

**DESORDENES
MENTALES
EN COSTA RICA:
OBSERVACIONES
EPIDEMIOLOGICAS**

GONZALO ADIS C.



**DESORDENES MENTALES EN COSTA RICA:
OBSERVACIONES EPIDEMIOLOGICAS**

Gonzalo Adis C.

614.58

A235d Adis C., Gonzalo.

Desórdenes mentales en Costa Rica: observaciones epidemiológicas /
Gonzalo Adis C. - - San José, C. R. : EDNASSS-CCSS, 1992.
120p.: il.; 2 cm.

Incluye bibliografía.

ISBN 9977-984-26-3

1. Trastornos Mentales. 2. Salud Mental 3. Psiquiatría. 4. Estadísticas
en Salud. I. Título.

Dirección editorial: Gerardo Campos G.

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 1992.

Dirección postal: Centro Nacional de Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)
Apartado 10105 - La Uruca
San José

Prohibida la reproducción total o parcial.

Todos los derechos reservados.

Hecho el depósito de ley.

CONTENIDO

Agradecimiento	7
Introducción	9
1. Salud Mental, Investigación, y Contexto Sociocultural	15
II. Prevalencia de sintomatología psiquiátrica en la población general	23
III. Frecuencia de grupos diagnósticos en pacientes hospitalizados y de consulta externa	33
IV. Características demográficas y socio-económicas del paciente psiquiátrico	41
V. Un perfil del paciente psiquiátrico	59
VI. Tasas de Hospitalización	65
VII. Factores Psicosociales y Enfermedad Mental	93
VIII. Algunas consideraciones sobre la investigación futura en el campo de la salud mental	107
IX. Comentarios Finales	113

AGRADECIMIENTOS

El autor desea expresar su agradecimiento a la Lic. Ligia Moya, Jefe del Departamento de Bioestadística de la Caja Costarricense de Seguro Social, por sus valiosas indicaciones y sugerencias en relación con el cálculo de las tasas de primeras admisiones al Hospital Nacional Psiquiátrico. De igual manera quiero agradecer a la Lic. Marita Berguerí, Jefe del Departamento de Información de la Dirección General de Estadística y Censos, del Ministerio de Economía, Industria y Comercio, por su importante ayuda para obtener los datos de la población necesarios para el cálculo de dichas tasas de primeros ingresos. Quiero expresar un especial reconocimiento al Dr. Roberto López Core, Jefe del Servicio de Psicología Clínica, del Hospital Nacional Psiquiátrico, por sus estimulantes observaciones y comentarios. Así también, agradezco al Dr. Jezer González su cuidadosa lectura y corrección del texto. Deseo también agradecer a la Revista Costarricense de Ciencias Médicas y a la Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, por su autorización para reproducir dos artículos originalmente publicados en las mismas.

DESORDENES MENTALES EN COSTA RICA: OBSERVACIONES EPIDEMIOLOGICAS

Introducción

En el presente libro se recoge la información obtenida en algunas investigaciones realizadas en Costa Rica en relación con problemas de salud mental. En este sentido, el presente constituye un primer esfuerzo por reunir en una sola fuente muchos de los datos obtenidos en diferentes estudios, algunos de ellos publicados en diferentes revistas, y otros que, a esta fecha, aún no han sido publicados formalmente.

Conviene en primer lugar mencionar que las investigaciones epidemiológicas son agrupadas de manera distinta por diferentes autores. Por ejemplo, Lima las agrupa en tres grandes categorías, a saber, (1) aquellas de naturaleza descriptiva, que buscan determinar los índices de incidencia y de prevalencia, y sus correlaciones con factores demográficos y socioeconómicos; (2) las de naturaleza analítica, que buscan identificar factores de riesgo que se encuentran asociados en forma estable con la presencia de enfermedad; y (3) aquellas que buscan planificar y ejecutar estudios sistemáticos de esas asociaciones a través de experimentos controlados, y las que también son de naturaleza analítica (Lima, 1987, p.44).

Tal como se puede inferir de estas agrupaciones hechas por Lima, el criterio utilizado para definir las diferentes categorías de investigaciones son precisamente los objetivos que se pretende alcanzar con las mismas. Por otra parte, estas mismas agrupaciones o categorías permiten definir operacionalmente el campo de interés de la epidemiología.

De lo anterior se desprende la importancia que tiene la investigación epidemiológica de los desórdenes mentales. Esto así, tanto para los investigadores en este campo, como para los administradores de servicios en el área de la salud mental. Y también para el clínico, en la medida en que la información que se obtenga permita aclarar problemas en el manejo del paciente. Ciertamente es de gran utilidad poder contar con información sobre la frecuencia de los desórdenes mentales en una población determinada; sobre cómo estos desórdenes se distribuyen en relación con diferentes características demográficas y socioeconómicas de esa población. Y, cuando esto es posible, obtener también información sobre cuáles factores de riesgo se encuentran asociados a la presencia de estos desórdenes. Es claro entonces que la información que proporciona la investigación epidemiológica es básica y necesaria para diseñar programas de tratamiento y de prevención primaria, y para evaluar los servicios existentes.

El propósito de este libro es presentar algunos de los resultados obtenidos en investigaciones de tipo epidemiológico, realizadas en nuestro país. En términos

generales, estas investigaciones pueden agruparse en la categoría, sugerida por Lima, de investigaciones descriptivas. Algunas de estas investigaciones utilizaron estadísticas hospitalarias, tanto de pacientes hospitalizados como de consulta externa, buscando conocer la frecuencia de grupos diagnósticos, particularmente en pacientes de primer ingreso. Otras utilizaron muestras de población general con el propósito de estimar índices de prevalencia en una población en la que las personas no se definen a sí mismas como enfermas, o si lo hacen, en todo caso no han buscado ayuda psiquiátrica o psicológica. Como era de esperar, en todos estos estudios se trató de conocer el grado en que esta información se encontraba asociada a las características demográficas y socioeconómicas de las personas incluidas en las muestras estudiadas, sea de pacientes o de personas de la población general.

Relacionado con lo anterior, también se mencionan los resultados obtenidos en algunas investigaciones sobre factores psicosociales. El propósito en estos estudios fue establecer el tipo de relación que podría existir entre algunos factores psicosociales, como son las actitudes hacia la enfermedad mental, la percepción de enfermedad, la aceptación de tener sentimientos de soledad, o de tener conflictos interpersonales, y la presencia de sintomatología psiquiátrica.

Es apropiado hacer mención aquí de algunas de las ventajas y de las limitaciones que tiene la utilización de estadísticas hospitalarias. Diferentes autores están de acuerdo en que la gran ventaja de utilizar estos datos es la facilidad para obtenerlos, por una parte. Por otra parte, también concuerdan en que la información que ofrecen estas estadísticas pueden servir de base para formular hipótesis en relación con diferentes aspectos y características; hipótesis que podrían servir de guía para estudios con muestras de población general. Así también estas estadísticas permiten obtener información relacionada con factores demográficos, socioeconómicos y psicosociales que podrían favorecer la tendencia a la hospitalización. Es claro que toda esta información tiene importancia para la planificación administrativa, como es la evaluación de las facilidades existentes (Lima, 1987; Reid, 1964; Kramer y otros, 1961).

Es importante señalar que la utilización de estas estadísticas tiene sus limitaciones. En este sentido se ha mencionado el hecho de que la estandarización de los registros tiende a ser insuficiente y que la calidad de la práctica clínica (sea en diferentes instituciones o de diferentes profesionales) podría no tener el mismo nivel de excelencia (Lima, 1987). A su vez, también se ha mencionado el hecho de que la admisión al hospital es afectada por factores de selección, como son las características demográficas de la población atendida por el hospital; las condiciones y características del hospital mismo; los factores que influyen sobre la decisión de admisión al hospital, como son la severidad de la condición en función de (a) cómo afecta el grado de severidad la adaptación social de la persona, (b) el criterio del médico psiquiatra y las expectativas de la población en general sobre el grado de severidad que el paciente y su familia pueden soportar, (c) las perspectivas de asistencia adecuada que ofrece el

hospital. Otros factores que también influyen, como son, las actitudes y las expectativas que se tienen en relación con la hospitalización; la accesibilidad del hospital; la existencia de otras opciones, como es la posibilidad de recibir tratamiento ambulatorio, sea institucional o privado (Reid, 1964). Estos factores de selección afectan la hospitalización, y consecuentemente las estadísticas hospitalarias.

Por otra parte, las estadísticas hospitalarias nos ofrecen parte de la información, toda vez que estos datos se basan en una población que ya ha sido definida como enferma. En este sentido ésta es una información sesgada. Es necesario entonces conocer también el número de casos activos que se encuentran en la población general, independientemente de si estas personas se definen o no como enfermos, esto es, si aceptan o no tener problemas de salud mental.

La utilidad de los estudios a nivel de la población general es precisamente que los mismos permiten obtener información sobre la naturaleza y la magnitud de los problemas de salud mental existentes en la comunidad. En el caso de los desórdenes mentales, la estimación de la prevalencia de los mismos en esa población permite valorar su magnitud y el estrés que esta representa para la comunidad. Cabe aquí recordar que, tal como ha sido señalado, a este nivel de población general, la magnitud de la prevalencia es inversamente proporcional a la severidad de los casos investigados. Es decir, que la prevalencia de aquellos casos que necesitan hospitalización es menor que la correspondiente a aquellos casos que necesitan tratamiento ambulatorio, y es la más alta cuando se consideran casos subclínicos (Leighton y otros, 1966).

Por su parte, la estimación de la incidencia de los desórdenes mentales se considera de especial importancia. Mientras que la prevalencia nos informa sobre la magnitud de estos problemas presentes en la comunidad, en un momento o período determinado, ésta no nos dice nada sobre el volumen o el número de casos con trastornos mentales que ocurren durante un período determinado. Tampoco nos da la prevalencia información sobre los factores de riesgo que contribuyen y favorecen que ocurran nuevos casos. De aquí la importancia de investigaciones que busquen estimar la incidencia de la enfermedad mental. Esto es, cuyo objetivo es estimar el número de casos nuevos que ocurren en un período determinado, y que buscan identificar factores causales, o bien, que buscan estimar el efecto que ciertos programas tienen sobre el desarrollo de la enfermedad (Guerrero, y otros, 1986).

Sin embargo, la estimación de los índices de prevalencia y de incidencia presenta también ciertas dificultades. En este sentido Lima ha señalado que en la estimación del índice de prevalencia es afectado por la forma de definir y de identificar lo que se considera un "caso" psiquiátrico. De hecho, las diferencias en la magnitud de los índices de prevalencia encontradas en diferentes estudios, aun utilizando muestras de la misma población, se deben precisamente a que los diferentes investigadores utilizan diferentes criterios para definir lo que es un "caso" psiquiátrico.

Lima llama a esta dificultad "el problema del numerador". Por su parte, la estimación del índice de incidencia, lo mismo que el de prevalencia, es afectado por la forma de identificar y de delimitar lo que se considera son las poblaciones en riesgo. A esta dificultad Lima la llama "el problema del denominador" (Lima, 1987, p.44-46).

Es importante entonces que el lector tenga en mente las limitaciones apuntadas. Esto tanto en relación con el uso de estadísticas hospitalarias, utilizadas en el cálculo de tasas de hospitalización, como en relación con la estimación de los índices de prevalencia en muestras de población general.

Finalmente, se debe agregar que el autor se da por satisfecho si la información que se presenta a continuación sirve de estímulo para una mayor actividad investigativa en el campo de la epidemiología de los desórdenes mentales en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Guerrero, R.; González, CL; y Medina, E.; (1986), Epidemiología, Addison-Wesley Iberoamericana, México.
- Kramer, Morton; Pollack, E.S.; y Redick, R.W.; (1961), "Studies of the Incidence and Prevalence of Hospitalized Mental Disorders in the USA: Current Status and Future Goals", en P.H.Hoch and J.Zubin, 1961, **Comparative Epidemiology or the Mental Disorders**, Grune and Stratton, New York, p.56-100.
- Leighton, A.N.; Leighton, D.C.; y Danley, R.A.; (1966), "Validity in Mental Health Surveys", **Cand. psychiat. Ass. J.**, 11, p.167-178.
- Lima, Bruno R., (1987), "Epidemiología Psiquiátrica", **Acta psiquiát. psicoI. Amér. lat.**, 33, p.43-54.
- Reid, DD., (1964), **Los Métodos Epidemiológicos en el Estudio de los Trastornos Mentales**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

I. SALUD MENTAL, INVESTIGACION Y CONTEXTO SOCIO-CULTURAL^(*)

La investigación epidemiológica en el campo de la salud mental tiene por objeto establecer la distribución y la magnitud de los problemas de salud mental en una población, en un momento o periodo determinado. Si esta investigación ha de contribuir a la comprensión, control, y prevención de tales problemas, debe esclarecer las relaciones que existan entre éstos y los diversos factores dinámicos etiológicos, directos o indirectos. En este sentido, Lin y Stanley (1964) han señalado que "En la esfera de la salud mental, la epidemiología puede perseguir los siguientes objetivos: a) evaluar la prevalencia de los distintos tipos de enfermedades mentales en una población para servir de base a la prevención y tratamiento de dichas enfermedades; b) descubrir la relación entre ciertas características de una población y las enfermedades mentales, para tratar de precisar el origen de éstas; c) comprobar las hipótesis etiológicas derivadas de los trabajos de laboratorio o de las observaciones clínicas; d) evaluar los índices de curación espontánea, para apreciar la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas."

Un análisis de los diversos objetivos de la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental hace evidente - y en general se acepta así - la necesidad de considerar una multiplicidad de factores. De hecho se ha señalado que la "enfermedad" puede ser considerada, dentro del marco de referencia de la teoría general de sistemas, como una "falla de los mecanismos de control para mantener ciertas variables dentro de los límites prescritos del equilibrio homeostático...En este sentido el individuo puede ser considerado como un sistema abierto, compuesto de ... subsistemas, que opera en un intercambio dinámico con un suprasistema, por ejemplo, el ambiente sociocultural"(Smith y otros, 1963).

Estos mismos autores delimitan o derivan, desde este punto de vista, tres dimensiones, a saber: funcionamiento intrapsíquico, funcionamiento interpersonal y funcionamiento en relación con el papel social del individuo. Es obvio, entonces, que la multiplicidad de factores por considerar define el fenómeno en estudio como un fenómeno sumamente complejo. Ciertamente se puede señalar que no hay nada nuevo en esta complejidad y que de hecho las más modernas concepciones psiquiátrico - psicológicas toman en cuenta el que "por su condición de creador a la vez que producto, de su contexto sociocultural, el individuo deja de ser dueño exclusivo de los atributos de su conducta, para compartir la posesión o responsabilidad de los mismos, con ese medio sociocultural" (Adis, 1968a). Sin embargo, y pese a la aparente aceptación de lo anterior, ya ha sido señalada en estudios epidemiológicos la tendencia a "...definir la enfermedad o salud mental

(*) El presente capítulo, con algunas modificaciones, fue originalmente publicado en Javier Mariátegui y Gonzalo Adis (eds.), **Epidemiología Psiquiátrica en América Latina**, ACTA, Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires, Argentina, 1970, cap. 5, p.181-189.

como cualidades del individuo, como algo que posee el individuo considerado más o menos como algo aislado de su ambiente social..."(Wedge, 1964).

Lo anterior señala una contradicción. Por una parte existe una aparente aceptación del individuo dentro de su propio contexto sociocultural; se hace énfasis en que funcionar adecuada o saludablemente, dentro del contexto de lo socialmente esperado, es una función del tipo y cualidad de la interacción del individuo con su ambiente. Es decir, depende de lo esperado y deseable en términos de la frecuencia, intensidad y naturaleza de los actos interpersonales (Adis, 1968a). Por otra parte, en la investigación en este campo se señala una tendencia a considerar al individuo " ... más o menos como algo aislado de su ambiente social". No es de extrañar entonces que los datos obtenidos en muchos estudios epidemiológicos sean, de suyo, curiosos e interesantes y a la vez que provoquen disonancias cognoscitivas. Esto es así puesto que los resultados señalan una alta probabilidad de que la persona haya sido evaluada desde el punto de vista conceptual del investigador, cuya orientación, sujeta a valores y expectativas, no siempre coincide o refleja las expectativas y valores del medio al cual pertenece el individuo estudiado. De ahí entonces la necesidad de hacer énfasis en lo obvio; de insistir en que la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental deber ser precedida por estudios del contexto sociocultural en el cual se han de realizar dichas investigaciones.

Es un hecho sabido que el grado de severidad es un factor importante y que el porcentaje de prevalencia es mayor cuanto menor sea la severidad de los casos estudiados (Leighton y otros, 1966). Es precisamente aquí cuando la investigación tiene por objeto determinar, en la población general, la prevalencia de casos subclínicos, o de menor severidad, donde la anterior necesidad se hace aparente. Cuando se consideran los casos de mayor severidad, los casos clínicos abiertos que necesitan hospitalización, no parecieran existir mayores problemas. Por otra parte los resultados en relación con casos subclínicos con frecuencia crean la duda de si los hallazgos obtenidos se refieren a fenómenos puramente psiquiátricos o a patrones culturales. A manera de ejemplo considérense los resultados obtenidos en estudios de prevalencia en Costa Rica. En un estudio en escala nacional (Adis y otros, 1968b) se obtuvieron índices de prevalencia de 38.7% en el caso de sintomatología psiconeurótica, y a un nivel de intensidad moderado (es decir, a ese nivel donde otras personas, además del especialista, pueden percibir la conducta considerada como sintomática, pero no la definen como tal, sino más bien como rarezas o peculiaridades del individuo) los índices de prevalencias de rasgos pasivo-agresivos alcanzaron una magnitud de alrededor del 60%. En otro estudio similar en una población universitaria (Adis, Thomas y Hernández, 1969) el índice de sintomatología psiconeurótica, también a este nivel moderado, fue 45,7%. La magnitud de estos índices es ciertamente muy alta. No obstante, estos índices concuerdan con lo esperado. Así, por ejemplo, en la literatura correspondiente se han mencionado índices que varían entre el 10% y el 60% y más (Leighton y otros, 1966). Lo importante, sin embargo, es que la magnitud tan alta de estos índices provoca interrogantes en el sentido de si estos

hallazgos reflejan problemas de salud mental o patrones culturales, o una combinación de ambos. Es evidente, a su vez, que el contestar estos interrogantes requeriría, estrictamente hablando, nuevas investigaciones diseñadas para obtener información básica sobre los patrones culturales de estas poblaciones, sus expectativas sobre la presencia y expresión de problemas de salud mental, y ciertamente, sobre la definición social de lo que, en su contexto sociocultural, se considera problema de salud mental. A su vez, esta información básica sobre estos aspectos serviría de marco de referencia en la interpretación de los hallazgos en investigaciones epidemiológicas. No es de extrañar, entonces, el que se haya dicho que: "Sin parámetros cronológicos, sociales o culturales precisos, es arriesgado tratar de inferir porcentajes de prevalencia o incidencia de una enfermedad popular, mucho menos las relaciones entre estos porcentajes y variables demográficas tales como edad, sexo o estado civil. Sin embargo, esperamos que precisamente estas inferencias y asociaciones nos ayuden a entender la naturaleza de la enfermedad" (Rubel, 1967).

El desconocimiento, o la falta de una clara comprensión, de las expectativas y patrones culturales del medio en el cual se realiza una investigación para establecer la prevalencia de problemas de salud mental, puede facilitar el que el individuo evaluado sea encasillado dentro del marco de referencia y de las expectativas del investigador. Por una parte, y particularmente en estudios de población general, sería de esperar que los formularios y las pruebas psicológicas que les son administradas a las personas incluidas en la muestra, así como la entrevista psiquiátrica a que son sometidos -todo ello sin haberlo solicitado- provoquen fantasías que afecten su percepción de esta situación, y lógicamente su manera de reaccionar. Ciertamente esto podría introducir error en los datos que se obtengan, en la validez y confiabilidad de los mismos. Esto particularmente en aquellos casos en que el investigador no comparta los mismos valores, ni tampoco las expectativas ni definiciones de las personas cuya salud mental está evaluando.

Por otra parte, las percepciones del investigador son directamente afectadas por sus orientaciones sujetas a valores y por sus expectativas. Spiegel (1964) por ejemplo, señala que las expectativas relacionadas con el papel social del paciente que busca psicoterapia, reflejan valores de clase media. Así, entre otras cosas, se espera que el paciente esté dispuesto a hablar de sí mismo tanto como sea posible, que esté dispuesto a trabajar hacia su propia salud en forma responsable sin depender de otros, que busque ser independiente y autónomo, que desee un futuro diferente a su pasado y presente, y que esté dispuesto a asumir responsabilidad en el logro de este objetivo, etcétera. Para ese autor, todas estas son expectativas de clase media. En la misma forma, Gurslin et al (1964) encontraron que el contenido de los "mensajes" de salud mental que se encuentran en la literatura en este campo tienden a reflejar, o coincidir, con escalas de valores de clase media. Esos autores señalan que los valores de clase media hacen énfasis en la importancia de que el individuo controle sus impulsos, y sus tendencias agresivas, exceptuando aquellos casos en que se le provoca abierta e intensamente. Esto se reflejaba en el contenido de los "mensajes" acerca del "control

de emociones" que ellos encontraron. Un ejemplo son los siguientes mensajes: "La persona mentalmente sana controla sus emociones o las canaliza en forma no destructiva... No deje que sus emociones lo manejen -sea usted el que las maneje... todos tenemos emociones pero no deje que lo derriben", etcétera. Ciertamente estos mensajes sugieren que los expertos que los escriben y que colaboran en este tipo de literatura reflejan valores de clase media o participan de ellos. En la misma forma, no sería de extrañar que los investigadores en estudios epidemiológicos también participen de estos valores y definan lo apropiado, deseable o saludable, de acuerdo con ellos.

Relacionado con lo anterior, e igualmente fundamental, es el hecho de que la definición social y la definición técnica de lo que es enfermedad, o un problema de salud mental, no necesariamente coinciden. Señalando esta discrepancia Rubel (1967) escribe: "ambos grupos perciben la misma condición desde premisas fundamentalmente distintas ... el hecho de que el profesional en salud tenga que obtener la historia médica y las descripciones del padecimiento de gente que mantiene puntos de vista opuesto al suyo, complica el problema". Esto es aún más importante y más complicado en aquellas investigaciones que procuran establecer la prevalencia, en la población general, de casos subclínicos, donde la severidad o intensidad de los problemas es mínima, y donde los individuos entrevistados no han solicitado ni buscado tal entrevista. Stryker (1964) cita a W.I. Thomas en el sentido de que "si los hombres definen situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias". Si el individuo define su conducta como apropiada y libre de síntomas - independientemente de si esto es objetivamente correcto o no- el individuo no acepta tener problemas ni se define como enfermo. La importancia de esto para los programas de acción preventiva es obvia. Es muy probable que el que esto sea así contribuya a las discrepancias, o incongruencias, que se observan cuando se comparan, en este tipo de estudios, los resultados de la entrevista psiquiátrica o psicológica con aquellos obtenidos con cuestionarios de personalidad. Corrientemente los resultados de los cuestionarios sugieren menos sintomatología y menor intensidad.

Con mucha frecuencia los tests psicológicos utilizados en este tipo de estudio son del tipo cuestionario. El individuo, al contestar las preguntas que ahí se hacen, cuyo contenido corrientemente refleja síntomas, debe aceptarlos o rechazarlos como descriptivos de su conducta. Es evidente que al describirse a sí mismo de esta manera, el individuo está a la vez definiéndose a sí mismo, ya sea como una persona con problemas de salud mental (cuando acepta síntomas como descriptivos de su conducta), o bien como una persona sin estos problemas (cuando rechaza estos síntomas como descriptivos de su conducta), y esto es así independientemente de que concuerde o no con la realidad objetiva. En la misma forma el investigador puede percibir y definir la conducta del entrevistado como sintomática o como carente de síntomas. Ambas situaciones tienen consecuencias muy reales, sea la del individuo que, a través del cuestionario se define como libre de problemas, o en la entrevista donde el entrevistador define al individuo como enfermo y le da una etiqueta

diagnóstica. La discrepancia que existe frecuentemente entre los resultados de la prueba y de la entrevista refleja, entre otras cosas, que las percepciones y definiciones del investigador y de la persona en estudio difieren o no coinciden. Un ejemplo en este sentido fueron los resultados obtenidos en un estudio piloto^(*) para establecer la validez predictiva de un cuestionario de este tipo, 109 estudiantes universitarios tomaron el cuestionario y fueron sometidos a entrevista psiquiátrica. Los resultados muestran que en aquellos pocos casos en que los psiquiatras diagnosticaron la presencia de problemas severos, estos estudiantes se definieron a sí mismos, en el cuestionario, también como personas con muchos problemas. Aquí las definiciones de ambos coincidieron. Este no fue el caso al comparar resultados moderados (ese nivel en que la persona, además del experto, percibe esta conducta pero no la define socialmente como síntoma y más bien como rarezas o peculiaridades del individuo) y al nivel de "sin problemas" o "sin síntomas". En estos dos casos la discrepancia entre psiquiatras y la prueba fue clara en que los psiquiatras percibían más problemas de los que los estudiantes percibían en ellos mismos. Obsérvese que estos estudiantes fueron seleccionados al azar de la población universitaria. Todos ellos, con excepción de los pocos que se encontraron con problemas severos, en general no consideraban tener problemas, o cuando menos, no en un grado en que interfirieran con su vida cotidiana y les hicieran buscar ayuda específica.

La importancia del papel que desempeñan las expectativas culturales no puede ni debe ignorarse. Sirvan de ejemplo aquellos casos donde, pese a que su conducta refleja claramente la existencia de problemas de salud mental ("el tonto del pueblo", "el loco del pueblo", etcétera) se puede observar la existencia de patrones de aceptación dentro de las posiciones y papeles sociales en el contexto a que pertenecen, sin que exista mayor rechazo o se apliquen sanciones negativas. De hecho, mucha de la conducta que podría reflejar la existencia de problemas de salud mental, a nivel leve y moderado, tiende a ser transitoria y aceptada, dependiendo de las expectativas del medio. Este es precisamente, uno de los factores importantes por considerar cuando se hacen estudios para establecer la prevalencia de problemas de salud mental, a diferentes niveles de intensidad, en la población general.

Para resumir conviene recordar lo dicho al principio: que el individuo puede ser considerado como "... un sistema abierto, compuesto de ...subsistemas, y operando en un intercambio dinámico con un suprasistema, por ejemplo, el ambiente socio-cultural". La implicación es que la evaluación de problemas de salud mental no debe reducirse a sólo evaluar la presencia o ausencia de trastornos del pensamiento, o de disturbios afectivos o de desequilibrios fisiológicos. Es necesario estudiar y comprender el contexto sociocultural en el cual se han de realizar las investigaciones epidemiológicas. O poniéndolo en las palabras de Leighton, citado por Rubel (1967),

(*) Este estudio piloto fue realizado en el entonces Centro de Investigaciones Psicológicas, hoy Instituto, de la Universidad de Costa Rica.

" ... conviene fijar nuestra atención primero en la distribución de patrones (culturales) y sólo más adelante preguntar por sus consecuencias funcionales. La determinación de patología es lo último que debe hacerse más bien que lo primero".

BILIOGRAFIA

- Adis C.,G., Thomas C., P., Hernández U., R., (1969), **La salud mental en el estudiante universitario**. Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Adis C.,G., (1968a) **Algunas observaciones sobre la investigación en Psiquiatría Social**. Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Adis C.,G., Hernández U., R., Víquez C, C., y Alvarenga B., F., (1968b), **Prevalencia de problemas de Salud Mental en Costa Rica**. Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Gursslin, O.R., Hunt, R.G., Roach, J. L., (1964), "Social Class and the Mental Health Movement", en Riessman, F., Cohen, J., Pearl, A, **Mental Health of the Poor**. The Free Press, New York.
- Leighton, A H., Leighton, D. C., Danley, R. A, (1966), "Validity in Mental Health Surveys". **Canad. psychiat. Ass. J.**, 11.
- Rubel, A.J., (1967), "El susto en Hispanoamérica". **América Indígena**, XXVII (1).
- Smith, W.G., Hansell, N., English, J.T., (1963), "Psychiatry Disorders in a College Population". **Arch. gen. psychlat.**
- Spiegel, J.P., (1964), "Some Cultural Aspects of Transference and Countertransference", en Riessman, F., Cohen, J., Pearl, A. (eds.), **Mental Health of the Poor**. The Free Press, New York.
- Stryker, S., "The Interactional and Situational Approaches", en Christensen, H. T., **Handbook of Marriage and the Family**. Rand McNally and Co., Chicago.
- Tsung - Yi, y Stanley C.C., (1964), **Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría**. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Wedge, W., (1964), "Changing perceptions of Mental Health". **Mental Hyg.**, 48.

II. PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA EN LA POBLACION GENERAL

El planeamiento y desarrollo de programas en el campo de la salud mental, en los diferentes niveles de prevención, requiere contar con información básica. Esto es, con información que permita alcanzar los objetivos de esos programas. Por una parte, es importante conocer las características de la población que se encuentra hospitalizada, o bien, que se encuentra recibiendo tratamiento en forma ambulatoria, sea en servicios de consulta externa, o en consulta privada. Por otra parte, es igualmente importante contar con información sobre la naturaleza y magnitud de los problemas de salud mental existentes en la población general. Esto es, en una población en la que los individuos que presentan sintomatología psiquiátrica no se consideran a sí mismos como pacientes, ni han solicitado ayuda por problemas psiquiátricos o psicológicos, si bien otros en la comunidad podrían definir su comportamiento como raro, si es que no los consideran enfermos. O en otras palabras, la puesta en marcha de estos programas necesita conocer la prevalencia de sintomatología psiquiátrica en la población general.

La prevalencia se refiere al número o frecuencia de casos activos presentes en determinado momento, o en determinado período de tiempo, en una población particular. Las estimaciones de la prevalencia de los trastornos mentales en la población general permiten contar con información básica para programar las necesidades de servicios asistenciales (Lima, 1987; Martí y Murcia, 1987), y para poner en marcha programas preventivos en el campo de la salud mental. Es importante entonces contar con información sobre la magnitud del problema psiquiátrico en una población de interés, y sobre su distribución en la misma según diferentes características demográficas y socio-económicas.

Es importante hacer algunas observaciones sobre la estimación de los índices de prevalencia, antes de presentar los resultados obtenidos en varios estudios.

Por una parte, es importante recordar que la magnitud de la prevalencia depende de una multiplicidad de factores. Entre estos se encuentran la incidencia, la duración de la enfermedad, la calidad de los servicios asistenciales, la facilidad de acceso a los mismos, y otros factores (Jaco, 1960). El grado de tolerancia de la comunidad, y en particular de la familia, en relación con el comportamiento que refleja este tipo de desórdenes es desde luego otro factor importante. Por otra parte, es de observarse, tal como ha sido afirmado, que las estimaciones de la prevalencia de los desórdenes mentales tienden a sobrerrepresentar a los enfermos crónicos (Jaco, 1960; Martí y Murcia, 1987), y como lo señala el primero de estos autores, por lo general son personas que provienen de grupos de bajo nivel educacional y económico. En relación con esta tendencia a sobrerrepresentar a los pacientes de larga duración, se ha mencionado que esto resulta así cuando la medición de la prevalencia se hace "al momento de la entrevista" o "durante un período determinado". En este caso, personas que han venido presentando sintomatología por un tiempo prolongado tienen

una mayor probabilidad de ser incluidas en la muestra, que aquellas que han presentado estos problemas por un período relativamente breve (Robins y otros, 1984).

La estimación de índices de prevalencia, ya ha sido señalado, tiene sus limitaciones; limitaciones que afectan también la determinación de los índices de incidencia. Estos problemas tienen que ver, por un lado, con la delimitación de la población que se va a estudiar; cuanto más se delimita esta población, más se restringe la generalización de los resultados que se obtengan. Por otro lado, se tiene el problema de la definición de lo que se va a considerar un "caso" psiquiátrico; esto es, que las definiciones operacionales de lo que se considera un caso psiquiátrico varían según los criterios diagnósticos que utilicen los diferentes investigadores (Lima, 1987). Estas discrepancias en las definiciones operacionales se hacen aún más evidentes cuando se consideran trastornos menores como son las neurosis. De aquí la gran variación en los índices de prevalencia obtenidos en diferentes estudios.

No obstante lo anterior, sin embargo, y como lo ha señalado Jaco, la estimación de los índices de prevalencia en la población general es importante. Estos índices permiten tener una visión global de la población que presenta sintomatología psiquiátrica en una determinada comunidad. Y su importancia es aún mayor si se toma en cuenta que un alto porcentaje de estas personas que presentan este tipo de problemas no buscan o no obtienen tratamiento, pudiendo pasar inadvertidos (Jaco, 1960). Tal como lo afirma este mismo autor, por otro parte, se debe tener cuidado de no utilizar los índices de prevalencia para hacer "...afirmaciones probabilísticas en relación con la incidencia o el comienzo de la enfermedad. Sólo las tasas de incidencia permiten hacer esto", y en especial cuando se pretende identificar "...factores sociales específicos como factores etiológicos de la enfermedad mental" (Jaco, 1960, p.13).

Teniendo en mente lo anterior, se presentan a continuación los índices de prevalencia de diferentes desórdenes psiquiátricos, obtenidos en cuatro investigaciones realizadas en Costa Rica. Los cuatro estudios utilizaron muestras de población general. Es decir, se basaron en muestras de personas que no se definían a sí mismas como pacientes, y que no estaban solicitando ayuda psiquiátrica ni psicológica en ese momento. Es importante observar aquí que la comparación de estos resultados se dificulta debido a diferencias en la metodología empleada. Es decir, las definiciones operacionales utilizadas no fueron necesariamente las mismas, ni tampoco lo fueron necesariamente los métodos de campo utilizados para recoger la información. También es importante, por otra parte, señalar que los resultados obtenidos en estas cuatro investigaciones representan la prevalencia de sintomatología psiquiátrica "al momento de la entrevista". Lo deseable, ciertamente, es estimar la prevalencia "a lo largo de la vida" y, de no ser posible, la otra opción deseable sería "en un período determinado". Evidentemente estos otros métodos resultan mucho más costosos.

Dos de los estudios que se citan a continuación se realizaron hace ya unos veinte años. Uno de ellos, utilizó una muestra nacional de 750 personas, de ambos sexos, todos de 18 años y más. Los datos se recogieron en dos etapas. En la primera etapa se estudió la muestra rural, de 650 individuos (193 hombres y 457 mujeres), y la recolección de los datos se inició en el mes de abril de 1966. En la segunda etapa, que inició la recolección de los datos en abril de 1967, se estudió la muestra urbana constituida por 100 individuos, 41 hombres y 59 mujeres (Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, 1970). Por conveniencia nos referiremos a éste como el "estudio nacional". El otro estudio utilizó una muestra de población universitaria, tomada del total de estudiantes que se encontraban matriculados en octubre de 1967. La muestra incluyó 316 estudiantes, 204 hombres y 112 mujeres, de 17 años y más (Adis, Thomas y Hernández, 1969). Nos referiremos a éste como el "estudio universitario".

Las otras dos investigaciones a que se hace referencia son más recientes. En alguna medida se puede decir que éstas representan un esfuerzo por actualizar la información obtenida en los primeros estudios mencionados. En el primero de estos, realizado en julio de 1980, se utilizó una muestra de la población del área de atracción de la Clínica Central de la CCSS (Hospital Calderón Guardia). El tamaño de la muestra fue de 305 personas, 214 mujeres y 91 hombres, de 15 años y más (Gallegos y Míguez, 1984). Se hará referencia a éste como el "estudio del Hospital Calderón Guardia". La otra investigación, la más reciente, realizada en los primeros meses de 1986, utilizó una muestra de la población del Cantón de Desamparados. El total de la muestra fue de 412 personas (180 hombres y 232 mujeres), de 15 años y más (Adis y Leitón, 1988)^(*). Se hará referencia a éste como el "estudio de Desamparados".

Antes de considerar los resultados obtenidos en estos estudios, es importante señalar de nuevo la limitación que existe para hacer comparaciones entre los mismos; o entre éstos y los obtenidos en investigaciones en otros países.

Esto es así, porque tal como se mencionó anteriormente, los criterios diagnósticos para definir la presencia o ausencia de sintomatología no son los mismos. De aquí las grandes variaciones en los índices de prevalencia obtenidos en diferentes investigaciones.

Tal como se puede observar en el Cuadro 1, los índices de prevalencia de sintomatología psicótica varían, de acuerdo con los resultados obtenidos en estos estudios, entre el 1 % y el 3%. El índice obtenido en el estudio nacional, 2.9%, incluye sintomatología esquizofrénica, 0.4%; afectiva, 1.4%; y orgánica, 1.1% (Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, 1970, p.99). No se presentó información en este sentido en los otros estudios.

(*) Los resultados de este estudio sirvieron de base en la preparación de un capítulo, titulado "Problemas de Salud Mental y Contexto Psicosocial", que próximamente será publicado en Alarcón, Renato D. y otros, (eds.). (Ver bibliografía)

Cuadro 1
Indices de prevalencia de sintomatología psicótica en
diferentes estudios

Tipo de Sintomatología	Nacional (N=750)	Univer- sitario (N=316)	H.Calderón Guardia (N=305)	Desampa- rados (N=412)
Psicosis (global)	2.9%	1 %	3%	1 %
Esquizofrenia	0.4%			
Trastornos Afectivos	1.4%			
Trastornos Orgánicos	1.1 %			

Es de interés observar la coincidencia en los resultados entre el estudio "nacional", y el del "Hospital Calderón Guardia". En ambos estudios el índice de prevalencia observado fue 3%. También se observa esta misma coincidencia entre los otros dos estudios, el que utilizó una muestra universitaria y el que utilizó una muestra de la población del Cantón de Desamparados. En estos dos casos el índice de prevalencia obtenido fue 1 %. Tal parece que a pesar del tiempo transcurrido, unos veinte años, entre los dos primeros estudios, el "nacional" y el del "Hospital Calderón Guardia", y los dos últimos, el "universitario" y el de "Desamparados", la prevalencia de este tipo de sintomatología tiende a mantenerse bastante estable.

Por otra parte es interesante observar que estos resultados, cuando menos en lo que se refiere a la magnitud de los índices de sintomatología esquizofrénica, tienden a ser bastante parecidos a los obtenidos en otros estudios.

Así por ejemplo, Robins, et al, obtuvieron, en estudios de "prevalencia a lo largo de la vida" en tres áreas distintas (New Haven, Conn., 1980-1981, N=3,058; Baltimore, 1980-1981, N=3,481; Y St. Louis, 1980-1981, N=3,004), índices de prevalencia para desórdenes esquizofrénicos y esquizofreniformes de 2%, 1.9% y 1.1%, respectivamente, en esas tres áreas. Los índices para trastornos depresivos mayores fueron más altos, a saber, 6.7%, 3.7% y 5.5%, respectivamente para las tres mismas áreas de investigación (Robins, et al, 1984). Por su parte, en un estudio realizado en Puerto Rico (con una muestra de 1513 sujetos, de ambos sexos, de 18 a

64 años de edad), Canino, et al, encontraron un índice de prevalencia "a lo largo de la vida" de 1.8% para desórdenes esquizofrénicos y esquizofreniformes; y cuando se considero la prevalencia de estos desórdenes en un período de "seis meses", este índice fue 1.7%. Los índices para los trastornos depresivos mayores fueron, de nuevo, más altos, a saber, 4.6% en el caso de la prevalencia "a lo largo de la vida", y 3% cuando la prevalencia se estimó en un período de "seis meses" (Canino, et al, 1987).

Tal como se desprende del Cuadro 2, la magnitud de los índices de prevalencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos menores es mucho más alta que lo observado en relación con la sintomatología psicótica. Esto sería de esperar, puesto que es sabido que a menor severidad de la sintomatología, y particularmente si se trata de casos subclínicos, mayor es su frecuencia, o su prevalencia, en la población general.

Como era de esperarse, las estimaciones de la prevalencia varían en los diferentes estudios. Teniendo en mente las limitaciones apuntadas en relación con comparaciones, de nuevo se pueden apreciar ciertas coincidencias. Por ejemplo, en

Cuadro 2
Indices de prevalencia, según
tipo de sintomatología psiquiátrica,
en diferentes estudios

Tipo de Sintomatología	Nacional(*) (N=750)	Univer- sitario(*) (N=316)	H.Calderón Guardia (N=305)	Desam- parados (N=412)
Desórdenes de la Personalidad	10.1%	56%		
Neurótica (global)	38.7%	45%	34%	
Depresiva	7%	5.4%		6.8%
Ansiosa	16.6%	24.8%		26.7%
Reacciones Psicofisiológicas	23.1%	11.9%		
Alcoholismo	14.9%	9.9%		10.1%

(*) Estos porcentajes no se pueden sumar puesto que una misma persona pudo haber sido tomada en cuenta varias veces.

tres de estos estudios, la magnitud de los índices de prevalencia de sintomatología neurótica (global) varía entre 33.5% (sumando los porcentajes observados de sintomatología depresiva y ansiosa en el estudio de Desamparados), 34.7% (en el estudio del Hospital Calderón Guardia), y 38.7% (en el estudio nacional). Es únicamente en el estudio universitario donde se observó un índice mucho más alto, sugiriendo esto, entre otras cosas, que en este estudio los criterios de diagnóstico fueron bastante diferentes a los de los otros estudios.

En relación con la prevalencia de depresión se observa algo similar. La magnitud de los índices de prevalencia de depresión varía entre 7% (en el estudio nacional), 5.4% (en el estudio universitario), y 6.8% (en el estudio de Desamparados). Estos índices tienden a ser relativamente más altos que los obtenidos por Robins, et al, y por Canino, et al. En el primero de estos estudios, los índices de prevalencia "a lo largo de la vida" para la distimia fueron 3.2% (área de New Haven), 2.1 (área de Baltimore) y 3.8% (área de St. Louis) (Robins, et al, 1984). En el estudio de Puerto Rico, la prevalencia de distimia "a lo largo de la vida" fue 4.7% (Canino, et al, 1987).

Por otra parte; es en la prevalencia de sintomatología ansiosa donde se observa una tendencia a aumentar a lo largo del tiempo transcurrido entre el primero y el último de estos estudios. La magnitud de los índices de sintomatología ansiosa varía entre 16.6% (en el estudio nacional), 24.8% (en el estudio universitario), y 26.7% (en el estudio de Desamparados). Suponemos también que la prevalencia de neurosis global observada en el estudio del Hospital Calderón Guardia incluye a su vez una mayor frecuencia de sintomatología ansiosa. Es de interés aquí presentar los resultados obtenidos en esos otros estudios que hemos venido citando. En uno de ellos la prevalencia "a lo largo de la vida" de desórdenes ansiosos o somatoformes fue 10.4% (área de New Haven), 25.1 % (área de Baltimore), y 11.1 % (área de St Louis) (Robins, et al, 1984). En el otro de estos estudios realizado en Puerto Rico, la prevalencia "a lo largo de la vida" de desórdenes ansiosos fue 13.6% y la prevalencia en un período de "seis meses" fue 7.5% (Canino, et al). Los índices obtenidos por esos investigadores tienden a ser relativamente más pequeños, y de nuevo se hace evidente la dificultad de comparar resultados cuando la metodología utilizada en los diferentes estudios es distinta.

En tres de los estudios considerados se obtuvieron índices de prevalencia de alcoholismo. El estudio nacional utilizó el método de entrevista directa, y se puede decir que el de Desamparados también, puesto que éste último empleó un cuestionario guía para estructurar la entrevista. El estudio universitario utilizó dos métodos, uno por entrevista directa y el otro por cuestionario. Los índices que se presentan en el Cuadro 2 son los obtenidos por el método de entrevista directa. En este caso, tal como se puede observar, los resultados obtenidos no son muy diferentes, particularmente el índice obtenido en el estudio universitario, 9.9%, y en el estudio de Desamparados, 10.1%. En el estudio nacional este índice fue 14.9%, e incluyó únicamente hombres. La magnitud de estos índices sugiere la posibilidad de que éstos en realidad

representan la prevalencia de bebedores excesivos y de enfermos alcohólicos, tomados conjuntamente. Este supuesto pareciera corroborarse cuando se consideran los resultados obtenidos mediante el método de cuestionario.

En efecto, en el estudio universitario, utilizando el método de cuestionario, se encontró una prevalencia de bebedores excesivos de 2.8%, y de enfermos alcohólicos de 0.9%. Por otra parte, en un estudio realizado por el INSA, hoy día Instituto de Alcoholismo y Fármacodependencia (IAFA), se utilizó este mismo método. De acuerdo con los resultados obtenidos, con una muestra nacional de 5244 personas, la prevalencia de bebedores excesivos fue 10%, y la de enfermos alcohólicos fue 5% (Míguez, 1982).

Tal como sería de esperar, la prevalencia de bebedores excesivos y de enfermos alcohólicos en la población universitaria es mucho menor que en la población del país. Pero además, también se hace evidente en el estudio del INSA, que si se consideran conjuntamente los bebedores excesivos (10%) y los enfermos alcohólicos (5%) se obtendría un índice global de 15%. A juzgar por este resultado, la magnitud de los índices obtenidos por entrevista directa (Cuadro 2) pareciera entonces representar la prevalencia global de estos dos tipos de bebedores, excesivos y enfermos alcohólicos, tomados conjuntamente.

La magnitud de los índices de prevalencia obtenidos en los otros estudios que hemos venido citando también tiende a ser alta. Así, los índices de prevalencia "a lo largo de la vida" correspondientes al abuso o dependencia del alcohol en las tres áreas estudiadas (New Haven, Baltimore, y St. Louis) fueron, respectivamente 11.5%, 13.7% y 15.7% (Robins, et al, 1984). A su vez, en el estudio de Puerto Rico se encontró que la prevalencia "a lo largo de la vida" del abuso o dependencia del alcohol fue 12.6%, y 4.9% cuando esta prevalencia se estimó en un período de "seis meses" (Canino, et al, 1987).

Es de interés mencionar que en el estudio universitario, lo mismo que en el estudio de Desamparados, se trató de estimar la prevalencia de epilepsia. Así también, en el estudio del Hospital Calderón Guardia se trató de estimar la prevalencia de psicoorganicidad que, de acuerdo con los investigadores de ese estudio, podría equipararse a lo que en los primeros se consideró epilepsia (Gallegos y Míguez, 1984, p.42). Estos resultados no se incluyeron en los cuadros anteriores por no considerarse ésta como una condición psiquiátrica. En el estudio universitario la prevalencia de epilepsia fue del 2.2%, mientras que en el estudio de Desamparados este índice fue 4.1 %. En el estudio del Hospital Calderón Guardia, el índice de prevalencia de psicoorganicidad fue 2 %.

La magnitud del índice de prevalencia de epilepsia obtenido en el estudio de Desamparados se consideró demasiado alto, y probablemente no muy confiable. Esto debido, por una parte, a que en este estudio el instrumento utilizado tenía solamente

una pregunta para evaluar la presencia de epilepsia. Por otra parte, ya se ha mencionado que el diagnóstico de epilepsia implica un diagnóstico diferencial entre esta condición y cuadros histéricos (conversivos o disociativos), siendo necesario también descartar alteraciones provocadas por lesiones del lóbulo temporal (Urzúa, 1986, p.599).

Estos resultados sobre la prevalencia de sintomatología psiquiátrica sugieren una alta vulnerabilidad psicológica en la población general, representada por las muestras estudiadas. El índice de prevalencia global en los estudios nacional y universitario fue de alrededor del 40%. En el estudio del Hospital Calderón Guardia este índice fue del 39.7% y en el de Desamparados este fue del 15%. Esta alta vulnerabilidad psicológica pone de manifiesto, por lo demás, la urgente necesidad de diseñar y de poner en marcha programas de acción preventiva en el campo de la salud mental, particularmente a nivel de prevención primaria.

Finalmente es de interés comentar, aunque sólo sea brevemente, el contexto, tal como el mismo es definido por la procedencia urbana o rural y las características demográficas, en el que ocurren estos problemas psiquiátricos. En dos de los estudios citados, el universitario y el de Desamparados, se estimó la prevalencia de sintomatología psiquiátrica según diferentes características demográficas. A continuación se citan solamente los resultados obtenidos en el estudio de Desamparados, por ser éste el más reciente.

De acuerdo con los resultados, en el de Desamparados, 110 personas (24 hombres y 86 mujeres) presentaron un cuadro ansioso. Este fue más frecuente entre hombres y mujeres provenientes de área urbana; de 15 a 34 años de edad principalmente, y en menor grado, entre aquellos de 55 años y más; siendo la frecuencia de este problema la misma para hombres, sea que fuesen casados o solteros, mientras que la frecuencia de ansiedad fue mayor entre mujeres casadas, primero, y en segundo lugar cuando eran solteras. Así también la mayor frecuencia de ansiedad se dio entre aquellos, hombres y mujeres, cuyo nivel de instrucción no iba más allá de un nivel de primaria, cuya ocupación era oficios no calificados, en el caso de los hombres, y oficios domésticos o amas de casa, en el caso de las mujeres.

En cuanto a la depresión, 28 personas (3 hombres y 25 mujeres) presentaron esta condición. Los 3 hombres provenían de área rural dispersa, casados, con una edad de 55 años y más, de un nivel de instrucción no mayor de primaria incompleta, y ocupacionalmente podrían considerarse personal no calificado. Entre las mujeres, la mayor frecuencia fue entre aquellas que eran de área semi-urbana especialmente, y de área urbana en segundo lugar; de 55 años y más, en primer lugar, y en segundo lugar, para las que se encontraban entre los 15 y los 24 años; siendo mayor la frecuencia de depresión entre las solteras que entre las casadas; con un nivel de instrucción no más alto que primaria completa; y quienes se dedicaban a oficios domésticos o eran amas de casa.

Entre las 42 personas que presentaron alcoholismo, 4 de ellas eran mujeres y 38 eran hombres. Tres de las mujeres eran de área semiurbana y una de área urbana, de una edad entre los 35 y los 44 años; dos de ellas solteras, y dos en unión libre; las cuatro tenían un nivel educacional no más alto que primaria; dos de ellas se encontraban en oficios no calificados, una era ama de casa y la otra se encontraba desocupada. Entre los hombres, el alcoholismo fue más frecuente entre aquellos de área urbana, en primer lugar, y de área semiurbana, en segundo lugar. La mayoría de ellos se encontraban entre los 15 y los 44 años, siendo la frecuencia mayor entre los solteros, en primer término, y entre los casados, en segundo término. La frecuencia de alcoholismo fue más alta entre los que tenían un nivel educacional no mayor de primaria, y quienes ocupaban puestos de personal no calificado.

Solamente cuatro personas, dos hombres y dos mujeres presentaron sintomatología psicótica. En cuanto a los hombres, uno de ellos procedía de área semiurbana y el otro de área rural dispersa; uno tenía entre 25 y 34 años, y el otro se encontraba en el grupo de 55 años y más; uno era casado y el otro separado; ambos tenían una educación apenas de primaria incompleta, y uno ocupaba un puesto de personal calificado, y uno ocupaba un puesto de personal no calificado. De las mujeres, una era de área urbana, y la otra de área semiurbana; de 25 a 34 años una de ellas, y la otra se encontraba en el grupo de 55 años y más. El estado conyugal de una de ellas era casada, y viuda el de la otra; una no tenía estudios y la otra tenía un nivel de primaria. Ocupacionalmente, una tenía un puesto de técnica, y la otra era ama de casa.

Diecisiete personas (cinco hombres y doce mujeres) presentaron epilepsia. Tres hombres y cinco mujeres eran de área rural dispersa. Tres de los hombres se encontraban en el grupo de edad de 15 a 44 años y dos en el grupo de 55 años y más. Seis de las mujeres tenían una edad entre 15 y 34 años, y cuatro de ellas tenían más de 55 años. Tres de los hombres eran casados y dos solteros, mientras que cinco de las mujeres eran solteras y cuatro casadas. Nueve de las mujeres tenían una escolaridad no mayor de primaria; cuatro de los hombres tenían una escolaridad de primaria y uno de secundaria. En cuanto a la ocupación, la mayoría de las mujeres se dedicaban a oficios domésticos o eran amas de casa; entre los hombres existían diferentes niveles ocupacionales, de técnico a pensionado, incluyendo uno que dijo dedicarse a oficios domésticos.

BIBLIOGRAFIA

- Adis, G., Thomas, P., y Hernández, R., (1969), **Salud Mental en el Estudiante Universitario**, Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José.
- Adis, G., Hernández, R., Víquez, C., y Alvarenga, F., (1970), "Prevalencia de Problemas de Salud Mental en Costa Rica", en J. Mariátegui y G. Adis, **Epidemiología Psiquiátrica en América Latina**, ACTA, Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires, p.89-114.
- Adis, G., y Leitón, V., (1988), **Prevalencia de Sintomatología Psiquiátrica y de Epilepsia en el Cantón de Desamparados**. Hospital Nacional Psiquiátrico, Caja Costarricense de Seguro Sodal. Pavas, San José.
- Adis, G., (1991), "Problemas de Salud Mental y Contexto Psicosocial", en Alarcón, R. D.; Cipriani, E.; Castro, J., (eds.) **Desde nuestra propia entraña**. Homenaje al Profesor Javier Mariategui. Talleres Gráficos P. L. Villanueva, S. A., Lima. pp. 252-273.
- Canino, G.J., Bird, H.R., y otros, (1987), "The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Puerto Rico", **Arch. Gen. Psychiatry**, 44, p.727-735.
- Gallegos, A, Míguez, H.A, (1984), "Prevalencia de Alteraciones Psiquiátricas: Estudio Piloto", **Rev. Cost. Cienc. Méd.**, 5, p.37-43.
- Jaco, E.G., (1960), **The Social Epidemiology of Mental Disorders**, New York, Russell Sage Foundation.
- Lima, B., (1987), "Epidemiología Psiquiátrica", **Acta psiquiát. psicol. Amér.lat.**, 33, p.43-54.
- Martí, J.L., y Murcia, M., (1987), **Conceptos Fundamentales de Epidemiología Psiquiátrica**, Barcelona, Editoria Herder.
- Míguez, H.A, (1982), **Prevalencia de Niveles de Ingesta de Alcoholismo. Escala Nacional**. Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, INSA, San José.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., y otros, (1984), "Life Time Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites", **Arch. Gen. Psychiatry**, 41, p.949-958.
- Urzúa, R.F., (1986), "Prevención y Tratamientos Psiquiátricos", **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 101, p.593-607.

III. FRECUENCIA DE GRUPOS DIAGNOSTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA

Un aspecto de interés es conocer cuáles diagnósticos tienden a ser más frecuentes entre la población de pacientes que se encuentran en tratamiento psiquiátrico. Con este propósito se presenta aquí la distribución porcentual de distintos diagnósticos observada en diferentes investigaciones.

Los datos que se presentan a continuación fueron tomados de diferentes estudios. Dos de ellos utilizaron muestras de pacientes admitidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico (López, 1984; Pérez y Chain, 1986). Los otros tres utilizaron muestras de pacientes que asistían a tratamiento en alguno de los Servicios de Consulta Externa (Adis y Thomas, 1973; Gom y Ramírez, 1981; Villalobos, 1990). De estos tres, uno de ellos, el de Gom y Ramírez, utilizó también una submuestra de pacientes que asistían a consulta privada.

Se puede observar aquí que los diagnósticos más frecuentes en este estudio fueron, en primer lugar, el de esquizofrenia, intoxicación y dependencia de drogas, y los trastornos orgánicos con y sin psicosis. Los otros diagnósticos ocurrieron con una frecuencia mucho menor, siendo el menos frecuente el de retardo mental (Cuadro 1).

De acuerdo con estos resultados, los diagnósticos más frecuentes fueron los de psicosis orgánica, neurosis, y esquizofrenia, en este orden. La frecuencia de los otros diagnósticos considerados fue bastante menor, siendo el diagnóstico de estado paranoide el menos frecuente (Cuadro 2).

Cuadro 1
Distribución porcentual de diferentes grupos diagnósticos (López, 1984)

Grupo diagnóstico	n	%
Esquizofrenia	52	20.7
Intoxicación y dependencia de drogas	46	18.3
Trastornos orgánicos, con y sin psicosis	43	17.0
Reacciones situacionales no psicóticas	20	7.9
Estados y reacciones psicóticas funcionales	20	7.9
Trastornos Afectivos Mayores	19	7.5
Neurosis	19	7.6
Retardo Mental	16	6.3
Trastornos de la Personalidad	17	6.8
Total	N= 252	100%

Cuadro 2
Distribución porcentual de diferentes grupos diagnósticos
(Pérez y Chain, 1986)

Grupo diagnóstico	n	%
Psicosis Orgánica	51	21.8
Esquizofrenia	31	13.2
Psicosis Afectiva	15	6.4
Estado Paranoide	1	.4
Otras psicosis no orgánicas	14	6.0
Neurosis	36	15.4
Trastornos de Personalidad	18	7.7
Síndrome de dependencia del alcohol	14	6.0
Dependencia de drogas	4	1.7
Reacción aguda ante gran tensión	3	1.3
Reacción de Adaptación	4	1.7
Trastornos mentales específicos no psicóticos, consecutivos a lesión orgánica del encéfalo	10	4.3
Perturbaciones de conducta	4	1.7
Retardo Mental discreto	4	1.7
Retardo Mental de otro grado	7	3.0
Brote Psicótico Agudo	18	7.7
Total	N= 234	100%

Antes de hacer algunos comentarios en relación con la frecuencia observada para los diagnósticos considerados, conviene aclarar que no es posible establecer una comparación directa entre los resultados de estos dos estudios, ni con los resultados de los estudios que se mencionarán a continuación. Esto, porque se trata de datos obtenidos con base en muestras diferentes, y de diagnósticos dados por distintos profesionales, sino que además, los criterios utilizados por los investigadores para agrupar diferentes diagnósticos no fueron necesariamente los mismos.

Teniendo en mente lo anterior, es de interés señalar que en estos dos estudios, los diagnósticos de condiciones orgánicas y de esquizofrenia resultaron ser los más frecuentes. Por otra parte, en el primero de ellos (López, 1984), el diagnóstico de intoxicación y dependencia de drogas ocurrió con una frecuencia más alta que la del de trastornos orgánicos, mientras que la frecuencia del diagnóstico de neurosis fue bastante pequeña. Lo contrario se observa en los resultados obtenidos por Pérez y

Chain (1986). Aquí la frecuencia del diagnóstico de neurosis es incluso más alta que la de la esquizofrenia, mientras que los diagnósticos de dependencia del alcohol y de dependencia de drogas ocurren con una frecuencia mucho más baja.

Esta coincidencia en cuanto a la frecuencia tan importante en el caso de los diagnósticos de trastornos orgánicos y de esquizofrenia en pacientes hospitalizados, pese a tratarse de muestras diferentes, señala la severidad de estas condiciones psiquiátricas. De hecho personas con estos diagnósticos a menudo necesitan hospitalización. Por otra parte, la discrepancia observada en lo que se refiere a la frecuencia tan alta del diagnóstico de intoxicación y dependencia de drogas, en un caso, y la alta frecuencia del de neurosis, en el otro, llama la atención. Esta discrepancia pareciera estar señalando el hecho de que se trata de muestras diferentes, con diagnósticos dados por diferentes profesionales. Pero tal vez, de especial importancia aquí, es el hecho de que las muestras fueron tomadas en diferentes momentos, esto es, que la muestra de los períodos de tiempo en que se realizaron estos estudios fue diferente.

La frecuencia de los otros diagnósticos resultó ser mucho menor. Esto se podría esperar, puesto que por lo general esas condiciones psiquiátricas, como son las reacciones situacionales no psicóticas, los trastornos de personalidad, y ciertamente las Deurosis, pueden manejarse terapéuticamente en consulta externa, salvo aquellos casos cuya severidad es tan grande que ameritan hospitalización.

A continuación se considera la frecuencia con que ocurren los diferentes diagnósticos en pacientes que asisten a la consulta externa, sea en alguno de los servicios Asistenciales de la institución, a bien, a la consulta privada. De nuevo aquí se deben tener en mente las consideraciones hechas anteriormente con respecto a la dificultad de comparar estos resultados. En particular, se hace evidente que los criterios para agrupar diferentes diagnósticos no fueron necesariamente los mismos.

Los resultados que se presentan a continuación se basan en una muestra que incluyó todos los pacientes (N= 726) que durante el período de un mes (agosto-setiembre de 1972) asistieron a la Consulta Externa de Psiquiatría en el Hospital Dr. Calderón Guardia, y en las Clínicas Dr. Clorito Picado, Dr. Jiménez Nuñez, Dr. Moreno Cañas, y Dr. Carlos Durán (Adis y Thomas, 1973).

Es evidente en estos resultados que la frecuencia más alta correspondió al diagnóstico de neurosis. Esto fue así tanto para el total de la muestra, como para cada uno de los servicios de consulta externa mencionados. Esto es, que el gran volumen de consulta en las consultas externas lo constituyen las neurosis, predominando los tipos ansiosos (46%), y depresivo-ansiosos (28%). A su vez, en el caso de las psicosis, la frecuencia fue ligeramente más alta para las esquizofrenias (51 %) que para los trastornos afectivos (49%).

Cuadro 3
Distribución porcentual de diferentes grupos diagnósticos en Servicios de
Consulta Externa (Adis y Thomas, 1973)

Grupo diagnóstico	Total		HCG	CP	JN	MC	CD
	n	%	%	%	%	%	%
Trastornos orgánicos	44	6	10	4	6	1	1
Psicosis	101	14	20	13	0	10	4
Neurosis	530	73	62	77	94	88	85
Trastornos de Personalidad	44	6	6	6	0	1	10
Trastornos Psico-fisiológicos y otros síntomas	7	1	2	0	0	0	0
Total	N= 726 (n=)	100% (404)	100% (48)	100% (53)	100% (91)	100% (130)	100%

En el Cuadro 4 se presenta la distribución porcentual de diferentes diagnósticos, obtenidos con una muestra de pacientes que recibían tratamiento en consulta externa institucional, unos, y otros asistían a consulta privada. Esta muestra, de 660 pacientes, niños y adultos, incluyó dos submuestras. Una de estas submuestras, n= 540, se tomó del total de pacientes que consultaron en alguno de los servicios de psiquiatría, psicología o psicopatología de la institución (CCSS), durante el mes de agosto de 1979. La otra submuestra, n= 120, incluyó a pacientes que consultaron a nivel privado durante el mismo mes de agosto de ese año (Gorn y Ramírez, 1981).

De nuevo se puede observar aquí que, cuando se considera el total de la muestra, el diagnóstico de neurosis es el más frecuente entre aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento, sea en la Consulta Externa de algunos de los Servicios Asistenciales, o bien, en Consulta privada. Le siguen en orden de importancia el diagnóstico de esquizofrenia, el de reacciones de adaptación, y los trastornos no psicóticos con afección somática.

Sin embargo, esto no es así cuando se consideran separadamente las dos submuestras, la de consulta externa institucional, y la de consulta privada. En el caso

Cuadro 4
Distribución porcentual de diferentes grupos diagnósticos, de pacientes en
Consulta Externa Institucional y Consulta Privada
(Gorn y Ramírez, 1981)

Grupo diagnóstico	n	Total %	Consulta:	
			Externa %	Privada %
Psicosis orgánica	14	2.1	1.9	3.3
Esquizofrenia	85	12.9	12.8	14.2
Psicosis Afectiva	36	5.5	5.6	5.0
Neurosis	190	28.8	31.3	16.7
Trastornos de la Personalidad	49	7.4	4.4	20.8
Trastornos Psicofisiológicos	24	3.6	3.0	6.7
Reacción de Adaptación	68	10.3	8.7	17.5
Trastornos de la infancia	53	8.0	8.7	5.0
Trastornos no psicóticos, con afección somática	64	9.7	10.9	4.2
Oligofrenia	26	3.9	3.9	4.2
Trastornos especiales	34	5.2	5.7	2.5
No especificado	17	2.6	3.1	0.0
Total	N= 660	100%	100% (n=540)	100% (n=120)

de la submuestra de pacientes que asisten a los servicios de consulta externa, el diagnóstico más frecuente es el de neurosis, siguiéndole en orden de importancia el de esquizofrenia y el de trastornos no psicóticos con afección somática. Cuando se considera la submuestra de pacientes que asisten a consulta privada, el diagnóstico más frecuente es el de trastornos de la personalidad, y en orden de importancia, le siguen el de reacciones de adaptación, el de neurosis, y el de esquizofrenia.

Es claro, a juzgar por estos resultados, que existe una diferencia entre las poblaciones que asisten a consulta externa institucional y a consulta privada. Es de suponer la presencia de algún grado de error en vista de que estos diagnósticos han sido dados por diferentes profesionales, quienes podrían utilizar diferentes criterios de evaluación diagnóstica. Pese a esto, sin embargo, resalta el hecho de que entre los pacientes que asisten a estos dos tipos de consulta, los diagnósticos más frecuentes tienden a ser aquellos que a menudo son asociados a dificultades o problemas interpersonales, como son las neurosis, los trastornos de la personalidad,

las reacciones de adaptación, y, en alguna medida, los trastornos no psicóticos con afección somática. En este sentido debe señalarse que los tipos de neurosis más frecuentes, para el total de la muestra, fueron las de ansiedad (24.2%), las depresivo- ansiosas (36.3%), y las depresivas (17.4%).

Resultados similares fueron obtenidos en otro estudio realizado en la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico (Villalobos, 1990). Este estudio utilizó una muestra de los pacientes que fueron evaluados en el filtro de la Consulta Externa, entre 1984 y 1988. La muestra estuvo constituida por 305 pacientes, de ambos sexos, de 15 años y más.

En el Cuadro 5 se presenta la distribución porcentual de los diferentes diagnósticos observados. Tal como se puede observar, la frecuencia más alta correspondió al diagnóstico de neurosis. Le siguen en importancia los diagnósticos de psicosis afectiva y de reacción depresivo-ansiosa. La frecuencia con que ocurrieron otros diagnósticos tiende, comparativamente, a ser muy baja, con excepción tal vez de los diagnósticos de reacción situacional y de esquizofrenia, que se podría decir ocupan una posición intermedia.

Por otra parte, al considerar cuáles síntomas tendían a ser más frecuentes, Villalobos encontró que 240 de los 305 pacientes, es decir, el 80%, habían

Cuadro 5
Distribución porcentual de diferentes diagnósticos en la Consult Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico (Villalobos, 1990)

Grupo diagnóstico	n	%
Neurosis	116	38.0
Psicosis afectiva	49	16.0
Reacción depresivoansiosa	45	14.7
Reacción situacional	22	7.3
Psicosis esquizofrénica	20	6.5
Trastornos de la personalidad	15	5.0
Psicosis orgánica	10	3.3
Oligofrenia	8	2.7
Epilepsia	7	2.3
Reacción de adaptación a la adolescencia	6	2.0
Alcoholismo	3	0.9
Otro	4	1.3
Total	N= 305	100%

presentado síntomas depresivos. El síntoma de ansiedad estaba presente en el 60% de los casos (183 de 305), el de somatización en el 26% de los casos (81 de 305), Y el de trastornos de conducta en el 18% de los casos (54 de 305).

Es claro en estos resultados que el diagnóstico de necrosis ocurre con mayor frecuencia entre los pacientes que asisten servicio de consulta externa, sea institucional o consulta privada. Otros diagnósticos que ocurren también con una alta frecuencia son los de trastornos de la personalidad y reacciones de adaptación, particularmente entre aquellos que asisten a consulta privada. Por otra parte, el de esquizofrenia y el de trastornos orgánicos tienden a ser los más frecuentes entre aquellos pacientes que son admitidos en el Hospital.

BILIOGRAFIA

- Adis, Gonzalo, y Thomas, Pierre, (1973), **Consulta Externa de Psiquiatría de la CCSS. Prevalencia de Grupos Diagnósticos**. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica (polígrafo, pp.1-64)).
- Gom, Ida, y Ramírez, Ronald, (1981), **Incidencia y Prevalencia de Trastornos Mentales en los Servicios de Psiquiatría, Psicología, y Psicopatología del País. Variables Socio-demográficas y Familiares Asociadas a la Prevalencia. Tratamientos Utilizados**. Tesis de Grado. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica (polígrafo, pp. 1-203).
- López, Roberto, (1984), "Factores Sociales y Enfermedad Mental: Un Análisis del Primer Ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico", **Cúpula**, Año VIII, n.16
- Pérez D., Carlos L., Chain G., Chafit, (1986), **Los Primeros Ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí**. Trabajo de investigación para optar a la incorporación en el Colegio de Médicos y Cirujanos como "Especialista en Psiquiatría". (polígrafo, pp.1-126).
- Villalobos, Rosa, (1990), **Observaciones sobre el Modelo de Atención de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico**. Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS, Pavas, San José. p.1-58. (no publicado).

IV. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO

Un aspecto importante de la investigación epidemiológica, particularmente en su nivel descriptivo, es conocer cómo se distribuye la enfermedad mental de acuerdo con diferentes características demográficas y socio-económicas de la población. Esta información, por otra parte, permite, cuando menos, la formulación de hipótesis sobre la posible relación, sea directa o indirecta, de estas características con la presencia de sintomatología psiquiátrica en particular, y de problemas de salud mental en general. De aquí nuestro interés en presentar a continuación algunas observaciones hechas en relación con estas características.

Los resultados que se citan fueron obtenidos en diferentes investigaciones que utilizaron muestras de pacientes psiquiátricos en tratamiento. Así, unos de estos estudios se basaron en muestras de pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, mientras que otros utilizaron muestras de pacientes en tratamiento en alguno de los Servicios de Consulta Externa de la CCSS, o bien, en consulta privada. Los resultados obtenidos no siempre coinciden, tal como se hará evidente más adelante. Esta falta de coincidencia posiblemente refleja, entre otras cosas, que las características demográficas y socio-económicas de la población no son estáticas, y cambian en el tiempo. Los resultados obtenidos en estos estudios se basan en muestras tomadas en diferentes momentos; de hecho, existen años de intervalo entre cada estudio, y reflejan cambios en estos aspectos demográficos y socio-económicos en la población.

1. Edad y sexo

La edad y el sexo son aspectos demográficos que permiten obtener una información importante en relación con la enfermedad mental. La edad representa haber enfrentado y resuelto, de manera más satisfactoria unos, y menos otros, las crisis propias de cada una de las etapas de desarrollo de la persona. De aquí el interés en conocer cómo se distribuye la enfermedad mental entre los diferentes grupos de edad de las personas. Esto es, nos interesa conocer si la enfermedad mental afecta de igual o de diferente manera a personas que se encuentran en diferentes grupos de edad. Por otra parte, el sexo evidentemente representa diferencias biológicas. El sexo, además, también refleja el efecto de diferentes estímulos situacionales según los contextos interpersonales en que se ha participado, y de acuerdo con las expectativas de los grupos socioculturales a las que esas personas pertenecen. Es importante entonces conocer, también, cómo se distribuye la enfermedad mental de acuerdo con el sexo de las personas. Es decir, es de interés determinar si la enfermedad mental se presenta en igual o en diferente proporción entre hombres y mujeres.

a. Edad

En lo que se refiere a la edad, los resultados obtenidos en diferentes estudios tienden a coincidir. En general se ha observado que los pacientes agudos hospitalizados pertenecen en su mayoría a una población joven, menor de 30 años. Y esto es más en este sentido cuando se trata de pacientes de primer ingreso. Así, en dos estudios que utilizaron muestras de pacientes de primer ingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico los resultados fueron parecidos. En uno de ellos, López observó que el 54% de los pacientes estudiados se encontraban entre los grupos de edad de 30 años o menos (López, 1984). Por su parte, Pérez y Chain encontraron que el 56% de los pacientes estudiados por ellos también se encontraban entre esos mismos grupos de edad (Pérez y Chain, 1986).

Es interesante considerar la edad modal o más frecuente de pacientes que han recibido diferente diagnóstico. En un estudio se encontró que tanto pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia como aquellos con diagnóstico de neurosis tendieron a tener una edad modal parecida, menor de 30 años. De hecho la edad modal para el grupo de esquizofrénicos fue de 24 años, y la correspondiente para el grupo de neuróticos fue de 25 años (Adis y Umaña, 1965). De igual manera, en el estudio de López se observó esta misma tendencia. La edad más frecuente para el grupo de esquizofrénicos y para el grupo de neuróticos tendió a ser parecida, encontrándose un alto porcentaje de estos pacientes en el grupo de edad de menos de 21 años a 30 años, 77% de los esquizofrénicos y 67% de los neuróticos (López, 1984). En estas dos investigaciones los resultados mostraron que la edad modal de las psicosis afectivas se encontraba por encima de los 30 años. Adis y Umaña encontraron una edad modal para este grupo de pacientes de 32 años, mientras que López encontró que el 59% de estos pacientes tenían una edad modal entre los 41 años y los 51 años. La diferencia tan marcada en cuanto a la edad modal de estos pacientes en los resultados de estos dos estudios podría deberse, cuando menos en parte, a que en el primero de ellos la muestra incluyó solamente hombres, mientras que la muestra de la investigación de López incluyó tanto hombres como mujeres. En este último estudio se observó, además, que los pacientes con trastornos orgánicos, con y sin psicosis, tendían a encontrarse en el grupo de edad de 50 y más años (31%), o bien, en el grupo de edad de menos de 21 años (27%). Esta tendencia a una distribución bimodal en el caso de este tipo de pacientes es, de acuerdo con López, esperable.

Los resultados observados en cuanto a la edad de pacientes de consulta externa, sea institucional o privada, son en algunos casos ligeramente diferentes a los citados anteriormente. En un estudio que utilizó una muestra de pacientes de Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia y de cuatro clínicas periféricas (Clorito Picado, Jiménez Núñez, Moreno Cañas, y Carlos Durán) se encontró que el 63% de los pacientes tenían entre 23 y 42 años de edad (Adis y Thomas, 1973). La edad modal de los pacientes según el diagnóstico fue como sigue: (1) en el caso de pacientes con trastornos orgánicos, 22% tenían menos de 22 años;

29 % tenían entre 33 y 42 años; y 33% tenían más de 43 años. (2) Los pacientes con diagnóstico de neurosis se encontraban en su mayoría, 68%, en el grupo de edad de 33 años a 42 años. (3) Un porcentaje alto del grupo de pacientes con el diagnóstico de trastornos de personalidad, 54%, y del grupo con trastornos psicofisiológicos, 72%, se encontraron en el grupo de edad de 23 a 33 años. (4) El 72% del grupo de esquizofrénicos se encontraba entre los grupos de edad de menos de 22 a 42 años. (5) Por otra parte, el 83% de los pacientes con diagnóstico de psicosis afectiva se encontraba en los grupos de edad de 43 años y más (Adis y Thomas, 1973).

Es interesante comparar la distribución según grupos de edad de los pacientes que asisten a consulta externa institucional y privada. En su estudio, Gorn y Ramírez encontraron que parece haber una tendencia en gente de más edad, 41 años y más, a asistir en mayor proporción a la consulta externa institucional. El 36% de la muestra institucional tenía 41 años y más, mientras que sólo el 18% de la muestra de consulta privada se encontraba en estos mismos grupos de edad. Por otra parte, el 50% de los pacientes de consulta privada se encontraba entre los grupos de edad de 21 años a 40 años, y solamente el 31 % de los pacientes de consulta institucional se encontraban en estos mismos grupos de edad (Gorn y Ramírez, 1981). Por su parte, en un estudio con una muestra de pacientes de consulta externa institucional, Villalobos también observó esta tendencia a tener mayor edad entre las personas que asisten a la consulta externa. De hecho, el 55% de los pacientes en la muestra se encontraban en los grupos de edad de 30 años a 49 años (Villalobos, 1990).

b. Sexo

En lo que se refiere al sexo, los resultados observados en estos estudios son un tanto discrepantes. En la muestra de primeros ingresos estudiada por López el 52% fueron hombres y el 48% fueron mujeres (López, 1984). En la investigación de Pérez y Chain, utilizando también una muestra de primeros ingresos, el 53% fueron mujeres y el 47% fueron hombres. En esta segunda investigación se relacionó el sexo con la edad. Los resultados mostraron que el 58% de los hombres y el 54% de las mujeres se encontraban en el grupo de edad de 11 a 30 años; y que el 30% de los hombres y el 33% de las mujeres se encontraban en el grupo de edad de 31 años a 50 años (Pérez y Chain, 1986).

Al relacionar sexo con el grupo diagnóstico al que pertenecía el paciente, López encontró los siguientes resultados: (1) neuróticos, 32% hombres y 68% mujeres; (2) esquizofrénicos, 52% hombres y 48% mujeres; (3) psicosis afectivas, 38% hombres) 62% mujeres; y (4) trastornos orgánicos, 67% hombres y 33% mujeres. De acuerdo con estos resultados la tendencia parece ser en el sentido de mayor proporción de mujeres en los grupos diagnósticos de neurosis y de psicosis afectivas, y mayor proporción de hombres en los grupos diagnósticos de esquizofrenia y de trastornos orgánicos (López, 1984).

En cuanto a los resultados encontrados con muestras de pacientes de consulta externa, éstos sugieren que una mayor proporción de mujeres que de hombres asisten a la consulta externa, independientemente de si ésta es privada o institucional. Así, en la consulta privada, el 53% son mujeres y el 47% son hombres. Lo mismo se observa en la consulta externa institucional, donde el 60% son mujeres y 40% son hombres. Esto podría estar reflejando el efecto de ciertas expectativas socio culturales, de acuerdo con las cuales se espera que las mujeres, más que los hombres, sean las que están más dispuestas a expresar sus quejas y sus sentimientos. Por otra parte, una ligeramente mayor proporción de hombres se encuentra en consulta privada en comparación a la proporción de hombres que asiste a la consulta institucional (Gorn y Ramírez, 1981). De nuevo, en el estudio de Villalobos también se encontró que son las mujeres, en comparación con los hombres, (72% vs. 28%), las que en mayor proporción tienden a hacer uso de los servicios de consulta externa. De acuerdo con esa autora, esto refleja un patrón cultural, que permite y favorece que sea la mujer la que busque expresar quejas y sentimientos, pero que por otra parte limita que la mujer se autoafirme, dificultando un comportamiento más competitivo y agresivo (Villalobos, 1990).

En lo que se refiere a la relación del sexo con el grupo diagnóstico, los resultados en consulta externa tienden a ser similares a los observados por López con pacientes hospitalizados. La proporción de mujeres es mayor en el grupo de neurosis y de psicosis afectivas, mientras que la proporción de hombres es mayor en los grupos de esquizofrenia, trastornos orgánicos y trastornos de la personalidad. En el caso de los trastornos psicofisiológicos, para efectos prácticos, no se observó diferencia (Adis y Thomas, 1973).

2. Estado Civil.

El estado conyugal de las personas siempre ha sido una variable importante en estudios epidemiológicos en el campo de la salud mental. Es algo esperable que la estabilidad emocional del individuo y su capacidad para funcionar adaptativamente influyan sobre su deseo de buscar un compañero o compañera, sea por vía de matrimonio o en forma de una unión consensual. La capacidad del individuo para relacionarse interpersonalmente de manera satisfactoria es un factor importante en el proceso de establecer y de mantener una relación estable, y de aceptar el compromiso personal que esto significa. De aquí entonces la importancia de poder conocer cómo se distribuyen los problemas psiquiátricos según sea el estado conyugal del individuo. Esta información, por su parte, permitiría formular hipótesis sobre el efecto que estos problemas pueden tener sobre el individuo de acuerdo con su estado civil.

En el Cuadro 1 se presentan los resultados obtenidos en diferentes estudios en relación con el estado civil de pacientes hospitalizados. Para efectos de comparación se incluyen, además, los porcentajes correspondientes a cada categoría para la

Cuadro 1
Porcentajes de pacientes hospitalizados
según Estado Civil (Datos de tres estudios).

Estado Civil	A (N=333)	B (N=252)	C (N=234)	Censo 1984
Soltero	65%	54%	50%	47%
Casado	35%	39%	31 %	39%
Unión Libre	-	-	9%	8%
Divorciado	-	8%	4%	1 %
Viudo	-	-	4%	3%
Desconocido	-	-	1 %	-

A= Adis y Umaña, 1965; B= López, 1984; Pérez y Chain, 1986; Censo de Población 1984.

población del país, obtenidos en el último Censo de Población 1984 (Dirección General de Estadística y Censos, 1987).

Tal como se puede observar, cuando se considera la forma en que se distribuye la enfermedad mental según el estado civil, la frecuencia relativa es mucho más alta en el caso de las personas solteras. Esto resultó así en los tres estudios considerados. Es más, estos porcentajes son más altos que el porcentaje correspondiente para la población total del país, de acuerdo con el Censo de Población. Lo mismo se observa en el caso de los resultados correspondientes a personas divorciadas, donde los porcentajes obtenidos son también más altos que el porcentaje obtenido para la población del país. Por otra parte, los porcentajes observados en estos tres estudios para las personas casadas tienden a ser iguales o ligeramente más bajos que el porcentaje obtenido por el censo para la población del país. Debe observarse que esto es así a pesar de que en el estudio de Adis y Umaña la categoría de casado incluyó viudos y divorciados. De acuerdo con estos resultados, entonces, la mayor prevalencia de problemas psiquiátricos tiende a ocurrir entre personas solteras, en primer lugar, y entre divorciados, en segundo lugar. La comparación de estos resultados con los del censo, por lo demás, sugiere una fuerte relación entre la presencia de este tipo de problemas con estas dos categorías de estado civil.

A continuación se considera la prevalencia de sintomatología psiquiátrica en general en relación con el estado civil y el sexo de los pacientes. Tal como se esperaba, de acuerdo con los resultados anteriores, ésta tiende a ser mayor entre solteros, y en particular entre hombres solteros. En el Cuadro 2 se presentan los resultados obtenidos por Pérez y Chain al considerar estas dos variables conjuntamente.

La información obtenida por Pérez y Chain, tal como se señaló, es en el sentido de que la mayor prevalencia de sintomatología psiquiátrica es en hombres, y particularmente en hombres solteros. La misma tendencia se observa en relación con hombres divorciados, aunque la proporción aquí es menor. Por su parte, esta prevalencia tiende a ser mayor entre mujeres casadas. Y en menor proporción, entre mujeres en unión libre y viudas.

Es de interés conocer cómo se distribuyen los diferentes grupos diagnósticos considerados según el estado civil. El Cuadro 3 resume esta información con base en los resultados obtenidos en dos estudios.

Los resultados obtenidos en estas dos investigaciones tienden a mostrar ciertas coincidencias. En ambos estudios la prevalencia de esquizofrenia es mayor

Cuadro 2
Prevalencia de sintomatología psiquiátrica por sexo, según
Estado Civil. (Pérez y Chain, 1986)

Estado Civil	Hombres %	Mujeres %	Total %
Soltero	57	45	50
Casado	29	33	31
Unión Libre	6	11	9
Divorciado	6	2	4
Viudo	2	7	4
Desconocido	0	2	2
Total	100% (n=111)	100% (n=123)	100% (N=234)

Cuadro 3
Distribución de los grupos diagnósticos considerados, según
Estado Civil (Datos de dos estudios).

Estado Civil	Grupo diagnóstico:						
	Neur.		Esquiz.		Ps.Afec.		Ts. Org.
	A	B	A	B	A	B	B
Soltero	55%	41 %	78%	65%	42%	33%	62%
Casado	45%	52%	42%	33%	58%	51%	30%
Divorciado	-	7%	-	2%	-	16%	8%
Total	%	100	100	100	100	100	100
	(n)	(60)	(56)	(189)	(52)	(77)	(39)
		(105)					

A= Adis y Umaña, 1965; B= López, 1984

entre personas solteras. Tal como se recordará, el porcentaje de solteros en la población del país, de acuerdo con el Censo de Población 1984, fue 47% (ver Cuadro 1). El hecho de que los porcentajes obtenidos sean mucho más altos que ese porcentaje sugiere la presencia de una fuerte relación entre el diagnóstico de esquizofrenia y el estado civil soltero. Más aún, esta relación que es así significativa, también es estable, a juzgar por el hecho de que hay un lapso bastante grande entre estas dos investigaciones^(*).

La otra coincidencia de resultados entre estas dos investigaciones es en relación con las psicosis afectivas. En ambos estudios la mayor frecuencia relativa de psicosis afectivas se observó entre personas casadas. De nuevo aquí los porcentajes obtenidos son mucho más altos que el porcentaje de casados para el total del país de acuerdo con el Censo (ver Cuadro 1). Estos resultados también sugieren una relación significativa y estable entre el diagnóstico de psicosis afectiva y el estado civil de casado.

Por otra parte, en lo que se refiere a la prevalencia de neurosis según el estado civil de los pacientes, los resultados obtenidos en estos dos estudios no coinciden. En

(*) Una de estas investigaciones utilizó una muestra de pacientes hospitalizados en 1958, en tanto que la otra utilizó una muestra de pacientes hospitalizados entre 1979 y 1981.

uno de ellos la frecuencia relativa de neurosis es mayor entre pacientes solteros. En el otro estudio los resultados son en la dirección contraria, es decir, esta frecuencia relativa es mayor entre pacientes casados. En ambos casos, los porcentajes obtenidos, sea para solteros en el primer estudio, o para casados en el segundo, son más altos que los obtenidos por el Censo. Sin embargo, esta disparidad sugiere que la relación entre neurosis y estado civil no es estable, ni tan fuerte, como la observada en el caso de las esquizofrenias y la psicosis afectivas.

Finalmente, la prevalencia de trastornos orgánicos, considerados únicamente en el estudio de López, es mayor entre pacientes solteros.

Es importante observar esta relación entre enfermedad mental y el estado conyugal de la persona, y más específicamente entre el diagnóstico de esquizofrenia y el estado civil de soltero. En relación con la mayor prevalencia de esquizofrenia entre solteros, Spiegel y Bell (citados por Adis y Umaña, 1965, p.14) han señalado que el matrimonio es selectivo, y que las personas, particularmente hombres, que presentan trastornos psicóticos, o que tienen una predisposición en este sentido, tienen menor probabilidad de casarse. Esta hipótesis sobre el proceso de selección del matrimonio también ha sido propuesta por otros autores (por ejemplo, Srole, et al, 1962, p.180-82). Al parecer, esta misma hipótesis podría también ser relevante en relación con la mayor prevalencia de trastornos orgánicos entre pacientes solteros.

Los resultados obtenidos en estudios que utilizaron muestras de pacientes que asistían a la consulta externa, sea institucional o privada, son en algunos aspectos parecidos a los mencionados anteriormente. Por ejemplo, en uno de estos estudios, que utilizó una muestra de pacientes de la consulta externa institucional, de 41 pacientes solteros con diagnóstico de psicosis, el 85% de ellos tenían el diagnóstico de esquizofrenia. A su vez, de 57 pacientes casados con diagnóstico de psicosis, el 58% de ellos tenían el diagnóstico de psicosis afectiva. Sin embargo, si se considera el total de la muestra (N= 726), independientemente del diagnóstico, el 56% eran casados, (Adis y Thomas, 1973). Por otra parte, en el estudio de Gorn y Ramírez, la mayor frecuencia de pacientes, independientemente del diagnóstico, que asistían a consulta privada (n=120), y a consulta externa institucional (n=540), eran solteros. En la consulta privada, el 52% eran solteros y en la institucional, el 48% también lo eran. El segundo lugar lo ocuparon los casados, 33% en consulta privada y 36% en consulta institucional. Por otra parte, la proporción de divorciados fue mayor en consulta privada, 7.5% que en institucional, 1.5%; y la proporción de pacientes en unión libre fue mayor en consulta institucional, 5.6%, que en consulta privada, 1.7% (Gorn y Ramírez, 1981). En el estudio de Villalobos, por otra parte, el 52% (157 de 305) de los pacientes eran casados, y 27% (84 de 305) eran solteros. Los divorciados y aquellos en unión libre se encontraron en un tercer lugar con un 8% en ambos casos (24 de 305), y los viudos en cuarto lugar con un 5% (16 de 305). En este mismo estudio, y considerando el estado civil según el sexo, del total de hombres (n=84), el 50% eran casados y el 33% eran solteros; del total de mujeres (n=221), el 52% eran casadas y el 25% solteras (Villalobos, 1990).

3. Nivel de Escolaridad

El nivel de educación formal alcanzado por la persona influye sobre su habilidad para funcionar adaptativamente en las diferentes situaciones en que participa. En alguna medida, la escolaridad refleja, por una parte, el esfuerzo por alcanzar un mayor nivel de formación personal, y de destrezas intelectuales. En este sentido, también refleja algo sobre su motivación para alcanzar mayores logros. Por otra parte, y en mayor o menor grado, también nos dice algo sobre su contexto socioeconómico que le puede facilitar o dificultar estos esfuerzos. Es de interés entonces conocer cómo se distribuye la enfermedad mental entre los diferentes niveles de escolaridad, esto es, determinar el efecto de la enfermedad mental sobre personas que tienen diferentes niveles de educación formal.

En general, los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados muestran que el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados tiende a ser bajo. En

Cuadro 4
Distribución de la muestra total, según nivel de escolaridad
(Pérez y Chain, 1986)

Nivel de Escolaridad	%	Censo de Población 1984
Ninguno	12	14%
Primaria Incompleta	25	
Primaria Completa	16	58%
Secundaria Incompleta	16	
Secundaria Completa	3	21 %
Técnica	4	
Universitaria	6	7%
Desconocida	18	
Total	100% (N=234)	100%

el Cuadro 4 se presenta la distribución según el nivel de escolaridad de la muestra estudiada por Pérez y Chain (1986). Para efectos de comparación se incluyen también los resultados del Censo de Población 1984 en cuanto a esta misma variable.

Tal como se puede observar en este cuadro, un alto porcentaje de personas, 12%, no tienen ninguna escolaridad. Por otra parte, la mayoría de personas en esta muestra tienen un nivel de escolaridad de primaria. De hecho el 41 % alcanzan este nivel, sumando los porcentajes correspondientes a primaria completa e incompleta. En menor proporción se encuentran representados los otros niveles de escolaridad. Así, el 19% alcanza un nivel de secundaria, de incompleta a completa, y un 6% llega a nivel universitario.

De acuerdo con estos resultados, un alto porcentaje de las personas en la muestra estudiada tienen un bajo nivel de escolaridad. Es de observarse, sin embargo, que los porcentajes obtenidos en los diferentes niveles tienden a ser parecidos o más bajos que los observados por el Censo para el total del país. Esto pareciera sugerir que el grado de asociación entre la enfermedad mental, independientemente del diagnóstico, y el nivel de escolaridad es muy pequeño, si acaso existe del todo.

En el Cuadro 5 se presenta la forma en que los grupos diagnósticos se distribuyen según el nivel de escolaridad. Se presentan aquí, por considerarse de interés, los resultados obtenidos en dos estudios realizados en dos momentos distintos. Sin embargo, puesto que existe un lapso de alrededor de 20 años entre ambos, cualquier comparación entre estos resultados debe hacerse con mucho cuidado.

De acuerdo con estos resultados, y a pesar del lapso de tiempo que media entre ambos estudios, es evidente que la mayor proporción de personas en los dos estudios tenían apenas estudios de nivel de primaria. Es decir, la mayoría de los pacientes estudiados fueron de bajo nivel de escolaridad.

Existe una cierta coincidencia en ambos estudios en relación con los grupos diagnósticos de esquizofrenia y de psicosis afectiva. En el nivel de escolaridad de primaria, y para el grupo de esquizofrénicos, en ambos estudios se observaron porcentajes parecidos, a saber, Adis y Umaña obtuvieron un 67% y López un 65%. El porcentaje obtenido por el Censo para este mismo nivel de escolaridad fue 58% (ver Cuadro 4). Tal parece entonces que, para la población representada por las muestras estudiadas, existe un cierto grado de relación entre el diagnóstico de esquizofrenia y un bajo nivel de escolaridad. En lo que se refiere a las psicosis afectivas, el 56% de la muestra del estudio de Adis y Umaña tenían un nivel de escolaridad de primaria, y el 54% de la muestra estudiada por López tenía este mismo nivel educacional. Estos porcentajes son ligeramente inferiores al obtenido por el Censo, 58%, para este nivel. En este caso no pareciera existir relación entre este diagnóstico y el nivel de escolaridad.

Cuadro 5
Distribución de los Grupos Diagnósticos según
Nivel de Escolaridad, en dos estudios.

Nivel de Escolaridad	Grupos Diagnósticos:							
	Neur.		Esquiz.		Ps.Afec.		Ts.Org.	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %	B %	
Ninguno	12	4	25	4	40	13	14	
Primaria	80	54	67	65	56	54	53	
Secundaria	4	30	7	27	4	13	14	
Universitaria	4	9	1	4	0	8	5	
Desconocido	-	3	-	-	-	13	14	
Total %	100	100	100	100	100	100	100	
(n)	(57)	(56)	(172)	(52)	(73)	(39)	(105)	

A= Adis y Umaña, 1965; B= López, 1984.

Si se consideran únicamente los resultados obtenidos en la investigación de López, podemos observar que los neuróticos tienden a tener un nivel educacional más alto. Un 30% de la muestra tenía un nivel de escolaridad de secundaria, y un 9% tenía un nivel universitario. En ambos casos, estos resultados tienden a ser más altos que los observados por el Censo para la población total del país, 21 % y 7%, respectivamente. En el caso de las esquizofrenias, el porcentaje con nivel de secundaria también fue ligeramente más alto que el del Censo, 27% vs. 21 %. Por otra parte, no pareciera existir una relación entre el diagnóstico de trastornos orgánicos y el nivel de escolaridad. No parece conveniente comparar los resultados obtenidos por Adis y Umaña con los datos del Censo, puesto que, y como se señaló, ese estudio se hizo mucho antes, con una muestra de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico en 1958.

A continuación se presentan algunos resultados obtenidos con muestras de Consulta Externa. Gorn y Ramírez (1981) encontraron que los pacientes de consulta privada tienden a tener un nivel de escolaridad más alto que aquellos que asisten a la

consulta externa institucional. Así, el 68% de los pacientes de consulta privada tenían un nivel de secundaria completa y más. Entre estos, 24% tenían estudios de enseñanza superior incompletos, un 25% había completado sus estudios a este nivel. Por otra parte, sólo un 14% de los pacientes de consulta externa institucional alcanzaron estos mismos niveles de escolaridad, de secundaria completa y más. En lo que se refiere a enseñanza superior, incompleta y completa, sólo un 4% tenía este nivel educacional. A su vez, el 71 % de los pacientes de consulta externa institucional tenían un nivel de escolaridad de secundaria incompleta o menos, en comparación con un 32% de los pacientes de consulta privada que tenían estos mismos niveles de escolaridad. El 41% de la pacientes de consulta externa institucional tenía sólo primaria incompleta, mientras que apenas un 11% de los pacientes de consulta privada habían alcanzado sólo este nivel.

En un estudio más reciente, en el que se utilizó también una muestra de consulta externa institucional, Villalobos encontró resultados similares a los mencionados anteriormente con este mismo tipo de pacientes. El 53% de ellos tenía un nivel de escolaridad de secundaria incompleta o menos, y entre estos, 35% se encontraban en el nivel de primaria, sumando aquellos con estudios completos e incompletos. El 25% de los pacientes tenían un nivel de estudios de secundaria completa y más, y entre estos el 12% de ellos tenían estudios universitarios (Villalobos, 1990).

4. Procedencia Urbano-Rural

Una variable de interés en la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental es la procedencia urbana o rural de las personas. En general, la expectativa ha sido en el sentido de que existen diferencias importantes en cuanto a las condiciones de vida de las personas, según sea su procedencia urbana o rural. De acuerdo con esto se considera que las presiones y demandas cotidianas que soportan los individuos tienden a ser mayores en las áreas urbanas que en las zonas rurales. En la medida que esto sea cierto, se espera que la vida urbana tienda a favorecer una mayor presencia de sintomatología psiquiátrica y de problemas de ajuste emocional. Por otra parte, es de suponer que en las áreas urbanas, donde existe mayor acceso a hospitales, las personas con problemas mentales sean referidas más rápidamente a servicios de atención psiquiátrica.

Los resultados obtenidos en los diferentes estudios considerados que utilizaron muestras de pacientes hospitalizados, tienden a ser un tanto contradictorios. En uno de estos estudios, cuando se consideró la procedencia urbano-rural de los pacientes, independientemente de su diagnóstico, la tendencia observada fue en el sentido de una mayor procedencia urbana, 55% vs. 44% (Pérez y Chain, 1986). Por otra parte, en otros dos estudios donde se consideraron los diferentes grupos diagnósticos de acuerdo con su procedencia urbano-rural, los resultados fueron ligeramente distintos. En el Cuadro 6 se muestran estos resultados.

Cuadro 6
Distribución de los grupos diagnósticos de acuerdo a su procedencia urbano-rural, en dos estudios.

Grupo Diagnóstico		Urbano %	Rural %	Total
Neurosis:	A	38	62	100% (n=60)
	B	45	55	100% (n=56)
Esquizofrenia:	A	29	71	100% (n=184)
	B	44	56	100% (n=52)
Ps. Afectiva:	A	17	83	100% (n= 76)
	B	49	51	100% (n=39)
Ts. Orgánico:	B	47	53	100% (n=105)

A= Adis y Umaña, 1965; B= López, 1984.

Tal como se puede observar, estos resultados sugieren que una mayor proporción de los pacientes en los diferentes grupos diagnósticos, en ambos estudios, provienen de la zona rural. Los resultados obtenidos en el estudio de López (B) tienden en general a coincidir con los resultados obtenidos por el Censo de Población 1984. De acuerdo con ese Censo, el 44% de la población del país era urbana y el 56% rural. Esto es que los diferentes grupos diagnósticos se distribuyen según su procedencia urbano-rural en proporciones no muy diferentes a lo que se esperaría de acuerdo con los datos del Censo. De acuerdo con esto la asociación entre grupo diagnóstico y procedencia urbano-rural pareciera ser débil.

Los resultados obtenidos por Adis y Umaña (A), por otra parte, no se pueden comparar con estos datos del Censo por razones obvias. Ese estudio utilizó una muestra de los pacientes hospitalizados en 1958. Los autores de ese estudio compararon sus resultados con los reportados en el *Anuario Estadístico de Costa Rica*, 1958. De acuerdo con ese Anuario, el 19% de la población del país en ese entonces era urbana, y el 81 % era rural. De aquí que esos autores hubieran concluido que, en el área urbana, las esquizofrenias y las neurosis se encontraban en una proporción mucho más alta que lo que podría esperarse, según lo observado en ese Anuario Estadístico de 1958.

En alguna medida, lo que refleja la comparación de los resultados obtenidos en esos dos estudios es el cambio drástico que ha sufrido la población, en cuanto a su

procedencia urbano-rural. Lógicamente, las muestras de pacientes estudiados reflejan estos mismos cambios.

En lo que se refiere a la procedencia urbano-rural de pacientes que asisten a la consulta externa, sea institucional o privada, los resultados obtenidos sugieren que la mayor proporción de éstos provienen de áreas urbanas. Así en el estudio de Gorn y Ramírez (1981) el 90% de los pacientes de consulta privada (n=120) provenían de áreas urbanas, y el 63% de los pacientes de consulta externa institucional (n=540) provenían también de áreas urbanas. Por otra parte, el 8% de la consulta privada y el 36% de la institucional eran de áreas rurales. Esto es que la zona rural estaba más representada en la consulta institucional que en la privada.

5. Nivel Ocupacional

La ocupación es un factor importante tanto a nivel económico como psicosocial. Por una parte, le permite al individuo ganarse la vida, es decir, tener un ingreso que le permite, en mayor o menor medida, cubrir sus necesidades básicas. Por otra parte, la ocupación, o mejor, el nivel ocupacional alcanzado, afecta no sólo el estatus socio-económico de la persona, sino también sus sentimientos de identidad y de satisfacción personal; sus necesidades de reconocimiento social; y le permite mayor o menor movilidad socioeconómica. Esto significa, a su vez, que el nivel ocupacional alcanzado puede ser una fuente de estrés y, de ser así, se sumaría a otras imposiciones cotidianas, afectando el ajuste emocional e interpersonal del individuo.

En general, los resultados obtenidos en estudios con muestras de pacientes hospitalizados sugieren que las ocupaciones que se encuentran en los niveles más bajos tienden a estar sobrerrepresentadas. Así, en un primer estudio se observó una mayor frecuencia de trabajadores "no calificados", 83% entre los esquizofrénicos, 81% entre las psicosis afectivas, y 47% entre los neuróticos. Por otra parte, una mayor proporción del grupo de neuróticos, 21%, tenía un nivel ocupacional más alto, oficinista (Adis y Umaña, 1965). Por su parte, Pérez y Chain encontraron que el 28% de las personas en la muestra estudiada no tenían una ocupación, y el 53% pertenecían al grupo de trabajadores "no calificados" (Pérez y Chain, 1986). López obtuvo también resultados parecidos. El 20% de personas de la muestra estudiada no tenían ocupación, y el 45% eran trabajadores "no calificados". En este mismo estudio también se consideró la forma en que los diferentes grupos diagnósticos estudiados se distribuyeron entre las distintas ocupaciones. La proporción de trabajadores "no calificados" fue mayor en todos los grupos diagnósticos, a saber: neuróticos, 52%; esquizofrénicos, 48%; psicosis afectiva, 51%; trastornos orgánicos, 38%. El 28% de los trastornos orgánicos no tenían ocupación. Por otra parte, el 13% del grupo de neuróticos y el 15% del grupo de psicosis afectivas se encontraban en el nivel ocupacional de "profesional" (López, 1984).

Los resultados obtenidos en las investigaciones que utilizaron muestras de pacientes de Consulta Externa tienden en general a ser ligeramente diferentes. Esto es, que otros niveles ocupacionales alcanzan una mayor representación. En el estudio de Adis y Thomas, las ocupaciones mayormente representadas fueron: "enseñanza", 18%; "oficinistas", 14%; "obreros calificados", 20%; ocupaciones consideradas "misceláneas" 39%. Considerando el grupo diagnóstico, el 21% de los neuróticos eran "maestros o profesores", y el 15% de pacientes con algún tipo de psicosis también tenían esta ocupación. El 15% del grupo de neuróticos y el 15% del grupo de trastornos de la personalidad tenían la ocupación de oficinistas; el 40% de los trastornos orgánicos eran obreros calificados, y el 34% del grupo de psicóticos y el 34% del grupo de trastornos de la personalidad también tenían esta misma ocupación. Por otra parte, el 42% de los neuróticos, el 40% de los trastornos de personalidad y el 52% de los trastornos psicofisiológicos tenían una de las ocupaciones llamadas "misceláneas" (Adis y Thomas, 1973).

Por su parte, Villalobos encontró en su investigación que el 37% de la muestra de pacientes tenía alguna de las ocupaciones que ella agrupó en la categoría de "Profesionales Técnico-Administrativos". Entre las ocupaciones incluidas en esta categoría se encuentran profesionales en general, profesores y maestros, técnico o perito o auxiliar profesional, secretarías, oficinistas, recepcionistas, y otras. Y en la categoría de "Trabajadores de los Servicios" (empleada doméstica, guardia privado o rural, y otros) ella encontró un 25% (Villalobos, 1990).

En la investigación de Gorn y Ramírez, se comparó la muestra de consulta externa institucional con la de consulta privada en cuanto a ocupación. Los resultados obtenidos muestran cómo los pacientes de consulta privada tienden a tener un estatus ocupacional más alto. A continuación se comparan solamente algunos de las categorías ocupacionales de acuerdo a como se distribuyó entre ellas la muestra de consulta privada e institucional: "Profesional", 17% privada vs. 1% institucional; "Profesores", 13% privada vs. 6% institucional; "Oficinista", 7% privada vs. 4% institucional; "Estudiantes", 37% privada vs. 22% institucional. O sea que el 74% de los pacientes de consulta privada y 33% de los de consulta institucional, tenían una de estas ocupaciones. Los resultados en otras categorías ocupacionales fueron los siguientes: "Obreros y jornaleros", 1% privada vs. 8% institucional; "Amas de casa", 9% privada vs. 26% institucional; "Sin oficio", 3% privada vs. 10% institucional. Es decir, el 13% de las personas de la muestra de consulta privada y el 44% de las de la muestra de consulta institucional, se encontraban en una de estas categorías ocupacionales (Gorn y Ramírez, 1981).

Estos resultados tienden a mostrar que entre pacientes hospitalizados tienden a estar sobrerrepresentados los niveles bajos de ocupación. Esto es un tanto así, aunque en menor grado, entre pacientes de consulta externa institucional, entre quienes también se encuentran representadas otras ocupaciones. Por otra parte, en la consulta privada se observa lo contrario. Esto es, son los niveles altos de ocupación los que se

encuentran más representados. En todo caso, sin embargo, y a juzgar por los resultados mencionados, no parece existir una relación importante entre enfermedad mental y nivel ocupacional.

6. Nivel Socioeconómico

Es sabido que la interacción entre el nivel educacional y el nivel ocupacional refleja, de manera bastante aceptable, el nivel socioeconómico de las personas. En los diferentes estudios citados anteriormente, con muestras de pacientes hospitalizados y de consulta externa institucional, un alto porcentaje de estas personas alcanzaron un nivel de escolaridad bajo, primaria incompleta y completa. Y en cuanto a la ocupación de estos pacientes, los mayores porcentajes correspondieron a personas con ocupaciones "no calificadas", o bien, servicios domésticos y ocupaciones misceláneas. Esto ciertamente refleja que estas personas vienen de una población de bajo nivel socioeconómico.

En uno de los estudios mencionados, en el que se utilizó una muestra de pacientes de primer ingreso en el Hospital, se estimó el nivel socioeconómico de los pacientes utilizando el índice de Hollingshead. Este índice se basa precisamente en una combinación de los niveles de escolaridad y de ocupación, a los que se asigna diferentes ponderaciones. En el Cuadro 7 se presentan los resultados obtenidos por López (1984), quien utilizó este índice para estimar el nivel socioeconómico de los pacientes en su muestra.

Cuadro 7
Nivel Socioeconómico de los pacientes estudiados (López, 1984)

Nivel Socio-económico	Neur. %	Esquiz. %	Ps.Afect. %	Ts.Org. %	Total %
Alto	2	0	5	0	1
Medio	32	36	28	23	29
Bajo	55	64	62	69	69
No se sabe	11	0	5	8	1
Total	100% (n=56)	100% (n=52)	100% (n=39)	100% (n=105)	100% (N=252)

Tal como se puede observar, el nivel socio-económico de los pacientes, estimado con base en el índice de Hollingshead muestra con claridad que el 69% del total de la muestra pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. En todos los grupos diagnósticos considerados se refleja el mismo resultado, esto es, en todos ellos el mayor porcentaje de pacientes pertenecen a ese nivel. Como sería de esperar, el nivel medio sigue en orden de importancia.

En comparación, los pacientes incluidos en una muestra que asiste a consulta privada, estas personas tenían ocupaciones de un nivel más alto, profesionales, oficinistas, otros. Y en cuanto a escolaridad, un alto porcentaje había alcanzado niveles más altos, de secundaria completa a universitaria. Esto, a su vez, refleja que estas personas que asisten a la consulta privada vienen de una población de mayor nivel socioeconómico.

BIBLIOGRAFIA

- Adis, Gonzalo, y Thomas, Pierre, (1973), **Consulta Externa de Psiquiatría de la CCSS. Prevalencia de Grupos Diagnósticos**. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Adis, Gonzalo, y Umaña, Rodrigo, (1965), "Alguna Características Socio-económicas en Tres Grupos Nosológicos de Enfermos Mentales", **Archivos Panameños de Psicología**, 1 (1), p.3-18.
- Dirección General de Estadística y Censos, (1958), **Anuario Estadístico de Costa Rica, 1958**. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio. San José, Costa Rica.
- Dirección General de Estadística y Censos, (1987), **Censo de Población 1984** (Tomos 1 y 2). Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio. San José, Costa Rica.
- Gorn, Ida, y Ramírez, Ronald, (1981), **Incidencia y Prevalencia de Trastornos Mentales, en los Servicios de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología del País. Variables Socio-demográficas Asociadas a la Prevalencia. Tratamientos Utilizados**. Tesis de Grado. Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica. p.1-203.
- López, Roberto, (1984), "Factores Sociales y Enfermedad Mental: Un Análisis del Primer Ingreso en el Hospital Psiquiátrico", **Cúpula**, Año VIII, 16, p.1-16.
- Pérez, Carlos Luis, y Chain, Chafit, (1986), **Los Primeros Ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí**. Trabajo para optar a la incorporación en el Colegio de Médicos y Cirujanos como "Especialista en Psiquiatría". (Polígrafo, pp. 1-126).
- Srole, Leo, y otros, (1962), **Mental Health in the Metropolis**. McGraw-Hill Book Co., Inc., New York.
- Villalobos, Rosa, (1990), **Observaciones sobre el Modelo de Atención de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico**. Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS, Pavas, San José. pp.1-58.(no publicado).

V. UN PERFIL DEL PACIENTE PSIQUIATRICO

Es de interés contar con información que permita delinear el perfil del paciente psiquiátrico. Es evidente, por otra parte, que la posición desde la cual se le busque trazar la afectará. Esto tenderá a ser así supuesto que los diferentes aspectos del mismo, y la forma que tome, dependerán de muchos factores. Entre estos juegan un papel importante el diseño y selección de la muestra de pacientes que se estudie, el momento que se escoja para realizar el estudio, los objetivos que se persiguen, las personas responsables del diagnóstico, la selectividad y énfasis de los investigadores, la manera particular de presentar y describir los resultados que se obtengan. Todos estos factores, y otros más, podrían contribuir a que el perfil que se obtenga en diferentes investigaciones no sea necesariamente el mismo.

De manera resumida, se presenta en este capítulo, el perfil del paciente psiquiátrico, tal como se desprende de los resultados de cuatro diferentes estudios. Estas cuatro investigaciones coinciden, cuando menos, en este objetivo. Sin embargo, se diferencian en el hecho de que buscaron trazar este perfil con base en muestras de pacientes de tres diferentes poblaciones etarias. Así, una de estas investigaciones utilizó una muestra de pacientes adolescentes que asistían a la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico (Brenes y Mora, 1987). Otra utilizó una muestra que incluyó el total de pacientes mujeres internadas en uno de los pabellones de agudos del Hospital Nacional Psiquiátrico (López y Valverde, 1989). Las otras dos investigaciones coincidieron en el interés de estudiar al paciente geriátrico, utilizando una de ellas una muestra de pacientes que asistían a la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico (Solórzano, 1988), y la otra, una muestra de pacientes hospitalizados en los Pabellones de Psicogeriatría de este mismo Hospital (Sancho y Jiménez, 1989).

La muestra utilizada por Brenes y Mora incluyó a todos los adolescentes que asistieron por primera vez a la Consulta Externa del Hospital, en el período de julio a octubre de 1986. Se obtuvo así una muestra de 51 pacientes, de ambos sexos, con edades de 10 a 19 años. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, estas investigadoras describieron el perfil del paciente adolescente psiquiátrico de la siguiente manera:

"... es el de un adolescente temprano, de 11 años de edad, soltero, sin hijos, con educación primaria a nivel de segundo ciclo, quien estudia al momento de la consulta, no trabaja, vive en el Cantón Central de San José, con su familia nuclear, dependiendo económicamente del padre, con un diagnóstico de trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos", predominando la "depresión y la ansiedad" (Brenes y Mora, 1987, p.27).

Por su parte, López y Valverde estudiaron una muestra de 158 pacientes, que incluyó a todas las pacientes internadas en el Pabellón 5 de mujeres del Hospital

Nacional Psiquiátrico durante los meses de abril, mayo y junio de 1986. Los investigadores utilizaron un Formato de Evaluación que incluye 132 variables, entre las que se incluyen variables sociodemográficas, psicosociales, clínicas y diagnósticas, y familiares. Los resultados obtenidos les permitieron delinear el perfil de la paciente psiquiátrica internada en un pabellón de agudos como el de una paciente que tiende en primer lugar a

"... ser soltera, y casada en segundo lugar, con una edad entre 21 y 50 años, siendo la edad promedio de 32 años", con un nivel educacional de "primaria" y con una ligeramente mayor probabilidad de provenir de área "rural", siendo muy probable que se dedique a "oficios domésticos" y que venga de un estrato "socioeconómico bajo". Por otra parte, se trata de una paciente que muy probablemente tienda a reingresar una o varias veces, y que presenta como síntomas más relevantes "... el insomnio, la excentricidad (trastornos del pensamiento, alteraciones de la sensorización y conducta bizarra) así como anorexia", siendo además "impulsiva e hipersensible" a la crítica. Desde el punto de vista del examen mental se hace evidente "... el aumento en la actividad motora y con menor frecuencia la disminución de actividad, las manifestaciones de hostilidad, el afecto depresivo, la desorganización del proceso del pensamiento (pérdida de asociaciones lógicas, incoherencias, bloqueos, etc.), las alucinaciones auditivas, la suspicacia, las ideas de referencia, las ideas de grandeza y las celotipias, así como los defectos de las funciones intelectuales (cálculo, comprensión, conocimientos, etc.), las dificultades en atención y la ausencia de conciencia de enfermedad mental". En el treinta por ciento de los casos, los padres han "...presentado algún desorden psiquiátrico", siendo el "... alcoholismo en el padre...el desorden que se da con más frecuencia, ... y más de la tercera parte de los hermanos han presentado desórdenes psiquiátricos...". Por otra parte, tiende a "...ocupar el primer lugar respecto al número de hermanos o a ser hija única...". Su historia social y personal refleja que proviene de una familia desintegrada en la mayor parte de los casos, habiendo tenido problemas económicos por desempleo, así como "...problemas de ajuste o conflictiva conyugal y divorcio...". Y en lo que respecta al diagnóstico, la probabilidad es que éste tienda a ser "esquizofrenia" (López y Valverde, 1989, pp.22-24).

En lo que respecta al paciente geriátrico, Solórzano realizó un estudio con el objetivo de caracterizar la población geriátrica que asiste a la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico. La muestra estudiada incluyó a todos los pacientes, mayores de 60 años, de ambos sexos, que asistieron a esta consulta en demanda de servicios psiquiátricos durante el mes de abril de 1987.

Los resultados obtenidos en este estudio permiten describir al paciente geriátrico que asiste a la Consulta Externa de psiquiatría como una persona que

...con mayor probabilidad tiende a pertenecer al "sexo femenino", a ser costarricense, católica, y a proceder principalmente de la Provincia de San José,

tendiendo a tener una edad promedio de alrededor de 67.5 años (ligeramente menor que la de los hombres cuya edad promedio fue de alrededor de 69.6 años), y con "una educación pobre", muy probablemente no mayor del nivel de primaria. El estado conyugal tiende a ser "casada o casado", y si bien tiene hijos, la probabilidad es que viva "únicamente con su cónyuge". En cuanto a su ocupación, lo más probable es que se dedique a los "oficios domésticos", y cuando es hombre, la probabilidad es que se encuentre "desocupado". La condición económica es baja, y con alguna probabilidad recibe una pensión muy baja, o bien, de que viva "... de la ganancia de su trabajo o de la ayuda de familiares y amigos".

Desde el punto de vista psiquiátrico, lo más probable es que reciba el diagnóstico de "depresión", y que presente con mucha frecuencia "deficiencias de memoria", "deficiencias visuales", "trastornos en la audición" y "dificultad para la marcha", acompañadas de "un sentimiento de minusvalía". También con alguna frecuencia presenta además "problema social y familiar, ansiedad y trastornos gastrointestinales", no siendo infrecuentes otros diagnósticos como "osteoartritis, HTA e ICC" (Solórzano, 1988, pp.20-21).

El perfil del paciente geriátrico hospitalizado en los Pabellones Psicogeriátricos del Hospital Nacional Psiquiátrico es ligeramente diferente al del de Consulta Externa. Sancho y Jiménez, interesados en "actualizar los datos clínicos de estos pacientes", utilizaron una muestra constituida por el total de pacientes hospitalizados en los Pabellones Psicogeriátricos durante el mes de mayo de 1988. El tamaño de la muestra fue de 131 pacientes, de ambos sexos, todos mayores de 60 años.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, el perfil del paciente geriátrico hospitalizado en el Hospital Nacional Psiquiátrico es el de un paciente que

... podría ser hombre o mujer, puesto que "no se encontró diferencia significativa según sexo", cuya edad tiende a encontrarse entre "los 60 y 80 años", y con mayor probabilidad de proceder de la Provincia de San José. En cuanto al nivel educacional este tiende a ser bajo, pudiendo ser "analfabeto". En lo que se refiere a su estado conyugal, la probabilidad es de que sea "soltero", y además, en lo que se refiere a ocupación, que se trate de una persona "desocupada". Es claro, de acuerdo con lo anterior, que sea una persona de estrato económico bajo. En cuanto a su permanencia en el Hospital, la tendencia es a ser un paciente de internamiento prolongado, y esto debido a la alta probabilidad de "abandono familiar" en el caso de estos pacientes.

El diagnóstico psiquiátrico más probable es el de "síndrome demencial", en general, si bien esta probabilidad es ligeramente más alta si se trata de mujeres; pero también es probable, aunque en menor grado, que el diagnóstico sea de "epilepsia gran mal", en general, siendo esta probabilidad ligeramente más alta si se trata de hombres. La "psicosis funcional" podría ser también el diagnóstico, aunque con menor probabilidad, y en el caso de que lo fuera, la probabilidad sería ligeramente más alta para las mujeres.

Por otra parte, el "diagnóstico médico asociado" más probable es el de "contractura muscular invalidante", y con menor probabilidad el de "enfermedad pulmonar obstructiva crónica", siendo **un** paciente que tiende a presentar complicaciones médicas, entre las que ocurre con mayor probabilidad el "síndrome diarreico" (Sancho y Jiménez, 1989, pp.26-27).

BIBLIOGRAFIA

- Brenes, Oliva y Mora, Ana, (1987), "Análisis Exploratorio y Descriptivo de un Grupo de Adolescentes Atendido por Primera Vez en la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, de Julio a Octubre de 1986", **Cúpula**, Año X, 22, pp.25-28.
- López, Roberto, y Valverde, Ronald, (1989), "Perfil biopsicosocial de pacientes internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí", **Cúpula**, Año XII, 24, pp.7-25.
- Sancho, Carlos L., y Jiménez, Guillermo, (1989), "La población en pabellones psicogeriátricos del Hospital Nacional Psiquiátrico", **Cúpula**, Año XII, 24, pp.26-32.
- Solórzano, Lilia M., (1988), "Análisis Diagnóstico de la Consulta Geriátrica en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el mes de abril de 1987", **Cúpula**, Año XI, 23, pp.19-28.

VI. TASAS DE HOSPITALIZACION

Es nuestro interés presentar aquí algunos resultados relacionados con la determinación de tasas de hospitalización de trastornos psiquiátricos en nuestro país. Conviene, en primer lugar, hacer algunos comentarios en relación con la importancia que tiene el poder establecer las tasas de incidencia de este tipo de trastornos; y, en segundo lugar, señalar la relación de las tasas de hospitalización con las de incidencia.

La estimación de las tasas de incidencia de los diferentes trastornos mentales es de gran interés. La determinación de estos índices de incidencia permitiría estimar la probabilidad de que ocurran nuevos casos, por una parte; y por otra, facilitaría también, en la medida en que se conozcan las condiciones en que ocurren esos casos nuevos, la identificación de factores de riesgo asociados a estos trastornos. Esta información es fundamental y sus implicaciones evidentes, tanto en lo que se refiere a políticas de acción en el campo de la salud mental, como en relación con una mejor comprensión de los factores de riesgo asociados a las mismas, sea de manera directa o indirecta.

El concepto de "incidencia" se refiere al número o frecuencia de "casos nuevos" que ocurren en un período determinado, en la población expuesta al riesgo de enfermedad (Reid, 1964; Lima, 1987). Corrientemente se ha definido como "caso nuevo" la "primera admisión" a un Hospital Psiquiátrico o a un servicio de psiquiatría de un hospital general, o bien a una "primera consulta", sea en la consulta externa de psiquiatría en cualquiera de los servicios asistenciales, o en la consulta privada.

Esta forma de definir lo que es un "caso nuevo" tiene sus limitaciones e introduce error en la medición de la incidencia. Tal como ha sido señalado por diferentes autores desde hace ya mucho tiempo (Jaco, 1960, Kramer y otros, 1961), el hecho de ser una primera admisión no dice nada de las condiciones en que se inició la enfermedad, ni del intervalo entre la aparición de la misma y el momento en que la persona busca ayuda o es hospitalizada. El lapso entre el inicio de la enfermedad y el momento de la hospitalización varía con el individuo, con las actitudes de la población hacia la enfermedad mental, y con el nivel de tolerancia de la familia y de la comunidad. Más aún, la condición socioeconómica es también un factor importante. Es más, las condiciones al iniciarse la enfermedad (tales como la edad, la educación, el ajuste social, la ocupación) podrían ser diferentes al momento de la hospitalización, según sea el tiempo transcurrido entre el momento en que aparecen los primeros síntomas, el momento en que la persona se define como enferma o es definida como tal, y el momento en que es hospitalizada.

Por otra parte, los primeros ingresos no incluyen la consulta externa ni la consulta privada, ni incluyen aquellos casos que, por una u otra razón, no han buscado ni recibido atención. Y, tal y como ocurre con los datos que se presentarán a continuación, éstos se basan en los primeros ingresos a un Centro Asistencial, y no en

los primeros ingresos a todos los centros asistenciales de la Institución. Todo esto contribuye a que las tasas basadas en estudios de primeros ingresos tiendan a "subestimar" el total de "casos nuevos", y, como ya ha sido mencionado, a "sobrestimar" los factores que influyen sobre la hospitalización. De aquí que se haya concluido que las primeras admisiones "permiten determinar en forma válida la tasa de hospitalización..., y solamente permiten hacer una estimación de la tasa de incidencia con un grado de error desconocido" (Jaco, 1960, p.14-16).

A continuación se presentan las tasas globales de hospitalización de algunas condiciones psiquiátricas, con base en estudios de primeros ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico. Al considerar estos resultados deben tenerse en mente los comentarios anteriores, en especial el hecho de que estas tasas de hospitalización tan sólo representan una aproximación a lo que podrían ser las tasas reales de incidencia, **con un grado de error desconocido.**

El cálculo de estas tasas se hizo con base en los resultados obtenidos en dos investigaciones que utilizaron muestrds de pacientes de primer ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Estas investigaciones se realizaron en diferentes años, y las estimaciones se hicieron con base en la población en riesgo de los años correspondientes.

Antes de continuar, es conveniente hacer las siguientes observaciones sobre las fuentes de información utilizadas, y en relación con la necesidad que se encontró de utilizar la estructura de la población según el Censo de Población de 1984 para hacer algunas estimaciones. Para los efectos de calcular las tasas globales de hospitalización según grupos diagnósticos, procedencia urbana o rural, y población económicamente activa e inactiva, todos los datos de población del país necesarios se tomaron de las **Encuestas de Hogares** de los años de interés, 1980 y 1985. Por otra parte, en lo que se refiere al cálculo de estas tasas según las variables de edad, nivel de instrucción, y estado conyugal, los totales de la población del país para esos años se tomaron de esta misma fuente de información, es decir, de las Encuestas de Hogares. Sin embargo, los grupos de población en cada una de las categorías de estas variables tuvieron que ser estimadas con base en la estructura de la población según el **Censo de Población de 1984**, mediante el método de extrapolación porcentual.

El procedimiento anterior se hizo necesario en vista de que en las dos investigaciones de las que se toman los datos correspondientes a primeros ingresos, no se utilizaron las mismas categorías internacionales que utiliza la Dirección General de Estadística y Censos. Así por ejemplo, en relación con la variable edad, las edades se agruparon de la siguiente manera: 21 a 30 años, 31 a 40 años, etc. Por otra parte, las Direcciones de Estadísticas y Censos, por acuerdo internacional, agrupan las edades de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, etc. Se hizo necesario entonces, utilizar el Censo de 1984, que presenta los grupos de población por edades simples, para reagrupar la población de manera que correspondiera a las agrupaciones utilizadas por los

investigadores. Este procedimiento limita, en alguna medida, la comparabilidad con otras fuentes. Luego, mediante el método de extrapolación porcentual, se estimó la población en cada grupo de edad, de acuerdo con la forma en que estos grupos fueron definidos en esas dos investigaciones. Un procedimiento similar fue necesario con respecto a las variables nivel de instrucción y estado conyugal, puesto que las Encuestas de Hogares no dan esta información.

Este procedimiento tiene el inconveniente de que presupone que la estructura de la población de los años de 1980 y 1985 es la misma que la del año de 1984. En lo que se refiere a la variable edad esto podría ser así para las edades de 21 años a 60 años. Es muy probable, sin embargo, que se esté subestimando la población más joven, por ejemplo, 0 a 10 años, y la de mayor edad, de 70 años y más.

De igual manera, se podría estar subestimando la población en el nivel de instrucción de primaria. En el caso de estado conyugal se podría estar subestimando a los grupos de mayor edad, tal como se mencionó. Sin embargo, y en términos generales, se considera que la estructura de la población de los años de interés tiende a ser bastante parecida a la observada en el Censo de 1984, y que no difieren significativamente cuando menos para los grupos de edad mencionados, sobre todo para 1985.

En lo que se refiere a la variable ocupación, de nuevo aquí, se utilizaron categorías diferentes a las establecidas por la Dirección General de Estadística y Censos. En este caso, se consideró preferible estimar estas tasas de hospitalización para la población económicamente activa e inactiva. De acuerdo con esta Dirección, la población económicamente activa incluye todas las personas ocupadas (independientemente de la ocupación que desempeñan) y las desocupadas; la población económicamente inactiva incluye estudiantes, pensionados, amas de casa, y otros (personas hospitalizadas, etc.). Puesto que los datos sobre ocupación en los dos estudios considerados permitan reagrupar los en estas categorías, y que los datos de la población del país en cada una de ellas se podían obtener en **Encuestas de Hogares** de los años correspondientes, se decidió estimar estas tasas para este tipo de población.

Teniendo en mente lo anterior, se presentan a continuación las tasas de hospitalización estimadas, según las diferentes variables de interés.

A. Tasas de hospitalización para grupos diagnóstico específicos

A continuación se presentan las tasas globales de hospitalización para 1979-1981 y para 1985. Es importante señalar que no es posible hacer una comparación directa entre las tasas obtenidas para estos años, puesto que estas tasas no han sido estandarizadas, y son, por lo tanto, tasas globales. Otro factor importante que se debe tener en mente es el hecho de que no fueron las mismas personas las que hicieron el

diagnóstico de estos pacientes. Tal como ha sido señalado, la falta de acuerdo en cuanto al diagnóstico es una fuente de error importante tanto en estudios de incidencia como de prevalencia. El grado de acuerdo entre diferentes profesionales, psiquiatras o psicólogos clínicos, al hacer una evaluación diagnóstica dista mucho de ser perfecto. Esto, en alguna medida, refleja el hecho de que la impresión diagnóstica es afectada, según sea la persona que haga el diagnóstico, su experiencia, su manera particular de relacionarse con el paciente, y su propia perspectiva teórica. Por otra parte, los datos han sido obtenidos con base en dos muestras diferentes, en dos períodos diferentes, lo que también contribuye a que las tasas observadas no sean las mismas.

La primera de estas investigaciones (López, 1984) utilizó una muestra sistemática del total de pacientes de primer ingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico en los años de 1979 a 1981. La muestra estuvo constituida por 252 pacientes, de ambos sexos, de 15 años y más. En los cálculos correspondientes se utilizó la población del país al 1 de julio de 1980 como estimación del promedio de la población expuesta al riesgo (Encuesta de Hogares, 1980).

El número de primeros ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico para los años 1979, 1980 y 1981 fue, respectivamente, 1.802, 1.327 y 1.272 pacientes. De acuerdo con estos datos, el número promedio anual de primeros ingresos en el período 1979-1981 fue 1.467 pacientes. Con el objeto de estimar el número promedio de primeros ingresos en cada una de las categorías de las variables estudiadas, los porcentajes correspondientes de la muestra estudiada se aplicaron al promedio anual de primeros ingresos para este período, N= 1.467 pacientes.

En el Cuadro 1 se presentan las tasas globales de hospitalización para el período 1979-1981, por 100.000 habitantes, calculadas con base en los resultados obtenidos por López (1984) en su investigación de primeros ingresos.

La segunda investigación (Pérez y Chain, 1986) utilizó una muestra constituida por el total de pacientes que ingresaron por primera vez al Hospital Nacional Psiquiátrico, en un período de dos meses, del 1 de mayo al 30 de junio de 1985. La muestra incluyó 234 pacientes, de ambos sexos, de 11 años y más. Para el efecto de los cálculos correspondientes se tomó la población del país al 1 de julio de 1985 como estimación del promedio de la población expuesta al riesgo (**Encuesta de Hogares, 1985**).

El número de primeros ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico en 1985 fue 1.531 pacientes. El número de primeros ingresos durante este año en cada una de las categorías de las variables estudiadas se estimó, de igual manera a como se hizo anteriormente, es decir, aplicando los porcentajes correspondientes de la muestra al total de primeros ingresos en ese año, N= 1.531 pacientes.

El Cuadro 2 presenta las tasas globales de hospitalización por 100.000 habitantes, para 1985, calculadas con base en los resultados obtenidos por Pérez y Chain (1986) en su estudio de primeros ingresos.

Cuadro 1
Tasas globales de Hospitalización para 1979-1981, por 100.000 habitantes,
según grupos diagnóstico.

Grupos diagnósticos	Primeros ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes(b)
Trastornos orgánicos		
con y sin psicosis	250	11.3
Intoxicación y dependencia de drogas	268	12.1
Esquizofrenia	303	13.7
Trastornos Afectivos Mayores	111	5.0
Estados y Reacciones		
Psicóticas funcionales	116	5.2
Neurosis	111	5.0
Trastornos de la Personalidad	99	4.5
Reacciones situacionales		
no psicóticas	116	5.2
Retardo Mental	93	4.2
Total	1.467	66.1

(a) Promedio anual estimado.

(b) Población del país al 10. de Julio de 1980= 2,217.761

(Encuesta de Hogares, 1980). Las tasas han sido redondeadas a un decimal.

A partir de aquí, y para mayor facilidad, nos referiremos a las tasas estimadas con base en la información presentada en los informes de una y otra investigación señalando los años correspondientes, 1979-1981 y 1985. Lo primero que se destaca al considerar estos resultados es la falta de concordancia en cuanto a los grupos diagnóstico estudiados. Tal como se mencionó, la falta de acuerdo en cuanto al diagnóstico es una fuente de error frecuente en este tipo de estudios. En este caso, es evidente que en el primero, el investigador combinó varios grupos diagnóstico en uno solo, de acuerdo con su criterio; mientras que en el segundo, los investigadores siguieron un criterio diferente, tratando de no hacer agrupaciones, o, en todo caso, no haciendo las mismas. Esto ciertamente contribuye a dificultar una comparación directa entre las tasas observadas.

Considerando en primer lugar las tasas de hospitalización para el total de pacientes en estos dos períodos, 1979-1981 y 1985, estas fueron ligeramente diferentes. Así, la tasa global de hospitalización para el total de pacientes,

Cuadro 2
Tasas globales de hospitalización para 1985, por 100.000 habitantes,
según grupos diagnóstico.

Grupos diagnósticos	Primeros ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes(b)
Psicosis orgánica	334	13.4
Esquizofrenia	202	8.1
Psicosis Afectiva	98	3.9
Estado Paranoide	6	0.2
Otras psicosis no orgánicas	92	3.7
Neurosis	236	9.5
Trastornos de la Personalidad	118	4.7
Síndrome de dependencia del alcohol	92	3.7
Dependencia de drogas	26	1.0
Reacción aguda ante gran tensión	20	0.8
Reacción de adaptación	26	1.0
Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo	65	2.6
Perturbaciones de conducta	26	1.0
Retardo mental discreto	26	1.0
Retardo mental de otro grado	46	1.8
Brote psicótico agudo	118	4.7
Total	1.531	61.5

(a) Número anual estimado.

(b) Población del país al de julio de 1985= 2,489.212

(Encuesta de Hogares, 1985). Las tasas han sido redondeadas a un decimal.

independientemente del diagnóstico, fue de 66.1, para 1979-1981; y de 61.5, para 1985. Esta diferencia, si bien pequeña, podría estar reflejando que se trata de muestras diferentes, en años diferentes.

Por otra parte, las tasas para los diferentes grupos diagnóstico en estos dos períodos son bastante discrepantes. Esto, como se señaló, podría ser el resultado de la utilización de diferentes criterios tanto diagnósticos como de agrupación de los mismos. Para 1979-1981, las tasas más altas corresponden a la esquizofrenia, al grupo con diagnóstico de intoxicación y dependencia de drogas, y al grupo con diagnóstico de trastornos orgánicos, con y sin psicosis, en este orden. Para 1985, por otra parte,

las tasas más altas corresponden a las psicosis orgánicas, a las neurosis y a la esquizofrenia, respectivamente. Llama la atención, que en este año la tasa de hospitalización para las neurosis (9.5 por 100,000 habitantes) sea ligeramente mayor que la obtenida para la esquizofrenia (8.1 por 100,000 habitantes), lo que es contrario a las expectativas.

Ciertamente, sería de esperar que la tasa de hospitalización de las esquizofrenias sea mucho más alta que la de las neurosis. Esto así, puesto que las esquizofrenias constituyen un trastorno mental severo, que tiene una alta probabilidad de necesitar hospitalización, lo que no es necesariamente cierto en el caso de las neurosis. Es probable que esto haya resultado así, entre otras cosas, debido a algún factor de sesgo, como podría ser alguna variación estacional relacionada con el momento en que se tomó la muestra del estudio correspondiente. Es sabido que el período en el cual se realiza una investigación, esto es, el momento del estudio, podría ser afectado por factores selectivos, que con frecuencia pasan inadvertidos. A esto podrían sumarse factores asociados con el proceso diagnóstico. No habiendo sido los mismos profesionales los que hicieron las evaluaciones diagnósticas de todos estos pacientes, sería esperable que los criterios de internamiento no hubieran sido interpretados de manera idéntica por esos profesionales.

Es interesante, sin embargo, que estos resultados permiten apreciar cierta concordancia en cuanto al orden, si bien no en cuanto a la magnitud, de las tasas obtenidas para algunos de los grupos diagnóstico. Por ejemplo, la esquizofrenia y los trastornos orgánicos tienden a tener tasas de una magnitud casi igual, siendo además las más altas en ambos períodos, si bien en orden inverso. De igual manera, los trastornos afectivos mayores tienen una tasa de hospitalización mucho más baja, tanto en el período de 1979-1981 como en 1985. Por su parte, las tasas correspondientes a algunos de los grupos diagnóstico tienden a ser comparativamente bajas. Así, para el período 1979-1981, las tasas más bajas correspondieron a los trastornos de personalidad y al retardo mental. A su vez, las tasas más bajas para 1985 correspondieron, entre otros, a la dependencia de drogas, reacciones de adaptación, perturbaciones de conducta, reacciones agudas ante gran tensión y estados paranoides. Esto sería de esperar, puesto que personas que presentan estos diagnósticos tienden en general a tener una menor probabilidad de necesitar hospitalización.

Resumiendo, y de acuerdo con las tasas de hospitalización, para grupos diagnóstico específicos, por 100.000 habitantes, para el año 1979-1981, la probabilidad de hospitalización fue más alta para la esquizofrenia, la intoxicación y dependencia de drogas, y los trastornos orgánicos, con y sin psicosis. Los estados y reacciones psicóticas funcionales y las reacciones situacionales no psicóticas ocuparon un segundo lugar. Siguió en orden de importancia los trastornos afectivos mayores y las neurosis. Finalmente, las tasas de hospitalización más bajas correspondieron a los trastornos de la personalidad y al retardo mental.

Al considerar las tasas de hospitalización, también según grupos diagnóstico específicos, para 1985, se observa que la probabilidad de hospitalización fue más alta para las psicosis orgánicas, las neurosis y la esquizofrenia, en este orden. En segundo lugar se encontraron el brote psicótico agudo y los trastornos de personalidad. Siguieron, en tercer lugar, la psicosis afectiva, otras psicosis no orgánicas, y el síndrome de dependencia del alcohol. Finalmente, y con una menor probabilidad de hospitalización, se encontraron los trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo, el retardo mental, la dependencia de drogas, las reacciones de adaptación, las perturbaciones de conducta, las reacciones agudas ante gran tensión, y los estados paranoides.

Tal parece que en ambos períodos las condiciones orgánicas y las esquizofrenias mostraron una alta probabilidad de hospitalización. Por otra parte, en este grupo de alta probabilidad se encuentran la intoxicación y dependencia de drogas (para 1979-1981), y las neurosis (para 1985).

B. Tasas de hospitalización para los trastornos mentales en general, según variables demográficas y socio-económicas.

(1) *Sexo*

Es importante tener información sobre la forma en que los trastornos mentales afectan a la población según sea el sexo de las personas. A continuación se presentan las tasas de hospitalización observadas para el total de trastornos psiquiátricos considerados, según esta variable, por 100.000 habitantes, para 1979-1981 y para 1985 (Cuadros 3 y 4).

Cuadro 3

Tasas globales de hospitalización de los trastornos psiquiátricos, según Sexo, por 100.000 habitantes, para 1979-1981.

Sexo	Población a Julio 1, 1980 N	Primeros ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes
Masculino	1,105.901	757	34.1
Femenino	1,111.860	710	32.0
Total	2,217.761	1.467	66.1

Chi cuadrada= 0.2539, gl= 1, n.s.

(a) Promedio anual estimado, según sexo.

Cuadro 4
Tasas globales de hospitalización de los trastornos psiquiátricos, según
sexo, por 100.000 habitantes, para 1985.

Sexo	Población a Julio 1, 1980 N	Primeros ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes
Masculino	1,233.646	726	29.2
Femenino	1,255.566	805	32.3
Total	2,489.212	1.531	61.5

Chi cuadrada= 0.4274, gl=1, n.s.

(a) Número anual estimado, según sexo.

Las tasas de hospitalización para hombres y mujeres en estos dos períodos tendieron a ser bastante parecidas, siendo ligeramente más alta para los hombres en el período 1979-1981. Por lo demás, las diferencias entre las tasas para hombres y para mujeres son tan pequeñas que las diferencias observadas según el sexo de las personas no son estadísticamente significativas. Esto, al menos, parece ser así cuando se consideran los trastornos psiquiátricos en general, sin atender a los grupos diagnóstico específicos. Tal como se apreciará más adelante, cuando se consideran grupos diagnóstico específicos, sí fue posible observar diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la probabilidad de hospitalización.

(2) *Edad*

Es de interés, ciertamente, conocer en qué grado afectan los trastornos psiquiátricos a la población, y si la probabilidad de hospitalización difiere de un grupo de edad a otro. A continuación se presentan las tasas de hospitalización, por 100.000 habitantes, para 1979-1981 y para 1985 (Cuadros 6 y 7). Tal como se explicó en un principio, fue necesario hacer una extrapolación porcentual, con base en la estructura de la población según el Censo de 1984 (Cuadro 5), para estimar la población en cada uno de los grupos de edad considerados. Los totales de población para el país en 1980 y 1985 fueron tomados de las **Encuestas de Hogares** de esos años.

Como se puede observar, para este período de 1979-1981, las tasas de hospitalización para los diferentes grupos de edad fueron mayores que la tasa para el total, con excepción de las correspondientes al grupo menor de 21 años, y al grupo de 31 a 40 años. Tal parece, a juzgar por la prueba de hipótesis realizada, que existe una

Cuadro 5
Estructura porcentual de la población del país, según
Edad. Censo de Población, 1984

Edad	Población Censo, 1984	%
0-10	667.192	27.60
11 - 20	551.108	22.80
21 - 30	459.193	19.00
31 - 40	282.682	11.70
41 - 50	180.454	7.47
51 - 60	131.531	5.44
61 y más	144.649	5.99
Total	2,416.809	100%

Cuadro 6
Tasas globales de hospitalización, según Edad, por
100.000 habitantes, para 1979-1981

Edad	Población estimada a Julio 1, 1980	Primeros ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes
Menor de	21 1,117.751	460	41.2
21 - 30	421.375	338	80.2
31 - 40	259.478	169	65.1
41 - 50	165.667	221	133.4
51 y más	253.490	279	110.1
Total	2,217.761	1.467	66.1

Chi cuadrada= 51.6732, gl=4, P <.01

(a) Promedio anual estimado, según grupos de edad.

asociación significativa entre los grupos de edad y las tasas de hospitalización. En especial esto parece ser así en relación con el grupo de edad de 41 a 50 años y el grupo de 51 Y más años. En menor grado, esta asociación también se refleja en el de 21 a 30 años.

Cuadro 7
Tasas globales de hospitalización, según Edad,
por 100.000 habitantes, para 1985.

Edad	Población estimada a Julio 1,1985	Primeros ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes
Menor de	11 687.023	-	-
11 - 20	567.540	327	57.6
21 - 30	472.950	524	110.8
31 - 40	291.238	268	92.0
41 - 50	185.944	209	112.4
51 - 60	135.413	98	72.4
61 y más	149.104	105	70.4
Total	2,489.212	1.531	61.5

Chi cuadrada= 87.3822, gl= 5, P <.01

(a) Número anual estimado, según grupos de edad.

De nuevo, las tasas obtenidas para 1985, por 100.000 habitantes, para cada uno de los grupos de edad, también tienden a ser más altas que la correspondiente para el total, con excepción de la que corresponde al grupo menor de 11 años. Al igual que para el período de 1979-1981, y a juzgar por la chi cuadrada obtenida, existe una asociación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y las tasas de hospitalización. En particular se destacan las tasas para los grupos de edad de 41 a 50 años, y de 21 a 30 años. En menor grado, esta asociación también se refleja en el caso de los grupos de 51 a 60 años y de 61 años y más.

Estos resultados sugieren que la edad es un factor asociado a la probabilidad de hospitalización. Cuando se considera la presencia de trastornos psiquiátricos, independientemente del diagnóstico, la probabilidad de hospitalización es mayor para el grupo de edad de 41 a 50 años, a juzgar por la tasa obtenida por 100.000 habitantes, la que resultó ser la más alta en los dos períodos, 1979-1981 y 1985. Por otra parte, también se destacaron con una alta probabilidad de hospitalización, para 1979-1981, el grupo de 51 años y más, y para 1985, el grupo de 21 a 30 años.

(3) Nivel de Instrucción

A continuación se presentan las tasas de hospitalización por 100.000 habitantes, según el nivel de instrucción. Ciertamente es de interés conocer en qué

grado el nivel de educación formal se encuentra asociado a la probabilidad de hospitalización. En este caso también fue necesario utilizar la estructura de la población del país según el Censo de 1984, por lo que esta información se presenta en el Cuadro 8.

Cuadro 8
Estructura porcentual de la población del país, según
Nivel de Instrucción. Censo de Población, 1984

Nivel de Instrucción	Población Censo, 1984(a)	%
Ningún grado	288.939	13.80
Primaria	1,210.285	57.80
Secundaria	453.280	21.65
Universitaria	141.483	6.75
Total	2,093.987	100 %

(a) Población de 5 años y más

En los Cuadros 9 y 10 se presentan las tasas obtenidas, por 100.000 habitantes, para 1979-1981 y para 1985.

Los resultados obtenidos en relación con esta variable tienden a ser un tanto ambiguos. Por una parte, las tasas correspondientes al período 1979-1981 tienden a sugerir que la probabilidad de hospitalización es mayor para aquellos con un nivel de instrucción universitaria, en primer lugar, y para los de nivel de primaria, en segundo lugar. Aquellos sin instrucción tienen la menor probabilidad de ser hospitalizados, seguidos por los de nivel de secundaria. Sin embargo, las diferencias observadas entre estas tasas no son aceptables estadísticamente. De hecho, la prueba de hipótesis (chi cuadrada) no alcanza el nivel de significancia, lo que sugiere que no existe asociación entre el nivel de instrucción y la probabilidad de hospitalización, cuando menos para este período.

Por otra parte, las tasas obtenidas para 1985 tienden a mostrar mayor dispersión, y su magnitud sugiere también que son aquellos con el más alto nivel de instrucción los que tienen la mayor probabilidad de hospitalización. A su vez, el grupo con un nivel de instrucción de primaria tiene la menor probabilidad de hospitalización, mientras que aquellos sin instrucción y con un nivel de secundaria

Cuadro 9
Tasas globales de hospitalización, según Nivel de Instrucción,
por 100.000 habitantes, para 1979-1981

Nivel de Instrucción	Población estimada a Julio 1,1980(a)	Primeros ingresos N(b)	Tasa global por 100.000 habitantes
Ningún grado	265.163	150	56.6
Primaria	1,110.608	878	79.1
Secundaria	415.998	320	76.9
Universitaria	129.699	119	91.8
Total	1,921.468	1.467	76.3

Chi cuadrada= 3.0333, gl= 3, n.s.

(a) Población de 5 años y más

(b) Promedio anual estimado según niveles de instrucción. El número de personas con instrucción "desconocida" fue distribuido proporcionalmente entre los diferentes niveles de instrucción.

Cuadro 10
Tasas globales de hospitalización, según Nivel de Instrucción, por
100.000 habitantes, para 1985

Nivel de Instrucción	Población estimada a Julio 1,1985(a)	Primeros ingresos N(b)	Tasa global por 100.000 habitantes
Ningún grado	297.618	224	75.3
Primaria	1,246.546	762	61.1
Secundaria	466.915	353	75.6
Universitaria	145.574	192	131.9
Total	2,156.653	1.531	71.0

Chi cuadrada= 13.2640, gl= 3, p < .01

(a) Población de 5 años y más.

(b) Número anual estimado, según niveles de instrucción. El número de personas con instrucción "desconocida" fue distribuido proporcionalmente entre los diferentes niveles de instrucción.

tienen una probabilidad de hospitalización intermedia. En este caso, la prueba de hipótesis resultó estadísticamente significativa, lo que sugiere que el factor nivel de instrucción se encuentra asociado a la probabilidad de hospitalización en forma confiable, cuando menos para este año.

Las diferencias observadas en las tasas obtenidas para estos dos períodos podrían, en parte, estar reflejando que se trata de dos muestras distintas. Sin embargo, llama la atención que tanto en el período de 1979-1981 como en 1985, la tasa de hospitalización más alta es la que corresponde al nivel de instrucción universitaria. Esto en sí es interesante, puesto que este resultado sugiere, cuando menos en forma confiable para el año de 1985, que la probabilidad de hospitalización es mayor entre aquellas personas que han alcanzado un nivel más alto de instrucción formal. Esto hace suponer que un mayor nivel de instrucción podría significar mayores demandas, tanto profesionales como personales. Esto es, que el ambiente profesional en que participan estas personas, además de estresante, podría también ser poco tolerante de comportamientos que podrían considerarse raros o poco apropiados. Esto favorecería, por lo tanto, la experiencia de un mayor nivel de tensión y de ansiedad.

(4) *Estado Conyugal*

El estado conyugal es otro factor importante que considerar en relación con las probabilidades que existen de ser hospitalizado por una condición psiquiátrica. El Cuadro 11 presenta la distribución porcentual de la población del país, de 10 años y más, según el estado conyugal de las personas, de acuerdo con el Censo de Población de 1984.

A continuación se presentan las tasas de hospitalización, por 100.000 habitantes, según esta variable. Es importante aclarar que en la investigación de la que se tomaron los datos para calcular estas tasas para 1979-1981 (López, 1984), la categoría de "casados" incluyó también la de "unidos"; y la categoría de "divorciados" incluyó las categorías de "separados" y "viudos" (Cuadro 12). Por su parte, en la investigación de la que se tomaron los datos para estimar estas tasas para 1985 (Pérez y Chain, 1986), la categoría de "divorciados" incluyó la de "separados" (Cuadro 13).

Tal como es aparente en este Cuadro, entre las tasas de hospitalización para el período 1979-1981, la única que se encuentra por debajo de la correspondiente para el total es la obtenida para el estado conyugal de casado. Las otras dos tasas, para los divorciados y para los solteros, son las más altas, y en especial la que corresponde al grupo de divorciados. A juzgar por el resultado de la prueba de hipótesis, existe una asociación estadísticamente significativa, lo que sugiere una asociación confiable entre el estado conyugal y la probabilidad de hospitalización. Esta probabilidad es mayor para los divorciados (que, en este caso, y como se mencionó, incluyen a los separados y a los viudos), ocupando un segundo lugar la probabilidad de hospitalización de los solteros. Los casados son los que tienen la menor probabilidad de hospitalización.

Cuadro 11
Estructura porcentual de la población del país, según
el Estado Conyugal Censo de Población, 1984.

Estado Conyugal	Población Censo, 1984(a)	%
Unido	148.732	8.24
Separado	34.403	1.91
Casado	703.278	38.98
Viudo	50.970	2.82
Divorciado	17.727	0.98
Soltero	849.209	47.07
Total	1,804.319	100%

(a) Población de 10 años y más.

Cuadro 12
Tasas globales de hospitalización, según Estado Conyugal, por
100.000 habitantes, para 1979-1981

Estado Conyugal(a)	Población estimada a Julio 1,1980(b)	Primeros ingresos N(c)	Tasa global por 100.000 habitantes
Casado	781.859	570	72.9
Divorciado	94.545	111	117.4
Soltero	779.376	786	100.8
Total	1,655.780	1.467	88.6

Chi cuadrada= 7.6429, gl=2, p < .05

(a) "Casado" incluye "Unido"; "Divorciado" incluye "Separado" y "Viudo". (b)

Población de 10 años y más.

(c) Promedio anual estimado, según estado conyugal.

Cuadro 13
Tasas globales de hospitalización, según Estado Conyugal,
por 100.000 habitantes, para 1985

Estado Conyugal(a)	Población estimada a Julio 1, 1985(b)	Primeros ingresos N(c)	Tasa global por 100.000 habitantes
Unido	153.136	133	86.9
Casado	724.422	484	66.8
Viudo	52.408	66	125.9
Divorciado	53.709	66	122.9
Soltero	874.771	782	89.4
Total	1,858.446	1.531	82.4

Chi cuadrada= 6.7089, gl= 4, n.s.

(a) "Divorciado" incluye "Separado" (b) Población de 10 años y más.

(e) Número anual estimado, según estado conyugal. El número de personas con estado conyugal "desconocido" fue distribuido proporcionalmente entre las diferentes categorías de esta variable.

A juzgar por las tasas obtenidas para 1985, son los viudos y los divorciados los que tienen la mayor probabilidad de hospitalización. Siguen, en orden de importancia, los solteros, luego los unidos, y los casados. Estos últimos son los que tienen la menor probabilidad de hospitalización. Sin embargo, las diferencias observadas no son confiables estadísticamente, a juzgar por la prueba de hipótesis realizada, la que no alcanzó el nivel de significancia.

Es de interés observar, de todas formas, que las tasas obtenidas para 1985 muestran una tendencia similar, si bien no significativa, a la observada para el período de 1979-1981. Esto es que la mayor probabilidad de hospitalización pareciera estar asociada al estado conyugal de divorciado, sea que se incluyan aquí a los viudos y separados, o solamente a estos últimos, en primer lugar; y, en segundo lugar, al estado conyugal de soltero.

(5) *Procedencia Urbano-Rural*

Los datos de población utilizados para calcular las tasas de hospitalización según esta variable, y de la que se considera a continuación, fueron tomados

directamente, tal como se mencionó en un principio, de las Encuestas de Hogares de los años de interés.

Es evidente, por la información que se presenta en el Cuadro 14, que la probabilidad de hospitalización tiende a ser independiente de la procedencia urbana o rural del paciente. Las tasas de hospitalización para personas de área urbana y de área rural son prácticamente las mismas, y no muy distintas de la obtenida para el total.

Los resultados obtenidos para el año 1985 (Cuadro 15), sugieren que existe una asociación entre la procedencia urbana o rural y la probabilidad de hospitalización, a juzgar por la chi cuadrada obtenida. En este caso, son las personas procedentes del área urbana las que presentan la tasa de hospitalización más alta.

Es evidente que no se pueden comparar directamente las tasas obtenidas para 1979-1981 y para 1985, según la procedencia de los pacientes. Un esfuerzo por explicar esta discrepancia tendría que referirse a las muestras de pacientes de primeros ingresos de los estudios cuyos datos han sido utilizados para calcular estas tasas. Como se señaló en un principio, las muestras estudiadas difieren en cuanto a sus características y al procedimiento seguido, lo mismo que en cuanto al momento en que se tomaron las mismas.

(6) *Población económicamente activa e inactiva*

Las dos investigaciones (López, 1984; Pérez y Chain, 1986) de donde se tomaron los datos de primeros ingresos para el cálculo de las tasas de hospitalización

Cuadro 14
Tasas globales de hospitalización, según la Procedencia Urbano-Rural,
por 100.000 habitantes, para 1979-1981

Procedencia Urbano-Rural	Primeros Población a Julio 1,1980	ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes
Urbana	1,026.680	675	65.7
Rural	1,191.081	792	66.5
Total	2,217.761	1.467	66.1

Chi cuadrada= 0.01593, gl= 1, n.s.

(a) Promedio anual estimado, según procedencia urbano-rural.

Cuadro 15
Tasas globales de hospitalización, según la Procedencia Urbano-Rural,
por 100.000 habitantes, para 1985

Procedencia Urbano-Rural	Primeros Población a Julio 1, 1985	ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes
Urbana	1,220.954	848	69.5
Rural	1,268.258	683	53.9
Total	2,489.212	1.531	61.5

Chi cuadrada= 3.8473, gl= 1, p < .05

(a) Número anual estimado, según procedencia urbano-rural.

dan también información sobre la ocupación de estos pacientes. Sin embargo, en esas investigaciones no se utilizaron las mismas categorías de ocupación, es decir, éstas no concuerdan entre sí en todos los casos. De igual manera, estas categorías tampoco coinciden en algunos casos con las categorías ocupacionales que utiliza la Dirección General de Estadística y Censos. De aquí entonces que se considerara conveniente no calcular estas tasas por categoría ocupacional. En su lugar, se decidió calcular las tasas de hospitalización según la población activa e inactiva económicamente. De acuerdo con la Dirección General de Estadística y Censos, la población económicamente "activa" incluye personas "ocupadas" y "desocupadas". Por otra parte, la población económicamente "inactiva" incluye a "estudiantes", "pensionados", "amas de casa" y "otros" (por ejemplo, personas hospitalizadas, internos, y otros más).

A continuación, entonces, se presentan las tasas de hospitalización, según la población económicamente activa e inactiva, por 100.000 habitantes, para 1979-1981 y para 1985.

Como bien se puede observar aquí, las tasas de hospitalización obtenidas para 1979-1981 (Cuadro 16), con excepción de la correspondiente para la población inactiva, son mucho más altas que la del total, y en particular la tasa correspondiente a población desocupada. La chi cuadrada entre "ocupados", "desocupados", y población "inactiva", resultó ser altamente significativa.

Las tasas de hospitalización para 1985 (Cuadro 17) también resultaron ser, con excepción de la correspondiente a población inactiva, mucho más altas que la tasa para el total. De nuevo la chi cuadrada entre "ocupados", "desocupados", y población "inactiva" resultó altamente significativa.

Cuadro 16
Tasas globales de hospitalización, según Población Económicamente Activa e Inactiva, por 100.000 habitantes, para 1979-1981

Población	Población a Julio 1,1980	Primeros ingresos N(a) 100.000	Tasa global por habitantes
Activa	770.272	1.232	159.9
Ocupados	724.708	939	129.6
Desocupados	45.564	293	643.1
Inactiva	1,447.489	235	16.2
Total	2,217.761	1.467	66.1

Chi cuadrada= 594.0066, gl= 2, p < .001

(a) Promedio anual estimado, según población activa.

Cuadro 17
Tasas globales de hospitalización, según Población Económicamente Activa e Inactiva, por 100.000 habitantes, para 1985

Población	Población a Julio 1,1985	Primeros ingresos N(a)	Tasa global por 100.000 habitantes
Activa	887.456	1.409	158.8
Ocupados	826.698	980	118.5
Desocupados	60.758	429	706.1
Inactiva(a)	1,601.756	122	7.6
Total	2,489.212	1.531	61.5

Chi cuadrada= 667.8483, gl= 2, p < .001

(a) Número anual estimado, según población activa e inactiva.

Tanto para 1979-1981 como para 1985, las pruebas de hipótesis realizadas sugieren una clara y fuerte asociación entre la población económicamente activa e inactiva y la probabilidad de ser hospitalizado. Y también en la magnitud de las tasas correspondientes a estos dos períodos, se puede observar cómo en el caso de personas desocupadas la probabilidad de hospitalización es la más alta. Por otra parte, las personas que pertenecen a la población económicamente inactiva, que en este caso incluyó únicamente a estudiantes y pensionados, son las que tienen la menor probabilidad de hospitalización.

En resumen, las tasas de hospitalización para estos dos períodos, según las diferentes variables demográficas, se calcularon, tal como se mencionó, para el total de las condiciones psiquiátricas, es decir, sin considerar grupos diagnóstico específicos. En términos generales, la mayor probabilidad de hospitalización, por 100.000 habitantes, para el período 1979-1981, fue similar para hombres y mujeres; de una edad entre 41 y 50 años, en primer lugar, y de 51 años y más, en segundo lugar; mostrando una tendencia, si bien no significativa, a tener un nivel de estudios superiores; con un estado conyugal de divorciado (incluyéndose aquí a separados y viudos), ocupando un segundo lugar los solteros, que procedían indistintamente de área urbana o rural, y que pertenecían a la población económicamente activa, siendo esta probabilidad mucho mayor para aquellos que se encontraban desocupados.

Para el año 1985, la mayor probabilidad de hospitalización, por 100.000 habitantes, fue también similar para hombres y mujeres; de una edad entre 41 y 50 años, seguidos de aquellos con una edad de 21 a 30 años; con un nivel de instrucción de estudios superiores; tendiendo a ser esta probabilidad mayor para los viudos y los divorciados (que incluían a los separados), si bien esta tendencia no fue estadísticamente significativa, entre personas que procedían del área urbana, y que pertenecían a la población económicamente activa, siendo la tasa más alta para aquellos que se encontraban desocupados.

C. Tasas de hospitalización para algunos grupos diagnóstico, según variables demográficas y socio-económicas

Es de interés también conocer las tasas de hospitalización por 100.000 habitantes para trastornos mentales específicos en relación con estas mismas variables demográficas y socioeconómicas. El estudio de López (1984) con pacientes de primer ingreso también nos permite calcular estas tasas para grupos específicos.

Es importante primero observar que López combinó en cuatro grandes grupos los diferentes grupos diagnóstico. Así, el grupo de Neurosis incluyó a las neurosis propiamente, las reacciones situacionales no psicóticas, y los trastornos de personalidad. El segundo grupo fue el de Esquizofrenia. El tercer grupo fue el de Trastornos Afectivos, que incluyó los trastornos afectivos mayores y los estados y

reacciones psicóticas funcionales. Finalmente, el cuarto grupo fue el de los Trastornos Orgánicos con y sin psicosis, que incluyó los trastornos orgánicos con y sin psicosis propiamente, la intoxicación y dependencia de drogas, y el retardo mental.

(1) Neurosis

En el Cuadro 18 se presentan las tasas de hospitalización para las neurosis durante el período de 1979-1981, en relación con variables demográficas y socio-económicas. De acuerdo con estos resultados, la probabilidad de hospitalización para las neurosis se encontró asociada confiablemente a cuatro de estas variables. Así, en relación con el sexo, la tasa de hospitalización fue mayor para las mujeres que para los hombres. En cuanto a la edad, esta probabilidad fue mayor para el grupo de 41 a 50 años, y en segundo lugar el grupo de 21 a 30 años. En lo que se refiere al nivel de instrucción, esta probabilidad fue mayor para aquellos de nivel de secundaria, seguidos de aquellos de nivel universitario. Y en cuanto a si se pertenece a la población económicamente activa o inactiva, la tasa de hospitalización más alta fue para aquellos que perteneciendo a la población económicamente activa, se encontraban desocupados. Por otra parte, esta probabilidad de hospitalización resultó ser, cuando menos en este período, independiente del estado conyugal de la persona, y de su procedencia urbana o rural.

(2) Esquizofrenia

En el Cuadro 19 se presentan las tasas de hospitalización para la Esquizofrenia durante 1979-1981, según las diferentes variables de interés. Como se puede observar en este Cuadro, la probabilidad de hospitalización de la Esquizofrenia resultó asociada, de manera estadísticamente confiable, solamente a dos de las variables consideradas. Así, en relación con el estado conyugal, la mayor probabilidad de hospitalización correspondió a aquellos con un estado conyugal de soltero. En cuanto a si se pertenece a una población económica activa o inactiva, la probabilidad fue más alta para aquellos que pertenecen a la población económicamente activa, y fue particularmente alta para aquellos que se encontraban desocupados. En cuanto a las otras variables consideradas, la probabilidad de hospitalización de la Esquizofrenia resultó ser independiente de las mismas. Esto es, esta probabilidad fue la misma para hombres y mujeres, sea que su procedencia fuera urbana o rural. También fue independiente de la edad, si bien se observó una tendencia, aunque no significativa, a una mayor probabilidad entre los grupos de 21 a 30 años, y de 41 a 50 años; y del nivel de instrucción, aunque la tasa para aquellos de instrucción superior tendió a ser ligeramente más alta, sin alcanzar un nivel de significancia.

(3) Trastornos Afectivos

Las tasas de hospitalización para los Trastornos Afectivos se presentan en el Cuadro 20. La probabilidad de hospitalización no se encontró asociada a dos de las

Cuadro 18
Tasas globales de hospitalización para las Neurosis, por
100.000 habitantes, para 1979-1981, según variables de interés

VARIABLES	Población a Julio 1, 1980	Primeros ingresos N(*)	Tasa global por 100.000 habitantes
SEXO			
Masculino	1,105.901	105	9.5
Femenino	1,111.860	221	19.9
Total	2,217.761	326	14.7
Chi cuadrada= 7.1428, gl= 1, p < .01			
EDAD			
Menor de 21	1,117.751	122	10.9
21-30	421.375	93	22.1
31-40	259.478	52	20.0
41-50	165.667	47	28.4
51 y más	253.490	12	4.7
Total	2,217.761	326	14.7
Chi cuadrada= 11.2607, gl= 4, p < .05			
INSTRUCCION			
Ningún grado	265.163	12	4.5
Primaria	1,110.608	180	16.2
Secundaria	415.998	105	25.2
Universitaria	129.699	29	22.4
Total	1,921.468	326	16.9
Chi cuadrada= 7.7812, gl= 3, .05 < p < .10			
ESTADO CONYUGAL			
Casado	781.859	169	21.6
Divorciado	94.545	23	24.3
Soltero	779.376	134	17.2
Total	1,655.780	326	19.7
Chi cuadrada= 0.8940, gl= 2, n.s.			
PROCEDENCIA			
Urbana	1,026.680	146	14.2
Rural	1,191.081	180	15.1
Total	2,217.761	326	14.7
Chi cuadrada= 0.7180, gl= 1, n.s.			
POBL. ECONOM.			
Activa	770.272	297	36.6
Ocupada	724.708	250	34.5
Desocupada	45.564	47	103.2
Inactiva	1,447.489	29	2.0
Total	2,217.761	326	14.7
Chi cuadrada= 79.4166, gl= 2, p < .001			

(*) Promedio anual estimado

Cuadro 19
Tasas globales de hospitalización para la Esquizofrenia, por 100.000 habitantes,
para 1979-1981, según variables de interés

Variables	Población a Julio 1,1980	Primeros ingresos N(*)	Tasa global por 100.000 habitantes
SEXO			
Masculino	1,105.901	157	14.2
Femenino	1,111.860	146	13.1
Total	2,217.761	303	13.7
Chi cuadrada= 0.0770, gl= 1, n.s.			
EDAD			
Menor de 21	1,117.751	140	12.5
21-30	421.375	93	22.1
31-40	259.478	23	8.9
41-50	165.667	29	17.5
51 y más	253.490	18	7.1
Total	2,217.761	303	13.7
Chi cuadrada= 6.1704, gl= 4, n.s.			
INSTRUCCION			
Ningún grado	265.163	12	4.5
Primaria	1,110.608	198	17.8
Secundaria	415.998	81	19.5
Universitaria	129.699	12	9.3
Total	1,921.468	303	15.8
Chi cuadrada= 5.9228, gl= 3, n.s.			
ESTADO CONYUGAL			
Casado	781.859	99	12.7
Divorciado	94.545	6	6.3
Soltero	779.376	198	25.4
Total	1,655.780	303	18.3
Chi cuadrada= 8.0599, gl= 2, p < .05			
PROCEDENCIA			
Urbana	1,026.680	134	13.1
Rural	1,191.081	169	14.2
Total	2,217.761	303	13.7
Chi cuadrada= 0.0774, gl= 1, n.s.			
POBL. ECONOM.			
Activa	770.272	256	33.2
Ocupada	724.708	209	28.8
Desocupada	45.564	47	103.2
Inactiva	1,447.489	47	3.2
Total	2,217.761	303	13.7
Chi cuadrada= 58.1745, gl= 2, p < .001			

(*) Promedio anual estimado

seis variables de interés. De acuerdo con estos resultados esta probabilidad de hospitalización fue la misma para hombres y mujeres, y para personas cuya procedencia podría ser urbana o rural. Por otra parte, esta probabilidad sí se encontró asociada en forma estadísticamente confiable con las otras cuatro variables. En cuanto a la edad, la probabilidad de hospitalización fue más alta para aquellos de 41 a 50 años, en primer lugar, y de 51 y más años, en segundo lugar. En lo que se refiere al nivel de instrucción, esta probabilidad fue más alta para aquellos con un nivel de estudios superiores. En lo relacionado con el estado conyugal, los divorciados, en primer lugar, y luego, los casados, fueron los que mostraron mayor probabilidad de hospitalización. Y, finalmente, esta probabilidad fue más alta para aquellos que pertenecían a la población económicamente activa, y en particular para los que se encontraban desocupados, seguidos de los ocupados.

(4) *Trastornos Orgánicos*

En el Cuadro 21 se muestran las tasas de hospitalización obtenidas para los Trastornos Orgánicos, con y sin psicosis. Tal como se puede observar, no existe una asociación estadísticamente confiable entre la probabilidad de hospitalización por este tipo de trastornos y el nivel de instrucción, por una parte, y la procedencia urbana o rural, por otra. Esto es, que esta probabilidad es independiente del grado de instrucción alcanzado y de si la persona tiene una procedencia urbana o rural.

Por otra parte, y en relación con las otras variables consideradas, sí se observó una clara asociación entre éstas y la probabilidad de hospitalización. Esta probabilidad resultó ser más alta para los hombres, de una edad de 51 y más años en primer lugar, y de 41 a 50 años en segundo lugar. En lo que se refiere al estado conyugal, fueron los divorciados, primero, y luego, los solteros, los que mostraron mayor probabilidad de hospitalización. Y esto fue así también para los que pertenecen a la población económicamente activa, y en particular para aquellos que se encontraban desocupados.

(5) *Resumen*

Estos resultados respecto a la probabilidad de hospitalización por 100.000 habitantes, durante el período de 1979-1981, para cada uno de estos cuatro grupos diagnóstico, en relación con las variables demográficas y socioeconómicas consideradas, se pueden resumir de la siguiente manera:

En lo que se refiere a las **neurosis**, la mayor probabilidad de hospitalización correspondió a las mujeres; con una edad entre 41 y 50 años, en primer lugar, y de 21 a 30 años, en segundo lugar; con un nivel de instrucción de estudios de secundaria, seguidos de aquellos con estudios superiores; tendiendo a tener un estado conyugal de

Cuadro 20
Tasas globales de hospitalización para los Trastornos Afectivos, por 100.000 habitantes,
para 1979-1981, según variables de interés

Variables	Población a Julio 1,1980	Primeros ingresos N(*)	Tasa global por 100.000 habitantes
SEXO			
Masculino	1,105.901	87	7.9
Femenino	1,111.860	140	12.6
Total	2,217.761	227	10.2
Chi cuadrada= 1.6421, gl= 1, n.s.			
EDAD			
Menor de 21	1,117.751	29	2.6
21-30	421.375	35	8.3
31-40	259.478	29	11.2
41-50	165.667	70	42.3
51 y más	253.490	64	25.2
Total	2,217.761	227	10.2
Chi cuadrada= 50.6429, gl= 4, p < .01			
INSTRUCCION			
Ningún grado	265.163	29	10.9
Primaria	1,110.608	128	11.5
Secundaria	415.998	29	7.0
Universitaria	129.699	41	31.6
Total	1,921.468	227	11.8
Chi cuadrada= 6.5017, gl= 3, p < .10			
ESTADO CONYUGAL			
Casado	781.859	116	14.8
Divorciado	94.545	35	37.0
Soltero	779.376	76	9.8
Total	1,655.780	227	13.7
Chi Cuadrada= 8.2875, gl= 2, p < .05			
PROCEDENCIA			
Urbana	1,026.680	111	10.8
Rural	1,191.081	116	9.7
Total	2,217.761	227	10.2
Chi Cuadrada= 0.1032, gl= 1, n.s.			
POBL. ECONOM.			
Activa	770.272	210	27.3
Ocupada	724.708	175	24.1
Desocupada	45.564	35	76.8
Inactiva	1,447.489	17	1.2
Total	2,217.761	227	10.2
Chi cuadrada= 66.5907, gl= 2, p < .001			

(*) Promedio anual estimado

divorciado (que en este caso incluyó separados y viudos), aunque esta tendencia no fue estadísticamente significativa; pudiendo tener, indistintamente, una procedencia urbana o rural; y que pertenecían a la población económicamente activa, siendo mayor esta probabilidad para los que se encontraban desocupados.

En cuanto a aquellos con el diagnóstico de **esquizofrenia**, la mayor probabilidad de hospitalización fue parecida para hombres y mujeres, que mostraron una tendencia, si bien no significativa, a encontrarse en el grupo de 21 a 30 años, en primer lugar, seguidos de aquellos que se encontraban en el grupo de 41 a 50 años, que tendieron, de nuevo no significativamente, a tener un nivel de estudios de secundaria, seguidos de los de primaria; que tenían un estado conyugal soltero, independientemente de su procedencia urbana o rural; y que pertenecían a la población económicamente activa, correspondiendo la mayor probabilidad de hospitalización a los desocupados.

Cuando se considera el grupo diagnóstico de trastornos afectivos, la mayor probabilidad de hospitalización fue parecida para hombres y mujeres; y también parecida para aquellos que tenían una procedencia urbana o rural; que se encontraban en el grupo de edad de 41 a 50 años, seguidos de aquellos en el grupo de 51 años y más; con un nivel de instrucción de estudios superiores; con un estado conyugal divorciado (que incluyó a separados y viudos), seguidos de los casados; y que pertenecían a la población económicamente activa, siendo esta probabilidad mayor para los que se encontraban desocupados.

Finalmente, la mayor probabilidad de hospitalización para el grupo diagnóstico trastornos orgánicos, con y sin psicosis fue para los hombres; con una edad de 51 años y más, seguidos de aquellos con una edad de 41 a 50 años; quienes tendieron, aunque esta tendencia no fue significativa estadísticamente, a tener un nivel de instrucción de ningún grado, seguidos de aquellos con un nivel de primaria; que tenían un estado conyugal de divorciado (incluyendo separados y viudos) en primer lugar, y de casado, en segundo lugar; que indistintamente podían tener una procedencia urbana o rural; que pertenecían a la población económicamente activa, y entre quienes los desocupados fueron los que tuvieron la mayor probabilidad de hospitalización.

Cuadro 21
Tasas globales de hospitalización para los Trastornos Orgánicos, con y sin psicosis, por
100.000 habitantes, para 1979-1981, según variables de interés

Variables	Población a Julio 1,1980	Primeros ingresos N(*)	Tasa global por 100.000 habitantes
SEXO			
Masculino	1.105.901	407	36,8
Femenino	1.111.860	204	18,3
Total	2.217.761	611	27,6
Chi cuadrada= 12.3440, gl= 1, p < .01			
EDAD			
Menor de 21	1.117.751	169	15,1
21-30	421.375	116	27,5
31-40	259.478	64	24,7
41-50	165.667	76	45,9
51 y más	253.490	186	73,4
Total	2.217.761	611	27,6
Chi cuadrada= 47.4095, gl= 4, p < .01			
INSTRUCCION			
Ningún grado	265.163	105	39,6
Primaria	1.110.608	372	33,5
Secundaria	415.998	105	25,2
Universitaria	129.699	29	22,4
Total	1.921.468	611	31,8
Chi cuadrada= 2.9486, gl= 3, n.s.			
ESTADO CONYUGAL			
Casado	781.859	186	23,8
Divorciado	94.545	47	49,7
Soltero	779.376	378	48,5
Total	1.655.780	611	36,9
Chi cuadrada= 12.3711, gl= 2, p < .01			
PROCEDENCIA			
Urbana	1.026.680	285	27,8
Rural	1.191.081	326	27,4
Total	2.217.761	611	27,6
Chi cuadrada= 0, gl= 1, n.s.			
POBL. ECONOM.			
Activa	770.272	471	61,1
Ocupada	724.708	302	41,7
Desocupada	45.564	169	370,9
Inactiva	1.447.489	140	9,7
Total	2.217.761	611	27,6
Chi cuadrada= 261.1874, gl= 2, p < .001			

(*) Promedio anual estimado

BIBLIOGRAFIA

- Dirección General de Estadística y Censos, (1980), **Encuesta de Hogares, 1980**. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio. San José, Costa Rica.
- Dirección General de Estadística y Censos, (1987), **Censo de Población, 1984**. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio. San José, Costa Rica.
- Dirección General de Estadística y Censos, (1985), **Encuesta de Hogares, 1985**. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio. San José, Costa Rica.
- Jaco, E. Gartly, (1960), **The Social Epidemiology of Mental Disorders**. New York, Russell Sage Foundation.
- Kramer, M., y otros, (1961), "Studies of the Incidence and Prevalence of Hospitalized Mental Disorders in the United States: Current Status and Future Goals", en Hoch, P., y Zubin, J.(ed.), **Comparative Epidemiology of the Mental Disorders**. New York, Grune and Stratton, pp.56-100.
- Lima, Bruno, (1987), "Epidemiología Psiquiátrica", **Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat.**, 33, pp.43-54.
- López, Roberto, (1984), "Factores Sociales y Enfermedad Mental: Un análisis del primer ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico", **Cúpula**, Año VIII, n.16.
- Martí, José L., y Murcia, Miguel, (1987), **Conceptos Fundamentales de Epidemiología Psiquiátrica**. Barcelona, Editorial Herder.
- Pérez D., Carlos L., y Chain G., Chafit, (1986), **Los Primeros Ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí**. Trabajo de investigación para optar a la incorporación en el Colegio de Médicos y Cirujanos como "Especialista en Psiquiatría". (polígrafo, pp. 1-126).
- Reid, D. D., (1964), **Los Métodos Epidemiológicos en el Estudio de los Trastornos Mentales**. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

VII. FACTORES PSICOSOCIALES Y ENFERMEDAD MENTAL

Es evidente la importancia que tiene poder contar con información básica sobre diferentes factores y aspectos asociados a la presencia de problemas de salud mental. De esta forma es posible delimitar y definir mi contexto que permita comenzar a darle sentido a la presencia de problemas psiquiátricos en la comunidad. Interesa entonces tener información sobre las características demográficas y socio-económicas de la población que presenta estos problemas, así como sobre diferentes factores psicosociales que puedan encontrarse asociados a los mismos. En capítulos anteriores se presentaron las características demográficas y socio-económicas de pacientes psiquiátricos, y de aquellos que, no siendo pacientes, también presentaban problemas psiquiátricos en la población general. En el presente capítulo, por otra parte, se presentan algunos resultados obtenidos en investigaciones sobre factores psicosociales asociados a la presencia de estos problemas.

Antes de presentar estos resultados, conviene aclarar que las investigaciones correspondientes, con excepción de una que es relativamente reciente, fueron realizadas ya hace algunos años. Si bien consideramos que las observaciones hechas en esos estudios siguen siendo relevantes, es clara la necesidad de continuar realizando estudios de esta naturaleza, con el fin de actualizar estos resultados. Esta actualización de la información es muy importante, en vista de los cambios que ha experimentado la población durante estos años; cambios que ciertamente han afectado las características demográficas y socioeconómicas de la población, y que necesariamente han influido también sobre otros factores, como lo son las actitudes prevalentes hacia la enfermedad mental y la percepción social de este tipo de problemas.

1. Actitudes hacia el enfermo mental

En general, se considera que las actitudes son "predisposiciones" a responder o reaccionar de manera particular hacia personas, objetos, o situaciones específicas (Rosenberg y Hovland, 1960). Más aún, estos mismos autores señalan que las actitudes, siendo predisposiciones, no se pueden observar ni medir directamente. De aquí que solamente se puedan inferir de la forma particular de comportarse la persona frente a un estímulo dado (p.1). Por otra parte, es de interés señalar que las actitudes, junto con las creencias y los valores, constituyen, según King, "mecanismos de ordenamiento", los que permiten organizar y darle continuidad a la experiencia relacional de una situación a otra. Tal como lo afirma ese autor, las "creencias" (que incluyen tanto conocimientos científicos, como opiniones, y los conocimientos basados en la fe) nos hacen saber sobre la naturaleza de las cosas y cómo éstas se relacionan entre sí. Las "actitudes", como predisposiciones para la acción que son, nos informan sobre cómo hemos de relacionarnos, si positiva o negativamente, ya que el componente afectivo de las mismas nos predispone a favor o en contra del objeto de la actitud. Los "valores", por su parte, guían nuestra escogencia entre objetos y

eventos; son nuestras preferencias, que dan prioridad a necesidades y objetivos, e influyen sobre nuestro compromiso afectivo con las mismas (King, 1962, p.53).

A continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos en una investigación sobre actitudes hacia el enfermo mental y hacia el hospital psiquiátrico (Adis y Waisanen, 1965, 1966y 1967).

Los datos de esta investigación se obtuvieron con base a una muestra nacional probabilística de 1040 personas, de ambos sexos, cuya edad mínima fue 20 años. La muestra básica fue estratificada de acuerdo con los criterios de la Dirección de Estadística y Censos, y se utilizó un diseño de cuatro etapas en áreas urbanas, y de tres etapas (incluyendo la selección aleatoria de personas dentro de una misma casa) en áreas rurales. Las actitudes hacia la enfermedad mental se infirieron de las respuestas a tres variables, a saber: (a) el grado de "aceptación" que tienen las personas que han sido "enfermos mentales y cuyo tratamiento ha tenido éxito", en tres situaciones distintas: como "vecino", como "compañero de trabajo", y como "miembro de la familia por vía del matrimonio"; (b) la "evaluación" (positiva o negativa) de los conceptos "enfermo mental" y "asilo de locos"; (c) el grado de "comprensión" de estos dos conceptos. Es importante aclarar que se decidió utilizar el término "asilo de locos" fundamentalmente porque las connotaciones negativas de este término permitirían "...tomar una posición más conservadora para poner a prueba la hipótesis de que la enfermedad mental y el hospital mental son percibidos con diferentes grados de evaluación y de comprensión". Esta misma posición conservadora llevó también a indicar en las instrucciones que trataba de "una persona que había sido tratada exitosamente por enfermedad mental". De esta manera se podía poner a prueba la hipótesis de que aún en estas condiciones positivas, haber sido tratado "exitosamente", las actitudes hacia la enfermedad mental tenderían a ser negativas.

(a) *Lugar de residencia urbano-rural.*

En un primer análisis se consideraron las actitudes hacia el enfermo mental y hacia el hospital psiquiátrico según el lugar de residencia urbana o rural de las personas (Adis y Waisanen, 1965). En general, y en relación con la aceptación del enfermo mental que había sido tratado con éxito, esta aceptación tendió a ser mayor en áreas urbanas que en áreas rurales. Por otra parte, la tendencia a rechazarlo fue menor, tanto en áreas urbanas como rurales, cuando al enfermo se le consideraba como posible "vecino". Este rechazo fue mayor, en ambas áreas, cuando al enfermo se le consideraba como posible compañero de trabajo. Tanto en las áreas urbanas como rurales, la tendencia predominante fue de rechazo cuando se consideraba la posibilidad de parentesco, por medio del matrimonio, con una persona que ha padecido de enfermedad mental, aun cuando había sido tratada exitosamente.

En resumen, estos resultados mostraron una aparente tendencia a aceptar al enfermo mental en situaciones donde el grado de intimidad, ("distancia social")

requerido es mínimo o no existe del todo, como parece ser el caso de aceptación del enfermo mental como vecino o compañero de trabajo. Sin embargo, en situaciones que implican un mayor grado de intimidad, como sería la aceptación del ex-paciente psiquiátrico como miembro de la familia por vía de matrimonio, predominó una actitud de rechazo, tanto en área urbana como rural, y esto a pesar de la aclaración de que esa persona había sido tratada con éxito en el hospital psiquiátrico.

En cuanto a la evaluación de los conceptos "asilo de locos" y "enfermo mental", tanto en áreas urbanas como rurales el concepto "asilo de locos" fue considerado como algo positivo, es decir, como algo "bueno". Por su parte, el concepto de "enfermo mental" fue considerado como negativo, es decir, como algo "malo", tanto en áreas urbanas como rurales. Y en lo que se refiere a la variable de comprensión, el concepto "asilo de locos" fue considerado más comprensible en áreas urbanas que en las rurales. Sin embargo, en ambas áreas la tendencia fue a percibirlo como algo comprensible. Por otra parte, y en relación con el concepto de "enfermo mental", la tendencia predominante fue a considerarlo como algo no comprensible, tanto en áreas urbanas como rurales.

Los resultados obtenidos en estos análisis mostraron la presencia de una tendencia a rechazar al ex-enfermo mental, principalmente en situaciones en las que existía un mayor grado de "intimidad" y de "intensidad afectiva". Esta observación fue considerada por esos autores como de especial interés, a la luz de los resultados obtenidos por D. L. Phillips (citado por los autores), quien había encontrado que era la "visibilidad social", más que la "severidad" de la enfermedad, la que determinaba la intensidad del rechazo hacia el enfermo mental.

Los resultados de esta investigación sugirieron, por otra parte, que el simple concepto de "enfermedad mental" provocaba rechazo, habiéndosele considerado como algo "malo e incomprensible", y fue así aunque no se había dado ninguna indicación con respecto al grado de desviación de la conducta del enfermo, y por el contrario, sí se había mencionado que había sido tratado exitosamente en un hospital psiquiátrico. Aún más, la intensidad del rechazo varió a lo largo de la dimensión de distancia social. De aquí que se considerara que la intensidad del rechazo era, muy probablemente, el resultado de la interacción de varios factores, tales como grado de intimidad, niveles de evaluación y comprensión, además de la "visibilidad social" de la conducta atípica, como lo había señalado Phillips.

El 63.6% de la muestra "evaluó negativamente" el concepto "enfermo mental", y el 70.0% lo consideró "poco comprensible". Lo contrario se observó en relación con el concepto de "hospital psiquiátrico", a pesar de que se hizo referencia al mismo utilizando una expresión idiomática negativa como lo es el término "asilo de locos". Así este término, pese a sus connotaciones negativas, fue "evaluado positivamente" por el 91.3% de la muestra, y considerado como de algo "comprensible" por el 84.0% de la muestra.

(b) *Variables demográficas y socioeconómicas*

En un análisis subsecuente de los resultados, los que se resumen a continuación, se trató de determinar el posible efecto que podrían tener variables demográficas y socio-económicas sobre la actitud de aceptación o de rechazo del enfermo mental (Adis y Waisanen, 1966).

Un aspecto, tal vez el más interesante de los resultados obtenidos de acuerdo con esos autores, fue la presencia de una cierta irregularidad en las relaciones observadas entre la variable "aceptación del enfermo mental" y las otras variables demográficas y socioeconómicas consideradas. Concretamente, siempre que se observó la presencia de una fuerte tendencia de "aceptación", esta tendencia se encontraba asociada a las variables demográficas y socioeconómicas estudiadas. Así, la aceptación del enfermo mental como "compañero de trabajo" fue mayor entre hombres que entre mujeres, y esta tendencia de aceptación tendió a aumentar a medida que crecieron los niveles de educación, de ingresos, y de ocupación. Lo mismo se observó en relación con la aceptación del enfermo mental como "vecino". En este caso la tendencia de aceptación fue mayor para los hombres que para las mujeres, y tendió a aumentar conforme los niveles de educación y de ingresos fueron más altos, si bien fue independiente del nivel ocupacional. La aceptación, en las dos situaciones, como "compañero de trabajo" y como "vecino" no fueron afectadas por el grado de movilidad internacional. Esto es que aparentemente, el haber viajado a otros países no fue un factor importante en lo que se refiere a la aceptación del enfermo mental como compañero de trabajo o como vecino.

La misma relación se hizo evidente cuando el grado de "evaluación" y de "comprensión" resultó ser predominantemente positivo. Los resultados mostraron que el concepto de "asilo de locos" se percibió como algo "bueno" y "positivo", y como algo "comprensible". Esta evaluación positiva fue más alta para los hombres que para las mujeres, y aumentó a medida que creció el nivel de educación, de ingresos, y de ocupación, y fue también más alto para aquellos que habían visitado otros países. Lo mismo se observó en relación con la escala de comprensión. El grado de comprensión de este concepto fue más alto entre los hombres que entre las mujeres, y creció a medida que aumentó el nivel de educación, de ingresos, y de ocupación, y fue también más alto para los que habían visitado otros países.

Estos resultados fueron igualmente interesantes cuando la actitud predominante fue negativa. En este caso, esta actitud negativa pareció ser independiente de muchas de las variables estudiadas. Por ejemplo, en la situación de aceptación del enfermo mental como "miembro de la familia por vía del matrimonio", la actitud predominante fue de rechazo. Con la excepción del sexo, la aceptación pareció ser independiente de otras variables. En otras palabras, las mujeres tendieron a rechazar al enfermo en esta situación con más fuerza que los hombres. Sin embargo, el hecho de que la persona tuviera un nivel de educación alto o bajo, de que el nivel de ingresos o de

ocupación fuera mayor o menor, de que hubiera o no visitado otros países, al parecer no afectó la intensidad del rechazo.

Cuando se consideró la evaluación del concepto "enfermo mental", la tendencia fue a percibir este concepto como "malo". De nuevo, esta percepción resultó ser independiente de las otras variables consideradas, con la excepción del nivel ocupacional. Así la percepción del enfermo mental como "malo" o "negativo" fue independiente del sexo, de los niveles de educación y de ingresos, y de si la persona había realizado o no viajes internacionales. Esta percepción sin embargo, se encontró relacionada con el nivel de ocupación. En este caso se observó la tendencia entre aquellos con niveles ocupacionales más altos a evaluar este concepto en una forma algo más positiva. En lo que se refiere al grado de comprensión de este concepto, la tendencia general fue a percibir el concepto de "enfermo mental" como "incomprensible", y esta percepción de poca comprensión resultó también independiente de los niveles de educación y de ingresos. Las mujeres tendieron a ver el concepto un poco menos comprensible que los hombres, lo que también ocurrió entre aquellos de niveles ocupacionales más bajos, y entre los que no habían visitado otros países.

Estos resultados parecieron sugerir que cuando, desde un principio, la actitud hacia el enfermo mental era positiva, esta actitud era afectada por variables demográficas y socioeconómicas. En este caso ésta fue más positiva entre los hombres, y entre aquellos de niveles de educación, ingresos, y ocupación más altos, así como entre aquellos que habían visitado otros países. Sin embargo, cuando la actitud era negativa desde un principio, entonces al parecer esta actitud resultó ser independiente del efecto de variables demográficas y socioeconómicas, y en particular, de los niveles de educación y de ingresos.

Estos resultados llevaron a los investigadores de este estudio a concluir que éstos tenían especial relevancia en la preparación de programas comunitarios. Así, si la información ofrecida en programas educacionales era congruente con los valores y actitudes individuales, y ese podría ser el caso cuando existían, para comenzar, actitudes positivas hacia el enfermo mental, entonces se podría esperar una reacción y actitud más positivas, y mayor eficacia de los programas de acción. Sin embargo, si dicha información resultaba ser incongruente, y tal podría ser el caso cuando existía, desde un principio, una actitud negativa, entonces la efectividad en inducir cambios de actitud tendería a ser mínima. Más aún, esto sería así independientemente de los niveles de educación y de ingresos del individuo; si bien se podría esperar un poco más de eficacia de los programas cuando se trataba de hombres, de niveles ocupacionales más altos, y de personas que habían viajado a otros países. Finalmente se señaló la necesidad de contar con más conocimientos de otros factores, fuera del campo demográfico y socioeconómico, para llegar a comprender la dinámica de aceptación y de rechazo del enfermo mental.

(c) *Modernidad y tolerancia*

En un tercer análisis de los datos obtenidos en esta investigación se partió del supuesto de que la enfermedad mental, sea que se perciba en el presente o que se sepa que existió en el pasado, podría representar un caso en el que se podrían esperar diferencias de (1) "tolerancia", o deseo de interacción, (2) "evaluación", y (3) "comprensión", entre el individuo "más moderno" y el "menos moderno". La hipótesis fue, entonces, que la "enfermedad mental, como fenómeno, y el enfermo mental, como persona, se perciben de forma diferente en un sistema tradicional y en un sistema moderno". O, en otras palabras, que "las actitudes hacia la enfermedad mental variaban en forma positiva de acuerdo con el grado de modernismo" (Adis y Waisanen, 1967).

Con este objeto, entonces, se tomó una segunda muestra, de ahora en adelante llamada la "más moderna". Esta estaba constituida por el diez por ciento de una muestra tomada al azar de una población de 3.000 accionistas de una empresa manufacturera de Costa Rica. De estos accionistas, dos tercios eran dueños de cinco acciones o menos; el resto tenían seis o más. Se tomó una muestra al azar de un siete y medio por ciento de los individuos dueños de cinco acciones o menos, y una de un quince por ciento de los 1.000 que tenían seis o más acciones. En total, esta muestra "más moderna" incluyó 247 personas. La muestra considerada como la "menos moderna", fue la muestra original del estudio, que incluyó un total de 1 040 individuos, descrita anteriormente.

Una comparación de las dos muestras de acuerdo con criterios de modernidad resultó ser satisfactoria. Así, la llamada muestra "más moderna", en comparación con la considerada "menos moderna", tenía un mayor porcentaje de residencia urbana, y además niveles más altos de educación, ocupación, e ingresos, mayor movilidad internacional, mayor conocimiento de asuntos públicos y mayor utilización de los medios de información.

En general, los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis central de este análisis. De acuerdo con los investigadores, estos resultados dieron por lo menos un apoyo preliminar a la noción de que la aceptabilidad de aquellas personas que alguna vez fueron enfermos mentales fue más pronunciada en los sistemas más modernos. En lo que se refiere a la "comprensión" del concepto "asilo de locos", esta fue significativamente mayor en la muestra "más moderna". En cuanto a la "comprensión" del concepto "enfermo mental", si bien la diferencia estadística no fue significativa, las diferencias en los porcentajes de los valores extremos fueron en la dirección esperada; es decir, la muestra "más moderna" tenía valores más altos de comprensión. Lo mismo se observó en cuanto a la "evaluación" de los dos conceptos. En la evaluación del concepto de "asilo" se obtuvieron diferencias significativas, siendo más positiva la "evaluación" de la muestra "más moderna". Por otra parte, las muestras no difirieron en forma significativa en cuanto a la "evaluación" del concepto

"enfermo mental", si bien la tendencia fue en la dirección esperada, es decir, de evaluación más positiva por parte de la muestra "más moderna".

En lo que se refiere a la "aceptación" de una persona que fue tratada exitosamente por enfermedad mental, los resultados fueron también en la dirección esperada, siendo las diferencias entre las dos muestras estadísticamente significativas. Esto es, que hubo mayor aceptación por parte de la muestra "más moderna", que por parte de la "menos moderna". Fue interesante el hecho de que a medida que el grado de intimidad aumentó (o sea, que la distancia social se hacía más pequeña), la fuerza de la relación disminuyó. O sea, que el grado de aceptación fue mayor en la situación de "vecino" (donde se presupone que existe menor intimidad), mientras que esta aceptación fue menor en la situación de parentesco por vía de matrimonio, donde el grado de intimidad se presupone es máximo.

Los investigadores de este estudio consideraron que estos resultados aportaban nuevos conocimientos, por una parte, y por otra, planteaban muchos problemas. Los resultados en cuanto al concepto "asilo de locos" fueron claros, mostrando la muestra "más moderna" mayor comprensión y una evaluación más positiva de este concepto. Más aún, en cuanto a la aceptación del exenfermo mental, la muestra "más moderna" reflejó mayor aceptación en las tres diferentes "distancias sociales", a saber, como vecino, como compañero de trabajo, y como miembro de la familia por vía del matrimonio. Sin embargo, los resultados en relación con el concepto de "enfermo mental", no fueron igualmente claros y plantearon problemas de interpretación. Sin embargo, esos investigadores concluyeron que los resultados de este análisis sugirieron que la "aceptación" de la desviación de la conducta (tal como puede reflejada el comportamiento del enfermo mental) es uniformemente más característica del mundo moderno, en oposición al menos moderno.

2. Percepción de enfermedad

La percepción incluye aspectos objetivos, también llamados estructurales, y aspectos subjetivos o funcionales. Son precisamente los aspectos subjetivos los que tienen especial relevancia para nosotros, puesto que estos aspectos son matizados por las presuposiciones y expectativas del individuo, así como por sus experiencias y aprendizajes pasados, afectando los significados que él atribuye a las situaciones que percibe (King, 1962, p.33). Esto es, que la manera de puntuar o de organizar las situaciones en que participamos afectan, de manera selectiva, nuestra percepción de las mismas, y consecuentemente los significados que les damos a nuestras experiencias en esas situaciones.

Por otra parte, poder contar con información que permita comprender cómo se perciben los problemas de salud mental es de interés para el diseño y desarrollo de programas preventivos. Es ciertamente importante conocer cuáles comportamientos

son percibidos por el individuo como sintomáticos de la presencia de enfermedad, al grado que provocan en él sentimientos de vulnerabilidad, aceptando entonces la necesidad de buscar ayuda o de consultar con un experto en este campo. Esto porque como es sabido, la definición social de la enfermedad no necesariamente coincide con la definición técnica de la misma. En este sentido se ha mencionado que "cuando una condición no interrumpe el ritmo normal de vida, aunque sea muy patológica en términos médicos, la tendencia en el grupo cultural es a verla como una condición normal y no como una enfermedad" (Bloom, 1963, p.99). Esto es aún más así en el campo de la salud mental. En relación con esto es de interés señalar la posición de A. Kleiman, citado por Scheper-Hughes. De acuerdo con Kleiman el proceso diagnóstico se da en un contexto relacional o comunicacional, en el que los aspectos pragmáticos de la comunicación, esto es, las costumbres, valores, expectativas, etc. del individuo, influyen sobre este proceso; de aquí que no se pueda identificar el síntoma psiquiátrico como algo aparte de los componentes sociales de la experiencia de enfermedad (Scheper-Hughes, 1990).

En relación con lo anterior es de interés considerar, aunque sólo sea en forma resumida, algunos de los resultados obtenidos en una investigación cuyo objetivo central fue precisamente determinar la manera en que la enfermedad mental y la enfermedad física eran percibidas en diferentes estratos socioeconómicos. La muestra utilizada en este estudio^(*) incluyó una submuestra del Área Metropolitana de San José, y una submuestra rural. El tamaño de la muestra total fue de 997 personas (436 hombres y 561 mujeres), mayores de 18 años. Su distribución por estratos fue la siguiente: Alto, 142; Medio, 278; Pobre, 332; Tugurio, 133; Grupo Rural, 112 (Adis y Thomas, 1972).

La expectativa general fue que los individuos tenderían a percibirse como más vulnerables en relación con la enfermedad física, y como menos vulnerables en relación con la enfermedad mental. Esta expectativa se basó en el hecho de que la enfermedad física es más aceptable y menos amenazante que la enfermedad mental, la que con mayor frecuencia provoca actitudes negativas y de rechazo. El índice de vulnerabilidad incluyó tres categorías, a saber: (a) Baja: cuando ninguno o muy pocos síntomas eran percibidos como que ameritaban consultar al médico; (b) Intermedia: cuando un número intermedio de síntomas, de acuerdo con la discriminación de síntomas realizada por el entrevistado, eran percibidos como que requerían ver al médico; (c) Alta: cuando todos o casi todos los síntomas eran percibidos como que requerían ver al médico.

(*) Esta muestra fue originalmente diseñada para el "Proyecto de Estratificación Social: Aspectos Psicosociales y Organizativos". Las preguntas sobre la percepción de enfermedad fueron incluidas en el cuestionario que utilizó ese Proyecto. Ver bibliografía: Fonseca T., E., y otros.

En general los resultados confirmaron la expectativa general. Es decir, tanto al considerar la muestra total, como al hacerlo en los diferentes niveles socioeconómicos, la mayor proporción de personas se percibió como altamente vulnerables a la sintomatología asociada a problemas de salud física. Por otra parte, la mayor proporción de personas, tanto en la muestra total como en los diferentes estratos, se percibieron como poco vulnerables a los síntomas asociados a problemas de salud mental. Y esto tendió a ser así tanto en área urbana como rural.

Considerando, en primer lugar, la relación entre estrato y percepción de enfermedad física, los resultados mostraron que el grado de vulnerabilidad tendió a disminuir conforme disminuyó en nivel socioeconómico. Esta relación tendió a acentuarse cuando se mantuvo constante el factor educación, a la vez que se hizo más evidente que era en los estratos bajos donde existía mayor tolerancia (es decir, las personas se percibieron como menos vulnerables) en relación con la enfermedad física. Por otra parte, y cuando se consideró únicamente el nivel de mayor intensidad, los hombres tendieron a percibirse ligeramente más vulnerables a la enfermedad física que las mujeres. A su vez, cuando se consideró la edad, la vulnerabilidad tendió a aumentar conforme aumentó la edad.

Los resultados en lo que se refiere la percepción de la enfermedad mental fueron diferentes, y no concordaron con lo esperado. La expectativa era de que a mayor nivel socio-económico, mayor sería la proporción de personas que se percibirían como altamente vulnerables a la sintomatología asociada con enfermedad mental. Lo anterior se basaba en el supuesto de que, siendo el nivel educacional mayor conforme aumentaba el nivel socioeconómico, mayor sería el sentimiento de vulnerabilidad en relación con los síntomas asociados a enfermedad mental. Esto no fue necesariamente así, lo que hizo evidente que no existía una relación directa entre educación y la percepción de enfermedad mental. Sin embargo, cuando se mantuvo constante el nivel educacional, se observó que la relación entre estrato y percepción de enfermedad mental tendió a acentuarse. En este sentido, y al considerar los síntomas separadamente, se observó una mayor variabilidad en la percepción de los mismos en los diferentes estratos. Es posible que esta variabilidad haya contribuido a que existiera una menor relación entre el nivel socioeconómico y la percepción de estos síntomas.

Es interesante considerar cómo fueron percibidos algunos de los síntomas asociados a enfermedad mental. Por ejemplo, en los estratos superiores, y particularmente en el más alto, la mayor vulnerabilidad fue en relación con síntomas que podrían sugerir irracionalidad y pérdida de control de impulsos ("sentirse tan irritado con los demás la mayor parte del tiempo, que se siente con deseos de explotar"), y pérdida de control sobre ideas ("sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que se hace). En los estratos bajos la mayor vulnerabilidad fue en relación con síntomas que podrían connotar inseguridad y temor a no ser aceptado o a ser rechazado, interfiriendo con relaciones

interpersonales satisfactorias ("sentir mucho temor de hacer algo feo o incorrecto", "sentirse a menudo que nadie lo comprende ni se preocupa por uno"). Tal parece que en estratos altos las personas fueron más vulnerables a lo que podrían ser trastornos del pensamiento, mientras que las personas de estratos bajos fueron más vulnerables a lo que podría reflejar rechazo y falta de aceptación.

En lo que se refiere al sexo de las personas, en la categoría de mayor vulnerabilidad, no pareció existir una relación directa con la percepción de enfermedad mental. Sin embargo, sí se observó una tendencia entre los hombres de los diferentes estratos a percibirse como menos vulnerables conforme disminuyó el nivel socioeconómico. Las mujeres, por el contrario, tendieron a percibirse como más vulnerables al disminuir el nivel socioeconómico. Y en cuanto a la edad, los resultados no mostraron una tendencia definida. En el estrato medio, la vulnerabilidad aumentó con la edad. No así en los otros estratos. En el estrato alto, los del grupo de menor edad se percibieron como más vulnerables, mientras que en el grupo rural fueron los de más edad los que se percibieron como más vulnerables.

De acuerdo con los investigadores, los resultados de este estudio mostraron con claridad que la enfermedad mental y la enfermedad física no son percibidos de la misma manera. En términos generales, y en todos los estratos, la importancia de los síntomas asociados a problemas de salud mental tendió a ser negada, mientras que la importancia de los síntomas asociados a problemas de salud física tendió a ser reconocida y aceptada con mayor facilidad. Sin embargo, cuando se consideraron los síntomas individualmente se hizo evidente que la relación entre la percepción de enfermedad y el nivel socioeconómico no es simple ni sencilla.

3. Conflictos interpersonales y sentimientos de soledad

Se ha afirmado que aquellas experiencias interpersonales en que el individuo percibe su participación como inaceptable para sí mismo, o para aquellos otros que son emocionalmente significativos para él, provocará la experiencia de ansiedad y la pérdida de autoestima (Grey, 1988). Y esto será así independientemente de si esta percepción es objetivamente correcta o no. Lo importante aquí es que esta es su forma de percibirse y de percibir las expectativas de aquellos emocionalmente importantes para él. En la medida en que que así sea, la persona se sentirá limitada o interferida en sus esfuerzos por satisfacer sus necesidades de seguridad, esto es, de reconocimiento y de aceptación, lo que provocará la experiencia de ansiedad, y el sentimiento de pérdida de respeto por sí misma.

En una investigación bastante reciente (Adis y Leitón, 1988) cuyo objetivo principal fue la estimación de la prevalencia de sintomatología psiquiátrica y de

epilepsia en el Cantón de Desamparados, se trató también de establecer la posible relación de esta prevalencia con factores socio-económicos y psicosociales^(*). En esta investigación se utilizó una muestra estratificada, con selección sistemática y probabilidades proporcionales al tamaño (P.P.T.) en cada uno de los segmentos estudiados, en cuatro áreas, a saber: urbana, semi-urbana, rural concentrada y rural dispersa. En total se entrevistaron 412 personas, 180 hombres y 232 mujeres, de 15 años y más.

Entre los factores psicosociales estudiados se encontraron: (1) el número de personas en la vivienda; (2) la condición laboral, si se encontraba satisfecho con la misma, y si había experimentado cambios importantes en el último año; (3) la presencia de grupos informales de apoyo, tales como familiares y la presencia de amigos (4) la presencia de grupos formales de apoyo, a saber, deportivos, religiosos, recreativos, de estudios, voluntarios, y clubes sociales; (5) áreas de conflicto interpersonal: en la familia, en la escuela, en el trabajo, en el vecindario; (6) consecuencias de los problemas familiares, como podrían ser la separación de la pareja, el distanciamiento entre padres e hijos, el distanciamiento entre hermanos; (7) la percepción de las posibles causas de problemas serios en la familia; (8) la presencia de sentimientos de soledad; (9) la percepción de la presencia de problemas o preocupaciones personales.

Al considerar la posible asociación entre la prevalencia de los diferentes síndromes considerados y los factores citados anteriormente, los resultados fueron de suyo interesantes, y en alguna medida no esperados. Así, dos de estos factores resultaron estar altamente asociados a la presencia de sintomatología, y de hecho permitían distinguir entre la muestra total y la submuestra que presentó intomatología. Los otros factores, por otra parte, no mostraron estar directamente asociados a la presencia de sintomatología, ciertamente no permitieron distinguir entre la muestra total y la submuestra, que sí presentó alguno de los síndromes considerados.

Los dos factores que resultaron claramente asociados con la presencia de sintomatología psiquiátrica fueron "la aceptación de tener conflictos interpersonales" y la "aceptación de tener sentimientos de soledad". En el caso del primero de estos, de las 412 personas en la muestra total, 68 de ellos (17%), aceptaron tener conflictos interpersonales. De estos 68 individuos, 66 de ellos, o sea el 97%, presentaron además algún tipo de sintomatología. Es decir, prácticamente todos aquellos que presentaron alguno de los síndromes considerados dijeron tener conflictos interpersonales.

En general, estos conflictos interpersonales tendieron a ocurrir en el grupo familiar o bien en el vecindario. En el caso de aquellos que presentaron alcoholismo,

(*) Los resultados de este estudio sirvieron de base en la preparación de un capítulo, titulado "Problemas de Salud Mental y Contexto Psicosocial", que próximamente será publicado en Alarcón, Renato D. y otros, (eds.) (Ver bibliografía).

estos conflictos tendieron a darse en la familia y en el trabajo. Independientemente del tipo de sintomatología que presentaron estas personas que aceptaron tener conflictos interpersonales, la tendencia fue en el sentido de que estos conflictos habían provocado distanciamiento entre hermanos. Las personas que presentaron sintomatología ansiosa y los que presentaron epilepsia señalaron que estos conflictos habían maltratado la relación entre padres e hijos. Así también, los que presentaron alcoholismo, al igual que los que presentaron epilepsia, sintieron a su vez que estos conflictos habían lastimado la relación de la pareja.

En lo que se refiere a la percepción de las posibles causas de estos conflictos, la tendencia fue en el sentido de considerar que estos conflictos eran provocados por los problemas económicos, la desocupación y las deudas, en primer lugar, y en segundo lugar, por los problemas con figuras de autoridad (figuras paternas).

El otro factor que también resultó estar altamente asociado con la presencia de sintomatología fue "la aceptación de tener sentimientos de soledad". Del total de 412 personas entrevistadas, 113 (27%) aceptaron tener sentimientos de soledad. De estas 113 personas, 108 de ellas, o sea el 96%, presentó además algún tipo de sintomatología. De nuevo en este caso, prácticamente todos los que dijeron tener sentimientos de soledad presentaron también algún tipo de sintomatología.

En general, las personas que aceptaron tener sentimientos de soledad consideraron que éstos eran provocados por factores tales como timidez, la carencia de familiares y amigos que den apoyo, y el tener que relacionarse con personas con las que no se comparten ni intereses ni aficiones, y que tienen otras preferencias y actividades recreativas. Y por lo demás, si bien la mayoría las personas que presentaron algún tipo de sintomatología también aceptaron tener estos sentimientos de soledad, esto fue especialmente así para aquellos que presentaron depresión.

De acuerdo con los resultados mencionados, es claro que estos dos factores, "la aceptación de tener conflictos interpersonales" y "la aceptación de tener sentimientos de soledad", se encuentran directamente asociados a la presencia de sintomatología psiquiátrica o de epilepsia. Esto al grado de que los mismos tienden a permitir distinguir entre aquellos que presentan problemas de salud mental y aquellos que no los presentan.

Los resultados fueron diferentes en cuanto a los otros factores considerados y que se mencionaron anteriormente. Esto es, que estos factores no permitieron distinguir entre aquellas personas que presentaban algún tipo de sintomatología de aquellos que no presentaron problemas de esta naturaleza. Por ejemplo, e independientemente de si las personas entrevistadas presentaban o no sintomatología, ellas tendieron en general a: (1) tener una condición laboral difícil (un alto porcentaje no tenía trabajo, no se sentían satisfechos con su condición laboral y no habían experimentado cambios importantes en el último año), (2) decir tener parientes y

amigos que los ayudaban y les daban apoyo, (3) participar poco en grupos formales, con excepción de grupos religiosos, (4) considerar que no tenían problemas ni preocupaciones personales.

Los investigadores que realizaron este estudio consideraron que, muy probablemente, el efecto de estos factores sobre la salud mental del individuo era más bien indirecto. Esto es, que en el grado en que éstos se conviertan en factores de estrés y provoquen tensión, muy probablemente interfieran con la experiencia de relaciones interpersonales satisfactorias, y favorezcan, entre otras cosas, que ocurran conflictos interpersonales, así como la experiencia de sentimientos de soledad. Por ejemplo, se señaló que el bajo nivel de recursos económicos puede ser un factor que limite la movilidad horizontal o vertical de muchas personas. Este tipo de limitación, que dificulta o hace prácticamente imposible moverse en diferentes situaciones sociales, o bien, escalar a diferentes posiciones en la escala de jerarquía social, crea lo que A. E. Schefflen (citado por esos autores) ha llamado un "vínculo sencillo", el que favorece y estimula comportamiento neurótico o problemas de conducta, así como actitudes de dependencia.

De igual manera, los otros factores considerados también podrían favorecer la experiencia de estrés, sumándose al estrés que provocan las limitaciones impuestas por una condición económica y laboral difícil. Así, en un momento dado, una cierta forma de participar en los grupos de apoyo, sean informales o formales, o bien, la mayor o menor falta de permeabilidad para advertir la presencia de problemas o preocupaciones personales, podrían interferir con la satisfacción de necesidades de seguridad, favoreciendo que ocurran conflictos interpersonales y problemas de salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- Adis C., Gonzalo y Waisanen, Fred B., (1965), "Lugar de Residencia y Actitudes hacia el Enfermo Mental", **Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.**, 11, p.356-363.
- Adis C., Gonzalo y Waisanen, Fred B., (1966), "El Contexto Socio económico de las Actitudes hacia el Enfermo Mental", **Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.**, 12, p.3-12.
- Adis C., Gonzalo y Waisanen, Fred B., (1967), "Modernidad y tolerancia: el caso de las actitudes hacia la enfermedad mental", **Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.**, 13, p.149-157.
- Adis C., Gonzalo y Thomas C., Pierre, (1972), "Percepción de Enfermedad en Diferentes Estratos Socio-Económicos", **Revista Interamericana de Psicología**, 6, p.11-43.
- Adis C., Gonzalo y Leitón M., Vera, (1988), **Prevalencia de Sintomatología Psiquiátrica y de Epilepsia en el Cantón de Desamparados**, Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS, Pavas, San José, Costa Rica.
- Adis, G., (1991), "Problemas de Salud Mental y Contexto Psicosocial", en Alarcón, R. D.; Cipriani, E.; Castro, J., (eds.) **Desde nuestra propia entraña**. Homenaje al Profesor Javier Mariategui. Talleres Gráficos P. L. Villanueva, S. A., Lima. pp. 252-273.
- Bloom, Samuel W., (1963), **The Doctor and His Patient**, Russell Sage Foundation, New York.
- Fonseca T., Eugenio, y otros, (1974), **Estratificación Social y Planificación Familiar, Aspectos Descriptivos**, Publicaciones de la Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio", San José, Costa Rica.
- Grey, Alan L., (1988), "Sullivan's Contributions to Psychoanalysis", **Contemporary Psychoanalysis**, 24, p.548-576.
- King, Stanley H., (1962), **Perceptions of Illness and Medical Practice**, Russell Sage Foundation, New York.
- Rosenberg, Milton J. y Hovland, Carl I., eds., (1960), **Attitude Organization and Change**, Yale University Press, Inc., New Haven.
- Scheper-Hughes, N., (1990), "Developing a Global Psychiatry", **Contemporary Psychology**, 35, p.374-375.

VIII. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA INVESTIGACION FUTURA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL ^(*)

La magnitud de los problemas de salud mental en el país es verdaderamente importante, a juzgar por diferentes criterios. Por una parte, los índices de prevalencia de sintomatología psiquiátrica son verdaderamente altos. Por otra parte, el estilo de vida de muchas personas, que se refleja en comportamientos que con frecuencia ponen en peligro la salud física y emocional del individuo, conjuntamente con las demandas de las circunstancias actuales que provocan tensión, también favorecen una alta frecuencia de estos problemas. Todos estos hechos hacen pensar en la necesidad de meditar sobre las diferentes formas u opciones que podrían existir para enfrentar esta problemática. A su vez debiera ser evidente que un adecuado enfoque de estos problemas, independientemente de la estrategia que se siga, requiere de información básica que venga a enriquecer los programas de acción, a la vez que facilite el logro de los objetivos de los mismos. Todo esto redundaría en la conveniencia de estimular la investigación en este campo.

A continuación se hacen algunas reflexiones sobre la orientación futura de la investigación en el campo de la salud mental. Necesariamente estas reflexiones son parciales e incompletas, toda vez que las mismas se plantean desde una perspectiva muy particular. Es decir, desde aquella posición que hace énfasis en ese nivel de prevención que busca reducir o disminuir, en la medida de lo posible, las probabilidades de que ocurran nuevos casos. Ciertamente consideramos que es necesario y conveniente estimular la actividad investigativa de diferentes tipos, ya sea de la conocida como básica, que hace énfasis en contribuciones teórico-conceptuales y metodológicas; o bien, esa otra que algunos han dado en llamar aplicada, y la que busca contribuir a la solución de problemas acorde con necesidades programáticas. De esta manera es posible contribuir a resolver situaciones de alta prioridad social, en general, y en el caso particular de nuestro presente interés, problemas en el campo de la salud mental. La orientación de las reflexiones que aquí se presentan va más en el sentido de este segundo tipo de investigación que hemos mencionado. Esto no significa que no se le deba dar atención y estímulo a otros tipos de investigación, como el primero a que se hizo referencia. Este sesgo, en alguna medida, refleja la convicción de que la problemática de salud mental en Costa Rica, debe enfrentarse fundamentalmente desde una perspectiva preventiva, o si se prefiere, desde el marco de referencia de un modelo de salud pública.

La investigación sistemática en el campo de la salud mental, particularmente del tipo psico-socio-epidemiológico, se inició en Costa Rica a finales de los años 50. Los estudios realizados incluyeron desde investigaciones sobre la prevalencia de

(*) El presente capítulo, con algunas modificaciones, es el mismo artículo que se publicó en la Revista Costarricense de Ciencias Médicas, 1983,4(1), P.13-16.

problemas de salud mental (Adis y otros, 1970; Adis y Thomas, 1973; Gorn y Ramírez, 1981), hasta estudios correlacionales de factores sociodemográficos y psicosociales, que pueden tener importancia etiológica, sea directa o indirectamente, tales como actitudes hacia el enfermo mental (Adis y Waisanen, 1965, 1966, 1967), percepción de la enfermedad (Adis y Thomas, 1972), entre otros. Ciertamente, la información obtenida en estos y otros estudios debe ser actualizada, y en especial, la obtenida en estudios relacionados con la prevalencia de problemas de salud mental en general, y de enfermedad mental en particular. La magnitud de los índices de prevalencia observados en esos estudios es una seria llamada de atención a la necesidad de programas de acción preventiva en este campo. Por otra parte, es importante repetir estos estudios para observar los cambios que pueden haber ocurrido en relación con la prevalencia de estos problemas, y para evaluar así cómo estos cambios afectan, o afectarán los servicios de salud.

Los estudios para determinar la prevalencia de problemas psiquiátricos y psicológicos se han realizado con base en muestras de población adulta. Es evidente que los nuevos esfuerzos deberán buscar un horizonte más amplio de manera que la nueva investigación permita determinar el tipo y la frecuencia de problemas en diferentes grupos de edad, y su interrelación con otras variables. Esto es, con variables demográficas y socioeconómicas, así como psico-sociales. Igualmente importante es establecer la relación que existe entre estos índices y factores asociados a la salud física y emocional de la persona y a las tensiones y demandas del ambiente interpersonal y físico en el que participa el individuo. En este sentido, es importante diseñar estudios para determinar el tipo y magnitud de problemas de salud mental en niños y buscar determinar qué factores (actitudes, hábitos de crianza, etc.) pueden estar favoreciendo o limitando un crecimiento óptimo. De igual manera debieran diseñarse estudios en relación con personas de la llamada tercera edad, tratando de identificar aquellos factores psicosociales que pueden influir sobre el ajuste emocional de estas personas. De esta manera la investigación puede aportar información fundamental para la puesta en marcha de programas que vengán a mejorar la salud mental, y a favorecer el desarrollo óptimo del niño, del adolescente, y del joven adulto. De igual manera se deberán hacer investigaciones cuyos resultados permitan nutrir y mejorar los programas orientados a favorecer la salud mental del adulto y de la persona de la tercera edad.

Es evidente entonces, que se debe continuar investigando en el área de la psicopatología, de los hábitos de crianza, etc. Pero, además, la orientación futura de la investigación en este campo deberá hacer énfasis en estudios que aporten información que permita aumentar la efectividad de los programas de acción preventiva, en el esfuerzo por reducir la probabilidad de que ocurran nuevos casos. Desde esta perspectiva es de interés considerar la fórmula propuesta por G.W. Albee (1982) para determinar el índice de incidencia de problemas de salud mental, a saber:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Factores orgánicos} + \text{Factores de estrés}}{\text{Destrezas adaptativas} + \text{Auto-estima} + \text{Grupos de apoyo}}$$

Tal como se puede observar, esta fórmula señala de manera muy clara la dirección que deben tomar los esfuerzos y actividades preventivas a nivel primario. Reducir la incidencia de nuevos casos significa, por una parte, reducir en lo posible los factores orgánicos que de manera directa o indirecta, contribuyen a la presencia de problemas de salud mental. Sin embargo, debiera ser evidente que, por razones obvias, estos factores orgánicos siempre estarán presentes, por lo que no será posible reducirlos totalmente. Es decir, que nunca tendrán un valor de cero. Por otra parte, es claro que la presencia de estos factores orgánicos es en sí misma un factor de estrés. Factor que se suma al estrés que se origina tanto en el ambiente físico como socio-económico e interpersonal en que participa el individuo. Debería ser evidente entonces que, de igual manera, los factores de estrés estarán siempre presentes. No sólo no será posible reducirlos, sino todo lo contrario, es de suponer que estos sean cada vez mayores. Todo esto significa que el numerador de esta fórmula nunca alcanzará el valor de cero.

Por otra parte, se desprende de esta fórmula que en la medida en que los factores en el denominador se fortalezcan, es decir, alcancen un valor más grande en relación con el de el numerador, la incidencia de problemas de salud mental tenderá a disminuir. De aquí la necesidad de favorecer la adquisición y desarrollo de destrezas adaptativas, de promover la autoestima del individuo, y de propiciar la estabilidad y cohesión de los grupos naturales de apoyo del individuo. Esto es, que los problemas de salud mental tenderán a reducirse en aquellos individuos que cuentan, por una parte, con mayores recursos para funcionar adecuadamente en las situaciones en que participan; y, por otra, que tienen, además, un sentimiento de pertenencia y de aceptación de los grupos de apoyo a los que pertenecen. Es de suponer que todo esto estimulará sus sentimientos de autoestima y de bienestar personal, y favorecerá que el individuo pueda enfrentar el estrés cotidiano en forma apropiada y adaptativa.

Esta fórmula que señala diferentes estrategias para reducir la incidencia de nuevos casos, también puede servir de pauta para orientar la investigación futura en este campo. Así, es importante investigar los factores orgánicos, que de manera directa o indirecta, afectan la salud mental del individuo. En relación con estos factores, es evidente aquí la relevancia de los esfuerzos y las contribuciones de la investigación biomédica. A su vez, la investigación psicológica también puede aportar en este campo. En relación con estos mismos factores, es importante investigar las circunstancias en las que ciertos comportamientos y estilos de vida del individuo favorecen la presencia de factores orgánicos, poniendo en peligro la salud física del individuo. De igual manera, se deben investigar los comportamientos del

individuo que en alguna medida lo hacen más vulnerable a diferentes factores de estrés en diferentes situaciones. Y, no menos importante, es aquella investigación que permita evaluar diferentes programas cuyo objetivo sea capacitar al individuo a enfrentar y tolerar estrés en forma adecuada. En relación con lo anterior, también deberían investigarse las situaciones que podrían facilitar o favorecer el aumento de las destrezas, tanto cognoscitivas como interpersonales, del individuo, y su pertenencia a grupos de apoyo.

La investigación futura en este campo deberá, además, hacer énfasis en otros aspectos o áreas de interés. Una de ellas es el efecto, potencialmente negativo, de la hospitalización prolongada, y la efectividad de otros cuidados alternos, extrahospitalarios. Kiesler (1982), por ejemplo, ha encontrado que los resultados de la hospitalización no son necesariamente más positivos que los obtenidos con otros cuidados alternos, extrahospitalarios. De hecho, este autor señala que, en aquellos casos en que un cuidado extra-hospitalario es posible, este es más efectivo en cuanto a evaluación psiquiátrica, a las probabilidades de obtener un empleo subsecuente, a llevar una vida más independiente, a mantenerse en el trabajo o en los estudios, y es ciertamente menos costoso. De igual interés sería el investigar los factores que en alguna medida favorecen una hospitalización prolongada, tales como intolerancia de la familia, rechazo de la comunidad, etc. Los factores identificados de esta manera en estos estudios, podrían entonces ser considerados como objetivos de intervención de los programas comunitarios.

Una área de investigación de especial interés en la actualidad es la relación que existe entre los hábitos de comportamiento y estilo de vida del individuo y su salud física. Así, diferentes autores, por ejemplo, DeLeón y Pallak (1982), Matarazzo (1982), entre otros, hacen énfasis en la necesidad de investigar formas de introducir cambios en hábitos de comportamiento y estilo de vida en relación con el uso y abuso del tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias; y en relación con hábitos de higiene dental, ejercicio, hábitos de esparcimiento que favorecen la probabilidad de accidentes, sean en el hogar, en el trabajo, en las carreteras y vías públicas, etc. Estos y otros estudios alertan al hecho de que la enfermedad física (cáncer del pulmón, enfermedades cardio-vasculares, etc.) es en gran medida favorecida por el comportamiento y el estilo de vida del individuo. La prevención de estas y otras enfermedades significa estimular y promover comportamientos saludables que protejan la salud física y mental del individuo. Todo lo anterior, a su vez, señala la necesidad de investigar en este campo.

Igualmente importante es estimular la investigación en zonas de desastre para evaluar el impacto psicológico provocado por catástrofes naturales. De esta forma sería posible obtener información que podría servir de base para el diseño de programas de intervención en crisis.

En relación con los temas anteriormente mencionados, es importante considerar la necesidad de realizar, además, un tipo de investigación también conocida

como evaluativa (Homans, 1950 y Waisanen, 1963, citados por Adis, 1970). Este tipo de investigación busca, a partir de la información que se tiene sobre un fenómeno dado, contestar a la pregunta relacionada con la forma en que se podría utilizar esta información para provocar cambios en el mismo. En el campo de la salud en general, y de la salud mental en particular, la investigación evaluativa busca contestar preguntas similares, a partir de los conocimientos que se tienen de la relación que puede existir entre factores socioculturales, y psicosociales y la salud mental. Así, se pretenderá responder a la pregunta: ¿cómo utilizar mejor nuestra información sobre la relación que existe entre esos factores y la salud mental para ayudar al individuo a fomentar y proteger su salud física y su salud mental?

BIBLIOGRAFIA

- Adis Castro, G. Waisanen, Fred B. (1965): "Lugar de residencia y actitudes hacia el enfermo mental", **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**: 11:356-363.
- Adis Castro, G.; Waisanen, Fred B. (1966): "El contexto socioeconómico de las actitudes hacia el enfermo mental", **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**: 12:3-12.
- Adis Castro, G.; Waisanen, Fred B. (1967): "Modernidad y tolerancia: el caso de la actitudes hacia el enfermo mental", **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**: 13:149.
- Adis Castro, G.; Hernández Ureña R.; Víquez Carvajal, C. (1970): Alvarenga Bianco, F. "Prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica, en Mariátegui, J., y Adis C., G., *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*. **Acta Fondo para la salud mental**, Buenos Aires, 89-114.
- Adis Castro, G. (1970): "Perspectivas futuras en investigaciones socioculturales aplicadas en Salud Mental", **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**: 16:33-38.
- Adis Castro, G.; Thomas Claudet, P. (1972): "Percepción de enfermedad en diferentes estratos socio-económicos", **Revista Interamericana de Psicología**. 6(1-2):11-43.
- Adis Castro, G; Thomas Claudet, P. (1973): **Consulta Externa de Psiquiatría de la CCSS. Prevalencia de Grupos Diagnósticos**. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica (polígrafo, pp. 1-64).
- Albee, George W. (1982): Preventing Psychopathology and Promoting Human Potential", **American Psychologist**. 37:1043-1050.
- DeLeón, Patrick H.; Pallak, Michael S. (1982): "Public Health and Psychology", **American Psychologist**. 37:934-935.
- Goro Sikora, I.; Ramírez Henderson, R. (1981): **Incidencia y Prevalencia de trastornos Mentales en los Servicios de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología del país. Variables socie-demográficas y familiares asociadas a la prevalencia. Tratamientos utilizados**. Tesis de grado. Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Kiesler, Charles A. (1982): "Mental Hospitals and Alternative Care", **American Psychologist**. 37:349-360.
- Matarazzo, Joseph D. (1982): "Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology", **American Psychologist**. 37:1-14.

IX. COMENTARIOS FINALES

Tal como se mencionó en un principio, el presente libro ha buscado reunir los datos obtenidos en algunas investigaciones epidemiológicas, en general de tipo descriptivo, realizadas en Costa Rica. El presente esfuerzo, entonces, pretende contribuir en algo a ampliar la perspectiva que se tiene del problema psiquiátrico en el país. Con este propósito, se ha presentado información básica sobre los desórdenes mentales y su distribución, según diferentes factores demográficos y socioeconómicos de interés. También se ha ofrecido información sobre algunos factores psicosociales asociados a la enfermedad mental. Es de esperar que estos datos sirvan como línea de base para la formulación de hipótesis que guíen otras investigaciones, por un lado, y por otro, que sean de utilidad para aquellos encargados de la planificación y organización de servicios asistenciales en salud mental.

Las tasas estimadas de hospitalización, por 100.000 habitantes, basadas en primeros ingresos en el Hospital Nacional Psiquiátrico, constituyen una información de suyo importante. Estas tasas permiten conocer la probabilidad de que una persona que presenta problemas psiquiátricos sea hospitalizada. Y, a la vez, e igualmente importante, también hacen posible la identificación de los factores, sean éstos demográficos o socioeconómicos, asociados a esta probabilidad de hospitalización.

Sin embargo, estas tasas no nos dan información sobre "quién" tiene una mayor probabilidad de enfermarse mentalmente, ni sobre los posibles factores de riesgo que contribuyen a que así sea. Es evidente entonces la necesidad y conveniencia de comenzar a diseñar estudios que permitan estimar tasas de incidencia de los distintos trastornos mentales en diferentes grupos de población y regiones del país. Sólo así podríamos obtener información válida sobre "quién" es la persona que tiende a presentar un desorden mental, o sobre el volumen de nuevos casos que ocurren en un período determinado, y sobre los posibles factores de riesgo que favorecen que sea así.

Es importante observar que las tasas estimadas para los dos períodos considerados, a saber, 1979-1981 y 1985, mostraron ciertas discrepancias, que bien podrían deberse a la utilización de diferentes criterios, tanto de diagnóstico como de admisión en el hospital, así como a variaciones estacionales. Esto es, que el momento o período en que se toma la muestra de estudio podría verse afectado por factores selectivos. En la medida que haya sido así, esto señala la necesidad, cuando menos para los efectos de investigación, de utilizar los mismos criterios de diagnóstico y de admisión, y la conveniencia de tomar en cuenta la interacción de posibles factores presentes en el momento en que se realiza el estudio, los que podrían sesgar los resultados que se obtengan. De igual manera sería también conveniente sistematizar aún más los registros hospitalarios utilizados tanto en el Hospital Nacional Psiquiátrico, como en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, así como en las clínicas periféricas. Esto facilitaría la utilización de la información de los diferentes servicios asistenciales en investigaciones epidemiológicas.

A pesar de esas discrepancias, es interesante considerar algunas de las concordancias observadas en estos dos períodos. Así, y a juzgar por los resultados obtenidos, tal parece ser que, cuando se consideran los desórdenes mentales en general, los factores demográficos y socio-económicos que más claramente se encontraron asociados a la probabilidad de hospitalización fueron, en primer término, la edad y la desocupación. En los dos períodos estudiados, estos dos factores se encontraron asociados a esa probabilidad en forma estadísticamente con fiable. Los factores estado conyugal, nivel de instrucción, y la procedencia urbana o rural, también se encontraron asociados a esa probabilidad en ambos períodos, si bien no con el mismo nivel de confiabilidad. Su asociación a la probabilidad de hospitalización fue estadísticamente significativa en uno de los dos períodos considerados, mientras que en el otro sólo se observó una tendencia en la misma dirección, si bien no significativa.

De acuerdo con estos resultados, entonces, y cuando se consideran los desórdenes mentales en general, tal parece ser que la probabilidad de hospitalización es más alta cuando, independientemente del sexo, se está en el grupo de edad entre los 41 y 50 años, se encuentra desocupado, tendiendo a tener un alto nivel de instrucción, a ser viudo o divorciado, en primer lugar, y soltero, en segundo lugar, y a provenir de área urbana.

Por otra parte, la influencia de estos factores demográficos y socioeconómicos es distinta cuando se consideran grupos diagnósticos específicos. Así, en el caso de las neurosis, la más alta probabilidad de hospitalización es para las mujeres, de 41 a 50 años, con un nivel de instrucción de secundaria, y en menor grado, de nivel superior, que son divorciadas y que se encuentran desocupadas. Cuando se consideran las esquizofrenias, e independientemente del sexo, los factores que más influyen son la edad de 21 a 30 años, con un nivel de instrucción de secundaria, y de primer grado en segundo término, ser soltero(a) y encontrarse desocupado(a). En el caso de los trastornos afectivos, y también independientemente del sexo, los factores que más influyen son la edad de 41 a 50 años, con un nivel de instrucción superior, ser divorciado(a) y encontrarse desocupado(a). Finalmente, en el caso de los trastornos orgánicos, la más alta probabilidad es para los hombres, de 51 y más años, con un nivel de instrucción mínima, ser divorciado, y encontrarse desocupado.

Cuando se considera la frecuencia de grupos diagnóstico, en el caso de pacientes hospitalizados, es importante señalar que estos no fueron exactamente los mismos en los dos períodos estudiados. En todo caso, esta frecuencia fue más alta para los diagnósticos de esquizofrenia, y de psicosis orgánica, en ambos períodos, aunque no en el mismo orden. Esto concuerda con la observación de que la probabilidad de hospitalización fue más alta también para personas con estos diagnósticos. También ocurrieron con una relativa alta frecuencia los diagnósticos de intoxicación y dependencia de drogas y los trastornos afectivos.

En general, y como sería de esperar, los grupos diagnóstico más frecuentes en la consulta externa institucional y en la consulta privada, sugieren cuadros psiquiátricos menos severos. De hecho el grupo diagnóstico más frecuente fue el de neurosis. Otros diagnósticos que también ocurrieron con una relativa alta frecuencia fueron los trastornos de personalidad y las reacciones de adaptación.

La alta frecuencia de estos grupos diagnósticos tiende a coincidir en cierta medida con la frecuencia observada de estos problemas de salud mental en la población general. En este sentido, es de interés recordar la afirmación hecha por Leighton y colaboradores, citados en la introducción, de que a nivel de la población general, lo esperable es que la prevalencia de casos subclínicos sea la más alta, siendo menor la correspondiente a aquellos que necesitan tratamiento ambulatorio, y es la más baja cuando se trata de pacientes que necesitan hospitalización.

En efecto, los resultados obtenidos en investigaciones que utilizaron muestras de la población general tienden a confirmar la expectativa anterior. Así, la prevalencia de sintomatología asociada al diagnóstico de psicosis (esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos orgánicos) tendió a ser relativamente pequeña, en comparación con su prevalencia entre pacientes hospitalizados. Por otra parte, la prevalencia de los diferentes grupos diagnósticos en la consulta externa fue más alta, predominando aquí el diagnóstico de neurosis. A su vez, en los estudios de población general, los índices de prevalencia fueron más altos para la neurosis, en particular, y en menor grado, para las reacciones ansiosas, reacciones psicofisiológicas, desórdenes de la personalidad, y otras.

A juzgar por los resultados obtenidos en esos estudios que utilizaron muestras de población general, es claro que la magnitud de los problemas de salud mental en la comunidad, en general, tiende a ser muy alta. En este sentido estos resultados hacen evidente la necesidad de que los programas de salud le den a la salud mental un lugar de importancia. La información aquí presentada es ciertamente importante para la evaluación y planeamiento de los servicios de salud mental, por una lado. Por otro, también es necesaria para el diseño y puesta en marcha de programas de acción preventiva, en los diferentes niveles de prevención, pero particularmente en el nivel de prevención primaria.

En el planeamiento y desarrollo de programas de acción preventiva a nivel primario, convendría utilizar la información obtenida en esos estudios sobre factores psico-sociales asociados a la enfermedad mental. De acuerdo con esos resultados debiera tomarse en cuenta la actitud de rechazo hacia el enfermo mental, particularmente en situaciones con un alto grado de intimidad e intensidad afectiva. Esto ciertamente implica la necesidad de ofrecer a las comunidades mayor información y educación sobre la enfermedad mental. Esto implica la necesidad de ofrecer capacitación, en el campo de la salud mental, a agentes de cambio, como son el médico general, la enfermera, los maestros, y otros, para que puedan ayudar

eficientemente a la comunidad a enfrentar y manejar, en un primer nivel, sus problemas de salud mental. Una mayor comprensión de estos problemas ayudaría a que las personas se sientan menos vulnerables, por un lado; y por otro, haría innecesaria la negación de problemas y preocupaciones personales, pudiendo enfrentados más apropiadamente cuando esto les es posible, o bien, a buscar ayuda cuando esta es necesaria.

De acuerdo con lo anterior, otro de los posibles objetivos de estos programas sería favorecer una mayor aceptación y tolerancia en la interacción con personas que presentan problemas de salud mental. Ciertamente, un ambiente interaccional de mayor aceptación disminuiría la experiencia de estrés en todos los involucrados, y permitiría comportamientos más adaptativos en aquellas personas que presentan estos problemas. Relacionado con esto, e igualmente importante, sería ofrecer algún tipo de experiencias con el propósito de estimular el desarrollo de destrezas interpersonales, incluyendo comunicación interpersonal. Estas experiencias ayudarían a estimular la autoestima, y a disminuir, o a manejar en forma más adaptativa, situaciones que podrían provocar conflictos interpersonales, y que pueden favorecer la experiencia de sentimientos de soledad.

Por otra parte, deberían diseñarse programas dirigidos a ayudar a la persona a manejar apropiadamente la experiencia de estrés. Ciertamente tener una condición laboral difícil (estar desocupado o no sentirse satisfecho con la condición laboral) provoca tensión y la experiencia de estrés. Así por ejemplo, el encontrarse desocupado resultó ser un factor asociado a la probabilidad de hospitalización. El efecto psicológico y social de esta condición, es una de esas situaciones que, además de provocar estrés, también afectan la autoestima del individuo, y favorecen que se den conflictos interpersonales, particularmente en el seno familiar, pudiendo ocurrir también otros comportamientos maladaptativos. Estos programas deberían buscar la forma de capacitar a la persona para enfrentar el impacto psicológico y social de la desocupación, y ayudarlo a buscar nuevas alternativas y opciones. De igual manera, la condición conyugal de divorciado(a), separado(a) y viudo(a) también fue un factor asociado a la probabilidad de hospitalización. Estos programas, entonces, también deberían ofrecer ayuda a personas para enfrentar los efectos psicológicos que esta condición provoca. Estos programas, por otra parte, deberían ser dirigidos a los diferentes grupos etarios, y ser adecuados para personas de diferentes niveles de instrucción. No menos importante es el hecho de que las acciones comunitarias deberían ayudar a mantener y mejorar los sistemas de apoyo que ya existen en la comunidad, o a estimular su desarrollo cuando éstos no existen.

Por lo demás, la información aquí presentada sugiere la necesidad de mantener actualizada esta información epidemiológica. El planeamiento y desarrollo de programas comunitarios de acción preventiva necesita contar con esta información, para asegurar así la efectividad de los mismos. Es claro que esto implica la necesidad de estimular mayor actividad investigativa en este campo, tanto de tipo descriptivo como analítico.



El autor del presente libro, Dr. Gonzalo Adis C., es Profesor Emérito de Psicología de la Universidad de Costa Rica; ex Coordinador de la Unidad de Postgrado en Psicología Clínica y ex Profesor de la Unidad de Postgrado en Psiquiatría (SEP-CENDEISSS); ex Director del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica; Profesor Honorario del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Estado de Louisiana (LSU).

El Dr. Adis C. es coeditor, junto con los Doctores José Horwitz y Juan Marconi, de *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*, ACTA, Buenos Aires, 1967, y coeditor, junto con el Dr. Javier Mariátegui, de *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, ACTA, Buenos Aires, 1970; es autor de *Interacción en Espejos: sobre el encuentro psicoterapéutico*, Editorial Costa Rica, San José, 1978, y de *Psicoterapia desde una perspectiva interpersonal: variaciones sobre un mismo tema*, Editorial Fernández-Arce, San José, 1990.

En el presente libro se recoge la información obtenida en algunas investigaciones epidemiológicas realizadas en Costa Rica en relación con los desórdenes mentales, por una parte, y por otra, con factores psicosociales asociados a los problemas de salud mental. Esta información se considera de especial interés tanto para los investigadores en el campo de la salud mental como para los administradores de los servicios en el área de salud mental. En este sentido *Desórdenes Mentales en Costa Rica: Observaciones epidemiológicas* es de interés tanto para los profesionales en el campo de la salud, como para los estudiantes de las diferentes disciplinas relacionadas con la salud, y en particular con la salud mental.

