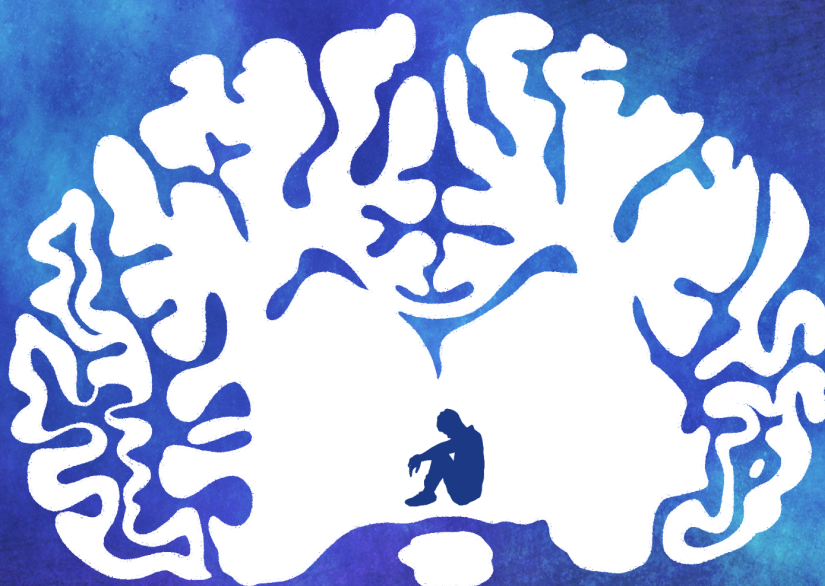




Diálogos
sobre el
Bienestar

■ SALUD MENTAL ■



FLACSO
COSTA RICA



KONRAD
ADENAUER
STIFTUNG

Contenido

- **Suicidio, manifestación del malestar social** 1
Montserrat Cordero Parra
- **Abordaje histórico de la Salud Mental desde el Ministerio de Salud: retos y acciones** 8
Francisco Golcher Valverde
- **Salud mental, una urgencia nacional** 13
Javier Contreras y Jetty Raventos
- **Salud Mental, se habla mucho, se reflexiona poco.** 16
Mayra Rodríguez
- **Más allá del internamiento y atención primaria: ¿imaginamos nuevos lugares para la locura?** 19
Sarita Chaves y Cinthya Madrigal

Suicidio, manifestación del malestar social

El suicidio es un fenómeno multicausal y constituye un problema social.
La tasa nacional de suicidio pasó de 6,4 en el 2017 a 7,2 por cada 100 mil personas en el 2018.

Monserrat Cordero Parra
monsecorderoparra05@hotmail.com



A menudo se piensa que una enfermedad mental tiene su origen solamente en la predisposición genética; sin embargo, son un cóctel entre los genes y las condiciones del entorno como la pobreza, el estrés, la seguridad, el desempleo, violencia familiar, catástrofes naturales, nutrición, entre otros. Todo esto -en el peor de los casos- podría incluso dar pie a que los pacientes terminen con su vida.

La tasa nacional de suicidio pasó de 6,4 en el 2017 a 7,2 por cada 100 mil personas en el 2018; no obstante, según el informe "Mortalidad por suicidio en las Américas" de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el país solo se reporta la tercera parte de los casos de suicidio.

"Lo fundamental para entender el suicidio desde un enfoque psicosocial, es a partir de que el suicidio no es una enfermedad, no es sinónimo de depresión; es un fenómeno multicausal y constituye un problema social, donde la persona materializa el sufrimiento de un sistema social", aseguró la psicóloga e investigadora de la Universidad de Costa Rica, Helga Arroyo.

Las estadísticas sobre suicidio en los cantones varían; mientras unos salen a flote, otros suman más personas a esta lista que parece no disiparse por completo.

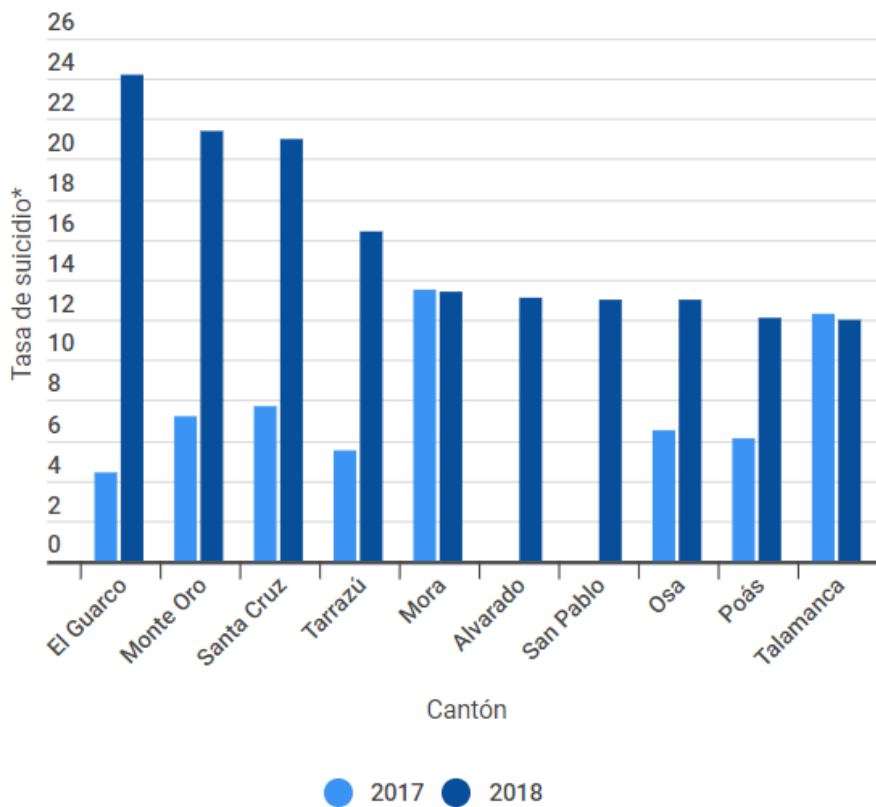
Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), durante el 2018 el cantón que presentó la tasa de suicidios más elevada fue El Guarco de Cartago, el cual pasó de una tasa de 4,4 personas por cada 100 mil en el 2017 (dos suicidios consumados) a 24,2 (11 suicidios consumados) en el 2018.

A este cantón le sigue Montes de Oro en Puntarenas cuya tasa de suicidio pasó de 7,2 personas por cada 100 mil en el 2017 (1 suicidio consumado) a 21,4 (3 suicidios consumados) en el 2018 .

“El suicidio ocurre en el 85% de los casos en personas que tienen depresión. Para combatir el suicidio tenemos que combatir la depresión porque es un porcentaje importante. Entonces que tanto se deprime o no una persona en una comunidad va a depender de la predisposición genética que tenga y los factores del entorno que van a contribuir más a ello”, aseguró el psiquiatra, Javier Contreras.

“Dentro de eso, la pobreza es un factor importante porque conlleva violencia doméstica, negligencia infantil, abusos sexuales, entre otros. Básicamente, la pobreza hace que las personas tengan más riesgo de que una persona tenga una enfermedad mental”, agregó.

Tasa de Suicidio por cantón para los años 2017 y 2018



*Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC.

Prevención y atención

Para Contreras, el principal factor atañe responsabilidad a políticas públicas, pues considera que es el Estado quien debe darle una mejor calidad de vida a los ciudadanos, lo que se traduce en reducir la pobreza del país y mejorar el acceso a la salud pública.

“En la Política Nacional de Salud Mental [lanzada por el Ministerio de Salud para el periodo 2012-2021] se habla acerca del acceso a los servicios de salud. Parece obvio pero no es así. Se tiran la pelota entre el Ministerio de Salud que casi no hace nada en cuanto a salud mental y la Caja que lo que hace es solamente atención. No hace ni promoción ni prevención”, destacó el psiquiatra.

Contreras criticó también que a diferencia de otras enfermedades, en salud mental sola-

mente se da atención, la cual no se realiza de forma completa (esto incluiría psicoterapia y medicamentos); pues los psiquiatras “solo recetan pastillas”.

Aunado a las políticas públicas, señaló la importancia de promover cambios en hábitos como el ejercicio físico, pues este aumenta la liberación de sustancias llamadas endorfinas que funcionan como antidepresivos naturales.

Para el psiquiatra, “en medio de esta sociedad moderna y caótica”, es necesario que las personas también adquieran técnicas de relajación. “La recomendación de la OMS es hacer actividades que lo mantengan en el presente. Por eso la meditación, la psicoterapia y otros son importantes”.



Lo fundamental para entender el suicidio desde un enfoque psicosocial, es a partir de que el suicidio no es una enfermedad, no es sinónimo de depresión; es un fenómeno multicausal y constituye un problema social, donde la persona materializa el sufrimiento de un sistema social



Helga Arroyo

Salud mental comunitaria: Talamanca

En el año 2014, en el cantón de Talamanca ubicado en la provincia de Limón, se estableció una declaratoria de emergencia cantonal por la problemática de suicidio en la población joven. El reporte fue de 47 intentos de suicidio y 11 casos consumados, según datos del INEC.

Del total de intentos, 22 corresponden a personas de territorio indígena Bribri; mientras que, del total de suicidios consumados, 6 correspondían a personas habitantes de dicho territorio.

Además, del total de suicidios, el 90% correspondían a personas menores de 35 años; y el 27% eran menores de edad.

“Talamanca es el penúltimo cantón en índice de desarrollo humano y el último en desarrollo social. El 46% de la población se encuentra en condiciones de pobreza. En todo este contexto de exclusión, a la fecha, no hay profesionales de psicología en las áreas de salud; es decir, hay una declaratoria de emergencia y no hay quien atienda la emergencia”, criticó la psicóloga, Helga Arroyo.

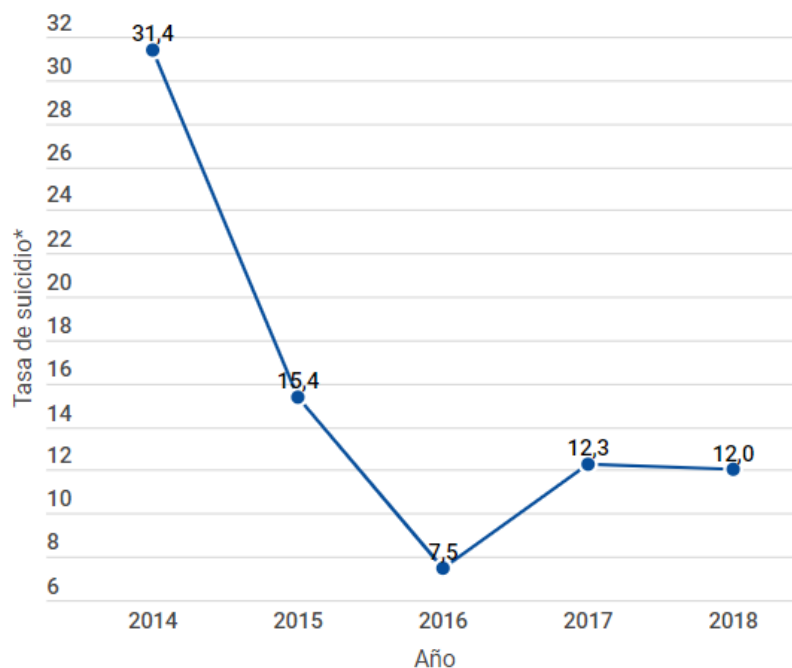
¿A qué se debe la alta tasa de suicidios en Talamanca? De acuerdo con Arroyo, los factores incidentes del suicidio en el territorio indígena están vinculados con el trauma psicoso-

cial a procesos de intensa violencia política, social, cultural y económica. En el caso de los bribris, esta violencia ha dado paso al acto suicida.

“Los procesos de colonización han generado aculturación y un debilitamiento de lo identitario y lo que se dice ser. Otra cosa que logramos detectar es que ahora hay otra forma de violencia que se gesta a través del recurso tecnológico y la globalización porque hay mucha información fluyendo muy rápido”, aseguró.

“También concluimos que el vínculo y el fortalecimiento de lo cultural son los dos factores de protección por excelencia en el suicidio porque lo cultural tiene que ver con lo identitario y esto con lo que se dice ser”, añadió.

Tasa de Suicidio del cantón de Talamanca del 2014 al 2018 por cada 100 mil habitantes



*Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC.

Casitas de Escucha

Como respuesta preventiva ante los altos niveles de incidencia del suicidio en esta región, en el 2017 nació el Programa Casitas de Escucha, con el apoyo de la Fundación Fundamentos y la asesoría técnica del Hospital Psiquiátrico.

Según la psicóloga y fundadora de las primeras Casitas de Escucha, Laura Chacón, estos son espacios locales que nacieron con el objetivo de prevenir violencia, drogadicción e implementar la salud mental en las comunidades.

“Un niño que crece con violencia, realmente es un niño que sufre posibilidad de reproducir esa violencia o quedarse coartado en su posibilidad de creación, crecimiento, desarrollo intelectual y vincular”, aseguró Chacón. Para Chacón, el enfoque comunitario ayuda a prevenir el suicidio, pues mejora el lazo social para que no sea condición de destrucción.

¿Cuáles fueron las acciones que se realizaron en Talamanca para disminuir la tasa de suicidios? Desde el 2017, se les ha brindado a los menores de edad un abordaje integral a través del acompañamiento psicológico, el arte como vía de creación y el apoyo educativo.

Actualmente, el programa atiende en Limón y Talamanca a más de 600 personas menores de edad en alto riesgo psicosocial.

Los esfuerzos en Talamanca provocaron una reducción importante en la tasa de suicidios al pasar de 31.4 por cada 100 mil habitantes en el 2014 (12 suicidios consumados) a 12.0 (5 suicidios consumados) en el 2018.

La labor preventiva del programa en coordinación con la acción comunitaria e interinstitucional, hizo al cantón acreedor del Premio Nacional por el Mejoramiento de la Calidad de Vida en el 2018, otorgado por la Defensoría de los Habitantes, Conare y las cinco universidades públicas.

Actualmente existen 13 casitas de Escucha en Limón, Talamanca, Pavas, La Carpio, Hatillo y Alajuelita que atienden a alrededor de 1.500 personas entre los 3 y 18 años.

Entre los logros del programa, Chacón destacó también la disminución del embarazo adolescente en el distrito de Pavas.



Política Nacional de Salud Mental

El Ministerio de Salud presentó la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, la cual tiene como objetivo establecer un marco normativo técnico para conducir a los actores sociales hacia la promoción de la Salud Mental, prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario.

“La Política Nacional de Salud Mental se estructura con base en cinco ejes: biológico, ambiental, social-económico-cultural, sistemas y servicios de salud, y fortalecimiento institucional. Con todos estos elementos, la Política aspira a que, en Costa Rica, se le otorgue a la Salud Mental la prioridad necesaria en los modelos de atención en salud, haciendo énfasis en la atención en la comunidad”, se lee en la Política.

¿Ha sido eficaz esta política? A finales del 2018, la Contraloría General de la República (CGR) en el Informe de Auditoría de carácter especial acerca de la rectoría del Ministerio de Salud, en cuanto a las acciones de política pública vinculadas con el abordaje de la “salud mental”, destacó serios problemas en referencia a la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021.

La Contraloría señaló que al 31 de agosto del 2018, las metas contenidas en el Plan de Acción de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 propuesto por el país tienen un 27,97% de implementación. De los 42 aspectos evaluados, el 4,44% se encuentran implementados, el 53,33% está en ejecución y el 42,22% están solamente definidos en el Plan de Acción de la política.

Asimismo, este Plan de Acción, no ha alcanzado la implementación total prevista en el cronograma de ejecución para el primer trienio, ni la evaluación y el seguimiento de las acciones programadas durante el I y II trienio.

A esto se suma que tan solo existe un 57% de correspondencia entre las acciones contempladas en dicho Plan de Acción y el emitido por la OMS para el período 2013-2020.

El ente contralor determinó también que para el período 2014-2016, el Ministerio de Salud, por medio de la Secretaría Técnica de Salud Mental, ha realizado iniciativas de abordaje del suicidio solamente en un 18,75% de los cantones pertenecientes al quintil con la tasa de mortalidad acumulada más alta, entre ellos Hojancha, Talamanca y Dota. Asimismo, en el 8,64% del total de cantones se ha efectuado algún tipo de iniciativa para el abordaje de estos eventos.

Plan de Acción de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021

Estatus de los 42 aspectos evaluados

4,44%

Implementados

53,33%

En Ejecución

42,22%

Sin Ejecutar

Por otra parte, el Ministerio de Salud (Secretaría Técnica de Salud Mental y el Consejo Nacional de Salud Mental), no ha impulsado el desarrollo de investigaciones en el tema de salud mental, y se carece de una metodología para realizar un diagnóstico actualizado y oportuno de la realidad nacional, que permita mejorar las intervenciones en esta temática.

En cuanto a los recursos financieros, la Contraloría señaló que solo un 19,50% de los recursos asignados para programas y actividades de promoción y prevención en salud mental, fueron invertidos por la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud durante el periodo 2014 al 2018, lo que representa a la fecha un monto ejecutado de 128,9 millones de los 433,8 millones asignados por el Fideicomiso 872-MS-CT-AMS-BNCR.

Durante el período 2014-2017, la Secretaría no recibió la totalidad de los recursos establecidos por la Ley N° 8.718, por un monto de ¢89 millones.

En conclusión, el Ministerio de Salud no le ha dado total cumplimiento a sus competencias vinculadas con la prevención y promoción de la Salud Mental, y en la gestión de recursos financieros.

Abordaje histórico de la Salud Mental desde el Ministerio de Salud:

RETOS Y ACCIONES

Secretaría Técnica en Salud Mental enfatiza en importancia de cambiar el modelo de la atención hospitalaria a la comunitaria.

Principal propuesta apunta promoción de la salud mental como parte de un estilo de vida corresponsable de bienestar social

Dr. Francisco Golcher Valverde
Jefe Secretaría Técnica de Salud Mental - Ministerio de Salud

El tema de Salud Mental no ha sido objeto de abordaje efectivo en las Políticas Públicas en el país. Empero, se han impulsado desde distintos ámbitos gubernamentales y no gubernamentales, acciones que directa o indirectamente inciden en la Salud Mental, especialmente en el área materno-infantil.

Por ejemplo, las impulsadas por el Ministerio de Salud en la década de los 70 como la investigación y la promoción de la Salud Mental a través de los programas nacionales de preparación psicofísica para el parto y el programa de Evaluación y Estimulación del Desarrollo Integral del Niño menor de 6 años (1976-1977).

Bajo el paradigma de reclusión y esfuerzos dirigidos a la enfermedad se creó el Asilo Manuel Antonio Chapuí en el año 1890, esto derivó en un modelo de atención biológica centrado en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP). En 1961, se estableció por primera vez en un hospital general, un servicio de Psiquiatría en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia que dependía del Servicio de Medicina pero contaba con una jefatura propia desde 1972.

Con la Ley de traspaso de los hospitales a la Seguridad Social en 1973, la atención de las personas con trastornos mentales quedó oficialmente a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). En la década de los 80 se impulsó la prevención y la detección de problemas de Salud Mental en el nivel primario de atención, mediante la capacitación a médicos generales, técnicos de atención primaria, líderes comunales y personal de apoyo de los servicios básicos de salud (CCSS y Ministerio de Salud) en la provincia de Limón, región Chorotega y Pacífico Central. También se implementaron proyectos pilotos de Salud Mental en Quepos, Parrita y la Clínica Marcial Fallas en Desamparados.

En 1986, con la ley 7.035 (que reforma la Ley Orgánica del Ministerio de Salud), se creó el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Su artículo 21 indica que le corresponde el estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y de la farmacodependencia, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a esos mismos fines.

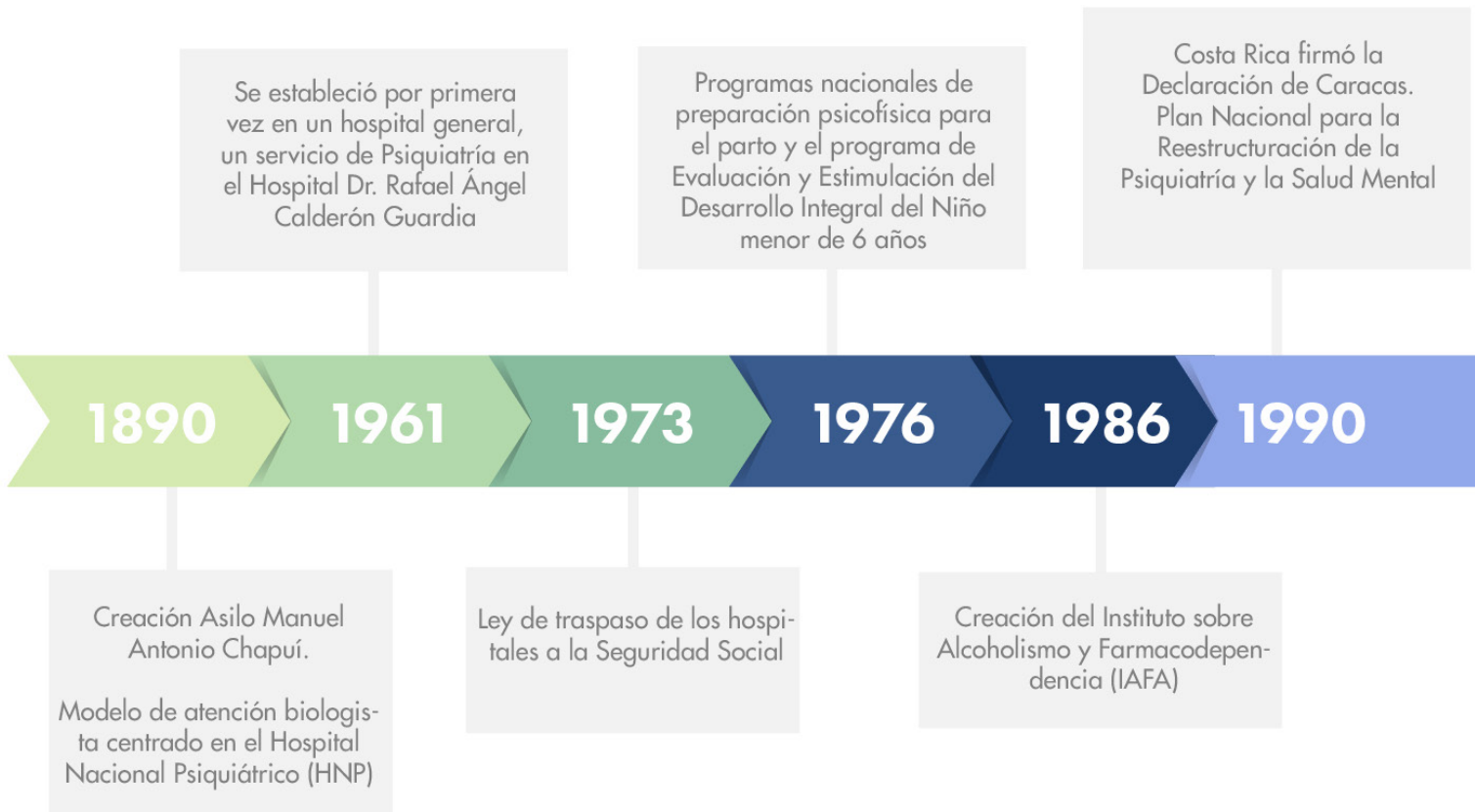
A principio de la década de los 90, Costa Rica firmó la Declaración de Caracas, movimiento que invita a los países a la reestructuración de la atención psiquiátrica, proponiendo el cambio del modelo centrado en el Hospital Psiquiátrico hacia el comunitario, nuevo paradigma de la atención en Salud Mental. Con este fin se coordinó un grupo de trabajo y se elaboró el Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la Salud Mental en Costa Rica, publicándose el Decreto Ejecutivo No. 20665-S, aún vigente, para impulsar su implementación.

Desde 1991, el HNP inició un importante proceso de desinstitucionalización de personas con discapacidad asociada a enfermedad mental, en estado de abandono o "condición asilar" que no requerían hospitalización, situación que violentaba sus derechos humanos. Con esto se logró la disminución de camas de larga estancia (de 761 en el 2000 a 245 en el 2010), significando un importante avance de los cumplimientos de los compromisos de la declaración anterior.

También se implementaron planes individuales dentro de un proyecto hospitalario integral de rehabilitación, apoyado y en coordinación con el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) con las familias que permitieron la reinserción.

Conscientes de esta necesidad, en el Plan de Gobierno 2010-2014 se inserta un lineamiento sobre la Salud Mental: "Fomentar y proteger la Salud Mental y fortalecer los programas de tratamiento de las adicciones, proponiendo el diseño de modelos de Salud Mental de base comunitaria, el fortalecimiento de alianzas entre la CCSS, el IAFA y organismos no gubernamentales involucrados". (Chinchilla, 2010)

Para cumplir dicho mandato, la Ministra de Salud Daisy Corrales Díaz insertar nombre de ministra, asignó en setiembre del 2011, un Viceministerio encargado del tema de Salud Mental para trabajar en una Política Nacional de Salud Mental y en el tema de adicciones.



Con los avances científicos y éticos de la sociedad del siglo XXI, y la ratificación de la Declaración Universal de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el 2010 y su protocolo, se propone que los enfoques tengan una máxima vigencia de los Derechos Humanos. La Ley 9213, del 2013 creó la Secretaría Técnica de Salud Mental como una instancia adscrita al Despacho Ministerial y un ente de Política Pública como es el Consejo Nacional de Salud Mental, ambas se empezaron a desarrollar en 2014.

Dicha Política parte de las premisas de prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario. Precisamente su particularidad recae en el cambio de modelo hospitalario a un enfoque integral que contempla varios enfoques.

Los 5 ejes de la misma son: biológico, ambiental, social-económico-cultural, sistemas y servicios de salud, y fortalecimiento institucional.

En 2017 se consolidó la estructura organizacional y sus funciones, así como el Plan de Trabajo. Actualmente, se ha definido la Salud Mental como una prioridad del gobierno, creando un indicador de salud mental en el Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Pública, consolidando como un compromiso de país los Objetivos del Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. En marzo de 2019 se cerró la parte asilar del Hospital Nacional Psiquiátrico.



Considerando esta perspectiva histórica, existen algunas deudas o retos pendientes en el abordaje:

1. Implementar la Promoción de la Salud Mental como estilo de vida y bienestar social.
2. Desarrollar y fortalecer de la formación del recurso humano en Salud Mental.
3. Readecuar el Modelo de Atención en Salud Mental para garantizar una atención integral a las personas usuarias de los servicios con enfoque comunitario.
4. Fortalecer el sistema de información en Salud Mental.
5. Consolidar el sistema de atención en Salud Mental para situaciones de desastres naturales y antrópicos, por medio del abordaje psicosocial.
6. Fortalecer las redes de promoción, prevención, atención y rehabilitación a las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
7. Participar en las acciones de promoción y protección social de los grupos vulnerabilizados, tales como mujeres, niños y niñas, adolescentes y personas adultas mayores.
8. Fortalecer los mecanismos de protección, prevención y atención de la violencia de género y doméstica, abuso sexual, acoso laboral, discriminación por: orientación sexual, credo, afiliación política, etnia; discapacidad física o mental y adultas mayores.
9. Velar por los derechos humanos, tanto en lo individual como en lo colectivo o comunitario para el disfrute de una vida digna, armónica y la sana convivencia social.

Existen algunas nuevas tendencias en el abordaje terapéutico psiquiátrico:

1. Abordaje de la patología dual y los trastornos mentales y del comportamiento que coexisten con el abuso de sustancias psicoactivas.
2. Desarrollo de clínicas para atender nuevas patologías.
3. Atención integrada con las neurociencias y trabajo en equipo.
4. Utilización de psicofármacos de nueva generación y los tradicionales con eficacia comprobada con base en estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia.
5. Dotación de camas de internamiento para los problemas de salud mental y psiquiatría en los hospitales especializados, nacionales, regionales y periféricos.
6. Fortalecimiento de los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISAM) coordinados por un psiquiatra para mejorar la cobertura y aumento de esta modalidad de atención en las áreas de mayor impacto psicosocial.
7. Reducir los tiempos de atención por parte de los profesionales psiquiatras en al menos una hora para casos nuevos y media hora para casos subsecuentes, no se pueden reducir la atención por la productividad, porque no es una maquila la atención en psiquiatría. Los pacientes en salud mental son totalmente diferentes a los pacientes con dolencias físicas.

A manera de cierre, es determinante el papel del Ministerio de Salud como ente rector en Salud Pública y en lo relativo a la política pública de Salud Mental, por sus responsabilidades de gobernar, dirigir y conducir a una comunidad, el conjunto de instituciones o personas y a ejercer autoridad sobre ellas.

En este proceso lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población. Lo anterior gracias a la Política Nacional de Salud Mental y la Secretaría Técnica de Salud Mental que operacionaliza la Política Nacional de Salud 2012 – 2021 y el apoyo político del Consejo Nacional de Salud Mental.

FRANCISCO GOLCHER VALVERDE

Sobre el autor



Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría, Master en Salud Pública.

Actualmente es Jefe de Unidad de la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud. Ha laborado en el Hospital Calderón Guardia y Hospital Chacón Paut y se ha desempeñado en diversos puestos en el Ministerio de Salud. Formó parte de las juntas directivas del CNREE e IAFA.

Se ha destacado en su labor docente en la Universidad de Costa Rica, Facultad de Educación y Escuela de Medicina.

Salud mental, una urgencia nacional

Pese a cambios ejecutados con Política Nacional de Salud Mental, persisten los problemas a la hora de implementar programas específicos como campañas educativas en el tema

Dr. Javier Contreras Rojas, médico psiquiatra, investigador en psiquiatría genética (CIBCM)

Dra. Henriette Raventós Vorst, investigadora en psiquiatría genética (CIBCM)

En el 2017, National Geographic publicó en sus redes sociales que Costa Rica era el “país más feliz del mundo”. Se trató de la tercera vez en que Costa Rica ocupó dicho puesto. Si bien es cierto que dicha evaluación obedece a grandes avances en áreas como desarrollo ambiental, esperanza de vida al nacer y energías renovables, contrasta con el alarmante aumento del suicidio durante los últimos tres años.

A pesar de este reporte, no hay estudios recientes sobre la prevalencia de los trastornos mentales, la desesperanza y el sufrimiento social de la población costarricense y migrante que vive en el país. Una problemática adyacente es ausencia de información epidemiológica y sus contribuyentes en este tipo de padecimientos, aunado al hecho que hay evidencia sobre la estigmatización y discriminación que sufren las personas con algún padecimiento mental -quienes, por ejemplo, tienen una mayor tasa de desempleo- (Pacheco et al., Soc Psychiat Epidemiol. 2010).

Algunos Antecedentes

Nuestro grupo de investigación tiene más de un cuarto de siglo realizando investigación sobre los factores genéticos que contribuyen al riesgo de padecer un trastorno mental mayor. Desde esos años, también nos involucramos con la conformación y apoyo para las fundaciones y asociaciones de pacientes y sus familiares, mediante conferencias, mesas de discusión y material escrito.

Más recientemente, hemos organizado dos foros nacionales en colaboración con el Ministerio de Salud, para coproducir conocimiento sobre necesidades no solo en atención y rehabilitación de pacientes, también en promoción y prevención.

Hemos convocado a los diferentes grupos de actores sociales, incluyendo las personas padecientes y sus familias; así como profesionales en salud que dan atención individual, grupal o comunitaria (quienes trabajan con desde diferentes modelos epistemológicos). También han participado tanto del sector público como privado y de ONGs; quienes definen e implementan las políticas públicas en las instituciones estatales y les dan seguimiento, incluyendo la Defensoría de los Habitantes; y quienes trabajamos desde la academia en investigación en salud mental.



Solamente se ha implementado el

27% del presupuesto
del Plan de Acción de la
PNSM, el cual culmina
dentro de dos años.





En el primer foro realizado en el 2011 se definieron como prioridades principales las campañas en prevención y promoción y una mayor inversión en atención (Contreras and Raventós, *Acta Médica Costarricense*, 2013). Estos primeros insumos contribuyeron a la discusión sobre la necesidad de una política nacional, la cual se promulgó un año después como Política Nacional de Salud Mental 2012-2020 (PNSM).

Como en esa política se define que una de las prioridades debe ser conocer el perfil epidemiológico de los padecimientos mentales en el país, se conformó un grupo multidisciplinario e interinstitucional para su planeamiento (Contreras, Raventós et al., *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2014). Sin embargo, hasta la fecha no se ha logrado financiar dicho estudio que permitiría identificar las regiones y grupos más vulnerables.

El segundo foro que realizamos en octubre del 2018, a pesar de la promulgación de la PNSM seis años antes, mostró que no existen

grandes diferencias en las distintas áreas identificadas como prioritarias según el primer foro nacional.

Asimismo, la auditoría realizada por la Contraloría General de la República (2018) concluyó que solamente se ha implementado el 27% del presupuesto del Plan de Acción de la PNSM, el cual culmina dentro de dos años.

La Política propone, entre otros planes, cambiar el modelo de atención del paradigma médico centrista individualizado al paradigma comunitario con énfasis en promoción y prevención; sin embargo, existe una dificultad de implementar los planes y acciones y medir el impacto de cada acción para ajustarla según resultados. También existe consenso en ambos foros sobre la urgente necesidad de realizar campañas educativas en salud mental, que permitan combatir mitos y sensibilizar a la población para combatir la estigmatización y discriminación de la persona padeciente

¿Qué se hace en Salud Mental?

Estos pendientes no implican que no se realicen acciones. Múltiples intervenciones de gran valor preventivo y de atención son desarrolladas tanto por instituciones estatales como por organizaciones no gubernamentales (ONGs).

Los programas de Fundamentos, una ONG con proyectos en población de alto riesgo psicosocial, en colaboración con el Hospital Nacional Psiquiátrico de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y de proyectos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR), ya han mostrado su impacto en reducir la tasa de suicidio en algunas regiones de alto riesgo, el abandono escolar y el embarazo adolescente.

También hay programas de educación en salud mental y reducción del estigma en la UCR, con la producción de videos, entrevistas, reportajes y programas en prensa, radio, televisión y redes sociales. Como parte de este esfuerzo, el Consejo Universitario declaró el 2020 como el año de la Salud Mental.

Otras ONGs como Rescatando Vidas dan cursos en colegios y otros espacios para prevenir el suicidio y son parte de la Asociación de Suicidología de Latinoamérica y el Caribe que organizó, junto con la Universidad de Costa Rica, el Congreso Latinoamericano de Prevención del Suicidio el año pasado, y cuyas conclusiones están publicadas. Sin embargo, no cubren a toda la población en riesgo; por ejemplo, personas migrantes, comunidades muy alejadas de servicios, y otras personas en riesgo psicosocial por aumento del desempleo, la violencia y el tráfico de drogas, entre otras.

Ante la crisis fiscal y el posible aumento del sufrimiento social, es necesario que la inversión se dirija a los grupos en mayor riesgo con intervenciones basadas en evidencia local. Este es un llamado urgente al compromiso de las instituciones responsables, que incluye a la Universidad de Costa Rica. ¡Que la declaratoria del año de la Salud Mental en la Universidad se concrete en acciones!

Sobre los autores

HENRIETTE RAVENTÓS VORST



Médica con Maestría en Bioquímica, ambas de la UCR y estudios de Posdoctorado en Genética Humana en la Universidad de California en Berkeley. Actualmente realizando la tesis de doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura (DESC de la UCR) sobre modelos explicativos en trastornos mentales mayores.

También es Profesora e Investigadora de la Universidad de Costa Rica desde 1996 en el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular y en la Sección de Genética de la Escuela de Biología.

Sus intereses en investigación son ciencia, género, discapacidad, derechos humanos, bioética, salud mental y reproductiva. Miembro de la Academia Nacional de Ciencia y representante de la ANC en la red de Academias de Ciencias de América en Women for Science.

JAVIER CONTRERAS ROJAS



Por profesión, Médico Psiquiatra e investigador en Psiquiatría genética en el CIBCM. Es especialista en psiquiatría y Máster en Genética y Biología Molecular y estudios de postdoctorado en investigación en Psiquiatría Genética en la Universidad de Texas en San Antonio. Combina la práctica clínica con la investigación y la academia como profesor del Postgrado de Psiquiatría; además es miembro de la Asociación Costarricense de Psiquiatría (ASOCOPSI) y formó parte del grupo asesor para la creación de la Política Nacional en Salud Mental (2012-2021) como "asesor científico ad honorem" de la Vice Ministra de Salud en dicho periodo.

Salud mental, se habla mucho, se reflexiona poco

Concepto de salud mental pasa en constante redefinición, pasa tanto por estado de bienestar de las personas como por la ausencia de padecimientos. Por lo tanto, cada persona puede definirle de distintas maneras.

Mayra M. Rodríguez Araya

Asesora Técnica del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica

Una parte importante del quehacer de los profesionales en Salud Mental, es crear conciencia en la población general, acerca de la importancia de conocer sobre la Salud Mental como temática macro, pero, sobre todo, en el ámbito personal y privado, ya que cada persona está llamada a ser la principal gestora de su bienestar.

Iniciemos por algunos puntos básicos:

¿Qué es la salud?

Hace tiempo, desde la Organización Mundial de la Salud, se estableció que La Salud, es mucho más que la ausencia de enfermedad; se trata entonces de una condición, en la cual las personas se encuentran en un completo estado de bienestar, tanto a nivel físico, social y mental.

Entonces, ¿qué es la Salud Mental?

Parafraseando a la misma Organización, cabe decir que la Salud Mental, no representa solamente la ausencia de una enfermedad o afección a nivel emocional o mental, sino que es una condición de bienestar, y que por tanto sólo podrá ser definida desde la subjetividad de cada persona.

Vale preguntarse,

¿Qué es el bienestar?

En el 2017, la Real Academia Española, indicó que la palabra bienestar tiene tres acepciones:

1. Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.
2. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarla bien y con tranquilidad.
3. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica"

En el tercer significado, se retorna el tema de la ausencia de enfermedad, padecimiento, malestar, entre otros; tanto en lo físico, como en lo psíquico.

El segundo significado parece enfocarse en posesiones materiales, que procuren comodidad.

El primer significado, habla de cosas necesarias para vivir bien, lo que de nuevo nos remite a la subjetividad, pues solo cada persona, puede dar cuenta de lo que realmente necesita para vivir bien; para algunos será lo que se compra con dinero, para otras lo espiritual, habrá quienes prefieran lo religioso y otras lo etéreo.

En pocas palabras para cada quien existe una o varias "cosas", que le generen tranquilidad, satisfacción y paz interior..

Ahora bien, para efectos de esta breve reflexión, podemos separar la ausencia de Salud Mental en tres líneas:

1. Por un lado, quienes carecen o han perdido la tranquilidad, satisfacción y paz interior, como consecuencia de una afección mental, como podría ser un trastorno de la personalidad; un desequilibrio fisiológico, en el orden de problemas de neurotransmisores (serotonina, dopamina, norepinefrina), que causan cuadros de depresión, ansiedad, entre otros; de la experimentación de un suceso traumático o particularmente impactante para la persona, cómo podría ser una separación, una pérdida, un abuso o violación sexual, etc.
2. Por otro lado, podemos ubicar a quienes carecen de tranquilidad, satisfacción y paz interior, como efecto de una historia personal, que les marcó de determinada manera; o bien de haber aprendido a interpretar los hechos de la vida, de forma errada y claro de percibirse a sí mismos, a los otros y al entorno, de manera desfavorable.
3. Y finalmente, estarían las personas que, carecen o han perdido la tranquilidad, satisfacción y paz interior, porque han elegido un estilo de vida, cargado de la necesidad de "cosas" para vivir bien, imposibles de conseguir, irrelevantes o sencillamente innecesarias.

Toca hacer consciencia de que los trastornos de la personalidad, así como los desequilibrios fisiológicos, son condiciones que pueden afectar a cualquier persona, independientemente de su género, raza, situación socio-económica, por mencionar algunos.

Si bien no se conoce con certeza la causa de los problemas mencionados en el párrafo anterior, se tiene la sospecha de que es producto de la confluencia de factores genéticos, sociales y ambientales. Lo que sí está definitivamente claro, es que dichos problemas, para nada se relacionan con incapacidad, falta de voluntad, u otros.

En cuanto a experimentar una situación traumática o fuertemente impactante, igual le puede pasar a todas las personas, y no necesariamente se relaciona con falta de prevención, auto protección o cobardía.

Es importante tener claro, que nadie es responsable de la historia que le tocó vivir en la infancia, de haber tenido que enfrentar carencias, maltratos y otras situaciones ingratas; tampoco así de haber crecido en un contexto que le enseñó a ver "el vaso medio vacío, en lugar de medio lleno", de haber aprendido a percibir al entorno y a las demás personas como agentes adversos. También es importante que las personas comprendan que, en muchas ocasiones, no basta con querer cambiar y que se necesita una guía para hacerlo.

En función de mejorar o recuperar la salud mental, en las condiciones o situaciones mencionadas en párrafos previos; se requiere que la persona que enfrenta el inconveniente, tome consciencia de que el hacerse acompañar de un profesional de la salud mental, no es un acto de debilidad, sino que, por el contrario, es una acción de valentía y la manifestación de la fortaleza, que se requiere, para reconocer que se necesitan del apoyo de un experto en psicología.

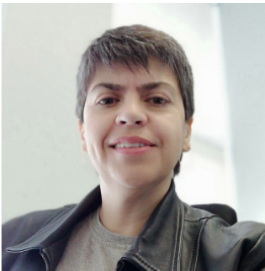
Ahora, enfoquémonos en las personas que tienen más participación y protagonismo, tanto en la generación del problema, como en la producción de la solución.

Hablo de las personas, que ven sacrificada su tranquilidad, satisfacción y paz interior, como producto de haber perdido el contacto con la esencia de sí mismos, con lo verdaderamente importante, con sus propios valores. Me refiero a esas personas, que viven en un estado de "malestar", pues se la pasan comparándose con los otros y en constante mortificación, pues siempre hay alguien, "más joven", "más delgado", "con más dinero", "más inteligente", más y más y más.....en fin, "más feliz"

A esas personas, las invito también a buscar ayuda psicológica, a emprender un proceso de transformación y darle un giro a su vida, a volver a sus raíces, a mirar con el alma y experimentar con cada sentido, a librarse de ataduras, a respirar aire puro, a entrar en contacto con la naturaleza y con su propia naturaleza, a ser libre, a soñar, a amar, sencillamente a vivir de verdad.

MAYRA MARÍA RODRÍGUEZ ARAYA

Sobre la autora



Psicóloga de Profesión. Cuenta con una Licenciatura en Psicología; así como con las maestrías en Psicología Clínica, en Psicología de Estudios Grupales y en Manejo de Recursos Naturales con Énfasis en Gestión Ambiental.

En la actualidad es Asesora Técnica Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, así como Docente Universitaria con más de 20 años de experiencia.

Más allá del internamiento y atención primaria: ¿imaginamos nuevos lugares para la locura?

En Costa Rica, la salud es vista como un derecho que debe ser protegido por el Estado. Por ende, para su respeto es necesaria la vigilancia de los diferentes sectores en el sistema de salud tales como organizaciones de pacientes y familiares así como del compromiso de la sociedad civil.

Cinthya Madrigal Rodríguez y Sarita Chaves Carrillo
Planificadoras económicas y sociales



Había vuelto. Otro episodio depresivo, el segundo del año.

Se encendieron las alarmas nuevamente y en medio de la emergencia y negación por pagar dinero para una receta verde más, buscábamos opciones accesibles en términos económicos, pero ojalá integrales, decíamos. Después de muchas llamadas y consultas a conocidos, decidimos ir a emergencias "del Chapu" en Pavas.

La acompañé y entramos juntas a consulta. Pasados los minutos de atención, el doctor anotaba en la receta el gotero de clonazepam, ahí me atreví a hablar para preguntarle: ¿hay un lugar donde podamos ir los familiares para que nos atiendan? Tengo miedo de llegar un día a casa y encontrarla muerta, yo también necesito ayuda. Atento, pero sin tener una respuesta a mi pregunta, me dijo: Traela las veces que sea necesario



El panorama actual, según la Organización Mundial de la Salud, para las enfermedades mentales, principalmente la depresión y otros trastornos, constituyen importantes factores de riesgo de suicidio. Indudablemente en la actualidad la mayor parte de los datos disponibles en temas de salud mental son sobre suicidio, que actualmente representa "la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años" (OMS, 2018), y el 79% de estos se producen en países en vías de desarrollo, de rentas medias y bajas. Además, resulta preocupante que las personas entre los 15 y 19 años encabecen la lista de suicidios en el país, según el Ministerio de Salud.

Es importante reconocer que los intentos a nivel nacional de materializar las posibles aportaciones en el tema ha sido por medio de política pública, las cuales se podrían resumir en la existencia de una Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, una Estrategia Nacional para el abordaje integral del comportamiento suicida 2016-2021, otra orientada a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública durante el mismo período, una Norma de Atención Integral de la Salud Mental y de Abordaje Psicosocial en Situaciones de Emergencias y Desastres en los Escenarios de Servicios de Salud y en la Comunidad.

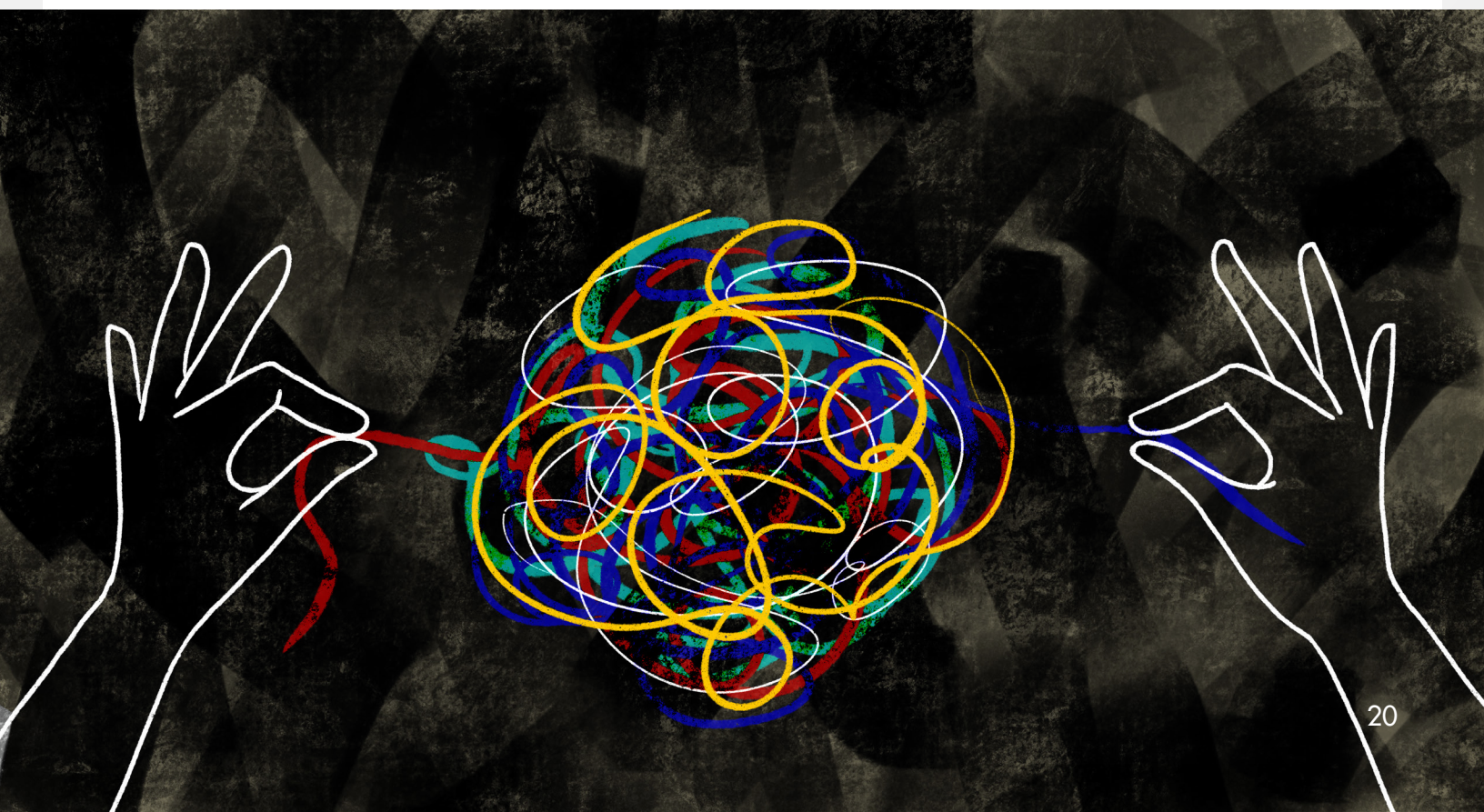
Si bien coexiste este reciente interés de trabajar en el tema de salud mental, tanto a nivel de agenda política como de sociedad civil, históricamente se le ha depositado la tarea de garantizar la salud de la población al Estado Costarricense. Este pensar instalado en la sociedad, responde indiscutiblemente a la responsabilidad constitucional del seguro público de la población trabajadora, al cual, sin duda, le sumamos la dicha de contar con la salud como un derecho humano, pero que ha situado la visión de posicionar a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como única responsable de velar por la salud pública.

Es válido destacar que el Sistema Nacional de Salud está compuesto por múltiples instituciones y organizaciones dentro de las cuales están incluidos gobiernos locales, comunidades y sociedad civil, las cuales, ante el sentir de insatisfacción de la atención integral en la salud mental, tienen la posibilidad de interactuar en pro del acceso y cobertura que le atañen a un sistema de salud nacional.

Entonces, ¿es el Estado el único responsable de atender la salud pública?

Indudablemente la institucionalidad pública tiene un papel fundamental en la producción social de la salud en un país donde esta es un derecho humano, y la salud mental ha tomado un lugar importante en los últimos años, por ello y ante la demanda creciente de necesidades en atención, promoción y prevención de las enfermedades mentales nos preguntamos ¿qué estamos haciendo como sociedad civil?, ¿qué tareas estamos asumiendo como ciudadanos en la acción por la salud mental?

En países donde la salud no es un derecho, sino un bien comercial más con el que se lucra, las organizaciones sin fines de lucro son la vía de empoderamiento y acceso a servicios de promoción, prevención y atención de salud mental. Esto ha forjado en el país un apoyo fundamental para el abordaje de trastornos muy específicos y su capacidad de influir tanto a nivel político, educativo o social, pero que debe de fortalecerse y posicionarse como un aliado fundamental en el quehacer de la salud pública.



Ahora, ningún sistema de salud a nivel mundial es igual a otro, porque responde a la conceptualización de la salud por parte de la sociedad en la que se ubica ese sistema de salud. Por tanto, el acercamiento que se le da a la salud mental en un sistema de salud dependerá de la definición construida. Se debe entender que la salud es un producto social, definido desde los determinantes sociales de la salud, lo cual tiene importancia panorámica y detallada de cada una de las brechas existentes en temas del aseguramiento de la calidad de vida tanto de los pacientes como de las redes de apoyo de estos.

Algunos de los retos van orientados hacia el hecho que desde el 2012 se registran por notificación obligatoria los intentos de suicidio, pero estos datos no son suficientes para la toma de decisiones en el tema de salud mental. Es imperante la necesidad de contar con más investigaciones epidemiológicas, que contemplen factores como los determinantes sociales de la salud, ya que es un vacío que el país debe solventar pronto para la toma de decisiones estratégicas y que a su vez sean respaldadas por datos confiables y actualizados, así como de información clara sobre cuáles son los principales elementos que afectan la salud mental de la población nacional.

Es cada vez más evidente la carente concentración de esfuerzos que apunten hacia la creación de espacios públicos de recreación y aprendizaje, seguros, libres de discriminación y accesibles para toda la población, no solo en la gran área metropolitana, sino también en las periferias del país.

Si bien por mucho tiempo se ha sostenido como única y predominante el abordaje de la salud mental mediante la atención primaria, resulta necesario repensar el modelo de atención y ampliar el enfoque que vincule el bienestar de la salud en general con la salud mental, mediante la promoción del bienestar físico y emocional desde espacios comunitarios y laborales persiguiendo una mayor integración social de todos los pacientes y sus familiares.

Ante esta carencia de espacios en una población cada vez más cansada y que requiere informarse para deconstruir los estigmas que rodean las enfermedades y trastornos mentales, es urgente situar desde la sociedad civil modelos de atención y sostén integral no solo a los pacientes, sino a las redes de apoyo que acompañan y atraviesan este exilio y abandono, de esta forma es fundamental considerar los movimientos sociales, como aliados claves para acercarse y dirigir políticas nacionales basadas en la realidad de la población.

////// Sobre las autoras

SARITA CHAVES CARRILLO

Planificadora Económica y Social
Gestora de Proyectos en Responsabilidad Social y relaciones con graduados UCIMED.

CINTYA MADRIGAL RODRÍGUEZ

Planificadora Económica y Social. Actualmente cursa la Maestría en Gerencia de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.
Promotora Social del Área de Salud de San Pablo de Heredia.

Socias en un proyecto con más de 2 años gestándose. Nos une una amistad de 18 años y la convicción de que se pueden construir otras realidades posibles para vivir de forma plena y libre de estigma nuestra salud mental.



Diálogos
sobre el
Bienestar



FLACSO
COSTA RICA



**KONRAD
ADENAUER
STIFTUNG**