

Ministerio de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Situación actual de la salud mental en Costa Rica



Grupo de trabajo

Dra. Carmen Macanche, Ministerio de Salud
Dr. René González, ex consultor OPS/OMS
Dra. Miryan Cruz, Consultora OPS/OMS

Revisores

Dr. Gary Arce, CCSS
Dr. Gonzalo Adis Castro, Psicólogo

Colaboradores

Rosa María Vargas, Ministerio de Salud
Licda. Ligia Moya, CCSS
Dr. Kenneth Ávila, CCSS
Licda. Isabel Vásquez, CCSS
Lic. Julio Bejarano, IAFA

Edición

Xinia Bustamante C., OPS/OMS

Fotografía

Archivo OPS/OMS

WM105

O-686s Organización Panamericana de la Salud
Situación actual de la salud mental en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud,
Ministerio de Salud . -- San José, C.R. : OPS, 2004.
35 p. ; 28 cm. -- (Serie Análisis de Situación de Salud ; no. 10)

ISBN 92 75 32493 X

1. SALUD MENTAL
2. ESTADO DE SALUD
3. SERVICIOS DE SALUD MENTAL.
4. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.
5. COSTA RICA. I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. Título. III. Serie.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, Enero 2004.

Este documento puede solicitarlo en el Ministerio de Salud, Despacho Ministerial

Puede ser consultado en: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org

Índice

I. Introducción.....	6
II. Marco conceptual de la salud mental.....	7
III. Determinantes de la salud mental en Costa Rica.....	8
3.1 Factores sociales.....	8
3.2 Factores psicológicos.....	11
3.3 Factores biológicos.....	11
IV. La salud mental en Costa Rica. Un acercamiento hacia un diagnóstico de la situación actual.....	12
4.1 Principales problemas de salud mental.....	12
- Trastornos depresivos.....	17
- Esquizofrenia.....	18
- Trastornos de ansiedad.....	18
- Trastornos de la infancia y la adolescencia.....	19
- Retraso mental.....	20
- Epilepsia.....	20
- Suicidio.....	21
- Violencia intrafamiliar.....	24
- Estigma.....	26
- Fármacodependencia.....	27
V. Organización de servicios para la atención de la salud mental.....	31
5.1 Programas de salud mental.....	31
- Programa de la CCSS.....	31
- Redes comunitarias.....	32
- Atención primaria.....	33
- Atención secundaria y terciaria.....	35
- Otros prestadores de servicios.....	37
VI. Sistemas de información.....	38
VII. Investigación.....	39
VIII. Políticas de salud mental.....	40
IX. Conclusiones.....	43
X. Bibliografía.....	47

Presentación

Los índices de salud de Costa Rica son muy cercanos a los de los países desarrollados y definen un perfil en el que predominan las enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos mentales. Sin embargo, éstos sólo recientemente han venido a ocupar un sitio prominente en el panorama de la salud nacional, al ser incluidos entre los 10 compromisos de la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. La presente publicación aspira a llamar la atención sobre este tema y a presentar algunos hechos que ayuden a reivindicar para la salud mental el lugar que le corresponde en los planes y programas de salud de la nación.

En la primera sección de este trabajo se analizan ciertos factores determinantes del estado de salud mental de la población. Algunos de ellos, como la carga genética y los rasgos psicológicos personales tienen una dimensión individual. Otros, los de índole social y los relacionados con el medio, son compartidos por las colectividades.

Hasta épocas recientes los profesionales de la psiquiatría y las ciencias de la conducta se limitaban a ejercer su ministerio en el campo individual, tratando de asistir a los pacientes mediante acciones terapéuticas singulares. Con el desarrollo de la salud pública se ampliaron las posibilidades de acción y se trató de encontrar medios para influir sobre las condiciones que conspiran contra el balance mental de las personas como un conjunto. Ahora, sin olvidar el compromiso de asistir a los enfermos mentales, el acento está puesto en ayudar a la gente a alcanzar ese estado de armonía interna y externa, sintetizado en el término salud mental.

La segunda sección de esta publicación pretende dar una visión aproximada del estado actual de la salud mental en el país. Se señalan los cuadros mentales que se presentan con más frecuencia en la población y se trata de dar una idea global de su magnitud, apoyándose en la información estadística disponible y en algunos estudios epidemiológicos y etnográficos realizados en el pasado.

La tercera parte suple información abreviada sobre la organización de los programas de salud mental del país y el lugar que les corresponde dentro del sistema de salud. Señala las características de la atención de la salud mental en el pasado, hace mención de algunos rasgos de la misma que persisten y brinda información condensada sobre las políticas vigentes y las transformaciones que están sufriendo los programas y servicios en el curso de su implementación.

Al final del trabajo se presenta un cuerpo de conclusiones, derivadas de la lectura de los documentos oficiales vigentes y de entrevistas con profesionales que trabajan en este campo especializado.

Al inicio de cada tema se ha querido suministrar referencias sobre la situación en el mundo y de ser posible en América Latina. Se pretende de esta manera proveer un marco de referencia en el que se puede inscribir la situación actual del país, sus fortalezas y debilidades en el campo de la salud mental.

Esta publicación es parte de la Serie Análisis de la Situación de Salud que elaboran en conjunto el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y tiene como propósito poner a disposición de los tomadores de decisiones del país, información analizada relacionada con temas sensibles de salud pública para orientar y priorizar intervenciones y optimizar recursos a nivel nacional y local.

I. Introducción

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud¹ más del 25% de la población mundial es víctima de trastornos mentales y del comportamiento en algún período en el curso de la vida. Se calcula que en cualquier momento alrededor del 10% de la población mundial está afectada por los trastornos mencionados, que su impacto económico en la sociedad es de gran magnitud y sus repercusiones en el bienestar y calidad de la vida de las personas es considerable.

El impacto que la salud mental alterada produce en la población es muy importante, reflejándose no sólo en el bienestar individual sino también en la economía de los países, su grado de desarrollo y el funcionamiento de los sistemas de salud. Las pérdidas ocasionadas por los trastornos mentales pueden ser estimadas en términos cuantitativos, apoyándose en cálculos que arrojan resultados bastante confiables. Así, el concepto de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD), desarrollado por Murray y López^{2,3} combina en una simple medida la mortalidad y la discapacidad causada por las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo. Utilizando esta medida se puede calcular la carga que los trastornos mentales y del comportamiento significan para un país determinado. Apoyándose en el mencionado concepto, el Banco Mundial⁴ estimó en su informe de 1993 que los problemas relacionados con la salud mental eran la causa del 8,1% de la carga global de todas las enfermedades (CGE) y que en el grupo de edad de 15 a 44 años representaban en los países en desarrollo el 12% de la carga total. Si a los trastornos mentales se agregan las lesiones auto infligidas, la carga global por el conjunto de estas causas sería 16,1% en los hombres y 15,1% en las mujeres.

La proyección para el año 2020 de las diez principales causas de AVAD perdidos son, en orden descendiente: cardiopatía isquémica, depresión unipolar, accidentes viales, enfermedad cerebro vascular, enfermedad pulmonar crónica obstructiva, infecciones respiratorias, tuberculosis, lesiones de guerra y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La mortalidad atribuible al tabaco se incrementará de 3 millones en 1990 a 8,4 millones en el 2020 (9% de la carga mundial por mortalidad).

Fuente: Murray y López (1997, artículo citado).

Costa Rica atraviesa una etapa de su desarrollo que la coloca en una situación especial en cuanto a sus indicadores de salud, perfil demográfico, desarrollo de los servicios públicos y grado de alfabetización, entre otros. Esas condiciones favorables han influido en el perfil de salud de la población de suerte que en la actualidad las tasas de morbilidad por enfermedades infectocontagiosas han sido sobrepasadas por las correspondientes a las enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos mentales y del comportamiento.

El análisis de la situación de la salud mental en el país, sus consecuencias en el individuo, la familia y la sociedad, los factores que la condicionan y las necesidades que su alteración genera, es una tarea que se impone en la actualidad. La presente revisión es sólo el preámbulo para un estudio mucho más elaborado.

II. Marco conceptual de la salud mental

No existe una definición unívoca de la salud mental. Las diferentes definiciones propuestas están sesgadas por la cultura y el medio social de quien las formula, los valores vigentes, los usos y costumbres prevaletentes e inclusive las características socioeconómicas de la sociedad donde se originan. No obstante, hay cierto grado de concordancia en las definiciones propuestas: todas ellas coinciden en que no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, aunque esa misma advertencia pone de manifiesto que dicha ausencia es una condición necesaria aunque no suficiente. Hace más de treinta años se acuñó la expresión “salud mental positiva”, concepto que resalta entre otras condiciones para poseer salud mental el equilibrio emocional y mental interno, la capacidad de convivir armoniosamente con los semejantes y con el medio y la participación en empresas de interés común para la sociedad en que se vive. La siguiente conceptualización está contenida en una publicación reciente de la OMS¹:

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

Fuente: OMS, Informe Sobre la Salud en el Mundo. 2001

La acción combinada de numerosos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales determinan que el individuo disfrute de un estado de salud psíquica o que sea afligido por trastornos mentales y del comportamiento. En el primer caso la persona es capaz de adaptarse a su circunstancia interna y al ambiente físico y social que lo rodea. En el segundo, su capacidad de adaptación se ve comprometida y su funcionamiento, tanto en el entorno inmediato de la familia como en el medio laboral y social, se encuentra entorpecido en diversos grados. Entre los factores biológicos los de carácter genético, al igual que los sociales, juegan un papel sobresaliente. Los recientes avances en genética y biología molecular lo mismo que en el campo de la psicofarmacología ofrecen perspectivas halagüeñas para el control de algunos trastornos. Por otra parte, la experiencia acumulada en el campo psicológico y psicosocial ha dado origen a importantes líneas de acción tanto en el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales como en el de la promoción y la prevención.

III. Determinantes de la salud mental en Costa Rica

Una proporción apreciable de la población del país vive en condiciones sociales, económicas y ambientales que actúan en detrimento de la salud física y mental, el bienestar, la calidad de vida e inclusive la integridad física. Aunque en el país no existen estudios epidemiológicos recientes, se estima que los trastornos mentales se han incrementado en función de las variaciones ocurridas en el perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales que han tenido impacto en la sociedad costarricense en los últimos decenios. El impacto negativo de esos factores en la salud mental y el desarrollo psicosocial es evidente y se manifiesta en situaciones que comprometen el funcionamiento social del individuo y la familia, su equilibrio emocional y el despliegue de sus potencialidades. Si bien el sector salud y en particular los servicios de salud mental, no están en capacidad de erradicar esas condiciones, tienen la responsabilidad de señalarlas y de asistir a las víctimas de sus consecuencias cuando éstas afectan a la salud. A estos fines, se considera oportuno el establecimiento de coaliciones con otros sectores con el fin de emprender acciones dirigidas al control de esos factores adversos

Numerosos estudios han demostrado la relación entre los factores socioeconómicos y ambientales y el estado de salud mental de la población. El efecto negativo de esos factores es particularmente pronunciado en los países en desarrollo⁵. Factores como el desarraigo, la pobreza, la urbanización desordenada, las condiciones de trabajo desfavorables y la violencia, entre otros, tienen un fuerte impacto.

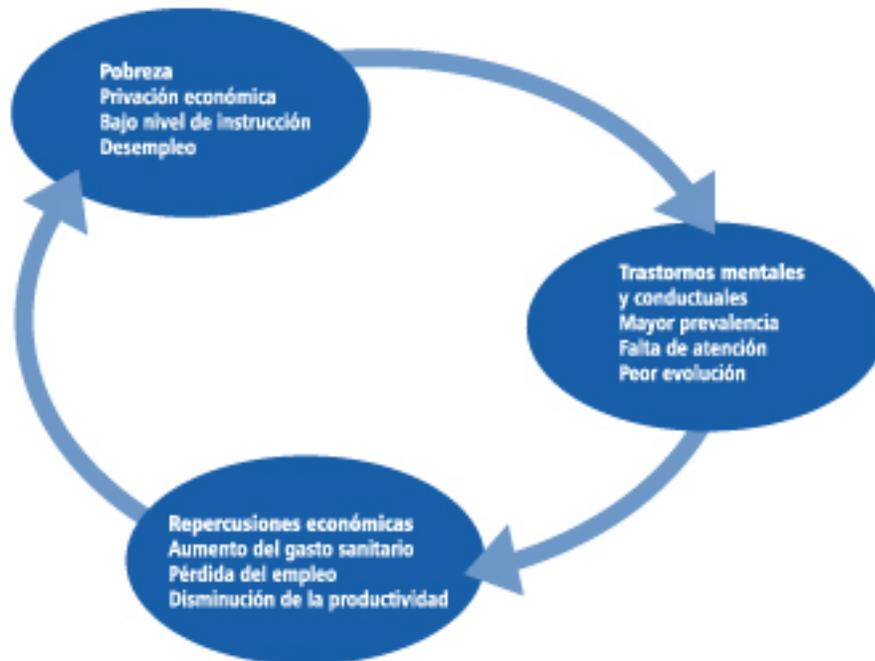
3.1 Factores sociales

Pobreza

La pobreza y las situaciones relacionadas con ella (desempleo, carencia de vivienda, analfabetismo, desnutrición y otros) son un factor determinante de la mayor prevalencia de trastornos mentales en las poblaciones económicamente desposeídas.

Según el Octavo Informe del Estado de la Nación⁶, la proporción de hogares en situación de pobreza en Costa Rica varió del 21,5% en 1996 a 20,3% en el 2001. En el mismo período los hogares en situación de pobreza extrema disminuyeron del 6,9% a 3,9%. En el mismo informe se establece que el desempleo abierto en los últimos 6 años osciló entre el 5 y el 6%. El desempleo es más acentuado en las zonas rurales, habiendo importantes áreas en que la subutilización de la fuerza de trabajo se acerca al 20%.

Gráfico 1
El círculo vicioso de la pobreza y las enfermedades mentales



Urbanización

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, los resultados del censo del año 2000 indican que la población de Costa Rica totalizó ese año 3,81 millones de habitantes. De ellos, 59% residían en el área urbana. Entre 1984 y el año 2000 la población urbana del país experimentó un crecimiento promedio de 3,8% anual en tanto que la población rural sólo creció 1,7%. El crecimiento urbano fue especialmente pronunciado en la meseta central, consecuencia de su gran atractivo para la población que decide migrar y ha repercutido en el desarrollo urbanístico de la capital y ciudades vecinas.

Las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes más frecuentes y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social

Fuente: Desjarlais y colaboradores 7 citado en el informe sobre la Salud en el Mundo 2001, OMS.

Una proporción alta de las personas que migran están en situación de pobreza, su nivel educativo es bajo y sus destrezas laborales frecuentemente son reducidas. En esas condiciones, cuando llegan a la ciudad tienen grandes dificultades para encontrar empleo y vivienda aceptables. Generalmente se instalan en los alrededores de la ciudad, en barrios improvisados o "tugurios" donde ya se han establecido quienes las precedieron.

Las condiciones físicas de esos asentamientos urbanos desorganizados comprometen no sólo la salud somática de sus habitantes sino su equilibrio emocional y su desempeño social. En muchos casos los servicios básicos están ausentes y en casi todas las viviendas sus habitantes viven en un ambiente donde predomina con frecuencia el hacinamiento y la falta de privacidad. A lo anterior se une un aumento de las conductas violentas y de los abusos sexuales, según informan estudios de otros países⁷. Se dispone de información policial sobre la frecuencia de conductas violentas en la población en general pero no existen publicaciones que indiquen de manera sistematizada la magnitud de esos problemas en los barrios marginales, asentamientos en terrenos invadidos o situaciones similares. Las publicaciones periodísticas dan una idea de la gravedad del problema, pero en forma de noticias aisladas.

Las personas que habitan esos barrios de emergencia representan un problema para las autoridades debido a la sobrecarga adicional que su arribo significa para los servicios públicos, entre otros para los de salud y educación y para los programas de vivienda. Presentan con frecuencia problemas emocionales, consecuencia del desarraigo y de un medio que puede serles hostil, de la falta de trabajo regular y muchas veces de la ausencia de la familia, que quedó en el lugar de origen a la espera de una oportunidad para reunírseles.

Desastres

Los problemas relacionados con la presentación periódica de desastres naturales o causados por el hombre, principalmente inundaciones, fenómenos telúricos y deterioro del medio, revisan importancia en el país. Entre las consecuencias psicológicas que estos eventos pueden tener en los afectados está el síndrome de estrés posttraumático, los trastornos de ansiedad y la depresión. La población rural, económicamente desvalida, es con frecuencia la principal víctima de esas calamidades.

El país cuenta con un sistema de monitoreo y alerta de los fenómenos naturales capaces de producir desastres y dispone de planes para la protección inmediata de los damnificados. Pero no se cuenta con planes específicos para su asistencia psicológica.

No se dispone de información fidedigna sobre la frecuencia de problemas mentales entre las víctimas de las últimas situaciones catastróficas ocurridas en el país, pero es de suponer que la depresión, la ansiedad, el síndrome de estrés posttraumático y los cuadros psicológicos reactivos son de aparición frecuente, especialmente en niños y ancianos.

3.2 Factores psicológicos y características personales

Los factores psicológicos guardan relación con la aparición y desarrollo de trastornos mentales y desajustes emocionales. El maltrato infantil se ha vinculado con el despliegue de conductas agresivas en la adolescencia y adultez, al igual que la negligencia en el cuidado de los niños y la falta de afecto y estímulos, factores que pueden perturbar el desarrollo. En los adultos, las situaciones de duelo y, en general las pérdidas materiales o emocionales de importancia, pueden precipitar cuadros depresivos y ansiosos. Los estudios sobre la influencia de los factores psicológicos en prácticamente todos los trastornos psiquiátricos han sido muy numerosos y se encuentran en los textos psiquiátricos. Las publicaciones actuales se refieren más frecuentemente a entidades de identificación más reciente como el síndrome de estrés post traumático y el síndrome de desgaste de los empleados en las empresas. En la búsqueda de publicaciones científicas en Costa Rica no fue posible encontrar investigaciones recientes en este campo.

3.3 Factores biológicos

Numerosos factores biológicos, influyen, algunos de manera determinante, en la aparición, evolución y desenlace de los trastornos mentales y del comportamiento. Los avances tecnológicos de las últimas décadas en biología molecular, captación de imágenes y genética, han demostrado que muchos trastornos que se consideraban sin causa conocida, (enfermedades "idiotáticas") están determinados o fuertemente condicionados por factores de esta naturaleza.

La edad influye en la aparición de muchos trastornos. Ello depende de que los factores genéticos y metabólicos se manifiestan en diversas épocas de la vida, la conducta de las personas cambian con la edad lo mismo que las interacciones sociales, la dieta y la exposición a riesgos ambientales, condicionantes, todos ellos, de numerosos trastornos y condiciones mentales.

Entre los trastornos mentales y del desarrollo que se manifiestan después del parto o en la primera infancia se encuentra el retardo mental debido a la intolerancia por ciertos azúcares, el cretinismo y otros trastornos relacionados con el parto como la parálisis cerebral, algunas formas de retardo grave y ciertas formas de epilepsia.

En la edad escolar empieza a manifestarse con más prominencia el síndrome de déficit de la atención con hiperactividad, trastornos del desarrollo emocional y ciertas formas de retraso mental.

Los adolescentes están en mayor riesgo de consumir sustancias que producen dependencia, asumir riesgos de manera temeraria, presentar trastornos depresivos y de ansiedad. La frecuencia de suicidio en esta época es alarmantemente alta.

Es en la edad adulta y en la madurez a depresión, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y las neurosis se cuentan entre las afecciones que con más frecuencia y gravedad afectan a este grupo.

En los ancianos, predominan los trastornos mentales de naturaleza orgánica. Entre ellos sobresalen los trastornos cognoscitivos, particularmente las demencias de origen vascular y la enfermedad de Alzheimer.

Como en el caso anterior, la revisión de las publicaciones científicas nacionales no reveló la existencia de trabajos específicos en este campo.

IV. La salud mental en Costa Rica. Un acercamiento hacia un diagnóstico de la situación actual

4.1 Principales problemas de salud mental

A partir de 1999 un equipo de la CCSS, encargado de coordinar el Plan de Atención de Salud de las Personas 2001-2006 convocó una serie de 22 talleres con el fin de analizar las percepciones de los profesionales, técnicos de la salud, representantes de la población, académicos y autoridades sobre los problemas de salud de Costa Rica y sobre los servicios que brinda la CCSS⁸. Entre los problemas identificados se cuentan los relativos a la salud mental alterada y los relacionados con la pobreza, la cultura de la violencia, la delincuencia y el abuso sexual, las prácticas de exclusión y la falta de información. Se señalaron las quejas más frecuentes en relación con los servicios de salud, entre ellas las referentes a la calidad de la atención, las largas esperas para obtener asistencia, la discriminación y la falta de programas de promoción y prevención. Otra encuesta, realizada en el año 2000, esta vez en la población general, mostró que entre las necesidades más sentidas por la población están el control y la prevención de la violencia intrafamiliar, el alcoholismo, la drogadicción, el abuso sexual y los trastornos depresivos.

Las investigaciones epidemiológicas constituyen un instrumento de gran utilidad para determinar la magnitud y distribución de los trastornos mentales en una población determinada. Entre las encuestas realizadas hace más de diez años se cuentan las de Adis Castro^{9,10} en 1967 y 1981 y la de Gallegos y Míguez¹¹ en 1984. El primero de estos trabajos, realizado en una muestra de la población general de edad adulta, reveló que 2,9% de los encuestados presentaba algún tipo de sintomatología psicótica. El 1,4% de los integrantes de la misma muestra presentaba síntomas de trastornos afectivos; se evidenciaron síntomas de esquizofrenia en 0,4% de los casos; de trastornos mentales orgánicos en el 1,1%; de epilepsia en el 1,5% y de dependencia del alcohol en el 2,3%. La misma encuesta reveló que 38,7% de la población explorada presentaba síntomas neuróticos. Varios años después Gallegos y Míguez realizaron una investigación, esta vez en una muestra de la población urbana. El estudio reveló una

prevalencia de sintomatología psicótica en el 3% de la población encuestada y de sintomatología neurótica en el 34%. Un estudio ulterior de Adis Castro, realizado en el cantón de Desamparados, reveló en la población estudiada una prevalencia de 26,7% de sintomatología ansiosa, 6,8% de sintomatología depresiva, 1,0% de personas con síntomas psicóticos, 10,1% con síntomas de dependencia del alcohol y 4,1% con síntomas de epilepsia. Llama la atención la coincidencia en los valores de los hallazgos de las encuestas, a pesar del tiempo transcurrido entre ellas y de las posibles diferencias metodológicas.

Importa señalar que en las personas enfermas mentalmente frecuentemente coinciden dos o más trastornos como lo han demostrado diferentes estudios, entre ellos el de Kessler y colabs.¹² quien comprobó que la coexistencia (comorbilidad) de varios trastornos afectaba al 79% de la población mentalmente enferma.

Levav y colabs¹³ analizaron 37 estudios epidemiológicos realizados en diferentes comunidades latinoamericanas y encontraron diferencias notables en algunos casos. Al determinar las medianas de las diferentes tasas, encontró que los valores se aproximaban en mayor o menor grado a los revelados en una investigación epidemiológica realizada por Canino y colabs¹⁴ en Puerto Rico utilizando los criterios e instrumentos de un estudio epidemiológico llevado a cabo en áreas de captación de los Estados Unidos de América.

Basándose en las tasas encontradas en Puerto Rico se propusieron las siguientes tasas brutas de prevalencia de vida, aplicables a la población latinoamericana entre 15 y 64 años: esquizofrenia: 1,56%; trastornos afectivos, 7,46%; trastornos de ansiedad, 12,97%; abuso o dependencia del alcohol, 11,58% y deterioros cognoscitivos, 2,72%.

Si se aplican las anteriores tasas a la población costarricense entre 15 y 64 años de edad, determinada por el censo del año 2000, se podría estimar que para ese año aproximadamente 37.000 personas habrían sufrido un trastorno esquizofrénico en el curso de sus vidas. Los trastornos afectivos habrían sido experimentados por más de 170.000 personas y la ansiedad, en diversos grados, habría afligido a más de 300.000 individuos.

La revisión de los estudios epidemiológicos comunitarios realizados en América Latina en los últimos 20 años demuestra que los valores de las medianas de las tasas de prevalencia encontradas son en la mayoría de las veces muy cercanos a los citados en los estudios de Levav y de Canino mencionados antes que, desde una perspectiva práctica, conservan su vigencia.

La Sección de Información Biomédica de la CCSS realiza cada cinco años una encuesta nacional en el conjunto de servicios de salud bajo su dependencia esparcidos en todo el territorio nacional^{15, 16}. Sus hallazgos permiten evidenciar, entre otros aspectos de la atención, la utilización de los servicios, las características de los usuarios, el tipo de cuidados prestados y las

patologías más frecuentes en la población servida. El cuadro N° 1 resume algunos resultados de las cuatro últimas encuestas.

Cuadro 1
Proporción de atenciones de salud mental sobre el total de consultas brindadas por los servicios de la CCCS, según diagnóstico y año de ocurrencia

Diagnóstico	Año de ocurrencia			
	1987	1992	1997	2002
	Total de consultas			
	5.915.456	6.075.837	8.456.575	9.446.828
	Consultas psiquiátricas sobre el total de consultas			
Total de trastornos mentales	4,97%	3,98%	3,70%	3,86%
Psicosis	0,79%	0,47%	0,45%	0,23%
Neurosis	3,28%	2,47%	1,90%	1,01%
Alcoholismo	0,10%	0,05%	0,10%	0,07%
Dependencia y abuso de drogas	0,08%	0,07%	0,13%	0,12%
Otros trastornos mentales	0,71%	0,91%	1,13%	2,43%

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa CCCS 2002.
Serie: Estadísticas de la Salud N° 10 D

En el período 1987-2002, la proporción de consultas externas psiquiátricas respecto al total de consultas se mantuvo estable en las cuatro encuestas mencionadas, presentando valores alrededor del 4%. La posición relativa de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes mostró cierto grado de coincidencia en las cuatro encuestas realizadas en el período 1987-2002. Si no se toma en cuenta la categoría "otros trastornos mentales", que agrupa al resto de los diagnósticos, los trastornos neuróticos ocuparon el primer lugar, las psicosis el segundo y el alcoholismo y la dependencia de drogas intercambiaron los lugares tercero y cuarto en el período analizado. Lamentablemente la categoría "otros trastornos mentales" no fue desagregada, de manera que los trastornos depresivos y de ansiedad, cuyas tasas de prevalencia son muy importantes en las investigaciones nacionales e internacionales, no fueron considerados por separado.

Las consultas correspondientes a "otros trastornos mentales" en la encuesta del año 2002, ocuparon el primer lugar, correspondiéndoles el 2,43% del total de consultas en el sistema. Este aumento significativo sugiere que hubo un incremento apreciable de otros diagnósticos, no tubulados, que valdría la pena individualizarlos.

El resumen de la información relativa a los egresos hospitalarios psiquiátricos está contenida en el cuadro N° 2. La distribución de los egresos según diagnóstico difiere necesariamente de la de las consultas externas por cuanto las circunstancias que condicionan el internamiento de pacientes son del todo diferentes de las presentes en la atención ambulatoria. En la relación de egresos hospitalarios predominan los diagnósticos de trastornos psicóticos y de dependencia del alcohol, en contraposición con los diagnósticos registrados en los servicios de consulta externa.

Cuadro 2

Proporción de egresos psiquiátricos sobre el total de egresos ocurridos en los hospitales de la CCCS, según diagnóstico y año de ocurrencia

Diagnóstico	Año de ocurrencia			
	1987	1992	1997	2001
	Total de egresos			
	302 229	298 013	316 453	333 541
	Porcentajes de egresos psiquiátricos sobre el total de egresos			
Total de trastornos mentales	3,05%	2,16%	2,07%	2,02%
Psicosis esquizofrénica	0,88%	0,61%	0,33%	0,27%
Otras psicosis	0,71%	0,72%	1,12%	1,21%
Dependencia del alcohol	0,45%	0,19%	0,23%	0,17%
Trast. mentales no psicóticos	0,69%	0,46%	0,31%	0,33%
Retraso mental	0,32%	0,18%	0,08%	0,03%

Fuente: CCSS. Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud. (2002) Serie Estadísticas de Salud N° 8C

La primera causa de egreso son las psicosis y dentro de éstas la esquizofrenia. La segunda causa son los trastornos no psicóticos seguidos por el alcoholismo y otras alteraciones mentales.

La proporción de egresos hospitalarios psiquiátricos en los años examinados mostró una predominancia sostenida del género masculino. La proporción de hombres fue mayor, tanto en el total de egresos en los tres años estudiados como en las diferentes categorías diagnósticas tabuladas (psicosis esquizofrénica, otras psicosis, dependencia alcohólica, trastornos mentales no psicóticos y retraso mental).

En el cuadro N° 3 se muestra la proporción de consultas por trastornos mentales, distribuidas por género, sobre el total de consultas externas brindadas por la CCSS en los años 1987, 1992 y 1997. Se observa que las atenciones por psicosis, dependencia alcohólica y dependencia y abuso de drogas fueron sistemáticamente mayores en los hombres que en las mujeres. En cambio, el diagnóstico de trastorno neurótico y de la personalidad predominó en las mujeres.

Cuadro N° 3

Causas de consulta por trastornos mentales (%) sobre el total de atenciones en consultorios externos de la CCSS según año y sexo

CAUSA AÑO	1987			1992			1997		
	TOTAL	HOM	MUJ	TOTAL	HOM	MUJ	TOTAL	HOM	MUJ
Trastornos Mentales	4,27	3,99	4,43	3,98	4,02	3,96	3,70	4,14	3,47
Psicosis	0,65	0,76	0,59	0,47	0,58	0,42	0,45	0,56	0,39
Trast. neurótico y personalidad	2,78	2,07	3,19	2,47	2,06	2,70	1,90	1,67	2,01
Dependencia alcohólica	0,11	0,24	0,03	0,05	0,13	0,01	0,10	0,23	0,03
Dependencia abuso drogas	0,08	0,08	0,08	0,07	0,11	0,06	0,13	0,16	0,12
Otras alteraciones mentales	0,65	0,83	0,55	0,91	1,14	0,78	1,13	1,51	0,92

Fuente: Departamento de Estadísticas, CCSS

En conclusión, la información sobre trastornos mentales suministrada por las encuestas citadas es muy valiosa. Sin embargo sería de gran valor para el programa de salud mental la realización de encuestas específicas y más detalladas sobre la atención psiquiátrica y estudios epidemiológicos poblacionales periódicos.

Trastornos Depresivos

Según un estudio de recursos humanos de la Caja Costarricense de Seguro Social de 2001, la depresión constituyó el segundo lugar de causa de incapacidad laboral y el quinto lugar otros trastornos de ansiedad*.

Fuente: Banco de datos del sistema de incapacidades de los empleados de la CCSS.

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades¹⁷, ICD-10 establece que, por lo general, el enfermo que padece episodios depresivos “sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso después de un esfuerzo mínimo”. En consecuencia, el desempeño de la persona afectada se ve comprometido tanto en el ambiente familiar como en el laboral, académico y social. Los factores psicosociales, particularmente la pobreza, el desempleo, el desarraigo, la violencia doméstica, la soledad, el abandono y las situaciones de pérdida, entre otros, pueden intervenir en la génesis y desencadenamiento de los episodios depresivos.

El trastorno depresivo unipolar es una condición discapacitante, considerada como la quinta causa de la carga que el total de las enfermedades somáticas y psicológicas impone sobre la población mundial. Es un síndrome frecuente que puede aparecer en cualquier momento de la vida aunque la incidencia es mucho mayor en la madurez. En efecto, en el grupo de edad de 15 a 44 años es la segunda causa de la carga y representa el 8,4% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres, estimándose que en el mundo el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentará un episodio depresivo en cualquier momento de su vida.¹

De acuerdo con las encuestas periódicas realizadas por el Departamento de Estadísticas de la CCSS, la depresión viene siendo, desde 1987, el segundo diagnóstico más frecuente entre los egresos hospitalarios psiquiátricos. Ocupó en el año 2001, el primer lugar entre los problemas mentales de adultos asistidos en los consultorios externos de la CCSS y el segundo lugar entre las atenciones psiquiátricas brindadas en las salas de emergencia. Las encuestas de la CCSS realizadas en los años 1996 y 2001, muestran las diferencias entre los géneros en relación con la proporción que se diagnostican los episodios depresivos y otros trastornos afectivos en los servicios de consulta externa, según lo muestra el cuadro N° 4. Las proporciones de consultas por las causas anotadas correspondientes al género femenino son consistentemente mayores que las del género masculino.

¹ Análisis Estadísticos sobre Aspectos Salariales Ocupacionales, período 1998-2001. Dirección Corporativa de Recursos Humanos de la Gerencia Administrativa de la CCSS.

Cuadro 4

Proporción de consultas externas por episodios depresivos y otros trastornos afectivos, distribuidas por género, sobre el total de atenciones ambulatorias provistas por la CCSS en los años 1996 y 2001

Año	1996			2001		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Episodio depresivo	0,39%	0,24	0,51%	0,29%	0,13%	0,42%
Otros trastornos afectivos	0,09%	0,04%	0,12%	0,12%	0,07%	0,15%

Fuente: CCSS, Sección de Información Biomédica. Serie Estadística 8C.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, altamente discapacitante, que afecta funciones mentales tan importantes como la percepción, el pensamiento y la afectividad. Como se mencionó antes, la tasa de prevalencia estimada en la población costarricense, basándose en estudios realizados en otros países latinoamericanos, es de 1,56%. A medida que la proporción de adultos jóvenes y adultos en edad madura se hace mayor, aumenta el número de personas en riesgo de padecer trastornos esquizofrénicos, lo que se traduce en un incremento de la tasa bruta.

En el registro de causas de egreso hospitalario por trastornos mentales de la CCSS, en los años 1987, 1992 y 1997, se aprecia que la primera causa de egreso son las psicosis, y dentro de éstas, la esquizofrenia. Este trastorno es mucho más frecuente en hombres, casi el doble que en mujeres. Como puede verse en el cuadro N° 2, el número de egresos por esquizofrenia va disminuyendo en el tiempo. La disminución de los egresos no significa necesariamente un decrecimiento en la tasa de prevalencia real y posiblemente refleje un cambio en las políticas institucionales traducido en una mayor oferta de servicios extrahospitalarios especializados.

Trastorno de ansiedad

La gravedad del trastorno de ansiedad puede variar desde un grado moderado, que a pesar de interferir con el bienestar del individuo le permite realizar sus actividades cotidianas, hasta casos en que la afección es altamente discapacitante. Las estadísticas mundiales varían ampliamente según los criterios aplicados para su diagnóstico, pero en general la frecuencia es

elevada. En Puerto Rico ¹⁴ se encontró que la tasa bruta de prevalencia de vida* de los trastornos de ansiedad en la población era 14,4%. En Brasilia¹⁸ la tasa revelada fue 17,6%. La investigación ya citada de Adis Castro¹⁰, realizada en un cantón urbano de Costa Rica, reveló una tasa de prevalencia de la ansiedad de 28%. Según estudios de Recursos Humanos de la CCSS ya citado, los trastornos de ansiedad ocuparon el quinto lugar como causa de incapacidad laboral entre empleados de la institución.

Trastornos de la infancia y la adolescencia

De acuerdo con la OMS, las tasas de prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes de cuatro países europeos y dos asiáticos oscilan entre 15 y 17,5%. Tasas semejantes se han encontrado en estudios epidemiológicos en el último decenio realizados en varios países latinoamericanos.

En Costa Rica no se cuenta con estudios actualizados a nivel nacional de la prevalencia de alteraciones de la salud mental del niño y el adolescente. Sólo se dispone de la información su- plida por la Sección de Información Biomédica de la CCSS. Al igual que en el caso de la población adulta, las estadísticas de las atenciones brindadas a este grupo de edad están con- solidadas en los informes de las encuestas quinquenales ya mencionadas. Los datos allí pre- sentados dan una idea muy general sobre los trastornos mentales y del comportamiento aten- didos con mayor frecuencia en este segmento de la población. El hecho de que bajo un mis- mo rubro se agrupan varios trastornos, algunos de importancia, impiden llegar a conclusiones firmes. La información que sigue podrá servir como punto de partida para investigaciones más específicas y confiables sobre la patología mental que afecta a niños y adolescentes.

En el año 2002 se atendieron en la CCSS 4.585 consultas de psiquiatría infantil, 7.048 de psi- cología infantil y 3841 de adolescentes. Las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico co- rrespondientes al mes de mayo de 2002, señalan el déficit de atención (49,8% de los casos) como primera causa de consulta en el servicio de psiquiatría infantil y de adolescentes, segui- do por la depresión (16,5%), trastornos relacionados con el abuso sexual (9,89% y la ansie- dad (9,41%). El 71% de las consultas correspondió a escolares, 14% a preescolares y 14,5% a adolescentes. En este mismo centro, la primera causa de egreso de menores en el año 2001 fueron los trastornos afectivos (50,32%), ansiedad y estrés grave (18,62%) y trastornos psicó- ticos (10,7%)

* Nota. Tasa de prevalencia de vida es la proporción de personas que en algún momento en el curso de su vida han presentado un trastorno o condición determinado. Se expresa en número de casos por cien personas, pero también puede ser en casos por mil, diez mil, etc. Cuando se toman en cuenta sólo las personas que en el momento de la investigación presentaban el trastorno, se habla de prevalencia puntual; si sólo se cuentan las que sufrieron en el curso del mes o año previo se habla de prevalencia del último mes o de los últimos doce meses.

El principal motivo de atenciones por urgencias mentales de las adolescentes en los servicios de urgencias de la CCSS, fueron los trastornos neuróticos, ansiosos y depresivos. Los varones consultaron con más frecuencia por trastornos neuróticos, el episodio depresivo, alcoholismo y otras psicosis, como se nota en el cuadro N° 5.

Cuadro 5
Consultas por trastornos mentales (%) de personas de 10-19 años en urgencias de la CCSS, por diagnóstico y sexo, Costa Rica, 2001

TIPO DE URGENCIA	HOMBRES	MUJERES
Trastornos mentales	0,88	1,13
Ansiedad	0,29	0,31
Episodio depresivo	0,09	0,29
Otros trastornos neuróticos	0,04	0,27
Alcoholismo	0,11	0,07
Otros trastornos mentales	0,15	0,13
Otros trastornos afectivos	0,02	-
Otras psicosis	0,02	0,02
Trastornos esquizoafectivos	0,07	0,02
Esquizofrenia	0,02	-
Demencia	0,07	0,02

Fuente: CCSS, Sección de Información Biomédica. Encuesta 2001

Retraso mental

En la mayoría de los casos se pueden identificar uno o más componentes orgánicos, genéticos y ambientales en la génesis del retraso mental. La generalidad de los programas de salud mental incluyen este trastorno en sus agendas, señalándose con frecuencia su vinculación con los programas de salud materno infantil y con el sistema educativo. Según la OMS¹ la prevalencia global del retardo mental está comprendida entre el 1 y el 3%. Si se aplica a Costa Rica la menor de estas tasas se podría concluir que para el año 2000 existirían en el país cuando menos 38.000 personas con retardo mental

Según la Sección de Información Biomédica de la CCSS, el retraso mental fue el diagnóstico asignado en el 0,32% de las atenciones de consultas externas en el año 1987. En el 1992 la proporción de este diagnóstico fue 0,18; en 1997 fue 0,08 y en el 2001 cayó a 0,03%.

Epilepsia

La epilepsia es un trastorno de base neurológica que presenta con frecuencia síntomas psíquicos. Entre los factores de riesgo de esta enfermedad se encuentran los traumatismos

encefálicos, entre ellos los ocurridos en el parto, las parasitosis, en particular la neurocisticercosis, las infecciones bacterianas y virales y la predisposición genética.

El curso y sintomatología de la enfermedad pueden ser influidos por factores económicos y sociales, por la disponibilidad de medicamentos y por la falta de acceso a los servicios. La mayoría de los pacientes pueden ser tratados efectivamente y llevar una vida normal. Lamentablemente su calidad de vida se ve comprometida por el estigma de que son víctimas.

Una fracción de los pacientes son atendidos por médicos generales, psiquiatras o neurólogos y otros lo son por pediatras e internistas. Una alta proporción no recibe asistencia alguna, situación particularmente frecuente en los países en vías de desarrollo. En algunos países la atención, prevención y tratamiento son responsabilidades asumidas por los programas de salud mental en tanto que en otros las ligas nacionales contra la epilepsia han desarrollado programas integrales de asistencia, provisión de medicamentos y rehabilitación.

En los países en desarrollo la prevalencia de la epilepsia en los niños es muy alta, especialmente en las áreas más pobres. En la población adulta las tasas aumentan con la edad, alcanzando sus más altos valores entre la tercera y cuarta década de la vida¹⁹. En el Primer Congreso Latinoamericano de Epilepsia²⁰ en el que se presentaron estudios epidemiológicos de varios países, se estimó que la prevalencia de la enfermedad en Latinoamérica fluctuaría entre 1,5 y 2%. En Costa Rica, Adis Castro¹⁰ encontró en 1967, en una investigación en la población adulta, una tasa de prevalencia de 1,5%, congruente con la estimación del Congreso citado antes.

En el informe general de la Cuarta Encuesta Nacional de los Servicios de Consulta Externa de la CCSS (2003), se establece que el diagnóstico de epilepsia fue aplicado en el 1,18% del total de las atenciones de consulta externa realizadas en 1987; en el año 1992 el porcentaje fue 1,00%; en 1997 fue 0,98% y en el año 2002 se aplicó en el 0,65% de las consultas.

Si se aplican a Costa Rica las tasas latinoamericanas citadas antes, se podría estimar que para el año 2000 habría en el país entre 40.000 y 50.000 personas víctimas de este trastorno.

Suicidio

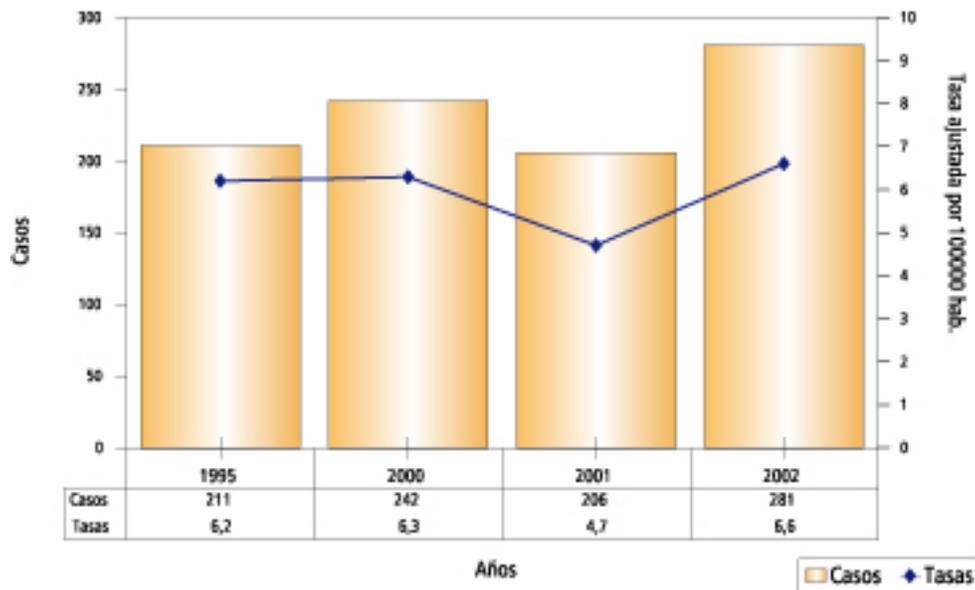
Los suicidios y lesiones auto infligidas no figuran en las estadísticas de los trastornos mentales. No obstante, la prevención del suicidio y la atención de las personas que intentan suicidarse, al igual que la atención de las familias afectadas por las repercusiones, forman en muchos países parte importante de los programas de salud mental. La importancia de los factores psicológicos y psicosociales que influyen en su comisión y los efectos sobre los sobrevivientes justifican ampliamente su inclusión.

La depresión es el trastorno mental asociado más frecuentemente con la conducta suicida; también se ha observado una asociación con la esquizofrenia, el abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad.

Un número apreciable de fallecimientos por suicidio no aparecen en los registros de mortalidad, debido en parte a que son registrados frecuentemente como muertes accidentales, por obra del estigma que acompaña al hecho, por razones religiosas o de otra índole. En el mundo, el suicidio es una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes, lo que representa un grave problema de salud pública.

La mortalidad por suicidios en Costa Rica en el período 1997-2002, se muestra en la figura N° 2. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, la frecuencia más alta de mortalidad por suicidio en Costa Rica en el período 1995-2002 correspondió al año 2002, con una tasa de 6,6 suicidios por 100.000 habitantes.

Gráfico N° 2
Mortalidad por suicidios según año. Costa Rica 1995-2000-2001-2002
(tasa por 100.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M.Salud

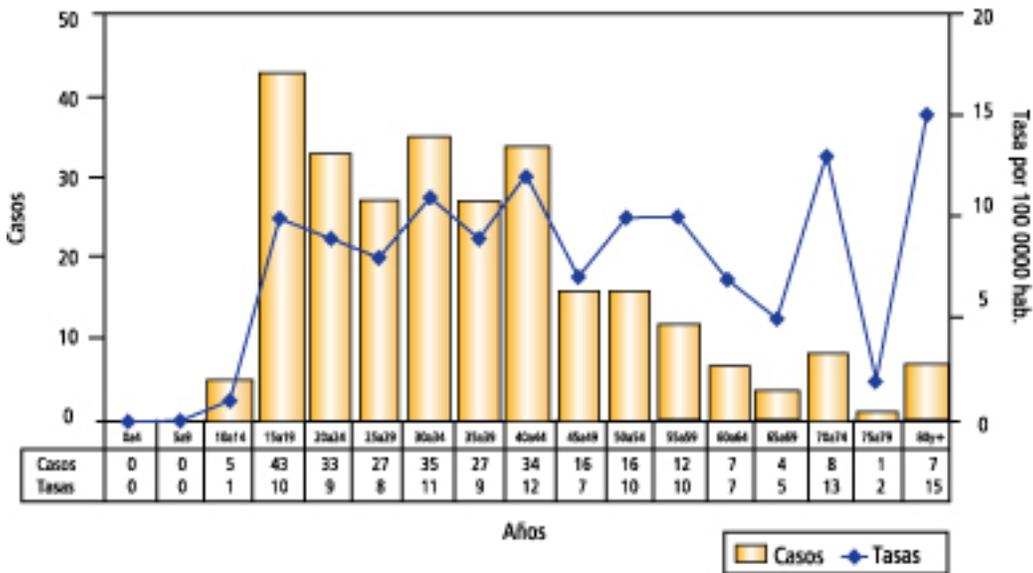
En la figura N° 3 se presenta la distribución por edad de los suicidios ocurridos en Costa Rica en el año 2002, según las estadísticas del INEC. El grupo de edad de 20 a 39 años fue el segmento poblacional más afectado. El 88,2% de las muertes ocurrió en hombres y el 11,8% en mujeres. Los agricultores, desocupados, comerciantes, guardas y domésticas figuraron como los más afectados.

La mayor frecuencia de suicidios registrados en el año 2002, se concentra en los grupos de edad comprendidos entre los 15 y 44 años. En Costa Rica, al igual que en otros países, existe una franca desproporción entre los suicidios realizados por hombres en comparación con los hechos por mujeres, comprobándose una razón de 6:1.

En el siguiente gráfico se visualizan frecuencias absolutas y tasas por edad, 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.

Gráfico 3
Mortalidad por suicidios según grupo de edad. Costa Rica 2002
(tasa por 100.00 hab.)



Fuente: INEC - Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

No se dispone en Costa Rica de información estadística actualizada sobre los intentos de suicidios. Los datos de otros países indican la mayor frecuencia en las mujeres jóvenes. Brenes Chacón, Reven Stiegler y Brenes Antonini²¹, realizaron una encuesta en una muestra de personas que habían intentado suicidarse y que fueron atendidas en dos hospitales de la ciudad de San José entre mayo de 1972 y abril de 1973. El perfil de los pacientes correspondía al de una persona joven (17 a 22 años), residente en el área urbana, soltera, de bajo nivel educativo, sin trabajo estable y de religión católica. Las mujeres estaban en mayor proporción que los hombres en la muestra estudiada. El método más frecuentemente empleado fue la ingestión de medicamentos, seguido por la de insecticidas y desinfectantes. Entre los rasgos psicológicos encontrados predominaban la percepción de amenaza, la impulsividad y entre los factores precipitantes, la falta de apoyo en el medio familiar y las pérdidas afectivamente significantes.

Violencia intrafamiliar

El análisis de la violencia en el país es objeto de otra publicación de esta serie. Aquí se hará referencia breve a las conductas violentas, habida cuenta de las consecuencias psicológicas que presentan las víctimas y a los rasgos psíquicos anómalos de los perpetradores.

Las conductas violentas, en todas sus manifestaciones, constituyen una pandemia que afecta a toda la población del mundo, al punto que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 1966 la resolución WHA49.25 en la que se declara que la violencia es un principal problema mundial de salud pública.

La OMS define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad y que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Fuente: OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002.

El concepto de violencia no sólo engloba los actos físicos causantes de muerte y lesiones, sino también las acciones de carácter psicológico, las amenazas e intimidaciones y sus consecuencias en el individuo, la familia y la comunidad.

La violencia intrafamiliar representa en Costa Rica un problema de salud pública y de seguridad ciudadana. Se produce habitualmente entre miembros de la familia, con frecuencia entre miembros de la pareja. En numerosas ocasiones la consecuencia de la violencia familiar es la muerte o la discapacidad de la persona agredida. Entre las víctimas sobrevivientes del género femenino una tercera parte sufre episodios de depresión y están en mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas, sufrir de dependencia del alcohol o consumir psicofármacos indebidamente.

En general, la medición de la violencia presenta numerosas dificultades toda vez que la percepción que se tiene del fenómeno varía ampliamente de país a país, de acuerdo con el desarrollo de sus sistemas de información, la confiabilidad de los datos, las actitudes de la población y el medio cultural. La fuente más utilizada para la medición son las estadísticas de mortalidad y morbilidad, aunque las muertes por violencia frecuentemente están subregistradas, especialmente en los países en vías de desarrollo.

En un reciente trabajo de A. Carcedo y M.Sagot²³ se señala que en Costa Rica se produjeron en el período 1990 a 1999 un total de 1865 homicidios según las estadísticas del Organismo de Investigación Judicial (OIJ). Las tasas correspondientes muestran un aumento sostenido a partir de 1991, cuando la incidencia fue de 4,4 muertes por 100.000 habitantes hasta 1999, cuando la tasa llegó a 6,7 muertes por 100.000, ver el cuadro N° 6.

Cuadro 6

Costa Rica: personas muertas en homicidios
Totales y tasas por 100.000 habitantes

Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Total	146	144	165	163	186	169	195	217	230	250
Tasas	4,7	4,4	4,9	5,0	5,6	5,5	5,6	6,1	6,3	6,7

Fuente: Femicidio en Costa Rica. A. Caicedo y M. Sagot. 2001

En general, la medición de la violencia presenta numerosas dificultades toda vez que la percepción que se tiene del fenómeno varía ampliamente de país a país, de acuerdo con el desarrollo de sus sistemas de información, la confiabilidad de los datos, las actitudes de la población y el medio cultural. La fuente más utilizada para la medición son las estadísticas de mortalidad y morbilidad, aunque las muertes por violencia frecuentemente están subregistradas, especialmente en los países en vías de desarrollo.

En un reciente trabajo de A. Carcedo y M.Sagot²³ se señala que en Costa Rica se produjeron en el período 1990 a 1999 un total de 1865 homicidios según las estadísticas del Organismo de Investigación Judicial (OIJ). Las tasas correspondientes muestran un aumento sostenido a partir de 1991, cuando la incidencia fue de 4,4 muertes por 100.000 habitantes hasta 1999, cuando la tasa llegó a 6,7 muertes por 100.000, ver el cuadro N° 6.

El 86% de los homicidios correspondió al género masculino y 14% al femenino, lo que se traduce en una razón hombre/mujer de 7:1. Los anuarios de la OIJ indican que la edad de la mayoría de las víctimas femeninas oscilaba entre los 25 y los 35 años.

En el año 2001 se atendieron el Hospital Nacional de Niños²⁴ 313 niños agredidos de los que 185 (59%) eran del género femenino y 128 (41%) del masculino. El 40,8% de las atenciones

fueron por abuso sexual, 27,4% por agresión física y 21% por negligencia. En el año 2002 el número de niños atendidos ascendió a 331 de los que el 53,5% fueron víctimas de abuso sexual y 25,5% de agresión física.

Los niños víctimas de abuso están en alto riesgo de desarrollar cuadros depresivos, trastornos de ansiedad y de estrés post-traumático. Pueden llegar a hacer intentos de suicidio, presentar trastornos psicósomáticos y sufrir limitaciones en el despliegue óptimo de la personalidad

Estigma

El estigma ha sido definido como “una marca de vergüenza, deshonra o desaprobación por la que el individuo es rechazado, discriminado y excluido de la participación en diversos ámbitos de la sociedad¹”. Los enfermos mentales, retrasados mentales y epilépticos son víctimas del estigma en prácticamente todo el mundo y Costa Rica no es una excepción. Habitualmente las personas que sufren o han sufrido trastornos mentales de importancia son objeto, abierta o solapadamente, de distanciamiento, rechazo social y son motivo de escarnio; tienen grandes dificultades para encontrar trabajo, ser aceptadas como pareja, participar en los deportes y con frecuencia se ven atropelladas en sus derechos, no sólo en el ambiente cotidiano sino en comercios, oficinas públicas y en algunos casos, en centros de salud.

La creencia extendida de que las enfermedades mentales no tienen tratamiento efectivo ha contribuido a mantener el estigma y ha inducido a muchos pacientes a rehuir la asistencia. Según un informe del Director General de Salud de los Estados Unidos “casi la mitad de los estadounidenses que padecen una enfermedad mental grave no solicitan tratamiento²⁵”

En el decenio de 1960 Adis Castro y Waisanen²⁶ en Costa Rica realizaron una serie de investigaciones relacionadas con las actitudes frente al enfermo mental. En una de ellas se concluyó que existía en el país, tanto en el medio urbano como en el rural, la tendencia a rechazar al ex enfermo mental, primordialmente en situaciones de cercanía social. También se reveló que el concepto de enfermo mental provocaba rechazo por considerásele como algo malo e incomprensible. A pesar del tiempo transcurrido desde entonces, es probable que persistan las actitudes negativas frente a la persona mentalmente enferma.

El país podría beneficiarse de algunas iniciativas para combatir el estigma contra la enfermedad y el enfermo mental. A ese respecto conviene señalar que la Asociación Psiquiátrica Mundial²⁷ ha puesto en marcha un programa internacional con el fin de desarrollar instrumentos para combatir el estigma. Ha seleccionado la esquizofrenia como el foco de las acciones debido a que sus características hacen de este trastorno uno de los que provocan más rechazo por parte del público.

Fármacodependencia

El consumo de sustancias que producen dependencia constituye en el ámbito nacional costarricense un problema de salud pública, de gran magnitud y trascendencia social. Su gravedad está determinada por la alta frecuencia del uso, sus consecuencias para la salud y por el hecho de que el consumo se concentra en el adolescente y el adulto joven, en detrimento de su desarrollo psicosocial, equilibrio emocional, relaciones de familia, desempeño social, rendimiento académico o laboral y estabilidad económica.

El Instituto sobre Alcoholismo y Fármacodependencia, IAFA, es el ente responsable a nivel nacional por el desarrollo y coordinación de las actividades de detección, tratamiento, rehabilitación y prevención de las dependencias de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas, entre estas últimas el tabaco y el alcohol.

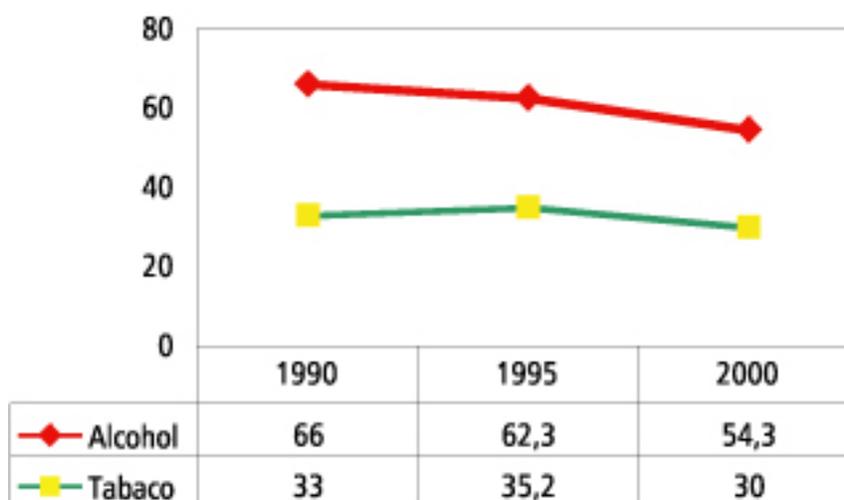
Originalmente, los organismos que precedieron al IAFA (la Comisión sobre Alcoholismo y el Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, INSA) se dedicaron exclusivamente a la provisión de servicios de atención y rehabilitación del alcohólico, a la prevención del alcoholismo y a la investigación sobre este tema. En 1987 se incorporaron a las funciones del INSA las relativas a las fármacodependencias, cambiando su nombre al que actualmente lo identifica.

Actualmente el IAFA realiza funciones normativas y de supervisión, estableciendo las líneas programáticas que rigen en este campo y coordinando las acciones de asistencia y rehabilitación de 78 ONGs y de algunas dependencias de la CCSS que prestan servicios especializados.

Las investigaciones han sido un campo prioritario de la institución, habiéndose realizado numerosos trabajos en el curso de los últimos quince años²⁸. Entre éstos sobresalen las encuestas nacionales periódicas, otras investigaciones epidemiológicas y las dirigidas a la evaluación de los instrumentos de prevención que ha puesto a la disposición del sistema educativo. Entre los numerosos estudios realizados se encuentran los que analizan los factores de riesgo para el consumo de sustancias adictivas y los dirigidos a la identificación de grupos vulnerables.

Entre 1990 y el año 2000 el Instituto realizó varias encuestas nacionales en muestras aleatorias de la población, sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas²⁸. Las tasas de prevalencia de vida del consumo de alcohol y tabaco han disminuido de manera sostenida. En relación con el consumo de alcohol, la tasa varió de 66% en 1990 a 54,3% en el año 2000. La tasa de consumo de tabaco varió de 33% en 1990 a 35,2% en 1995 y 29,9% en el 2000. La figura N° 4 ilustra estos cambios.

Gráfico 4
Prevalencia de vida del consumo de alcohol y tabaco en
Costa Rica ,1990-2000. Tasas porcentuales



Fuente : IAFA.(2003) Consumo de Drogas en Costa Rica. Encuesta 200-2001

Las diferencias de género en el consumo de ambas sustancias son marcadas, predominando los hombres tanto en el consumo de tabaco como en el de alcohol.

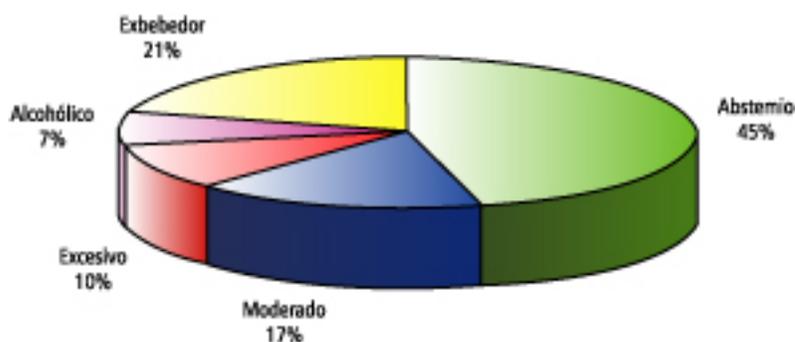
La edad de inicio del consumo de tabaco no experimentó grandes variaciones en el curso de los diez años estudiados. De la población fumadora encuestada en el año 1990 un 18% confesó haberse iniciado en el uso del tabaco antes de los 13 años de edad; 61,2% lo hizo entre los 13 y los 15 años y 20,8% empezó el hábito después de los 18 años de edad. Las proporciones correspondientes para el año 2000 fueron 14,5%, 65,7% y 19,5, respectivamente.

La edad promedio de inicio del consumo de bebidas alcohólicas se mantuvo prácticamente constante: en la encuesta de 1990, los entrevistados manifestaron haberse iniciado a los 17,13 años, en 1995 a los 18,01 y en el año 2000 a los 17,26 años.

Según el informe de la última encuesta, la prevalencia de bebedores excesivos y alcohólicos en el año 2000 mantuvo prácticamente los índices presentes en 1995. En esa misma encuesta se determinó un aumento en la población de abstemios, cuya tasa fue 45%. De otra parte, 10% de la población encuestada estaba constituida por bebedores excesivos, 7% por dependientes del alcohol, 17% por bebedores moderados y 21% eran antiguos bebedores que abandonaron el hábito. Ver la figura N° 5.

Gráfico 5

Distribución porcentual de los diferentes tipos de bebedores en Costa Rica según la encuesta del consumo de drogas en el año 2000



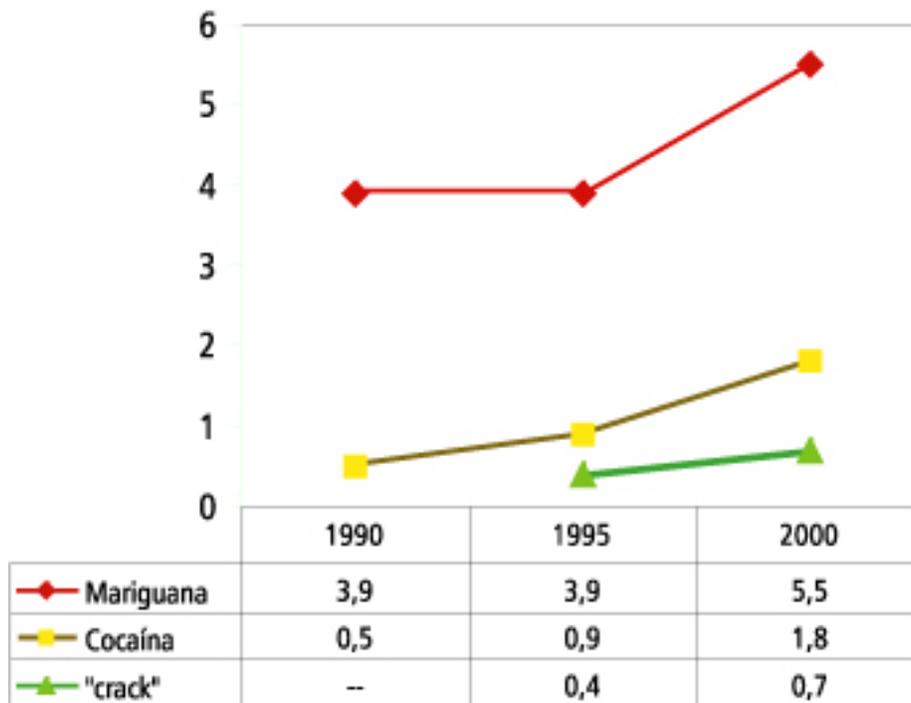
Fuente: IAFA. Consumo de Drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional 2000-2001

Sería conveniente realizar investigaciones que permitieran establecer la posible relación existente entre los cambios observados en el consumo de alcohol y tabaco y las medidas legislativas vigentes en el decenio analizado. Las citadas medidas estaban dirigidas a la prevención mediante la regimentación de la publicidad, el control de precios, el establecimiento de horarios para el expendio de productos y la prohibición de ventas a menores de edad, entre otras disposiciones.

Según la última encuesta realizada por el IAFA (2003)²⁸ el consumo de drogas ilícitas en el país ha aumentado en la última década. Las diferentes encuestas han indicado que entre los factores favorecedores del consumo figuran la presión de grupo, la influencia de modelos culturales o la existencia de importante problemas familiares. Ver la figura N° 6.

Gráfico 6

Prevalencia de consumo de marihuana, cocaína y crack
Costa Rica, 1990-2002



Fuente: IAFA. Consumo de Drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional 2000-2001

La tasa de prevalencia de vida del consumo de marihuana en la población de 12 a 70 años en el año 2000 fue de 5,5%; la de cocaína en el mismo grupo de edad y año fue 1,7%. Estos valores representan un aumento en el número de consumidores en relación con las tasas de 1990. El consumo de "crack" se mantuvo relativamente estable en la última década. En el año 2000 la tasa de prevalencia de vida para el consumo de esta sustancia fue 0,7%.

La edad promedio del inicio del consumo de marihuana en la encuesta de 1995 fue de 18,5 años y en la del año 2000 se situó en los 17,7 años. No se encontraron diferencias de género en la edad de inicio, en cambio los hombres sobrepasaron ampliamente a las mujeres en el consumo habitual.

El programa de trabajo del IAFA, incluye el desarrollo de investigaciones y la prevención de las dependencias mediante la elaboración y evaluación de material adecuado y el fomento de su

utilización en el sistema escolar. Merece especial mención el proyecto "Trazando el Camino", dirigido al fomento del desarrollo de habilidades para la vida, que utiliza un enfoque de salud mental. Tiene 4 años de operar y está dirigido a estudiantes de 7°, 8° y 9° año de colegio. En el año en curso las actividades de prevención se han extendido a las escuelas primarias mediante el proyecto "Aprendo a valerme por mí mismo", que emplea, como el anterior, técnicas orientadas al fomento de la autoafirmación y al desarrollo de habilidades para vivir.

V. Organización de los servicios para la atención de la salud mental

5.1 Programas de salud mental

En el sector público, la atención de la salud mental corresponde a la CCSS, mediante la gestión de su dependencia especializada, el Departamento de Salud Mental. Éste establece pautas que orientan la atención y coordina las acciones de los diferentes proveedores de servicios en el campo de su competencia. Las actividades correspondientes a la prevención de las farmacodependencias y la asistencia de los pacientes son responsabilidad de otra entidad, el IAFA, cuyo programa se examinará al tratar el capítulo correspondiente. Las actividades del sector privado no están sistematizadas ni tienen un programa propio, pero deben acogerse a los principios que rigen las acciones de salud a nivel nacional.

Programa de la Caja Costarricense de Seguro Social

El Departamento de Salud Mental de la CCSS, dependencia de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, coordina las actividades de su competencia a nivel nacional mediante un programa orientado a la asistencia y rehabilitación del paciente mental y al desarrollo de acciones de prevención y promoción en las comunidades. En la actualidad la mayoría de las acciones están dirigidas primordialmente a la atención psiquiátrica pero el plan de trabajo vigente incluye además el despliegue de acciones de promoción de la salud mental en el nivel comunitario mediante programas integrados.

La CCSS utiliza en sus servicios de salud mental 74 psiquiatras 83 psicólogos, 76 trabajadoras sociales y 46 enfermeras especializadas en salud mental y psiquiatría, destacados en 36 centros asistenciales. Al presente el modelo asistencial prevaleciente se caracteriza por un énfasis en la atención psiquiátrica en centros especializados en donde se concentran recursos humanos y materiales.

En la práctica, la atención de problemas mentales en el nivel primario es insuficiente aunque la meta establecida es ampliar la cobertura de estos servicios. Tanto la asistencia de adultos como la de niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento, lo mismo que

la brindada a las personas de edad, necesita ser expandida. Los documentos "Política Nacional de Salud 2002-2006"²⁹ y "Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006"³⁰, de naturaleza vinculante para la CCSS, prescriben acciones específicas para incorporar la salud mental en todos los programas de atención de la salud que funcionan en el país.

En el último quinquenio el programa de salud mental ha experimentado un cambio tanto en el marco conceptual de su gestión como en algunos aspectos operativos, promoviendo en los servicios bajo su coordinación la atención en el seno de la comunidad, la defensa de los derechos humanos de los pacientes, la vigilancia de la calidad de la atención y el abastecimiento adecuado de medicamentos modernos. Al mismo tiempo, propone acciones para fortalecer la atención integral de las adicciones.

El nuevo enfoque pretende de esta manera transformar a nivel nacional la organización y el funcionamiento de la red de servicios de atención, al tiempo que introduce un enfoque de promoción de la salud de base comunitaria. Las proposiciones correspondientes están contenidas en el documento "Nuevo modelo de la atención en salud mental"³¹, que fue presentado a las autoridades de la Caja para su estudio, habiendo sido aprobado por la Gerencia de la División Médica en julio del 2002.

Redes comunitarias

Los grupos humanos manifiestan ordinariamente su solidaridad con sus integrantes que están en condiciones de aflicción mediante el apoyo espontáneo tanto en el plano psicológico como en el social. Así ocurre en situaciones de desastres y cuando un peligro inminente amenaza a la colectividad. En tiempos normales no es tan evidente este comportamiento, sin embargo subsiste en el trasfondo y se manifiesta en la vida cotidiana mediante acciones concretas de vecinos y conocidos, por ejemplo, en situaciones de duelo, ante pérdidas materiales de importancia o cuando un miembro de la familia es víctima de una enfermedad grave o esta en condiciones de gran desvalimiento. Las enfermedades mentales están en esta última categoría.

Los vínculos de vecindad, familia y amistad ayudan a conformar redes tácitas de auxilio mutuo y autoayuda, de carácter informal. Las enfermedades mentales discapacitantes son, en muchos casos, una instancia en que esta ayuda puede llegar a materializarse. En muchos países en vías de desarrollo se ha observado como las familias y otros seres cercanos pueden prestar ayuda para el cuidado de los pacientes mentales en sus domicilios, ayudarlos a procurar asistencia en los centros de atención y brindar auxilio a las familias en las tareas hogareñas.

Las reformas de la atención psiquiátrica en muchas partes del mundo ha provocado la reducción de la capacidad de los centros de hospitalización psiquiátrica, haciendo más necesario el concurso de las familias y amigos de los pacientes que permanecen en el hogar. Los sistemas de atención están en la obligación de capacitar a esas personas en el cuidado adecuado de los

pacientes, apoyar a las familias mediante visitas de atención domiciliaria y establecer mecanismos para ofrecerles subsidios y otras ayudas materiales.

Las redes de apoyo organizadas desempeñan en mayor escala un papel semejante. Además, actúan como grupos de presión para promover la mejoría del sistema, defender los derechos de los pacientes y emprender obras que suplementen la atención de los pacientes en la comunidad.

En Costa Rica existen las redes informales y juegan un papel relevante. También se han constituido redes organizadas de autoayuda. Entre ellas se cuentan 750 grupos de alcohólicos anónimos, 113 organizaciones privadas dedicadas a la rehabilitación de fármacodependientes, la Asociación de Personas con Trastornos Anímicos Recurrentes, la Organización de Familias con Pacientes Esquizofrénicos. La Organización de Padres de Niños autistas, La Organización de Familiares de Niños Excepcionales, la Asociación de Familiares de Pacientes con trastornos Mentales y PANIAMOR. Además, dos organizaciones sin fines de lucro mantienen líneas telefónicas para ayudar a personas con problemas psicológicos en necesidad de ayuda: Cuenta conmigo y Rompamos el Silencio.

Atención primaria

En 1978 se acordó en la conferencia mundial de Alma Ata que la Atención Primaria era la estrategia esencial para facilitar el acceso oportuno a la asistencia de la salud y la participación de las familias y la comunidad³². La recomendación se aplica por igual a la salud general y a la salud mental.

Los hallazgos de diferentes investigaciones internacionales han evidenciado que los trastornos mentales constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención; que la mayoría de los trastornos que ocurren en la comunidad son identificados y tratados en ella más por los médicos generales que por los especialistas en psiquiatría y que tan solo una pequeña fracción de estos pacientes requieren atención especializada.

En Costa Rica, la red de servicios de atención primaria está constituida por conjunto de 835 Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud, EBAIS y 95 Áreas de Salud que cubren el 94% de la población. En su inicio la red no incluía específicamente a la salud mental entre sus programas prioritarios. Las nuevas directrices de salud se orientan a corregir esta situación en todos los estamentos del sistema. En efecto, las políticas y las estrategias correspondientes prescriben el reforzamiento de las acciones de salud mental tanto en sus aspectos curativos como en los de prevención, promoción y rehabilitación en todos los niveles de atención, con énfasis en el nivel primario.

El hecho de que el país cuente con una amplia red de servicios de atención primaria hace viable la incorporación de actividades básicas de salud mental a escala nacional. Esta infraestructura

ra podría utilizarse para incorporar o ampliar acciones de salud mental en programas ya existentes tales como los de atención a la salud del niño y del adolescente, salud de la mujer, salud del adulto y salud del adulto mayor. De hecho, así está establecido en los documentos vigentes de Políticas de Salud y en la Agenda Sanitaria Concertada.

La implementación de las políticas en lo que atañe a la salud mental requiere la capacitación de personal del nivel primario en enfoques y prácticas relacionados con esta disciplina. Comprenderían la detección y asistencia inmediata de pacientes mentales, su referencia a centros de mayor complejidad, si el caso lo requiere y su seguimiento ulterior, el uso de psicofármacos básicos y el fomento de acciones en la comunidad dirigidas a la promoción y prevención. Tales objetivos se podrían lograr mediante la puesta en marcha de programas simples de capacitación. De esta manera se podrían conformar equipos de salud mental en el nivel primario. De hecho la CCSS ya ha iniciado actividades en este campo.

Los resultados de la Evaluación de la Atención Integral en el Primer Nivel de Atención, 2001-2002, realizada por el Ministerio de Salud³³ identifican algunas actividades relacionadas con la salud mental que podrían ampliarse para introducir o reforzar este componente. Tal es el caso del rubro educación para la salud que incluye la celebración de reuniones periódicas para tratar temas seleccionados, la estimulación del desarrollo psicomotor del niño, la prevención y detección de la violencia familiar y el programa de actividades educativas en escuelas y colegios. La evaluación del nivel de adecuación de las acciones correspondientes indica que el cumplimiento de sus metas en este nivel podría mejorarse en una alta proporción.

El rubro participación social en salud en el nivel primario también ofrece oportunidades para incluir la promoción y prevención en salud mental. Por ejemplo la identificación de organizaciones en la comunidad, las actividades conjuntas con ONGs y el registro de grupos de autoayuda representan, entre otras, importantes oportunidades para la promoción y prevención en salud mental. Lamentablemente, los resultados de la evaluación en este nivel han sido poco satisfactorios.

Conviene resaltar que según la encuesta institucional de la CCSS¹⁵ correspondiente al año 2002, las consultas de psiquiatría representaron el 3,86% del total de consultas. Las atenciones psiquiátricas constituyeron el 1,99% de las consultas brindadas por servicios de medicina general; 6,58 % de las consultas de los servicios especializados y 29,59% de las atenciones realizadas por otro personal. El último de los datos citados da una idea del volumen de atenciones que brinda el nivel primario en el campo de la salud mental. Desafortunadamente las evaluaciones correspondientes han sido fundamentalmente cuantitativas y no se han complementado con valoraciones cualitativas.

Atención secundaria y terciaria

El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental están a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social desde 1973, cuando se transfirieron a esa institución los hospitales hasta entonces dependientes del Ministerio de Salud. La atención especializada de los trastornos y desajustes mentales se realiza principalmente en dos hospitales psiquiátricos nacionales ubicados en la capital y en los servicios de psiquiatría del Hospital Calderón Guardia y del Hospital Nacional de Niños, en los de ocho clínicas del área metropolitana y en veinticinco hospitales generales. De estas últimas, cinco tienen carácter nacional, siete son regionales y trece periféricos.

El Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital Chacón Paut, y los servicios de psiquiatría del Hospital Calderón Guardia y del Hospital Nacional de Niños son centros especializados que brindan a la población atención psiquiátrica y de salud mental. Constituyen el tercer nivel de atención y se caracterizan por su alta complejidad y por contar con equipos multidisciplinarios. Atienden pacientes, tanto ambulatoriamente como en régimen de hospitalización, y realizan actividades docentes y de investigación.

Además de los programas de atención psiquiátrica, estos centros realizan actividades de rehabilitación en diferente grado de desarrollo y despliegan algunas acciones de prevención y promoción en salud mental, aunque estas últimas son, en muchos casos, programas incipientes con insuficiente número de personal idóneo y escasos recursos materiales. Salvo algunos intentos aislados, no han llegado a establecerse vínculos importantes con las comunidades.

El Hospital Nacional Psiquiátrico, centro de referencia nacional, con 811 camas de capacidad, además de prestar asistencia psiquiátrica, es un centro nacional de formación de especialistas. Ofrece atención ambulatoria (consulta externa) a niños, adolescentes y adultos, internamiento de adultos y servicios de urgencias las 24 horas del día. Cuenta además con un programa de hospital diurno y hogares transitorios para pacientes en vías de recuperación o que están en condiciones de pernoctar fuera del recinto hospitalario. Merced a un activo programa de reubicación de pacientes, el Hospital Nacional Psiquiátrico ha logrado en los últimos 5 años la desinstitutionalización de 150 pacientes crónicos que han sido colocados en sus hogares de origen, en hogares substitutos o en albergues protegidos.

Existen centros de rehabilitación comunitarios privados o que funcionan en coordinación con ONGs, en Alajuela, Naranjo, Turrialba, Pérez Zeledón, San Ramón, Tibás y Zapote. El Consejo Nacional de Rehabilitación, órgano rector en esta área, está incorporando pacientes mentales en sus Sistemas Locales de Rehabilitación, SILORES, en los que se desarrolla el proyecto denominado Convivencia Familiar. Además, el Consejo tiene hogares transitorios en San José, Rhormoser, Sabana Sur y Pavas.

El Hospital Chacón Paut tiene 185 camas para pacientes crónicos y administra un centro diurno de rehabilitación que funciona en la comunidad de Tres Ríos, con 25 plazas de capacidad. Algunos de los servicios dentro del recinto de la institución han sido habilitados para dar mayor autonomía a los pacientes.

El servicio de psiquiatría del Hospital Calderón Guardia, dispone de doce camas y brinda servicios ambulatorios y de internamiento a la población bajo su área de influencia. Realiza funciones docentes y de investigación y ha establecido algunos vínculos con la comunidad. Es la única unidad psiquiátrica en hospitales generales que cuenta con presupuesto específico y funciona independientemente de otros servicios.

El servicio de psiquiatría Hospital Nacional de Niños forma parte del tercer nivel de atención en el área de su competencia. El servicio cuenta en su personal con siete psiquiatras, cuatro de los cuales están especializados en psiquiatría de niños, un pediatra especializado en desarrollo, cinco psicólogos clínicos, tres psicólogos generales y 13 trabajadoras sociales. Las prestaciones que brinda el servicio son preferentemente de atención ambulatoria, interconsulta y hospitalización. El internamiento de niños se hace en los servicios de pediatría general, pero sólo cuando la hospitalización está justificada con fines de evaluación o para iniciar el tratamiento.

El servicio psiquiátrico del Hospital Nacional de Niños desempeña una importante labor educativa dándole apoyo a los programas de especialización en psiquiatría general, pediatría y psicología clínica, mediante un programa de pasantías. Las actividades de investigación han estado más limitadas en los últimos años, debido principalmente a la falta de recursos. Se han realizado algunos estudios epidemiológicos en la población asistida y un número limitado de estudios psicofarmacológicos.

En el último decenio, la salvaguarda de la calidad de la atención de los pacientes hospitalizados y la defensa de sus derechos humanos ha sido motivo de interés por parte de grupos cívicos, el personal de los servicios, asociaciones de familiares de pacientes, agencias nacionales de interés social, ONGs y organismos internacionales.

Los principios establecidos en la Declaración de Caracas* (1990) y los aprobados por la Asamblea de las Naciones Unidas (1991) sobre la protección de las personas con enfermedades mentales³⁴ constituyen respuestas de las más autorizadas a esas preocupaciones. En el plano nacional descuellan la Ley de Igualdad de Oportunidades³⁵ que prescribe acciones dirigidas a la protección del discapacitado, inclusive el enfermo mental. También es digno de mención el estudio sobre los derechos humanos del paciente mental en Costa Rica³⁵, patrocinado por la CCSS, ILANUD, CNRES, OPS y otras instituciones.

* Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1990: nov.11-14: Caracas). Declaración de Caracas. Washington., DC.: OPS, 1990

En consonancia con los documentos mencionados y con otros convenios internacionales de naturaleza similar, los centros especializados del país han adoptado en la última década cambios en sus políticas institucionales y en sus prácticas asistenciales, que han suscitado mejoras en la calidad de la atención y garantizan, entre otros, el derecho del paciente al consentimiento informado, a no ser objeto de contención física o confinamiento en celdas de aislamiento, al debido proceso y a la revisión periódica de su estado mental, derecho este último de singular importancia en el caso de los pacientes de larga estancia y en los internados por decisión judicial.

La atención secundaria es dispensada en siete hospitales regionales, trece hospitales periféricos y ocho clínicas metropolitanas. Cada centro cuenta con los servicios de un psiquiatra, que atiende la consulta externa psiquiátrica, realiza interconsultas, atiende emergencias psiquiátricas y en algunos casos hospitaliza pacientes en los servicios generales con el apoyo de los departamentos de trabajo social y enfermería. Los centros de atención secundaria están en estrecha relación con la red de atención primaria, de cuyas unidades recibe referencias de pacientes mentales que, luego de ser evaluados y tratados, son devueltos a su lugar de origen con un plan terapéutico al cuidado del centro que los refirió. Si el caso lo requiere los pacientes son referidos a una institución especializada del tercer nivel de atención.

Otros prestadores de servicios

El Instituto Nacional de Seguros cuenta con 2 psiquiatras y 3 psicólogos. De enero a octubre de 2002 se produjeron 6.028 atenciones, de las cuales 4.700 fueron dadas por psicólogos. Estas atenciones representan el 1% del total de consultas del INS en un mismo período. En el INS cuenta en sus oficinas centrales con una clínica de reinserción laboral atendida por un equipo interdisciplinario.

En cuanto a las universidades, de las 15 que tienen la carrera de psicología, 7 (Universidad de Costa Rica, UNIBE, Leonardo Da Vinci, Monterrey, UCACIS, Universidad Latina y VINCULOS) brindan servicios de salud mental a estudiantes y algún tipo de público a precios módicos o gratuitos.

Por otro lado, 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 120 consultas mensuales por psiquiatra. También el hospital CIMA tiene un equipo de psicólogos y psiquiatras y existen varios consultorios privados en el área metropolitana.

VI. Sistemas de información

La información sobre salud mental en el país proviene de muy diversas fuentes pero su consolidación periódica e interpretación se ve dificultada por no existir un medio específico destinado a centralizar su recolección y procesamiento.

Tanto el Ministerio de Salud como la CCSS hacen acopio de información proveniente de diferentes dependencias, utilizable en la evaluación de los programas, la identificación de las necesidades de atención, las tendencias en el tiempo de las distintas patologías asistida en el sistema y, con ciertas limitaciones, la identificación de factores de riesgo. En el momento actual, la dispersión, volumen y heterogeneidad de la información disponible no permite elaborar un perfil confiable del estado de salud mental de la nación si se acude exclusivamente a las estadísticas de rutina. El IAFA colecta y centraliza información sobre fármacodependencia y alcoholismo en el ámbito nacional que alimenta su sistema nacional de monitoreo y vigilancia epidemiológica

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, provee la información demográfica básica sobre la magnitud y distribución de la población por grupos de edad y zonas geográficas; además aporta importantes datos sobre vivienda, ocupación, grado de educación, ingreso familiar y otras características de la población, condicionantes del bienestar común, factores todos ellos importantes para la evaluación de la salud mental colectiva. De otra parte, la información demográfica, en especial las tasas de natalidad y mortalidad y los cálculos de expectativa de vida son utilizables para las proyecciones de necesidades futuras en este campo en los diferentes grupos de edad.

Los datos referentes a la mortalidad proveen por si solos información relevante acerca del impacto de las diferentes enfermedades corporales, pero su utilidad es mucho menor en el caso de los trastornos mentales y del comportamiento. Los certificados de defunción registran ordinariamente sólo la enfermedad somática causante del deceso, pasando por alto casi siempre los trastornos mentales que pudieron haber determinado la muerte. Se ha identificado un conjunto de enfermedades en las que el componente psicológico juega un papel importante, pudiendo estimarse la proporción de la carga o de los años de vida perdidos que han sido determinados por esos factores. Esos cálculos aún no se realizan rutinariamente en el país.

La información disponible sobre la asistencia psiquiátrica en los consultorios externos y salas de urgencias, así como sobre los egresos hospitalarios psiquiátricos, podrían dar una idea aproximada sobre la patología mental prevaeciente en el país, sus tendencias en el tiempo su distribución geográfica y el impacto en los diferentes grupos de edad. No obstante, esa información no refleja exactamente la morbilidad psiquiátrica por cuanto una proporción apreciable de trastornos mentales no son detectados en los servicios generales de salud y otra fracción no solicita asistencia.

El Departamento de Estadísticas de la CCSS recibe información de los centros asistenciales en relación con las prestaciones en salud brindadas a toda la población cubierta. La información sobre los trastornos psiquiátricos atendidos representa una fracción de todas las patologías observadas y dado el gran volumen de éstas, los datos están agregados y los diferentes diagnósticos psiquiátricos están por fuerza agrupados en categorías genéricas.

Los servicios de la CCSS brindaron en el año 2002 cerca de nueve millones y medio de consultas externas. En el año 2001 se registraron 333,541 egresos hospitalarios. En un informe de la Sección de Información Biomédica de la CCSS se lee¹⁶: "Por su naturaleza, el trajín de la consulta externa no ofrece buenas condiciones para la recolección continua de datos estadísticos detallados; por ese motivo se diseñó una encuesta que se ha estado llevando a cabo cada cinco años". Las mencionadas encuestas se realizan en todos los centros de atención de salud de la CCSS. Algunos de sus resultados relacionados con la atención en salud mental se recogen en los cuadros incluidos en el capítulo correspondiente al diagnóstico de la situación actual.

Otras informaciones son recogidas por dependencias especializadas de diversos organismos. Por ejemplo, los datos referentes a la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, son colectados por diferentes organismos y centralizados por el Instituto Nacional de la Mujer, INAMU, que los analiza y pone a la disposición de las entidades involucradas en la solución de esos problemas. El IAFA hace acopio de información sobre tabaquismo, dependencia del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, obtenidas de sus propios servicios, de las ONGs vinculadas con este campo y de los resultados de sus investigaciones epidemiológicas.

En conclusión, las fuentes de información sobre salud mental son muy numerosas, no existiendo un sistema unificado para su recolección, procesamiento y análisis. Sería conveniente disponer de un mecanismo único, por ejemplo, un banco de información sobre salud mental que supliera esa falta.

VII. Investigación

Según el más reciente informe del Foro Global sobre Investigación en Salud³⁷ sólo 10% de las investigaciones en salud en el mundo está dirigido al estudio de las enfermedades responsables por el 90% de la carga global. Las investigaciones en salud mental representan una mínima parte de ese 10%, proporción aún menor en los países de bajos y medianos ingresos. La situación de relegación de la investigación en salud mental en estos países, entre los que se cuenta Costa Rica, está condicionada en parte por la creencia generalizada de que en ellos la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales es baja y que en la mayoría de los casos los tratamientos no son efectivos, creencia que no está basada en evidencias.

Según las estimaciones de la Red Interamericana de Ciencia y Tecnología³⁸ el total de la inversión de los países latinoamericanos en investigaciones en salud alcanzó en 1998 la suma de mil cuatrocientos millones de dólares, aproximadamente 10% del total de lo invertido en todas las investigaciones científicas en la región.

Las inversiones en investigación en salud, dentro de ellas las de salud mental están constituidas principalmente por las contribuciones del sector público, el sector privado, las compañías farmacéuticas, las ONGs y la ayuda proveniente de gobiernos y de instituciones internacionales. Cabe mencionar que numerosas investigaciones en salud mental en el país no cuentan con ayuda directa de las fuentes arriba mencionadas. Tal es el caso de numerosos trabajos llevados a cabo para satisfacer requisitos académicos (por ejemplo, tesis de grado) o de los realizados respondiendo al interés científico de profesionales individuales. Pero en estos casos, casi siempre se ha contado con el aporte de instituciones públicas y privadas que han colaborado con los interesados mediante el acceso a sus instalaciones, la utilización de algunos servicios de apoyo y la participación de pacientes, ateniéndose siempre a los principios de ética médica vigentes.

El número de investigaciones en salud mental llevadas a cabo en Costa Rica en el último decenio es relativamente limitado, lo que no corresponde con el grado de desarrollo en el país de las investigaciones de salud en general. Una alta proporción de los estudios son de naturaleza clínica, habiéndose realizado la mayoría de ellos en los centros de atención psiquiátrica dependientes de la CCSS y en las universidades, particularmente en el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica.

Entre otras áreas investigadas figuran los estudios en el campo del comportamiento normal y patológico, desarrollo psicosocial, actitudes, salud mental comunitaria, fármacodependencia y alcoholismo, genética, aspectos psicosociales y consecuencias psicológicas de la de la violencia y el abuso sexual, factores psicosociales de los trastornos mentales y epidemiología psiquiátrica. En esta última área merece destacarse la labor del Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud de la CCSS, que ha prestado apoyo a diferentes estudios epidemiológicos e investigaciones de este género en el medio académico.

VIII. Políticas de salud mental

En Costa Rica se han hecho en el pasado diferentes ensayos dirigidos al establecimiento de una política nacional de salud mental. Inclusive se han redactado planes y programas nacionales para su implementación; pero esos esfuerzos han sido infructuosos y casi siempre han tenido el valor de ejercicios académicos. En la práctica siempre han existido políticas implícitas, inicialmente en consonancia con las ideas tradicionales de la beneficencia pública y posteriormente con los principios de la seguridad social, orientadas en ambos casos casi exclusivamente a la atención de pacientes mentales en centros especializados, aislados de la comunidad.

Posteriormente las modernas ideas de la atención de la salud mental, entre otras la atención psiquiátrica y la rehabilitación del paciente en la comunidad, fueron consideradas en algunos centros, pero nunca llegaron a plasmarse en un cuerpo de políticas específicas ni se concretaron en directrices concretas del nivel central.

Corresponde al Ministerio de Salud, en cuanto es el ente rector del sector, establecer las políticas de salud mental que orienten las acciones correspondientes tanto en el sector público como en el privado. A finales del año 2002 el ministerio condujo un proceso de análisis de situación de la salud del país que sirvió de fundamento para la instauración de una política nacional y la identificación de estrategias para su implantación³⁹. Se individualizaron diferentes áreas de intervención, entre ellas salud mental, a cada una de las cuales se le asignó una declaración de política y se le determinaron estrategias específicas para su implementación. La política de salud mental así establecida quedó sintetizada en los siguientes términos:

- 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 dando prioridad a la salud mental infante juvenil.
- Atención integral de la fármaco- dependencia con énfasis en promoción de la salud y prevención de las adicciones.

Las estrategias propuestas para la puesta en efecto de la política de salud mental consistieron en:

- 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. Inclusión de la salud mental en el nivel primario de atención, con énfasis en detección y atención de la depresión y los suicidios.
- Fortalecimiento de acciones de salud mental en situaciones de emergencia y desastre.
- Fomento de la promoción en el campo de la salud mental con énfasis en grupos de apoyo, grupos de crecimiento y desarrollo personal.
- Garantía del cumplimiento del derecho de la población a la salud mental y a la atención oportuna de los trastornos mentales.
- Inclusión de la salud mental dentro del sistema de vigilancia de la salud.
- Fomento de la promoción de la salud mental en el trabajo.

- Desarrollo de acciones para la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación en fármaco-dependencia.
- Vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente sobre bebidas alcohólicas y tabaco.

Las políticas y estrategias enumeradas se vieron complementadas con la inclusión de la salud mental entre los diez compromisos de la Agenda Sanitaria Concertada, 2003-2006³⁰. El compromiso N° 4 consiste en "Promover y atender la salud mental en forma integral, con énfasis en la violencia social". Los objetivos del compromiso consisten en:

- Desarrollar acciones de atención integral en salud mental con énfasis en la violencia social, violencia intrafamiliar, depresión, suicidios y adicciones en todos los establecimientos de salud
- Desarrollar un Plan Nacional de Salud Mental que incluya acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los diferentes niveles de gestión.
- Desarrollar una respuesta sectorial integral a la violencia social con énfasis en la promoción de una cultura de paz y solidaridad.

Entre las acciones más salientes enumeradas en la agenda para alcanzar los tres objetivos mencionados se destacan las siguientes:

- Elaboración de un plan nacional de salud mental.
- Incorporación de la atención integral de la salud mental en los cinco programas de atención a las personas.
- Desarrollo de un plan para la prevención y control de la violencia y la atención de sus víctimas, que incluya el fortalecimiento de las redes locales intersectoriales e interinstitucionales y la promoción de alianzas estratégicas.
- Cumplimiento de la legislación y normas vigentes en relación con la atención de la salud mental en el seno de las comunidades, la prevención de la violencia y la prevención de la farmacodependencia.

IX. Conclusiones

Los hallazgos del análisis sectorial realizado por el Ministerio de Salud, las declaraciones de Políticas y la Agenda Sanitaria Concertada proveen una síntesis de los problemas más prementorios de salud mental que vive el país y justifican su implementación en el corto plazo. Las conclusiones que siguen reflejan una visión de la situación actual en lo referente a la salud mental, cuando las políticas y estrategias mencionadas están en las etapas iniciales de su ejecución.

- El perfil de salud mental de Costa Rica corresponde al de un país con altos índices de salud y predominio de enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos mentales y del comportamiento.
- La prioridad asignada a la atención de la salud mental en los últimos años no es del todo congruente con la magnitud de los problemas y la carga que ellos significan para el país
- Según la información de los servicios asistenciales la mayoría de las personas con problemas mentales recibe asistencia ambulatoria en los consultorios externos de la CCSS. El mayor número en estos servicios corresponde a los diagnósticos de neurosis, episodios depresivos, trastornos de ansiedad y alcoholismo. En cambio en las estadísticas de egresos de los centros hospitalarios especializados revelan una predominancia de las psicosis y el alcoholismo.
- Las acciones de los programas de salud mental se han dirigido preferentemente a la atención psiquiátrica, sin darle suficiente prelación a las acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. En los últimos años se ha observado el inicio de un cambio en estos enfoques, pero los avances logrados aun son incipientes.
- La atención psiquiátrica está concentrada en instituciones especializadas en el tercer nivel de atención. No obstante, en los últimos años se ha observado una tendencia a la desconcentración y descentralización de la atención mediante la habilitación de servicios de salud mental en hospitales generales y centros de salud del segundo nivel. Es necesario la reorientación de los servicios de salud con enfoque de atención primaria, que permita el desplazamiento de la atención de la salud mental de los hospitales a la comunidad y que involucre a la familia.
- Las acciones de salud mental en el primer nivel de atención pueden ser perfeccionadas notablemente. Las prestaciones brindadas se restringen a la asistencia psiquiátrica de primera línea, el seguimiento de pacientes y la referencia de casos no resueltos en el lugar.

Las acciones de prevención y promoción en las comunidades, salvo excepciones, son limitadas. Las evaluaciones periódicas en los servicios de este nivel son fundamentalmente cuantitativas siendo necesario introducir controles de la calidad de la atención.

- La atención en el segundo nivel, esto es, la dispensada por especialistas y personal con capacitación de nivel medio, cuyo trabajo se realiza en centros asistenciales periféricos, debería ser reforzada en todo el país. De esta manera el apoyo brindado al nivel primario sería más efectivo y la presión de la demanda en el nivel terciario sería menor.
- Hasta hace poco los enfoques de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y rehabilitación integral no habían llegado a incorporarse en las políticas, planes y programas nacionales. Cabe resaltar que al presente la participación comunitaria y la vinculación y cooperación intersectorial todavía es muy restringida y que los proyectos de extensión comunitaria apenas empiezan a tomar vida. Las políticas y estrategias nacionales para el fomento de esas actividades se ven coartadas en su implementación por la ausencia de asignación de recursos tanto en la CCSS como en el Ministerio de Salud.
- Con el fin de corregir las debilidades del sistema es preciso emprender la reestructuración de los servicios existentes, la redistribución de los recursos, la modificación de las políticas institucionales y la asignación de presupuestos adecuados en concordancia con los nuevos lineamientos de políticas de salud.
- La información sobre salud mental derivada de los registros de los centros de salud es sucinta. En general, forma parte de la información agregada de los servicios de salud general. Las estadísticas disponibles no permiten un análisis profundo de la patología atendida ni dan cuenta de la calidad de la atención. Con la información disponible no se pueden apreciar adecuadamente las necesidades de la población ni determinar con certeza la magnitud y naturaleza de la demanda real.
- Urge crear un sistema único de información en salud mental que sirva de guía para las acciones de atención, promoción y prevención que fundamente la investigación epidemiológica y facilite el monitoreo permanente.
- No existe un plan nacional intersectorial de salud mental debidamente aprobado por las autoridades competentes. Se han elaborado varios anteproyectos que no han llegado a implementarse. En la actualidad se ha iniciado un proceso intersectorial para la elaboración de un plan nacional de salud mental.
- La planificación conjunta y estratégica para el abordaje integral de la salud mental deberá dar énfasis a la promoción de la salud, sin descuidar la atención de los trastornos mentales en el seno de las comunidades. Esta es una meta por alcanzarse en el corto y mediano plazo, en estrecha coordinación con otros planes nacionales de desarrollo

- No se ha emprendido con el debido ímpetu la promoción de los factores psicosociales que favorecen la salud mental y el control de los de carácter negativo. El desarrollo de estas actividades constituye un reto para las autoridades de salud, los otros sectores involucrados, la sociedad en general y sus dirigentes.
- Costa Rica cuenta con suficientes recursos humanos y tecnológicos para desarrollar el campo de las investigaciones en salud mental en consonancia con la política de investigaciones vigentes y coherente con la magnitud estimada de los problemas mentales que afectan a la población. Su desarrollo y puesta en ejecución es un desafío que enfrenta el país.
- Dada la alta prevalencia de la depresión y la elevada incidencia del suicidio y los parasuicidios, es preciso diseñar con carácter urgente, estrategias para su atención y así como la asignación de recursos para su desarrollo.
- La atención de la epilepsia, en cuanto es una enfermedad de alta prevalencia, discapacitante y susceptible de tratamiento adecuado merece ser considerada como de alta prioridad de los programas de salud mental o ser singularizada en los programas generales de salud.
- La atención de los problemas psicológicos, psicosociales y del desarrollo que afectan a la niñez y a la adolescencia requieren la elaboración y puesta en efecto de un programa nacional específico, en el que se asigne la debida prioridad a la protección de los grupos más vulnerables o en mayor riesgo.
- El envejecimiento progresivo que está experimentando la población requiere la adopción de medidas en el futuro inmediato para hacer frente a los problemas de salud que enfrentan las personas de edad avanzada. En el campo de la salud mental se puede anticipar con certeza que aumentarán los problemas psiquiátricos de origen orgánico, en especial las demencias, entre ellas la enfermedad de Alzheimer. Es menester preparar personal y tomar medidas para asegurar los recursos necesarios para una asistencia apropiada.
- Es necesario apoyar y perfeccionar los planes nacionales en materia de alcoholismo y farmacodependencia y desarrollar un plan estratégico integral, en coordinación con otros sectores, tanto públicos como privados. A estos fines es preciso definir las competencias institucionales y jurídicas nacionales y locales
- Es una necesidad sentida de la población la adopción de medidas para el control de la violencia y la asistencia oportuna de sus víctimas. La solución de estos problemas reclama la acción concertada de varios sectores sociales, entre ellos el de salud. Es preciso

poner en marcha medidas efectivas de prevención y control mediante el desarrollo y puesta en efecto de un plan integral que coordine la acción mancomunada de los sectores involucrados

- Las actitudes negativas frente al paciente y el ex-paciente mental, base del estigma y discriminación de que son objeto, conspiran contra su rehabilitación y el ejercicio de sus derechos humanos. Es menester desplegar medidas para su erradicación mediante proyectos de educación de la población, tanto en el medio escolar como en el ámbito de la sociedad en general.
- Es oportuno adoptar estrategias de comunicación social para estimular la promoción de la salud mental mediante la diseminación de la información pertinente y el desarrollo de programas participativos de educación de la población. Las acciones estarían dirigidas a generar un cambio en las actitudes, creencias y prácticas en relación con la enfermedad mental, y a propiciar la adopción de estilos de vida que favorezcan la salud y el equilibrio psicológico y social.
- Salvo las disposiciones generales contenidas en la Constitución y en los códigos y leyes nacionales, Costa Rica no dispone de instrumentos legales actualizados, dirigidos específicamente a la protección de la salud mental de la población, la salvaguarda de los derechos humanos de los pacientes mentales y la garantía de la atención adecuada y oportuna de las personas afectadas por trastornos mentales y del comportamiento. Es recomendable que el poder legislativo emprenda las acciones correspondientes para corregir esta situación.

X. Bibliografía

1. OMS Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental. Ginebra. 2001
2. Murray, C.J. y López, A.D. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. (Vol I) Cambridge: Harvard School of Public Health. Idem: (Vol II) Statistics (global); 1966
3. Murray, C.J. y López, A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*; 349 (9064): 1498-504; 1997
4. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial en 1993 Invertir en Salud. Banco Mundial, Washington, 1993
5. Patel, V. Poverty, inequality and mental health in developing countries. En: Poverty, inequality and health: an international perspective. Oxford University Press. 247-261 Oxford. 2001
6. Proyecto Estado de la Nación (2002). Octavo Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José 2002. Citado en Análisis Sectorial de Salud Costa Rica. Ministerio de Salud. R. Sáenz Madrigal y E Acuña Ulate, coordinadores. San José, 2002
7. Desjarlais R., Eisenberg L., Good R. Y Kleiman A.. Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OPS/OMS. Washington, 1997
8. CCSS Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2002. CCSS, 2001
9. Adis Castro G. Desórdenes mentales en Costa Rica. En *Epidemiología Psiquiátrica de América Latina*, J. Mariátegui y G. Adis Castro, edit. Fondo Acta para la Salud Mental. Buenos Aires, 1970
10. Adis Castro G., Problemas de salud mental y contexto psicosocial. En: Homenaje al Profesor Javier Mariátegui, R Alarcón, J Castro y E Cipriano, editores. Talleres Gráficos Villanueva. Lima, 1991
11. Gallegos A. y Míguez H,A, Prevalencia de alteraciones psiquiátricas: Un estudio piloto. *Rev. Costarric. De Ciencias Médicas*. 5:37-43. 1984
12. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. y colabs. Lifetime and 12 month prevalence of DSM III R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch of Gen Psychiatry*, 51:8-19.; 1994. Citado en OMS (2001a) Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra. 2001
13. Levav I , Lima B, Somoza, M y colabs. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Bol Of Sanit Panam* 10(3):196-219. 1989
14. Canino G, Bird HR, Shrout PE y colabs. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 44(8):727-35. (1987)
15. CCSS, Departamento de Estadística 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 C. CCSS. 1898
16. CCSS, Departamento de Estadística de los Servicios de Salud. Cuarta 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
17. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS, Ginebra, 1992
18. Almeida Filho N.A., Mari J.J., Coutinho E. y Colabs. Estudio multicentrico de morbilidad psiquiátrica en áreas urbanas brasileiras (Brasilia, Sao Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*. 14:93-104. 1992

19. Institute of Medicine. Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders. Meeting the Challenge in the Developing World. Washington, D.C. National Academy Press. 2001
20. Devilat, M, editor. La Epilepsia en Latinoamérica. Sociedad Chilena de Epilepsia/Asociación Chilena de Lucha contra la Epilepsia. Santiago. 2001
21. Brenes Chacón A, Reven Stiegler N y Brenes Antonini O. Algunos factores sociodemográficos y psicosociales asociados al intento de suicidio. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica. Documento mimeografiado. 1977
22. OMS Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra. 2002
23. Carcedo A y Sagot M. Femicidio en Costa Rica 1990-1999. Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud. San José. 2002
24. Hospital Nacional de Niños. Estadísticas Anuales 2003. Personas menores de edad afectadas de abuso atendidas en el CIENA. San José. Documento mimeografiado. 2003
25. US Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, US Public Health Service. 1999
26. Adis Castro G y Waisanen F. Lugar de residencia y actitudes hacia el enfermo mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 1967(11):536-544. 1965
27. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it?. The Lancet. 352(9133):1058-1059. 1998
28. Bejarano J y Ugalde F. Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional del 2000-2001. IAFA, 2003
29. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2002-2006. Ministerio de Salud. San José. 2003
30. Ministerio de Salud. Agenda Sanitaria Concertada, 2003-2006. Ministerio de Salud. 2003
31. CCSS. Nuevo modelo de atención en salud mental. Perfil de Proyecto. Departamento de Salud Mental. División Técnica de Servicios de Salud Gerencia Médica. CCSS. 2001
32. OMS. Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra, OMS. 1978
33. Ministerio De Salud Sistema de Evaluación de la Atención Integral en Salud en el Primer Nivel de Atención. Resultados de la Evaluación Sede EBAIS 2000-2001. Ministerio de Salud. 2002
34. Naciones Unidas. La protección de las personas con enfermedades mentales y la mejora de la atención de la salud mental. Resolución A/RES/46.119.de la Asamblea General. Ginebra, 1991
35. Asamblea Legislativa. Ley 7600 o Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en Costa Rica San José. Fundación Rehabilitación y Desarrollo. 1996.
36. CNREE/CCSS/ILANUD/OPS. Derechos humanos de las personas con enfermedad mental en el sistema de salud mental de Costa Rica. CCSS. 1997
37. Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. OMS. 2002
38. Red Interamericana de Ciencia y Tecnología. El estado de la ciencia: principales indicadores de ciencia y tecnología iberoamericanos/Interamericanos. Quilmes. 2000
39. Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. Costa Rica 2002. Ministerio de Salud/Caja Costarricense de Seguro Social/Organización Panamericana de la Salud. San José. 2002

Serie Análisis de Situación de Salud

1. **Situación de Salud. Costa Rica 2002**
2. **Indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?**
3. **Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis**
4. **Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica**
5. **Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica**
6. **Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos**
7. **Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica**
8. **Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional.**
9. **La violencia social en Costa Rica**
10. **Situación actual de la salud mental en Costa Rica**