



Estado del Arte de la Investigación en Salud Mental en Costa Rica

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

“GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL Y BIENESTAR”

INSTANCIAS PARTICIPANTES:

Escuela de Psicología Universidad de Costa Rica

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Escuela de Salud Pública

Centro de Investigaciones en Biología Celular y Molecular

Escuela de Biología

Escuela de Psicología Universidad Nacional

Ministerio de Salud

Estado del Arte de la Investigación en Salud Mental en Costa Rica

EQUIPO DE TRABAJO:

Bach. Rebeca Alvarado

Bach. Kimberly Molina Morales

M.Sc. Patricia Barquero Sanabria

M.Sc. María del Rocío Peinador Roldán

M.Sc. Patricia Garita Montero

Dra. Henriete Reventós Vorst

Licda. Mónica Hernández Campos

M.Sc. Gloriana Rodríguez Arauz

Dr. Mauricio Leandro Rojas

M.Sc. Zaida Salazar Mora

M.Sc. Jessica Mac Donald Quiceno

Dr. Jorge Sanabria León

Msc. Adriana Maroto Vargas

Bach. Gabriela Sotela Sánchez

Julio 2013



Tabla de contenido

SECCIÓN	PÁGINA
PRÓLOGO	3
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN COSTA RICA	10
CAPÍTULO II. DETERMINANTES SOCIOAMBIENTALES DE LA SALUD MENTAL	26
CAPÍTULO III. EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL EN COSTA RICA EN LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y SU RELACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN	41
CAPÍTULO IV. LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL Y SUS DESAFÍOS	61
CAPÍTULO V. ALGUNOS DERROTEROS POSIBLES PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL	82
EPÍLOGO	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

Prólogo

Con frecuencia escuchamos que la sociedad actual se encuentra en un estado de profunda crisis, que es compleja y multidimensional y que afecta a todos los aspectos de la vida. Pocos de nosotros y nosotras pensamos en los hilos conductores desde esa crisis estructural hasta las complejidades de la salud de los individuos.

Ante esa realidad de continua crisis y sus manifestaciones individuales o comunitarias, un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, dentro de las que se enmarcan la psicología, la biología, la psiquiatría, la medicina, la salud pública y la estadística, decidimos iniciar un programa de investigación para idear nuevos modos de comprender el problema de la Salud Mental y, en términos más amplios, del bienestar subjetivo y la calidad de vida. Buscamos nuevas formas de encarar viejos problemas.

A raíz de preocupaciones reales, tanto a nivel personal como intelectual, las personas involucradas en este nuevo programa trabajamos e investigamos en el campo del bienestar. Reconocemos que los problemas de Salud Mental generan sufrimiento, discapacidad y muerte, y sentimos la necesidad y responsabilidad de dar nuevas respuestas a estas problemáticas.

El “Grupo de investigación en Salud Mental y bienestar” es orquestado desde la Dirección de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica y se integran a él, formando una comunidad de investigación, otras instituciones gubernamentales, siendo la principal el Ministerio de Salud. Asimismo, participan profesionales del Instituto de Investigaciones Psicológicas, del Centro de Investigaciones en Biología Celular y Molecular, de las escuelas de Salud Pública y Biología, y personal académico de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional. Esta comunidad es apoyada y asesorada por profesionales con experticia en el tema, provenientes de Guatemala, México y Estados Unidos.

El grupo de investigación convoca periódicamente a instancias relacionadas con la salud, con el fin de tener una perspectiva nacional sobre la misma. Se ha propuesto como grandes metas insertar en la agenda nacional el tema de la Salud Mental como un problema de bienestar y felicidad, realizar investigación sobre este tema y presentar y dar a conocer los resultados de las investigaciones a la población en general, a las instancias públicas de toma de decisión y a la comunidad científica, para generar nuevos estudios y propuestas directas de promoción de la Salud Mental.

El equipo se ha caracterizado por mantener una agenda abierta a la investigación sobre el tema del bienestar, así como a diversos enfoques de investigación. No hay en el grupo una teoría o modelo que sea fundamental o superior, aprendemos mutuamente, con una actitud de comunicación y cooperación, y nos motiva un objetivo de bienestar social. Se parte del principio que el tema de Salud Mental es complejo, por consiguiente el grupo es abierto a nuevas temáticas, instituciones y epistemologías. Se evoca una sana tensión entre las similitudes y las diferencias, que lleva a puntos de convergencia como la preocupación por el bienestar social. En general se comprende que los más acuciantes problemas de la humanidad no pueden ser resueltos por una sola ciencia o disciplina. Solamente los conocimientos diversos y entrecruzados pueden contribuir a la calidad de vida.

A pesar de ello, existen grandes limitaciones económicas para desarrollar las investigaciones que se plantean con diferentes grupos a nivel nacional. El tema de los recursos ha generado muchas horas de dedicación y no siempre con el mejor resultado. Sin embargo, estos esfuerzos han permitido tener contacto con diversas instancias con las cuales se ha compartido la preocupación y el interés por tomar acciones en un tema de real importancia para el país.

Así, a pesar de las limitaciones, con los recursos obtenidos, los estudios se van realizando, la sistematización de información relevante avanza, los constructos implicados se organizan. Poco a poco. Día a día. Y esa labor rinde frutos como se



refleja en el presente libro. En éste aparecen varias perspectivas acerca del tema de la investigación en bienestar y calidad de vida.

Los capítulos del libro brindan, en conjunto, un panorama general del estado de la investigación en Salud Mental en Costa Rica. Presentan la contextualización histórica con los eventos más relevantes en la atención de la enfermedad mental. Se muestra la investigación desarrollada en el pasado y las necesidades y líneas de investigación para un futuro cercano, de cara a las políticas públicas en Salud Mental. Se reflexiona y analiza en el concepto de la Salud Mental hacia conceptos más comprensivos como bienestar o calidad de vida, y factores socioambientales asociados. Se aportan nuevos paradigmas y enfoques con el fin de comprender la Salud Mental no sólo desde sus dimensiones físicas y psicológicas, sino considerando sus manifestaciones sociales y culturales.

Esta experiencia de reflexión y discusión en el grupo de trabajo, tanto a lo interno del equipo como a lo externo, a través de foros y conferencias abiertas, ha permitido el cuestionamiento del mismo concepto de Salud Mental. Consideramos que Salud Mental y salud física comprenden una unidad indivisible, manifestada en bienestar, calidad de vida y felicidad. El marco de referencia va más allá del tradicional enfoque patogénico en enfermedad mental hacia a una visión integral de un modelo salutogénico que hace énfasis en los activos individuales y comunitarios necesarios para construir salud y bienestar, no únicamente en los déficits que producen la enfermedad.

Asimismo, al definir la Salud Mental partimos de que la enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales, ya que expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también denotan las condiciones sociales, económicas y culturales propias de la organización de toda sociedad. Por consiguiente, la salud es un asunto político, de atención pública. Creemos que lo mental en salud, debe ser una prioridad del Estado, estar reconocido como un problema de Salud Mental reflejado en sus políticas sociales, donde todas las personas tienen responsabilidad y tienen incidencia directa en potenciar o disminuir

su propio desarrollo y, por ende, el de sus grupos familiares, donde se engloban los determinantes de la salud.

Con el presente libro se busca llamar a la reflexión sobre nuestro conocimiento actual de la investigación en Salud Mental en Costa Rica. También se quiere promover un pensamiento innovador, pertinente y válido, que otorgue visibilidad y credibilidad a la problemática de la Salud Mental. Nuestro equipo busca pensar desde diferentes lugares y establecer nuevas descripciones de la naturaleza que nos rodea. Asimismo, buscamos visualizar el estado de la Salud Mental en nuestro país como un momento de retos para generar nuevas perspectivas y soluciones, en un mundo de sistemas complejos y dinámicos.

Las reflexiones vertidas en este libro implican un gran aporte en el desarrollo del bienestar psicológico en nuestro país. Agradezco a las y los autores y al equipo de investigación, en general, por este logro. Asimismo, esperamos que el presente libro motive a generar proyectos en este campo de vital importancia.

Zaida Salazar Mora, M.Sc.

Directora Escuela de Psicología

Universidad de Costa Rica

Introducción

La Salud Mental es una condición básica de la salud que da como resultado el desarrollo de actividades productivas, relaciones exitosas con otras personas, habilidad para adaptarse a los cambios y soportar la adversidad; esta condición es inherente al bienestar personal, familiar y social. En Costa Rica el tratamiento de la Salud Mental se ha centrado en la intervención hospitalaria, dejando de lado la promoción de la salud, el bienestar y la rehabilitación de aquellas personas que presentan padecimientos mentales. Asimismo, se ha tratado este tema como algo separado de la salud física, pese a que ambos son componentes del mismo constructo (Sáenz & Acuña, 2002).

En relación con la investigación y las políticas institucionales desarrolladas en torno al componente de Salud Mental, entidades como el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social han propuesto planes de acción basados en declaraciones internacionales, no obstante son pocas las investigaciones desarrolladas en nuestro país que proporcionen datos confiables, actualizados y representativos sobre la situación nacional en este tema.

El desarrollo del “Estado del arte en la Investigación de la Salud Mental en Costa Rica” nace como una iniciativa de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica en coordinación con el Instituto de Investigaciones Psicológicas y la Escuela de Salud Pública, ante la urgencia de conocer cómo se ha desarrollado este tema en el país. Este conocimiento unificado en lo concerniente a la Salud



Mental, permite visibilizar su desarrollo investigativo, el manejo que se ha dado a los recursos en torno a la temática, las limitaciones en su estudio así como la base para trazar futuras sendas de investigación. Es importante mencionar que durante el año 2012 estas unidades académicas además de la creación del estado del arte, desplegaron una serie de acciones cuyos objetivos fueron establecer lazos interinstitucionales, promover y gestionar el desarrollo de futuras investigaciones así como participar en la formulación de políticas públicas vinculadas con la Salud Mental.

El resultado de esta labor conjunta es una obra dividida en cinco capítulos: I. Construcción del concepto de Salud Mental en el país en las últimas dos décadas, II. Determinantes socioambientales de la Salud Mental, III. Historia de la Salud Mental en Costa Rica, IV. Epidemiología de la Salud Mental y sus desafíos, y finalmente V. Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental.

El primer capítulo contiene una reseña histórica-conceptual sobre la evolución del término Salud Mental en las últimas dos décadas en Costa Rica. Expone sus antecedentes históricos a nivel internacional y nacional así como las bases epistemológicas que contribuyen en la construcción y operacionalización de lo mental en Salud Mental.

El segundo capítulo profundiza el tema de los determinantes Salud Mental desde el Modelo Salutogénico de Antonovsky. Este modelo enfatiza los factores individuales y comunitarios requeridos para construir salud y bienestar, desde un enfoque de salud positivo. Además, el capítulo realiza una descripción detallada de los elementos Salud Mental protectores o de vulnerabilidad en la población costarricense.

El tercer capítulo por su parte expone en detalle los estudios emblemáticos en el tema de Salud Mental realizados en nuestro país, además presenta un recorrido histórico sobre el desarrollo de la Salud Mental a nivel investigativo y de intervención. Por otra parte, destaca los compromisos asumidos en materia de derechos humanos y políticas públicas existentes, así como la necesidad de generar conocimiento a

través de investigaciones, en específico de tipo epidemiológico para identificar el estado de la Salud Mental en Costa Rica. Finalmente presenta una serie de recomendaciones de alto valor para la integración en política y Salud Mental.

En el cuarto capítulo se ahonda en el tema de la epidemiología y la importancia del desarrollo de este tipo de estudios en el tema de la prestación de servicios médicos, atención y prevención. Las autoras llevan a cabo una revisión de los estudios realizados en América Latina para el abordaje del tema Salud Mental y los alcances que dichas investigaciones han tenido. Asimismo realizan algunas reflexiones críticas en torno a los desafíos que se presentan a nivel internacional y nacional para avanzar en el desarrollo de estudios epidemiológicos en un campo complejo como es la Salud Mental; esto desde un abordaje metodológico alternativo.

Para concluir, el quinto capítulo presenta un análisis de la importancia del abordaje de la Salud Mental, no solo desde la atención primaria, sino desde la intervención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto, específicamente para grupos vulnerables como poblaciones rurales, menores de edad, migrantes, mujeres, personas con alguna discapacidad, entre otros. Además, detalla la complejidad del fenómeno de la Salud Mental, el cual entreteje factores biológicos, sociales y culturales. Finalmente, resalta la necesidad de intervenciones complejas e investigaciones que tomen en cuenta las particularidades de cada grupo humano.

Este estudio resalta la importancia de invertir en Salud Mental para maximizar el bienestar del individuo, sus familias y la sociedad en general. Asimismo subraya la necesidad de gestionar y cumplir con los compromisos asumidos en materia de derechos humanos y Salud Mental en nuestro país.

En su conjunto, esta publicación brinda un panorama bastante completo sobre los avances, limitaciones y desafíos de la investigación en Salud Mental, la cual debido a su complejidad amerita un abordaje interdisciplinario.

Capítulo I. Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica

M.Sc. Patricia María Garita Montero y
Bach. Kimberly Molina Morales

Lo mental en salud es inevitablemente multidimensional, con alcances y relevancia amplia, en este contexto es de suma importancia entender los diferentes elementos que intervienen y lograr la congruencia de estos en la disquisición de su conceptualización.

Por ello, diversos autores exponen, que resulta una tarea difícil desarrollar una conceptualización de Salud Mental, sobretodo porque la salud es un producto social, donde las personas como seres integrales están en constante interrelación con su contexto o ambiente, y no una sumatoria de sus partes.

Asimismo, trabajar la construcción de un concepto de Salud Mental debe evitar caer en la fragmentación que por décadas se ha desarrollado entre lo biológico, lo físico, lo social, lo ambiental y lo mental. Esto es parte de algunas de las interrogantes mediatas que se presentan cuando se incursiona en este campo de la investigación.

El capítulo presenta la conceptualización de Salud Mental trabajada durante las dos últimas décadas en Costa Rica, con el objetivo de analizar los principales elementos que constituyen su definición conceptual y operacional. La construcción de este análisis se realizó a través de revisión documental y bibliográfica, junto con la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas realizadas a personas expertas que trabajan en este campo de la salud.

El tema se explica básicamente en aspectos fundamentales como el antecedente histórico que se ha desarrollado en el campo de la Salud Mental (a nivel internacional y nacional), la conceptualización de Salud Mental que refiere países como Argentina, Colombia, México y Costa Rica; y las bases epistemológicas que contribuyen en la construcción de la definición conceptual y operacional de lo mental en Salud Mental.

Las bases de datos utilizadas son de las instituciones: Universidad de Costa Rica, BINASSS (Caja Costarricense de Seguro Social), Universidad Estatal a Distancia, Universidad Nacional, Hospital Nacional Psiquiátrico. En total se recopilan 213 registros con la combinación de las diferentes palabras clave. Los criterios empleados en la selección de la literatura fueron: autor, año, título, intervención en el concepto salud mental, resultados-conclusiones y hallazgos.

A continuación se presenta un acápite con las principales tendencias construidas en salud mental, las cuales se exponen a nivel internacional como nacional.

Tendencias históricas sobre la conceptualización de la Salud Mental

El esfuerzo realizado por la comunidad científica, académicos, y entidades internacionales para definir Salud Mental en estas dos últimas décadas ha significado un trabajo complejo. Este desarrollo conceptual se ha construido acorde a la evolución de nuestra sociedad, donde sobresalen paradigmas, modelos, instituciones y colectividades sociales que lo definen según las áreas del conocimiento y especialización.

Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica

Durante el siglo XIX, se crean manicomios llamados también hospitales mentales públicos, impulsados por ideas de cambio sobre causa y curación de la locura, lo que conlleva a la institucionalización como parte de la primera modalidad de tratamiento del enfermo mental.

En los años cincuenta, se presenta un nuevo impulso de reforma (*Child Guidance Movement*), integrando la conceptualización de higiene mental, surgiendo así, nuevos enfoques, paradigmas y tratamientos.

En el contexto internacional, parte de la base histórica que se anota, describe en alguna medida que el concepto de Salud Mental es delimitado como disciplina y/o como campo de la salud. Como parte de la historia, en la definición de Salud Mental, se anotan algunas de las bases de su evolución, según los aportes de Bertolote (2008). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Reseña histórica conceptualización Salud Mental

Año	Conceptualización
1843	En este año se hace referencia al concepto de " <i>higiene mental</i> ", presentado por primera vez en la bibliografía inglesa, en el libro titulado <i>Mental hygiene or an examination of the intellect and passions designed to illustrate their influence on health and duration of life</i> .
1849	Se incluye como objetivo de la salud pública " <i>desarrollo mental y físico sano del ciudadano</i> ", en el borrador de ley presentado a la Sociedad Berlinesa de Médicos y Cirujanos.
1908	Movimiento de higiene mental atribuible a Clifford Beers en Estados Unidos, quien fundó el Comité Nacional de Higiene Mental y adelantó la campaña por los derechos de los enfermos mentales.
1909	Creación de la <i>Comisión Nacional de Higiene Mental</i>
1948	Se crea la Organización Mundial de la Salud. Se realiza el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres.
1950	El Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS definen: "Higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental." "Salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico."

Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica

El desarrollo de la concepción de Salud Mental inicia bajo el pensamiento de higiene mental, reforzado por Clifford Beers, con el lanzamiento de su libro *A mind that found itself*: Asimismo, se entrecruza con el concepto de Salud Mental y se genera escasa delimitación entre ambos conceptos, hasta que en 1950, el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, establece la separación del concepto higiene mental y Salud Mental. Sin embargo, esto no asegura que los términos sean utilizados con una distinción conceptual clara, como lo acota Bertolote (2008) "...a lo largo de las conferencias se aprecia cómo se utilizan indistintamente los términos de higiene y salud, con el adjetivo mental...sin ninguna distinción conceptual clara" (p. 114).

Asimismo Robert Kohn et al. (2005) señalan que a inicios de los años sesenta empieza el replanteamiento de la prestación de los servicios de Salud Mental en América Latina y el Caribe, esto con la influencia del movimiento de psiquiatría comunitaria en los Estados Unidos de América, tomando en cuenta las experiencias de Europa y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así, a partir de la década de los setenta se promueve el trabajo en Salud Mental desde la perspectiva de la Salud Mental.

Como parte del análisis del concepto de Salud Mental, se toman en cuenta los estándares que definen la Organización Mundial de la Salud (OMS) y países latinoamericanos como Argentina, Colombia, México, que avanzan en la epistemología de lo mental en la Salud Mental, representado en su legislación y políticas de Salud Mental.

Contexto internacional

Para comprender ampliamente el tema de Salud Mental, es necesario revisar el trabajo realizado por países y entidades que han profundizado en esta temática y tienen amplia trayectoria y experiencia. Por ejemplo la organización Mundial de la Salud es un referente a nivel mundial para la comprensión del concepto de Salud Mental. Así como Argentina, Colombia y México por sus avances en la elaboración y ejecución de políticas públicas en esta materia.

La Organización Mundial de la Salud (2004) define salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (p. 14), por lo que la salud mental es definitivamente una parte integral de esta definición.

Asimismo, la Salud Mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Tanto la Salud Mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica, de la misma forma en que lo están la salud y la enfermedad en general.

El Informe sobre la Salud en el mundo “Salud Mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas” (2001) expone que:

...las distintas culturas y estudiosos han definido de formas diferentes la Salud Mental, y que además, desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva, y admite que el concepto de Salud Mental es más que la ausencia de trastornos mentales (p. 5).

Se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades en relación con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Además, el Informe Invertir en Salud Mental (2004), acota que:

La Salud Mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos, comunidades, y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Los conceptos incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Aunado expone que la Salud Mental, la física y la social están íntimamente imbricadas, y que es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones (p. 7).

Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica

A continuación se presenta la conceptualización de Salud Mental que se ha desarrollado en Argentina, Colombia y México. El aporte de estas naciones en el tema es clara, en tanto Argentina y México (Distrito Federal) cuentan con leyes en Salud Mental, mientras Colombia posee políticas en este campo de la Salud Mental, todas recientes tanto en su revisión, actualización y publicación, como herramientas orientadoras en el manejo de este tema.

En Argentina, De Lellis (2006) presenta el cuestionamiento: ¿qué involucra la Salud Mental?, ¿qué enfermedades corresponden a la Salud Mental?, y la respuesta, tal vez, podría ser las del psiquismo o las mentales (que sería una tautología) y podría aparecer una respuesta que flota en el ambiente cultural, desde la época de Descartes, con una forma cercana a las del alma.

Por ello, llama a la reflexión sobre el concepto de salud mental, porque no hay manifestación del proceso de salud que pueda ser no mental en su etiología, en su evolución y en su desenlace. Al respecto De Lellis señala las investigaciones de Maturana y Varela que exponen que la mente no es una cosa, sino un proceso: el proceso de cognición, que se identifica con el proceso de la vida.

Además, De Lellis (2006) señala que los conceptos de lo mental, Salud Mental, enfermedad mental y algunas otras formas en que el vocablo mental es usado en nuestra época, en medios académicos y en ámbitos profesionales de la salud, denota frecuentes formas subyacentes de un dualismo cartesiano que resultan anacrónicas a la luz de los avances planteados en el terreno del conocimiento científico. De acuerdo con estos autores el sostener aún ese dualismo cartesiano que propone la diferenciación operativa entre lo mental y lo orgánico lleva a adoptar una posición, que conduce a la fragmentación de las acciones en salud, y a sesgos burocráticos que terminan por retacear el campo de acción. Postulan que el concepto y la denominación correcta no es la de Salud Mental, pues así utilizado el concepto estaría designando un servicio hospitalario o sanatorial o una concepción cartesiana de lo humano científicamente perimida, sino la concepción

de lo **mental en la salud**. Formulado de esta manera, se abren mayores posibilidades para detallar, fundamentar los espacios y problemáticas del proceso salud.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación de Argentina, promulgan en su Ley Nacional de Salud Mental en el artículo 3 la definición de Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Boletín Oficial de la República Argentina, 2010)

Colombia, en su Política Nacional en el campo de la Salud Mental (2007) anota:

La Salud Mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos (p.15)

También refiere que la Salud Mental es un campo complejo, porque integra diferentes formas de bienestar o malestar emocional y de relación con las personas. Toma en cuenta el término “mentalidad” que según los diccionarios significa, además de actividad o capacidad mental, modo de pensar que caracteriza a una persona, a un pueblo, a una generación; como parte de la complejidad del campo de la Salud Mental de las personas.

La conceptualización que desarrollan en la Política del Campo Salud Mental, además integra elementos como los que se ilustran en la Figura 1.

Figura 1. Elementos integrados en la Política del Campo de Salud Mental



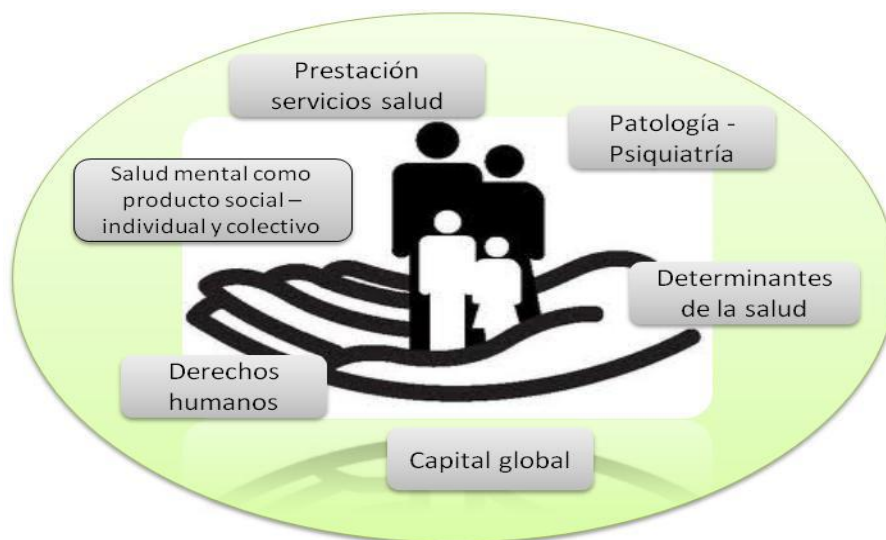
Por su parte, México postula en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal en el artículo 2:

La Salud Mental, se define como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

En el artículo 3: anota que toda persona que habite o transite en el Distrito Federal, tiene derecho a la salud mental. Aunado en el capítulo II, artículo 12: asienta que se consideran trastornos mentales en particular, aquellas afecciones psicopatológicas que presentan las personas y que requieren una atención prioritaria derivado del grado de peligrosidad para la vida del paciente, de terceros o de la propiedad.

Dentro de los principales elementos que se acotan en la legislación y políticas de la OMS, Argentina, Colombia y México sobresalen los elementos que se muestran en la Figura 2.

Figura 2. Principales elementos que conforman el concepto de Salud Mental



De acuerdo con los planteamientos de la OMS y estos países la conceptualización de Salud Mental es transversal por una serie de factores del contexto y la persona, por ello lo difícil de tener uniformidad en su definición.

Como lo expone Guinsberg (1990) la definición o conceptualización de la Salud Mental es muy compleja y polivalente, e incluso apunta, como algunos autores la consideran imposible de definir. Su complejidad se debe a que en ella interviene múltiples aspectos, e inciden cualitativamente todas las expresiones sociales. Según este autor, la Salud Mental es un asunto de tipo transdisciplinario, que expresaría la síntesis más alta de todos los factores que actúan en y sobre el ser humano.

En Costa Rica como parte de la historia en la construcción del aserto de Salud Mental se presenta el fenómeno de la coexistencia de diferentes elementos o variables conceptuales utilizadas en la comprensión y explicación de la génesis de lo mental en la salud, lo que ha generado un conjunto de nociones y conocimientos propios del momento histórico; y esto conlleva a múltiples significaciones y contradicciones en el desarrollo del concepto de Salud Mental.

Algunos de los principales hallazgos encontrados, sobre al concepto de Salud Mental se exponen a continuación.

Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica

Salud Mental implica no solo valorar problemas que indiquen presencia o ausencia de trastornos, es considerar una multiplicidad de factores, porque la determinación de la patología es lo último que debe hacerse más bien que lo primero (Mariategui & Castro, 1970).

Martínez (1985) indica que el concepto de Salud Mental es sumamente complejo, no significa meramente la ausencia de enfermedad, sino que implica la interrelación de factores entrecruzados cuyo resultado es el “equilibrio” y “armonía” de la personalidad consigo misma y con su medio, la capacidad de elaborar respuestas adaptativas así como creativas a las diferentes situaciones que configuran su vida.

Rodríguez (1986) resalta que es muy difícil definir lo que es Salud Mental, ya que su enfoque depende de las orientaciones o ideologías de quien elabora el concepto.

Macanche (1991) anota que Salud Mental, al igual que la salud física, es una manifestación ecológica de la relación individuo – ambiente; no es una condición estática, sino que está sujeta a variaciones e influida por factores biológicos como ambientales: sociales, físicos, económicos y culturales. Las autoras Martínez, Rodríguez y Macanche exponen que el concepto de salud mental entrelaza la relación persona-contexto, equilibrio-armonía y se asienta en su complejidad para la elaborar su definición, como proceso de continua interrelación.

Castro (1992) expuso que el campo de la salud mental es un fenómeno de estudio sumamente complejo; debido al hecho de que la definición social y técnica de lo que es enfermedad, o un problema de salud mental, no necesariamente coinciden. Donde es esencial el papel que desempeña las expectativas culturales, así como la conducta que puede reflejar la existencia de problemas.

Mariategui (1988), expone la existencia de un deslinde del ámbito conceptual de salud mental en nuestro medio que debe superar ambigüedades del término y situarse en una línea pragmática, ajena a la controversia, exenta de alguna corriente doctrinaria predominante. Involucra por tanto, el llamado concepto “positivo” de salud mental, que comprende promoción de la salud.

El informe de la Situación Actual de la Salud Mental en Costa Rica (2001), registra la inexistencia de una definición unívoca de salud mental. Las diferentes definiciones propuestas están sesgadas por la cultura y el medio social de quien los formula, los valores vigentes, los usos y costumbres prevalecientes e inclusive las características socioeconómicas de la sociedad donde se originan.

El Plan de Atención a la Salud de las Personas de la Caja Costarricense de Seguro Social 2001-2006 retoma la conceptualización que se manifiesta en el Análisis Sectorial de Salud Costa Rica; donde se acota la Salud Mental como proceso indispensable para el bienestar personal, las relaciones interpersonales, familiares y colectivas, así como su contribución en el desarrollo de la sociedad y la comunidad.

La Agenda Sanitaria Concertada del periodo 2002-2006, promulga el enfoque desde la salud mental desde la promoción y la atención de la Salud Mental en forma integral, con énfasis en la violencia social, se puntualizó primordialmente en la prestación de servicios de salud mental y en la patología; convergiendo en un enfoque de salud-enfermedad.

El Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica, realizado en el año 2002, define salud mental como una condición básica de salud y como el proceso de desempeño satisfactorio de las funciones mentales, que da como resultado, actividades productivas, desarrollo de relaciones exitosas con otras personas, habilidad para adaptarse a los cambios y soportar la adversidad. Este proceso conlleva al bienestar personal y grupal, al bienestar de la familia y a contribuir positivamente en la comunidad y en la sociedad. Aunado la interacción con factores biológicos, genéticos, sociales, culturales, económicos y ambientales, por tanto un proceso dinámico de “construcción social”. Este análisis fue la base en el desarrollo de la

Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica

Agenda Concertada 2002-2006, la política de salud mental que se operacionalizó en el plan nacional de salud mental 2004-2010.

Desde la tradición psiquiátrica, el interés se ha centrado en la enfermedad mental más que en la salud, predomina una visión positivista que reconoce solo aquello que es medible y comprobable. Se dedica gran parte de su esfuerzo a la sistematización de las patologías, que implica descripción, diferenciación y clasificación de enfermedades mentales; desde esta lógica, el abordaje de la salud mental se reduce al nivel individual y su medicalización.

El Plan Nacional de Salud Mental de Costa Rica 2004-2010 expone, definir salud mental no es tarea fácil; sin embargo, señala que las diferentes culturas y sociedades la han definido de diversas formas según las costumbres, creencias, mitos, valores y características socioeconómicas vigentes. Por lo tanto, es la relación con la vida diaria, construida en la cotidianidad, donde media un complejo proceso de interacciones con los determinantes de salud que aumentan o disminuyen las oportunidades de desarrollo a lo largo de la vida, como una función integradora entre las personas y su entorno.

Actualmente Costa Rica, define en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 salud mental como:

un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente (p.35).

En resumen, los aportes de los diferentes autores consultados conlleva a preguntarse ¿la definición de lo mental en la salud pública, debe comprender e integrar la complejidad del contexto en que se desarrollan las personas, y además, tomar en cuenta la relación entre necesidad, demanda, oferta, política, gerencia y gestión?

Entonces, proponer una conceptualización de lo mental en la salud conduce a mostrar un punto ciego en torno a la visualización y la capacidad explicativa de las formas actuales que adquieren los procesos de salud como producto social; con la comprensión del papel central de los factores culturales, ambientales, biológicos, sociales e institucionales en la producción de la Salud Mental.

Aunado a ello, en la definición del concepto de Salud Mental, uno de los fundamentos del conocimiento científico es la posibilidad de dividir el mundo real en cajas, a estas cajas se le da el nombre de disciplinas. La visión de una realidad compartimentada y sobre todo la imposibilidad de comunicación de los campos del conocimiento, logra que el conocimiento generado se vuelva cada vez más verdadero en su especialidad y cada vez más falso en su totalidad. Por ello, trabajar lo mental en la salud, debe tener presente que es una cohesión de diferentes saberes, que pueden ser: Economía, espiritualidad, , cultura, política entre otros más (Sáenz & Acuña, 2002).

Conclusiones

La conceptualización de Salud Mental en Costa Rica, se caracteriza por una visión médica, hospitalocéntrica, alopática y centrada en la enfermedad, desarrollada bajo un modelo o paradigma clásico de la ciencia, donde el conocimiento y la experiencia han sufrido fragmentación y especialización siguiendo normas y los métodos de relación; paradigmas epistemológicos superados por la complejidad de la realidad y los fenómenos actuales, que requieren de un enfoque más integral.

Se evidencia que elaborar la conceptualización de Salud Mental siempre va a estar permeada por los objetivos que persiguen los actores sociales en la definición de sus actuaciones, sea como: individuos, profesionales, comunidad, sociedad, cultura, religión, instituciones, ambiente; lo que repercute en la visión que se tiene de su naturaleza y causa, y además define la intervención más apropiada desde un contexto particular o colectivo.

Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica

Por ello, lo difícil de realizar una definición de Salud Mental, sin embargo es muy importante tener presente variables o componentes trascendentales en su definición, tales como:

- La Salud Mental es un producto social. Un bien personal y social.
- Es un derecho; donde hay dependencia mutua entre derechos individuales y Salud Mental.
- Siempre existe relación directa o indirecta con los determinantes de la salud (biológicos, sociales, ambientales, prestación de servicios salud y económicos).
- Puede haber presencia o ausencia de enfermedad mental.
- Identifica el significado de la realidad en la cual las personas se desarrollan individual o colectivamente.
- No es una disociación entre lo mental y corporal.
- Es una libertad fundamental (esencial en el desarrollo del capital global de nuestra sociedad).
- Requiere de la interdisciplinariedad, necesaria para no caer en la fragmentación.

Lo mental en la salud de las personas, es complejo, multidimensional, contextual, y de un continuo proceso de equilibrio, donde confluye lo individual y social; por ello, no es posible que haya una receta para definir explícitamente que es Salud Mental, pero si es importante tener presente que al ser la salud un producto social, no se puede disociar lo mental de ésta en la construcción o definición del concepto, se puede decir **si hay salud hay Salud Mental**.

Lo mental en salud, debe ser una prioridad del Estado, estar reconocido como un problema de Salud Mental reflejada en sus políticas sociales, donde todas las personas tienen responsabilidad y tiene incidencia directa en potenciar o disminuir su desarrollo y por ende de sus grupos familiares; donde se engloba los determinantes de la salud.

Se hace necesario contar con investigación más detallada que fortalezca lo mental en la salud y sobretodo que se desarrollen estudios epidemiológicos periódicos que incidan en la construcción y evolución de lo mental en la toma de decisiones de este campo de la Salud Mental.

Para una mejor comprensión de la conceptualización de Salud Mental se hace necesario desarrollar investigación más a fondo sobre los factores que le influyen, desafío complejo que requiere de revisión y actualización constante.

En Salud Mental es importante que desde los ámbitos académicos y científicos se revalore o redimensione las bases epistemológicas que le sustentan y justifican, que requiere de la interdisciplinariedad y del diálogo para afrontar los problemas de segmentación que impide la percepción de la totalidad, y buscar la cohesión de los diferentes saberes tales como: Salud Pública, Política, Psicología, Derecho, entre otros.

En la construcción del concepto Salud Mental además, se debe tener presente que la salud se rige por los determinantes de la salud, que son multifactoriales, en los cuales el mayor peso está en los factores sociales.

Capítulo II. Determinantes socioambientales de la Salud Mental

M.Sc. Patricia Barquero Sanabria,
Dr. Mauricio Leandro Rojas y
Bach. Gabriela Sotela Sánchez

Introducción: Un cambio de paradigma en Salud Mental

La imposición del modelo patogénico tradicional en el campo de la Salud Mental ha limitado la posibilidad de comprender interesantes interacciones ambiente-Salud Mental las cuales podrían contribuir no solo a explicar por qué la gente logra resistir la enfermedad sino también a plantear estrategias de intervención a nivel comunal y nacional para promover la Salud Mental.

El modelo salutogénico en Salud Mental dio inicio a partir de los años 70 con el objetivo de explicar la relación existente entre los factores que conforman la base de la resiliencia humana. Dicho modelo hace énfasis en los activos individuales y comunitarios necesarios para construir salud y bienestar, no en los déficits que producen la enfermedad. El modelo se centra principalmente en el mantenimiento y

realce del bienestar, ayudando a las personas a moverse en dirección de la salud positiva. Las preguntas orientadoras del modelo son simples: “¿Por qué las personas se mantienen saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales? ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades y eventos traumáticos? ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?” (Rivera, Ramos, Rodríguez, & Hernán, 2011, p. 130). El modelo salutogénico rechaza la hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos y se apoya en la posibilidad de que tales factores puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas. Tal aprovechamiento dependerá de las capacidades de las personas y las comunidades para detectar las oportunidades y desarrollarlas. El paradigma salutogénico vio la luz formalmente en 1992 durante un seminario celebrado por la Organización Mundial de la Salud en Copenhague. Aaron Antonovsky, gestor del paradigma presentó su modelo y el mismo se adoptó como un paradigma viable en la investigación y en la práctica en Promoción de la Salud (Rivera et al., 2011).

El paradigma salutogénico demanda aprender un nuevo lenguaje para construir desde cero el concepto de *Salud Mental*. Categorías como depresión, hospitalización, tratamiento o cura dan paso, bajo el nuevo paradigma, a otras clases conceptuales radicalmente distintas tales como sentido de coherencia, participación comunitaria, vida activa, espacio público y cooperación. Puede decirse que el enfoque salutogénico es inherente a una aproximación socioambiental a la Salud Mental en tanto su heurística tiende a un estado de bienestar y armonía integral, no al combate de la enfermedad. El nuevo enfoque refresca la investigación, acción y, en general, la proyección individual hacia el entorno determinante de la Salud Mental, complementando al tradicional enfoque patogénico, centrado principalmente en el individuo y sus síntomas. Naturalmente, el enfoque salutogénico comporta la dificultad de definir con claridad cuáles son los parámetros e indicadores de tal estado de bienestar o armonía.

Revisión de literatura

La revisión de experiencias a nivel mundial marca acuerdo en una serie de cualidades de espacios y comunidades que están asociados positivamente con Salud Mental (Herrman, Saxena, & Moodie, 2005), lo mismo se puede decir de espacios que comportan coherencia entre sus elementos (PPS, 2008) para generar bienestar psíquico. Los lugares vibrantes, positivos y llenos de salud involucran un acceso justo y pleno al espacio, así como redes sociales capaces de cuidar de dichos espacios para mantenerlos en un nivel óptimo de producción de Salud Mental. Se ha determinado que la confianza y la cohesión social, dos componentes cruciales del capital social, están asociados con altos indicadores de Salud Mental (Araya et al., 2006).

La cantidad de cobertura vegetal en ciudades no solamente debe ser considerada en los modelos de secuestro de carbono sino también en los de producción de Salud Mental. Interacciones cotidianas con el entorno “verde” tales como ver escenas de naturaleza o estar en parques urbanos ayudan a reducir la ansiedad y facilitan el proceso de recuperación de tratamientos (Maller, Townsend, Pryor, Brown, & St Leger, 2006). El valor salutogénico de los entornos con alto contenido de “verde” ha sido establecido hace tiempo ya que tales entornos pueden proteger la Salud Mental al reducir la fatiga cognitiva y restituir la energía consumida por el estrés (Kaplan & Kaplan, 2011). Un estudio en particular encontró que quienes reportaron su vecindario como altamente “verde” (alta densidad de vegetación), tuvieron 1.37 a 1.60 más ocasiones de contar con buena salud física y mental al ser comparados con quienes reportaron su vecindario como poco verde (Sugiyama, Leslie, Giles-Corti, & Owen, 2008). El mismo estudio determinó que el caminar por recreación y la coherencia social están asociados con mejor desempeño de salud general. Para el caso de Costa Rica, los esfuerzos de protección de áreas silvestres, así como los planes de reforestación urbana irían en el sentido adecuado en términos de proporcionar suficiente entorno verde a las actividades humanas.

El diseño de entornos saludables con bajo impacto ambiental incide en la Salud Mental de los y las habitantes. Evidencia de esto puede encontrarse en los sistemas de movilidad humana. Se ha encontrado que los conductores que deben desplazarse largas distancias a sus lugares de trabajo tienden a presentar niveles significativamente más altos de presión sanguínea y además reportan sentirse "tensos" o "nerviosos" con mayor frecuencia que quienes se desplazan distancias cortas o utilizan el bus o viajan a pie (Novaco, 1979; Stokols, 1978).

Tradicionalmente, la generación de ambientes saludables ha sido invisibilizada por el estudio de condiciones sociales adversas bajo el supuesto de que una vez solventadas permitan alcanzar el bienestar psicológico. La Organización Panamericana de la Salud (2003) apunta a la existencia de determinantes sociales en salud e incluso el modelo salutogénico de Antonovsky resalta la importancia de los llamados Recursos Generales de Resistencia los cuales son:

Factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida (Rivera et al., 2011, p. 131).

En relación con esto último, el apoyo social también ha sido ampliamente estudiado como un determinante de salud. El hecho de que las personas se sientan apoyadas o solamente perciban ese apoyo contribuye significativamente a un mayor bienestar, tanto físico como psicológico (Berkman, 1995). Los espacios públicos facilitan un contacto social frecuente, enriquecedor y diverso. El entorno construido puede facilitar el contacto o por el contrario convertirse en un obstáculo para el mismo, como lo es un entorno lleno de calles repletas de autos y ruido.

En relación con el gradiente social, o las circunstancias sociales y económicas diferenciadas que afectan la vida de las personas, un cuerpo robusto de investigación ha comprobado que las personas de ingresos económicos más altos

Determinantes socioambientales de la Salud Mental

presentan mejores indicadores de salud general que las personas de menores ingresos (Adler & Snibbe, 2003). Las personas con menor ingreso tienden a habitar en ambientes empobrecidos, lo cual las vulnerabiliza ante el estrés crónico ya que existe más exposición al crimen, problemas de transporte y lugares de recreación deficientes, entre otros (Carroll & Sheffield, 1998).

Desde el paradigma patogénico, el estrés elevado se asocia con niveles elevados de ansiedad e inseguridad, así como una percepción de falta de recursos necesarios para enfrentar las condiciones amenazantes. Dicha característica es particularmente relevante en relación con las personas de edad avanzada (Douglas, 1980). Por otro lado, desde la evidencia salutogénica se ha comprobado que las personas estresadas tienden a incorporar en sus estilos de vida conductas saludables con más frecuencia que personas no estresadas. La incorporación de tales conductas tienen un posterior impacto protector en el bienestar psicológico (Armeli, Gunthert, & Cohen, 2001).

El poseer un empleo digno que garantice estabilidad se ha descrito como un determinante importante de la salud en general. También se ha demostrado que la inseguridad laboral incrementa los efectos adversos en la Salud Mental (particularmente ansiedad y depresión) y aumenta las enfermedades físicas, en especial las enfermedades cardíacas (Burchell, 1994).

A partir de múltiples estudios longitudinales, se han logrado identificar tres variables clave a la hora de diseñar intervenciones eficaces y llevar a cabo acciones políticas específicas para modificar los sistemas de salud. Estas son: las condiciones sociales, las condiciones ambientales y las condiciones del comportamiento. Es de gran importancia identificar la dinámica existente entre éstas y tomar en cuenta los contextos en las que se desarrollan (Berkman 2009). Que un individuo disfrute de un estado de salud psíquica o bien, que sea afligido por trastornos mentales y del comportamiento, va a ser el resultado de la combinación de una gran cantidad de factores biológicos, sociales y ambientales (Echeverri, 2010). Entre estos factores se

pueden encontrar rasgos genéticos y hereditarios, así como las condiciones ambientales y la experiencia.

En busca de evidencia sobre los determinantes socioambientales de la Salud Mental

Para efectos de este capítulo, se consideran determinantes ambientales los elementos y recursos, tanto del ambiente en general como del hábitat humano en específico, que afectan de manera significativa el estado de salud de la población.

Se han identificado múltiples factores que se asocian con la enfermedad mental y la carencia de salud en general. Entre estos se encuentran falta de acceso a la cobertura de necesidades básicas, sobrepoblación, estrés en la vida cotidiana, condiciones adversas de trabajo, pobreza, marginación, miseria, precarización de las condiciones de vida y de trabajo, entre otros. La presencia en cantidad y calidad de los mismos, son considerados como elementos potenciadores de enfermedad mental (Macanche, González, & Cruz, 2004). De esta manera, es importante aclarar cómo el ambiente como contexto adecuado es un factor protector de la salud en general, mientras que las alteraciones del mismo como la desorganización social, la falta de apoyo psicosocial, los hábitos de vida, la contaminación ambiental, y la no utilización de los servicios de salud (Echeverri, 2010) suelen convertirse en factores de riesgo para la salud.

A continuación, se profundizará en los mencionados factores ambientales, haciendo énfasis principalmente en el uso del suelo y planificación territorial, vivienda, agua, gestión integral de los residuos sólidos, y ruido.

Al tratar de conocer la situación del ambiente como determinante de la Salud Mental nos encontramos con dos dificultades: si bien los estudios de epidemiología ambiental son pocos, los que relacionan las condiciones ambientales con la Salud Mental prácticamente no existen. Ante tales dificultades decidimos revisar la situación de Costa Rica en materia ambiental a nivel general y tratar de precisar algunas relaciones. Aquí surgió una nueva dificultad, no contar con un adecuado

sistema de información, pues ésta se encuentra dispersa en diferentes entidades y en muchas ocasiones no es de fácil acceso.

Una de las acciones en el medio ambiente debería orientarse a vigilar cuidadosamente la exposición ambiental a los agentes contaminantes y sus consecuencias en la salud tanto física como mental, mediante el desarrollo de los indicadores pertinentes.

A continuación se describen algunos aspectos del entorno cuya relación con el componente de salud (o enfermedad) está sustentada por investigaciones a nivel internacional.

Uso del suelo y planificación territorial

La forma en que se ha urbanizado el país y los efectos ambientales que ello plantea, hacen urgente la tarea de ordenar el uso del territorio. Cerca del 60% de la población nacional se asienta en la GAM, que abarca el 3,8% del territorio y ocupa en la actualidad una parte de la zona de protección, fuera del llamado anillo de contención (Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible, 2011). Una buena parte de los territorios ocupados por asentamientos humanos y localizados en el límite de las áreas de planificación son vulnerables a eventos catastróficos como deslizamientos, inundaciones y fallas geológicas activas. Aunque existían zonas con mayor potencial, se construyeron urbanizaciones en áreas de muy alta fragilidad ambiental. En Costa Rica hay una coincidencia en el desarrollo de zonas urbanas con los sitios donde se concentran factores de amenaza. En estas zonas la exclusión social, normalmente referida al ámbito político, es también una exclusión geográfica, una presión demográfica que alimenta la tendencia a que los más pobres se ubiquen en los sitios más inseguros, bajo condiciones de hacinamiento y deficiencias en la dotación de servicios e infraestructura (Ministerio de Salud, 2010). Del 2007 al 2009 se generaron por parte de la Comisión Nacional de Emergencia 13 decretos de Declaratoria de Emergencia. Estas declaratorias fueron debidas a siete eventos por inundaciones y deslizamientos, uno por dengue, uno por sequía, dos por vendavales e inundaciones y el terremoto de Cinchona. En seis de ellos se pudo

evidenciar que afectó a 593.265 personas, con 39 defunciones, de las cuales 31 fueron provocadas por el terremoto de Cinchona (Ministerio de Salud, 2010).

Según el Informe Estado de la Nación (2010), la falta de ordenamiento territorial continuó generando vulnerabilidades graves, entre ellas altos niveles de riesgo de desastre, con sus consecuencias a nivel de la infraestructura especialmente a en las poblaciones más pobres, reportándose la tercera mayor cifra de muertes por esta causa en cuarenta años. Estas cifras corresponden a 41 personas que murieron en desastres (36 en deslizamientos, cuatro en tormentas eléctricas, y una a causa de una inundación).

Las catástrofes generadas por amenazas naturales, además de causar grandes perjuicios a la Economía, son causa de serias alteraciones psicológicas de sus habitantes. Investigaciones realizadas en los lugares en que ocurrieron las catástrofes mencionadas demuestran el efecto nocivo que tuvieron sobre la Salud Mental de los afectados, tanto en el período inmediato posterior al cataclismo como en fechas ulteriores (Cohen, 1985, citada en Chen, 1985). Se han podido detectar casos de depresión y estrés, especialmente en adultos mayores que añoran regresar a sus hogares, ya que no han soportado las condiciones de vida en convivencia en albergues.

Existen consecuencias para la salud infecciosas, nutricionales, psicológicas y de otro tipo, que se producen en poblaciones desmoralizadas y desplazadas a raíz de perturbaciones económicas, ambientales y situaciones conflictivas originadas por el cambio climático y la falta de planificación urbana. Algunas de las perturbaciones psicológicas observadas en catástrofes ecológicas son dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, problemas en la concentración y respuestas exageradas de sobresalto. Si los síntomas persisten y además se presenta una rememoración desagradable del evento traumático así como pesadillas; es muy probable que haya desarrollado un trastorno por estrés post traumático (Rodríguez;, Zaccarelli, & Pérez, 2006).

Determinantes socioambientales de la Salud Mental

Desde una perspectiva más positiva, el ambiente, tanto construido como sin intervenir, puede promover interacción social, cohesión comunal y Salud Mental. Se ha encontrado asociación significativa entre bajos niveles de depresión y comunidades con abundantes jardines y baja incidencia de grafiti (Weich et al., 2002). Algunas características del ambiente como ciclovías, calles con árboles, huertas comunales, parques nacionales y vida silvestre pueden incluso suscitar salud física indirectamente al promover vida activa y actividad física moderada (Ward Thompson & Aspinall, 2011).

Es importante señalar los esfuerzos de algunos gobiernos locales, como por ejemplo la Municipalidad de San José, que cuenta con un programa de arborización urbana y ha construido tres paseos peatonales: Paseo peatonal Avenida Central, Paseo peatonal "Calle 2", y Paseo peatonal "Ricardo Jiménez" Calle 17. Por otra parte, el MOPT plantea construir algunas ciclovías en diferentes carreteras del país, abarcando aproximadamente 136 m. Se espera contar para el año 2014 con una de 5.8 km en Cartago. Las municipalidades de Montes de Oca y San José, en conjunto con el MOPT, y en asociación con el colectivo "Buscando Ciclovía", se han comprometido a construir una ciclovía desde la Universidad de Costa Rica hasta La Sabana. Se espera iniciar con la obra en el 2013. Pese a lo anterior, existe carencia de información básica en el tema. Por ejemplo, en este momento no se cuenta con el dato de la cantidad y condición de los parques urbanos, así como de las alamedas y otras zonas verdes de las diferentes provincias.

Algunas de las zonas destinadas como zonas verdes, han sido tomadas en ese crecimiento de la GAM, lo que hace que se acrecienten los problemas provocados por el ruido, la contaminación, desertización o el impacto del cambio climático.

Otro de los problemas relacionados con la falta de planificación territorial, está relacionado con la asignación desigual del espacio público en calles urbanas y carreteras nacionales. En el 2010, los vehículos registrados fueron 948.508, un incremento neto de 50% en relación con el 2001. La insostenibilidad de la infraestructura vial genera problemas de equidad en el uso del espacio, agresiones

permanentes, ruido, largas esperas y congestión, que llevan a reacciones de ira y hostilidad en aumento. Podría decirse que en este caso se da desventaja ambiental por diseño.

Vivienda

La Salud Mental de una población puede estar afectada por una amplia gama de variables, entre ellas la vivienda y su entorno. Existe evidencia de la relación entre ambiente en general, y vivienda en particular, con la Salud Mental. Barrios pobres, carencia de servicios, aislamiento social, tipos de vivienda, calidad de vivienda, pueden influir notablemente en la Salud Mental de un individuo y una familia.

La evolución reciente en el acceso a vivienda digna muestra que el país enfrenta grandes retos en lo que concierne a la calidad de la infraestructura, la reducción de brechas entre grupos socioeconómicos y el acceso al crédito. Estimaciones para el 2010 indican, por ejemplo, que alrededor de la mitad de las residencias presenta al menos un problema físico o de hacinamiento. Además, esos problemas se concentran con mayor intensidad en los habitantes de la región Huetar Atlántica y en los obreros agrícolas, lo cual acentúa las condiciones de pobreza que experimentan muchos de estos hogares (Informe Estado de la Nación, 2010).

Aproximadamente un 35% de las viviendas de las clases obreras son alquiladas o prestadas, en tanto que en las clases alta y de medianos empresarios y expertos la cifra es inferior al 23%. En segundo lugar, existen amplias disparidades en cuanto a calidad de las residencias. Las viviendas de los obreros agrícolas poseen las peores condiciones del stock habitacional. En total, un 9,1% vive con hacinamiento, un 40% tiene servicios básicos deficientes o carece de ellos, y dos de cada tres casas presentan un estado físico malo o regular, todo lo cual redundará en un 27,3% de viviendas consideradas inaceptables o deficientes para habitar (Informe Estado de la Nación, 2011).

Costa Rica se ha visto afectada por el problema de los asentamientos humanos con características de tugurio en diferentes zonas del país, sobre todo cerca de su capital. El porcentaje de tugurios en el lapso comprendido entre el 2000 y el 2008 oscila entre un 0,3% y un 1%. Presenta a nivel general dos reducciones importantes, una en el 2001 y otra en el 2007, sin embargo a partir del 2008, se observa una tendencia hacia el alza nuevamente que es menos acentuada en los tugurios a nivel rural (Gráfico 1) (Ministerio de Salud, 2010).

Gráfico 1. Porcentaje de tugurios en Costa Rica, 2000-2009

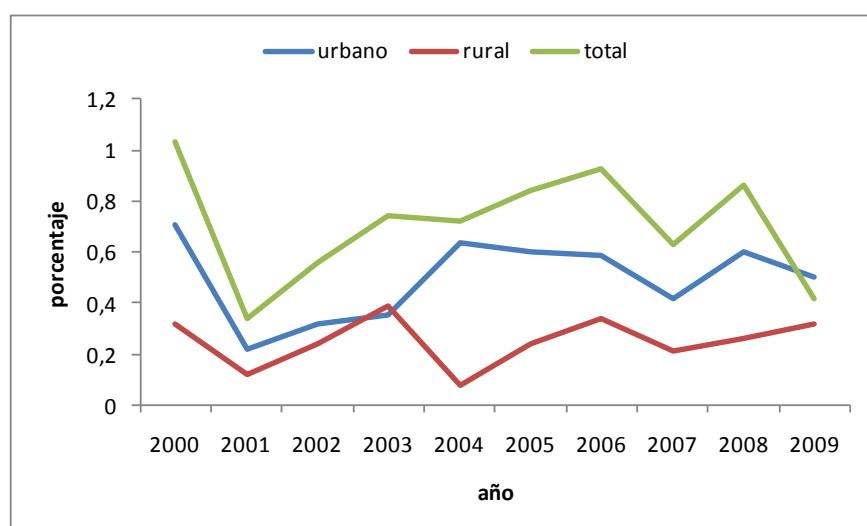


Gráfico 1. Dirección de Vigilancia de la Salud. Adaptado de base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

El aumento general de los tugurios a nivel rural se debe primordialmente a los desarrollos inmobiliarios de tipo turístico. Este tipo de construcción y las condiciones en las que viven las personas ahí asentadas, son propicias para la aparición de enfermedades infectocontagiosas así como para el crecimiento de problemática social.

Estas viviendas reflejan pobreza, insalubridad y hacinamiento. El tugurio no es sólo una vivienda en estado avanzado de deterioro, sino que parece estar asociado a condiciones inherentes de degeneración social, moral y económica de sus moradores (Chacón & Freer, 1999).

Todo lo anterior es preocupante, si consideramos que las condiciones de hacinamiento ocasionan pérdida de espacio personal, afectación en el desarrollo psicosocial, ausencia de espacios diferenciados para las diferentes actividades de la familia (estudio, alimentación, recreación, descanso, seguridad, intimidad).

Ante esta problemática, el Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, reconoce que ha promovido y atendido las necesidades de vivienda nueva y en alguna medida las reparaciones y mejoras, pero en menor grado. Sin embargo, dicho esfuerzo no se ha reflejado en un mejoramiento en las condiciones reales de tenencia de vivienda. Una tercera parte de las familias costarricenses aún no posee casa propia, y un número importante de personas viven en tugurios.

Agua

En lo que concierne a la cobertura de agua potable, el avance que ha venido mostrando el país en los últimos años culminó con un aumento de 87,3% a 89,5% entre 2009 y 2010, un valor histórico que coloca a Costa Rica en el primer lugar de América Latina en este ámbito (Sancho, 2010; Moral et al., 2011 citados en Informe Estado de la Nación, 2011).

Del total de la población cubierta, el 98,7% recibe agua intra-domiciliaria de acueductos, y el restante 1,3% obtiene agua de pozos, nacientes propias o acueductos privados.

A nivel nacional un 70% de la población recibe agua que es sometida a control de calidad (Ministerio de Salud, 2010). Uno de los elementos que más se ha asociado a nivel mundial a la salud en general y de alguna manera a la Salud Mental, es el agua, ya que permite el aseo del entorno y el personal, lo cual tiene un impacto directo en la autoimagen y la autoestima de las personas.

Otro elemento relacionado con el agua lo constituye la pérdida de los ríos y lagos como espacio de recreación, lo cual llama a la necesaria recuperación de estos espacios para la población.

Gestión integral de residuos sólidos

Se estima que en la actualidad, aproximadamente el 25% de los residuos domiciliarios generados en el país no se recolectan y por tanto no tienen una disposición final adecuada. Es habitual la quema, el entierro o la disposición final de estos residuos en botaderos clandestinos o directamente en cuerpos de agua.

La gestión integral de los residuos se ha convertido en un serio problema nacional, en cuya solución influyen múltiples factores pues no existe separación de estos en la fuente y la disposición final de residuos en varios cantones del país se realiza en vertederos con el consecuente deterioro del entorno visual y posibles problemas de salud motivados por plagas y similares.

La disposición de residuos en las calles, parques, veredas, playas, orillas de ríos, quebradas, riachuelos o cualquier otro espacio público, elimina cualquier posibilidad de disfrute de estos espacios por parte del ciudadano e influye en el concepto de “sí mismo” y el de “autoestima” que se ven sensiblemente deteriorados (Leandro, 2011).

Los procesos de manejo y disposición de residuos sólidos afectan significativamente el paisaje. El desordenado desarrollo urbano ha generado un continuo deterioro del recurso paisaje, el cual se constituye en última instancia en el receptor indiscutible de todas las actuaciones del ser humano porque el manejo inadecuado de los residuos no sólo afecta su salud y su ambiente, sino que disminuye su calidad de vida en términos del disfrute y del acceso al espacio y del horizonte.

Ruido

El ruido se asocia al estrés, el cual causa cambios fisiológicos que afectan al sistema cardiovascular, el ritmo respiratorio, el sistema gastrointestinal, el sistema urogenital, el sistema nervioso y el sistema auditivo, así como a la estabilidad emocional, provocando irritabilidad, estados tensionales, mal humor, falta de atención, fatiga, entre otros (Alzamora, 1997).

Se ha documentado que la exposición permanente al ruido hace que las personas sean más agresivas y favorece las escenas violentas en la familia. Asimismo, se ha documentado también la asociación de ruido con problemas de aprendizaje (Fritschi, 2011).

El estudio realizado por Araya (2002) sobre contaminación sónica en el GAM, muestra como en todos los sitios muestreados se da este tipo de contaminación.

La contaminación sónica es uno de los problemas ambientales que generan más conflictos entre vecinos y requieren la intervención de la Fuerza Pública. Un inventario realizado en 2010 en 31 cantones de la Gran Área Metropolitana determinó que el 56% de las emisiones contaminantes proviene del transporte, el 21% de la industria y el 23% de establecimientos comerciales.

Los sonidos pueden ser agradables o desagradables. En el caso de los considerados agradables pueden crear sensaciones de relajamiento, felicidad, seguridad, alegría y tranquilidad, mientras que los ruidos desagradables crean malestar, temor, ansiedad, frustración, sensación de peligro e inseguridad, problemas de comunicación, entre otros.

Aunque nadie puede asegurar que el ruido en sí mismo produce enfermedades mentales, hay evidencia de que el estrés relacionado con el ruido puede agravar desórdenes emocionales existentes. Estudios en industrias muestran que la exposición prolongada al ruido puede llevar a un gran número de problemas psicológicos entre los y las trabajadoras (Moudon, 2009).

En resumen, se puede afirmar que el ruido es un contaminante ambiental que se presenta de una manera persistente en el ambiente humano.

Conclusión y perspectivas a futuro

La construcción de un espacio saludable depende directamente de una adecuada combinación de movilidad, accesibilidad y distribución equitativa de los servicios básicos de salud. Los espacios más seguros, solidarios y saludables son aquellos donde accede la mayor cantidad de personas, de muy diversos orígenes,

Determinantes socioambientales de la Salud Mental

poder económico y trayectorias de vida (Jacobs, 1992). La ciudadanía debe poder moverse con facilidad, a bajo costo y acceder a destinos diversos, seguros y saludables, que promuevan el intercambio social de calidad. La creación de capital social y la promoción de la Salud Mental en general dependen en buena medida de un diseño urbano justo y equitativo.

Capítulo III. El abordaje de la Salud Mental en Costa Rica en las políticas institucionales y su relación con la investigación

M.Sc. Gloriana Rodríguez Arauz,
Bach. Gabriela Sotela Sánchez y
Bach. Rebeca Alvarado

A nivel mundial, se ha estado trabajando arduamente por sentar las prioridades en investigación en el tema de Salud Mental. Esto se ha dado ante la urgente necesidad de comprender la enfermedad mental y poner las intervenciones más efectivas a disposición de las personas más necesitadas en el mundo. Tenemos así que de acuerdo a la Iniciativa de los Grandes Retos en Salud Mental Global (promovida por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y la Alianza Global para las Enfermedades Crónicas en Londres), las depresiones

unipolares, el consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar darán cuenta de la mayor cantidad de años perdidos por incapacidad (Collins et al., 2011). La generación de conocimiento acerca de estos padecimientos y los factores preventivos y de riesgo que los acompañan se convierten entonces en el objetivo final hacia el cual debe orientarse la investigación y la intervención en Salud Mental.

¿De cara a las políticas públicas, cuáles deberían ser las prioridades de la investigación en este campo en un futuro cercano en nuestro país? El presente trabajo intenta acercarse a la respuesta a estas preguntas comenzando por analizar el pasado, presente y futuro de la investigación y su relación con la formulación de las políticas de Salud Mental en el país. Este esfuerzo se sitúa desde la iniciativa de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica de visitar el tema de la Salud Mental, a la luz de la urgencia del tratamiento de este tema de una manera sistemática y rigurosa. El objetivo principal es realizar una síntesis de las publicaciones encontradas en las bases documentales de las universidades públicas que imparten carreras relacionadas con la salud y las instituciones de salud involucradas que intentan describir la situación de las políticas públicas en relación con la investigación en Salud Mental en Costa Rica.

Se hace asimismo un recorrido histórico sobre las políticas referidas a la Salud Mental que han sido dictadas a escala nacional e internacional, así como a los orígenes de la atención en Salud Mental en Costa Rica. Una vez concluida esta revisión, se recomiendan posibles líneas de intervención en este campo de la Salud Mental. Se pretende que tales líneas orienten la generación de conocimiento que de sustento a las políticas públicas.

Como se mencionó antes, para el presente trabajo se incluyeron fuentes bibliográficas publicadas en el país, presentes en las bases de datos de universidades públicas e instituciones relacionadas con el tema de la Salud Mental. Se consultaron un total de 216 fuentes que fueron localizadas por medio de búsquedas en bases de datos mediante los descriptores simples de **salud y mental**.

Relación entre políticas nacionales e investigaciones en el tema de Salud Mental

Como punto de partida para este trabajo, se expone cómo el tema de la Salud Mental ha sido abordado desde la formulación de políticas públicas en el contexto nacional, en la misma se hace evidente la necesidad de contar con evidencias que justifiquen y fundamenten los pronunciamientos que se sostienen en dichas políticas.

Para esto, es necesario contextualizar brevemente el tema de las políticas de Salud Mental en el contexto internacional. Se puede ubicar el inicio de la preocupación por la Salud Mental con la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada en 1948. En ella se establecen los derechos básicos e inherentes a toda persona. En el plano latinoamericano, la Convención Americana de Derechos Humanos ratifica los derechos humanos esenciales en 1969 y vincula a los estados firmantes a hacerlos cumplir en sus fronteras.

Específicamente en el campo de la Salud Mental, surge la Declaración de Luxor en 1989, la cual proclama los derechos humanos de las personas con enfermedad mental y la importancia de la prevención del surgimiento de los trastornos mentales. La Convención de los Derechos del Niño, promulgada también en 1989 también explicita lineamientos específicos para esta población. Estipula la protección de los niños y niñas del abuso físico y sexual, el resguardo de sus intereses, y los derechos a la supervivencia y el desarrollo óptimo.

En 1990 la declaración en Caracas, Venezuela, propone la reestructuración de la atención psiquiátrica tradicional asistencial hacia modelos comunitarios que satisfagan más las necesidades de la población con trastornos mentales. En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas promulgó la Resolución 49/119 sobre la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Dicha promulgación recoge los derechos básicos de los enfermos mentales, como la protección de la confidencialidad, los criterios orientadores para la atención y el tratamiento, incluidos el ingreso involuntario y el consentimiento para recibir tratamiento.

Contexto nacional

Con motivo de la proclamación de 1983 como el año de la Salud Mental, se forma en Costa Rica la Comisión Nacional de Salud Mental, constituida por expertos de la CCSS. Dicha comisión se transforma en 1985 en una comisión técnica, que buscó elaborar el primer Plan Nacional en Salud Mental (Alfaro, 2003). Este plan fue presentado ante las autoridades de salud del momento pero no fue ejecutado.

Las declaraciones internacionales se han intentado recoger en dos decretos ejecutivos. El primero fue promulgado en 1991 (N° 20665-S), en el cual se reconoce a la Psiquiatría como quinta especialidad médica y respalda la reestructuración propuesta para los hospitales psiquiátricos y los abordajes de tipo comunitario. El otro decreto ejecutivo fue promulgado en 1995 (N° 23984-S), el cual no solamente recoge lo promulgado en Caracas en el año 1990, sino que prescribe que el 5% de la capacidad de los Hospitales Psiquiátricos deberá ser utilizada para la atención en Salud Mental (Alfaro, 2003).

En el periodo que comprende del año 2002 al 2006 se plantean unos lineamientos en relación a la Salud Mental como parte de un proyecto de plan nacional en salud general, la cuales fueron operacionalizados en el Plan Nacional de Salud Mental, con una vigencia del 2004 al 2010.

En el año 2012 se empezaron los procesos de consulta para la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 y la misma fue lanzada en octubre de ese mismo año. Como objetivo general de la política se encuentra el impulso de la Salud Mental como un derecho, el cual debe garantizarse desde un modelo de atención comunitaria por medio de acciones coordinadas a nivel interinstitucional. Para el logro de los objetivos propuestos, se sugieren los ejes biológico, ambiental, económico-social-cultural, sistemas y servicios de salud y el fortalecimiento institucional (Bertolote, 2008). Dicha política no cita ninguna fuente científica de evidencia empírica que respalde los temas priorizados.

Salud Mental en Costa Rica, políticas institucionales e investigación

Entre los puntos a rescatar de esta política se encuentra el marco institucional para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas que detecten incidencias y prevalencias de trastornos mentales en niñez y adolescencia, así como demencias (Bertolote, 2008). También se urge a crear las condiciones para explorar la epigenética de los trastornos del humor, la esquizofrenia y los trastornos del desarrollo (Bertolote, 2008). Adicionalmente, se incluyen en esta política la atención psicosocial en desastres como parte de la Salud Mental y se ampara también el accionar de las distintas brigadas acreditadas para proveer de este tipo de atención (Bertolote, 2008).

Paralelo a la formulación de políticas institucionales relacionadas con el tema, profesionales del campo de la salud han publicado sus reflexiones sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental en el país (Arboleda, 1994; Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Caja Costarricense del Seguro Social, Naciones Unidas, Pro Salute, & Programa Mujer, 1997; Gutiérrez & Sandoval, 2000; Montero, 1998; Salas, 2008). Dichas reflexiones se han difundido en reportes institucionales y artículos de revistas y su relevancia radica en exponer situaciones existentes que las políticas promulgadas buscarían evitar. Por ejemplo, Arboleda (1994) argumenta que el tratamiento psiquiátrico de los pacientes se ha prestado para abusos en el pasado, ya que se asume la incapacidad de las personas afectadas para decidir sobre su bienestar. El autor aboga por reivindicar los derechos de las personas con trastornos mentales de ser informadas adecuadamente sobre su padecimiento y el tratamiento disponible, para que tenga poder de aceptar o no aceptar el mismo.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial et al. (1997) denuncia que en las instituciones psiquiátricas costarricenses es habitual la violación a los derechos humanos fundamentales de las personas con enfermedad mental. El derecho a la confidencialidad, a la vestimenta digna, a no ser confinado en aislamiento o el derecho al ejercicio de la sexualidad, son violados bajo el amparo de razones de orden práctico o clínico. Montero (1998) expone que el componente

manicomial que es prevalente en el Hospital Nacional Psiquiátrico hace que en este se viole el derecho inherente a las personas con enfermedades mentales, el derecho a ser tratado en el ambiente que reconoce como propio y del que se siente parte.

Los autores hacen referencia a que la aplicación de las medidas curativas a las personas enfermas mentales se complica porque no se dispone de estándares o protocolos unificados para el diagnóstico y el tratamiento (Montero, 1998). También se aduce que en el proceso de internamiento no se respeta la voluntad del paciente y de sus familiares, ya que el psiquiatra es el que toma las decisiones de tratamiento de forma exclusiva (Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial et al., 1997). Dentro del proceso de internamiento no se diferencia a las personas por padecimiento mental, y no están separados ni siquiera de manera física (Salas, 2008). Lo anterior es importante, ya que no todas las personas presentan la misma gravedad en cuanto su trastorno y cada padecimiento varía en el tratamiento que debe recibir, tanto en su manifestación aguda como crónica. Se ha reportado también la ocurrencia de prácticas como la contención física por medio de ataduras, el confinamiento en solitario de forma prolongada y los abusos sexuales entre pacientes (Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial et al., 1997).

En resumen, se puede concluir que el país cuenta con un marco legal que le permite realizar acciones concretas en el campo de la Salud Mental. Estas acciones van desde adoptar modelos comunitarios para la atención, hasta la realización de investigaciones epidemiológicas que garanticen la correcta orientación de los recursos. Sin embargo, estos planes y estas políticas no parten de la realización de diagnósticos específicos previos ni cuentan con mecanismos de rendición de cuentas que permita monitorear su impacto y su incidencia en las acciones de las instituciones involucradas.

Adicionalmente, se ha llamado la atención sobre el estado de los derechos de las personas con enfermedades mentales. Se han denunciado múltiples dificultades

en cuanto al trato que éstas reciben, a pesar de que el país cuenta con el marco legal necesario para prevenirlas.

Orígenes de la atención en Salud Mental y primeros abordajes académicos del tema en Costa Rica

De acuerdo con la recopilación histórica que realizan Calvo et al. (2010), se rescatan los siguientes acontecimientos significativos en lo que toca a la atención en Salud Mental en el país. Los inicios se señalan en el año de 1890 con la creación del Hospital Nacional de Insanos, bajo la supervisión de la Junta de Protección Social de San José. La atención se caracterizaba por ser predominantemente asistencial, en la cual se privilegiaba el aislamiento del enfermo y de otras terapias poco efectivas (Calvo et al., 2010). La creciente demanda de los servicios del hospital hizo evidente que el manejo del mismo no podía seguir siendo de orden caritativo, por lo que se decide incorporarlo a la creciente infraestructura de salud del país, impulsada por la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (Calvo et al., 2010; Meza, 2007). Los métodos de terapia ofrecidos por este centro fueron evolucionando hasta la farmacoterapia, la terapia ocupacional y la psicoterapia de grupo (Meza, 2007).

En el año 1938 se crea la Sección de Higiene Mental del Ministerio de Salubridad Pública (antecesor del actual Ministerio de Salud), por impulso del psiquiatra Fernando Quirós Madrigal. Con la fundación de la Caja Costarricense del Seguro Social en 1943, se empieza a brindar la primera atención a los problemas mentales “menores”, de un marcado carácter asistencial (Calvo et al., 2010). Es bajo la iniciativa del Dr. Mariano Coronado, denominado higienista mental, que se constituye un Comité Nacional de Salud Mental, el cual tenía por objetivo promover el bienestar psicológico entre la población. Por ejemplo, entre sus actividades se destacó el impartir seminarios para padres en cuanto al desarrollo del niño (Calvo et al., 2010).

Se le atribuye al Dr. Coronado la fundación del Departamento de Bienestar y Orientación en la naciente Universidad de Costa Rica (UCR) durante la década de 1950. Esta unidad tenía por objetivo facilitar la adaptación académica y social del

estudiante universitario, así como la atención de problemas de higiene mental (Calvo et al., 2010). Tal departamento es la actual oficina de Bienestar y Salud de la UCR.

Durante ese mismo período histórico, específicamente en 1957 se establecen a nivel de la CCSS dos servicios básicos para la atención en Salud Mental: el de Psicología y el de Psiquiatría (Calvo et al., 2010). El primero estuvo a cargo del Dr. Gonzalo Adis Castro, primer psicólogo clínico del país formado en el extranjero y figura central en el crecimiento institucional para la atención en Salud Mental y el desarrollo de los estudios epidemiológicos que se realizaron en el país. El Dr. Adis Castro es el principal impulsor en cuanto al estudio de la Salud Mental, y alrededor de él surgen otras figuras como Pierre Thomas y Roberto López, quienes realizaron sus propios estudios o fueron coautores de los que él publicó. Entre estos trabajos destacan: Prevalencia de trastornos de Salud Mental en Costa Rica (1968), Desórdenes mentales en Costa Rica: observaciones epidemiológicas (1992) y Diversidad y cambio en el tema de la Salud Mental (1982). También, el Dr. Adis se interesa por dirigir tesis de futuros profesionales en Psicología interesados en el tema, como Ronald Ramírez e Ida Gorn, como corresponde al trabajo Incidencia y prevalencia de trastornos mentales en los servicios de psiquiatría, Salud Mental y psicopatología del país (1981). De forma paralela, profesionales como Socorro Rodríguez promueven la reflexión sobre la Salud Mental en el niño. Los trabajos de su autoría incorporan conceptos del psicoanálisis y la Salud Mental del desarrollo para entender la psicopatología infantil (Rodríguez, 1995, 1993).

En resumen, los primeros estudios relativos a la Salud Mental correspondieron a informes de investigación o reflexiones de los profesionales que trabajaban en el tema. Dichos trabajos se dirigen a sistematizar la experiencia de primeras instancias dedicadas a la atención de la Salud Mental, cuyo rol era fundamentalmente asistencial.

Sin embargo destacan también dos énfasis más en los estudios iniciales. Uno de ellos fue como se ha mencionado, la realización de trabajos finales de graduación



que amplían el desarrollo de investigación académica pertinente. El otro énfasis es el correspondiente a los estudios de tipo epidemiológico que por su relevancia para este artículo se tratan por separado en el apartado siguiente.

Epidemiología de la Salud Mental en Costa Rica

Además de los estudios realizados mencionados en el apartado anterior, el Dr. Adis Castro realiza una serie de estudios de tipo epidemiológico precursores durante los años comprendidos entre 1968 y 1986. Estos estudios se basan en muestras de la población general. Dichas investigaciones se caracterizan por ser de carácter descriptivo, en los que se busca una relación entre la presencia de los trastornos y los rasgos sociodemográficos de las poblaciones estudiadas, con el fin de establecer índices de incidencia y prevalencia (Castro, 1992). En la Tabla 1 se hace referencia a las características de cuatro estudios conducidos por el Dr. Adis en cuanto al tamaño de su muestra, las características de la población y algunos de los resultados obtenidos en cuanto a prevalencias de trastornos mentales.

Tabla 1. Resumen de cuatro características poblacionales y prevalencias encontradas en estudios realizados por el Dr. Adis Castro, periodo 1969 - 1986.

	Estudio a nivel nacional (1968)	Estudio con población universitaria. (1968)	Estudio con consulta externa Hospital Calderón Guardia (1980)	Estudio con población del cantón de Desamparados (1986)
Muestra total	750	316	305	412
Origen de la muestra	Población de zonas urbana y rural de Costa Rica	Población de la Universidad de Costa Rica a octubre de 1967	Población de atracción del Hospital Calderón Guardia	Cantón de Desamparados
Hombres y mujeres	Urbana: 41 hombres y 59 mujeres (Total:100) Rural: 193 hombres y 457 mujeres (Total:650)	204 hombres y 112 mujeres.	91 hombres y 214 mujeres	180 hombres y 232 mujeres.
Edades	18 años o más	17 años o más	15 años o más	15 años o más
Sintomatología psicótica (global)	2.9% ¹	1%	3%	1%

¹ El estudio nacional tiene subcategorías para entender la psicosis global, como son la esquizofrenia, los trastornos afectivos y los orgánicos

Salud Mental en Costa Rica, políticas institucionales e investigación

Desórdenes de personalidad	10.1%	56%	NA ²	NA
Neurótica (global)	38.7%	45%	34%	NA
Depresiva	7%	5.4%	NA	6.8%
Ansiosa	16.6%	24.8%	NA	26.7%
Reacciones psicofisiológicas	23.1%	11.9%	NA	NA
Alcoholismo	14.9%	9.9%	NA	10.1%

² NA: corresponde a trastornos que no fueron considerados para ese estudio en específico.

Como se indica en la descripción anterior, estos estudios utilizaron metodologías distintas entre sí y no examinaron las mismas categorías diagnósticas en todos ellos para explorar prevalencias. Por ende, el autor destaca que estos estudios son difíciles de comparar en sus resultados por estas diferencias y porque representan la presencia de sintomatología al momento de la recolección de los datos (Castro, 1992). A pesar de esto, las conclusiones principales del autor son retomadas en este artículo por considerarlas como información relevante en el inicio del proceso de la investigación en Salud Mental en Costa Rica.

En resumen, estos estudios concluyen que los trastornos psicóticos tienden a ser bajos y a mantenerse bastante estables en el tiempo. Sobresale el dato referido a sintomatología neurótica general, el cual se mantiene entre un 34% y un 38%. En el estudio con población universitaria ésta es más alta (45%). Se hace notar que los índices de depresión son bastante altos también (7% y 6.8%), en comparación con otros estudios realizados en Estados Unidos que el autor cita (Castro, 1992). Igualmente, se destaca que la sintomatología ansiosa ha tendido a aumentar con el tiempo.

El autor concluye que en general los distintos índices de prevalencia para los trastornos estudiados sugieren una vulnerabilidad psicológica importante en la población costarricense y que es necesario atender esta necesidad desde la prevención primaria (Castro, 1992).

El Dr. Adis Castro también inicia con estudios dirigidos a medir la frecuencia de aparición de los trastornos mentales. Para tal fin se analizan cinco estudios posteriores que se basaron en muestras del Hospital Nacional Psiquiátrico y de Servicios de Consulta Externa (Castro, 1992). Dichos estudios se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Estudios recopilados por el Dr. Adis Castro periodo 1973 - 1986

Autores	Adis y Thomas (1973)	Villalobos (1980)	Gorn y (1981)	Ramírez López (1984)	Pérez y Chain (1986)
Total de muestra	726	305	660	252	234
Origen de la muestra	Consulta externa de Psiquiatría de distintas entidades	Consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico	Consulta externa de distintas entidades (540) y consulta externa privada (120)	Internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico	Internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico
Diagnós- tico mayori- tario	Neurosis (73%) Psicosis (14%)	Neurosis (38%) Psicosis afectiva (16%)	Neurosis (28.8%) Esquizofrenia (12.9%).	Esquizofrenia (20.7%) Intoxicación y dependencia de drogas (18.3%), trastornos orgánicos (17%)	Psicosis orgánica (21.8%), (13.2%) y Neurosis (15.4%)

El autor llama la atención sobre cómo los diagnósticos de condiciones orgánicas y de esquizofrenia resultaron ser los más frecuentes (Castro, 1992). Ambas son condiciones severas que requieren hospitalización. En contraste, en el estudio de López (1984) los datos señalan una alta frecuencia de la intoxicación y la dependencia de sustancias, mientras que en Pérez & Chain (1986) llama la atención la frecuencia del diagnóstico de neurosis (Castro, 1992). El autor hace la salvedad de que las comparaciones entre estudios se deben tomar con cautela, dado que se hicieron en momentos diferentes, con profesionales diferentes y con categorías diagnósticas diferentes.

Los estudios realizados por el Dr. Adis durante el periodo en mención están mayoritariamente enfocados a contabilizar la enfermedad mental y están compuestos por muestras pequeñas de sujetos de distinta procedencia y características. Así por ejemplo se presentaron estudios con universitarios y con personas de área rural y urbana, pacientes del Hospital Calderón Guardia y habitantes del cantón de Desamparados. Estas poblaciones fueron contactadas en la consulta hospitalaria.

Las categorías utilizadas en estos estudios para describir la enfermedad mental tampoco son uniformes, varían de un estudio al otro, por lo que sus resultados no son comparables (Castro, 1992).

Sin embargo, el aporte fundamental de estas investigaciones está en llamar la atención acerca de padecimientos específicos. Otro aporte es sugerir posibles comparaciones entre Costa Rica y otros países, una inquietud que en aquel momento pone sobre la mesa los temas que deben ser estudiados a profundidad por las instituciones encargadas de la Salud Mental.

Posteriormente a la realización de estos estudios, otros autores y grupos de trabajo interinstitucionales se han interesado por acercarse al estado de la Salud Mental en nuestro país. Entre estos trabajos destaca el Informe Intersectorial de Salud publicado en el 2002, en el cual un grupo de trabajo conformado por diversos profesionales en salud concluye que existen ocho problemas que a su juicio son

prioritarios en la atención a la Salud Mental en Costa Rica: abuso sexual, violencia intrafamiliar, alcoholismo y drogas, depresión en los adultos y en los niños, suicidios y trastornos de ansiedad (Sáenz & Acuña, 2002). Estos problemas se definen como tales a partir de analizar estadísticas existentes en la atención en emergencias, análisis de los motivos de consulta, egresos hospitalarios y mortalidad (Sáenz & Acuña, 2002).

Macanche et al. (2004) hacen una recopilación de los datos existentes en los estudios del Dr. Adis referidos a consulta externa y egresos psiquiátricos. El estudio explicita que no se cuenta con estudios epidemiológicos en patología mental que reflejen datos de incidencia y prevalencia, pero que es posible identificar factores de riesgo para la Salud Mental de los costarricenses. Entre ellos se encuentran la pobreza, la urbanización mal planificada, la violencia en todos los niveles y las condiciones económicas y sociales cada vez más complejas (Echeverri, 2010; Macanche et al., 2004).

Este estudio concluye también que la mayoría de la población que presenta algún padecimiento mental es atendida de forma ambulatoria y que la mayoría de trastornos presentados corresponden a depresión, ansiedad y alcoholismo. En el caso de los egresos hospitalarios, la mayoría corresponden a trastornos psicóticos y a alcoholismo (Macanche et al., 2004). Entre las debilidades que cita el estudio en cuanto a la atención de la Salud Mental en el país, están la prevalencia del tratamiento psiquiátrico y el énfasis institucional para atender los problemas de Salud Mental desde el tercer nivel de atención (Macanche et al., 2004). Se hace énfasis en la necesidad de reestructurar el sistema de atención y de optar por modelos comunitarios que superen la noción patogénica imperante en la Salud Mental.

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud colaboró con el Ministerio de Salud para realizar el informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica (IESM-OMS, 2008). De acuerdo al mismo, el 3% del presupuesto asignado a la CCSS es destinado a la Salud Mental. De ese 3%, 67% está destinado a los hospitales psiquiátricos. En esta misma línea, el informe citado menciona que los hospitales

psiquiátricos captan el 79% de las camas asignadas para psiquiatría dentro de la CCSS. Los medicamentos psicotrópicos están 100% disponibles en los hospitales psiquiátricos, en un 100% en los establecimientos ambulatorios y en un 69% en los hospitales generales (IESM-OMS, 2008). Lo anterior confirma lo ya visto en el 2004 y continúa planteando la necesidad de repensar la calidad de la atención dada a la Salud Mental.

El trabajo de Echeverri (2010) recoge también los resultados de Adis y hace un estudio descriptivo de las 1118 personas ingresadas al Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2008. Entre los resultados más relevantes de este trabajo están el que el 70.1% de las personas internadas provienen de las provincias de San José, Heredia y Alajuela; cerca del 44.7% de las personas internadas corresponden a un rango de edad de adultez joven (Echeverri, 2010). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo de las personas internadas.

En cuanto a las comparaciones entre el trastorno diagnosticado y el género de las personas internadas, (Echeverri, 2010) encontró que en el caso de los trastornos del humor, 21.6% corresponden a mujeres, frente a 9.6% de hombres. En el caso de la categoría de esquizofrenia y otros, la mayoría de los que los padecen son hombres (Echeverri, 2010).

En general, los estudios de (Echeverri, 2010; Macanche et al., 2004); así como los estudios promovidos por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud (IESM-OMS, 2008), coinciden en la importancia de incluir variables no solo de tipo médico, sino además de carácter sociodemográfico asociadas a los cuadros clínicos, con el fin de complementar la investigación epidemiológica.

Para finalizar, tal como se señaló anteriormente, otros abordajes de la Salud Mental están apoyados en los trabajos finales de graduación. Estos se caracterizan por estar focalizados en el estudio de un problema específico en una población determinada. Son ejemplo de estas investigaciones la necesidad de capacitación en intervención en crisis, génesis de eventos psicosomáticos, promoción de la Salud Mental en contextos educativos, Salud Mental y violencia, así como resultados de



intervenciones varias desde la enfermería, la Salud Mental y el trabajo social. Adicionalmente, estos trabajos se conformaron a partir del trabajo con grupos poblacionales diversos y específicos como mujeres y adultos mayores, niños y adolescentes, profesionales en la Salud Mental y personas diagnosticadas con enfermedad mental (Arguedas, Jiménez, & Rojas, 1995; Cordero, 2003; Palma, Serrano, & Valerio, 2010; Quesada, 2002; Ruíz & Sancho, 2010; A. Salas, 2003; Torrez, 1990; Vaglio, 2003).

Otra veta investigativa constituye el estudio de marcadores genéticos de esquizofrenia y trastorno bipolar en la población costarricense (Segura, 2009). La misma ha sido promovida desde la Universidad de Costa Rica, a cargo de la Dra. Henriette Raventós Vorst, a partir de la creación de un grupo de estudio en neuropsiquiatría.

En resumen, se tiene que las pocas investigaciones realizadas posterior al trabajo del Dr. Adis Castro citan los resultados de estos estudios iniciales e intentan acercarse al estado de la Salud Mental por la vía del análisis de las personas ingresadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico, los egresos de este hospital, los datos de consulta externa y el análisis de la prestación de servicios en Salud Mental. Adicionalmente, estos estudios se limitaron a contabilizar la patología, no a recoger indicadores de salud o bienestar psicológico, así como factores de riesgo o protección. Se realizan conjeturas en torno a cómo factores como la violencia, las condiciones de vida desiguales y el cambio del paisaje urbanístico puede afectar la Salud Mental, pero estas relaciones no han sido establecidas de forma científica. Se destaca cómo la Salud Mental se sigue abordando desde una concepción patologizada desde un nivel de atención que remite al tratamiento y no a la prevención. Los trabajos finales de graduación recogen experiencias de intervención puntuales, con poblaciones específicas, las cuales no hacen referencia a información epidemiológica actualizada, más que la generada en los informes antes citados.

Es importante destacar que la promulgación de políticas institucionales no se ha sustentado en los resultados de investigaciones epidemiológicas. Es hasta el 2012,

con la Política Nacional de Salud Mental, que se compromete directamente a las instituciones involucradas para generar un banco de información veraz sobre los padecimientos mentales en el país, así como de los factores de riesgo y protección asociados. Asimismo, no parece existir una relación establecida entre las políticas promulgadas y los desarrollos investigativos realizados. El tema de la Salud Mental y su promoción ha sido objeto de estudio gracias a la influencia de figuras académicas o el interés particular de tesarios que han promovido el acercamiento a este tema, más que todo desde un plano de intervención.

El siguiente apartado se concentra en presentar recomendaciones que orienten la investigación futura en el tema de Salud Mental y que promuevan su integración con las políticas existentes.

Recomendaciones para la integración de la política y la investigación en Salud Mental

El artículo presentó un repaso por investigaciones pioneras cuyo aporte permite comprender los orígenes del tema de la Salud Mental en Costa Rica. Siguiendo las principales conclusiones de dichas investigaciones, se pueden esbozar una serie de líneas de investigación en el tema de Salud Mental que pueden orientar a futuro el tratamiento del tema.

Línea 1: estudio(s) epidemiológico(s) en Salud Mental a escala nacional que nos permita conocer nuestra realidad en cuanto a la patología mental y provea de información comparable a nivel internacional.

La falta de información actualizada, recabada por medio de estudios epidemiológicos ha sido ampliamente documentado (Echeverri, 2010; Macanche et al., 2004; C. R. Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Salud, & Sustancias, 2008; Social, 2000). Los análisis de situación previos para los planes en Salud Mental o los modelos de atención se han realizado con datos ya existentes en los hospitales como causa de incapacidades, egresos e ingresos hospitalarios y

consulta externa, todos ellos relativos a la prestación de servicios de salud (Macanche et al., 2004; Social, 2000).

Tal información es valiosa, pero no se cuenta con un estudio nacional, con una muestra aleatorizada, de personas que no estén buscando atención psiquiátrica, que busque describir patología y que nos sitúe en relación con el panorama internacional. De poder realizarse tal estudio, las políticas formuladas a nivel nacional tendrían sustento y se podría situar la investigación que se realice en Costa Rica dentro de las prioridades de investigación globales en Salud Mental.

Línea 2: Generación de investigaciones que incorporen distintos grupos etarios, diferenciados por sexo y área geográfica.

La investigación epidemiológica muchas veces surge de las interrogantes planteadas por investigadores para con una población específica, como niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores. Adicionalmente, es importante también conocer cómo el continuo de salud-enfermedad se diferencia de acuerdo al sexo. Las distintas regiones de nuestro país ofrecen una gran variedad de condiciones ambientales que afectarán de manera distinta la Salud Mental. Estas interrogantes deben ser ampliadas y plasmadas en proyectos de investigación con continuidad en el tiempo. La realización de proyectos también contribuirá con el desarrollo de líneas de investigación con apoyo institucional e independiente de los y las investigadores (as) que son parte de ellos.

Línea 3: Estudio de constructos salutogénicos y relaciones entre variables ambientales que amplíen el panorama sobre la Salud Mental.

En el mismo sentido de lo planteado en el párrafo anterior, la investigación más novedosa en el campo de la epidemiología puede no solamente centrarse en el conteo de patología, sino también en la recogida de datos en cuanto a factores de riesgo y de protección, así como de indicadores en salud. Para eso, se debe estudiar las líneas conceptuales que permitan realizar un mejor acercamiento a la realidad de la Salud Mental en Costa Rica. Por ejemplo, ante el dilema de la Salud Mental

abordada excesivamente desde la patología, el modelo de salutogénesis de Antonovsky se enfoca en los recursos y estrategias que “restauran el orden” psicológico que ayudan al enfrentamiento exitoso de los estresores vitales (Griffiths, Ryan, & Foster, 2011). Dentro de la exploración de estos recursos, el autor propone el constructo de “sentido de coherencia”, como una orientación global en la cual los retos o cambios se perciben como predecibles, estructurados y explicables; que la persona tiene los recursos para manejarlos y que los retos en sí se perciben como dignos de enfrentar (Klepp, Mastekaasa, Sørensen, Sandanger, & Kleiner, 2007). Tal concepción no solo se aleja del énfasis en patología, sino que da una idea más precisa de cómo las personas enfrentan en general el estrés y se protegen de desarrollar un padecimiento.

Adicionalmente, es necesario explorar científicamente la relación entre variables ambientales y la Salud Mental. Por ejemplo, en otras latitudes se ha establecido que el acceso a lugares positivos involucran un acceso justo y pleno al espacio se relacionan con altos niveles de Salud Mental (Araya et al; 2006).

Línea 4: Evaluación del impacto de las intervenciones que se realizan en Salud Mental, la formulación de políticas y la formación del recurso humano.

En este momento, existe además un vacío de información en cuanto a cómo afectan las intervenciones que se realizan en Salud Mental de la población, tanto a nivel nacional como local. Hay similitud de labores entre las instituciones involucradas, pero no similitud de políticas internas en cuanto a Salud Mental. Tampoco hay coordinación interinstitucional y no hay evaluación del impacto de las acciones tomadas (Bonilla & Ibarra, 1989). Por otra parte, no existe una retroalimentación en cuanto a cómo el recurso humano formado en universidades públicas o privadas influencia el estado de la Salud Mental en el país (Bonilla & Ibarra, 1989). Al contar con esta información se puede saber en dónde están las fallas y las fortalezas, para adaptarse mejor a las necesidades sentidas de la población.

Capítulo IV. La Epidemiología de la Salud Mental y sus desafíos

M.Sc. Jessica Mac Donald Quiceno y
M.Sc. María del Rocío Peinador Roldán

Los aportes que la epidemiología puede brindar a la fundamentación, la orientación y la evaluación de las políticas públicas en Salud Mental, son esenciales. En ese sentido, tal como se indicó en el tercer capítulo de este documento, Costa Rica ha tenido un desarrollo limitado en cuanto a estudios epidemiológicos en materia de Salud Mental.

Interesa en este artículo hacer algunas reflexiones críticas en torno a los desafíos que ha de enfrentar el país para avanzar en un campo complejo como es la Salud Mental y su abordaje poblacional. Para esta reflexión se parte del desarrollo que han tenido estos estudios en América Latina, y el análisis de su alcance. Es de nuestro interés hacer algún aporte que permita remirar este objeto epidemiológico y su posible abordaje alternativo.

La epidemiología y su campo de acción

La epidemiología es definida por Last (1988) como:

...el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios (p. 3).

Por su parte Alarcón (2009) la identifica como la ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos. A su vez, Filho & Rouquayrol (2011) nos recuerdan que la epidemiología constituye la principal ciencia de información en salud y sus conocimientos dan sustento a la planificación y a la organización de las acciones en salud. En ese sentido, la epidemiología aporta a la evaluación de programas, actividades y procedimientos preventivos y terapéuticos, tanto en lo que compete a los sistemas de prestación de servicios como al impacto de las medidas de salud en la población. Por todo lo anterior, la epidemiología es básicamente una ciencia aplicada, la producción de conocimientos tiene un fin pragmático que consiste en prevenir y solucionar los problemas de salud.

Ahora bien, ¿cuáles son los problemas que se abordan en el campo de la Salud Mental? y ¿cómo han sido estudiados? A continuación se analiza el desarrollo de este tipo de estudios epidemiológicos en América Latina, tratando de identificar sus logros y vacíos, para luego avanzar hacia una reflexión crítica y propositiva.

La Epidemiología en el campo de la Salud Mental en América Latina

El abordaje de la Salud Mental que ha predominado y se ha posicionado con más fuerza en el ámbito internacional a través de la historia, es el de la epidemiología psiquiátrica, el cual se circunscribe al estudio de la prevalencia de los trastornos mentales en la población así como sus factores de riesgo (OPS, 2009).

Mari, García y Levav (2009) identifican dos fases en el desarrollo de este tipo de investigación a nivel mundial y regional. La primera fase abarca el período

comprendido entre 1930 a 1960, en el caso de la región latinoamericana este período inicia en los años 50. Los estudios se basaban principalmente en entrevistas clínicas y cuestionarios no estandarizados, así como escalas generales de discapacidades. En esta etapa varias investigaciones abordaron el tema del estrés en la vida moderna. También surgieron las primeras investigaciones sobre la prevalencia de trastornos mentales, y en diferentes países de Latinoamérica se utilizaron listados no comparables de síntomas.

En un artículo de esta época Horwitz y Marconi (1966), se retrata las preocupaciones que existían por establecer conceptos y definiciones aplicables a los estudios epidemiológicos en el campo de la psiquiatría. Se consideraba inadecuado el uso de criterios empíricos vinculados a características culturales y jurídicas como el comportamiento “desadaptado socialmente”. También se veía como insuficiente el uso de indicadores de “incapacidad para el trabajo” o “incapacidad social” (*impairment*), pues se consideraban consecuencias del padecimiento pero no directas del caso clínico, aunque sí una medición complementaria. Tampoco se consideraba apropiado partir del criterio subjetivo individual como el de “sentirse infeliz” o “desadaptado”, pues se argumentaba la limitación de conciencia de la enfermedad en algunos casos clínicos. La vía que se consideró más adecuada para fortalecer el desarrollo investigativo fue la estandarización de los diagnósticos clínicos psiquiátricos considerando que un criterio médico claramente operacionalizado garantizaría mayor objetividad en los estudios.

En consecuencia, el cambio que marca una nueva etapa en los estudios epidemiológicos en Salud Mental se da a partir de los años 60 y 70 con los esfuerzos internacionales de sistematizar y estandarizar los instrumentos, entrevistas psiquiátricas y cuestionarios de tamizaje y su validación. La introducción de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), así como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III y IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría, se constituyeron en herramientas clave para la

operacionalización de los trastornos psiquiátricos y la determinación de su prevalencia y distribución. Se considera que estos criterios diagnósticos explícitos para trastornos mentales mejoraron la fiabilidad y la validez en las investigaciones epidemiológicas psiquiátricas, así como la comparabilidad de los estudios (G. Aguilar & Deeb Sossa, 2009).

Mari y otros (2009) realizan una revisión de las investigaciones epidemiológicas en el campo de la salud mental desarrolladas en América Latina y el Caribe entre 1999 y el año 2008. En estos estudios hay un claro afán de identificar prevalencias, principalmente de los trastornos de ansiedad, depresión, alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia³.

También los autores mencionan estudios referentes a trastornos psicológicos infantiles⁴, y hay una serie de investigaciones que abordan el tema de la violencia,

³ Mari y otros citan los siguientes estudios: el estudio multicéntrico brasileño (Almeida-Filho y otros, 1997) donde se registra un 18% de prevalencia de trastornos de ansiedad, 8% de alcoholismo y entre 3% y 10% de depresión. En Chile, Vicente y otros (2002) registran un 36% de prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos (agorafobia, 11%; trastornos depresivos mayores, 9%; distimia, 8% y dependencia de alcohol, 6%), con una tasa general de prevalencia en los últimos seis meses de 23%. En cuanto al estudio específico de la depresión, un estudio chileno (Rojas y otros, 1999) indica la prevalencia de 27% de trastorno depresivo en mujeres adultas en Santiago (grave 1,9%, moderado de 12,5%). En Colombia una encuesta poblacional (Gómez-Restrepo y otros, 2004) indica tasas de prevalencia de depresión del 10%. Mientras que en Brasil, Palazzo y otros (2001) valoraron adolescentes tratados en un centro de atención primaria y encontraron una prevalencia de 26,5% de depresión. También en Brasil, Zinn-Souza y otros (2008) encuentran una prevalencia de depresión en estudiantes de bachillerato de 14 a 18 años era de 7,5%. En Chile, Cova y otros (2007) detectaron síntomas depresivos con una tasa de 22,6% y síntomas de ansiedad de 42,3% en estudiantes de bachillerato. Por su lado, Benjet y otros (2004) en México evaluaron la aparición temprana de la depresión en población urbana adulta y determina un 2% de la depresión en la niñez o adolescencia. En el tema de alcoholismo, tabaquismo y drogas, Brasil cuenta con múltiples investigaciones; Carlini y otros, (2002, 2006, 2001) indican una prevalencia de 11,2% de alcoholismo. Almeida-Filho y otros (2004) identifican una tasa de prevalencia de alcoholismo de 11,2%, y Alves y otros (2005) encuentran en población estudiantil un consumo de alcohol de 57%. Moraes y Reichenheim (2007) identifican un 40,6% de prevalencia del consumo de alcohol durante el embarazo. Y Costa y otros (2007) exploran el uso de drogas durante adolescencia encontrando una tasa de consumo de bebidas alcohólicas 57%, tabaco 23,3%, marihuana 5,2%, solventes y cocaína 29,3% en estudiantes de 14 a 19 años en escuelas. Souza y Filho (2007) investigan estudiantes trabajadores y no trabajadores y encuentran una tasa de prevalencia 37,4%. Por su parte, Barros y otros (2007) encuentran una prevalencia del abuso o dependencia de alcohol de 13,1% en hombres y de 4,1% en mujeres encuesta de hogares zona urbana. En el caso de México, Herrera-Vázquez y otros (2004) encuentran que el 60% de los varones en una muestra de estudiantes de 11 a 24 años inició el consumo de alcohol y tabaco a los 17 y 18 años respectivamente. Mientras que Aguilar-Navarro y otros (2007) encuentran una prevalencia de alcoholismo en personas mayores de 65 años de 2,8% y tabaco 14%. En una Encuesta de hogares sobre uso de drogas ilícitas en Chile (González y otros, 2001) se indican tasas de prevalencia de 19% para marihuana, 4,5% para cocaína y 2,2% para crack.

⁴ En Uruguay, Kohn y otros (2001) estudiaron dos muestras aleatorias de niños de 5 a 15 años de zona rural y zona urbana y encuentran que un 53% tenía algún problema conductual o emocional.

en la que se explora la prevalencia de la agresión psicológica por parte de las madres y los padres, la violencia de pareja y en el noviazgo⁵.

En estas investigaciones revisadas por Mari et al. (2009), se identifican factores o marcadores de riesgo asociados a los trastornos mentales. Por ejemplo se establece una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos menores en la clase social más baja y personas con menos ingresos, en las personas mayores de 45 o adultas mayores y en mujeres (Gómez et al., 2004; Lima, Beria, Tomasi, Conceicao, & Mari, 1996; Zinn et al., 2008). También se identifica una correlación entre la presencia de síntomas psiquiátricos en mujeres con doble jornada de trabajo (una de ellas tareas domésticos), o que laboran más de 10 horas, esto asociado a su vez a estar casadas o tener hijos en edades preescolares (Santana, Loomis, & Newman, 2001). A su vez, se indica mayor riesgo de episodios depresivos en mujeres con nivel educativo bajo, con separación matrimonial y dedicadas a tareas domésticas (Rojas, Araya, Fritsch, Acuña, & González, 1999). En un estudio con adolescentes tratados en centros de atención primaria, se identificó un alto porcentaje de depresión, una proporción significativa de ellos eran adolescentes embarazadas (Palazzo, Beria, Fernandez, & Tomasi, 2001). En otras investigaciones se encuentra asociación entre depresión y padecimientos de enfermedades o dolor, el uso de drogas y alcohol, así como el desempleo con discapacidad (Gómez et al., 2004). Por otra parte, el riesgo mayor de presencia de problemas conductuales o emocionales en niños, o el maltrato infantil se asocia con madres que presentan trastornos psicológicos (Kohn et al, 2001), problemas de alcoholismo en el padre y antecedentes de maltrato en los padres (Vizcarra et al, 2001; citado en Mari et al; 2009). Varios estudios indican que la dependencia al alcohol es más elevada en hombres que en mujeres (Aguilar, Reyes, & Borgues., 2007; Carlini, 2006; Costa et al., 2007; Galduróz & Carlini, 2007; Lima et al., 1996; Lima et al., 1999), además en solteros, migrantes, universitarios y de clase

⁵ En Perú, Anicama y otros (1999) encuentran en una muestra aleatoria poblacional de la zona metropolitana, que un 35,4% habían sufrido violencia psicológica y 17,4% violencia física, 36% habían maltratado psicológicamente a sus hijos. Un estudio mexicano (Rivera-Rivera y otros, 2006) encuentran una prevalencia de violencia durante el noviazgo en mujeres de un 28%.

social superior (Almeida et al; 2004). En el caso de personas mayores de 65 años se asocia el alcoholismo con el sexo masculino, al nivel educativo alto y la presencia de deficiencia cognoscitiva (Aguilar et al., 2007). En otros estudios el abuso y dependencia de alcohol se asocia con baja escolaridad (Barros & otros, 2007; citado en Mari et al; 2009); la dependencia al alcohol, tabaco y drogas es mayor en estudiantes adolescentes que trabajan que en los que no trabajan y que pertenecen a clases sociales más bajas (Souza & Filho, 2007). Por otra parte, el riesgo de consumo de drogas lícitas se asocia con el sexo femenino y en personas con mayor nivel educativo (Lima & otros, 1996, 1999). Con relación a los factores de riesgo asociados a la violencia en el noviazgo en mujeres se identifican la depresión, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el bajo rendimiento escolar y las relaciones sexuales previas (Rivera & otros, 2006).

Para Mari et al. (2009), la revisión realizada indica un predominio de investigaciones transversales y se identifica una ausencia de estudios longitudinales (de cohortes) que permitan valorar la evolución de los trastornos e identificar factores pronósticos. A su vez, están ausentes las pruebas controladas aleatorias que aborden la eficacia de las intervenciones. Estos autores señalan como limitación que la mayoría de las encuestas poblacionales han sido desarrolladas en contextos de tratamiento y con muestras no representativas, lo que hace difícil generalizar sus resultados a nivel de población, así como arrojar información válida respecto a factores de riesgo y de pronóstico, o ser útil para la planificación de intervenciones poblacionales más generales.

Tal como señalan Aguilar & Debb (2009), en América Latina son pocos los países que han llevado a cabo estudios de prevalencia de trastornos mentales utilizando entrevistas estructuradas o semiestructuradas funcionales a los criterios diagnósticos estandarizados y reconocidos a nivel mundial. La Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la más empleada actualmente en el mundo. Llama la atención que en estos estudios los trastornos



mentales son considerados enfermedades crónicas. Según indican estos autores, de los resultados obtenidos en la aplicación del CIDI se desprenden algunas conclusiones. En primer lugar se concluye que los trastornos mentales presentan una prevalencia de vida con tasas entre 35% y 50% en la población, y prevalencias anuales que oscilan entre 15% y 25%. También se afirma que los trastornos mentales tienen edades de inicio mucho más tempranas y producen mayores discapacidades que otras enfermedades crónicas. A su vez, se identifica una coexistencia y una comorbilidad de trastornos mentales y farmacodependencia. Por otra parte, se señala una ausencia de atención médica y tratamiento en gran parte de las personas que presentan trastornos mentales. En Latinoamérica se han realizado encuestas representativas en la población general, utilizando el CIDI, específicamente en cinco países: Brasil, Colombia, México, Perú y Guatemala.

Algunas reflexiones en torno a los estudios epidemiológicos en Salud Mental predominantes en América Latina y estudios alternativos

Si bien estos estudios implican aportes importantes para el campo de la epidemiología en la región, llama la atención que en los hallazgos solo se enuncian la presencia de factores o marcadores de riesgo asociados y presentados de manera fragmentaria, sin avanzar a una comprensión integral y mayor sobre los determinantes de la Salud Mental, lo que resulta esencial para poder definir intervenciones apropiadas. Ejemplo de ello es la identificación del sexo como marcador de riesgo asociado a determinados trastornos mentales. Salvo algunas excepciones, esta asociación solo es enunciada sin brindar elementos que permitan comprenderla y trascender el nivel descriptivo e individual.

En ese sentido, la crítica de Breilh (2005) a la epidemiología tradicional resulta pertinente. Hay una ausencia de explicación o de interpretación integral de los procesos de salud-enfermedad. La gran debilidad de los estudios, predominantemente transversales, es su imposibilidad de trascender el "retrato" de un problema de salud, sin comprender su origen y gestación. Los datos asociados aparecen como contingencias sin mayor explicación. En esta línea, se desconocen

los procesos que subyacen a los trastornos mentales y que no son meramente individuales, sino predominantemente procesos sociales. En ese sentido Breilh señala como dificultad comprensiva el "reificar" los factores de riesgo como causas del fenómeno estudiado.

Existe sin embargo una línea de análisis en los estudios regionales que resulta alternativa y que se desarrolla desde la epidemiología social. Desde esta postura se busca identificar la asociación entre características socio-culturales y prevalencia de trastornos mentales. En ese sentido, A. Filho (1987) identifica 22 estudios latinoamericanos, en los cuales se abordan dos tipos de hipótesis para explicar la distribución de trastornos mentales: una de tipo antropológico en la cual se defiende que los trastornos mentales se originan por el estrés propio del proceso de modernización, el cual se expresa a través de rápidos cambios culturales asociados con la migración del campo a las ciudades (aculturalización); y otra de tipo sociológico ligado a la exclusión social. Desde esta hipótesis, los trastornos mentales son resultado del desempleo, el estrés urbano y la falta de apoyo social. Estos estudios corresponden a tres aproximaciones. Por un lado, a investigaciones "pre-epidemiológicas" basadas en casos clínicos en servicios de psiquiatría o estudios con pequeñas muestras de sujetos residentes de áreas marginadas. Por otro, encuestas comunitarias (realizadas entre 1950 y 1970) en las que se aplican escalas psicométricas no estandarizadas en muestras representativas de pequeñas áreas geográficas o comunidades con presencia de migración. Finalmente una tercera aproximación de estudios posteriores a 1970 con muestras probabilísticas utilizando instrumentos de tamizaje y entrevistas psiquiátricas. En estos estudios se identificó mayor riesgo de estrés psicológico en migrantes, aunque esta asociación se atenúa al considerar aspectos socioeconómicos. Cabe resaltar que en la revisión y análisis de Almeida-Filho no se desprecia los hallazgos de estudios "pre-epidemiológicos", sino que se logra retomar las inquietudes que surgen en etapas preliminares de investigación y se asumen complementarias a los desarrollos posteriores.

Por su parte, Ortíz, López & Borges (2007) tratan de actualizar los hallazgos de Almeida-Filho antes citados y realizan una revisión de los estudios epidemiológicos posteriores a 1987, buscando analizar el impacto de la condición socioeconómica sobre los trastornos mentales y el uso o dependencia a sustancias. Estos autores utilizan como marco de referencia las desigualdades sociales de la salud, y en su revisión identifican un mayor riesgo de trastornos mentales en personas adolescentes y adultas asociado a pertenecer a estratos socioeconómicos bajos. Además, en el consumo de alcohol, tabaco y drogas, se identifican patrones diferenciados según condición socioeconómica en cuanto uso o abuso, edad de inicio del consumo y tipo de droga.

En esta misma línea alternativa, cabe citar los esfuerzos de Matrajt (1987) por hacer una investigación socioepidemiológica de las enfermedades mentales en México, desde un marco teórico psicoanalítico y materialista histórico. Para ello construye como categoría de análisis los “modos de organización social” (MOS), que son caracterizados según cuatro grupos de variables: económicas, demográficas, ideológico-culturales y dinámico-grupales⁶. Matrajt identifica cuatro MOS: metropolitano, urbano, campesino y marginal. En su investigación demuestra como cada MOS tiene un perfil psicopatológico diferente.

Estos estudios alternativos antes señalados no parecen haber incidido en la definición de políticas públicas en salud mental de la región, lo que sí han logrado las investigaciones de epidemiología psiquiátrica. Éstas últimas han colocado en la agenda pública los trastornos mentales como un problema de salud de urgente atención. El estudio de Kohn y otros (2005) es uno de los mejores ejemplos, en él se aborda los estudios de prevalencia de ciertos trastornos mentales realizados en la región durante un período de 25 años y se calcula una prevalencia media. A su vez

⁶ Matrajt identifica como variables económicas el modo de producción, el grado de industrialización, el grado de tecnologización y los ritmos de producción. Las variables demográficas son: densidad poblacional, migraciones, estabilidad, arraigo y composición étnica. En el caso de variables ideológico-cultuales identifica ideología, cultura y nivel educativo. Y las variables del grupo dinámico-grupales propuestas son: tipo de funcionamiento, estructura de roles, vínculos y comunicación.



se compara el porcentaje de personas con trastornos mentales que reciben atención médica y tratamiento, esto los lleva a definir una “brecha de tratamiento”⁷. Esta brecha ha servido como indicador para fundamentar las políticas en salud mental a nivel regional y evaluar el déficit de atención psiquiátrica y tratamientos psicofarmacológicos.

La Salud Mental vista desde otra perspectiva

Se puede afirmar que el objeto epidemiológico predominante en el campo de la Salud Mental en la Región y a nivel mundial se ha circunscrito a los trastornos mentales graves. Lo que sin duda tienen un impacto serio en la calidad de vida de estas personas, sus familias y comunidades. Pero también se identifican trastornos que al parecer han sido experimentados por casi la mitad de la población estudiada, lo que hace preguntarse si es pertinente que la categoría de trastornos mentales abarque efectivamente tal variedad de manifestaciones y vivencias humanas. En el primer caso, esta circunscripción de los trastornos mentales estudiados, ha reducido el vasto campo de la Salud Mental y, especialmente, su intervención a algunos grupos de personas y a formas específicas de tratamiento. Esto tiene consecuencias en el alcance de las intervenciones en la materia así como en la asignación de recursos públicos y la apuesta que hace una sociedad para mejorar su Salud Mental. En el segundo caso, se corre el riesgo de asignar la categoría de trastorno o enfermedad a los procesos de ajuste y adaptación a las exigencias de la vida cotidiana que las personas vivencian con diferentes grados de éxito. Por esta razón, a continuación se proponen algunas reflexiones y desafíos desde una epidemiología crítica social que permiten mirar desde otra perspectiva la Salud Mental. Eso incluye algunas reflexiones tanto sobre el objeto epidemiológico

⁷ En él se analiza los estudios epidemiológicos realizados en la región entre los años 1980 y 2004. Sus resultados indican que las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. En este estudio se indica que más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.

en el campo de la Salud Mental como los retos que implica su abordaje metodológico.

Como ya se indicó en el primer capítulo de este documento, el concepto de Salud Mental así como el de enfermedad mental, han sido históricamente objeto de diversos cuestionamientos, y en consecuencia, la práctica misma en este campo constituye un terreno de amplio debate y de posiciones contrapuestas. Aquí aparece la primera y principal dificultad que debe enfrentar la epidemiología en este campo específico de la salud. Para esta disciplina la definición del objeto epidemiológico se ha apoyado tradicionalmente en la clínica médica. Desde ahí se sustenta la premisa de construcción de un saber que permite identificar o diagnosticar el “caso” que es objeto de estudio a nivel poblacional. Es decir, se parte del requisito de la precisión y la validez de los diagnósticos y los instrumentos que permiten clasificar y distinguir las personas que se constituyen en “caso”, diferenciándolas de aquellas que no lo son. Sobre esta base se estudia la distribución de un problema o situación de salud en la población. En el campo de la Salud Mental la nosología psiquiátrica ha sido el parámetro privilegiado para orientar los diagnósticos, sin embargo la clínica médica no es suficiente para dar cuenta de este fenómeno tan complejo.

La Salud Mental tiene muchas acepciones que trascienden la racionalidad psiquiátrica. Pues ella presenta limitaciones importantes para comprender la Salud Mental más allá de la ausencia de enfermedad y, a su vez, la delimitación de la enfermedad mental es reduccionista en cuanto a hacerla equivalente a una configuración particular de síntomas clasificados en una nosología que aspira a ser universal y que se expresa como entidad natural, objetiva, externa al sujeto que la padece y de origen genético o fisiopatológico. La dificultad principal que subyace a este planteamiento es que se sigue la lógica de las enfermedades físicas para enfrentarse a un fenómeno de una dimensión diferente, como sería la Salud Mental.

Desde una postura crítica y desde la psiquiatría Szasz (2000, 2008) señala que la noción de síntoma psíquico está indisolublemente ligada al contexto social, y

particularmente al contexto ético en que se define; lo que en el caso de la noción de síntoma orgánico está más bien circunscrito al contexto anatómico genético. Este autor señala que la normalidad y en su defecto la psicopatología remiten a una norma. Según Szasz, la norma de la cual se estaría apartando la mayoría de las “enfermedades mentales” que identifica la psiquiatría, responden a un orden de tipo psicosocial, ético y jurídico, y no médico.

No se puede ignorar que aquello a lo que se denomina enfermedad mental está estrechamente ligado a la noción de pérdida de libertad individual ocasionado por capacidades disminuidas para disfrutar la vida, lidiar con las dificultades y conflictos propios del vivir, así como relacionarse efectivamente con su medio, con otras personas y poder desarrollar actividades cotidianas sin grandes inhibiciones o limitaciones. Pero esto no se comporta como un padecimiento cualquiera, tiene un sentido diferente al padecer físico. En ese sentido, las palabras de un autor clásico en la historia de la psiquiatría como es Jaspers (2011), lo retrata bien:

...de lo que significa en general sano y enfermo, el médico es el que menos se rompe la cabeza. Tiene que ver científicamente con múltiples procesos vitales y con determinadas enfermedades. Lo que es enfermo en general, depende menos del juicio de los médicos que del juicio del paciente y de las aprehensiones dominantes del círculo cultural eventual. Esto no se advierte en la gran masa de las afecciones corporales, pero se advierte mucho en las de la psique. El mismo estado psíquico lleva a uno, bajo el título de enfermo a casa del médico de enfermedades nerviosas, al otro bajo el título de culpa, de pecado, al confesionario (p. 859).

Augsburger (2000) por su parte indica que el término Enfermedad Mental resulta inadecuado para describir las formas que asume el malestar en el ámbito psíquico, por lo que se requiere una nueva concepción. Desde una visión tradicional de la enfermedad mental, basada en la mirada positivista, la enfermedad sólo se reconoce en la medida en que produce señales y síntomas observables; la

dimensión subjetiva no es relevante. Como señalan las autoras, el problema psíquico no se puede separar de la subjetividad porque es ésta la que da cuenta del proceso mismo de enfermar. Las personas experimentan el malestar y sufrimiento en relación a sus vivencias, aunque no se acompañe de signos o síntomas reconocibles externamente. Por eso, más allá de la nosografía psiquiátrica, las autoras proponen la necesidad de categorías que respondan a una visión histórica y sociocultural de los problemas psíquicos. Esto implica comprender los sufrimientos psíquicos del sujeto en el conjunto de sus relaciones sociales y en el seno de las condiciones de existencia de las personas afectadas, por ejemplo ligados al desempleo, las migraciones, las vivencias de violencia, entre otros. Por ello, no se ha de patologizar ni medicalizar situaciones cotidianas, sino de mostrar los procesos sociales e historia que dan cuenta de la constitución subjetiva singular así como las condicionantes sociales que protegen o exponen al sufrimiento psíquico. Desde esta perspectiva se comprende al sujeto atravesado por situaciones de bienestar y malestar, a la vez que se reconoce su capacidad potencial de lidiar con ello. Resulta entonces indispensable relacionar las problemáticas subjetivas y los modos de vida, reconociendo los procesos de vulnerabilización psíquica y su mayor impacto en determinados grupos sociales.

Se puede decir entonces que no basta con describir la “enfermedad” o el sufrimiento sin ligarla a su sentido, lo cual está siempre vinculado con el contexto en el que surge. Esto plantea la necesidad de dos niveles de análisis en la epidemiología: el descriptivo y el interpretativo. De nuevo retomando las palabras de Jaspers (2011):

La expresión “enfermo” en su generalidad no dice absolutamente nada en el dominio psíquico, pues esta palabra abarca al idiota y al genio, abarca a todos los individuos. Nada nos enseña la declaración de que un individuo está psíquicamente enfermo, sino sólo cuando oímos acerca de manifestaciones y procesos determinados, concretos, en su alma (p. 863).

Por otra parte, no hay que olvidar que si bien la clínica es uno de los pilares de la epidemiología, un segundo pilar disciplinario es la medicina social que trasciende la visión unitaria de la clínica para mirar el fenómeno de la salud-enfermedad desde los grupos humanos. Esto involucra un objeto de estudio e intervención más amplio y apunta al campo de la práctica social propia de esta disciplina y su posible impacto a nivel de política pública y movimientos sociales en defensa de la Salud Colectiva.

Por ello, un abordaje psicofarmacológico e individual de los problemas en la Salud Mental dista mucho de los fines pragmáticos perseguidos por la epidemiología, en especial desde una epidemiología social. Se podría decir que la Salud Mental también actualiza la tensión entre medicina individual y medicina colectiva, o entre medicina curativa y medicina preventiva. Sin olvidar la necesidad de apertura hacia otros saberes disciplinarios, pues hay que reconocer que la Salud Mental trasciende las fronteras de la medicina. Esto implica una redefinición conjunta del objeto epidemiológico.

Se puede ir aún más lejos en esta reflexión cuando se considera que más allá de la enfermedad mental o el sufrimiento psíquico, la salud mental puede ser vista desde otra perspectiva. Kovess, Murray & Gueje (2005) indican que hay al menos tres tipos de aproximaciones que se han considerado para abordarla: las de las características personales (enfoques: salutogénico, de optimismo-pesimismo o personalidades no sintomáticas), de la resiliencia (enfoques: de factores protectores y cognición, psicoanalítico o transcultural) y de la calidad de vida⁸. Si bien en su mayoría se trata de enfoques que apelan a la salud mental centrada en los individuos abren el panorama a otras formas de concebirla. Por ejemplo, algunos de ellos ya no se centran en la búsqueda de estructuras psíquicas para definir la salud mental, otros apelan a la idea de que diversos estresores o situaciones pueden llevar a formas distintas de vida o trayectorias (es decir, un cuestionamiento a la noción de

⁸ Hay que aclarar que este último enfoque, lejos de tener que ver con características materiales de existencia, responde a la definición de la Organización Mundial de la Salud que, según los mismos autores, se refiere a la percepción subjetiva de la **calidad de vida**.

determinante) o incluso se consideran los factores culturales en las posibilidades de enfrentarse a las circunstancias de la vida.

El reto está en cómo hacer operacionales estas nuevas formas de concebir la salud mental. La posibilidad de la “operacionalización”⁹ de estos conceptos requiere de un profundo trabajo de reflexión teórica y metodológica, probablemente colectivo y de largo alcance, para llegar a ser una alternativa real al paradigma dominante. Es decir, si la Salud Mental es otra cosa que la enfermedad, aunque en ella esté contenida ¿qué es? y ¿cómo se puede observar en la población para vincularla al objeto público? Algunos aportes críticos en el campo de la epidemiología que surge en Latinoamérica pueden resultar de utilidad en esta tarea.

Repensar la Salud Mental desde la Epidemiología Crítica

En el desarrollo de la epidemiología se han planteado miradas y abordajes alternativos. Los aportes de la epidemiología social y crítica que surge en Latinoamérica, en especial con el trabajo de autores como Almeida (2000) y Breihl (2003), resultan más cercanos a las necesidades que se tienen en el campo de la Salud Mental. Pues coloca el estudio de los determinantes sociales y las condiciones de vida que dan sentido y comprensión del proceso de salud-enfermedad como centro de interés de la epidemiología.

La postura de la epidemiología crítica permite proponer un análisis multinivel y así busca una complementación al abordaje meramente individual y avanzar hacia un abordaje complejo e integral del objeto epidemiológico. Esto sin olvidar la necesidad que plantea Morin (1999) de hacer una ruptura con la fragmentación de la realidad, su consecuente reduccionismo y la visión causal de las cosas. Con ello se aspira al conocimiento multidimensional, pero a la vez se reconoce la imposibilidad de un conocimiento total de un fenómeno complejo, por lo que se busca lidiar con la incompletud y la incertidumbre.

⁹ **Operacional**, en este caso, no significa una adscripción a un tipo de ciencia o saber específico. Lo estamos empleando para implicar conceptos con la suficiente precisión y legitimidad para ser objeto de lo público y, en especial, de la política pública, que sería la finalidad que persiguen estos esfuerzos.

Ahora bien, frente a los planteamientos anteriores, se identifica un escollo o un gran desafío para la epidemiología. La salud mental requiere un replanteo de uno de sus cimientos disciplinarios: la centralidad del diagnóstico clínico y el modelo de salud-enfermedad a utilizar. En ese sentido resulta útil el Modelo de Historia Natural de las Enfermedades (Leavell y Clark, 1976; citado en Almeida & Rouquayrol, 2011), aunque en el caso de la salud mental se requiere avanzar hacia un Modelo de Historia Social de la Enfermedad. Con ello se buscaría dar cuenta del continuo que existe entre la salud y la enfermedad, reconociendo los procesos de vulnerabilización psíquica ligada a los procesos sociales. A su vez, las discusiones que se han dado desde los modelos socioculturales en epidemiología (Almeida y Rouquayrol, 2011) formulan avances importantes que también pueden ser de utilidad, ya que distinguen y diferencian tres conceptos: enfermedad, padecimiento (en inglés *disease* e *illness*) y “*sickness*”¹⁰. La enfermedad corresponde a los cuadros clínicos o formas de comportamiento reconocidos socialmente como enfermedad, lo que equivaldría a los diagnósticos de la psiquiatría; padecimiento indica el sentimiento o la percepción subjetiva del sufrimiento, lo que se refiere más a sufrimiento psíquico; y *sickness* implica un estado de disfunción social del sujeto. Este concepto de rol de enfermo es esencial en el campo de la Salud Mental, dado el peso valorativo y la carga de estigma social que tiene la enfermedad y los padecimientos mentales, pero especialmente porque la definición de salud o enfermedad responde a parámetros de funcionamiento social.

La revisión de enfoques alternativos al concepto dominante de Salud Mental abre el panorama para idear nuevas formas de acercarse a ella a nivel poblacional. Sin duda, el mayor desafío epidemiológico es romper con la mirada exclusiva de la enfermedad y abrir espacios para nuevos tipos de intervención pública ligados a esta ruptura. Pero, a la vez, el “cómo” abordar los posibles desafíos que esto implica es un tema no menor por el propio desarrollo histórico de la epidemiología que se abordará a continuación.

¹⁰ No existe aún una traducción consensuada para este término.

Nuevos enfoques de la Salud Mental: un desafío de apertura de las fronteras metodológicas en epidemiología

Replantear el objeto epidemiológico de la Salud Mental desde un punto de vista crítico implica una reconsideración de su abordaje metodológico fundamentalmente porque en la epidemiología dominante “el método hace la ciencia”, en especial métodos que buscan la causalidad (Almeida, 1992; Krieger, 2012)

Algunos autores afirman que la búsqueda de la causalidad cuando se está frente a datos no experimentales es inviable (Brady, Collier, & Seawright, 2010). Al respecto sostienen que al no ser posible observar al mismo tiempo el resultado de la ocurrencia y de la no ocurrencia de una “característica” “evento” o “variable” considerada como causa, la inferencia causal se torna en un concepto abstracto. Además, señalan que con ese tipo de datos no es posible cumplir con varios de los supuestos que fundamentan la inferencia como el de la homogeneidad causal, es decir, que el valor esperado en la variable dependiente debe de ser igual en todos los casos cuando las variables independientes toman un valor determinado (Collier, Seawright, & Munck, 2010).

Al respecto, una variante muy utilizada de la explicación causal es lo que se conoce como los “factores de riesgo”. Breihl (2003) retoma reflexiones de Thornton cuando en 2002 anuncia el fracaso del paradigma de riesgo. Una de ellas tiene que ver con que desde esta perspectiva los “factores” que se describen son de fácil identificación empírica y de poco tiempo de acción, lo que a juicio del autor conlleva a una ambigüedad de interpretación sobre la causalidad implícita.

Más allá de las críticas y contraargumentos que se puedan generar alrededor del tema, Mario Bunge hace ver que, además, la causalidad es sólo una de las formas de determinación que es posible describir¹¹. Lip & Rocabado (2005) hacen

¹¹ Bunge, ante la pregunta de si la causalidad está sólo en las mentes de los investigadores responde que parcialmente sí y parcialmente no. Propone que no está en la mente de los investigadores cuando se la

una síntesis de las otras formas: la funcional (interdependencia), la teleológica (de los medios afines), la estructural (del todo a las partes y viceversa) y la dialéctica. Es decir, las relaciones entre los fenómenos no sólo se pueden ver desde el punto de vista causal, por tanto, no es imprescindible atenerse exclusivamente a sus métodos. Esta observación es importante porque este tipo de métodos realizan relaciones contextuales e históricas de manera sumamente limitada, lo que ha sido una de las más relevantes críticas a los enfoques tradicionales en la materia de Salud Mental.

De lo anterior se desprende un desafío metodológico medular. Una epidemiología de la Salud Mental que reconoce la importancia del contexto y la historicidad así como la de identificar su generación dinámica no debería centrarse exclusivamente en la investigación de determinaciones causales asociadas a métodos limitados para su abordaje.

Quienes han trabajado el reto de la complementariedad entre los métodos cuantitativos y cualitativos presentan algunas pistas al respecto. Brady et al. (2010) proponen una visión alternativa de la metodología basada en algunas reflexiones. Primero, que con datos no experimentales tanto los métodos cuantitativos como los cualitativos tienen el mismo objetivo que es el de eliminar explicaciones rivales, lo que en un experimento se logra al asignarle valores a la variable explicativa. Esto no es posible cuando estos datos están dados y no proceden de un diseño experimental, lo que es casi la regla en los estudios epidemiológicos en Salud Mental. Segundo, pese a que muchos metodólogos plantean la “necesaria” dominancia de los enfoques cuantitativos, vale la pena reconocer lo que los propios estadísticos teóricos cuestionan para la aplicabilidad de los muchos enfoques cuantitativos en la investigación tradicional en este tema. Éstos hacen notar, por ejemplo, que: se “asume” que los modelos estadísticos utilizados son los correctos; que se utilizan pruebas para evaluar la incertidumbre de fenómenos para los que no fueron diseñados; o que aumentar el número de casos no necesariamente implica una

ganancia en el nivel de la inferencia. Tercero, que el conocimiento generado por estudios cualitativos puede sensibilizar a investigadores sobre el impacto de procesos históricos, culturales y económicos y sobre casos que se pueden apartar de las tendencias centrales. Además, al respecto argumentan que una mirada seria sobre las normas y prácticas de los métodos cualitativos puede fortalecer debilidades de los cuantitativos. Finalmente, proponen que en un diseño de investigación conjunto se pueden complementar las ventajas y debilidades que suponen los métodos cuantitativo y cualitativo pues se plantean diferentes objetivos de investigación, los abordan con distintos tipos de observación e incluso diferentes herramientas técnicas.

Almeida (1992), por su parte, hace ver que en esta complementariedad lo que los enfoques cualitativos aportan a la investigación es en la profundidad de los fenómenos al abordar la totalidad de los mismos de manera extensiva, al no controlar la realidad y proponer un sistema abierto de investigación. Lo que los cuantitativos aportan a través de la fragmentación y el establecimiento de un sistema cerrado y controlado de la realidad es la posibilidad de la generalización en términos poblacionales. Ambos pueden verse como complementarios y produciendo información pertinente sobre objetos y niveles de determinación distintos.

Una vez que se ha planteado la importancia de cambiar al “método” y específicamente al cuantitativo de orden causal como marco exclusivo sobre el cual se puede construir conocimiento en la epidemiología, podemos entrar en algunas reflexiones sobre lo que implica metodológicamente historizar y contextualizar la Salud Mental desde un punto de vista epidemiológico.

Por una parte, esto abre la posibilidad de utilizar nuevos métodos de investigación al plantearse un objeto diferente de estudio, especialmente los de corte cualitativo. Pero por otra, convoca a un trabajo multidisciplinario en el que concursen, por ejemplo: la Psicología, la Antropología, la Sociología, la Demografía, la Historia e incluso la Economía. En otras palabras, trascender el enfoque individual y

clínico de la Salud Mental hacia nuevas formas que combinen la mirada necesaria a las personas con la de grupos sociales en su contexto y momento históricos. Por ejemplo, por qué no imaginar una epidemiología de la Salud Mental basada en esos fenómenos de la vida moderna que son señalados por estas disciplinas y no exclusivamente en una nosología. La Demografía, por su parte, nos hace ver que con el alargamiento de la vida las generaciones jóvenes tienen que convivir cada vez más con las generaciones menos jóvenes. Esto genera presiones entre las generaciones cuyos efectos en la salud mental de las personas podría utilizarse como categoría analítica para derivar de allí un objeto epidemiológico. La Sociología viene abordando el tema de los tipos de inserción laboral que se han generado en los nuevos paradigmas socio-económicos y políticos de nuestra era. Es decir, desde allí se pueden generar categorías sobre las cuales abordar la Salud Mental y repensar tanto “la enfermedad” como la propia vida de las personas y grupos sociales. El llamado a la contextualización e historicidad también hace reflexionar en algo que quizás no ha sido objeto de suficientes estudios cuantitativos en materia de Salud Mental. En términos de Merlo, podría describirse como dar un viraje de las “medias” al análisis de las “varianzas” o como dice Vandermoortele (2012) trascender la “tiranía de los promedios”. El campo de estudio de las transiciones y trayectorias en sociología y Demografía ha mostrado importantes avances en la identificación de patrones no convencionales o dominantes a partir de momentos de vida específicos (Burnay, Ertul, & Melchoir, 2013). Pese a que reconoce que ante eventos específicos las personas desarrollan caminos distintos a través del tiempo, este enfoque no renuncia a la necesidad de mantener el ojo poblacional como lo podría requerir el objeto epidemiológico, pero permite identificar y reconocer patrones diferentes, veredas no convencionales de vida vinculadas a transformaciones sociales utilizando como centro de su análisis el tiempo individual y generacional.

En síntesis, al hacer esta breve reconstrucción tanto de lo que ha sido la epidemiología de la Salud Mental a nivel regional (por la falta de estudios



Epidemiología de la Salud Mental y sus desafíos

específicos para el país) así como de los nuevos enfoques críticos para desarrollarla se hace evidente si no la necesidad de un viraje, al menos de su problematización. La Salud Mental de una sociedad no es únicamente la enfermedad de sus individuos y la investigación no debe centrarse exclusivamente en una visión cuantitativa y de orden causal. Abrir el espectro de lo que es Salud Mental hacia otras perspectivas e integrar el contexto y la historia específicos en que se desarrolla, lejos de ser una tarea imposible requiere de una mirada que trascienda prejuicios conceptuales y metodológicos. Los retos de un contexto cambiante sugieren la oportunidad de construir nuevas formas de aproximarse no sólo a la Salud Mental sino a la formulación de políticas públicas consecuentes.

Capítulo V. Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

Dr. Jorge Sanabria León

De acuerdo con la exposición de los artículos precedentes, la salud mental está estrechamente ligada a la conformación de los ambientes humanos, llámense familia, comunidad o trabajo. Las cifras reseñadas y los datos aportados llaman la atención sobre los indicadores de deterioro progresivo en la calidad de vida que el modelo actual de sociedad está trayendo consigo. Al interior de los vertiginosos cambios que se operan en los estilos de vida, se observa, además, la aparición de manifestaciones muy claras del impacto en la salud mental en diferentes y muy específicos grupos sociales, la mayoría de los cuales se encuentra viviendo bajo particulares condiciones de vulnerabilidad. Pese a estas circunstancias, es llamativo que en los estudios sociológicos sobre los cambios introducidos por una “cultura planetaria” en este “mundo desbocado” (Giddens, 2007), ni el tema de la salud en

general ni el de la salud mental en particular es empleado como vector de análisis sobre las condiciones de vida sometidas a debate alrededor de los desafíos de la posmodernidad. Esta es, en sí misma, una buena razón para prestarle especial atención a los grupos sociales que padecen de una manera más directa el impacto de las transformaciones sociales y de las amenazas globales que impactan sus mundos de vida.

Entre los grupos sociales de especial prioridad en un enfoque de salud mental, sustentado no solamente en la atención primaria, sino en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se encuentran las poblaciones rurales, sobre todo aquellas más alejadas de los centros urbanos, las personas menores de edad, con énfasis en aquellas que ven violentados sus derechos a la educación, la salud y al juego (trabajo infantil, explotación sexual comercial, etc.), las mujeres jefas de familia y las adolescentes embarazadas, prácticamente todo grupo étnico minoritario (que, además, enfrenta también muchas de las condiciones restantes enunciadas aquí), las personas discapacitadas que afrontan las barreras de acceso cotidianamente y las personas adolescentes entre las que se presentan cifras considerablemente altas de suicidio, depresión y diversas conductas de riesgo, tales como las asociadas a la salud sexual y reproductiva, así como al consumo de drogas y a los desórdenes alimenticios¹².

Salud mental y capital social

Dadas las prioridades que estos grupos sociales imponen al estudio de la salud mental, el concepto de capital social y salud mental desarrollado por Whitley, McKenzie, and (2005) resulta de especial interés para guiar la discusión. Aunque el ligamen entre capital social y salud mental haya sido poco estudiado hasta ahora, las reflexiones ofrecidas por estos autores sirven como punto de anclaje. El capital social se entrelaza con las dimensiones de confianza, participación comunitaria y redes sociales, individuales y comunitarias. Dentro de la definición adoptada por

¹² Adicional y tangencialmente puede mencionarse también la exposición a las redes sociales en línea y juegos electrónicos que en alguna proporción reflejan algunas formas inquietantes de aislamiento social.



Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

Whitley y McKenzie se encuentran las redes sociales que reflejan la densidad de los recursos disponibles aportados por el Estado y los producidos individualmente, el involucramiento cívico y la identidad local expresada en el sentido de pertenencia, así como la reciprocidad en las normas de cooperación que favorecen una confianza en la comunidad. A la confluencia de estos factores se le ha dado también en llamar el capital social ecológico que, en resumidas cuentas, establece la interacción entre los recursos desarrollados individualmente con las instancias colectivas disponibles en la comunidad. Asimismo, tanto el capital social estructural (relaciones, redes, asociaciones y estructuras institucionales que agrupan a los individuos), como el capital social cognitivo (valores, normas, reciprocidad, altruismo y responsabilidad cívica) expresan el carácter ecológico del capital social. Estos diferentes componentes son los que darían cuenta de las cualidades del apoyo social disponible para el individuo. Este apoyo contribuiría a la protección del individuo contra elementos estresantes del entorno. Es fácil, por tanto, deducir de la perspectiva de Whitley y McKenzie la influencia de estas dimensiones en la génesis, tratamiento y curso de las enfermedades mentales, partiendo desde el alcoholismo, pasando por desórdenes del estado del ánimo (como depresión y ansiedad), hasta llegar a la dinámica de la esquizofrenia, donde se juega además la relación entre genética y ambiente, no pudiéndose excusar ninguna de las dos del análisis. De cara, por ejemplo, a la “epidemia de la depresión”, la intensidad de los lazos sociales se ha correlacionado con la menor prevalencia de suicidios en ciertas poblaciones y, de hecho, una mayor cohesión del capital social se coliga con una mejor salud en general. Esta es una línea de pensamiento que puede seguirse no solo para el caso de la ansiedad y de la depresión, sino incluso para el de la psicosis. En todo caso, acotan los autores, no tanto la diversidad como la calidad y dinámica interna de los recursos disponibles dentro del capital social puede estar influenciando negativa o positivamente la aparición de problemas de salud mental, tales como el alcoholismo o incluso en la incidencia y curso de la psicosis. Esta acotación apunta a que deben observarse con mayor detenimiento las cualidades intrínsecas a las redes sociales que forman parte del capital social para determinar el

tipo de influencia sobre la salud mental, puesto que dependiendo de sus valencias pueden presentarse como un recurso o como un factor de riesgo, pues, por ejemplo, así como promueven muchas acciones favorables, pueden constreñir otras. Para los profesionales en salud debe ser de interés el determinar las características del capital social ecológico de una persona para establecer la capacidad de su entorno social para absorber y apoyar a un paciente durante su recuperación. El capital social ecológico y el individual pueden predecir el grado de cronicidad de un padecimiento psíquico desde el momento de su inicio, de forma que un alto nivel de involucramiento desde las redes sociales locales puede coadyuvar a estabilizar a un paciente y a prevenir un desenlace crónico. Entre otras opciones que abre el estudio del capital social, puede reseñarse su contribución en las decisiones sobre la localización de hogares de paso, de centros de rehabilitación o crisis, u otros recursos comunitarios similares, así como la previsión sobre el impacto de la persona con un padecimiento mental sobre su entorno inmediato. Cuatro constructos son citados por Whitley y McKenzie como útiles indicadores del capital social: eficacia colectiva, un sentido psicológico de comunidad, cohesión vecinal y competencia comunitaria (Whitley et al., 2005, p. 81). De nuevo, es la calidad, y no meramente la cantidad o diversidad de las redes sociales identificadas, lo que puede contribuir a establecer rutas etiológicas y de recuperación de la enfermedad mental. Asimismo, la movilidad social es un factor que afecta la influencia de las redes sociales, cuando, por ejemplo, en el caso de la niñez o la vejez, tienden a ser más estáticas, lo cual implica mayor exposición al contexto social inmediato y menor acceso a una pluralidad social.

Algunas de las dificultades identificadas en otras latitudes pueden servir de punto de referencia para la investigación en salud mental en nuestro país.

Entre las principales dificultades identificadas, se encuentran en un primer lugar los elementos puestos de relieve en la discusión planteada Ngui, Khasakhala, Ndetel, and Weiss (2010), sobre las inequidades en salud y los problemas éticos que emergen de la situación de la salud mental en los países en desarrollo. Las cifras de

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

desórdenes mentales dan cuenta del enorme peso que tienen dentro del tema más general de la salud- enfermedad mundial, cifras que han sido subestimadas e infravaloradas. Desórdenes neuropsiquiátricos reportan importantes porcentajes de las enfermedades a nivel mundial y muy especialmente en los países en desarrollo, sobre todo los casos de depresión, abusos de sustancias (incluido el consumo excesivo de alcohol), la esquizofrenia y los suicidios. Se considera que para el año 2020, estos desórdenes de la salud mental inhabilitarán conjuntamente a más personas que las complicaciones que se derivan del VIH-sida. Estas cifras son más críticas en el caso de niños, niñas y adolescentes. Es así como esta panorámica pone de relieve el dilema ético que se desprende de las disparidades que se presentan sobre todo en los países en desarrollo. El llamado ético por una atención apropiada para las personas que viven con un problema de salud mental, debe velar por un trato no discriminatorio, sobre todo de aquellas personas que además pueden ser marginalizadas, estigmatizadas y discriminadas. Es un llamado por la inclusión e integración de una agenda de derechos humanos. Además, para Ngui et al. el abordaje del tema general de la salud tiene como clave fundamental el paso inicial por la salud mental. En los países en desarrollo, el abordar las inequidades y las necesidades no cubiertas en salud mental, exige el establecimiento y fortalecimiento de los estándares éticos, tanto en el tratamiento como en la investigación, sobre todo al apuntar hacia la desaparición de las disparidades. Precisamente son esas inequidades las que han sido desatendidas, como lo ilustra el caso de las metas del milenio de Naciones Unidas en el año 2000 que hacen caso omiso del tema. En prácticamente todas las naciones, las personas pobres están expuestas a un riesgo mayor de desarrollar desórdenes mentales que las no pobres, de tal manera que la pobreza se convierte en una causa y una consecuencia de una disminuida salud mental, en un círculo perverso. Las consecuencias de la inequidad en el acceso a la salud mental implican un continuo e innecesario sufrimiento e incluso la muerte, tienden a incrementar el estigma y la marginalización, debido a la falta de inversión en recursos, sobre todo en el tratamiento de personas más afectadas. De hecho, se considera que más del 80% de quienes sufren de desórdenes mentales, como



epilepsia, depresión, esquizofrenia, discapacidad intelectual, uso excesivo de alcohol e incluso el riesgo de suicidio, viven en países en desarrollo, con porcentajes muy altos de desatención en todos los casos. Tanto es así, puntualizan los autores, que en muchos países en desarrollo ni siquiera existen políticas dirigidas a las necesidades básicas y los derechos de los individuos con enfermedades mentales que faciliten su incorporación en los planes de salud. En muchos de estos países, los pacientes abandonan el hospital sin saber siquiera su diagnóstico ni qué tipo de tratamiento están tomando. En muchos de estos países, también, la responsabilidad por el cuidado del paciente recae sobre las mujeres e incluso sobre niños y niñas, debido a las altas tasas de mortalidad consecuencia del VIH-sida y otras enfermedades contagiosas. En muchos de estos países, las personas con enfermedades mentales permanecen sin tratar pese a la existencia de tratamientos efectivos. En muchos de estos países, las leyes, prácticas y normas sociales otorgan un amplio poder de decisión a los guardianes de personas con enfermedades mentales a decidir sobre su vida, sus asuntos financieros y personales, y su cuidado, incluyendo los internamientos hospitalarios¹³. Estas circunstancias, conducen al incremento en la discriminación y el estigma social, sobre todo para las personas más pobres que, en muchos casos, están expuestas a un riesgo mayor. Uno de los puntos más polémicos que abordan estos autores tiene que ver con que el limitado conocimiento de las causas, síntomas y tratamientos a menudo induce a las personas a regirse por creencias populares sobre su condición; creencias relacionadas con fuerzas sobrenaturales, posesión de espíritus malignos, maldiciones o castigos que recaen sobre la familia o son parte del linaje familiar, las cuales, opinan Ngui et al (2010), contribuyen a la estigmatización y aislamiento social, haciendo que los padecimientos parezcan intratables y contribuyendo a la exclusión social (sobre el valor de estas creencias y mitos en una atención integral de la salud mental, se comentará más adelante). Lo que sí resulta menos debatible es que las

¹³ Sobre un modelo de intervención en Estados Unidos para la reducción de intervenciones coercitivas en enfermedades mentales, véase: Swanson et al, 2008.

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

necesidades no cubiertas en salud mental implican un alto costo humano y económico y abonan otros problemas sociales, como desempleo, abuso de sustancias y pobreza. La brecha entre las dimensiones de la enfermedad mental y los recursos disponibles es tan grande que los servicios suelen estar saturados y con recursos materiales y humanos insuficientes, lo cual perjudica a la calidad de la atención. Incluso en los países desarrollados, como es el caso de los Estados Unidos, se ha llegado a establecer la relación entre la desinstitucionalización de personas con enfermedades mentales y el incremento en su encarcelamiento. El reto desde el punto de vista de la ética, afirman los autores, y tomando en cuenta los derechos humanos, consiste en: proveer servicios en salud mental a comunidades en que no se tienen acceso o no es sostenible, particularmente las zonas rurales más alejadas de los centros urbanos (se comentará más sobre este punto más adelante). Asimismo, es imperioso combatir la falta de conciencia sobre la salud mental, así como el limitado conocimiento que se tiene sobre las dimensiones de esta problemática que la hacen estar en una prioridad social muy baja; la erradicación del círculo vicioso entre salud/enfermedad mental y pobreza. Igualmente, la lucha contra el estigma social; y la necesidad de dictar políticas públicas que conlleven a las reformas necesarias en los servicios especializados son puntos de una agenda pendiente¹⁴.

Ruralidad y salud mental

Sutton, Maybery, and Moore (2010) destacan cómo en la ruralidad estas dificultades están relacionadas con el aislamiento de los profesionales en salud mental, que se asocia a su vez con limitaciones para el entrenamiento y el desarrollo profesional, con la falta de apoyo de los sistemas centralizados, así como con la escasa cooperación de las agencias gubernamentales; los profesionales, por su parte, se enfrentan a la extrañeza respecto al entorno cultural, al difícil acceso a otros servicios públicos para sí mismos y sus familias (v.g. educación), tanto como a

¹⁴ Para una discusión especializada sobre el tema de la ética y la salud mental, véase: Roberts, 2002.



jornadas extenuantes y alta exposición al agotamiento laboral (*burn out*). Como consecuencia, emerge un faltante significativo de profesionales experimentados que deberían ser los líderes en el tema de la salud mental en las áreas rurales, debido a las dificultades en el reclutamiento, retención y entrenamiento. Estas circunstancias tienen un particular impacto en la atención de la salud mental en el campo de los servicios especializados dirigidos a la población infantil y adolescente. Todo lo anterior acarrea discrepancias en la definición, interpretación y aplicación de políticas públicas en este ámbito, así como divergencias en cuanto a los indicadores de éxito. Una de las formas más críticas en que repercuten estas limitaciones en el ámbito cultural es que el desconocimiento y los estigmas sobre la enfermedad (salud) mental tienen una alta prevalencia y una perjudicial influencia a nivel social. Por tanto, añaden los autores, una de las áreas que debería de tomarse en cuenta al analizar el tema de la salud mental en las comunidades rurales es la capacitación e inducción de los profesionales en salud en las idiosincrasias rurales y en sus marcos culturales de referencia.

En la misma línea de pensamiento, Keller, Murray & Hargrove (1999) ya habían planteado, para el caso norteamericano, la necesidad de elaborar un agenda para la investigación en este campo, de robustez teórica y metodológica, coherente con las necesidades del contexto rural, por medio de una conceptualización adecuada de sus características intrínsecas.

Uno de los aspectos medulares subrayados por Moore, Sutton y Maybery, en la organización de un sistema de atención en salud mental, es la colaboración entre las diferentes agencias gubernamentales, lo cual ha de contribuir, entre otras cosas, al reclutamiento, desarrollo y retención del capital humano en salud mental. Estas relaciones colaborativas se evidencian de manera particular cuando se abordan temas como el de los programas de atención en el consumo de drogas y los servicios de salud mental (de especial interés en Costa Rica que cuenta con dos instituciones encargadas de estos temas), lo cual puede proporcionar grandes aportes, por ejemplo, en cuanto al entrenamiento en las mejores prácticas. Otro de

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

los enlaces determinantes es el que debe mantenerse entre las instituciones que brindan los servicios directos y la academia, no solo porque esta última brinda el entrenamiento básico, sino porque además puede proporcionar los insumos para la adaptabilidad de los modelos de salud mental a los contextos específicos de su aplicación (en el caso que aquí se destaca: a la ruralidad) y promover así un liderazgo profesional en la implementación de las estrategias apropiadas, con una decantación clara de los roles y las expectativas por medio de programas de inducción y capacitación.

Etnicidad y salud mental

El elemento central al tomar en cuenta la dimensión étnica o de contextualización cultural en el debate sobre salud mental lo constituye el cuerpo de creencias, preferencias y prácticas sobre el tema que forman parte de cada contexto cultural, tal y como lo propone Aisenberg (2008) y que se detalla a continuación. Una de las principales barreras con las que se enfrenta este principio fundamental es la que se deriva del enfoque “basado en la evidencia empírica” que prioriza la “efectividad” y el mandato del “costo beneficio”. Aunque esto último pueda parecer muy razonable, dado que un protocolo de atención basado en evidencia empírica puede ofrecer importantes avances en el tratamiento y atención de los problemas de salud mental en distintas poblaciones, sus postulados dejan por fuera importantes dimensiones del manejo de la salud mental mediado por la cultura. Los postulados de un modelo basado en la evidencia empírica suponen que, primero, la investigación científica contribuye significativamente a la efectividad de la atención, segundo, que de su “efectividad” se deriva la necesidad de su implementación y, tercero, que su aplicabilidad en determinadas poblaciones garantiza su aplicabilidad en cualquier otro contexto. El término “modelo con evidencia empírica” se utiliza como sinónimo de “mejores prácticas”, lo cual puede inducir a error al presuponer que puede ser aplicado irrestrictamente a cualquier minoría étnica con igual efectividad. Esta visión va de la mano de la carencia y escasez de investigación de la salud mental en las minorías étnicas. Como ejemplo,

expone Aisenberg que las directrices sobre la atención a algunos de las condiciones de salud más destacadas, tales como desorden bipolar, esquizofrenia, depresión y desorden hiperactivo/déficit atencional, tienden a universalizarse. La falta de inclusión de la dimensión étnico/cultural ha generado una despreocupación por la eficacia de los modelos de tratamiento en minorías tales como los afrodescendientes, las etnias indígenas o, como es también el caso de nuestro país, los migrantes¹⁵. Esta generalización de los modelos diseñados desde los grupos hegemónicos no ha logrado demostrar su aplicabilidad, relevancia y propiedad en otros grupos sociales no hegemónicos. Este abordaje universal deja por fuera historias, lenguajes, valores, tradiciones y sabidurías autóctonas de las diversas comunidades y deja por fuera también las nociones sobre “padecimiento” que imperan en los diversos grupos culturales y que están impregnadas de sus referentes de clase social, estatus legal, niveles de aculturación, historias de migración (entre países y al interior de un mismo país) y, de muy particular importancia en el tema de salud mental, de la idea sobre el estigma social, es decir, de la percepción de la enfermedad mental y de la búsqueda de ayuda, así como de las concomitantes preferencias por determinados “tratamientos”. Añade Aisenberg que para muchos grupos sociales este es un conocimiento transmitido generacionalmente, a menudo por tradición oral, pero que es considerado por la visión occidental como inferior al conocimiento científico. Por ejemplo, el modelo occidentalizado y “medicalizado” es individualista y dualístico en su naturaleza, al partir de una separación entre cuerpo, mente y espíritu, mientras que en las tradiciones culturales se ve como parte de un sistema integrado de creencias. Esta disyunción se presenta también entre la producción académica y los proveedores del servicio. La diseminación de este modelo hegemónico está frecuentemente asociada con la desconfianza prevaleciente en las comunidades étnicas, pues tiene su raigambre en las experiencias históricas de marginalización y dominancia cultural, como algo

¹⁵ Para un ejemplo de una intervención planificada y acorde al marco cultural autóctono, en una minoría étnica de un país desarrollado, sus avances en salud y en salud mental en el último cuarto del Siglo XX y su proyección a futuro, véase: el caso de los Māori de New Zealand, en Durie, 2011.

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

impuesto que perpetúa un legado de opresión. Estas condiciones hacen que el modelo hegemónico basado en la evidencia empírica quede en tela de juicio en cuanto a su competencia cultural. Así se da la singular paradoja de que al intentar “adaptar” los modelos de salud mental sin considerar adecuadamente las dimensiones culturales, tal adaptación se realiza sin rigurosidad científica (desde el punto de vista de la psicología social, por ejemplo), paradoja que promueve una inequidad social. Por tanto, es equívoco el priorizar el modelo hegemónico sobre las prácticas tradicionales, sin tomar en consideración el posible choque entre ambas. De esta manera, opina además Aisenberg, para los diseñadores de políticas tanto como para los profesionales a cargo, es necesario escuchar y aprender de las comunidades y de las realidades contextuales. La inclusión de la voz de la minoría étnica en las etapas del planeamiento debe prevalecer sobre el mero extraerlos de sus costumbres. Solo de esta manera es posible la comprensión del papel que ocupan las creencias y experiencias en las actitudes prevalecientes hacia la aceptabilidad de los tratamientos. El conocimiento debe nutrirse de diferentes fuentes, entre ellas y valorada en igualdad, la experiencia del o la “paciente”, su ambiente y sus preferencias. Esta es la forma en que un enfoque de salud mental se torna sensible a la cultura, al compartir la visión de todos los involucrados. Un nuevo instrumental de evaluación debe tomar en cuenta y ser sensitivo al contexto histórico, económico y social, así como al grado de aculturación de los destinatarios.

Familia y salud mental

La familia, vista desde la óptica de la salud mental, es el escenario de confluencia de diferentes vectores que definen la dinámica salud–enfermedad, según Cleek, Wofsy, Boyd, Mundy & Howell (2012). De hecho, exponen los autores, la familia tiene que vérselas con diferentes fuerzas psicosociales, tales como ser el sitio de vivienda, el lugar de la violencia doméstica, del cuidado infantil, el blanco del racismo, de la vulneración por consumo de sustancias, así como constituir la residencia de la enfermedad mental; sobre la familia deberían impactar de manera directa los servicios tradicionales de salud y desde ahí vehiculizarse la efectividad del

tratamiento. Sin embargo, los programas de atención solo brindan un apoyo fragmentado y se ven más bien involucradas en agendas contradictorias que compiten entre sí. Así, Cleek et al., analizan el *family empowerment program* (FEP: programa de empoderamiento a la familia) en Nueva York (*Brooklyn Family Resource Center*) y destacan algunos de sus más sobresalientes alcances. El programa trata de balancear las necesidades y fortalezas de las familias con sus prioridades sistémicas, de manera tal que los equipos multidisciplinarios a cargo puedan ayudar a priorizar las preocupaciones de las familias y, por tanto, estabilizar su funcionamiento al lograr la coordinación necesaria con los servicios apropiados. Un grupo de padres y madres es el encargado de abogar por las necesidades familiares, a partir de en su propia experiencia de buscar apoyo para los problemas asociados a la salud mental de sus propios hijos e hijas, de tal manera que se ofrecen como recursos muy flexibles para afrontar las necesidades emocionales y conductuales de la fratria. Hasta ahora, se ha evidenciado que esta modalidad ha contribuido a incrementar la probabilidad de que las familias se involucren en los tratamientos. Paralelamente, se ofrece una variedad de talleres y grupos de apoyo bajo la consigna de promover la comprensión de los asuntos relacionados con la salud mental de niños y niñas, al incentivar las redes de padres y madres de familia. El trabajo se centra en destacar el punto de vista de cada uno de los miembros de la familia, subrayando sus fortalezas y reformulando el problema actual desde sus raíces familiares, con el propósito de identificar los “ciclos sintomáticos” y ayudar a la familia a lograr mejores patrones de interacción, al tomar en cuenta sus formas habituales de comunicación, de solución de problemas y resolución de conflictos. Esta idea es una forma de traducir los términos teóricos de la salud mental a un modelo práctico. De esta manera, los principios del modelo son consistentes con la noción de “recuperación”, tanto de primer como de segundo orden. Al estabilizar los factores ambientales (segundo orden) y las necesidades concretas de servicio, se están generando las condiciones necesarias para el suministro exitoso del tratamiento adecuado para promover cambios importantes al interior de la familia (primer orden); asimismo, el abogar por las familias, combinado con la intervención

clínica y los servicios especializados, crea una sinergia que al mismo tiempo refleja un marco de coordinación multisistémico. De más está en insistir en que se toma como eje fundamental la sensibilidad hacia la edad, el género y los aspectos culturales de los clientes, todo lo cual no solo es establecido de previo, sino que además está orientado a identificar las necesidades y el trasfondo cultural, así como las fortalezas, necesidades, intereses y metas individuales.

Mujeres, migración y grupos de apoyo

Según estudios en otras latitudes, la incidencia de problemas relacionados con la salud mental es particularmente alta entre mujeres migrantes, en padecimientos tales como depresión, esquizofrenia y estrés post inmigración; asimismo, es presumible que estos padecimientos no reciban la adecuada atención (O'Mahony & Donnelly, 2010). De tal manera, es posible atestiguar cómo las mujeres migrantes se encuentran en una condición de especial fragilidad y vulnerabilidad, con escasa probabilidades de obtener la atención requerida, lo cual está estrechamente ligado a su enorme esfuerzo laboral para proveer a su familia. Coinciden O'Mahony y Donnelly en la necesidad de enmarcar el tema de la salud mental de las mujeres migrantes en sus condiciones sociales, económicas, culturales, históricas y políticas de sus vidas. Uno de los conceptos centrales se refiere a la "hibridación cultural" que gira alrededor de la figura femenina y que hace combinar diferentes elementos culturales, así como desvanecer algunas fronteras culturales, pues se presenta una fusión creadora de nuevas identidades y nuevos significados entre la cultura de origen y la cultura de arribo. En este contexto, la interpretación sobre qué es una enfermedad mental o un asunto de salud mental topará con variaciones importantes según como se jueguen estas coordenadas. Es importante considerar la cultura no solo como una característica social más de las mujeres migrantes, sino también como un proceso fluido y dinámico que se entreteje en la vida cotidiana. Entendiendo este encuadre, es posible interpretar adecuadamente las actitudes de las mujeres migrantes hacia la salud y la enfermedad y, así, adaptar las prácticas institucionales en salud mental. Es importante que las instancias encargadas de la

salud mental reflexionen y se cuestionen sobre su posición y sus prácticas de cara a sus usuarios, lo cual incluye, en el caso de las mujeres migrantes, sus experiencias pasadas, especialmente aquellas ligadas al desplazamiento, y cómo esto da forma a su posición social y sus experiencias actuales. Las generalizaciones culturales y los estereotipos pueden conducir a los profesionales en salud a funcionar a partir del prejuicio y a una cerrazón en las opiniones propias, mientras que la sensibilidad cultural parte del reconocimiento y reflexión crítica sobre las propias actitudes negativas hacia las migrantes, debidas solamente a su etnicidad u origen. Esto permitiría a los proveedores de atención en salud mental el aprender a cuestionarse más acerca de localizar la responsabilidad de la salud y la enfermedad más allá del nivel meramente individual. Este cuestionamiento crítico implica desafiar las inequidades que afectan la salud de las personas y utilizar con mayor conciencia las perspectivas teóricas que subyacen a la investigación, la atención y al conocimiento en salud. La aplicación de un análisis basado en el género sobre las políticas y programas facilitaría el desarrollo de una atención centrada en la mujer que, a su vez, ofrezca a las mujeres migrantes opciones de atención en salud mental y un acceso igualitario a los servicios en salud mental. Como ya lo han puntualizado O'Mahony y Donnelly, algunos determinantes sociales, tales como un disminuido apoyo social, el estatus socioeconómico y la discriminación afectan la salud mental de las migrantes y deben ser considerados como prioridades, de manera que el involucrar a mujeres migrantes con enfermedades mentales en los procesos sea un recurso a considerar para orientar el cambio y la innovación. Las voces de las mujeres migrantes son decisivas para definir los asuntos importantes y sugerir estrategias efectivas, tanto en la formulación de políticas como en el diseño de los programas. Asimismo, la investigación sobre los indicadores sociales y económicos alrededor de la migración muestra cómo opera la injusticia social y la inequidad, en aras de formular un plan de acción. Entonces, no debe pasarse por alto que en la realidad cotidiana de estas mujeres se cierne sobre ellas la visión prejuiciosa del "otro" como "diferente" e "inferior", mientras que la investigación debe mostrar las experiencias vividas, sus palabras, sus relatos y sus imágenes para delinear con

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

precisión la construcción de sus identidades. La sensibilidad y la reflexividad cultural deben imponerse sobre la reproducción de discursos estereotipados sobre formas sociales que conllevan a su vez a la reproducción de relaciones sociales no equitativas, así como a sentimientos de “otredad” conducentes a poner y mantener a las mujeres en una posición de desventaja social. Un conocimiento generado desde esta perspectiva debe contribuir a ayudar a las mujeres migrantes a comprender y transformar su situación. El caso de las mujeres migrantes permite poner de relieve cómo la salud y la enfermedad están estrechamente ligadas con factores tales como raza, clase, género y otras relaciones sociales, pues la vida de las personas es vivenciada desde estos vectores.

La condición de salud mental de las mujeres no solo se ve críticamente afectada por la migración. Los factores de vulnerabilidad social se ciernen sobre todas las mujeres, en mayor o menor medida, dependiendo de cómo se conjuguen las diferentes determinantes sociales. Sin embargo, ciertas condiciones exacerban esta vulnerabilidad, tal como se da cuando se combinan la enfermedad mental y el consumo de sustancias. De hecho, se ha llegado a establecer que la enfermedad mental y el consumo de sustancias adictivas no solo tienden a ocurrir simultáneamente con gran frecuencia, sino que además se retroalimentan una a la otra, lo cual lleva, entre otros desenlaces posibles, a una mayor tasa de intentos de suicidio, sobre todo entre las mujeres (Greenberger, 1998). Greenberg agrega que la combinación de enfermedad mental y consumo de drogas es cada vez más común, pero que en el caso de las mujeres enfrenta aspectos de mayor complejidad, en primera instancia, los relacionados con la genética y el ambiente. Los avances en la investigación con enfoque de género muestran que las mujeres sufren, en una desproporcionadamente mayor frecuencia, de desórdenes de ansiedad y depresión (comparadas con los hombres). Asimismo, las indagaciones sobre el consumo de alcohol muestran que las mujeres están expuestas a factores de riesgo específicos y requieren de un tratamiento adecuado a sus necesidades. Los desórdenes asociados a la reacción de pánico duplican las cifras de los hombres

y los trastornos alimenticios como anorexia y bulimia son diez veces mayores, siendo la anorexia la que cuenta con la tasa más alta de mortalidad entre los desórdenes mentales. En el caso del alcoholismo, las deficiencias fisiológicas son mayores y aparecen más temprano en la vida de las mujeres, aunque su nivel de consumo sea menor que el de los hombres; las tasas de mortalidad entre mujeres alcohólicas son de un 50% a un 100% mayor que en el caso de los hombres, incluyendo suicidio, accidentes de tránsito, desórdenes circulatorios y cirrosis. Las mujeres tienden a usar el alcohol, la sustancia adictiva de su preferencia, como mecanismo para lidiar con los conflictos (*coping*), mientras que los hombres lo utilizan para socializar. Aunque las mujeres tienden a iniciar su carrera alcohólica más tardíamente, desarrollan problemas con mayor rapidez. Las mujeres están expuestas a un riesgo mayor de dependencia a medicamentos de prescripción, tales como sedativos y tranquilizantes, aunque comparten con los hombres el mismo riesgo de utilizar drogas callejeras. Por otra parte, añade Greenberg, las mujeres enfrentan más barreras al tratamiento como preocupación por sus responsabilidades ante el hogar y la familia, la amenaza de perder la custodia de sus hijos e hijas, o el mero sentimiento de necesitar del alcohol y las drogas para lidiar (*cope*) con las situaciones cotidianas. También, es más probable que las mujeres no dispongan de los recursos para cubrir los tratamientos.

Otra de las situaciones posibles con las que tienen que lidiar las mujeres, en tanto estén a cargo de la vida doméstica, es la responsabilidad sobre miembros de la familia que padezcan una enfermedad mental. Se ilustra esta condición aquí con el caso de las madres a cargo de hijos e hijas con autismo. Shu and Lung (2005) han puesto de relieve la escasez de estudios sobre las redes de apoyo con que pueden contar las madres de niños y niñas autistas. Las madres con hijos o hijas autistas suelen padecer de depresión y ansiedad en proporciones mucho mayores que otras madres a cargo de pacientes con enfermedad mental. Por ello, estas madres requieren de un mayor apoyo emocional y una apropiada asistencia. De esta manera, la presencia de redes de apoyo, evaluadas por las cuidadoras como

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

adecuadas, se asocia con sentimientos de protección contra el estrés. Subrayan Shu y Lung el hecho de que es el bienestar subjetivo la variable que con mayor fuerza predice una mejor condición de salud mental. Dado que este bienestar subjetivo se asocia con las posibles redes de apoyo con que cuentan las madres, presumen los autores que mayor duración y consistencia de los grupos de apoyo puede contribuir muy significativamente a incrementar el bienestar subjetivo y con ello, por tanto, a disminuir los índices de estrés, ansiedad y depresión asociados al cuidado de un niño o una niña con autismo. El modelo de promoción de la salud ha sido reconocido como una firme plataforma para planificar y ofrecer servicios en salud; por ejemplo, un estilo afable a la hora de explicar esta discapacidad y al instruir sobre cómo lidiar con ella, que permita además entrar en contacto con otros recursos sociales disponibles, se relaciona muy estrechamente con la aceptación de la discapacidad. El nivel de autoeficacia de las madres, derivado de este abordaje, permite mediatizar el efecto de esta condición infantil en los síndromes de ansiedad y depresión de las madres. De esta forma, los grupos de apoyo, articulados como redes sociales, se consideran una modalidad muy efectiva de ofrecer el tratamiento y de instruir a las madres sobre cómo afrontar el reto del comportamiento infantil asociado al autismo.

No resulta difícil extrapolar las experiencias y las dificultades que enfrentan las madres de niños y niñas autistas al caso de otras mujeres a cargo de personas con un problema de salud mental y derivar de esta comparación el papel clave de un sistema social de apoyo.

Niñez y adolescencia

Hiscock et al. (2012) parten del dato reportado por la Organización Mundial de la Salud de que para el 2030 las enfermedades mentales serán las dominantes en los países desarrollados, entre las cuales un porcentaje muy significativo estará representado por niños y niñas desde edades muy tempranas. No obstante, añaden, existe una pobre oferta de servicios especializados en salud mental dirigidos a la población menor de edad. Aparte de los costos individuales, familiares y sociales



que esto ha de acarrear, se destaca el hecho de que los problemas de salud mental en la temprana infancia constituyen el predictor más fuerte de la subsecuente salud mental durante toda la infancia y la adolescencia. De no ser tratados estos problemas, más del 50% puede prevalecer durante la infancia y la adolescencia, lo cual, a su vez, se traduce en otros indicadores de riesgo, tales como la exclusión del sistema educativo, el abuso de sustancias, la violencia familiar, el desempleo, el involucramiento en asunto atinentes al sistema de justicia y el suicidio. Los autores añaden que esos problemas se dividen en dos tipos: los externalizados y los internalizados, la mayoría de los cuales es identificable en los años preescolares. Entre los factores de riesgo más destacados se encuentran los problemas de salud mental de los padres, conflictos en la pareja, paternidad o maternidad solitaria, abuso de sustancias, aislamiento social, bajo nivel de ingresos y la dificultad maternal relacionada con el temperamento infantil. De todos estos, el más factible de ser abordado exitosamente, en aras de su transformación posible, es el atinente a las prácticas parentales negativas (prácticas de crianza). La disciplina severa y la pobre calidez en las relaciones que caracterizan a las prácticas negativas son predictores de problemas externalizados, mientras que la sobreprotección y la escasa calidez en las relaciones se asocian a los problemas interiorizados. Los problemas externalizados están constituidos por desórdenes de conducta, oposición desafiante y agresión, mientras que los problemas interiorizados incluyen ansiedad, retraimiento social y depresión. Las modalidades que han mostrado mayores indicadores de éxito están ligadas a las iniciativas para apoyar a padres y madres de familia tanto desde un punto de vista preventivo como desde la intervención, puesto que se ha demostrado que las prácticas de crianza parentales son el foco de atención que permite disminuir la incidencia de los problemas de salud mental reseñados más arriba. Estos programas de apoyo se pueden dividir en aquellos que son universales, dirigidos a toda la población, y los que se concentran en poblaciones en riesgo, aunque, puntualizan los autores, la frontera entre ambos es cada vez más difusa. Para evitar la estigmatización de determinados grupos, se sugiere iniciar con programas preventivos universales.



Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

Desde la sociología de la salud mental, Avison (2010) destaca el paradigma del proceso de estrés, cuyos orígenes ubica en el mundo social, como surgiendo del contexto social de la vida cotidiana. Cuando se pone el foco de interés en niños, niñas y adolescentes, se evidencia una falta de estudios que contemplen la dinámica de esta condición y cómo se vincula con la salud en general y la salud mental en particular. Esta perspectiva requiere necesariamente de una visión comprensiva del proceso de estrés a lo largo del ciclo de la vida y cómo las experiencias tempranas afectan el desarrollo ulterior. Basado en la transformaciones que ha sufrido la estructura familiar desde el último cuarto del siglo pasado y tomando en cuenta además la reconfiguración de los roles dentro de la familia, así como factores de riesgo específicos, Avison muestra cómo determinadas condiciones de vida que emergen desde que el bebé se encuentra en el útero materno, van a incidir directamente en la aparición de determinados elementos estresantes y, por consecuencia, como gestores de posibles problemas de salud mental que empiezan a vislumbrarse desde la temprana infancia. Como paradigma expone el bajo peso al nacer que, en estudios longitudinales, ha demostrado tener un impacto importante sobre la génesis de la depresión y otros problemas de salud mental. Entre otras causas, el autor identifica los cambios demográficos que impactan la configuración de las estructuras familiares y delinean el tipo de conflictos que aparecen en su interior. La heterogeneidad de las familias implica que las experiencias de niños y niñas sean hoy más variadas que nunca. Esta diversidad en crecimiento de las estructuras familiares podría estar generando todo un conjunto de nuevos estresores, sobre todo cuando la conformación de la familia se asocia, además, por ejemplo, con un bajo nivel socioeconómico u otras adversidades familiares o experiencias traumáticas. La presencia de estos nuevos estresores estaría mediando la asociación entre nuevas formas de familia y las subsecuentes experiencias vitales, con el surgimiento posterior de posibles problemas en la salud mental. La ilustración paradigmática sobre la que insiste Avison es la correlación entre el bajo peso al nacer, que puede estar determinado por una serie de contingencias dentro del núcleo familiar, y la ulterior aparición en la vida adulta de

cuadros depresivos. De hecho, encuadra este hallazgo con otros determinantes sociales protagonizados desde el núcleo familiar, tales como la clase social actual, la clase social al nacer, reciente pérdida de un ser querido, enfermedades actuales, entre otros, y que se asocian con el bajo peso al nacer y éste con la depresión en el ciclo de vida, sobre todo en el caso de los hombres, entre quienes, además, se encuentran – en consistencia con este dato – más altas tasas de suicidio. Su tesis central es que las desventajas acumuladas a lo largo del ciclo vital describen procesos que pueden estar dando cuenta de las rutas que conectan la vida intrauterina con la salud mental en la persona adulta. Esta condición se exagera cuando los primeros indicios de problemas en la salud mental impactan la vida escolar y, subsecuentemente, los posibles logros en otros ámbitos de la vida. De esta manera, se subrayan los procesos psicosociales que subyacen a la relación estrés – aflicción que no es inconsistente con la idea de que las trayectorias vitales con exposición a desventaja social someten a los individuos a estresores muy intensos que tendrían consecuencias muy adversas para la salud en general y la salud mental en particular.

Al incorporar una dimensión sociológica a la trayectoria de vida desde la niñez, enfatiza Avison, incluso desde sus orígenes fetales, se pueden identificar las causas principales y, además, mostrar cómo la estructura social está inextricablemente asociada con la biología y la fisiología de la salud y la enfermedad mental. Las trayectorias de salud mental a lo largo del ciclo de la vida exigen un análisis sistemático de las condiciones sociales y fisiológicas al nacer y durante el desarrollo, de los elementos estresantes que surgen a partir de ellas, y de los procesos que mediatizan o moderan el estrés durante la niñez. No hay que pasar por alto, puntualiza finalmente el autor, que las interacciones padre/madre-infante son críticas para la salud mental de sus retoños, especialmente la crianza positiva y el apego parental, y que también es por esta vía que son transmisibles generacionalmente las enfermedades mentales

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

En una interesante discusión sobre las características que deben tener los servicios en salud mental para la población infantil y adolescente, Birlson and Vance (2008) ponen el énfasis en que más que una adecuación por rangos de edad, debe proponerse un modelo basado en las edades de desarrollo y en un cambio cultural de los servicios de salud mental, sobre todo para prever la imposición de una visión adultocéntrica. Luego de reseñar que más de la mitad de los desórdenes mentales aparecen en la niñez y la juventud temprana, mencionan cómo los cambios propios de la niñez a la adolescencia pueden estar asociados al origen precoz de determinados problemas mentales, tales como la distimia en tanto es la manifestación más frecuente de los desórdenes depresivos, la cual tenderá a agudizarse durante y luego de la pubertad, cuando la incidencia de trastornos depresivos mayores se incrementa, haya o no antecedentes de desorden distímico. En todo caso, durante el paso de la adolescencia tardía a la adultez temprana, el joven experimenta la individuación de los padres, el incremento en las relaciones sexuales, la transición de la educación a la vocación, con incrementos en la autonomía y la experimentación social, todos ellos cambios que pueden ser vivenciados como de mucha tensión y que intensifican el factor de riesgo asociado al consumo de sustancias y al inicio o progresión de desórdenes de ansiedad y del ánimo. Por todo esto, es necesario desarrollar modelos de atención especializada a la niñez y adolescencia, capaces de identificar muy precozmente los indicadores posibles de malestar psicológico y poder atenderlos de una manera apropiada, lo cual implica, entre otras cosas, la colaboración del sistema educativo. Entre las recomendaciones más importantes que postulan, se encuentran la promulgación de políticas gubernamentales para fortalecer a las familias y la capacidad parental para apoyar a niños y niñas, desarrollar factores protectores tales como competencias sociales y psicológicas durante los años escolares para incrementar la resiliencia y disminuir el riesgo, una mejor identificación y monitoreo de niños y niñas con perfiles de factores de vulnerabilidad biopsicosocial durante el ingreso a la escuela y durante las transiciones que se experimentan en este ámbito, mayor inversión en apoyo al estudiante y servicios de salud mental, que involucren a las

escuelas y ofrezcan una intervención temprana y, finalmente, una mayor coordinación entre los diferentes niveles de atención y simplificación de trámites para hacer los servicios más accesibles a las familias (Birleson & Vance, 2008, p. 25). Sobre todo, concluyen, debe maximizarse la capacidad de convencimiento hacia la juventud respecto a la identificación de problemas de salud mental, entre otras razones, para lograr abrir el camino hacia la búsqueda de ayuda.

La contribución de la escuela al bienestar mental de niños y niñas es resaltada también por Spratt, Shucksmith & Watson(2006), pues consideran que la escuela es el ambiente óptimo donde articular los esfuerzos de diferentes agentes sociales, pese incluso a las barreras que los distintos “feudos” profesionales puedan erigir para proteger su *habitus* (en el sentido de Bourdieu). Preocupados por las cifras en incremento de problemas asociados a la salud mental entre la población de edad escolar, subrayan, como posibles factores vinculados a esta alta incidencia, los traumas, el colapso familiar, el abuso infantil, la enfermedad mental de los padres, la desventaja socio económica, la carencia de hogar y la discriminación, que, a su vez, se nuclea alrededor de otras privaciones y carencias. Dentro de la escuela es que se manifiestan muchos de los problemas asociados a la salud mental y que van en detrimento del aprendizaje e incluso entorpecen el progreso de los demás niños y niñas. Además, los autores señalan que el bienestar no solo debe concebirse como ausencia de enfermedad, sino también, y sobre todo, como un desarrollo pleno en términos psicológicos, emocionales, creativos y espirituales, así como en la habilidad para desarrollar relaciones permanentes, la empatía con otros y la capacidad de aprender y jugar. Por tanto, se requiere de un cambio de paradigma que migre desde el déficit hacia las fortalezas, lo cual no solo significa una tarea de gran magnitud que deben enfrentar las formas tradicionales que buscan perpetuarse, sino que, además, entre otras características de este nuevo enfoque, demanda un abordaje centrado en la familia, una temprana identificación de los indicadores de riesgo y un traslado de la atención a los contextos naturales como la escuela. Este giro requiere no solamente la atención de las dificultades que niños y niñas

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

experimenten en el plano de la salud mental, sino también la promoción del bienestar mental. Aunque señalan entre sus hallazgos empíricos que las rivalidades y tensiones entre diferentes profesionales dedicados a la atención de la salud mental, en equipos multidisciplinarios, afectan el buen desempeño del modelo descrito, el intento por aunar esfuerzos debe mantenerse con el fin de romper esas barreras profesionales y modificar el *habitus* imperante en los ambientes escolares, liderados por maestros, por medio de la experiencia directa. Su hallazgo principal es que los maestros prefieren aprender de maestros, por tanto los equipos de trabajo escolares deben ver en ello una oportunidad para articular la promoción del bienestar mental, puesto que es desde la escuela que se pueden identificar precozmente los problemas asociados a la salud mental y donde se puede impactar de una manera más directa el comportamiento infantil. Puntualizan Spratt et al. (2006) que si el bienestar mental no es visto como parte integrante de una buena enseñanza, los alumnos y las alumnas vulnerables son remitidos a los especialistas, con un abordaje fuera de la vista, antes de ser devueltos al aula, en donde los problemas muy probablemente continuarán siendo malentendidos e incluso exacerbados. La necesidad de este cambio en el *habitus* escolar de los y las docentes a cargo se visualiza como algo difícil de conseguir aunque no imposible, pero que implica que si los problemas asociados a la salud mental no son abordados desde el aula, las idas y venidas entre los diferentes servicios estaría implicando que más bien unos servicios estarían interfiriendo con los otros e incluso compensando las fallas de unos en los otros¹⁶.

Coincide Paternite (2005) con las cifras alarmantes sobre problemas asociados a la salud mental durante la niñez y adolescencia y que se manifiestan sobre todo en el ámbito escolar, de los cuales solamente una cifra muy reducida recibe tratamiento y, entre quienes lo reciben, solo a una cifra aún menor se le ofrece un tratamiento adecuado, circunstancia que se agrava cuando se considera a

¹⁶ En esta misma línea, véase también: Weist et al, 2003.

aquellos con factores de riesgo asociados, que, por lo general, no reciben ningún tipo de atención. Estos datos dan pie a la pregunta sobre las características que un servicio de atención en salud mental debe poseer para ser eficiente, de lo cual se desprende que el ligamen con la comunidad y el papel central de la escuela son indispensables para lograr una continuidad en los programas sobre prevención e intervención en salud mental para toda la población infantil y adolescente, puesto que es precisamente la escuela la que funge como contexto clave para articular estos esfuerzos, los cuales deben cubrir las necesidades conductuales, educativas y emocionales. Un programa que opere utilizando a la escuela como pivote tiene una mayor probabilidad de acceso a la población meta y, al mismo tiempo, contribuye a disminuir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda, así como a promover e incrementar las posibilidades de generalizar y mantener los tratamientos. Los elementos clave para un programa concebido de esta forma son, según Paternite, colaboración escuela – familia – comunidad, compromiso con un continuo de educación en salud mental, promoción de la salud mental, evaluación y prevención de problemas, intervención temprana y tratamientos diseñados a la medida, con servicios accesibles a toda la niñez y adolescencia, incluyendo a quienes se encuentren en una educación especial. Por supuesto, no se trata de dejarle toda la responsabilidad a la escuela, que con frecuencia está saturada de tareas susceptibles de ser asumidas por otros agentes sociales, pero es precisamente su labor pedagógica la que puede permitir a una comunidad avanzar hacia un sistema de atención integral. Es desde esta posición estratégica que educadores, padres, niños y niñas y las comunidades pueden aunar sus esfuerzos e iniciativas para mejorar no solo el rendimiento académico, sino también las competencias socio-emocionales, el carácter, la salud y el involucramiento cívico. De hecho, existe suficiente evidencia de la relación entre salud mental y rendimiento académico, de cómo problemas de salud conductuales y emocionales erigen una barrera para el aprendizaje, mientras que lo opuesto promueve una sinergia entre salud mental y rendimiento escolar. Considerar incompatibles estas dos esferas es posiblemente el origen de dificultades estructurales entre ambas, expresadas sobre todo en la falta

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

de coordinación. Las claves para el éxito de iniciativas que promuevan este enfoque integral radican en la coordinación y colaboración de familias, líderes educativos y líderes del sistema de salud. Más que promover, validar o desarrollar “prácticas basadas en la evidencia”, recalca Paternite, se trata de modificar, adecuar e incluso revisar comprensivamente los procesos que pueden ser efectivos en los servicios y escuelas del mundo real; de hecho, se han estudiado poco las características de la escuela que pueden coadyuvar en estas iniciativas. Entre otros aspectos importantes, se subraya la necesidad de generar suficiente fundamentación empírica relacionada con los componentes requeridos para un abordaje eficaz. Las “mejores prácticas” son las susceptibles de ser integradas al quehacer cotidiano de las escuelas. Incluso el involucramiento del personal base de las escuelas en el planeamiento, implementación, evaluación, sostenimiento y mejora constante de las prácticas de salud mental en las escuelas, basado sobre todo en las necesidades inmediatas, puede conducir a optimizar las prácticas escolares, así como sus resultados en el rendimiento escolar y la salud mental.

Algunas nuevas tendencias en la atención de la salud mental

Uno de los temas más discutidos actualmente respecto a la atención de la salud/enfermedad mental es el relacionado con la posibilidad de un equilibrio entre la capacidad del paciente de tomar parte de las decisiones sobre su tratamiento y la responsabilidad de los profesionales en salud (principalmente psiquiatras) de prescribirlo, según argumentan Atkinson, Garner, and Gilmour (2004), a partir de un estudio realizado en el Reino Unido. Por parte de los profesionales en salud, existe una tendencia muy acentuada hacia la reticencia no solamente a involucrar a los pacientes en el proceso terapéutico, sino incluso a otorgarles una mayor responsabilidad sobre el manejo y cuidado de sus tratamientos, siendo los psiquiatras el grupo que declara mayor oposición. De especial controversia es el aspecto relacionado con el retiro voluntario del paciente del tratamiento proveído por el psiquiatra. Sin embargo, añaden Atkinson, Garner y Gilmour, algunos aunque pocos profesionales de la salud, se decantan a favor de dar a las personas una

participación en su tratamiento, hacerles sentir que están involucrados en el mismo y dejarles asumir cuotas de responsabilidad por su enfermedad. Quienes favorecen esta posición argumentan que este enfoque puede ayudar a disminuir los ingresos de emergencia en la medida en que se alienta una intervención temprana, sobre todo porque estaría de por medio el desarrollo de una capacidad para tomar conciencia (*insight*) de las características del padecimiento y del tratamiento apropiado. Asimismo, este modelo cooperativo puede ayudar a los profesionales de la salud a planificar los procesos sobre la base de un conocimiento más amplio y profundo de las personas. Esta modalidad permitiría también ratificar que la intervención prescrita es la correcta, así como decantarse por procedimientos quizá menos convencionales y, no de menor importancia, proteger a los profesionales de la salud de futuros litigios. La participación del paciente en los gajes de la intervención (incluso en la posible decisión sobre el rechazo) podría ser a su vez una opción contribuyente a disminuir la estigmatización, de forma que el proceso sea asumido de una manera voluntaria y sin retrasos. Quienes se oponen a este nuevo enfoque, precisan los autores, dudan sobre si las directrices sobre la implementación de este modelo se aplican con la necesaria información o solo con la disponible, sin mediar coerción, si se toman en cuenta los últimos avances en el conocimiento de los tratamientos y si los individuos están en el mejor momento para tomar una decisión respecto a sus competencias y capacidades, así como subrayan que las decisiones de ahora no deben afectar futuras intervenciones ante cambios significativos de las circunstancias que rodean al paciente. Sin embargo, pese a esta controversia, existe una buena disposición por parte de algunos profesionales en salud mental (incluidos psiquiatras) a reflexionar sobre la creación de relaciones cooperativas más respetuosas entre usuarios y profesionales. El involucramiento de parientes en los procesos del paciente parece ser también un aspecto de álgida discusión, pues pese a las ventajas que pueda ofrecen de principio, en términos del control de una serie de aspectos ambientales contribuyentes a la mejoría o agudización del padecimiento, temen los profesionales en salud que el compartir información se vuelva en contra del paciente e incluso llegue a disputas legales.

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

Todo lo anterior conlleva, por supuesto, la necesaria revisión del cuerpo legal que ampara a las intervenciones en salud mental e impone una planificación de la cantidad y calidad de los recursos que deben ponerse a disposición en nuevos modelos posibles de intervención.

La experiencia de una atención integral basada en un abordaje comunitario, acoplado clínica y administrativamente, bajo la égida de un hospital general, ha sido reseñada por Le Bas, King, and Block (1998), a partir de un estudio en el *Peninsula Health Care Network Psychiatric Service*, un servicio en salud mental para adultos en las afueras del área metropolitana de Melbourne, Australia. La idea central fue ubicar al paciente en el contexto de su vida cotidiana, organizándolo como el locus de los servicios y no a la inversa (como es el modelo tradicional médico – psiquiátrico). Se procura así proveer flexibilidad y simplicidad en la oferta de servicios, lo cual, por lo demás, ha ahorrado costos y ha tenido resultados positivos. La continuidad del tratamiento de pacientes que requieren un tratamiento prolongado ha impuesto la necesidad de cambios orientados hacia la no institucionalización y a redirigir los esfuerzos hacia un cuidado arraigado en la comunidad. Este modelo requiere un alto nivel de cohesión clínica y administrativa entre los involucrados y un alto compromiso por parte del personal en salud. La motivación principal se originó en la insatisfacción con el desacople de los servicios proveídos por el modelo tradicional, debido a las muchas interrupciones en los procesos y a las tardías intervenciones en las crisis; asimismo, se consideró que las relaciones terapéuticas no estaban siendo utilizadas a su máximo potencial. Las disrupciones estaban caracterizadas por un movimiento constante entre el manejo del caso individualmente, el cuidado ofrecido durante la crisis y el tratamiento brindado en las posibles hospitalizaciones, en medio de cuya vorágine el paciente pasaba constantemente a ser “problema de otro”. Por lo tanto, se trabajó con dos equipos, uno dentro y otro fuera del hospital. La mayoría de los resultados han mostrado un muy significativo incremento de los índices de calidad entre antes y después de implementar la iniciativa, sobre todo en la continuidad del tratamiento

entre la hospitalización y el traslado al cuidado basado en la comunidad, mientras que otros indicadores como cohesión de los equipos, comunicación y foco de la acción presentaron tendencias favorables pero no estadísticamente significativas. Como una de las variables mejor evaluadas apareció, sin embargo, la simplicidad de los procesos.

Un modelo de particular interés es el descrito por Eack (2012), sobre un abordaje psicosocial de la esquizofrenia. Aún y cuando el tratamiento farmacológico logra mantener bajo control casi todos los síntomas de la esquizofrenia, los pacientes siguen presentando serias dificultades en las áreas sociales, funcionales y vocacionales, por lo que los abordajes de tipo psicosocial han venido siendo desarrollados en las últimas décadas. La mayoría de las contribuciones, hechas sobre todo desde el trabajo social, abarcan la labor con casos, el tratamiento comunitario asertivo, la psicoeducación familiar y el manejo de casos basado en las fortalezas. Estas modalidades, afirma la autora, al combinarse con el tratamiento farmacológico, ayudan a fortalecer el compromiso comunitario, a prevenir las recaídas cíclicas, a mejorar el funcionamiento familiar y a disminuir dramáticamente la discapacidad asociada a esta condición. Sin embargo, una total recuperación de la enfermedad es todavía un reto pendiente. Como parte de la preocupación por desarrollar modelos novedosos, se ha venido trabajando en el campo de las deficiencias cognitivas que a menudo han sido pasadas por alto en su contribución a la discapacidad en el caso de la esquizofrenia y que suelen ser resistentes a los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, nuevos modelos psicosociales se han preocupado por desarrollar propuestas de fortalecimiento cognitivo por medio de la utilización de ejercicios cognitivos. En opinión de la autora, la más interesante de estas propuestas se le conoce como *cognitive enhancement therapy* (CET: terapia de mejoramiento cognitivo) desarrollado por Hogarty. Partiendo de los hallazgos recientes sobre las deficiencias cognitivas asociadas con la esquizofrenia, se han dividido en dos grandes grupos: las relacionadas con la neurocognición y las relacionadas con la cognición social. La neurocognición se expresa en el

Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

pensamiento y razonamiento de apoyo que incluye atención, memoria (sobre todo de trabajo) y habilidades en las funciones ejecutivas, mientras que la cognición social se refiere a habilidades que apoyan el procesamiento, interpretación y regulación de la información socioemocional. Estas últimas cubren los dominios de la toma de perspectiva, de la teoría de la mente, de la percepción de la emoción, de la regulación de la emoción, del reconocimiento de claves sociales y de atribuciones causales a los fenómenos sociales, en todas las cuales se presentan déficits en el caso de la esquizofrenia. El modelo parte del principio que, gracias a la neuroplasticidad del cerebro, las experiencias ambientales de aprendizaje pueden modelar el procesamiento cognitivo a nivel neurobiológico, partiendo de la posición de mutua interacción entre biología y ambiente¹⁷. Los ejercicios que se aplican, que pueden ir desde simples problemas de sudoku hasta sofisticados programas computarizados, pueden contribuir a mejorar sensiblemente dominios específicos de la función cognitiva. Las formas más efectivas son las que trabajan sobre la base de funciones cognitivas amplias, en un orden jerárquico. La recuperación cognitiva en individuos con esquizofrenia incide sobre habilidades cognitivas que les permiten rescatar el involucramiento en actividades funcionales (empleo, escuela, vida independiente) que es una muy importante meta de recuperación. Los datos empíricos muestran que puede darse una recuperación en un relativo corto plazo (tres a seis meses) en áreas tales como mejoramiento de la atención, rapidez de procesamiento, memoria de trabajo y funciones ejecutivas, dominios en los cuales las personas con esquizofrenia tienen las mayores dificultades. La integración de un abordaje que cubra áreas neurocognitivas y sociocognitivas en un mismo tratamiento resulta crucial. Aplicado como estrategia de intervención temprana, ha llegado incluso a prevenir las pérdidas funcionales, sobre todo en el área sociocognitiva y, en general, ha llegado a obtener tasas de recuperación muy significativas. Este modelo resulta de particular interés, no solamente por sus indicadores de recuperación en personas con esquizofrenia, sino sobre todo porque

¹⁷ Para un estudio que traza la ruta entre salud física y salud mental, véase: Tranter, Irvine & Collins, 2012.

articulan el trabajo de un equipo multidisciplinario conjuntamente con recursos disponibles en el entorno social del paciente y porque, además opera a partir de la resolución de situaciones cotidianas que favorecen la reincorporación de experiencias vitales de la persona.

Estos estudios permiten afirmar que existe una preocupación e interés por un cambio de foco desde un centrarse en los síntomas y el diagnóstico, hacia un redirigir los modelos hacia un rango más amplio de cambio que contempla el funcionamiento psicosocial¹⁸.

Conclusión

De los estudios expuestos es posible destacar algunos ejes centrales para diseñar áreas prioritarias de investigación en salud mental. El primero y quizá más importante tiene que ver con la identificación de poblaciones particularmente vulnerables que requieran una atención especializada y la promulgación de políticas nacionales para cubrir sus necesidades en salud mental y sus derechos a la salud. En muchos casos, estas poblaciones presentan, como en el caso de muchas de las situaciones que enfrentan las mujeres, más de un factor de vulnerabilidad simultáneamente y este debe ser un criterio para establecer su prioridad en la agenda de investigación, así como en la promulgación de políticas públicas al respecto. Por otra parte, las poblaciones vulnerables que se han destacado en la exposición precedente ponen de relieve que la labor a realizar debe tomar en cuenta el contexto cultural en que se inscriben las personas, sus sistemas de creencias y valores sociales sobre la salud – enfermedad mental, como un espacio para identificar las representaciones sociales asociadas a este tan sensible tema. Estas preconcepciones, lejos de ser vistas como un obstáculo a la implementación de programas en salud mental, deben verse como un vórtice de convergencia entre las visiones tradicionales o populares y la ciencia moderna. Estos aspectos ganan particular relevancia en grupos sociales específicos, como las minorías étnicas y los migrantes. La ruralidad y los sectores más

¹⁸ Para una propuesta que expone un instrumental para el diagnóstico y la intervención, mucho más sensible a las dimensiones psicosociales, véase: McQuaid et al, 2012.



Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental

empobrecidos de la sociedad presentan un grado mayor de exposición a los factores de riesgo que se coligan con la dinámica de la salud – enfermedad mental, en el cuadrinomio compuesto por la enfermedad mental, la pobreza, la expulsión escolar y la ausencia de servicios especializados, ante cual la familia, que por su naturaleza es un espacio de contención, que igualmente desprotegida. Uno de las principales barreras identificadas en la investigación en salud mental tiene que ver con la estigmatización social del diagnóstico y tratamiento de los problemas emergentes, por lo que es necesario visualizarlo como un eje transversal de la investigación y el diseño de propuestas de investigación. En este proyecto es que el aporte de las Ciencias Sociales se torna más prominente, en la medida en que pueden ofrecer una visión más holística de la génesis y dinámica de la salud – enfermedad mental. Programas de intervención, tanto desde la prevención y promoción de la salud mental, como de atención, encuentran una clave para el éxito en el involucramiento de diferentes agentes sociales en el abordaje que se propongan, sobre todo al contemplar factores protectores y facilitadores al interior de la familia y de la comunidad. La desinstitucionalización es siempre una tarea pendiente. Como parte de esta aspiración, vale la pena destacar una vez más que el trabajo con la niñez y la adolescencia, sobre todo desde una óptica de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental, es fundamental, a partir de los indicadores epidemiológicos de que se disponga. Familia y comunidad deben articularse en las iniciativas de prevención, atención y promoción de la salud mental y es un derrotero a incorporar en las propuestas de investigación que profundicen en la variedad de funciones y recursos a aportar por diferentes agentes sociales.

Epílogo

A través de una exploración desde enfoques diferentes, las autoras y los autores de este libro realizan una aproximación a la problemática de la salud y la enfermedad mental en Costa Rica. Se hace un análisis crítico sobre el abordaje que se ha dado de esta temática en el país, incluyendo la misma definición del concepto de salud mental, resaltando que el enfoque prevalente ha sido desde la enfermedad y centrada en la atención médico-hospitalaria. Se denuncia que los recursos dedicados a salud mental además son reducidos y las políticas no responden a un diagnóstico previo sobre la situación nacional. Los escasos estudios de situación han sido limitados a grupos específicos y con metodologías diferentes. Otros han tomado como base los datos provenientes de egresos hospitalarios, causa de incapacidades y consulta externa, siempre con la enfermedad como objeto de estudio.

Por otro lado, existe un importante vacío en la conducción de investigaciones sobre determinantes de la salud y factores protectores como espacios verdes, redes de apoyo comunitario, buen transporte público, condiciones laborales adecuadas, espacios libres de contaminación y propicios para la actividad física. Son necesarios más estudios sobre los determinantes sociales, especialmente en grupos más vulnerables como mujeres en situación de violencia, migrantes, niños y adolescentes, minorías étnicas, personas con discapacidades, LGBTI (Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans e Intersexo), entre otros.

Tampoco existe una cultura de evaluación de las intervenciones, por lo que no se conoce el impacto de algunos interesantes esfuerzos locales en promoción de la salud, o en prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad mental. Lo cierto es que no existe información sistematizada que dé respuesta a cuáles son los retos principales que debemos enfrentar como país en este campo.

Es claro que los desafíos son múltiples y van desde la definición misma del objeto de estudio hasta la determinación de los abordajes metodológicos que permitan acercarse a este ámbito de la salud tan complejo. En este sentido, una fortaleza del presente libro es incorporar diferentes enfoques para lograr este acercamiento y definir un plan de acción en dos etapas, no necesariamente consecutivas.

En primer lugar se propone la conducción de un estudio epidemiológico a nivel nacional utilizando la metodología y los instrumentos de la Organización Mundial de la Salud. Si bien tiene la limitante que es un diagnóstico de situación desde la enfermedad definida por las clasificaciones tradicionales, es fundamental porque permite identificar zonas y poblaciones de riesgo que permitan llamar la atención de las autoridades en salud a nivel nacional y de organismos internacionales. A la vez, permite establecer parámetros comparativos con otros países de la región que han utilizado esta metodología.

Sin embargo, más allá, se considera que es una línea base importante para incursionar de manera complementaria con una serie de estudios cuantitativos y cualitativos que faciliten un análisis de contexto desde una lectura socio-histórica y ambiental, como segunda etapa. Como se discute por las autoras y los autores, estos estudios ya se han venido conduciendo de forma aislada en el país. Al articularlos al diagnóstico global de situación que brindará el estudio epidemiológico, se trasciende la mirada individual para avanzar en la definición de políticas de salud mental de impacto para los grupos sociales más vulnerables desde un enfoque de equidad en salud.

En conclusión, este grupo de investigación reconoce la complejidad del abordaje teórico y metodológico para el estudio de la salud mental, por lo que se

ha planteado como meta la articulación de un plan nacional de investigación en salud y enfermedad mental desde diferentes enfoques y disciplinas, sistematizar los resultados de estos estudios, e incidir en la elaboración de políticas, planes y acciones en este campo y su evaluación, basados en evidencia, para de esta forma mejorar las vidas de los costarricenses y su entorno.

Referencias bibliográficas

- Adler, N. E., & Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123.
- Aguilar, Reyes, & Borgues. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública México*, 49, 467-474.
- Aguilar, G., & Deeb Sossa, N. (2009). *La investigación en epidemiología psiquiátrica y la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington.: Organización Panamericana de la Salud. .
- Aisenberg, E. (2008). Evidence-based practice in mental health care to ethnic minority communities: has its practice fallen short of its evidence? *Social Work*, 53(4), 297-306.
- Alarcón, J. (2009). Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. *Revista Peruana de Epidemiología*. Vol 13 No 1 abril 2009., 1-3.
- Alfaro, B. e. a. (2003). Cien años de salud en Costa Rica: Siglo XX. . *Organización Panamericana de la Salud, San José, Costa Rica*.
- Almeida. (1992). Epidemiología sin números. Introducción crítica a la ciencia epidemiológica. . *Organización Panamericana de la Salud. Washington*.

- Almeida, F. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Alzamora, E. (1997). Aproximaciones a la seguridad ciudadana, recuperado el 19 de marzo de 2013 del sitioweb: <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/pdf/spa/doc10187/doc10187-11.pdf>
- Ambiente, C. y. M. (2008). *Manual para la elaboración de planes municipales de gestión integral de residuos sólidos*. Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo.
- Araya, P. (2002). Contaminación Sónica y su Control. CICIMA, UCR.
- Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S., & Lewis, G. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. [Article]. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3072-3083. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.037
- Arboleda, J. (1994). Salud mental y derechos humanos: la experiencia internacional / Mental health and human rights: the international experience. *Medicina Legal*, 11(1), 22-27.
- Argentina., B. O. d. I. R. (2010). Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental 32. Retrieved from <http://www.cmdo.gov.ar/documentos/legislacion/ley-26657-SM.pdf>
- Arguedas, L., Jiménez, M., & Rojas, M. (1995). *La salud mental del niño de 7 a 12 años en tres poblaciones diversas: marginal, rural y alta*. Licenciatura en Educación Preescolar, Universidad Nacional, Campus Omar Dengo. UNA database.
- Armeli, S., Gunthert, K. C., & Cohen, L. H. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 366-395.
- Atkinson, J. M., Garner, H. C., & Gilmour, W. H. (2004). Models of advance directives in mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 673-680.

Augsburger, A. C. y. S. G. (2000). La epidemiología en salud mental: un maltrato recurrente *En Salud Mental: época y subjetividad.*: Homosapiens Ediciones. Argentina.

Avison, W. R. (2010). Incorporating children's lives into a life course perspective on stress and mental health. *Journal of health and social behavior*, 51(4), 361-375.

Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. Retrieved from <http://www.contener.org/boletin/be2828.pdf>

Birleson, P., & Vance, A. (2008). Developing the 'youth model' in mental health services. *Australasian Psychiatry*, 16(1), 22-26.

Bonilla, L., & Ibarra, C. (1989). Situación actual de la salud mental en Costa Rica: áreas de docencia, investigación y servicios, 1985-1989 (Editorama ed., pp. 145). San José.

Brady, H., Collier, D., & Seawright, J. (2010). *Refocusing the discussion of methodology.*: Oxford: Rowman & Littlefield.

Breihl, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

Burnay, N., Ertul, S., & Melchoir, J. (2013). *Parcours sociaux et nouveaux desseins temporels.* Paris: L'Hartmatann.

Calvo, C., Cahrentier, D., Fallas, J., Jiménez, J., Rivera, A. C., & Torres, J. (2010). *Historia de la Psicología Costarricense: Período 1957-1985.* Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, San José. BEFT-UCR database.

Carlini, E. A. (2006). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil; Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Arq. méd. ABC*, 31(supl. 2), 4-7.

Carroll, D., & Sheffield, D. (1998). Social psychophysiology, social circumstances, and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(4), 333-337. doi: 10.1007/bf02886383



- Castro, A. (1992). *Desórdenes mentales en Costa Rica: observaciones epidemiológicas*. San José.
- Cleek, E. N., Wofsy, M., Boyd-Franklin, N., Mundy, B., & Howell, T. J. (2012). The Family Empowerment Program: An Interdisciplinary Approach to Working with Multi-Stressed Urban Families. *Family process, 51*(2), 207-217.
- Collier, D., Seawright, J., & Munck, G. (2010). *The Quest for Standards: Kin Keohane, and Verba's Designin Social Inquiry*. Oxford: Rowman & Littlefield.
- Collins, P., Patel, V., Joestl, S., March, D., Insel, D., & Daar, A. (2011). Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature, 475*, 27-30.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, C. R., Caja Costarricense del Seguro Social, C. R., Naciones Unidas, I., Pro Salute, P., & Programa Mujer, J. y. G. (1997). Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental en el Sistema de Salud de Costa Rica (pp. 67). San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Cordero, C. (2003). *Efecto Crónico de la Práctica mental combinada con práctica física, sobre la memoria visual y auditiva y el tiempo de reacción en personas adultas mayores*. Sistema de Estudios Posgrado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Heredia, Costa Rica.
- Costa, C., Alves, M., Santos, C., Carvalho, R., Karine, E., & Sousa, H. (2007). Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. *Cienc Saúde Coletiva, 12*, 1143-1154.
- Chacón, L., & Freer, E. (1999). El precarismo: análisis histórico y su desarrollo en el distrito de Pavas, San José, Costa Rica. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas, 20*(3-4), 195-213.
- De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*: Paidós.

Douglas, T. J. (1980). *Environmental problems of the urban elderly: Measuring the quality of life*. Paper presented at the Environmental Design Research Association, Charleston, S.C.

Eack, S. M. (2012). Cognitive Remediation: A new generation of psychosocial interventions for people with schizophrenia. *Social Work, 57* (3).

- Echeverri, P. (2010). *Propuesta de un modelo de recolección de datos desde la vigilancia epidemiológica incorporando los factores psicosociales y epidemiológicos a partir del análisis estadístico de los primeros ingresos atendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2008*. Posgrado en Psicología Clínica, Universidad de Costa Rica, San José. Retrieved from <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis15.pdf> OPAC database.
- Filho, A. (1987). Social epidemiology of mental disorders: a review of Latin-American studies. *Acta Psychiatr Scand*; , 75:71-10.
- Filho, N., & Rouquayrol, M. Z. (2011). *Introducción a la Epidemiología. . Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.*
- Fritschi, L. B., L; Kim, R., Schwela, D; & Kephelopoulos, S (2011). Burden of Disease from Environmental Noise—Quantification of Healthy Life Years Lost in Europe. *WHO regional office for Europe.*
- Galduróz, J., & Carlini, E. (2007). Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil—2001. *Braz J Med Biol Res*, 40, 367–375.
- Giddens, A. (2007). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas.*: México: Taurus.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*, 16, 378–386.
- Greenberger, P. (1998). News from the society for the advancement of women's health research. Targeting mental illness and substance abuse among women. *Journal of Women's Health*, 7 (4).
- Griffiths, C. A., Ryan, P., & Foster, J. H. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scand J Psychol*, 52(2), 168-173. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x
- Guinsberg, E. (1990). *Normalidad, conflicto psíquico, control social: Sociedad, salud y enfermedad mental*: Plaza y Valdés.

- Gutiérrez, A., & Sandoval, P. (2000). Ética, Derechos Humanos y Salud Mental en el Hospital Psiquiátrico de Costa Rica. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 11.
- Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*: OMS.
- Hiscock, H., Bayer, J., Lycett, K., Ukoumunne, O., Shaw, D., Gold, L., . . . Wake, M. (2012). Preventing mental health problems in children: the Families in Mind population-based cluster randomised controlled trial. *BMC public health*, 12(1), 420.
- Horwitz, J., & Marconi, J. (1966). El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos; The problem of definitions in the field of mental health. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 60(4), 300-309.
- Informe Estado de la Nación. (2010). Décimo séptimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible/Programa Estado de la Nación. 17 ed- San José C.R.
- Informe Estado de la Nación. (2011). Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible
- Jacobs, J. (1992). *The death and life of great American cities*. New York: Vintage Books.
- Jaspers, K. (2011). *Psicopatología General*. Mexico: Fondo de Cultura Económica. .
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (2011). Well-being, Reasonableness, and the Natural Environment. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(3), 304-321. doi: 10.1111/j.1758-0854.2011.01055.x
- Keller, P., Murray, J., & Hargrove, D. (1999). A rural mental health research agenda: defining context and setting priorities. *The Journal of Rural Health*, 15(3).
- Klepp, O. M., Mastekaasa, A., Sørensen, T., Sandanger, I., & Kleiner, R. (2007). Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental

health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 11-22. doi: 10.1002/mpr.197

Kohn, R., Levav, I., Alterwain, P., Ruocco, G., Contera, M., & Della Grotta, S. (2001). Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Rev Panam Salud Pública*, 9, 211–218.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J; Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*, 18, 229-240.

Kovess, V., Murray, M., & Gureje, O. (2005). *Evolution of our understanding of positive mental health*. . Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Krieger, N. (2012). Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Journal Information*, 102(5).

Le Bas, J., King, R., & Block, M. (1998). The impact of mental health service integration on systemic function: a staff perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 666-672.

Ley de Salud Mental del Distrito Federal. (2011). *Asamblea Legislativa de Distrito Federal, V Legislatura*. Retrieved from www.aldf.gob.mx/archivo-97e277b1eff864da060f6a16fbefc17.pdf

Lima, M., Beria, J., Tomasi, E., Conceicao, A., & Mari, J. (1996). Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(2), 211-222.

Lima, M., Hotopf, M., Mari, J., Beria, J., De Bastos, A., & Mann, A. (1999). Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 316–322.

- Lip, C., & Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima: Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud.
- Macanche, C. (1991). *Plan Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.
- Macanche, C., González, R., & Cruz, M. (2004). Situación actual de la salud mental en Costa Rica. In OPS (Ed.), *Serie Análisis de Situación de Salud* (Vol. 10, pp. 48). San José: OPS, Ministerio de Salud.
- Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P., & St Leger, L. (2006). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health promotion international*, 21(1), 45.
- Mari, J. B., Garcia de Oliveira, M., & Levav, S. d. L. e. I. (2009). *Breve Historia de la Epidemiología Psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. En *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Mariategui, J. (1988). *Salud Mental y Realidad Nacional - El primer quinquenio del Instituto Nacional de Salud Mental*.
- Mariategui, J., & Castro, A. (1970). *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Acta.
- Martínez, I. (1985). *Hacia un plan integrado de Salud Mental para Costa Rica*. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. .
- Meza, M. (2007). *Enfermería en la atención de los trastornos mentales según perfil epidemiológico en Costa Rica*.
- Ministerio de Salud. (2010). *Análisis de situación de Salud*, San José, Costa Rica.

- Ministerio de Salud, C. R., Caja Costarricense del Seguro Social, C. R., Salud, O. P. d. I., & Sustancias, D. d. S. M. y. A. d. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica*. San José: Retrieved from http://www.who.int/mental_health/costa_rica_who_aims_report_spanish.pdf.
- Montero, F. (1998). Derechos de los Enfermos Mentales *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 6.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios a la educación del futuro*. Francia.
- Moudon, A. V. (2009). Real noise from the urban environment: how ambient community noise affects health and what can be done about it. *American journal of preventive medicine*, 37(2), 167-171.
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndetel, D., & Weiss, L. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: a global perspective. . *International Review of Psychiatry*, 22(3), 235-244.
- Novaco, R. (1979). Transportation, Stress, and Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 7, 361-380.
- O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. (2010). A postcolonial feminist perspective inquiry into immigrant women's mental health care experiences. . *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 440-449.
- OPS. (2003). *La Salud en las Américas (Publicación Científica Técnica N° 587)*. In O. P. d. I. Salud (Ed.). Washington DC.
- Ortiz, L., López, S., & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana Socioeconomic inequality and mental health: a Latin American literature review. *Cad. saúde pública*, 23(6), 1255-1272.
- Palazzo, L., Beria, J., Fernandez, F., & Tomasi, E. (2001). Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Atención Primaria*, 28, 543-549.
- Palma, K., Serrano, L., & Valerio, C. (2010). *Sistematización de un programa de capacitación para promover la salud mental desde una visión de enfermería*

comunitaria, dirigido a los y las asistentes técnicos de atención primaria en salud del área de Mora-Palmichal 2010 Maestría Profesional en Enfermería de la Salud Mental, Universidad de Costa Rica, San José. OPAC database.

Paternite, C. E. (2005). School-based mental health programs and services: overview and introduction to the Special Issue. . *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (6), 657-663.

Política Nacional del campo de la Salud Mental. (2007, Diciembre). *Documento-Propuesta para discusión y acuerdos*. Retrieved from <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/politicanacionaldesaludmental.pdf>

PPS. (2008). *Streets as Places: Using Streets to Rebuild Communities*. New York, NY: AARP.

Quesada, K. (2002). Informe Final de la Práctica Dirigida: Intervención psicológica en las áreas de consulta y pabellones 4 de Larga Estancia en el Hospital Nacional Psiquiátrico *Facultad de Ciencias Sociales* (pp. 252). San José: Universidad de Costa Rica.

Rivera, F., Ramos, P., Rodríguez, C., & Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev. Esp. Salud Pública*, 85(2), 129-139.

Rodríguez, S. (1986). *Salud Mental del niño de cero a doce años - Salud pública y Salud Mental*. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

Rodríguez, Zaccarelli, M., & Pérez, R. (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. *OPS Serie manuales y guías sobre desastres*.

Rojas, G., Araya, R., Fritsch, R., Acuña, J., & González, I. (1999). Mujer y depresión en Santiago de Chile: resultados preliminares. *Psiquiatría Clínica (Santiago de Chile)*, 36, 11-17.

- Ruíz, C., & Sancho, L. (2010). *Programa de intervención de enfermería para la promoción del autocuidado de la salud mental dirigido a cuidadoras y cuidadores de niños y niñas con el Síndrome de Asperger de la Asociación Costarricense de Familias con el Síndrome de Asperger, 2009*. Práctica dirigida, Licenciatura en Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica. San José.
- Sáenz, R., & Acuña, E. (2002). *Análisis Sectorial de Salud Costa Rica*. San José, Costa Rica: OPS.
- Salas. (2008). *Salud Mental y Derechos Humanos: Monitoreo de Derechos Humanos en Hospitales Psiquiátricos Costarricenses*. Trabajo Final de Graduación, Maestría en Derechos Humanos. Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
- Salas, A. (2003). *Promoción de la salud mental en una institución educativa de secundaria: entrenamiento en habilidades sociales en el Colegio María Inmaculada de San Carlos, Alajuela*. Práctica dirigida, Licenciatura en Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.
- Salud, O. P. d. I. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. . OPS. Washington, D.C.
- Santana, V., Loomis, D., & Newman, B. (2001). Housework, paid work and psychiatric symptoms. . *Rev Saúde Pública*, 35, 16–22.
- Segura, M. (2009). *Historia y estructura genética de la población de Costa Rica y su posible asociación con genes de susceptibilidad a enfermedades mentales*. Universidad de Costa Rica, San José.
- Shu , B. C., & Lung, F. W. (2005). The effect of support group on the mental health and quality of life for mothers with autistic children. *Journal of Intellectual Disability, Research*, 49 (1) (47-53).
- Social, C. C. d. S. (2000). *Nuevo modelo de atención en salud mental: perfil de proyecto*. Costa Rica.

- Souza, D., & Filho, S. (2007). Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol*, 10, 276–287.
- Spratt, J., Shucksmith, P., & Watson, C. (2006). Interprofessional support of mental well-being in schools: a Bourdieuan perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 20 (4), 391-402.
- Stokols, D. (1978). Traffic Congestion, Type A Behavior, and Stress. *Journal of Applied Psychology*, 63, 467-480.
- Sugiyama, T., Leslie, E., Giles-Corti, B., & Owen, N. (2008). Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5), e9. doi: 10.1136/jech.2007.064287
- Sutton, K., Maybery, D., & Moore, T. (2010). Creating a sustainable and effective mental health workforce for Gippsland, Victoria: solutions and directions for strategic planning. *Rural and Remote Health*, 11(1), 1585.
- Szasz, T. (2000). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires Argentina.
- Torrez, A. C. (1990). *Relación de eventos de vida y estrés de rol con represión y síntomas psicosomáticos. Papel moderador del apoyo social, el sentido de coherencia y las estrategias de enfrentamiento en una muestra de estudiantes universitarios: el caso de los estudiantes de la Universidad Nacional*. Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, San José. BEFT-UCR database.
- Vaglio, E. (2003). *Proceso de formación y capacitación, en intervención en crisis psicológicas dirigido a equipos de salud de la Dirección Regional de Servicios Médicos de la Región Huetar Norte*. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica. San José.
- Vandermoortele, J. (2012). *“Equity begins with children”*. Gran Bretaña: The Policy Press.

- Ward Thompson, C., & Aspinall, P. A. (2011). Natural Environments and their Impact on Activity, Health, and Quality of Life. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(3), 230-260. doi: 10.1111/j.1758-0854.2011.01053.x
- Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B., & Sproston, K. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 428-433.
- Whitley, R., McKenzie, & (2005). Social capital and psychiatry: review of the literature. *Harvard Review of Psychiatry*.
- Zinn, L., Nagai, R., Teixeira, L., Latorre, M., Roberts, R., Cooper, S., & Fischer, F. (2008). Factors associated with depression symptoms in high school students in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*, 42, 34-40.

La edición digital de este libro fue realizada por:
Carlos Mata Marín
Estudiante de la Escuela de Psicología
Universidad de Costa Rica
Correo electrónico: carlos.matamarin@ucr.ac.cr

UCR