en el egreso, permitirá brindar un panorama general sobre la salud mental y las condiciones psicosociales que se encuentran en la población migrante.

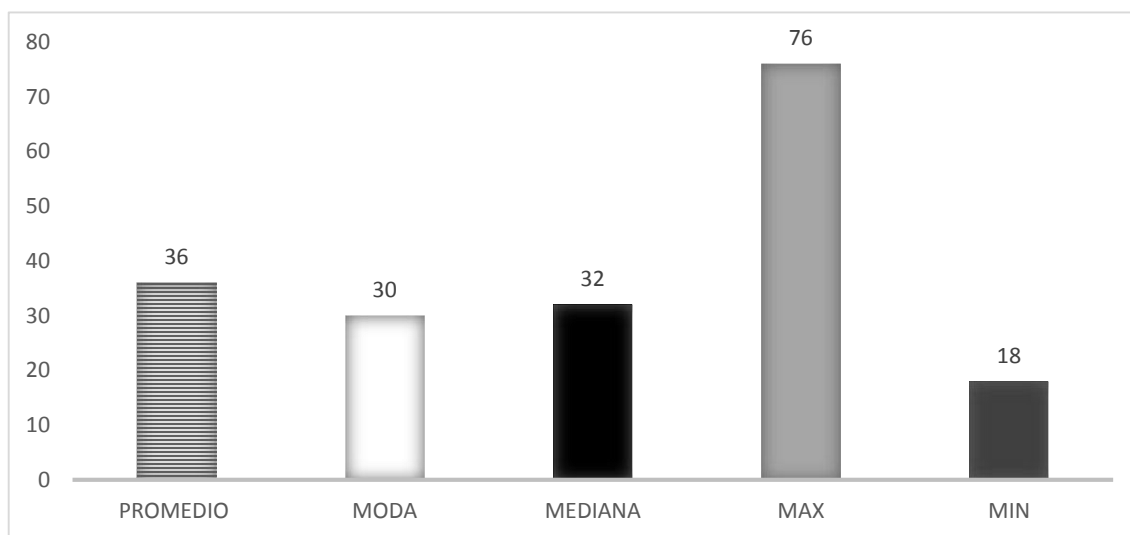


Figura 1: Medidas de tendencia central

Tal como se observa en el gráfico anterior la edad de los pacientes hospitalizados en condición de no aseguramiento y extranjeros presenta un promedio de 36 años, constituyéndose el rango máximo de edad 76 años y el mínimo de 18 años, este último dato está relacionado con el criterio de inclusión de la población en estudio, ya que se considera como parte de la investigación solamente a los mayores de edad.

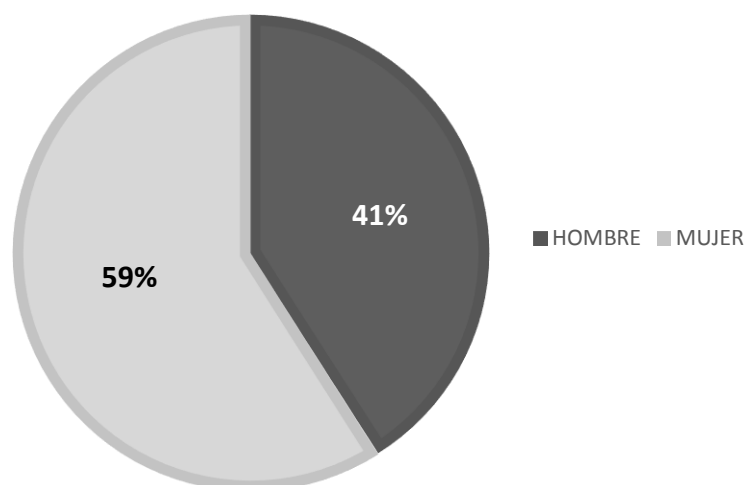


Figura 2: Distribución porcentual por sexo

En lo que respecta al porcentaje de mujeres y hombres hospitalizados en condición de migrantes durante el segundo semestre del 2014, se observa un 59% de mujeres, mientras que los hombres representan un 41% de la población. Lo que implica una mayor presencia de mujeres que de hombres en condición de no aseguramiento, posiblemente porque es la población que más realiza consultas en salud.

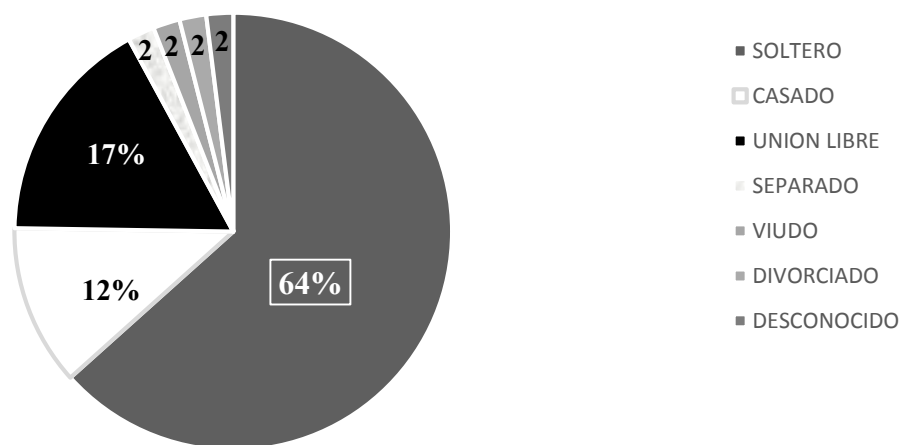


Figura 3: Distribución porcentual del estado civil

Los datos sociodemográficos señalados en este gráfico indican que el estado civil que más predomina en los pacientes hospitalizados es la condición de soltería a razón de un 64%, frente al segundo grupo más importante con un 17% en Unión Libre y un 12% refirieron estar casados. Las otras condiciones civiles corresponden a un 2% Separado, Viudo, Divorciado y Desconocido respectivamente.

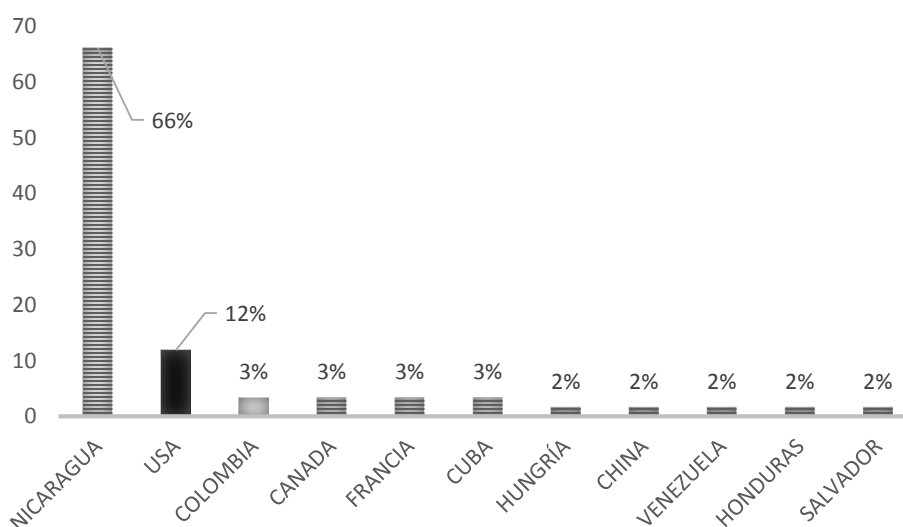


Figura 4: Distribución porcentual de la nacionalidad

La nacionalidad principal de los pacientes ingresados corresponde a la nicaragüense con un 66% de la población, dato significativamente alto en comparación con el resto de nacionalidades presentes. Por ejemplo el 12% corresponde a personas cuya nacionalidad es estadounidense, mientras que el resto de países de origen de los usuarios es de Colombia, Francia o Canadá con un 3%, mientras que el 1% de los usuarios son de Hungría, China, Venezuela, Honduras, El Salvador.

Tal como se observa en esta tabla, la frecuencia de pacientes que son hospitalizados en condición de no aseguramiento provienen de Nicaragua con un ($f=39$), que si se compara con los datos obtenidos de la revisión de expedientes, es elevado y representativo de la

situación actual que atraviesa el sistema de salud costarricense en la atención de pacientes migrantes.

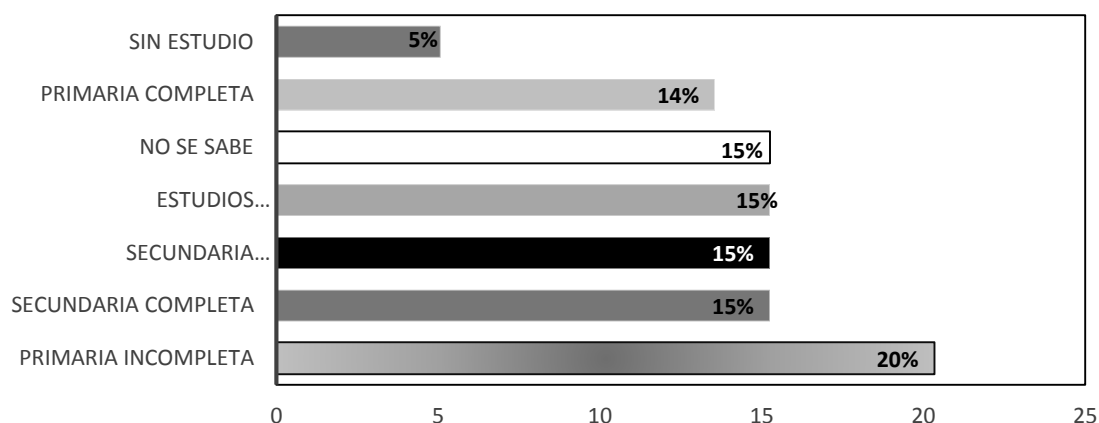


Figura 5: Distribución porcentual del nivel de escolaridad

En lo que respecta al nivel de estudios de los usuarios ingresados, se observa una distribución equilibrada a lo largo del gráfico, ya que es posible identificar como un 15% de la población tiene estudios universitarios, además señalan poseer secundaria completa (15%) y secundaria incompleta (15%), sin embargo llama la atención que, un 14% de los usuarios no lograron brindar tal información, ya que los datos consignados se obtienen en el Servicio de Emergencias, y es posible que, por la condición de los pacientes, idioma u otras circunstancias, no sea posible identificar esta información.

Pese a ello, en el gráfico se logra observar que existe un grueso de los pacientes con primaria incompleta (20%) y un 5% que es analfabeta para un total de 25% en condición de baja escolaridad.

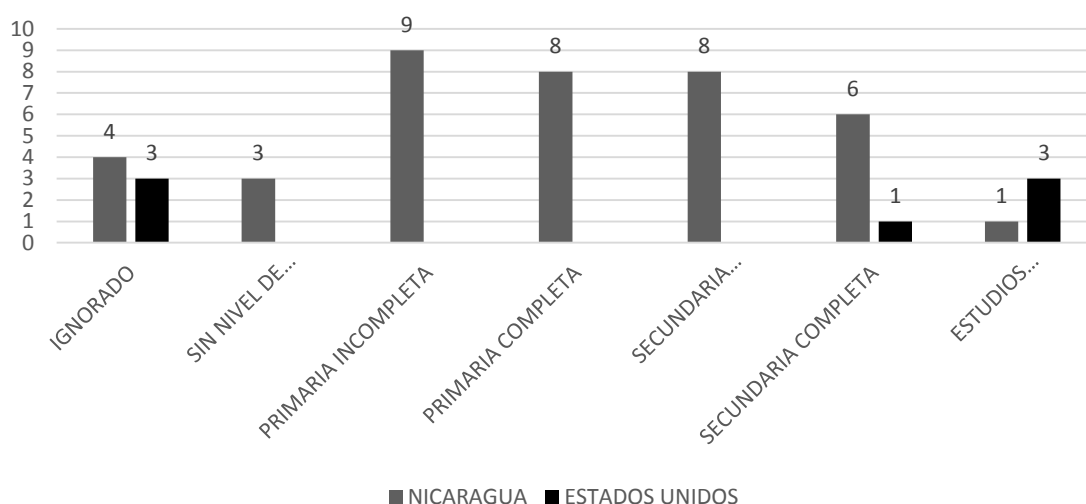


Figura 6: Distribución de frecuencia del nivel de estudios y nacionalidad

En este gráfico se representan las dos nacionalidades más frecuentes de donde provienen los usuarios, de manera que se relacionó el nivel de estudios con el país de origen, de los datos obtenidos, se encontró que las personas de origen nicaragüense son las que tienen menor nivel de instrucción, por ejemplo 3 usuarias de las 39 personas nicaragüenses reportadas son analfabetas, 9 de ellas con primaria incompleta, 8 tienen primaria completa, 8 no finalizaron la secundaria, mientras que 6 de ellas tienen secundaria completa. Es importante recalcar que de todas las personas atendidas nicaragüenses, solamente una de ellas señaló tener estudios universitarios. Este aspecto contrasta significativamente con la población estadounidense en donde al menos uno de ellos dice haber finalizado la secundaria y 3 refieren tener estudios universitarios, mientras que tres pacientes de dicha población no indicaron su nivel de estudios.

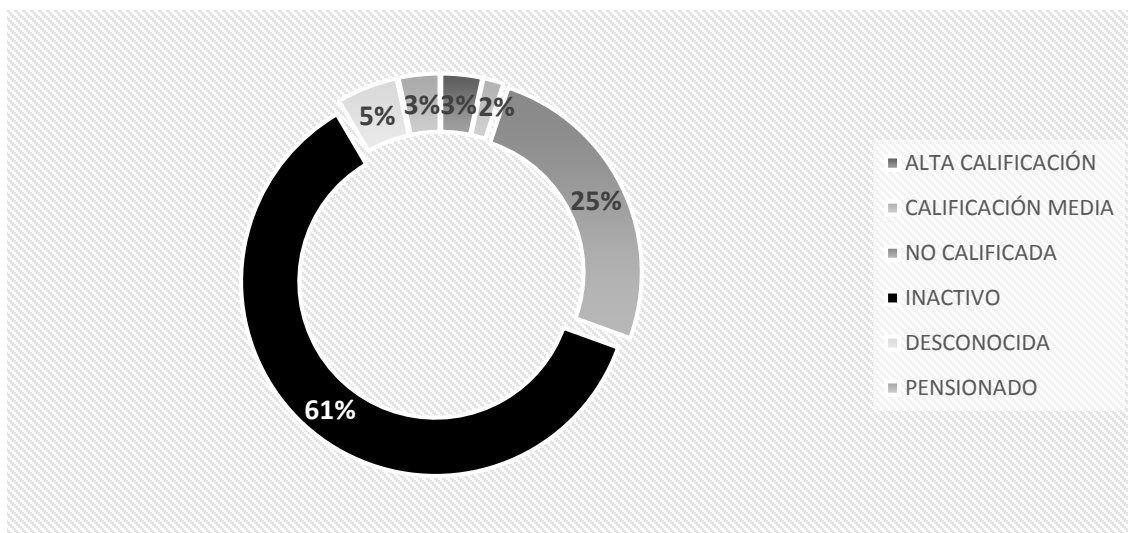


Figura 7: Distribución porcentual de la condición laboral

De los datos recolectados en la revisión de expedientes, se encuentra que, en el 61% de los pacientes no trabajan, lo que puede estar relacionado con su condición de migrante y el trastorno mental asociado. Como segundo dato importante es la presencia de personas con oficios catalogados como no calificados, es decir que son labores en las cuales no se requiere ningún nivel de estudios y que incluso son trabajos informales, como comercio u ocupaciones agrícolas, las cuales representan un 25%. Un 5% de la población no refirió poseer ningún tipo de ocupación, solamente un 3% señaló una ocupación de alta calificación (que requiere estudios universitarios), además un 3% indicó estar pensionado y un 2% tenía una labor de calificación media.

Tabla 1: Ocupación laboral de nicaragüenses y otras nacionalidades

OCUPACIÓN	NICARAGUA	OTRAS NACIONALIDADES
ALTA CALIFICACIÓN	0	2
CALIFICACIÓN MEDIA	1	0
DESCONOCIDA	1	2
INACTIVO	25	11
NO CALIFICADA	12	3
PENSIONADO	0	2
TOTAL	39	20

Los datos del gráfico muestran como los pacientes nicaragüenses manifiestan estar inactivos laboralmente con una $f=25$, lo cual comparado con el resto de usuarios de otras nacionalidades es elevado. Además los 39 pacientes nicaragüenses de la población 12 tienen un trabajo no calificado lo que corresponde a un 30% del total del internamiento de este grupo.

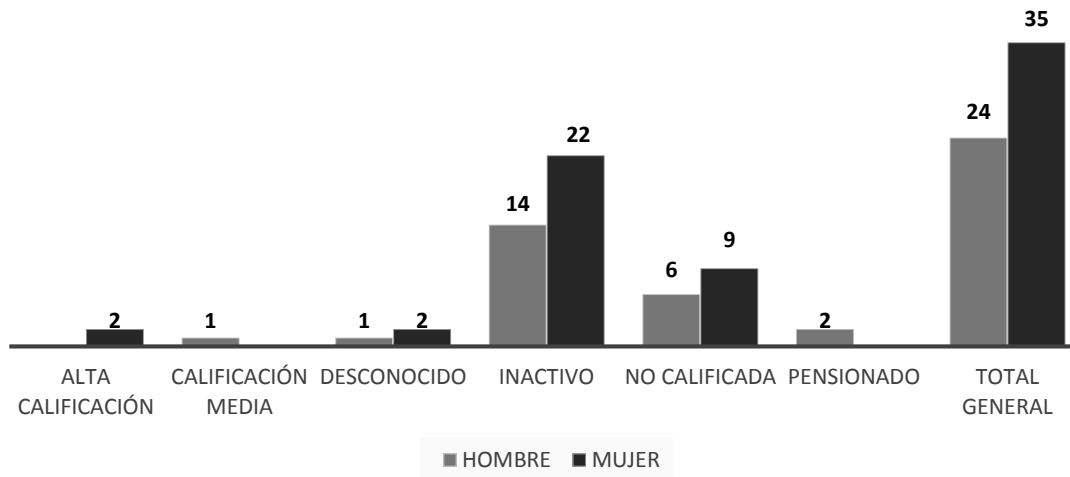


Figura 8: Relación entre ocupación y sexo

Los datos señalados en este gráfico indican que 22 mujeres se encuentran inactivas laboralmente, mientras que solamente 14 de los hombres hospitalizados tienen dicha condición. En lo que respecta a la ocupación no calificada, 9 mujeres y 6 hombres pertenecen a este nivel de ocupación. Lo anterior refleja la dificultad que pueden experimentar las mujeres para conseguir trabajo y si lo hacen es posible que corresponda a una labor menos calificada y por lo tanto de menor ingreso.

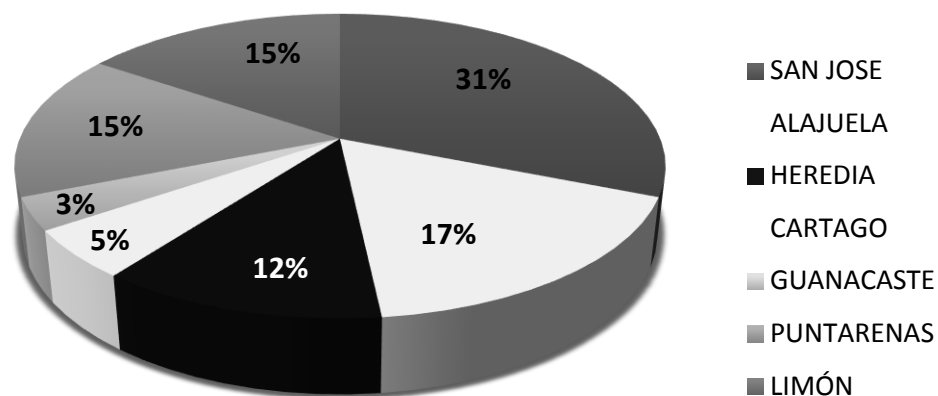


Figura 9: Residencia por provincia

La mayoría de usuarios residen en la provincia de San José, representando un 31% de la población, con una frecuencia de 19 personas, la segunda provincia con mayor presencia de pacientes se registra en Alajuela con un 17% y una frecuencia de 10 pacientes. La tercera provincia con mayor residencia de usuarios es Puntarenas con un 15% y una frecuencia de 9, de la misma forma se presenta la provincia de Limón con un 15% y una frecuencia de 9 personas. Le sigue Heredia en donde se ubican un 12% de los usuarios con una frecuencia de 7 pacientes. Con una distancia significativa se encuentra Cartago con un 5% y la provincia de Guanacaste con un 3%.

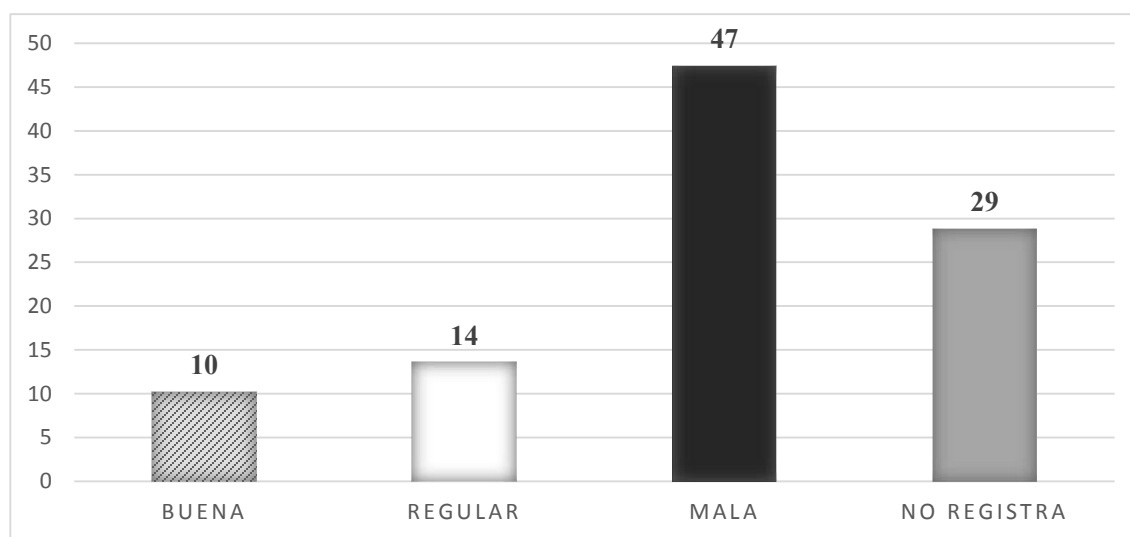


Figura 10: Situación económica

La condición económica reportada por los usuarios al momento del ingreso, señala un 47% en situación “mala”, el 14% corresponde a un estado “regular”, solamente el 10% reporta una situación buena. Es importante identificar que un porcentaje elevado 29% no registraron su situación económica.

Tabla 2: Distribución porcentual y frecuencia de acompañamientos de pacientes

ACOMPañANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familiar	19	32%
Amigo	1	2%
Compañero de estudios	0	0%
Compañero de trabajo	0	0%
Persona desconocida	2	3%
Solo	7	12%
No indica	23	39%
Personal médico	7	12%
TOTAL	59	100%

En los datos obtenidos de la revisión de expediente, se observa que en el 39% de los casos no se registró quien los acompañaba con una $f=23$, un 32% ($f=19$) de los pacientes fueron acompañados por un familiar y un 12% ($f=12$) llegaron al servicio de emergencias solos o acompañados por el personal médico. Otros usuarios asistieron con una persona desconocida 3% ($f=2$) y con amigos 2% ($f=1$).

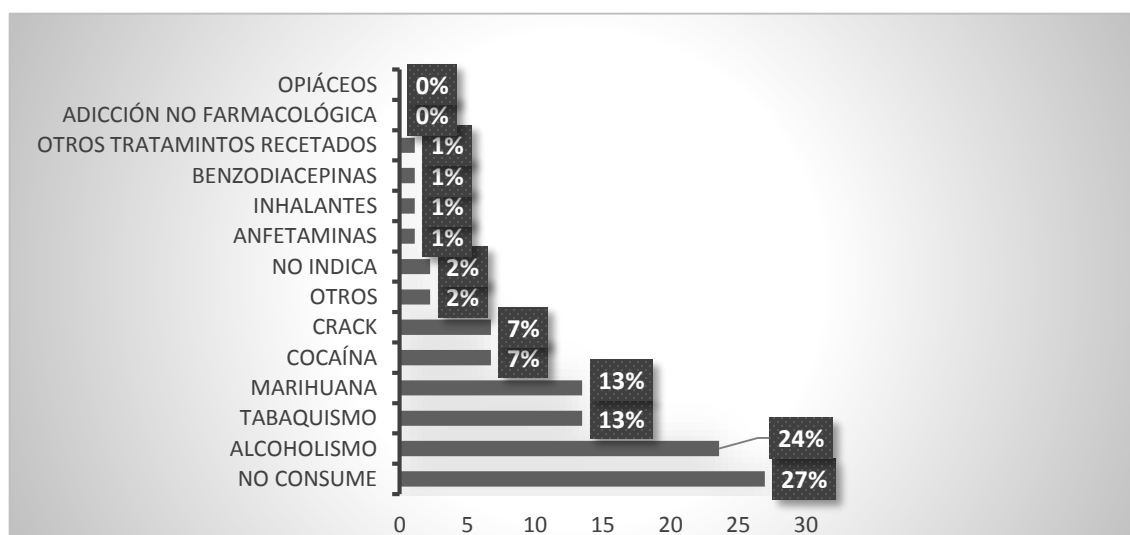


Figura 11: Consumo de drogas

En lo que respecta al consumo de drogas en la población estudiada se encuentra que un 27% (f=24) de los usuarios reportan no consumir ningún tipo de sustancias, mientras que el 24% (f=21), señalan el uso del alcohol. El tabaquismo representa el 13% de consumo, ubicándose en el tercer lugar de la lista, así como la marihuana con el mismo porcentaje 13% (f=12). Otras drogas de importancia mencionadas son la cocaína y el crack con un 7% y una f=6. La presencia de sustancias como las anfetaminas, inhalantes o benzodiacepinas fue mencionada en porcentajes muy bajos (1%).

Tabla 3: Distribución de frecuencia de consumo de drogas y sexo

CONSUMO DE DROGAS	FRECUENCIA	
	HOMBRE	MUJER
No consume	8	16
Alcoholismo	11	10
Marihuana	8	4
Tabaquismo	5	7
Crack	3	3
Cocaína	1	5
No indica	0	2
Inhalantes	1	0
Anfetaminas	0	1
Otros tratamientos	0	1
Otros	1	1
TOTAL	38	50

Esta tabla permite identificar la distribución del uso de drogas entre hombres y mujeres hospitalizados, al respecto, en el rubro denominado “No consume” se observa una diferencia significativa en las respuestas de las mujeres, quienes señalaron la no ingesta de ningún tipo de sustancias con una f=8, frente a los hombres con una f=16, es decir el doble de la población de hombres son consumidores. En lo que respecta al alcohol, tanto

hombres como mujeres parecen presentar una ingesta similar con un $f=11$ en hombres y una $f=10$ en mujeres, la segunda droga de mayor consumo es la marihuana en donde nuevamente los hombres superan a las mujeres en al menos un 50%, ya que los hombres tienen una $f=8$ frente a las mujeres con una $f=4$. Con respecto al tabaco se puede observar una relación similar entre hombres $f=5$ y las mujeres $f=7$. Asimismo el crack también tiene una frecuencia parecida, los hombres con $f=3$ y las mujeres con $f=3$ respectivamente. Sin embargo llama la atención el aumento del uso de la cocaína en donde las mujeres reportan una $f=5$ frente a los hombres con una $f=1$.

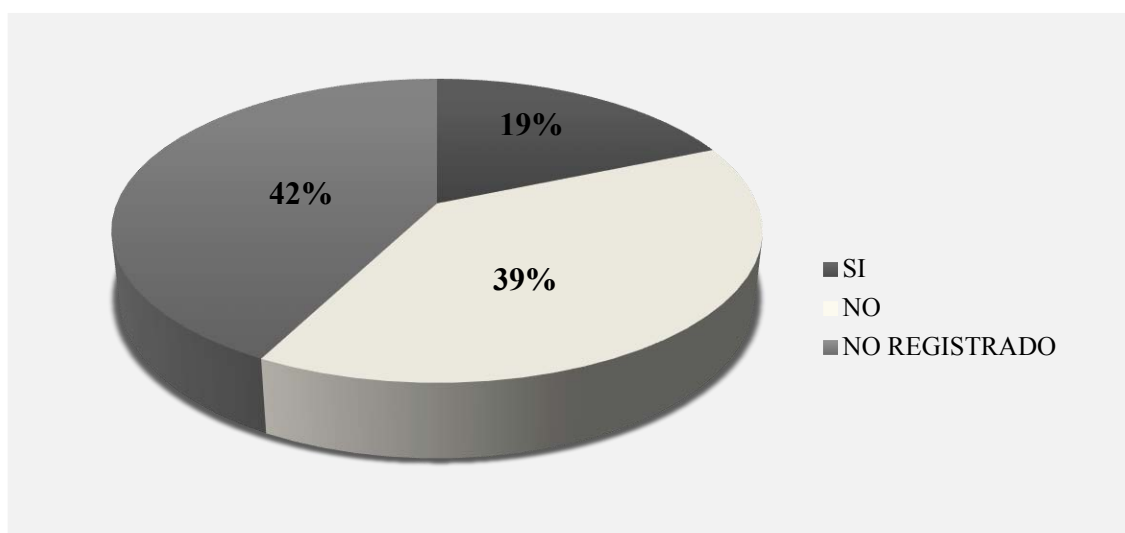


Figura 12: Registro de violencia intrafamiliar

En este gráfico se detalla la distribución porcentual de los pacientes que señalaron la presencia o no de violencia intrafamiliar, el 39% ($f=11$) afirma no haber experimentado este tipo de situación, mientras que el 19% señala haber tenido algún tipo de problemática, aunque no definen el tipo de violencia intrafamiliar. Como dato importante es necesario observar como en un 42% de los datos obtenidos no se registró en la hoja de información la presencia de violencia intrafamiliar .

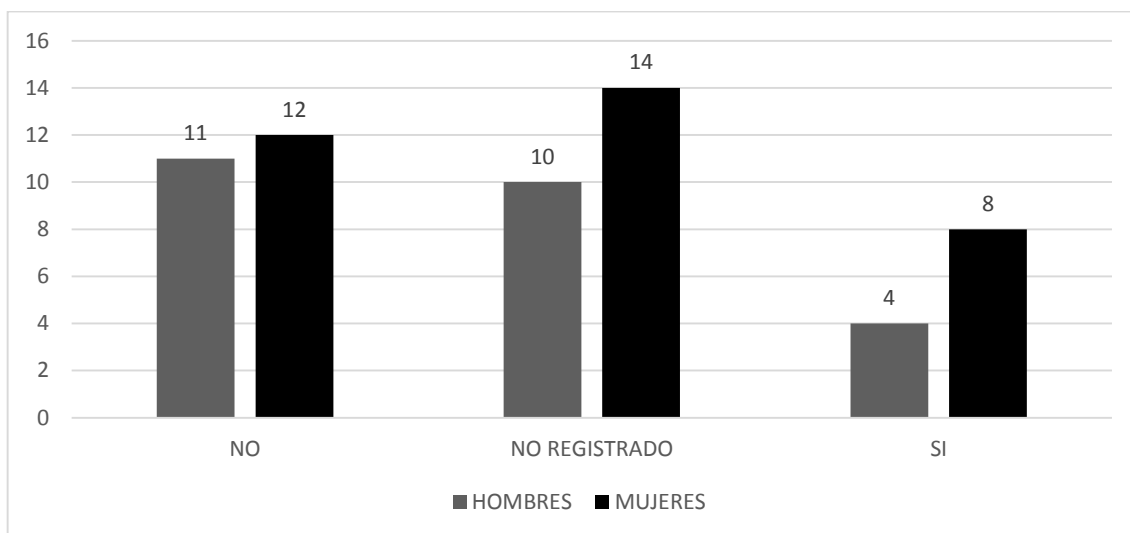


Figura 13: Registro de violencia intrafamiliar por sexo

La relación entre el registro de pacientes mujeres que afirmaron haber sido víctima de violencia intrafamiliar y de hombres es mayor en al menos un 50%, tal como se observa en el gráfico, en donde se reportan 4 hombres que experimentaron dicha situación frente a 8 mujeres. Sin embargo pese a esto las mujeres son las que menos registran violencia intrafamiliar con un $f=14$ en comparación con los hombres con una $f=10$.

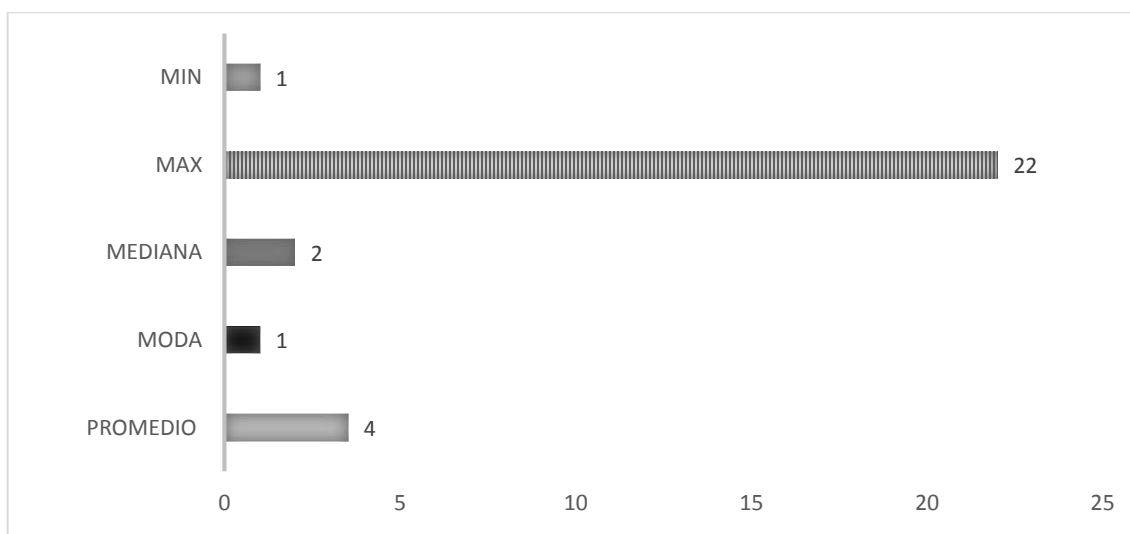


Figura 14: Internamientos previos

De acuerdo con el gráfico y los datos reportados, el promedio de la cantidad de internamientos de los pacientes fue de cuatro, con un mínimo de 1 y un máximo de 22 internamientos al segundo semestre del 2014. Del total de estos pacientes 11 de ellos presentaron internamientos posteriores a la fecha del estudio, es decir un 18% volvieron a internarse en plazo de un año o menos, datos que se ven reflejados en el gráfico 16.

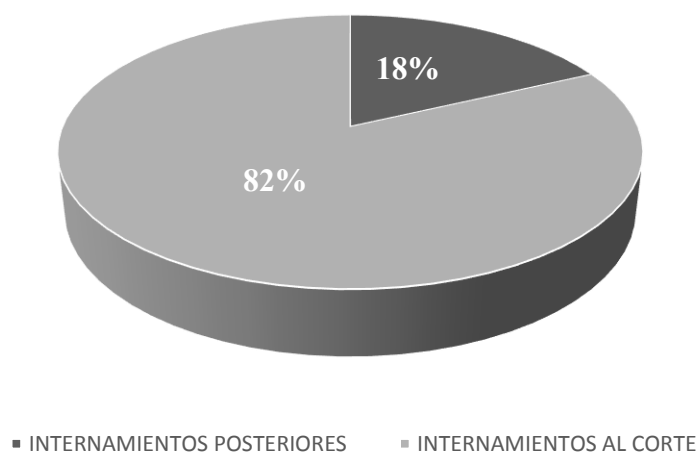


Figura 15: Internamientos posteriores a la fecha de corte

Los internamientos posteriores a la fecha de revisión de los expedientes se observan en este gráfico, en donde se representa por medio de porcentajes, al respecto el 18% de los pacientes han debido ser internados en un período aproximado de un año, lo que implica la posibilidad de recaídas que requieren hospitalización en dicha población.

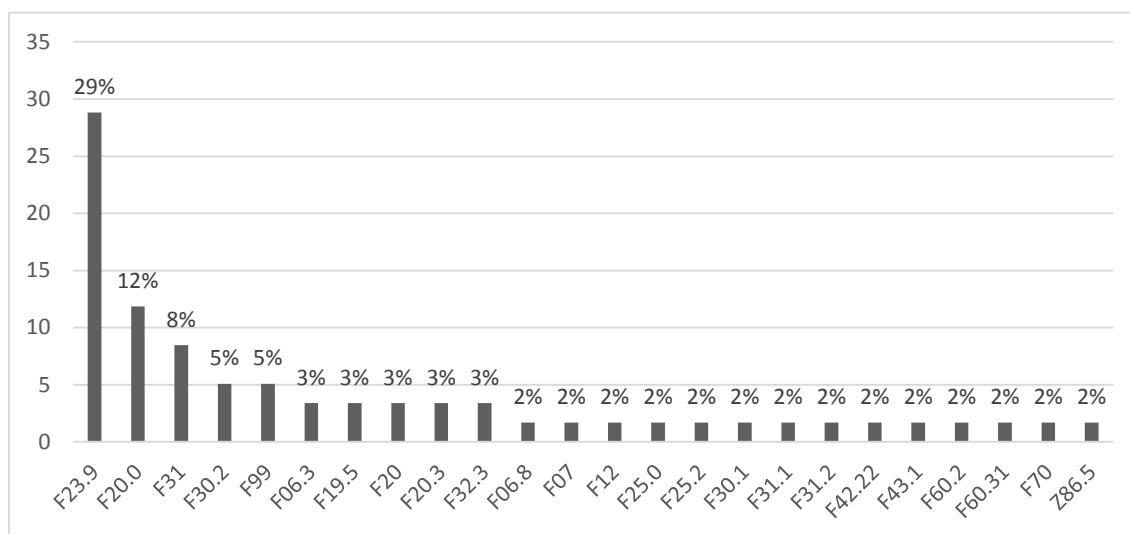


Figura 16: Diagnósticos de ingresos primarios

Los porcentajes señalados en el gráfico sugieren que el principal diagnóstico con el que ingresan los usuarios migrantes es el Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación (F23.9) con un 29%, seguido por la Esquizofrenia (F20.0) representado con un 12% de la población en estudio. Otros trastornos mentales del humor, que presentan datos significativos son el Trastorno bipolar (F31) con un 8% y los Episodios maníacos (F30.2) con síntomas psicóticos con un 5%. Se observa además que un 5% de la población fue diagnosticada con Trastornos mentales sin especificación (F99).

Para identificar la codificación remitirse a la Lista de Codificación CIE-10, en las hojas preliminares del presente estudio.

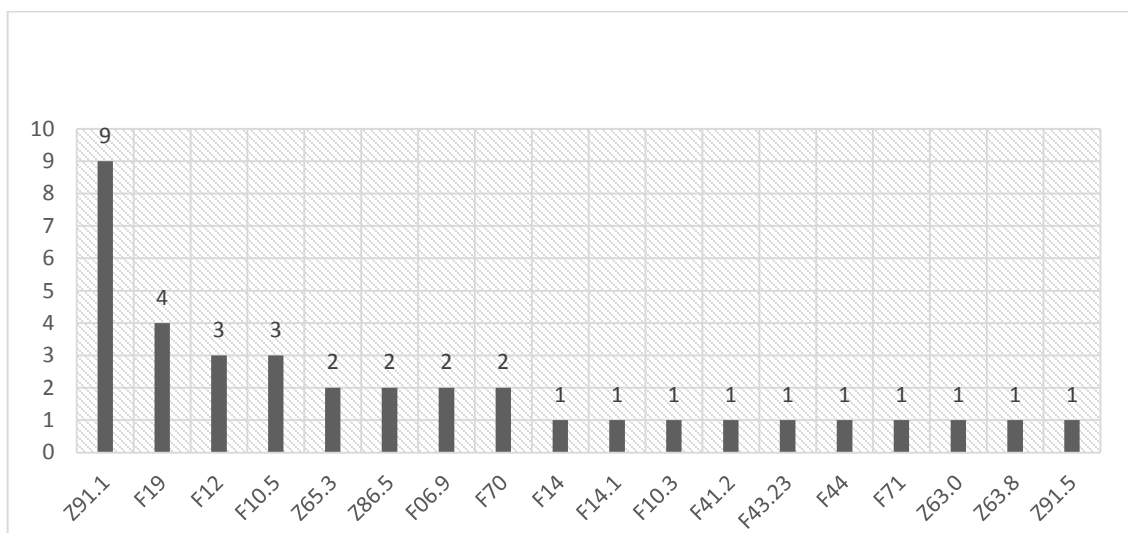


Figura 17: Diagnósticos de ingresos secundarios

Como diagnósticos secundarios descritos en los expedientes de los usuarios, se indica que, 9 usuarios de los 59 casos analizados tienen dificultad en la adherencia al tratamiento (Z91), dicha situación se considera un factor de riesgo, ya que implica la posibilidad de presentar recaídas. Por otro lado el código diagnóstico que fue registrado como segundo criterio fue el Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas (F19), en donde 4 de los pacientes manifestaron presentar tal situación.

En cuanto al resto de los datos, se observa que 3 usuarios poseen Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides (F12) y otros 3 con Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol con trastorno psicótico (F10.5).

Tabla 4: Distribución de frecuencia de los diagnósticos de ingreso terciarios

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
Consumo perjudicial de alucinógenos	1
Problemas relacionados con otros problemas legales	1
Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico	1
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	1
Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario	1
Trastorno de adaptación. reacción depresiva breve	1
Retraso mental no especificado	1
Otros síndromes de malos tratos	1
Retraso mental leve	1
Soporte familiar inadecuado	1
Acentuación de rasgos de personalidad	1
TOTAL	11

El tercer criterio diagnóstico se puede observar en esta tabla en donde es posible identificar los códigos según CIE-10, calificados como “Z”, así como el consumo de drogas alucinógenas y alcohol. Sin embargo en comparación con el resto de la información obtenida, estadísticamente no presentan un dato significativo.

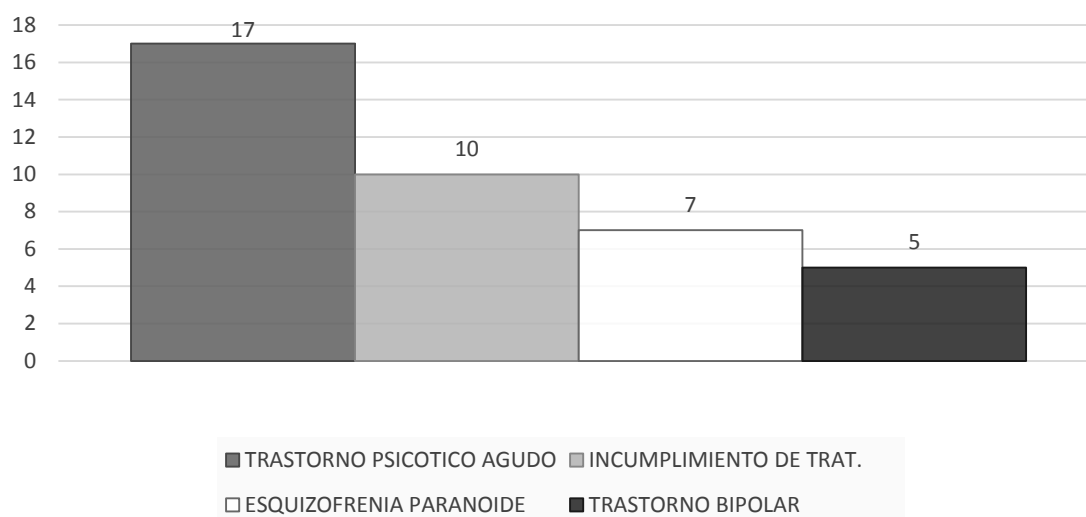


Figura 18: Total de diagnósticos de ingresos primarios

Este cuadro muestra los primeros cuatro diagnósticos más importantes identificados en los usuarios hospitalizados migrantes durante el período descrito, tal como se indicó en el gráfico 17 el Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación, es que el presenta mayor frecuencia con 17 pacientes, seguido por Historia personal de abandono de tratamiento con una $f=10$. El tercer criterio señalado fue la esquizofrenia paranoide con una $f=7$ y el Trastorno bipolar con una $f=5$. Estos datos reflejan que los pacientes migrantes no asegurados presentan al momento del internamiento trastornos mentales graves, algunos de los cuales pueden ser transitorios como el Trastorno psicótico agudo.

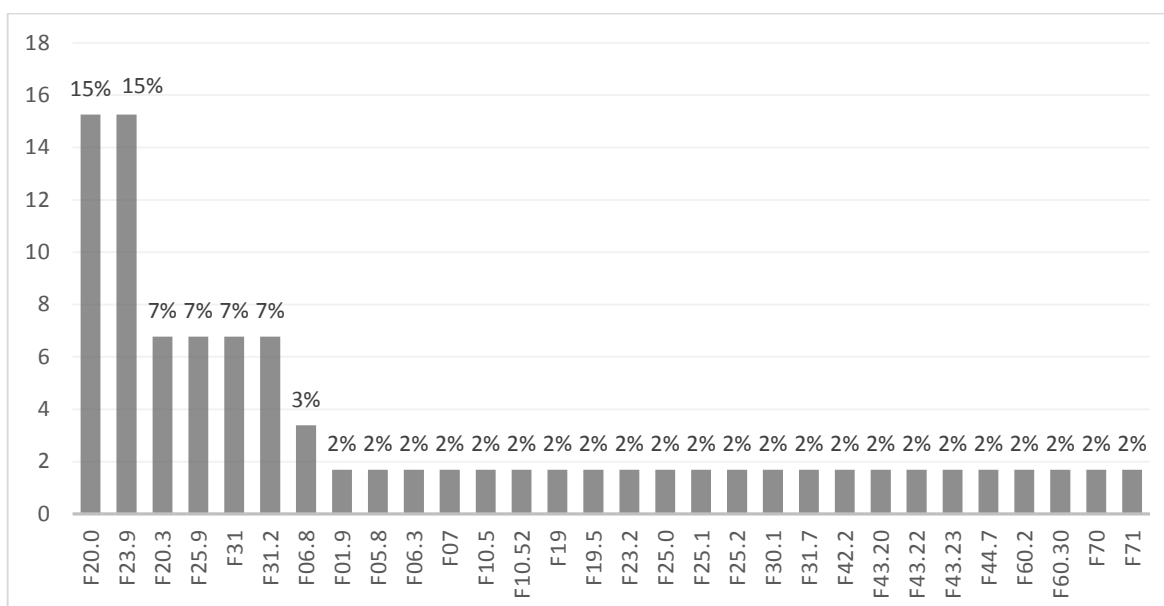


Figura 19: Diagnósticos de egresos primarios

Como diagnóstico de egreso, se registra que un 15% de la población en estudio fue diagnosticada con Esquizofrenia paranoide (F20.0), asimismo otro 15% corresponde al Trastorno psicótico agudo transitorio (F23.9). Otros trastornos de importancia identificados con un 7% son la Esquizofrenia indiferenciada (F20.3), el Trastorno esquizoafectivo sin especificación (F25.9), el Trastorno bipolar (F31) y el Trastorno bipolar episodio actual maníaco con síntomas psicóticos (F31.2).

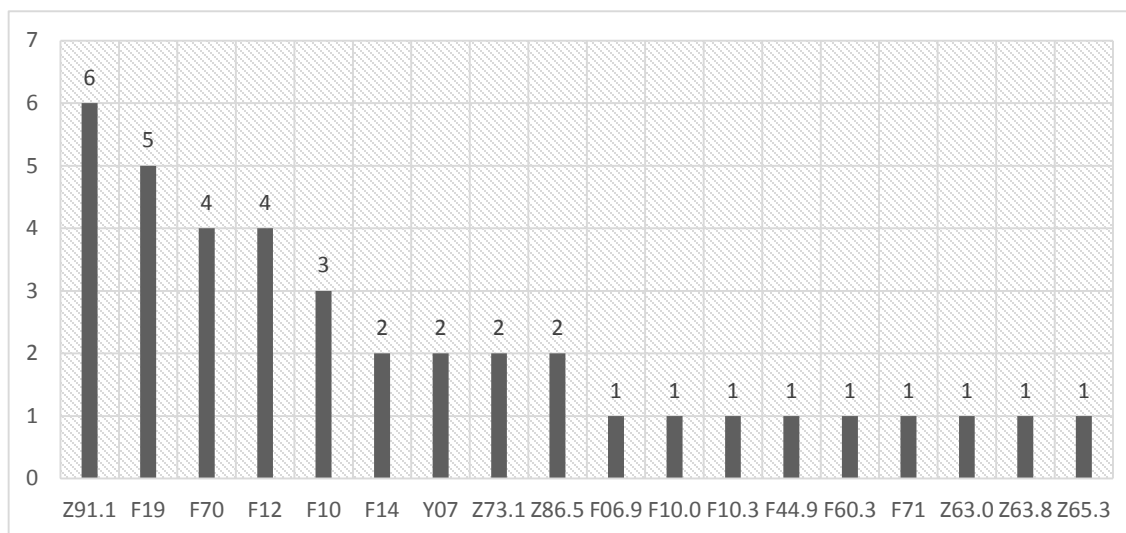


Figura 20: Diagnósticos de egresos secundarios

Este gráfico permite visualizar los criterios secundarios de egreso, en donde se puede observar que la Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico o Z91.1 es predominante con una $f=6$, seguido por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas (F19) con una $f=5$. El resto de criterios diagnósticos presentan una frecuencia baja ($f=3,2, 1$).

Si se suman las categorías diagnósticas relacionadas con drogas tales como F10 ($f=3$), F10.0 ($f=1$) y F10.3 ($f=1$) que corresponden al Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, las F12 ($f=4$) Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de cannabinoides, las F14 ($f=2$) Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de cocaína, y las F19 ($f=5$) Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas, se llegan a contabilizar 16 casos de consumo de sustancias, lo cual sería el diagnóstico de egreso secundario más alto y representativo.

Tabla 5: Distribución de frecuencia de los diagnósticos de egreso terciarios

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
Problemas relacionados con otros problemas legales	3
Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico	2
Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario	2
Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico	2
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides	1
Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación	1
Otros problemas relacionados con el estilo de vida	1
Desaparición o muerte de un miembro de la familia	1
Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides	1
Soporte familiar inadecuado	1
Problemas de relación entre esposos o con la pareja	1
TOTAL	16

En el rubro denominado Problemas relacionados con otros problemas legales, se incluyen los asociados a los problemas migratorios, en donde la frecuencia baja $f=3$, puede estar relacionado con la ausencia de este código como parte de la recolección de la información. Adicionalmente, tal como se observa en el gráfico 18, en esta tabla también se registra la falta de adherencia al tratamiento con una $f=9$.

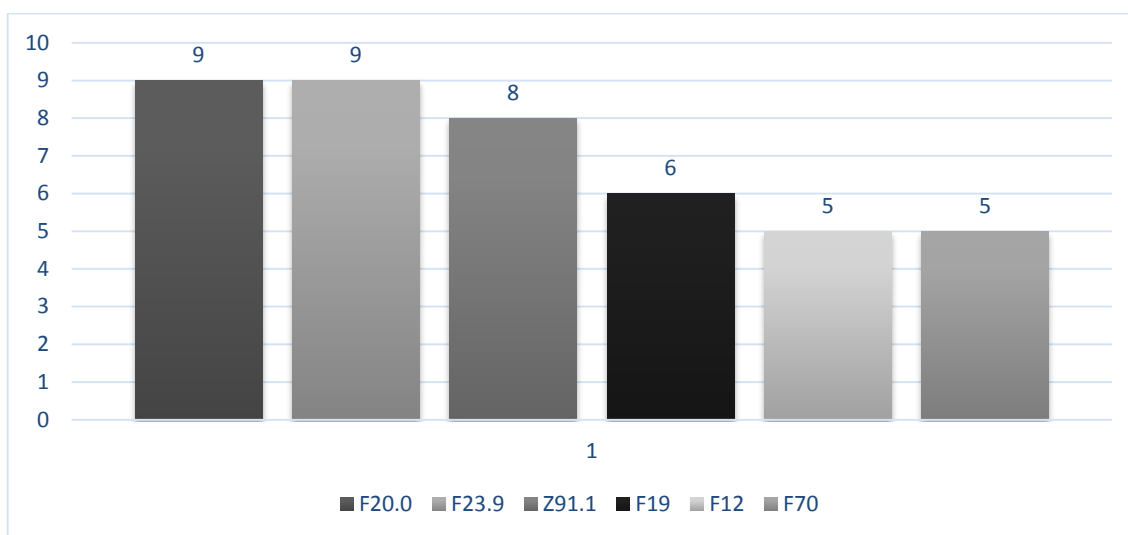


Figura 21: Total de diagnósticos de egresos primarios

Este gráfico presenta la distribución de frecuencias para los cinco primeros diagnósticos de egreso, en donde predomina tanto la Esquizofrenia paranoide (F20.0) con una $f=9$, así como el Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación (F23.9), tal como queda registrado en los anteriores gráficos de egreso. Le sigue el código Z91, relacionado con la falta de adherencia al tratamiento con una $f= 8$. Posteriormente se observan los códigos de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas (F19) con una $f= 6$, los últimos resultados se ubican al extremo con una $f=5$ relacionados con el consumo de cannabinoides (F12) y el Retraso Mental Leve (F70) con una $f=5$ respectivamente.

Tabla 6: Prevalencia de trastornos mentales entre hombres y mujeres

TRASTORNO MENTAL	FRECUENCIA	
	HOMBRE	MUJER
Esquizofrenia paranoide	4	5
Trastorno psicótico agudo	2	7
Abandono de tratamiento	4	4
Total	10	16

Esta tabla permite identificar la diferencia de criterios diagnósticos entre hombres y mujeres, se puede observar cómo existe un mayor número de mujeres que sufren trastornos psicóticos agudos con una $f=7$ frente a los hombres con una $f=2$.

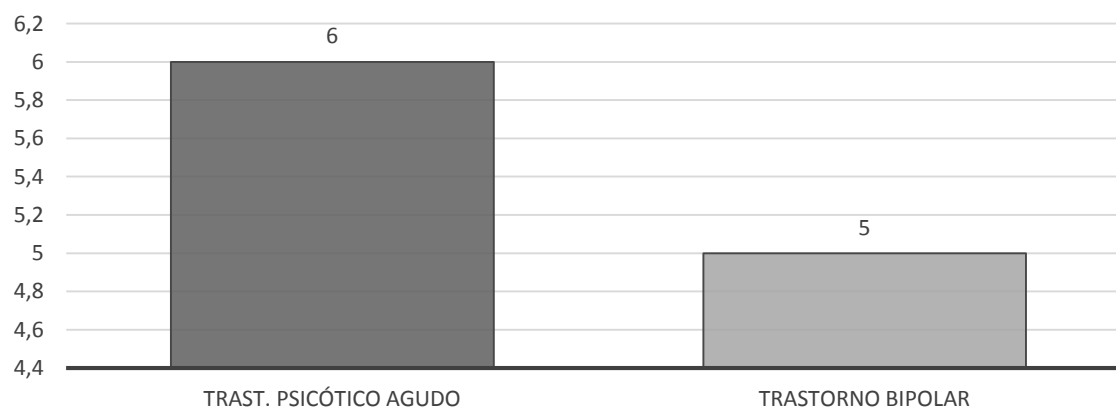


Figura 22: Relación entre consumo de alcohol y diagnósticos

El consumo de alcoholismo en los pacientes hospitalizados tiene una frecuencia de 21 personas, constituyéndose en la sustancia que más utilizan los usuarios, por lo tanto si se relaciona este factor con los diagnósticos registrados para primer ingreso, puede asociarse

la ingesta de alcohol con el Trastorno psicótico agudo sin especificación con una $f=6$, seguido por el Trastorno Bipolar con una $f=5$.

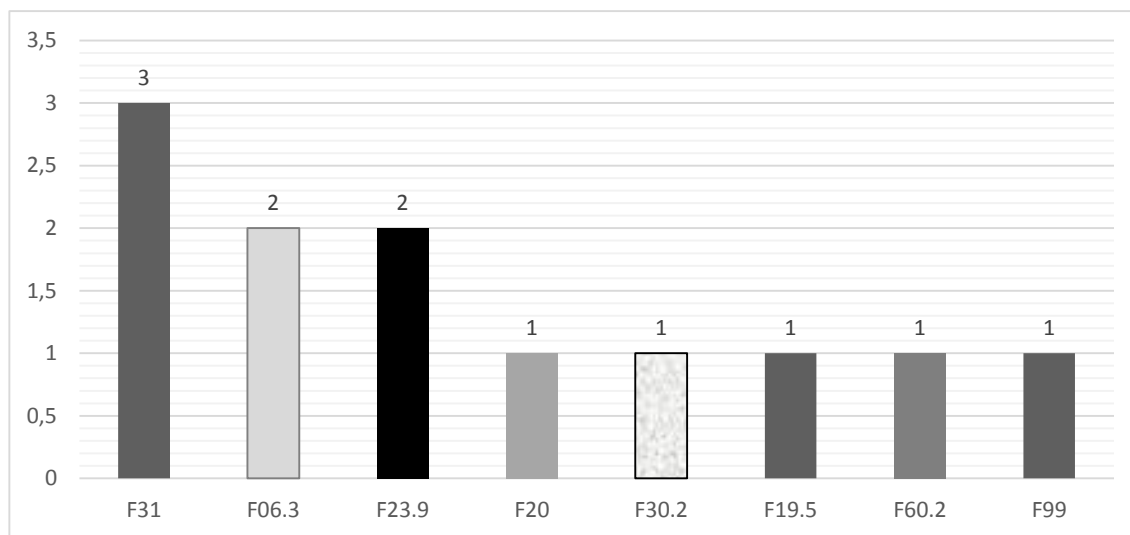


Figura 23: Diagnóstico entre consumo de tabaco y diagnósticos

El consumo de tabaco es el segundo diagnóstico registrado en la revisión de expedientes, en este gráfico se representa la asociación entre los Trastornos mentales y el uso del tabaco, al respecto se observa que el Trastorno Bipolar (F31) tiene una frecuencia ($f=3$), seguido por el Trastornos del humor afectivos orgánicos (F06.3) con una $f=2$ y por los Trastornos psicóticos agudos transitorios (F23.9) con una $f=2$. Por lo tanto no se puede hacer una relación entre el consumo de dicha sustancias y los trastornos del humor y psicóticos por su baja frecuencia, aunque si existe una asociación entre ellos.

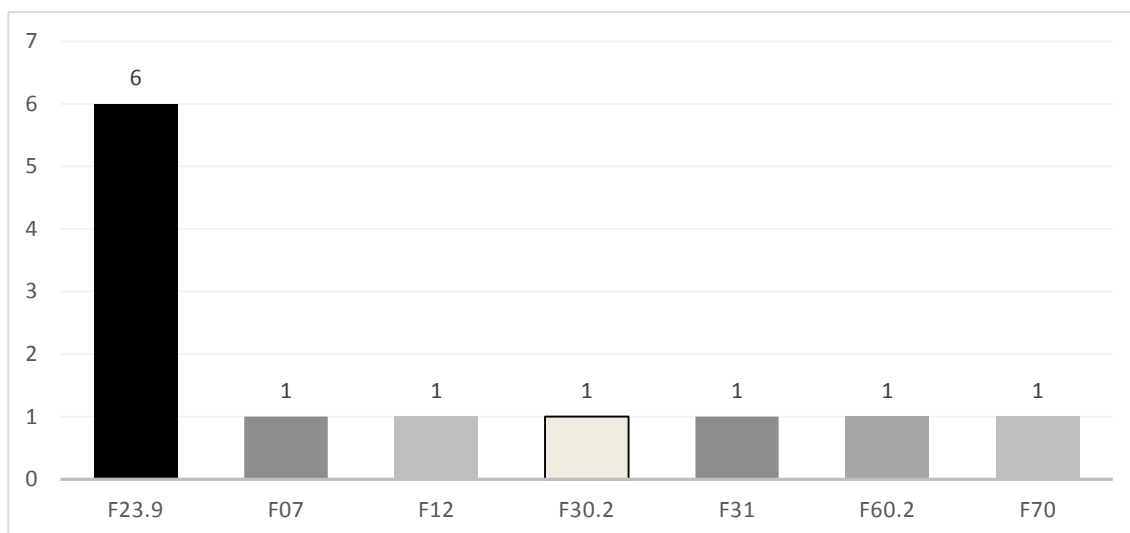


Figura 24: Relación entre consumo de marihuana y diagnósticos

El Trastorno psicótico agudo transitorio (F23.9), tiene una alta relación con el consumo de marihuana, con una frecuencia de 6 pacientes, frente a los 12 usuarios en total que son consumidores de dicha sustancia. Este consumo representa el tercer lugar después del tabaquismo.

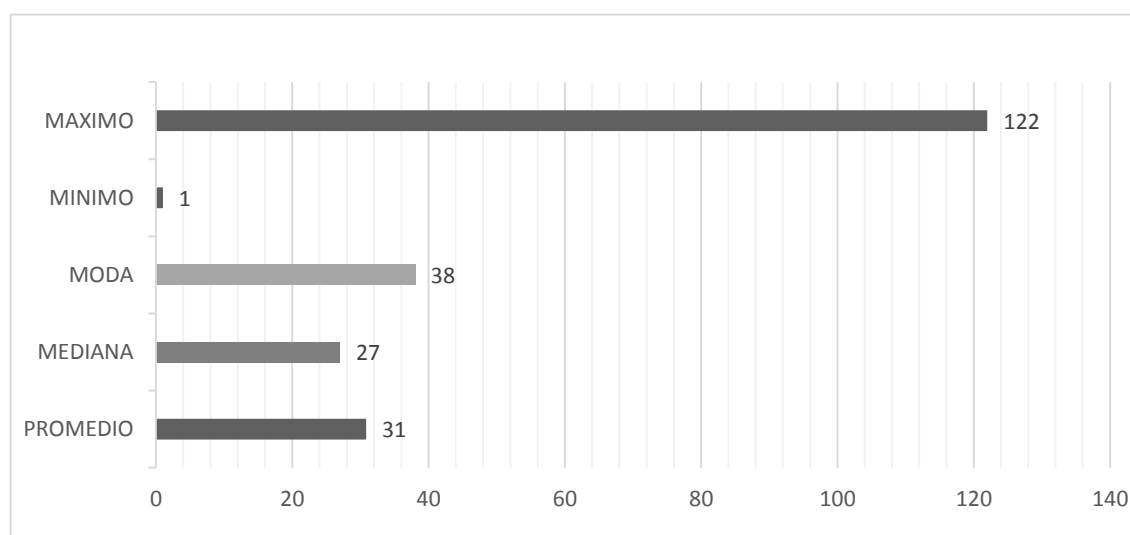


Figura 25: Medidas de tendencia central para el tiempo de hospitalización

El tiempo de hospitalización registrado en los pacientes de la población, indican que en promedio permanecen 31 días en el centro hospitalario, con un mínimo de 1 día y un máximo de 122 días, correspondiente a unos cuatro meses.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Los resultados registrados en cuanto a las características sociodemográficas de la población en estudio señalaron que la edad de los usuarios varía en un rango que va desde los 18 hasta los 76 años, lo que implica una amplitud de atención y de características particulares para cada grupo poblacional. El promedio de edad de pacientes hospitalizados fue de 36 años, que de acuerdo al Censo Nacional de Población del 2011 corresponde a la edad promedio de los migrantes (entre 20-39), por ser una etapa de mayor productividad en cuanto a la fuerza laboral. Estos datos se relacionan con la información expuesta por el Anuario Estadístico del 2014 de la CCSS en donde se refleja que la mayor parte de pacientes en condición de egreso se encuentran en el grupo de edad entre 20-44 años con un 47.7%.

Con respecto a la hospitalización en mujeres, se reportó una mayor cantidad de egresos que en el caso de los hombres, situación que se encuentra relacionada con la investigación realizada por Yañez y Cardenas (2010), en la cual mencionan que las mujeres no solo tienen mayor riesgo de vulnerabilidad, sino también tienen menor grado de bienestar psicológico. En este sentido, de la información relevante que aportó la revisión de expedientes, se encontró que las mujeres hospitalizadas poseen una mayor carga de morbilidad que los hombres, particularmente en cuanto a sintomatología psicótica; por lo tanto la presencia de enfermedades mentales en mayor grado, en el caso de las mujeres se podría asociar a la necesidad de externar las condiciones adversas a las que ha sido expuesta a razón de su doble vulnerabilidad ser mujer y migrante.

El Consejo Nacional de Migración (2013) reportó que en el censo del 2011 que “el 51.77 por ciento de las personas inmigrantes en Costa Rica son mujeres. La feminización de las migraciones es un fenómeno de carácter mundial” (pág.34). Por lo tanto este fenómeno requiere una mayor consideración, ya que el impacto que esto conlleva para sus familias repercute en la educación, salud y condiciones ambientales de desarrollo de sus hijos e hijas.

Por ejemplo muchas mujeres que migran tienen a su cargo la responsabilidad de criar hijos pequeños y adultos mayores, a los cuales no pueden llevar debido a las implicaciones que ello conlleva a nivel económico y, cuando lo hacen aumenta la carga y por lo tanto el riesgo de ser explotadas. La pobreza que experimentan los migrantes es mayor en las mujeres que en los hombres, al ser éstas jefas de hogar y tener una doble responsabilidad: llevar sustento a su familia y colaborar en labores domésticas dentro del hogar (Consejo Nacional de Migración 2013).

Lo anterior refleja como la pobreza tiene relación directa con la condición de género, al ser una población discriminada lo que limita la posibilidad de acceso a los recursos económicos, educativos, laborales así como dificultad para defender sus derechos y ser escuchadas, por lo tanto sufren una marginación múltiple la cual consiste en ser mujeres migrantes pobres.

Asimismo, la violencia intrafamiliar es otro aspecto a considerar, ya que, aunque existe una presencia elevada de esta situación en la población analizada, hay un grupo importante que refiere no presentar tal condición, particularmente el sector conformado por las mujeres, lo que llevaría a pensar sobre la posibilidad de un subregistro, ya sea porque no quieren hacer pública tal problemática o porque no tienen claridad sobre lo que es la violencia intrafamiliar debido a la normalización de la misma en sus vidas. Al respecto en la hoja destinada para recopilar la información no se anota la presencia de violencia intrafamiliar, lo cual llama la atención ya que se desconoce si fue porque los usuarios no lo indicaron o porque no se les preguntó, lo que invisibiliza toda una práctica histórica y cultural que han sufrido las mujeres y que puede llevarlas a un desequilibrio en la salud mental.

Por lo tanto, las condiciones y características de las mujeres migrantes debería ser una prioridad en el Estado Costarricense, en tanto se requiere considerar las condiciones específicas de este tipo de población, debido a la vulnerabilidad de ser víctimas de violencia intrafamiliar y de otros tipos de agresión.

En lo que respecta a la nacionalidad de los pacientes internados, se registra que en su mayoría son de origen Nicaragüense, lo anterior apoya el señalamiento que hace la

Organización Internacional para las Migraciones (2012) en cuanto al hecho de que Costa Rica desde los años ochenta es uno de los principales países de destino de Nicaragua, debido a la dinámica laboral y social que experimenta dicho país, favoreciendo como consecuencia el desarrollo económico y permitiendo que sus familias logren tener una mejor condición de vida, ya que las remesas representan el 12,5% del Producto Interno Bruto (BIP) (Organización Internacional para las Migraciones , 2012).

Además de los factores ambientales, políticos, económicos y geográficos, existen otras razones de peso que favorecen la migración interregional en Nicaragua, como lo son la facilidad que puede tener la persona migrante para instalarse y las redes de apoyo familiar que ya posee en el país de destino; cabe destacar que la migración ha favorecido el enlace de uniones familiares con personas de ambos países.

De acuerdo con el Informe Nacional de Migración en Costa Rica del 2012, para el año 2011 el 75% de los extranjeros radicados en el país eran de origen nicaragüense, seguido por los colombianos y los estadounidenses con un 4% (Dirección General de Migración y Extranjería, 2012). Es importante destacar que el flujo migratorio al 2012 continuaba en constante movimiento por cuanto la población nicaragüense era quien gestionaba más solicitudes de permanencia en el país, lo que implica que existe un subregistro de la población migrante que no efectúa ningún tipo de trámite y que es un grupo importante que acude a consulta en el sistema de salud costarricense.

En la misma línea, siguiendo con los factores sociodemográficos de la población en estudio, se encuentra que las personas migrantes nicaragüenses hospitalizadas poseen baja escolaridad frente al resto de nacionalidades, esto apoya los datos provenientes del Censo Nacional del 2011 (Consejo Nacional de Migración, 2013) que reflejan que las personas de origen nicaragüense que no cuentan con educación primaria completa alcanza un 35.5% en comparación con el 23% de los costarricenses.

La mayoría de los usuarios con trastorno mental que fueron hospitalizados y que son nicaragüenses no trabajan y si lo hacen tienen laborales no calificadas tales como

vendedores ambulantes, limpieza, recolección de basura, mensajeros, construcción y seguridad.

Esta condición socioeconómica puede tener su correlación con la presencia de los trastornos mentales y la forma en como los mismos pueden resultar en un elemento incapacitante que lleve a las personas portadoras de alguna condición mental seria a no conseguir emplearse o de hacerlo encontrar trabajos de baja remuneración, ya que de acuerdo a los datos obtenidos, la condición socioeconómica que sostienen en su mayoría es “mala” independientemente del país que provienen las personas migrantes.

Coexisten elementos que pueden contribuir a la pobreza que aqueja a este grupo, primero la realidad migrante y las condiciones previas psicosociales que tenían los usuarios al ingreso al país las cuales pueden no haber mejorado, además la presencia de algún tipo de trastorno mental premórbido o desarrollado durante su estadía en el país, la dificultad para colocarse en el campo laboral por la falta de calificación y de problemas legales migratorios, asimismo la adaptación frente al proceso migratorio en especial si el ambiente resulta hostil para la persona migrante (Achotegui, 2009).

Lo anterior puede ser independiente del país de origen aunque para efectos de esta investigación la información registrada proviene principalmente del país fronterizo Nicaragua, en donde las personas previo a la migración ya experimentaban un ambiente de poca oportunidades económicas y por lo tanto de poco acceso a la salud y a la educación, en donde para el 2010 el 53.7% de la población económicamente se encontraba con un subempleo, pocas horas laborales a la semana y salarios inferiores al mínimo (Organización Internacional para las Migraciones, 2012).

Del grupo de desempleados nicaragüenses que fueron hospitalizados, las mujeres siguen representando una frecuencia elevada de inactividad laboral y tienen más empleos no calificados que los hombres. Estos hechos indican que las mujeres poseen mayores factores de riesgo y que su condición no siempre mejora al migrar, por ejemplo la Organización Internacional para las Migraciones en el Perfil Migratorio de Nicaragua (2012) indica que “el desempleo afecta más a las mujeres que a los hombres...la tasa de

participación femenina es menor en relación a la participación masculina: entre el 50 y el 60% para las mujeres frente al 80 y 86% para hombres” (pág.87).

Las condiciones laborales que enfrenta las mujeres son más negativas que las que cargan los hombres, porque se encuentran más expuestas al cambio de labor, por ejemplo la Organización Internacional del Trabajo señaló que el 54 por ciento manifestó en una encuesta que han cambiado de empleo tres veces más que los hombres (Consejo Nacional de Migración, 2013).

Con respecto al uso de drogas en los pacientes hospitalizados se observa un mayor consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres, seguido por el uso de la marihuana aunque en menor proporción, aspecto que representa un componente importante en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, el uso de esta sustancia tal como sucede en la patología dual, puede relacionarse con condiciones premórbidas a la situación mental o bien puede aparecer en el contexto de la sintomatología. Esto por cuanto los trastornos mentales constituyen un factor de riesgo para la presencia de la drogadicción o bien porque el uso de sustancias psicoactivas puede provocar algún trastorno mental (Becoña & Cortés, 2010), dicha situación aumentaría las recaídas y consecuentemente las visitas a los centros asistenciales, de ahí la necesidad de ampliar la visión con respecto al tratamiento y rehabilitación de estos grupos, particularmente porque estos pacientes presentan un riesgo adicional el cual es ser migrantes con problemas de documentación y por lo tanto poseer menos acceso a los servicios de salud, además de manifestar dificultades en cuanto al desarraigo de sus costumbres y enfrentarse a un contexto social diferente con escasas oportunidades laborales particularmente para las mujeres.

Adicional a la revisión y análisis de las características principales sociodemográficas los resultados brindaron datos de los diagnósticos principales tanto de ingreso como de egreso de los pacientes hospitalizados. Cabe resaltar el hecho de que los usuarios primero ingresan al servicio de emergencia del hospital, donde pueden permanecer horas o días hasta su ingreso a hospitalización, es por ello que la presencia del Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación representa un 29 por ciento del total de los

diagnósticos, debido a que es una entidad nosológica aplicable a aquellos trastornos que manifiestan una psicopatología grave como conducta, pensamiento y lenguaje desorganizado que puede estar relacionado a una variedad de morbilidades psiquiátricas pero de las cuales se requiere mayor observación y alternativas de tratamiento.

Otros trastornos registrados son la esquizofrenia y los trastornos del humor. Un código que se observa con frecuencia es el Z.91 asociado con la dificultad de los usuarios para cumplir con el tratamiento médico señalado. Esta información aporta un dato interesante que asociado a la migración lleva a los siguientes cuestionamientos: ¿es posible que las personas migrantes no aseguradas puedan tener un tratamiento integral para trastornos que requieren la continuidad y el seguimiento necesario para su remisión o rehabilitación? ¿Las personas migrantes no aseguradas tendrán la capacidad económica para cancelar al estado las deudas pendientes por concepto de atención hospitalaria? y finalmente, ¿puede el estado cobrar dichas deudas, en tanto es difícil ubicar a los pacientes por su condición laboral y domicilio?

Por su puesto, las mismas preguntas pueden aplicarse a otros problemas de salud presentados por las personas migrantes y en diversos centros de salud alrededor del país, ya que el presente estudio constituye solamente un panorama sobre un tema muy particular en un momento dado sin pretender brindar generalizaciones o explicaciones, pero que coadyuva con la visión integral que debe poseer el sistema de salud actual costarricense.

En este sentido la relación trastorno mental y migración forman un binomio que complica la atención de dichos usuarios por cuanto no todos los que sufren problemas mentales desean atención y mucho menos si no tienen documentación que les permita continuar con los tratamientos, generando con ello un mayor impacto emocional y económico ya que permanecerán más tiempo sin laborar y representarán una responsabilidad a sus familias.

Si se comparan los datos obtenidos por los diagnósticos de ingreso y de egreso, se observa una diferencia en cuanto a los criterios nosológicos, ya que en la entrada a la hospitalización la mayoría de trastornos correspondían a los Trastornos psicóticos agudos

sin especificación (diagnóstico que se utiliza debido a que no está claro el cuadro psicótico), pero al egresar tanto este trastorno como la Esquizofrenia Paranoide mostraron un mismo comportamiento estadístico. Llama la atención el hecho de que los trastornos del humor el más representativo fue el Bipolar, quizás por el ser de más difícil manejo que una depresión unipolar.

Debido a la cantidad de personas que presentan problemas legales producto de su condición migratoria, se esperaría que dentro de los diagnósticos se ingresen criterios asociados pero fueron pocos los usuarios que tenían anotados alguna clasificación relacionada con migración, por lo que esto lleva a pensar en que la condición de migrante llega a ser “invisible” como un factor de riesgo para la presencia de trastornos mentales y que por lo tanto la atención de este tipo de usuarios no es diferenciada.

En términos generales y a manera de conclusión, los pacientes migrantes presentan mayor riesgo de vulnerabilidad, pese a ello no se puede asociar que el trastorno mental sea producto del proceso de migración, sin embargo este aspecto puede favorecer la aparición de mayor estrés y por lo tanto un aumento en las manifestaciones sintomáticas, tal como algunos estudios lo afirman, particularmente en lo que respecta a la presencia de trastornos del humor tales como depresiones unipolares y bipolares, así como trastornos de ansiedad y de adaptación, trastornos que pueden ser tratados en otros niveles de atención, ya que el grueso de los casos de los trastornos mentales que generan más discapacidad y alteraciones en la vida cotidiana, son atendidos principalmente en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Se puede identificar como las mujeres son el sector más vulnerable en tanto representan un mayor número de internamientos, se encuentran más desempleadas, tienen oficios menos calificados y registran más victimización de violencia intrafamiliar y un subregistro importante de esta problemática.

En la misma línea, el uso de drogas que, no es exclusivo de esta población llega a constituirse en un elemento que genera mayores comorbilidades y aumenta la presencia de

la sintomatología, de ahí que es vital la relación de los entes en materia de salud con este tema, en especial en lo que respecta al consumo de alcohol que es una sustancia lícita y socialmente aceptada y que se encuentra ligada a la presencia de trastornos psicóticos agudos transitorios al igual que el consumo de Marihuana.

Esta investigación constituye por lo tanto, la posibilidad de visibilizar a la población migrante en Costa Rica, reconocer quiénes son, dónde viven, cuáles son sus condiciones laborales y oportunidad de acceso a los servicios que la sociedad costarricense posee, con el fin de respetar su identidad e integración a la sociedad, permitiéndoles un mejor desarrollo humano en igualdad de condiciones, sin patologizar su experiencia migratoria y analizando la información de los criterios diagnósticos a la luz del contexto y situación particular que atraviesan.

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

A la Caja Costarricense del Seguro Social

- Brindar un trato especializado a la población migrante particularmente a las mujeres quienes son las que sufren mayor vulnerabilidad.
- Realizar comisiones que analicen e investiguen el tema de la seguridad social en esta población para generar políticas que apoyen a los migrantes.
- Continuar con los esfuerzos para brindar atención integral a los pacientes que presentan una comorbilidad de trastorno mental y uso de drogas.
- Promover espacios de reflexión sobre la situación de la migración en el país con el personal de salud, con el fin de sensibilizar sobre la problemática, particularmente en cuanto a derechos humanos.
- Realizar colaboraciones con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales para que los pacientes migrantes sin redes de apoyo puedan ser orientados.
- Facilitar el proceso de aseguramiento de los pacientes migrantes por medio de políticas institucionales que permitan asumir dicha carga sin afectar la seguridad social del país.
- Desarrollar un protocolo de captación para pacientes vulnerables.

Al Servicio de Psicología Clínica del Hospital Nacional Psiquiátrico

- Aplicar una batería diagnóstica que permita identificar los factores de riesgo para presentar un trastorno mental especialmente en cuanto al manejo del estrés, violencia intrafamiliar y uso de drogas en esta población.
- Brindar rehabilitación tomando en consideración el contexto sociocultural de las personas migrantes.
- Facilitar psicoeducación sobre la importancia del seguimiento y tratamiento prescrito.

- Buscar redes de apoyo familiares y comunales por medio de la integración de la seguridad social con diversos actores civiles.
- Promover el entrenamiento de los profesionales de la Psicología Clínica en la atención a la diversidad.

Al Posgrado en Psicología Clínica:

- Considerar dentro del curso de Salud Pública el tema de la migración.
- Promover la investigación en torno a esta problemática por medio de los temas para trabajos finales de graduación.
- Capacitar a los estudiantes sobre la atención diferenciada que deben recibir las personas migrantes.

A la Coordinación Nacional de Psicología

- Integrar a los profesionales en Psicología en comisiones que se relacionen con la población migrante para brindar un aporte diferenciado.
- Promover espacios de reflexión entre todos los niveles de atención sobre la necesidad de brindar una atención especializada a las personas migrantes.
- Incentivar la realización de estudios epidemiológicos que permitan la identificación y características en torno a la salud mental de las personas migrantes.
- Desarrollar protocolos de atención ante duelo migratorio, presencia de trastornos mentales graves y actuación sobre redes sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, G., & Jiménez, A. (2014). Salud mental e inmigración: nuevos desafíos para Chile. Obtenido de <http://ciperchile.cl/2014/10/20/saludmentaleinmigracionnuevosdesafiosparachile/>
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 194.
- Arias, P., & Castro, M. (2013). *Prevalencia del síndrome del Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados a enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012*. Universidad de Costa Rica, San José.
- Badilla, F. (2012). *Propuesta de caracterización de las necesidades sociodemográficas y psicológicas de los usuarios y usuarias que asisten a la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico*. Tesis para optar al grado de Especialista en Psicología Clínica, San José.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (09 de Agosto de 2015). *Estadísticas de salud*. Obtenido de http://www.ccss.sa.cr/est_salud
- Caudevilla, F. (02 de Junio de 2015). Obtenido de <http://www.comsegovia.com/>
- Collazos, F., Ghali, K., Ramos, M., & Qureshi, A. (2014). Salud Mental de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*, 88, 755-761.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., & Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 307-315.
- Consejo Nacional de Migración. (2013). *Política Migratoria Integral para Costa Rica*.
- Devoto, R. (06 de Junio de 2015). *Determinación del tamaño de muestra aleatoria simple en el uso del cuestionario SERVQUAL*. Obtenido de <http://www.ingcomercial.ucv.cl/sitio/assets/publicaciones/Apuntes-Docentes/ApuntesDocenteDeterminacionTamaoMuestraSERVQUALRD.pdf>
- Dirección General de Migración y Extranjería. (2012). *Migración e Integración en Costa Rica*. San José: DGME, Dirección General de Migración y Extranjería.

- Echeverri, P. (2010). *Propuesta de un modelo de recolección de datos desde la vigilancia epidemiológica incorporando los factores psicosociales y epidemiológicos a partir del análisis estadístico de los primeros ingresos atendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante e*. Universidad de Costa Rica.
- Gambill of justice*. (03 de Junio de 2015). Obtenido de http://www.gambillonjustice.com/home/violencia_intrafamiliar_contexto_interamericano
- García, J., Alda, M., & Sobradie, N. (2010). Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 262-269.
- Guardia, J., Freixa, M., Però, M., & Jaume, T. (2007). *Análisis de datos en psicología*. Madrid: Delta Publicaciones universitarias.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- INEC. (2002). *IX Censo Nacional de Población*. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INEC. (2004). *Documento metodológico. Censo Nacional de Población*.
- INEC. (2012). *Encuesta continúa de empleo*. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INEC. (2014). *Encuesta Nacional de Hogares*.
- Jansá, J. (2004). *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*. Barcelona.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. Mc-Graw Hill.
- Khanlou, N., & Jackson, B. (2010). *Inmigrant Mental Health*. Public Health Agency of Canada.
- Kohn, R., & Rodríguez, J. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn, & G. Aguilar, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pág. 343). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José: Ministerio de Salud.
- Monteiro, M., Telles, P., & Inglez, A. (2009). Epidemiología del uso del alcohol y otras sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe. En *Epidemiología de los*

- trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pág. 343). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Olisarova, V., Tothova, V., & Brabcova, I. (2014). Determinants of immigrant's mental health. *Kontakt, 16*(1), e1-e8.
- Organización Internacional para las Migraciones . (2012). *Perfil Migratorio de Nicaragua*. Managua: Organización Internacional para las Migraciones.
- Organización Mundial de la Salud. (10 de Agosto de 2007). Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra.
- Ramírez, J. (2012). Mental Health Care for Latino Immigrants in the U.S.A. and the quest for Global Health Equities. *Psychosocial Intervention, 21*(3), 305-318.
- Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P., & Díaz, B. (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población migrante. *Rev. Med. Chile*(139), 1298-1304.
- Salas, Á. (s.f.). Organización de la oferta de los servicios de salud en Costa Rica.
- Salas, Á., & Castillo, Á. (2003). *Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de atención de la salud: módulo I*. San José: C.R.:EDNASSS-CCSS.
- Sayed-Ahmad, N., Río, M., & Fernández, G. (2007). Salud Mental. En R. García, *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud* (pág. 390). Sevilla: Consejería de Salud.
- Temores, G., Infante, C., Caballero, M., Flores, F., & Santillanes, N. (2015). Salud mental de migrantes indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México, 57*(3), 227-233.
- Vargas, A. (1995). *Estadística descriptiva e inferencial*. Murcia: Servicios de publicaciones de la Universidad de Castilla - La Mancha.
- Yañez, S., & Cardenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *I*(1), 1-12.