

PLAN NACIONAL DE

# salud mental

2004-2010



PLAN NACIONAL DE

# salud mental

2004-2010





## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	1
INTRODUCCION.....	4
JUSTIFICACIÓN .....	5
ANTECEDENTES.....	6
PROBLEMAS TRANSVERSALES QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL .....	8
CAPITULO I.....	11
MARCO JURÍDICO.....	11
Normativa internacional .....	11
Legislación nacional.....	11
CAPITULO II.....	17
MARCO CONCEPTUAL.....	17
1- SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES .....	17
1-1 Factores biológicos.....	17
1-2 Factores Psicológicos.....	17
1-3 Factores sociales.....	19
2- ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL .....	20
CAPITULO III.....	23
ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....	23
3.1. NECESIDADES SENTIDAS.....	24
3.2 PROBLEMAS PRIORIZADOS .....	24
DIAGNÓSTICO .....	25
3-3 ESTADO ACTUAL DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. ..	31
3.3.1 MINISTERIO DE SALUD.....	31
3.3.2 CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL.....	31
3.3.3 OTROS PRESTADORES DE SERVICIOS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL.....	32
CAPITULO IV .....	34
POLÍTICAS DE SALUD MENTAL .....	34
4.1. POLITICA NACIONAL DE SALUD MENTAL .....	34
4.2 LA SALUD MENTAL EN LA AGENDA SANITARIA CONCERTADA 2002-2006 .....	35
CAPITULO V .....	36
OBJETIVOS DEL PLAN .....	36



CAPITULO VI .....	37
LINEAS DE ACCION SEGÚN ÁREA ESTRATÉGICA .....	37
6.1 FORTALECIMIENTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL .....	37
6.2 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS EN SALUD MENTAL. .	39
6.3 ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS. ....	40
6.4 VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL. ....	44
6.5 FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.....	46
6.6 SALUD MENTAL EN SITUACIONES DESASTRES. ....	47
CAPITULO VII .....	48
EJECUCIÓN DEL PLAN .....	48
Fase I: .....	48
Fase II: .....	48
Fase III: .....	49
Fase IV: .....	49
HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN : .....	50
BIBLIOGRAFÍA .....	52
ANEXO No 1. ....	53
ANEXO 2 .....	55



## **PRESENTACIÓN**

---

El Plan Nacional de Salud Mental 2004- 2010, representa un esfuerzo mediante el cual las instituciones del Estado en forma conjunta con diversos actores sociales, asumen el compromiso para desarrollar acciones en pro de la salud mental de la población que habita el territorio nacional, desde las acciones de promoción de la salud mental, hasta aquellas de rehabilitación basadas en la comunidad.

Se encuentra fundamentado en la normativa internacional en las cuales nuestro país ha firmado compromisos, en la legislación nacional vigente, en el Plan Nacional de Desarrollo Humano, en los lineamientos emanados de la Política Nacional de Salud, así como en los compromisos adquiridos por las instituciones del sector en la Agenda Sanitaria Concertada.

Este plan constituye una herramienta para la conducción de las acciones de salud mental y la asignación de los recursos necesarios en la operacionalización del mismo.

Los contenidos incluyen desde la visión, misión, objetivos y seis líneas de acción estratégicas: Fortalecimiento de la Promoción de la salud mental, Gestión de recursos humanos, materiales y financieros, Atención integral a las personas, Vigilancia de la salud mental, Fortalecimiento de la investigación y Salud mental en situaciones de desastre.

Durante el período comprendido entre el año 2004 y el 2010 (período de ejecución del plan) se requiere el apoyo institucional permanente para cumplir con lo planeado.

Dra. Maria del Rocio Sáenz Madrigal  
Ministra de Salud



## INTRODUCCIÓN

---

Salud mental es una condición básica de salud y se reconoce como el proceso de desempeño satisfactorio de las capacidades mentales de las personas, manifestándose en un sentido de bienestar, equilibrio emocional, convivencia armoniosa, autonomía, capacidad para adaptarse a los cambios del entorno, participación en actividades productivas y el logro de las metas individuales y colectivas.

La acción combinada de diferentes factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales en diferentes momentos históricos, favorecen la salud mental o la alteran. Más del 25% de la población mundial según la OMS, es víctima de trastornos en algún momento de sus vidas.

Los trastornos mentales son universales, pueden presentarse en cualquier sociedad y en el transcurso de la vida, sin distinciones de raza, religión, sexo o edad; constituyen un grave problema de salud pública en el mundo entero y representan el 12% de la carga de morbilidad que para el año 2020 se estima en un 15% (Informe mundial sobre salud mental, 2001)

La Organización Mundial de la Salud llama la atención en cuatro aspectos fundamentales:

- La reestructuración de la atención psiquiátrica hacia modelos de atención comunitarios
- La promoción de la salud mental
- El desarrollo psicosocial de la niñez
- Las intervenciones en el desarrollo humano.

Consultas y estudios recientes señalan como necesidades más sentidas de la población costarricense, la violencia social en todas sus formas, el alcoholismo, la drogadicción, el abuso sexual, los trastornos depresivos y limitaciones en los servicios de atención de la salud mental.

Cambios en la estructura y en los roles de la familia, las condiciones de vida y otros factores sociales como la pobreza, el desempleo, las migraciones, las condiciones de trabajo desfavorables que ponen en riesgo la salud mental, han motivado a las autoridades de salud para establecer una Política de salud mental y coordinar la elaboración de un plan nacional intersectorial que responda a las políticas y necesidades planteadas, y contar con un marco general de acción que permita a las diferentes instancias públicas y privadas, desarrollar sus planes, programas y proyectos en forma coordinada y unificando esfuerzos de los diferentes sectores del país en pro de la salud mental.



## **JUSTIFICACIÓN**

---

La atención de la salud mental en Costa Rica, históricamente ha estado centrada en la enfermedad y por ende en la Psiquiatría. Las acciones de promoción y prevención no han sido prioritarias, ni han estado presentes como objeto de Políticas Públicas en los últimos años.

Las políticas de Salud Mental en la región son impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud, organismo que la ha abordado dentro de su Plan Estratégico 2003-2007, estableciendo como prioridad la niñez y la adolescencia y la promoción de una política de salud mental dirigida a esta población en las Américas, que responda a los cambios económicos, políticos y estructurales que se han producido en la región.

Con el análisis de la situación actual del país, se identificaron problemas básicos, que como ejes transversales, sustentan y son parte de la problemática de salud mental que debe corregirse o tratar de cambiarse, para que las acciones específicas de promoción, prevención, atención y rehabilitación tengan impacto en el mejoramiento de la salud mental y en la reducción de los trastornos de esta índole.

Es así como durante la presente administración se le ha dado énfasis al tema de la Promoción de la Salud Mental, impulsando la formulación de un Plan Nacional, que integre las acciones aisladas de los diferentes actores.



## ANTECEDENTES

---

Las sociedades a nivel mundial, han comenzado a reconocer la íntima relación que existe entre el desarrollo humano y la salud en general, interdependencia que es igualmente válida para la salud mental.

El actual modelo de desarrollo socioeconómico que presentan los diferentes países de América Latina y del mundo, así como en Costa Rica, tienen numerosos resultados positivos y negativos en términos de la calidad de vida física y mental de las personas y de las familias que conforman las diferentes sociedades-

Entre los aspectos negativos se tienen los cambios en el hábitat y forma de vida, las migraciones de grupos poblacionales de las zonas rurales a las urbanas, o de un país a otro, sufriendo en este proceso, cambios culturales y pérdidas del apoyo de las redes familiares tradicionales, así como de valores y principios relacionados con la solidaridad y el apoyo mutuo; ahora se enfrentan al desarraigo, la pérdida de identidad, la frustración, baja tolerancia y el dolor. Otro aspecto importante de señalar, lo es la pobreza, en sus distintos niveles y que afecta a diferentes grupos poblacionales, lo que constituye una barrera de acceso a la satisfacción de necesidades alimentarias y al déficit de nutrientes que pueden contribuir al establecimiento y desarrollo de enfermedades mentales en los diferentes grupos

Todo lo anterior, afecta el nivel de adaptación personal y grupal, produciendo variadas expresiones de conducta, cuyas manifestaciones en la actualidad muestran que la salud de las sociedades se encuentra enferma y que por tanto requiere de un rápido accionar por parte del Estado, con la finalidad de enfrentar sobre todo la denominada patología social, principal problema de salud pública en Costa Rica y en el mundo entero.

Aunado a esto, en años recientes, se han incorporado nuevas tensiones en la vida diaria como son: la competitividad para la inserción de los recursos humanos en el mercado laboral, la necesidad de mayores niveles de educación, de especialización laboral, las aglomeraciones en la Gran Área Metropolitana, la congestión de vehículos y seria contaminación del ambiente, el incremento de la inseguridad ciudadana por diversos tipos de delincuencia ,entre otras.

No obstante también existen efectos positivos para la población como es el fortalecimiento de la democracia y la participación ciudadana, el respeto de los derechos humanos, la búsqueda de una igualdad y equidad entre los géneros, la lucha por una protección del ambiente y de los recursos naturales, considerando al hombre como eje principal de todo sistema de desarrollo.

Actualmente, la comunicación en sus diferentes formas permite tener acceso a todos los sectores de la población, con la transmisión de una amplia gama de mensajes audiovisuales con los más diversos contenidos y valores, se constituyen en una gran herramienta mediante la cual se puede promover un mejoramiento de la calidad de vida de los diferentes miembros de la sociedad costarricense, al poder incidir en los patrones y estilos de vida de cada uno.

Si bien es cierto que persisten las desigualdades e inequidades de género, étnicas, de edad y geográficas, los diferentes actores que conforman el Estado pueden participar en el fortalecimiento de los factores positivos o



protectores, tanto de la salud integral como de la mental de las diferentes personas, estableciendo espacios que permitan el acceso a la recreación, el esparcimiento, el descanso, a las diferentes manifestaciones culturales y artísticas, contribuyendo así a reducir los factores de estrés.

Otros aspectos que pueden ser protectores de la salud son, el favorecer la solidaridad y la colaboración, mejorar el nivel de tolerancia, fortalecer los ambientes familiares mediante un mayor desarrollo del sentido de responsabilidad, con calidez y amor, de parte de los diferentes miembros que la componen, sumado a una convivencia sana, armoniosa y respetuosa. Todo esto favorecerá el desarrollo de valores y habilidades que ayudarán no solo a la niñez a desenvolverse adecuadamente en la sociedad. La salud incluida la salud mental junto con la educación, son componentes esenciales del capital humano de todo país.

En la salud mental como en la salud integral de todo ser humano debe considerarse que se está ante un proceso de vida, que inicia desde el momento de su concepción hasta el momento de su muerte, con la finalidad de poder encontrar acciones factibles de realizar y que redunden en un verdadero impacto, al tener la suma de las mismas a lo largo de la vida.

Lo anterior, permite la participación de los diferentes actores del Estado y de la sociedad en el fortalecimiento de la atención integral de aquellos segmentos de la población ya afectados, así como el contribuir en fortalecimiento de programas de promoción y prevención que permitan el disminuir o evitar la presencia de las diferentes patologías o manifestaciones de enfermedades mentales.



## **PROBLEMAS TRANSVERSALES QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL**

### **1. Soporte ideológico del concepto de salud mental.**

Durante siglos, el soporte filosófico del concepto de salud mental ha estado superado por la concepción de enfermedad o trastorno, lo anterior debe ser enfrentado mediante la divulgación del concepto integral de salud mental, para lo que deben aprovecharse los medios de comunicación y los espacios institucionales y no institucionales. Además, debe ser incorporado a los programas de formación de profesionales y educación de la población.

### **2. La prioridad asignada a la salud mental no ha sido congruente con la magnitud de su problemática e importancia.**

Evidentemente, el componente de Salud mental ha sido relegado, olvidándose su importancia en los diferentes ámbitos, se observa su ausencia en las políticas, planes y programas, de los diferentes sectores sociales, institucionales, ideológicos y políticos.

Es necesario contar con la decidida voluntad política que ponga el tema de la salud mental en uno de los primeros lugares de la agenda nacional; además será indispensable dedicar más recursos a este campo.

### **3. Carencia de un verdadero y fortalecido Sistema Nacional de Salud Mental.**

Costa Rica no posee un sistema integrado de salud mental . Los esfuerzos institucionales son atomizados y descoordinados. El ente rector tiene limitada capacidad financiera para asumir su papel.

Es imprescindible la coordinación intersectorial que promueva políticas conjuntas, evite las duplicidades y logre la maximización de los recursos. Asimismo, los entes relacionados deben fortalecerse. Por ejemplo, el órgano rector debe asignar responsabilidades a las direcciones del Ministerio de Salud para la incorporación de los componentes de salud mental como parte de su quehacer.

El modelo de atención vigente, está centrado en el tercer nivel con énfasis en la atención de la enfermedad, lejano a uno centrado en la comunidad y con énfasis en la promoción y la prevención.

En la actualidad, el tercer nivel de atención consume la gran mayoría de los recursos humanos y financieros del presupuesto sectorial, mismos que se destinan primordialmente al cuidado y custodia de personas en abandono social. Lo anterior atenta contra los principios de equidad, igualdad, solidaridad, universalidad, calidez y accesibilidad oportuna.

Se ha desestimado la capacidad del primer nivel de atención y con ello se ha disminuido considerablemente el impacto que tiene la promoción, la prevención y la visión comunitaria, como estrategia válida y eficaz para el abordaje integral de la salud mental, para lo que es necesario reestructurar el modelo hacia uno que priorice acciones en promoción y prevención desde la comunidad.



#### **4. Falta de continuidad en las políticas nacionales de Salud.**

En las últimas décadas, el país carecía de una política explícita de salud mental. En la actualidad tanto la agenda sanitaria como la política nacional de salud contienen lineamientos y estrategias en este tema; no obstante los mismos son descriptivos, insuficientes y poco claros.

Debe existir un proceso de evaluación de las áreas de la Salud Mental en la Política Nacional de Salud.

#### **5. Ausencia de un programa nacional articulado e integrado en Salud Mental.**

No existen programas ni proyectos que aborden de manera sistemática y sostenida la promoción de la salud mental en la población en sus distintos ámbitos: personal, familiar, académico, comunal, laboral, informativo, entre otros.

Se debe elaborar un programa nacional, articulando los programas dirigidos a diferentes grupos de edad para la ejecución de las acciones estratégicas necesarias a fin de abordar los problemas específicos de éstos.

#### **6. Ausencia de información en Salud Mental para elaborar un diagnóstico a nivel Nacional.**

No se cuenta con información epidemiológica nacional, confiable, veraz, eficaz y actualizada en salud mental y sus componentes. Las estadísticas hasta ahora recopiladas se centran en la cuantificación de la población que acude a los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Por ello, es necesario realizar investigaciones epidemiológicas científicas y permanentes a nivel nacional, que incluyan factores protectores, de riesgo, y patológicos, con el fin de desarrollar un completo diagnóstico de la situación de la salud mental nacional que a la postre llevará al desarrollo y planteamiento de mejores políticas y estrategias, y una adecuada planificación. Es necesario incluir indicadores de salud mental en el sistema de vigilancia de la salud.

#### **7. Inversión humana y económica, en el sistema integral**

Básicamente el recurso está ubicado en el tercer nivel de atención, y el mismo se encuentra capacitado en el abordaje de la enfermedad y no de la salud integral.

El personal existente debe ser capacitado al tenor del nuevo concepto de salud mental. Se debe ampliar y movilizar el recurso humano disponible en salud mental hacia el modelo de atención propuesto. Es necesario la generación de nuevas plazas en el sector público.

#### **8. Ausencia de un marco jurídico normativo unificador y moderno.**

La legislación existente responde a la concepción biológica que se pretende superar.

Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2001, de 160 países casi la cuarta parte carecía de legislación en materia de salud mental. Alrededor de la mitad de la legislación existente se formuló



en el decenio pasado, pero casi la quinta parte data de hace más de 40 años, cuando no se disponía aún de la mayoría de los métodos de tratamiento ni de los enfoques centrados en la salud.

Por ello, se deben impulsar iniciativas legislativas tendientes a establecer un marco jurídico más idóneo, acorde con los nuevos conceptos; en especial, dejando de lado la visión biologista del enfermo mental, y enfocada bajo los parámetros de los derechos humanos y de los principios, valores, metas y objetivos fundamentales de la Política de Salud Mental.

## **9. Aumento de factores de riesgo en Salud Mental. (violencia, pobreza, adicciones, depresión, etc.)**

Creciente manifestación de factores de riesgo como la violencia, pobreza, adicciones, depresiones, desempleo, migraciones, entre otros impone al sector salud la tarea impostergable de retomar, reforzar y liderar un proceso y esta vez con el conjunto de todos los sectores de la sociedad el abordaje de la Salud Mental, aprovechando a su vez la coyuntura actual, como una fortaleza, la existencia de voluntad política para asumirla, como uno de los diez puntos prioritarios de la Agenda Sanitaria.

Debe asumirse el reto de sobrepasar los factores biológicos y la Psiquiatría, planteando una salud mental integral, participativa, intersectorial, con enfoque de género, comunitaria y de derechos humanos. De esta manera, se pretende un Plan, en el que se enfatice la cultura del diálogo, la participación social, la negociación y concertación entre los actores sociales, en la promoción y prevención de la salud mental, en la búsqueda de equidades entre géneros, el fomento de los grupos de apoyo, de crecimiento y desarrollo personal y la solidaridad al servicio de los intereses comunitarios.



## CAPITULO I

### MARCO JURÍDICO

#### Normativa internacional

- Principios de la Declaración de Caracas. Noviembre de 1990
- Resolución del Consejo Directivo de la OPS/OMS, junio de 1997, en la que los Ministros de salud expresaron su apoyo a la salud mental y afirman su compromiso por darle a los programas de salud mental la visibilidad y el apoyo necesarios
- Declaración de los Derechos de los Enfermos Mentales, nov 1990
- IV Conferencia Internacional de Beijing, 1995.
- Conferencia internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994
- Convención sobre los Derechos de las Niñas y los Niños, 1990

#### Legislación nacional

Costa Rica ha plasmado los principios contenidos tanto en la Convención Internacional de los Derechos Humanos, Sociales y Económicos, de la Niñez, como en la Convención para Erradicar Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres y los Niños, Niñas y Adolescentes, en un amplio y moderno cuerpo de leyes que, siempre al amparo de las disposiciones de la Constitución Política, del Código de Familia, del Código de Trabajo, de la Ley Fundamental de Educación, de la Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia, la Ley General de Salud y de otras leyes, Convenciones y Convenios, son los que permiten enmarcar la definición de políticas, programas en el campo de la salud integral y mental-

Uno de los más importantes instrumentos y de reciente aprobación lo constituye la Ley Sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Ley #7600, aprobada en 1996.

Ley Fundamental de Educación, No. 2160, Artículos 27. 28, 29 .

#### **REGULACIONES LEGALES VIGENTES EN COSTA RICA, QUE TRATAN, REGULAN O SE RELACIONAN CON SALUD MENTAL**

##### **I- Derecho Constitucional.**

No existe artículo constitucional específico que tutele este aspecto. La aproximación se da a partir de la tutela del Derecho a la Vida y del cual se desprende por extensión y jurisprudencia el Derecho a la Salud.

##### **I.1 Constitución Política de la República de Costa Rica. 1949:**

Artículo 21.- La vida humana es inviolable.

I.2 Jurisprudencia de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia:



“El Estado no solo tiene la responsabilidad ineludible de velar para que la salud de cada una de las personas que componen la comunidad nacional, no sufra daños por parte de terceros, en relación a estos derechos, sino que, además, debe asumir la responsabilidad de lograr las condiciones sociales propicias a fin de que cada persona pueda disfrutar de su salud, entendido tal derecho, como una situación de bienestar físico, psíquico (o mental) y social” Resolución 0180-98 Sala Constitucional.

“El Derecho a la Salud, como derivación del derecho a la vida, y a un ambiente sano constituyen derechos fundamentales tutelables en vía de amparo.” Resolución 725-98 Sala Constitucional

“Si el derecho a la vida y por ende el derecho a la salud que emana de aquel se encuentra especialmente protegido en todo Estado de Derecho Moderno” Resolución 4578-97 Sala Constitucional.

“Desde los tiempos pasados, la preocupación por la salud en el ser humano ha sido una constante, debido fundamentalmente a que es consustancial a la vida y es la prerrogativa mas importante de los individuos, de ahí que esté plenamente justificada la aspiración de todos los hombres de ser personas sanas, y de vivir en un ambiente salubre y entre individuos que gocen de buenas condiciones físicas, mentales e incluso sociales. (...) Por salud se entiende actualmente un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades como lo fue tradicionalmente” Resolución 2597-97 Sala Constitucional.

## **Decretos Ejecutivos**

En los últimos 50 años, se ha dictado una gran cantidad de decretos ejecutivos, tendentes al establecimiento de políticas planes y programas en el campo de la Salud Mental, algunos de ellos son:

Decreto Ejecutivo 11. Creación del Comité Nacional de Salud Mental. 09 de diciembre de 1950. El Ministerio de Salud dictó los estatutos del Comité mediante acuerdo numero 851, 19 de diciembre de 1952.

Decreto Ejecutivo 1. 22 de enero de 1960. Declara a 1960 Año Mundial de la Salud Mental.

Reglamentos del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud. Decreto 5 del 25 de mayo de 1964, Decreto Ejecutivo 1933, 17 de agosto de 1971.

Decreto Ejecutivo 6881. Crea el Consejo Técnico Superior de Salud Mental. 24 de marzo de 1977, disuelto por Decreto Ejecutivo 13798, 12 de agosto de 1982.

Decreto Ejecutivo 17097. Crea el Consejo Nacional de Salud Mental. 11 de julio de 1986, cuyo reglamento fue reformado por Decreto Ejecutivo 18837, 23 de febrero de 1989.

Decreto Ejecutivo 19389. Declara 1990 Año Nacional de la Salud Mental. 19 de diciembre de 1989.

Decreto Ejecutivo 19407. Establece la Política Nacional de Salud Mental. 20 de diciembre de 1989. Decreto Ejecutivo 20665, 25 de junio de 1991, autoriza la Ejecución del Plan Nacional de Salud Mental con énfasis en Psiquiatría. Decreto Ejecutivo 23984. Deroga el Consejo Nacional de Salud Mental y establece el Grupo de Trabajo de Atención Psiquiátrica Integral a Nivel Local y Comunitario en el Territorio Nacional. 23 de enero de 1995.

## **II. Codificaciones.**

Tanto en las materias de Derecho Penal, Derecho Civil y Derecho de Familia, se encuentran regulaciones específicas ante situaciones activas o pasivas de sujetos con algún grado de enajenación o incapacidad mental.



## **II.1 Derecho Penal.**

Regulaciones especiales en torno al delincuente como enfermo mental, al enfermo mental como víctima, a las perturbaciones mentales transitorias y a la inimputabilidad del enfermo mental, así como a las medidas de seguridad aplicables, y a delitos específicos. Las mismas se localizan contenidas en los artículos 42, 43, 98, 101, 102, 123bis del Código Penal de la República de Costa Rica, Ley número 4573.

En materia procesal, se contemplan estipulaciones sobre la incapacidad sobreviniente por trastorno mental, exámenes psiquiátricos y psicológicos, e internación. Disposiciones contempladas en los artículos 85, 87 y 262 del Código Procesal Penal de la República de Costa Rica, Ley número 7594.

## **II.2 Derecho Civil.**

Regulación especial dirigida a la anulabilidad de los actos del incapaz mental, el juicio de interdicción para la formal declaratoria de la incapacidad y el régimen especial de curatela para la representación del inhábil. Se hace mención a las deficiencias en la capacidad cognoscitiva o volitiva de las personas, para las cuales se establece el juicio de insania. Lo anterior en la letra de los artículos 41 del Código Civil de la República de Costa Rica, Ley número 63, y 847, 867 y 868 del Código Procesal Civil de la República de Costa Rica, Ley número 7130.

## **II.3 Derecho de Familia.**

Regulación especial para la anulabilidad de matrimonio por enajenación volitiva o cognoscitiva, la separación judicial por causa de enajenación mental de alguno de los cónyuges, y la curatela para discapacitados mentales. Tales referentes en los artículos 15, 58 y 230, del Código de Familia de la República de Costa Rica, Ley número 5476.

## **II.4 Niñez y Adolescencia.**

Estipula el Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley número 7739, en su artículo 5, que "Toda acción pública o privada concerniente a una persona menor de dieciocho años, deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano, en procura del pleno desarrollo personal". De tal forma, invoca la prosecución del interés superior –y por ende un nivel pleno de salud mental para los niños y adolescentes- a fin de regular y dirigir las distintas esferas y actividades de la familia, la comunidad y la sociedad en general.

## **III. Leyes Especiales.**

Costa Rica posee poca regulación en materia de promoción y tutela de la salud mental. El instrumento más importante y reciente en este sentido lo constituye la ley sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, aprobada en 1996. esta ley introdujo importantes modificaciones al ordenamiento jurídico Civil, Penal, Comercial, de Familia, de Educación, y en la Ley General de Salud.



### **III.1 Ley General de Salud de la República de Costa Rica. Ley número 5395.**

Es el marco normativo general en materia de Salud. Indica que es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Además, que corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tiene potestades para dictar reglamentos autónomos en dichas material. El aspecto mental se trata indistintamente junto a los conceptos de discapacidad y trastorno sensorial, emocional, higiene mental, la toxicomanía y la farmacodependencia. Las referencias implícitas se desprenden de la letra de los artículos 1 y 3, y expresamente en los artículos 10, 13, 29, 30, 31, 32, 33, 69 y 242.

### **III.2. Ley sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Número 7600, de 1996.**

Es puntual en la promoción de la erradicación de la desigualdad. Establece aspectos concretos en los temas de organización, educación, trabajo, acceso a los servicios salud, medios de trasportes, hospitalización, seguros, espacios físicos, estacionamientos, acceso a la información y a la comunicación, acceso a la cultura, el deporte y as actividades recreativas, para las personas con discapacidad. Promueve la generación de planes y programas dirigidos a hacer conciencia en la población, la comunidad y la familia, sobre el tema de las discapacidades. Además, establece un régimen de multas y sanciones, tanto para el estado, sus instituciones como para los particulares, por violación a sus normativas. Define la Discapacidad como: "Cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo."

### **III.3 Ley Fundamental de Educación. Número 2160 de 1957**

Esta ley tienen como finalidad el hecho que todo habitante de la República tenga derecho a la educación y el Estado la obligación de procurar ofrecerla en la forma más amplia y adecuada. Manifiesta que la escuela costarricense procurará "El mejoramiento de la salud mental, moral y física del hombre y de la colectividad..." Además establece un régimen de Educación Especial, en sus artículos 27, 28 y 29.

### **III.4 Ley de Pensiones Alimentarias. Ley número 7654.**

Contempla la potestad de representación de los menores e inhábiles en su artículo 10.

### **III.5 Ley contra el Hostigamiento Sexual**

### **III.6 Ley de Riesgos del Trabajo. Ley 6727 que modifica el Título Cuarto del Código de Trabajo.**

#### **Artículo 273**

Declarase de interés público todo lo referente a salud ocupacional, que tiene como finalidad promover y mantener el más alto bienestar físico, mental y social del trabajador en general; prevenir todo daño causado a la salud de éste por las condiciones del trabajo; protegerlo en su empleo contra los riesgos resultantes



de la existencia de agentes nocivos a la salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo con sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en síntesis, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea.”

### **Artículo 283**

Este artículo señala la necesidad de promulgar reglamentos de salud ocupacional que busquen:

La Protección de la salud y la preservación de la integridad física, moral y social de los trabajadores y la prevención y control de los riesgos, para lo cual en uno de los aspectos a considerar en la elaboración de estos reglamentos se establece la necesidad de contemplar dentro de las condiciones ambientales y sanitarias mínimas los riesgos de índole psicosocial, tal como lo establece el inciso a) de la descripción del enunciado número 3 de este artículo, que textualmente establece lo siguiente:

“ La prevención y el control de las causas químicas, físicas, biológicas y sicosociales capaces de provocar riesgos del trabajo”.

Reglamento para la Contratación Laboral y Condiciones de Salud Ocupacional de las Personas Adolescentes. Decreto Ejecutivo N° 29220-MTSS. Octubre 2000 publicado el 10 de enero del 2001.

Este Reglamento dentro del contexto de brindar protección especial a los adolescentes mayor de 15 años y menor de 18 que pueden trabajar, establece las condiciones laborales que deben prevalecer en la contratación laboral de personas adolescentes, con énfasis especial en el tipo de labores permitidas y las condiciones necesarias de trabajo, con el fin de proteger su salud, permitir su desarrollo físico, emocional y social y evitar la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales.

Dentro de las actividades prohibidas por su naturaleza y las restringidas por sus condiciones, se puntualizan actividades laborales que tienen una incidencia directa en la salud mental del adolescente como se desprende de los siguientes artículos:

### **Artículo 4°.**

“ Son labores absolutamente prohibidas para las personas adolescentes, las que por las condiciones tecnológicas, de seguridad, físico ambiental y/o si los productos, sustancias u objetos con que se relacionen sean de carácter tóxico, combustible, inflamable, radiactivo, infeccioso, irritante y corrosivo que podrían ocasionar lesiones permanentes e inclusive su muerte. Además aquellas actividades que presenten peligro de violencia o predisposición a adquirir conductas disociales, vulnerabilidad al abuso sexual y explotación en un entorno perjudicial para el desarrollo biosicosocial del adolescente.”

### **Artículo 5°**

Se prohíbe el trabajo de las personas adolescentes en las siguientes actividades:

- f)** Actividades de diversión en ambientes nocivos como centros nocturnos, prostíbulos, salas de juego de azar, salas o sitios de espectáculos obscenos o talleres donde se graben, impriman, fotografíen o filmen material pornográfico y otros que favorezcan la adquisición de conductas de tipo disocial, que atenten contra la propia integridad emocional y la de otras personas.
- g)** Producción, repartición o venta exclusiva de alcohol y en establecimientos de consumo inmediato.



- k)** Actividades en las que su propia seguridad y la de otras personas estén sujetas a la del menor de edad, como lo son labores de vigilancia, el cuidado de niños, ancianos, enfermos y traslados de dinero.

#### **Artículo 6°**

“ Son labores restringidas aquellas en donde el contenido, la exigencia laboral y la organización del trabajo, máquinas y equipos de trabajo y las condiciones ambientales, puedan ocasionar fatiga física y mental y/o lesiones leves por lo que se requiere un control periódico del riesgo ( inspecciones, evaluaciones, entre otros) y un cumplimiento estricto de las normas de seguridad.”

#### **Artículo 7°**

“ Son labores en que las personas adolescentes pueden laborar, sujetas a las restricciones y medidas de seguridad que se indican, las que se realizan en las siguientes actividades y centros de trabajo”

- g)** Trabajos repetitivos, con apremio de tiempo y con demanda de atención permanente y continúa siempre y cuando existan pausas de descanso activo y programas de recreación laboral



## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### 1- SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES

Definir la salud mental no ha sido tarea fácil. Las diferentes culturas y sociedades la han definido de formas diversas según las costumbres, creencias, mitos, valores y características socioeconómicas vigentes.

La salud mental es algo más que la ausencia de enfermedad o trastorno. Es una condición básica de salud, implica una sensación de bienestar y se reconoce como el desempeño satisfactorio de las funciones mentales, dando como resultado actividades productivas, desarrollo de relaciones exitosas consigo mismo y con el medio, habilidad para adaptarse a los cambios y manejar la adversidad.

La salud mental se relaciona con la vida diaria, se construye en la cotidianidad, mediando un complejo proceso de interacciones entre factores biológicos, sociales y ambientales que interactúan, sumando o restando oportunidades de desarrollo, a lo largo del ciclo vital.

La actividad mental es la función integradora entre el ser humano y su entorno; se manifiesta o es observable a través de conductas, emociones y funciones intelectuales como la inteligencia, la memoria, la capacidad de pensar, el juicio crítico, entre otros.

##### 1-1 Factores biológicos

Las condiciones físicas y orgánicas heredadas o adquiridas, el potencial genético, el sexo, la edad, etc, son algunos de los factores biológicos que influyen, unos más que otros, en la aparición y evolución de trastornos mentales y del comportamiento.

Las conductas de las personas cambian con la edad, así como varían sus interacciones sociales, la exposición a riesgos ambientales y la nutrición. Así por ejemplo, después del parto y en la primera infancia se encuentran los trastornos del desarrollo, trastornos mentales orgánicos secundarios a distintos procesos biológicos (adquiridos o congénitos) trastornos afectivos y trastornos esenciales.

##### 1-2 Factores Psicológicos

El comportamiento humano se configura según algunas teorías psicológicas, por medio de interacciones con el entorno social y natural, mediados por la motivación, la recompensa, el castigo y las necesidades vitales.

Los rasgos heredados interactúan con los estímulos ambientales (ejemplo: el trato que el niño recibe de sus padres) para generar patrones de conducta que el niño aprende y utiliza luego para crecer y adaptarse a medio en que vive.



La herencia determina el potencial y los límites del individuo. El ambiente determina el nivel de desarrollo de ese potencial, proporcionando condiciones de aprendizaje y estímulos adecuados a lo largo del proceso de socialización.

Según la teoría Freudiana existen tres principios que explican la conducta humana:

- El determinismo psíquico, según el cual, en la mente como en el mundo físico, nada ocurre por casualidad, sino que cada fenómeno está determinado por aquellos que le precedieron. No existe discontinuidad. Cada síntoma por extraño que parezca está causado por otro proceso mental.
- La existencia de procesos mentales inconscientes, o sea, desconocidos para nosotros mismos, pero que son fuente de energía y estímulos de la conducta. Estos procesos mentales son los que permiten la continuidad.
- La existencia de una energía psíquica (fuerza afectiva que acompaña cualquier representación mental) que emana de dos fuerzas instintivas poderosas : el instinto de la vida ( los impulsos sexuales) y el instinto de muerte ( los impulsos agresivos). Según Freud, el hombre se mueve como un péndulo entre estos dos puntos : la vida y la muerte, el placer y el dolor, la necesidad y la gratificación. Tales fuerzas instintivas ya están en acción en el recién nacido que al llorar exige la gratificación de sus necesidades (alimento, calor, cuidados). El ser humano está en una constante búsqueda de la satisfacción de sus necesidades.

A medida que el ser humano se desarrolla en el intercambio con su ambiente ( la realidad) va aprendiendo a adaptar su búsqueda de placer a las condiciones impuestas por el mundo exterior ( principio de realidad) y va conformándose un comportamiento cada vez más articulado con el consiguiente desarrollo del "yo", quedándose gran parte de esos impulsos reprimidos en el inconsciente. Entre el impulso y la descarga, el yo infantil va madurando y va instalándose el principio de realidad que implica capacidad para postergar, para pensar y controlar según la introyección que haga de las normas sociales y de la cultura.

Para el psicólogo Alfred Adler, la motivación real del hombre es su afán de superioridad que surge de saberse inadecuado e inferior. En función de esto orienta su vida y construye su propio estilo de vida.

Otro aporte psicoanalítico importante es el de Erickson quien señala que cada etapa de la infancia entraña un sello único y permanente para la personalidad futura. Las experiencias infantiles no se pierden; cuando favorecen las relaciones humanas, el trabajo y la felicidad, el niño responde a su ambiente de un modo realista y puede adaptarse a las circunstancias cambiantes.

La salud mental tiene sus cimientos en la infancia comenzando por el vínculo entre el niño y sus padres. El vínculo es la relación afectiva y estable producto de una interacción social con cariño, amor y ternura que genera confianza básica y seguridad emocional, componente vital de una sensación de bienestar, que además, favorece el desarrollo normal del lenguaje, el intelecto y el control emocional. Estos procesos pueden afectarse e incluso bloquearse, por separaciones de los padres, por violencia intrafamiliar, por pobreza, por guerras, por migraciones, por embarazos no deseados, por desastres.



La necesidad de estima personal, mediante el reconocimiento de las capacidades y aptitudes, sentirse aceptados como personas con afecto, cariño y respeto. Alguien que se siente como un "Don nadie" contribuirá muy poco a la vida.

El sentido de pertenencia conlleva un sentido de ser aceptado, de sentirse importante e identificado como persona, Ser aceptado por sus padres y pertenecer a un grupo familiar que le servirá de estructura para favorecer el desarrollo armónico de su personalidad. La familia es la unidad social básica donde se dan las dinámicas de la salud mental o de la enfermedad.

Mediante la participación en grupos de apoyo y desarrollo personal se favorece la comunicación interpersonal, el sentido de pertenencia, la autoestima, la expresión de sentimientos y la retroalimentación o apoyo de los integrantes del grupo.

Existe en ciertos individuos facultades que acrecientan la capacidad para hacer frente de modo eficaz a la adversidad, conocida como resiliencia, y se define como la capacidad creativa para transformar los factores adversos en elementos de estímulo y proyección positiva. Las situaciones adversas permiten desarrollar destrezas que en situaciones normales no las facilitarían. El desarrollo de la resiliencia se convierte en un factor protector de la salud mental.

### **1-3 Factores sociales**

En distintos estudios ha quedado demostrado el impacto negativo en la salud mental de la población que tienen los factores sociales como la pobreza, la urbanización desordenada, las condiciones de trabajo desfavorables, el trabajo infantil, los fenómenos migratorios, la violencia social, los desastres naturales, entre otros.

- *Pobreza.* Apesar de los esfuerzos de los gobiernos por el combate a la pobreza, la amenaza está latente por cuanto la economía aún frágil se incipiente desarrollo se ven amenazados por los fenómenos de globalización y políticas macroeconómicas internacionales.
- *Migraciones.* Los inmigrantes lo hacen generalmente en busca de mejores condiciones de vida, de empleo, de educación y capacitación, exponiéndose a mayores fuentes de estrés, mayor competitividad, condiciones de vida generalmente precarias: con mayor hacinamientos en viviendas marginales donde hay mayor prevalencia de abuso de drogas, violencia y abusos sexuales, mayores sentimientos de soledad y tristeza, desarraigo.
- *Desastres naturales.* Desastre es cualquier acontecimiento que ocasiona una demanda que supera las capacidades de un sistema para afrontarlos y superarlos de la forma normal o acostumbrada. Es una situación que provoca sufrimiento humano, o crea necesidades que las víctimas no pueden aliviar sin ayuda externa. El componente psicosocial siempre está presente en esta tragedias, los efectos de los desastres naturales en la salud , se manifiestan a nivel físico, mental y social.



Los desastres naturales afectan en mayor o menor grado la salud mental de la población afectada manifestándose en diversos grados en diferentes personas, familias, comunidades y culturas.

Las reacciones emocionales se incrementan en situaciones de emergencia debido al estrés post-traumático producto de pérdidas materiales, muerte de seres queridos, orfandad, destrucciones materiales, o también como resultado de los desplazamientos, la vida en campamentos o en lugares extraños, alejados de la familia, en condiciones sanitarias y económicas muy difíciles.

La mayoría de las reacciones son transitorias y las víctimas se restablecen espontáneamente con las medidas de apoyo oportuno. Los síntomas que se observan con más frecuencia son de tipo depresivo, ansioso y estrés post-traumático de la población afectada y del personal de rescate o atención primaria. A largo plazo pueden persistir quejas somáticas, preocupación persistente por uno mismo, síntomas depresivos y ansiosos y miedo a ser nuevamente victimizado.

Las reacciones del ser humano ante un evento traumático como los desastres naturales van manifestándose según las etapas del evento, antes, durante y después del impacto.

## **2- ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL**

La salud mental debe abordarse de manera integral, es decir la atención debe comprender acciones de promoción, prevención, detección oportuna y tratamiento inmediato de los trastornos y rehabilitación psicosocial de las personas con necesidades de atención, con un enfoque de género y de derechos humanos.

### **PROMOCION DE LA SALUD MENTAL:**

La promoción de la salud se define como “el proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” Señala cinco campos de acción: la formulación de políticas saludables, la creación de entornos propicios para la salud, el desarrollo de habilidades personales, la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud.

Las acciones de promoción de la salud no se definen en términos de daño o enfermedad, sino en términos positivos y están orientadas a actuar sobre los determinantes buscando el desarrollo de las condiciones que influyen en la calidad de vida y desarrollo de las personas y de las comunidades, tales como la educación, trabajo, vivienda, salud, seguridad ciudadana, entre otros.

La promoción de la salud mental incluye acciones dirigidas a modificar los grandes determinantes biológicos, políticos, sociales, educativos, culturales y económicas. Se debe educar para la incorporación de estilos de vida saludables en todos los aspectos de la vida humana, tales como el disfrute de la sexualidad y reducción de embarazos no deseados, autocuidado de la salud, alimentación saludable, educación para la utilización del juego y actividades recreativas y deportivas, vigilancia y estimulación del desarrollo psicomotor infantil, importancia de las relaciones interpersonales y familiares armoniosas, nutricias y no



discriminatorias; importancia del contacto emocional y la formación de vínculos afectivos con figuras significativas en la temprana infancia, fomento de grupos de apoyo y la interacción social, consejería genética para evitar enfermedades mentales hereditarias y malformaciones congénitas del sistema nervioso, programas educativos para reducir los traumas del parto e inmunizaciones oportunas.

Incorporar la perspectiva de género en la atención de la salud mental, permite observar y explicar situaciones de inequidad y desigualdad entre mujeres y hombres que se presentan en la vida cotidiana, que a su vez, obedecen a procesos sociales en los que se configuran relaciones de poder asimétricas entre los sexos. Estas desigualdades condicionan los procesos de salud-enfermedad, manifestándose epidemiológicamente en perfiles diferentes para cada sexo, tales como los suicidios, que ocurren con más frecuencia en hombres que en mujeres. La promoción de la salud mental en la dinámica familiar será insuficiente sin el enfoque de género.

La incorporación del enfoque de derechos trasciende las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, garantiza el bienestar, una vida digna para todas las personas en sus dimensiones individual, social, cultural y espiritual y tiene como fin último asegurar al ser humano su libertad, la igualdad y la justicia. Las personas con enfermedad mental son sujetos de derechos, contenidos en una serie de principios y normativas internacionales y nacionales que velan por el aseguramiento de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales sin distinción de raza, idioma, credo político o religioso o cualquier otra condición.

## **PREVENCIÓN**

La prevención de la enfermedad se logra reduciendo los factores de riesgo y desarrollando habilidades de competencia psicosocial. La prevención se desarrolla en tres etapas:

- 1. PREVENCIÓN PRIMARIA:** La prevención primaria en salud mental está dirigida a controlar los factores de riesgo para evitar la aparición de la enfermedad o dolencia, mediante el fortalecimiento de la autoestima, el control y la reducción del estrés, la reducción de toda forma de violencia, la prevención del abuso físico, psicológico y sexual, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, consolidación de vínculos afectivos, prevención de las adicciones, el control de conductas de riesgo, proyectos de vida en la pubertad o en la adolescencia, adecuado manejo del tiempo libre, recreación y el descanso, aprender nuevas formas de manejar los conflictos, y en general un plan de vida saludable en un marco de valores éticos y morales.
- 2. PREVENCIÓN SECUNDARIA:** La prevención secundaria consiste en la detección temprana de trastornos mentales, por personal capacitado o informado, en cualquiera de los ámbitos donde la persona se desenvuelve, ya sea en la familia, la escuela, el colegio o la universidad, el trabajo o en la comunidad. La población tiene derecho a una atención oportuna y a un tratamiento efectivo, continuo y de calidad, ya que en la medida que esto se cumpla, el sufrimiento humano es menor, las secuelas son menos complejas y hasta reversibles.



- 3. PREVENCIÓN TERCIARIA O REHABILITACIÓN:** La rehabilitación consiste en acciones sistemáticas, continuas y supervisadas, en los servicios de salud mental, en los hogares y en la comunidad, para evitar el deterioro de habilidades, funciones cognoscitivas, comunicación, hábitos y autocuidado de personas con enfermedad mental, en procura de una mejor calidad de vida y una pronta reinserción en el núcleo familiar, en el trabajo y en la comunidad.



## **CAPITULO III**

### **ANÁLISIS DE SITUACIÓN**

Los hallazgos sobre salud mental en el Análisis Sectorial de Salud, Costa Rica 2002, proveen una síntesis descriptiva de los problemas más relevantes y la demanda manifiesta en los servicios de salud mental.

No existe un diagnóstico integral sobre Salud Mental, que permita conocer la magnitud real de la problemática y las acciones que se llevan a cabo tanto en el sector público como en el privado; sin embargo, existen algunos datos o algunas aproximaciones que permiten determinar que, el conjunto de problemas desembocan en trastornos mentales, los cuales –unos y otros- van en aumento.

Ante ello, una débil respuesta y una tenue proliferación de acciones de promoción y prevención, aunado a un énfasis en la atención del trastorno, resultan un método insuficiente para atender la magnitud de la problemática.

Los recursos destinados a la promoción y prevención, son insuficientes y no utilizados en forma óptima debido a la falta de un sistema articulado, generándose a la postre una duplicidad de acciones. Asimismo, en la esfera de la atención, el enfoque basado en el nivel terciario consume la mayor parte de los recursos, quedando desprotegido el ciudadano desde el primer nivel básico y comunitario de atención.

En una perspectiva basada en los derechos de la niñez, se reconocen no solo las responsabilidades que tienen todos los sectores, sino también las que comparten las familias y las comunidades en procura del bienestar de la infancia y la creación de una cultura de prevención y promoción de su salud mental.

Desde esta perspectiva, la prevención primaria debe iniciarse por el reconocimiento precoz de los riesgos, así como orientar esfuerzos y recursos para que las deficiencias y las discapacidades puedan tener un tratamiento especial en la prevención y la integración de las personas desde el momento en que ellos sean posible.

La prevención primaria, la cual comprende todos los actos tendientes a disminuir la incidencia de una enfermedad entre la población o reducir el riesgo de aparición de nuevos casos, deberá de tomar en cuenta los siguientes aspectos: la mayoría de los niños y de las niñas poseen al nacimiento un potencial de desarrollo e intelecto aunado al derecho de una igualdad de oportunidades, pero desafortunadamente existen diversas situaciones de vida entre la niñez que conduce a la pérdida de oportunidades, desde el inicio de la gestación como durante el nacimiento lo cual incide en la predeterminación y la predestinación de tener algún tipo de problemática en su desenvolvimiento. Sin embargo debemos de señalar que ante un mismo riesgo, los factores personales, genéticos, el transcurso de la vida fetal, la calidad del cuidado-crianza maternal y paternal entre otros de los niños y las niñas incide en un mayor o menor grado de vulnerabilidad o riesgo para desarrollar desordenes o trastornos tanto físico como mentales.



### **3.1. NECESIDADES SENTIDAS**

Diversas consultas en algunas comunidades han manifestado la necesidad de contar con programas de salud mental, que aborden por lo menos las siguientes problemáticas: la cultura de violencia que genera agresión y delincuencia, abuso sexual, transformación de la estructura familiar, desempleo, falta de educación, falta de oportunidad de recreación y disfrute, pobreza, falta de información, factores Socioculturales adversos, alcoholismo, drogadicción, prácticas de exclusión como el abandono, la soledad, la discriminación, el rechazo, el suicidio, la depresión, los trastornos de ansiedad y las limitaciones de los servicios de salud que por su frecuencia e impacto en la salud, en la economía y en el desarrollo social, deben atenderse de manera prioritaria .

Dentro de los grupos de población con necesidades específicas se señalan los niños, las niñas y adolescentes, adultos, adultos mayores e inmigrantes , población en estado de pobreza, personas con discapacidad y otros grupos poblacionales.

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud en 81 áreas de salud, todas las regiones identificaron entre sus prioridades, problemas relacionados con salud mental, tales como : el alcoholismo y la drogadicción, la violencia intrafamiliar, la inseguridad ciudadana y el embarazo en adolescentes (Ministerio de Salud, 2002).

### **3.2 PROBLEMAS PRIORIZADOS**

Aunque no existen estudios recientes sobre el perfil epidemiológico en salud mental, se estima que los trastornos mentales se han incrementado en función del perfil demográfico actual y los cambios sociales y económicos que vive la sociedad costarricense.

#### **3.2.1 Depresión:**

La depresión es un síndrome frecuente que puede aparecer en cualquier momento de la vida aunque la incidencia es mucho mayor en la madurez. La depresión en el país tiene una prevalencia estimada de 7,24%. Es más frecuente en mujeres que en hombres. De todas las causas de consulta por enfermedad mental la depresión es la primera causa de consulta en personas mayores de 10 años. A nivel mundial, el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentará un episodio depresivo en cualquier momento de su vida. (Organización Mundial de la Salud, 1989)

La depresión es responsable del 4,4% de los años de vida potencialmente perdidos, índice que aumentará en los próximos años. Expertos a nivel mundial estiman que en menos de diez años la depresión se convertirá en la principal enfermedad mundial ( Organización Mundial de la Salud, 2001)

Según estudios de la Caja Costarricense del Seguro Social en 1996, la depresión constituyó la cuarta causa de incapacidad laboral de sus funcionarios, y el primer lugar en relación con el monto pagado por subsidios.



**CUADRO No 1**  
**PERSONAS ATENDIDAS POR PSIQUIATRÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**  
**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, SEGÚN ENFERMEDAD,**  
**EDAD Y SEXO. COSTA RICA ,2001**

DIAGNÓSTICO	Total (Nº absolutos)		10-19 años (%)		20-24 años (%)		45-64 (%)		65 y más años (%)	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
DEMENCIA	1275	903	0.07	0.02	0.15	0.01	0.11	0.04	0.13	0.26
ALCOHOLISMO	8873	1063	0.11	0.07	0.97	0.07	1.51	0.06	0.61	0.07
ESQUIZOFRENIA	2178	1063	0.02	----	0.29	0.03	0.34	0.25	----	0.11
TRASTORNOS ESQUIZO AFEC	956	956	0.07	0.02	0.12	0.05	0.03	0.16	0.09	0.07
OTRAS PSICOSIS	425	266	0.02	0.02	0.06	0.02	----	----	0.04	0.04
EPISODIOS DEPRESIVOS	2125	8236	0.09	0.29	0.25	0.60	0.26	0.67	0.13	0.63
TRAST DEL HUMOR	1169	2976	0.02	----	0.12	0.23	0.12	0.32	0.21	0.19
ANSIEDAD	3666	9458	0.29	0.31	0.36	0.67	0.40	0.92	0.26	0.56
OTROS TRAS NEURÓTICOS	1541	4623	0.03	0.04	0.27	0.16	0.33	0.31	----	0.22
OTROS TRAS MENTALES	1966	2338	0.15	0.13	0.16	0.15	0.14	0.12	0.13	----
<b>TOTAL</b>	<b>24174</b>	<b>31882</b>	<b>2.01</b>		<b>4.83</b>		<b>6.07</b>		<b>3.75</b>	

Fuente: Departamento de Estadísticas de la Salud, CCSS, 2001

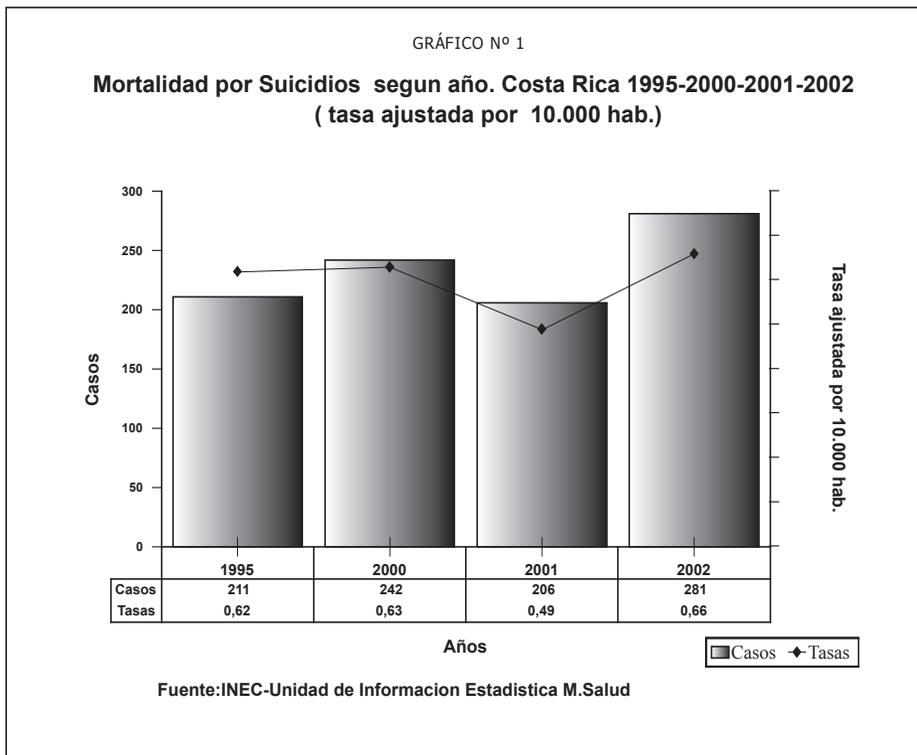
Según el cuadro anterior, el 56,88% de las consultas fueron realizadas por mujeres y el 43,12% por hombres. En cuanto a la consulta por tipo de enfermedad, se observa que los hombres consultan con más frecuencia por alcoholismo, ansiedad, esquizofrenia y depresión, mientras que en las mujeres, los trastornos de ansiedad, el episodio depresivo y los trastornos neuróticos fueron las primeras causas de consulta respectivamente.

Los grupos de edad que mas acuden a los servicios de urgencias por problemas mentales son los de las edades comprendidas de los 45-64 años, seguidos por los grupos de 20-44 años y el grupo mayor de 65años.



## 2.2 Suicidios:

A nivel mundial, el suicidio es una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes, de 15 a 34 años, lo que representa para la sociedad muchos años de vida potencialmente perdidos.



La tasa más alta en el periodo comprendido entre los años 1995 y 2002 corresponde al año 2002 con 0.66 x 10.000. Entre los determinantes más importantes para el suicidio están las depresiones, los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias.

Estudios realizados indican que los jóvenes con problemas familiares, mujeres agredidas, privados de libertad y adultos mayores constituyen los grupos que más frecuentemente recurren al suicidio como una salida para sus problemas. ( Starcevic, 1999).

Según información recabada por la Unidad de Estadística del Ministerio de Salud, de los suicidios ocurridos en el año 2002, el mayor número de casos (50,18%) se concentra en el grupo de edad de 15 a 34 años, población joven, económicamente productiva. La provincia que reporta la mayor incidencia es san José, seguido por Cartago, Puntarenas y Alajuela con franco predominio en hombres con una razón de 6:1



### **2.3 Trastornos de la infancia y la adolescencia**

Con respecto a los trastornos de la infancia y la adolescencia, es importante destacar que se carece de estadísticas globales, ya que no se registran datos del sector privado, por lo que la información se basa principalmente en los registros emanados de la Caja Costarricense de Seguro Social, según los cuales, en el año 2002, se atendieron, 4.585 consultas en psiquiatría infantil, 7.048 consultas en psicología infantil y 3841 consultas en adolescentes.

Según las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2001, las primeras causas de egreso hospitalario fueron los trastornos afectivos (50.32%), ansiedad y estrés grave (18.62%) y los trastornos psicóticos (10.7%). Además, según datos de la encuesta realizada en el mes de mayo del 2002, el déficit atencional fue la primera causa de consulta (49.8%), seguido por la depresión (16.5%), el abuso sexual (9.8%) y la ansiedad (9.41%), la cual predominó en escolares (71%).

La sección de atención infanto juvenil del Hospital Calderón Guardia reportó en el año 2002, la depresión como primera causa de consulta, seguida por intentos suicidas, problemas de conducta, bajo rendimiento académico y abuso sexual, mientras que en el grupo de 5 a 14 años, la principal causa de consulta y egresos hospitalarios son los trastornos mentales no psicóticos.

Según la encuesta de causas de consulta realizada por la CCSS en el 2001, la principal causa de consulta de las adolescentes en los servicios de salud mental de urgencias en la CCSS, fue por trastornos neuróticos, seguida de episodios depresivos, alcoholismo y otras psicosis.

La adolescencia es reconocida como una etapa crucial en la vida de las personas, por los múltiples cambios bio-psico-sociales que experimenta, con claros efectos en la salud mental.

Según el Censo Nacional de Población del año 2000 la población de 10 a 19 años constituyen el 21.6% de la población, que sumados con el 9% del grupo juvenil (de 20 a 24 años), representan casi la tercera parte de la población, por lo que es importante que la familia y la escuela promuevan el desarrollo de habilidades y proyectos de vida en estos grupos.

Los expertos han priorizado los siguientes problemas en los y las adolescentes: el suicidio, la exclusión, adicciones, agresión social, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, falta de oportunidades (estudio, trabajo, recreación), depresión social, trastornos de alimentación (anorexia y bulimia), SIDA, influencia de conductas violentas, abuso sexual, relaciones interfamiliares conflictivas, falta de destrezas sociales para manejo de conflictos y frustraciones; pobreza, consumismo, falta de proyectos de vida, prácticas de exclusión (abandono, soledad, discriminación y rechazo), servicios de salud dirigidos a atender la enfermedad y no acciones proactivas de estilos de vida saludables, carencia de centros de recreación y deporte.



## **2.4 Otros problemas que afectan la salud mental**

Por el impacto que tienen en la salud mental, en el desarrollo psicosocial y en la formación de la personalidad, se mencionan otras situaciones cuya frecuencia está en aumento y que ameritan una consideración especial de las autoridades de salud, como lo es la violencia en todas sus manifestaciones y las adicciones.

### **a. Violencia social:**

La violencia es una alteración de las relaciones de convivencia pacífica entre las personas. Se concretiza a través de múltiples manifestaciones, cuyos significados varían históricamente dependiendo del momento y el contexto en que se producen. Implica acciones y omisiones, donde las personas o grupos, instituciones o Estados utilizan el poder de un modo excesivo.

La magnitud del problema se refleja en la inseguridad ciudadana, no solo por los homicidios sino que incluye otras formas como la violencia intrafamiliar, institucional, comunitaria, violencia sexual, patrimonial, violencia autoinflingida (suicidios), violencia colectiva como terrorismo, genocidio y crimen organizado, y la violencia en el tránsito, donde la pérdida de valores, la influencia de los medios de comunicación, y la constante exposición a problemas de violencia, juegan un papel preponderante en las relaciones humanas.

Los daños a la salud física y mental son impredecibles, de alto costo económico, emocional y social que puede transformarse en una barrera para el desarrollo socioeconómico del país.

### **b. Violencia contra la población infantil:**

El abuso sexual tiene gran impacto en la salud mental y serias implicaciones en el desarrollo psicosocial de la niñez. Las víctimas de abuso son predominantemente niñas y mujeres. A pesar de la alta incidencia estimada, la dimensión real del problema no se conoce. Hay un alto grado de sub-registro por no denunciarse ya que aún se considera un tema tabú entre las familias, existen amenazas de los agresores, no se conocen los mecanismos de denuncia, y la población no visualiza la violencia como un problema social, que implica una responsabilidad de todos.

En el año 2001 se atendieron en el Hospital Nacional de niños 313 niños agredidos: 185 mujeres y 128 varones; el 48% fueron por abuso sexual, el 27.4% por agresión física y el 9.9% fueron testigos de violencia en sus hogares. El 21% ingresaron por negligencia, abandono y enfermedades ficticias.

En el primer trimestre del 2002 se atendieron en este mismo centro 66 niños agredidos, de los cuales el 58.9% fueron por abuso sexual.

De 9.143 atenciones a menores de 18 años brindadas por el Patronato Nacional de la Infancia de enero a agosto del 2002, el 45.27% fueron por abuso sexual, de los cuales el 37.8% fueron de origen intrafamiliar, lo cual causa un grave impacto en la persona menor de edad víctima, aumentando las probabilidades de desarrollar cuadros depresivos, intentos de suicidio, trastornos de ansiedad. El 7.5% de los abusos fueron de origen extrafamiliar.



### **c. Violencia intrafamiliar:**

La violencia intrafamiliar, al igual que el abuso sexual, representan un problema de salud pública por su elevado número de víctimas y por sus graves consecuencias. Se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales. La tercera parte de las mujeres violentadas sufren episodios de depresión y mayor riesgo para el suicidio, el alcoholismo y el consumo de psicofármacos.

Las mujeres pierden 9.5 años de vida saludable a causa de la violencia doméstica y sexual, así como también su ingreso económico se reduce entre un 3% y un 20% (Informe del Banco Mundial, 1993)

En el año 2002 se reportaron a la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, 1179 casos de violencia intra-familiar atendidos en los servicios de salud.

De 1990 a 1999 murieron 184 mujeres costarricenses por agresión física, la mayoría entre 25 y 35 años. Sus agresores fueron el esposo o compañero sentimental en el 43 % de los casos, le siguen en orden de frecuencia los ex compañeros y ex esposos.

La mayoría de las mujeres agredidas provienen de San José centro en un 29.60%, Desamparados en el 11.3%, Tibás el 8% y Santa Ana con un 7.25%.

### **d. Accidentes de tránsito**

La principal causa de muerte violenta en el país son los accidentes y entre éstos, los de tránsito representan el 61% del total de accidentes y el 30 % de las personas fallecidas habían ingerido licor. ( VII Informe del Estado de la Nación).

En el 2001 se reportaron 5655 accidentes de tránsito, en los cuales fallecieron 676 personas lo que representa una tasa de 18.27 por 100.000, en estos accidentes hubo 2.914 heridos graves y 16.404 afectados. En el año 2002 el número de accidentes de tránsito aumento a 6.735.

Una de las variables cuya influencia en los accidentes de tránsito no puede obviarse son los factores psico-sociales como el consumo de alcohol, drogas, el estrés, la conducta agresiva; estos deben ser objeto de mayor estudio.

### **e. Consumo de sustancias adictivas:**

El consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel nacional, ya que el consumo se concentra en edades productivas, o más propiamente en la población joven, con una repercusión directa a nivel individual, familiar, social y económica.

En los últimos diez años la prevalencia de vida del consumo de alcohol y tabaco han disminuido en un 11.7% y un 3% respectivamente, situación que puede deberse a las campañas de publicidad, a la legislación que tiende a regular el consumo como es el control de precios, horas para la venta de productos,



prohibición de ventas a menores de edad, aumento de la sanción social, delimitación de áreas para fumadores y no fumadores, entre otras.

El número de consumidores de alcohol ha disminuido, mas no así el consumo riesgoso , ya que el 10% son bebedores excesivos, el 7% alcohólicos y el 17% bebedores moderados, según la última encuesta nacional sobre el consumo de drogas en el año 2000.

Respecto a la edad de inicio del consumo de drogas, incluido el alcohol y el tabaco, esto ocurre a edades más tempranas, tanto en hombres como en mujeres. Entre sus causas se señalan la presión de grupo, la influencia de modelos culturales o como un escape ante problemas familiares.

Un indicador importante es el incremento de sitios especializados para la atención tanto públicos, ONG ` s como privados.

#### **f. Factores de riesgo psicosocial en el trabajo**

Las condiciones laborales pueden ser saludables y facilitar el desarrollo del potencial humano o constituirse en factor de riesgo para la salud del trabajador.

El estrés laboral es una de las principales manifestaciones de condiciones laborales adversas y contrapuestas a las necesidades, intereses, deseos y capacidades del trabajador. Atañe a todos los sectores sin distinción de categoría ocupacional. Los trabajadores pueden experimentar fatiga, desánimo, ansiedad, bajo rendimiento laboral, ausentismo, incremento de accidentes, incapacidades por alteraciones psicosomáticas o psicológicas, violencia en el entorno laboral, entre otros.

Estudios realizados por la Organización Internacional del Trabajo en Europa y Estados Unidos revelan un aumento alarmante de la depresión y el estrés. En los Estados Unidos el 40% de los trabajadores encuestados calificó su trabajo como extremadamente estresante, afectando la depresión al 10 % de los trabajadores, con una pérdida de 200 millones de días de trabajo al año por esta causa.

En España, la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo, 2002, reveló que el 50% de ausentismo laboral está relacionado con el estrés, y que el 15% de los trabajadores activos eran víctima de hostigamiento psicológico laboral

### **3-3 ESTADO ACTUAL DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.**

El país cuenta con una estructura organizacional que está en proceso de fortalecimiento, constituida por un ente Rector y las instancias públicas, privadas y comunitarias.



### **3.3.1 MINISTERIO DE SALUD**

Al Ministerio de Salud como ente rector le corresponde garantizar que la producción social de la salud se realice en forma eficiente y eficaz, con participación plena de todos los actores sociales para contribuir a mantener y mejorar la calidad de vida y el desarrollo del país bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad.

Para el cumplimiento de sus funciones el Ministerio de Salud se organiza en tres niveles de gestión con equipos multidisciplinarios que deben asumir las funciones rectoras en todo lo relacionado con la salud, como tal también debe desarrollar las acciones correspondientes en el campo de la salud mental.

Es importante destacar que salud mental tiene acciones en el campo de la dirección y conducción, regulación, investigación y vigilancia de la salud sin descuidar el entorno o ambiente.

Corresponde al Ministerio de Salud en todos sus niveles la conducción en el proceso de formulación del Plan Nacional en forma articulada con los otros actores sociales, así como el seguimiento y la evaluación del mismo.

Es importante incorporar al sistema de vigilancia de la salud indicadores que permitan tomar decisiones en el campo de la salud mental a la vez que se definan algunas enfermedades a observar desde vigilancia epidemiológica, sea por medio de la boleta de notificación, encuestas o por algún medio alternativo eficaz para el monitoreo de la situación.

### **3.3.2 CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**

La Caja Costarricense del Seguro Social es la institución responsable de dar atención integral de calidad a las personas con alteraciones mentales desde los establecimientos de salud a su cargo, lo anterior incluye promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Para dar la atención en salud, la Caja Costarricense del Seguro Social cuenta con una amplia red de servicios distribuida en todo el territorio nacional con establecimientos de alta complejidad como es el Hospital Nacional Psiquiátrico, hasta establecimientos de baja complejidad a nivel de clínicas. Existen además equipos básicos de atención integral (EBAIS), que a pesar de no estar realizando acciones en el campo de la salud mental pueden realizar acciones de promoción y prevención en los programas generales que realizan en el nivel local.

La CCSS se encuentra en un proceso de transición, imperando todavía un modelo con una orientación biológica, con énfasis en enfermedad y no en la salud mental. Los recursos humanos, materiales y financieros se concentran en el tercer y segundo nivel de atención; los programas de salud mental están ausentes en el nivel primario, en los programas generales de salud son incipientes, y se da poco énfasis en la población infantil, se carece de programas de salud mental para grupos y / o situaciones específicas y la participación de la comunidad en los procesos de planificación es limitada.



Desde los servicios de la CCSS, se realizan algunas actividades relacionadas con salud mental, como por ejemplo la estimulación del desarrollo psicomotor de niños menores de 6 años, educación para la salud a madres adolescentes, ferias de la salud que incluyen temas de salud mental o prevención de fármaco-dependencia; actividades para la prevención y detección de la violencia intrafamiliar y actividades educativas en escuelas y colegios. Dichas acciones no están bien sistematizadas ni normadas y la capacitación del recurso humano es insuficiente para dar una atención integral de la salud mental.

### **3.3.3 OTROS PRESTADORES DE SERVICIOS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL**

#### **3.3.3.1 El Instituto Nacional de Seguros.**

Cuenta en sus oficinas centrales con un servicio de consulta externa de Psiquiatría atendido por 2 psiquiatras y 3 psicólogas cuyos servicios representan el 1% del total de consultas del INS en un periodo determinado

#### **3.3.3.2. Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco-dependencia (IAFA)**

Es el órgano rector para la atención de la fármaco-dependencia a nivel nacional. Entre sus funciones se destaca la investigación, la acreditación de programas y organizaciones dirigidas al abordaje de la temática de adicciones; brinda consulta externa a personas con problemas de alcoholismo y fármaco-dependencia. Coordina acciones de rehabilitación con 78 ONGs y otras dependencias de la Caja del Seguro Social.

En el área de la prevención, el programa "Trazando el Camino", con un enfoque de salud mental, para el desarrollo de habilidades para la vida, tiene 4 años de operar y está dirigido a estudiantes de 7,8 y 9 año de colegio. En el 2003 el programa se extiende a escuelas primarias.

#### **3.3.3.3 Servicios Privados.**

Las actividades del sector privado no están sistematizadas. Hay numerosos consultorios privados que brindan algún tipo de atención en salud mental aunque en el campo de la Psiquiatría.

La Clínica Bíblica tiene un programa de salud mental desde hace 9 años, atendido por dos psiquiatras que ofrecen medicina de enlace, atención de emergencias, hospitalizaciones y consulta externa con un promedio de 2880 consultas al año.

#### **3.3.3.4 Universidades.**

De 15 universidades que tienen la carrera de Psicología, 8 brindan servicios de salud mental a estudiantes y algún otro tipo de público a precios módicos o gratuitos. Estas son: Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional, Universidad Iberoamericana (UNIBE), Fundación Leonardo Da Vinci, Universidad de Monterrey, Universidad Centroamericana (UCACIS), y Universidad Latina.

#### **3.3.3.5 Otras Fundaciones, Asociaciones y ONG's.**

Existen redes informales y grupos de apoyo en la comunidad como, 750 grupos de Alcohólicos Anónimos, 113 ONG's para la rehabilitación de adictos y 14 organizaciones para rehabilitación de enfermos mentales.



## **ESTADÍSTICAS DISPONIBLES Y ESTADO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

La información sobre salud mental proviene de fuentes dispersas. Su consolidación es difícil por no existir un medio para centralizar su recolección y procesamiento.

El sistema de información de enfermedades del Ministerio de Salud recibe información de la CCSS, del Instituto Nacional de Estadística y Censos y de centros privados.

El departamento de Estadísticas de la CCSS lleva un registro de causas de consulta y egresos por psiquiatría y psicología proveniente de todos los centros de atención psiquiátrica, información poco desagregada que no permite un análisis más profundo ni cualitativo de las patologías y de sus factores de riesgo, menos aún, de un perfil confiable de la salud mental nacional.



## CAPITULO IV

### POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Las Políticas de Salud Mental 2002-2006, fueron definidas por el Ministerio de Salud con la participación de actores sociales afines, con el propósito de mejorar la salud mental y reducir la carga de las enfermedades mentales y del comportamiento en la población costarricense.

Los principios que rigen estas Políticas son la equidad, la universalidad, la solidaridad, la ética, la calidad y la inclusión social.

**Los ejes transversales de esta Política son:** el enfoque de género, el enfoque de derechos y la responsabilidad social.

#### 4.1. POLITICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
<p>Fomento de las acciones orientadas a la promoción de la salud mental, así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud con énfasis en el primer nivel y priorizando la salud mental infanto-juvenil</p> <p>Atención integral de la fármaco-dependencia con énfasis en promoción de la salud y prevención de adicciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento de la promoción de la salud mental en el trabajo.</li> <li>• Fomento de la promoción en el campo de la salud mental con énfasis en grupos de apoyo, grupos de crecimiento y desarrollo personal.</li> <li>• Descentralización de la atención psiquiátrica hacia un modelo comunitario e interdisciplinario que incluya la promoción de la salud mental y el fortalecimiento del primer nivel de atención.</li> <li>• Inclusión de la salud mental en el nivel primario de atención con énfasis en detección y atención de la depresión y el suicidio.</li> <li>• Fortalecimiento de acciones de salud mental en situaciones de emergencia y desastres.</li> <li>• Garantía del cumplimiento del derecho de la población a la salud mental y a la atención oportuna de los trastornos mentales.</li> <li>• Inclusión de la salud mental dentro del sistema de vigilancia de la salud.</li> <li>• Desarrollo de acciones para la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación en fármaco-dependencia.</li> <li>• Vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente sobre bebidas alcohólicas y tabaco.</li> </ul>



## 4.2 LA SALUD MENTAL EN LA AGENDA SANITARIA CONCERTADA 2002-2006

Lo correspondiente al tema de la Salud Mental, se localiza dentro de la Agenda Sanitaria Concertada, a partir del cuarto compromiso:

4. Compromiso de sector	Objetivos
<p>Promover y atender la salud mental en forma integral con énfasis en la violencia social.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Desarrollar acciones de atención ntegral en salud mental con énfasis en la violencia social, violencia intrafamiliar, depresión, suicidios y adicciones, en todos los establecimientos de salud</li> <li>2- Desarrollar un Plan Nacional de salud Mental que incluya acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación , en los diferentes niveles de gestión.</li> <li>3- Desarrollar una respuesta sectorial integral a la violencia social con énfasis en la promoción de una cultura de paz y solidaridad.</li> </ol>



## **CAPITULO V**

### **OBJETIVOS DEL PLAN**

#### **VISIÓN:**

Construir una cultura de salud mental que promueva el desarrollo humano sostenible, mediante el fomento de un ambiente social e individual de respeto a los derechos humanos con la participación plena de la sociedad en general y el compromiso institucional.

#### **MISIÓN:**

Estrategia nacional para integrar los esfuerzos de los actores sociales para el mejoramiento de la salud mental en la población.

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la salud mental de la población costarricense por medio de la ejecución de intervenciones coordinadas e integradas desde los distintos sectores sociales en los diferentes niveles de atención durante todas las etapas de la vida.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS :**

1. Sensibilizar a la población por medio de acciones integrales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para aumentar los conocimientos en salud mental.
2. Integrar y desarrollar el tema de salud mental en los planes, programas y proyectos de las diferentes instituciones públicas y privadas responsables de procesos de construcción de la salud mental, incluyendo los planes nacional, regionales y locales de emergencias.
3. Reorientar los servicios de salud mental hacia la promoción y prevención de salud mental.
4. Promover el desarrollo armónico e integral de todas las personas, en las diferentes etapas del ciclo vital, en sus respectivos escenarios, para mejorar la calidad de vida, fortalecer la salud mental y reducir los riesgos de las enfermedades mentales.
5. Establecer programas para el mejoramiento de la salud mental de los trabajadores en los distintos escenarios laborales.
6. Incorporar a la comunidad en la definición y ejecución de acciones de promoción y prevención para mejorar las condiciones de salud mental en la comunidad.



## CAPITULO VI

### LINEAS DE ACCION SEGÚN ÁREA ESTRATÉGICA

#### 6.1 FORTALECIMIENTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

**Objetivo1:** Desarrollar habilidades individuales y colectivas para vivir mejor y fomentar estilos de vida saludables como son la actividad física, el deporte y la recreación, la solidaridad, la equidad, el respeto a los derechos, entre otros.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
Elaborar y desarrollar programas y proyectos que permitan la creación y fortalecimiento relaciones interpersonales acertivas y estilos de vida saludables vinculados con la solidaridad, equidad, paz y respeto a sí mismo y a los demás.	Confección de Programas institucionales en Salud mental que fomente los vínculos familiares, la resiliencia, la autoestima, que desarrolle habilidades para hacer uso adecuado del tiempo libre, enfrentar el estrés y situaciones de crisis.	Ministerio de Salud como ente rector. Comisión nacional de salud mental. Instituciones del sector salud MEP PANI Consejo de Salud Ocupacional. Municipalidades. ONG 's Comunidad.	2004-2010	Instituciones del sector Actores sociales involucrados	Programas intersectoriales de salud mental elaborados y en ejecución. Presupuesto asignado a las acciones de salud mental en las instituciones participantes.
	Incorporación del tema de salud mental en el componente de salud como eje transversal en la currícula educativa.	Ministerio de Salud. MEP	2006-2010	Ministerio de Salud- MEP	Tema de salud mental incorporado en la currícula educativa de 1-II y tercer ciclo.
	Elaboración y desarrollo de programas artísticos, culturales recreativos y deportivos dirigidos a la población con énfasis en grupos de riesgo social.	ICODER Consejo de la persona joven Ministerio de la juventud Municipalidades PANI. Ministerio de Justicia MEP.	2005-2010	Instituciones participan tes y ONG 's	Programas artísticos, culturales, recreativos, de actividad física y deportes en ejecución. No de participantes.
	Incorporación de actividades de promoción de la salud mental en los programas existentes	Establecimientos de salud públicos y privados	2005-2010	Establecimientos de salud públicos y privados	Componentes de salud mental en los programas generales.



**Objetivo 2.** Desarrollar un plan nacional de comunicación que facilite la participación de todos los actores sociales en la construcción y desarrollo de la salud mental y la eliminación de estigmas existentes relacionados con la enfermedad mental.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
<p><i>Elaborar y desarrollar un plan nacional de comunicación social tendiente a sensibilizar sobre la importancia de la salud mental y la responsabilidad individual y colectiva en la creación de la misma.</i></p>	<p><i>Confeción de un Programa Nacional de comunicación social en Salud mental que promueva y fortalezca el desarrollo de habilidades para la vida, el establecimiento de estilos de vida saludables, los valores y el respeto a los derechos individuales y colectivos.</i></p>	<p><i>Ministerio de Salud CCSS, Ministerio de cultura, Empresa privada, PANI, INAMU, ICODER, ONG 's</i></p>	<p><i>2005-2010</i></p>	<p><i>Actores participantes</i></p>	<p><i>Plan de comunicación elaborado y en ejecución.</i></p> <p><i>No de instituciones participantes.</i></p>
	<p><i>Sensibilización a autoridades de salud, empresarios y otros actores, sobre salud mental y sus factores protectores y de riesgo, para lograr su participación activa en la construcción de la salud mental</i></p>	<p><i>Comisión nacional de salud mental. Instituciones responsables y actores participantes.</i></p>	<p><i>2005-2010</i></p>	<p><i>Actores participantes</i></p>	<p><i>No de jornadas de sensibilización realizadas.</i></p> <p><i>No de actores participantes.</i></p>
	<p><i>Desarrollar proyectos de comunicación dirigidos a disminuir la orientación patogénica de la salud y el estigma social de la enfermedad mental.</i></p>	<p><i>Comisión nacional de salud mental. CCSS Ministerio de salud. Universidades</i></p>	<p><i>2005-2010</i></p>	<p><i>Instituciones participantes.</i></p>	<p><i>No de proyectos en ejecución.</i></p>
	<p><i>Divulgación de normas y leyes relacionadas con la salud mental en los diferentes grupos de edad.</i></p> <p><i>Promover la creación de espacios para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes con discapacidad y su integración social</i></p>				



## 6.2 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS EN SALUD MENTAL.

**Objetivo 1.** Redistribuir y utilizar adecuadamente los recursos disponibles en el sector salud y otros sectores relacionados con la salud mental, para el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
1. Sensibilizar a las autoridades de salud, funcionarios de los servicios de salud mental y a la población sobre la importancia de un cambio de paradigma en el modelo de atención de la salud mental.	Reuniones y jornadas de integración de esfuerzos con diferentes actores sociales que se vinculan con la salud mental.	Instituciones del sector salud Otras instituciones. ONG 's	2004-2010	Presupuestos institucionales	N° de Actividades grupales de sensibilización a nivel nacional
	Foros de análisis y discusión de la realidad nacional en el campo de la salud mental.	Ministerio de salud CCSS.	2004-2006	Presupuestos institucionales y De la empresa privada	N° de foros realizados No de instituciones participantes No de EBASIS con programas de salud mental en ejecución.
2. Incorporar los programas de salud mental en los compromisos de gestión de la CCSS	Fortalecimiento de los equipos de salud en las regiones y áreas de salud para el abordaje interdisciplinario de la salud mental en la población.	Comisión Nacional de S.M Ministerio de salud CCSS	2005-2010	Gobierno CCSS	
3. Desconcentrar en forma paulatina las unidades de atención psiquiátrica del tercer nivel con características asilares o manicomiales, hacia modelos de atención comunitaria.	Formación de equipos intersectoriales para el abordaje de la salud mental con enfoque comunitario.	Instituciones del sector salud y otras instituciones.	2005-2010	Presupuestos institucionales	Equipos de salud mental conformados Unidades de atención psiquiátrica desconcentradas
4. Promover el desarrollo de modelos de atención basados en la comunidad con participación social, dando énfasis a la promoción y a la prevención.		Ministerio de Salud.	2005-2010	Presupuestos institucionales Empresa privada Convenios Internacionales	Programas comunitarios de SM en ejecución Instituciones participantes



### 6.3 ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS.

**Objetivo 1:** Elaborar y Desarrollar un Programa Nacional en Salud Mental que responda a las necesidades de los diferentes grupos de edad tomando en cuenta los grupos prioritarios y sus factores de riesgo, el enfoque de derechos, de género y la responsabilidad social.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
1. Ofrecer atención integral de calidad en salud mental a la población durante todo su ciclo de vida tomando en cuenta las necesidades, los factores de riesgo, el enfoque de género y los derechos individuales y colectivos.	Elaboración de normas de atención en salud mental según grupo de edad. Elaboración validación y aplicación de guías y protocolos de atención.	Ministerio de salud.  Servicios de salud mental públicos y privados.	2005-2010	Presupuestos institucionales	Normas y protocolos de atención en SM validados y en aplicación
	Diseñar e implementar un sistema de referencia en salud mental.		2004-2010	Presupuestos institucionales	Sistema de referencia ágil
2. Brindar atención a grupos poblacionales con necesidades especiales mediante la apertura de centros de atención basados en la comunidad.	Implementar espacios de consejería en salud mental para todos los grupos de edad.	CNREE. DSS, Ministerio de salud. CCSS ONG'S	2005-2010	Presupuestos institucionales	Informes de evaluación
	Elaboración de normas para la acreditación y habilitación de centros comunitarios alternativos para pacientes mentales crónicos.	CNREE. Ministerio de salud.	2005-2010	Presupuestos institucionales	Establecimientos comunitarios habilitados para la atención integral de enfermos mentales IDEM
3. Desarrollar una red de servicios en salud mental con mecanismos de referencia claramente establecidos.	Promover la creación de centros de atención comunitarios para personas con problemas psicósociales.	CNREE. Ministerio de salud. ONG's CCSS	2005-2010	Presupuestos institucionales	
	Identificación de actores miembros de la red.	Ministerio de salud.	2005-2010	Presupuestos institucionales	Documento conceptual y metodológico sobre la red Miembros activos de la red
	Elaborar lineamientos para el establecimiento de la red y su funcionamiento.  Capacitación del personal para el abordaje integral de la salud mental.	Instituciones del sector. Actores participantes en la red.			Programa de capacitación para los integrantes de la red



**Objetivo 2.** Promover la salud mental infantil mediante el fortalecimiento y creación de programas y proyectos y su inclusión en los planes operativos institucionales.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
	<i>formulación de la normativa necesaria, y divulgación de normas, leyes y decretos existentes dirigidos a la niñez y relacionados con la salud mental.</i>	CCSS Ministerio de Salud.	2005-2010	Presupuestos institucionales	Legislación divulgada e implementada sobre SMI
<i>Elaborar y desarrollar programas y proyectos en salud mental dirigidos a la población infantil y asegurar su accesibilidad.</i>	<i>Diseño de estrategias para el abordaje integral de la salud mental en el ámbito familiar, preescolar, escolar, comunitario y de servicios de salud (prog SMI)</i>	CCSS Ministerio de salud. MEP.	2005-2010	Presupuestos institucionales  Convenios internacionales y nacionales	Programa de salud mental infantil con un 70% de cobertura nacional
	<i>Revisión de programas existentes y adecuación al plan Nacional de salud mental y capa-citación para extender cobertura (escuela para padres con enfoque de género y derechos, consulta de niño (a) sano(a) , otros.)</i>	CCSS Ministerio de salud. MEP	2005-2010	Presupuestos institucionales	Programas de atención de la salud de la niñez desarrollando el componente de SM
	<i>Diseño de programas de preparación psicofísica para el embarazo y el parto dirigido a la familia.</i>	CCSS.	2004-2010	Presupuestos institucionales	Programas de PPPE en ejecución Proporción de embarazadas beneficiarias
<i>Crear programas en salud mental para la atención de la niñez con problemas especiales (prevención de consumo de drogas, otros)</i>	<i>Fortalecimiento de la consulta de niño sano (a) en las áreas de salud. Crear programas de salud mental infantil para responder a necesidades especiales de la niñez: nec motoras, cognitivas y afectivas. Apertura de un centro de atención para menores adictos.</i>	CCSS Ministerio de salud Otros  CNREE. CCSS MEP PANI ICODER IAFA	2004-2010  2005-2010	Presupuestos institucionales  Presupuestos institucionales y comunitarios	Índice de cobertura del programa NS con el componente de SM incorporado Programas de SM para niños con necesidades especiales Centro de atención para menores adictos en funcionamiento



**Objetivo 3.** Fortalecer el componente de salud en adolescentes mediante la Creación de programas y proyectos.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
<i>Desarrollar programas orientados al fortalecimiento de las relaciones familiares y a la construcción de proyectos de vida saludables.</i>	<i>Desarrollar Escuela para padres de adolescentes.</i>	<i>CCSS MEP, ONG 's,</i>	<i>2004-2010</i>	<i>Presupuestos institucionales</i>	<i>Existencia y N° de programas Escuelas para padres de adolescentes. N° de participantes en encuentros de adolescentes  Proyectos de salud mental formulados por adolescentes</i>
	<i>Realizar encuentros padres e hijos donde se promueva la salud mental en todas sus formas. (formación de grupos de autoayuda)</i>	<i>CCSS ONG 'S Grupos pastorales. Comunidad</i>	<i>2005-2010</i>	<i>Presupuestos institucionales y comunales</i>	
	<i>Asegurar la participación de los adolescentes en la formulación de los programas dirigidos a ellos.</i>	<i>Ministerio de salud. Grupos juveniles CCSS. MEP PANI. INAMU IAFA</i>	<i>2004-2010</i>	<i>Presupuestos institucionales y comunales</i>	
<i>Elaborar estrategias para el abordaje de adolescentes en riesgo psicosocial y con problemas de adicciones, depresión y riesgo de suicidio.</i>	<i>Definición de directrices intersectoriales para prevenir y atender las necesidades de los adolescentes..</i>	<i>Ministerio de Salud Sector salud IAFA, PANI MEP INAMU. Gobiernos Locales</i>	<i>2004-2010</i>	<i>Presupuestos institucionales Convenios nacionales e internacionales</i>	<i>Programas /Proyectos de Salud Mental para adolescentes con necesidades especiales  N° de adolescentes beneficiarios de los programas</i>
	<i>Identificación de los factores de riesgo asociados con problemas de salud mental en los adolescentes.</i>	<i>Universidades Iglesias ONGs ICODER Ministerio de Justicia</i>			
	<i>Diseño e implementación de estrategias de intervención para el fomento de la resiliencia y prevención de riesgos.</i>	<i>Ministerio de Seguridad Pública MEP, Empresa privada, comites cantonales de deportes, consejo de la juventud</i>			
	<i>Capacitación a funcionarios de salud y comunidad educativa para la identificación y atención de adolescentes en riesgo.</i>	<i>CENDEIS CCSS Instituciones participantes</i>			
			<i>2005-2010</i>	<i>Presupuestos institucionales Convenios nacionales e internacionales</i>	<i>Capacitaciones efectuadas a funcionarios y encargados de los programas de salud mental para adolescentes.</i>



**Objetivo 4.** Promover y fortalecer la salud mental de la población adulta mayor, mediante la preparación integral de la población ante el proceso de envejecimiento.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
<p><i>Creación de programas y proyectos de salud mental que genere actitudes de inclusión, respeto y valorización de la persona adulta mayor.</i></p>	<p><i>Creación y divulgación de programas específicos, dirigidos a niños y jóvenes, para el fomento de una conciencia ciudadana sobre el proceso natural del envejecimiento.</i></p> <p><i>Crear un programa de preparación de la persona adulta mayor, para la aceptación del proceso natural de envejecimiento y la aceptación de los cambios derivados del proceso.</i></p>	<p><i>Todos los agentes sociales.</i></p>	<p><i>2004-2010</i></p>	<p><i>Presupuestos nacional e institucionales</i></p>	<p><i>Compromisos de gestión tanto en los entes públicos como privados.</i></p> <p><i>Programa elaborado.</i></p>
<p><i>2. Fortalecer las condiciones que propicien el respeto a los derechos humanos, mejoramiento de la calidad de vida, sana convivencia, y el desarrollo individual de la persona adulta mayor, en los diferentes escenarios cotidianos.</i></p> <p><i>Fortalecer el sistema de atención de la persona adulta mayor, bajo parámetros de equidad, accesibilidad, calidad, universalidad,</i></p>	<p><i>Promover formas laborales alternativas para el uso del tiempo libre.</i></p> <p><i>facilitar oportunidades de acceso a los servicios básicos.</i></p> <p><i>Revisar y adecuar el Programa Ciudadano de Oro, de acuerdo con el Plan Nacional de salud mental.</i></p> <p><i>Revisión de los programas de atención del adulto mayor en el primer nivel de atención (EBAIS).</i></p> <p><i>Incorporación de programas de salud mental en las normas de habilitación y acreditación de establecimientos de la persona adulta mayor</i></p>	<p><i>Todos los agentes sociales y medios de comunicación</i></p>	<p><i>2004-2010</i></p>	<p><i>Presupuestos nacional e institucionales</i></p>	<p><i>Compromisos de gestión tanto en los entes públicos como privados.</i></p>
		<p><i>CCSS</i></p>	<p><i>2004-2010</i></p>	<p><i>Presupuestos institucionales</i></p>	<p><i>Consolidación de un sistema de atención.</i></p>



## 6.4 VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL.

**Objetivo1:** Contar con la información necesaria para la toma de decisiones relacionadas con el control de los factores destructores y el fortalecimiento de los factores protectores de la salud mental.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
<p>Crear un sistema único de información (Incorporado al sistema existente) que permita la toma de decisiones en forma ágil y oportuna, acorde a la realidad mediante la vigilancia de los factores protectores y de riesgo de la salud mental en el país</p>	<p>Elaborar indicadores en salud mental que permitan identificar la calidad de la atención ofrecida, los costos en salud, el acceso y la utilización de los servicios.</p>	<p>Sector salud                      PANI                      Ministerio De trabajo                      Sector educación                      INEC                      INAMU</p>	2004-2010		<p>Indicadores en Salud mental por grupo de edad.</p>
	<p>Inclusión de un módulo de salud mental en las encuestas de hogares.</p>				<p>Modulo elaborado e incluido en la encuesta de hogares.</p>
	<p>Creación de una red interinstitucional de información en salud mental</p>		2005-2006		<p>Red creada y funcionando.</p>
	<p>Incorporación de un capítulo de salud mental en el informe del Estado de la Nación.</p>		2006		<p>Capítulo redactado e incluido en el informe de Estado de la Nación</p>
	<p>Crear un sistema de vigilancia de los Factores protectores, las condiciones de vida y los Estilos de vida, relacionados con la salud mental</p>		2004-2010		<p>Sistema de información creado y en funcionamiento</p>



**Objetivo 2:** Disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica de algunos problemas de salud mental que permitan la toma de decisiones en forma oportuna.

<b>Metas</b>	<b>Acciones estratégicas</b>	<b>Responsables</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Fuente financiamiento</b>	<b>Indicador</b>
<i>Crear un subsistema de información en vigilancia epidemiológica.</i>	<i>Definir problemas de salud mental a incorporar en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica. (tomar en cuenta información por grupo de edad para asegurar grupo infantil)</i>	<i>Sector salud. Vigilancia de la Salud.</i>	<i>2005.</i>	<i>Presupuesto de instituciones del Sector salud. Vigilancia de la salud.</i>	
	<i>Emisión de un decreto ministerial para la vigilancia epidemiológica de eventos de salud mental.</i>	<i>Ministerio de Salud-Vigilancia Epidemiológica. Dirección de Asuntos Jurídicos.</i>	<i>2005.</i>		
	<i>Diseño validación e implementación del sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades mentales.</i>	<i>Ministerio de Salud-Vigilancia de la Salud, CCSS, empresa privada.</i>	<i>2005-2007</i>	<i>Instituciones del sector. OPS/OMS.</i>	<i>Sistema de vigilancia epidemiológica diseñado Y en implementación</i>
	<i>Capacitación a actores clave para la vigilancia epidemiológica de los trastornos mentales.</i>	<i>Vigilancia Epidemiológica Asesor de OPS/OMS Especialistas en la materia.</i>	<i>2007</i>	<i>Instituciones del sector. OPS/OMS.</i>	<i>Personal capacitado para el manejo del sistema de vepidemia</i>
	<i>Realizar estudios epidemiológicos en salud mental.</i>	<i>Expertos en la materia según necesidades.</i>	<i>2005-2010</i>	<i>Instituciones del sector. OPS/OMS.</i>	



## 6.5 FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

**Objetivo 1.** Promover y fomentar la investigación en salud mental.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador
Realizar investigaciones para identificar los factores que afectan la salud mental en grupos riesgo de población. (niñez, adolescencia, adulto mayor, drogodependientes, otros).	Sensibilizar a las agencias de investigación en salud para que desarrollen investigaciones en el campo de la salud mental. (INISA, INCIENSA, IAFA, otras)	Sector salud.	2005-2010	Organismos internacionales. Organismos nacionales dedicados a la investigación. Instituciones de sector	Estudios de impacto en salud mental realizados
	Identificar vacíos de conocimiento en salud mental y proponer investigaciones.	Ministerio de Salud, CCSS, Colegios Profesionales, Universidades	2004-2010	Sector salud y otras instituciones	Áreas de investigación propuestas.
	Realizar negociaciones con organismos internacionales para la ejecución y financiamiento de investigaciones en el campo de la salud mental.	Ministerio de Salud, instituciones educativas, CCSS otras	2004 -2010	Agencias interesadas UNICEF,OPS/OMS	Propuestas de investigación con financiamiento y en ejecución.



## 6.6 SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES.

**Objetivo 1.** Desarrollar habilidades para enfrentar situaciones de desastre, minimizar los efectos durante un posible evento y recuperar lo más pronto posible la autosuficiencia emocional e independencia.

Metas	Acciones estratégicas	Responsables	Cronograma	Fuente financiamiento	Indicador	
Incorporar en los planes locales, regionales y en el plan nacional de emergencias el componente de salud mental en las tres etapas de intervención: antes, durante y después del evento.	Diagnóstico de necesidades, recursos y servicios de salud para la atención de la salud mental en personas afectadas por desastres naturales.	Ministerio de Salud: Oficina de Gestión de riesgos, Comisión Nacional de emergencias, Universidades, CCSS y otros actores sociales.	2004-2005	Comisión Nacional de emergencias presupuesto de instituciones del sector. OPS / OMS	Diagnóstico elaborado	
	Elaboración de programas en salud mental ante situaciones de desastres, incorporados en los planes nacionales de gestión de riesgos	Ministerio de Salud, Instituciones del sector y otros actores claves Comunidad	2005-2006	Ministerio de Salud CCSS CNE OPS/OMS Otros	Programa de salud mental para situaciones de desastres	
Fortalecimiento de redes para el manejo del riesgo en salud mental frente a desastres naturales.	Sensibilización y capacitación al personal de salud y agentes comunitarios, sobre los efectos de los desastres naturales en la salud mental de la población.	Ministerio de Salud CCSS Universidades UNICEF	2005-2010	Ministerio de Salud CCSS CNE OPS/OMS Otros	Personal capacitado en áreas de riesgo	
	Capacitación a los equipos de salud y comités locales de emergencias, para el manejo del riesgo y la vulnerabilidad en salud mental frente a desastres	Ministerio de Salud CCSS Universidades	2005-2010	Presupuestos institucionales Convenios nacionales e internacionales	Nº de equipos conformados y capacitados en salud mental	
	Evaluaciones de proceso e impacto Sistemas de información		Ministerio de salud y otros CCSS y Ministerio de salud	2006-2010	Instituciones participantes	Informes de evaluación Sistema de vigilancia
				2005-2010		



## CAPITULO VII

### EJECUCIÓN DEL PLAN

La puesta en marcha o ejecución del plan marca el inicio del camino concreto hacia los objetivos o soluciones que se quieren lograr. Una vez formulado, avalado o consensuado, aprobado y divulgado el plan de salud mental, se visualizan cuatro momentos o fases en su implementación:

#### **Fase I:**

Dar a conocer el plan, asesorar, capacitar y apoyar a los equipos regionales del Ministerio de Salud, la CCSS, y otros actores de interés para la implementación del plan mediante la formulación del plan regional de salud mental adecuando los lineamientos nacionales a las necesidades y prioridades regionales en salud mental.

#### **Productos Esperados :**

Equipos regionales fortalecidos, con capacidad para la dirección y conducción de las acciones de salud mental desde el nivel regional y con proyección a los niveles locales.

Elaboración del análisis de situación regional en salud mental

Planes, programas y proyectos regionales y locales en salud mental acordes al Plan Nacional de Salud mental elaborados y en ejecución.

#### **Fase II:**

Formación, Capacitación y fortalecimiento de los equipos locales para la operacionalización del plan mediante la elaboración de talleres de información, análisis y planeamiento estratégico.

#### **Productos esperados**

1. Programas y proyectos en salud mental dirigidos a atender la situación de salud de diferentes grupos de población con énfasis de aquellos grupos que se encuentran en riesgo social.
2. Seguimiento y evaluación de los programas y proyectos en ejecución.

#### **Fase III:**

El Seguimiento y Evaluación de las acciones definidas en el Plan Nacional de salud Mental, se realizará mediante la dirección y conducción del Ministerio de Salud, con el concurso de actores participantes involucrados en la ejecución operativa de las acciones.



**Productos esperados:**

1. Elaboración de instrumentos de seguimiento y evaluación del plan.
2. Seguimiento y evaluación en los tres niveles de gestión mediante la aplicación de instrumentos elaborados

**Fase IV:**

Medición del impacto de los programas de salud mental implementados mediante la realización de diversos estudios e investigaciones que se puedan realizar en diferentes instancias, Universidades, ONG 's y centros de investigación especializados.



## **HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN :**

### **INTERSECTORIALIDAD:**

La acción Intersectorial es el trabajo coordinado con instituciones representativas de distintos sectores, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar una situación de salud debido a que los problemas mentales son multicausales y deben ser abordados por todos, no solo por el sector salud. El personal de salud debe convocar o responder a convocatorias, favorecer la creación de instancias de acción intersectorial, establecer mecanismos de diálogo y acción permanente entre el sector y los gobiernos locales, la empresa privada y ONGs, y concretar proyectos intersectoriales para favorecer la salud mental o incluir el componente de salud mental en los programas pertinentes que se desarrollen en otros sectores

### **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA:**

La planificación estratégica brinda elementos metodológicos que facilitan la sistematización del conocimiento y la óptima utilización de los recursos existentes en los niveles correspondientes, permitiendo de esta forma generar las mejores condiciones para la toma de decisiones, con una visión de futuro

### **ABOGACÍA:**

Es el conjunto de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. ( Ginebra, 1995)

Se lleva a cabo mediante el uso de los medios de comunicación, la presión directa a los políticos y la movilización de la comunidad a través de grupos de presión sobre cuestiones concretas

### **CREACIÓN DE ALIANZAS ESTRATEGICAS:**

Una alianza es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos decididos conjuntamente. Supone a menudo la mediación entre los distintos socios en la definición de objetivos, áreas de acción conjunta y los acuerdos sobre la forma de cooperación dentro de la alianza.

### **PARTICIPACIÓN SOCIAL:**

Es un proceso social a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir.

### **EDUCACIÓN PARA LA SALUD:**

Es una herramienta de la promoción de la salud. Propone oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar o ampliar los conocimientos, la motivación, las actitudes y las habilidades hacia la salud, individuales y colectivas. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales para modificar conductas de riesgo.



**TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:**

El trabajo en equipo es un método que facilita a un grupo organizado de personas con formación en diferentes disciplinas profesionales y técnicas, deliberar y concretar programas, proyectos o actividades tras un fin común. Las capacidades se complementan facilitando así un trabajo integral acorde a la realidad, y por tanto, más efectivo, supeditando los intereses particulares o personales a los objetivos compartidos.

**COMUNICACIÓN SOCIAL:**

Es una estrategia destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener en la agenda pública cuestiones sanitarias. Su objetivo es difundir información a la población, aumentar la concientización individual y colectiva sobre la importancia de la salud en el desarrollo.



## BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Legislativa. Ley 7600 o Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en Costa Rica. San José , 1996
- Bejarano J y Ugalde F. Consumo de Drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional del 2000-2001. IAFA, 2003
- Caja Costarricense del Seguro Social. Plan de Acción a la Salud de las Personas 2001-2002. CCSS, 2001
- Caja Costarricense del Seguro Social. Nuevo modelo de atención en Salud Mental. Perfil de proyecto. Departamento de Salud mental. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Gerencia Médica. CCSS. 2001
- Caja Costarricense del Seguro Social. Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud. Tercera Encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa. Informe General, Serie: Estadísticas de la Salud , N°10 D. CCSS. 2003
- Levav I, Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 19, OPS/OMS, 1992
- Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud, 1998-2002. Costa Rica, 2003.
- Ministerio de Salud. Memoria Institucional, Costa Rica, 2002
- Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud, 2002. Salud Mental, capítulo XIII. Costa Rica. 2002
- Ministerio de Salud. Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. Costa Rica. 2003
- Organización Mundial de la Salud . Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental. Ginebra. 2001



**ANEXO No 1.**

**PARTICIPARON EN LA ELABORACION Y VALIDACION DE ESTE DOCUMENTO**

**NOMBRE**

**INSTITUCIÓN**

**Coordinadora**

Dra. Carmen Macanche B.

Ministerio de Salud

Dr Víctor Alfredo Navarrete

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Agnes Gutiérrez Rojas

Caja Costarricense del Seguro Social

Dr Gari Arce Arenales

Caja Costarricense del Seguro Social

Dr Kenneth Avila Corrales

Caja Costarricense del Seguro Social

Dr Marcos Díaz

Caja Costarricense del Seguro Social

Dra Oliva Brenes Antonini

Caja Costarricense del Seguro Social

Dra Virginia Rosabal Camarillo

Caja Costarricense del Seguro Social

Dra Neima Alemán

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Rodrigo Fonseca

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Luis Emilio Corrales

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Luisa Vargas Barrantes

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Jeanette Sánchez Rodríguez

Caja Costarricense del Seguro Social

Dra Yasmín Jaramillo Antillón

Caja Costarricense del Seguro Social

Dr Andrea Mesén F

Caja Costarricense del Seguro Social

Dr Rigoberto Castro Rojas

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Flor Alpízar

Caja Costarricense del Seguro Social

Dra Nereida Arjona

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Sonia Mora Rodríguez

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Shirley Fallas Guzmán

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Manuel J Villar Paredes

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Sara Cubillo Escalante

Caja Costarricense del Seguro Social

Dr Freddy Ulate

Caja Costarricense del Seguro Social

Dr Walter Pereira Aguilar

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Gabriela Solano Mora

Caja Costarricense del Seguro Social

Dra Vilma García Camacho

Caja Costarricense del Seguro Social

Lic Florizul Aguilar A

Ministerio del Trabajo

Lic Illa Jiménez B

Ministerio del Trabajo

Lic Sonia Bermúdez León

Patronato Nacional de la Infancia

Lic Kathya Rodríguez P

Defensoría de los Habitantes

Dra Sonia Román

Instituto Nacional de Seguros

Lic Ana Rojas

I.N.A.M.U

Lic Ana María Ramírez C

Ministerio de Educación Pública

Lic Kathia Rojas D

Ministerio de Educación Pública





## ANEXO 2

### Comisión Nacional de Salud Mental 2003-2004.

#### NOMBRE

Dra. Carmen Macanche B.  
Dr. Gary Arce  
Licda. Olga Barrantes R.  
Dra. Virginia Rosabal  
Dr. Kenneth Avila C.  
Licda. Agnes Gutiérrez R  
Msc. Patricia Barquero S.  
Licda. Laura Noguera Q.  
Licda. Maritza García  
Msc. Milagro Somarriba  
Lic. David Valverde  
Dr. Andrea Mesén

#### INSTITUCIÓN

Ministerio de Salud Coordinadora:  
Depto. Salud Mental, Caja Costarricense de Seguro Social  
Unidad Promoción de la Salud, Ministerio de Salud  
Oficina Sectorial de la Mujer, CCSS  
Depto. Salud Mental, Caja Costarricense de Seguro Social  
Hospital Nacional Psiquiátrico  
Ministerio de Salud  
Área Rectora de Salud, Ministerio de Salud  
Ministerio de Salud  
Unidad Promoción de la Salud, Ministerio de Salud  
Asamblea Legislativa  
Depto. Salud Mental, Caja Costarricense de Seguro Social

### Agradecimiento

*Nuestro agradecimiento a la Clínica Bíblica que con su apoyo se hizo posible esta publicación.*

PLAN NACIONAL DE

# salud mental

2004-2010

