



REVISTA COSTARRICENSE DE
PSICOLOGÍA
COSTA RICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY

VOLUMEN 33

NÚMERO 1

ENE-JUN 2014



Carlos Kidd. 2014



Publicación semestral del
Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

*Published semi-annually by the
Costa Rican Psychologists' Association*

<http://www.revistacostarricensedepsicologia.com>

30 AÑOS
2012



EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD MENTAL

EPIDEMIOLOGY & MENTAL HEALTH



REVISTA COSTARRICENSE DE
PSICOLOGÍA

REVISTA CIENTÍFICA DEL
COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA

COSTA RICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY

SCIENTIFIC JOURNAL OF THE COSTA RICAN PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATION

VOLUME 33

NUMBER 1

JAN-JUN 2014

Director

Alfonso Villalobos-Pérez

<http://www.revistacostarricensedepsicologia.com>

CORRESPONDENCIAS (*CORRESPONDENCE*):

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA (*COSTA RICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY*)

Web: <http://www.revistacostarricensepsicologia.com>

Tel: (+506) 2271 3101 ext. 105

Apartado postal 8238-1000, San José, Costa Rica (*P.O. Box*)

Correo electrónico (*Mail*):

Dirección: direccionrevista@psicologiacr.com

Editorial: revistacientifica@psicologiacr.com

INSTITUCIÓN EDITORA (*PUBLISHING INSTITUTION*):

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA (*COSTA RICAN PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATION*)

Web: <http://www.psicologiacr.com>

Tel: (+506) 2271 3101

Fax: (+506) 2271 0819

Dirección (*Address*):

700 E *Cruce La Galera*, Carretera Vieja a Tres Ríos

Pinares de Curridabat, San José, Costa Rica

Apartado postal 8238-1000, San José, Costa Rica (*P.O. Box*)

Revista
150.5
R454r Revista Costarricense de Psicología /
Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
N.º 1 (1982) - San José, Costa Rica: El Colegio
1982.
v.
Semestral
ISSN 0257-1439
1. Psicología - Publicaciones periódicas. I. Título.

INDEXACIÓN, PLATAFORMAS & DIRECTORIOS (*INDEXATION, PLATFORMS & DIRECTORIES*)

LATINDEX

DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS (DOAJ)

DIRECTORY OF RESEARCH JOURNALS INDEXING (DRJI)

ENDNOTE/RESEARCHER ID

E-REVISTAS

GOOGLE SCHOLAR

BASES DE DATOS (*DATA BASES*)

DIALNET

EBSCO

PSICODOC

ULRICHSWEB

BIBLIOTECAS (*LIBRARIES*)

ELEKTRONISCHE ZEITSCHRIFTEN-
BIBLIOTHEK (EZB), GERMANY

IMPRESIÓN (*PRINTED*)

MasterLitho S.A., San José, Costa Rica

Mail: info@masterlithocr.com; Tel: (+506) 2236 6747

TIRAJE (*COPIES*)

1000 ejemplares (*copies*), jun. 2014

COSTO Y DISTRIBUCIÓN (*COSTS & DISTRIBUTION*)

Los físicos son gratuitos y pueden ser retirados por el cuerpo colegiado en el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.

The print version is free of charge and available to associated psychologists to be withdrawn in the Psychologists' Association.

SUSCRIPCIÓN (*SUBSCRIPTION*)

La revista no maneja el servicio de suscripción. Los ejemplares son de libre acceso en la página web de la revista.

The journal does not offer a subscription service. All articles are available on the Journals website (open access).

Las opiniones expresadas en la revista son de exclusiva responsabilidad de su autoría.

Opinions expressed in the Journal are exclusive responsibility of their authors.

©2014 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Todos los derechos reservados. Hecho en depósito legal. Este material puede ser copiado, fotocopiado, duplicado y compartido, siempre y cuando sea expresamente atribuido a la *Revista Costarricense de Psicología*. Este material no puede ser usado para fines comerciales.

©2014 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. All Rights Reserved. Done in legal deposit. This material may be copied, photocopied, duplicated and shared, always if it is expressly attributed to the *Revista Costarricense de Psicología*. This material may not be used for commercial purposes.

Bajo licencia de *Creative Commons* (*Under Creative Commons License*):

Reconocimiento-NoComercial-SinObra
Derivada 3.0 Costa Rica License.





REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

PUBLICACIÓN SEMESTRAL

La *Revista Costarricense de Psicología* es desde el año 1982 el órgano oficial de publicación científica de acceso abierto del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica y publica en español y en inglés. Sus objetivos son difundir conocimientos teóricos, técnicos y prácticos, actualizados y relevantes para la Psicología y ciencias afines. Se dedica a la publicación de trabajos originales e inéditos y abarca tanto investigaciones básicas, como investigaciones aplicadas y de desarrollo experimental. Su fin consiste en proveer una plataforma intelectual y académica para la comunidad científica concorde a los estándares internacionales en investigación y publicación científica. De esta manera, la revista aspira a publicar contenidos, información y desarrollos altamente exactos, precisos, confiables y verificables. Se publica semestralmente (dos números por año) de forma impresa y electrónica. Todas las investigaciones y los trabajos publicados en la *Revista Costarricense de Psicología* se rigen por las normas internacionales de ética en la investigación y pasan por el proceso de revisión de doble ciego.



REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

PUBLISHED SEMI-ANNUALLY

Since 1982, the *Revista Costarricense de Psicología* (Costa Rican Journal of Psychology) has been the official open-access scientific publication of the Costa Rican Psychologists' Association (*Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica*), and is published in Spanish and English. Its objectives are to disseminate theoretical, technical, and practical knowledge, up-to-date and relevant to Psychology and related sciences. The Journal publishes original and unedited papers, including basic research, applied research and experimental advances. It aims to provide an intellectual and academic platform for the scientific community, and publishes in accord with international standards in scientific research and publication. Thus, the Journal aspires to publish highly exact, precise, and reliable content, information and developments. The Journal is published semi-annually in a print and an online version. All research and papers published in the *Revista Costarricense de Psicología* are governed by the ethical standards of international research and pass through a double-blind review process.

DIRECCIÓN (*DIRECTOR*)

Alfonso Villalobos-Pérez

Caja Costarricense de Seguro Social

Mail: avillalobos@psicologiacr.com

CONSEJO EDITORIAL (*EDITORIAL BOARD*)

MIEMBROS NACIONALES

(*NATIONAL MEMBERS*)

Giselle Amador Muñoz

Universidad de Costa Rica

Carlos Ml. Córdoba-González

Universidad Latina, Costa Rica

Diego J. Quirós-Morales

Universidad Fidélitas, Costa Rica

Odir Rodríguez-Villagra

Universidad de Costa Rica

Zaida Salazar-Mora

Universidad de Costa Rica

Carlos Sandoval-Chacón

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

Javier Tapia-Valladares

Universidad de Costa Rica

David Torres-Fernández

Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Luis Diego Vega-Araya

Universidad Latina, Costa Rica

MIEMBROS INTERNACIONALES

(*INTERNATIONAL MEMBERS*)

Rubén Ardila

Universidad Nacional de Colombia

Robert H. Feldman

University of Maryland, EE.UU.

Wilson López-López

Universidad Javeriana, Colombia

EDITORIAL

EDITORA / DISEÑO REVISTA (*EDITOR & DESIGN*)

Christina B. Junge

Mail: revistacientifica@psicologiacr.com

ASISTENTE (*ASSISTANT*)

Alejandro Monge-Salazar

Mail: asistenterevista@psicologiacr.com

FILOLOGÍA (*PHILOLOGY*)

ESPAÑOL (*SPANISH*)

Fiorella Monge-Lezcano

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Mail: fiorellaml@gmail.com

INGLÉS (*ENGLISH*)

Mark W. Bogan M.

Santa Ana, Costa Rica

Mail: traduccionesbogan@gmail.com

DISEÑO PORTADA & LOGO (*COVER DESIGN & LOGO*)

Carlos Kidd

San José, Costa Rica

Mail: carloskidd@gmail.com

Tel: (+506) 2235 3303

COMITÉ CIENTÍFICO (*SCIENTIFIC COMMITTEE*)

NACIONAL

Nancy Arias-García
Universidad de Costa Rica

Juan Carlos Brenes-Sáenz
Universidad de Costa Rica

Marjorie Barquero-Ramírez
Universidad Católica de Costa Rica

Julio Bejarano-Orozco
Instituto de Alcoholismo y Farmaco-
dependencia, Costa Rica

Jaime Fornaguera-Trías
Universidad de Costa Rica

Francisco Gólcher-Valverde
Ministerio de Salud de Costa Rica

Carlos E. Garita-Arce
Caja Costarricense de Seguro Social

Ana María Jurado-Solórzano
Universidad de Costa Rica

Mauricio Leandro-Rojas
Universidad de Costa Rica

Paula Llobet-Yglesias
Universidad de Iberoamérica,
Costa Rica

Roberto López-Core
Hospital Nacional Psiquiátrico de
Costa Rica

Graciela Meza-Sierra
Instituto Tecnológico de Costa Rica

Julián Monge-Nájera
Universidad Estatal a Distancia,
Costa Rica

Rolando Pérez-Sánchez
Universidad de Costa Rica

Henriette Raventós-Vorst
Universidad de Costa Rica

Guaner Rojas-Rojas
Universidad de Costa Rica

Mariano Rosabal-Coto
Universidad de Costa Rica

José Manuel Salas-Calvo
Universidad de Costa Rica

Mónica Salazar-Villanea
Universidad de Costa Rica

Édgar Salgado-García
Universidad Latinoamericana de
Ciencia y Tecnología, Costa Rica

INTERNACIONAL

Tatiana García-Vélez
Universidad Autónoma de Madrid,
España

Pedro R. Gil-Monte
Universidad de Valencia, España

David González-Trijueque
Tribunal Superior de Justicia de
Madrid, España

Ana Gloria Gutiérrez-García
Universidad Veracruzana, México

Andrés M. Pérez-Acosta
Universidad del Rosario, Colombia

Natalia Salas-Guzmán
Universidad Diego Portales, Chile

Benjamín Reyes-Fernández
Universidad Libre de Berlín, Alemania

Rozzana Sánchez-Aragón
Universidad Nacional Autónoma,
México

Roberto Tejero-Acevedo
Tribunal Superior de Justicia de
Madrid, España

Alfonzo Urzúa-Morales
Universidad Católica del Norte, Chile

INSTITUCIÓN EDITORA (COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA, JUNTA DIRECTIVA, 2014) (*PUBLISHING INSTITUTION, COSTA RICAN PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATION, DIRECTORS BOARD, 2014*)

PRESIDENCIA (<i>PRESIDENT</i>):	Sonia Hernández-Sánchez
VICEPRESIDENCIA (<i>VICEPRESIDENT</i>):	Sarita Villegas-Fernández
SECRETARÍA (<i>SECRETARY</i>):	Angie Michelle Salas-Monney
TESORERÍA (<i>TREASURER</i>):	Waynner Guillén-Jiménez
VOCALÍA I (<i>STANDING MEMBER I</i>):	Jorge Prado-Calderón
VOCALÍA II (<i>STANDING MEMBER II</i>):	Lucía Rescia-Chinchilla
FISCALÍA (<i>STATUTORY AUDITOR</i>):	Viviana Umaña-Porras

La presente edición de la *Revista Costarricense de Psicología* se cita de la siguiente manera:

Autor, A. A. & Autor-Autor, B. B. (ene-jun, 2014). Título del artículo.
Revista Costarricense de Psicología, 33(1), número de páginas del artículo, p.ej.: 1-24.

This edition of the Revista Costarricense de Psicología is cited as follows:

Author, A. A. & Author-Author, B. B. (jan-jun, 2014). Title of the article.
Revista Costarricense de Psicología, 33(1), page numbers of the article, e.g.: 1-24.

ÍNDICE DE CONTENIDOS / CONTENTS

Editorial invitado / Invited Editorial

Henriette Raventós-Vorst

Editorial

Alfonso Villalobos-Pérez

Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación

Depression and Working Conditions: Review of Current Research

Elisa Ansoleaga-Moreno y Gonzalo Miranda-Hiriart1

Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación

Psychological Approach to Self-Medication Behavior

Natalia Díaz-Caycedo, María Alejandra Payán-Madriñán y Andrés M. Pérez-Acosta17

El espacio público como facilitador de bienestar y salud mental

Potential of Public Space to Facilitate Well-being and Mental Health

Mauricio Leandro-Rojas.....31

Retos para el estudio epidemiológico de la salud mental y el bienestar en Costa Rica

Challenges for Epidemiological Study of Mental Health and Well-Being in Costa Rica

Adriana Maroto-Vargas y Mónica Hernández-Campos.....47

Normas editoriales y normas éticas / *Paper Submission and Ethical Standards*

EDITORIAL INVITADA
Henriette Raventós Vorst

No hay salud sin salud mental

“No hay salud sin salud mental” -repiten políticos y salubristas alrededor del mundo desde el año 2005 sin que logren cambiar el paradigma de la salud o de la salud mental. La separación entre la mente y lo físico, el cuerpo, está tan presente como antes en el imaginario social, político y médico, con repercusiones negativas en la asignación de recursos para la prestación de servicios, la ejecución de políticas públicas y la investigación. Esta separación histórica contribuye a la culpabilización, estigmatización y discriminación de quienes sufren una enfermedad mental. El resultado consiste en que no buscan ayuda o, si la buscan, encuentran que sus males son minimizados o ignorados. Si tienen suerte, se les ofrece la opción de una pastilla para controlar los síntomas y no atacar el origen de su enfermedad o sufrimiento.

Pero, ¿por qué insistimos en la salud mental si ya somos el país más feliz del mundo? ¿O acaso no es así?

Las muertes por violencia (suicidio, homicidio, accidentes de tránsito) fueron la tercera causa de mortalidad a nivel de Costa Rica, en el año 2011, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y la primera en personas más jóvenes. El consumo de drogas, como la marihuana, también ha ido en aumento según las encuestas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Un 22% de los costarricenses son bebedores riesgosos y un 4,4% tienen dependencia del alcohol. Otros datos que preocupan son el índice de pobreza extrema, de violencia intrafamiliar y social y de deserción escolar. La ausencia de leyes que garanticen el disfrute pleno de los derechos ciudadanos para las parejas con infertilidad, los grupos LGBTI, las poblaciones indígenas, entre otros, también son motivo de reflexión y autocritica en el “país más feliz del mundo”.

Y, ¿qué pasa con las personas que viven con una enfermedad mental en Costa Rica? Solo el 3% del presupuesto de la Caja Costarricense del Seguro Social se dedica a la salud mental y más del 70% de este se invierte en las unidades de internamiento. La atención es dada casi exclusivamente por personal médico especializado, sin protocolos farmacológicos actualizados y con limitada participación del personal de psicología, enfermería, trabajo social, medicina general y familiar, que en general está poco capacitado para el diagnóstico y la atención de

las enfermedades mentales¹.

Aunque la tendencia está cambiando, todavía quedan psiquiatras que deciden “qué es lo mejor” para la persona afectada, sin incluir la opinión y elección de la persona por tratar, posiblemente porque se asume que son incapaces de autogobernarse, acorde con la visión paternalista que aún se enseña en muchas escuelas de Medicina. Las personas con enfermedades mentales se separan en dos hospitales nacionales especializados, que mantienen -en mayor o menor medida- el concepto asilar, la división histórica entre la mente y el cuerpo, y la necesidad de “protección del incapaz”.

Esta realidad contrasta con la propuesta aprobada en la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en mayo del 2013, que, además de diseñar un plan para mejorar la atención clínica de las personas con enfermedad mental, contempla el acceso a medios de subsistencia, educación, vivienda, ambiente libre de violencia, entre otros, como determinantes sociales de la salud, la calidad de vida y el bienestar. La resolución se fundamenta en el respeto a los derechos humanos y exige a los países miembros articular un plan estratégico para la promoción y prevención en salud mental con base en evidencias locales y con indicadores de cumplimiento en plazos establecidos.

El Ministerio de Salud de Costa Rica publicó en el año 2012 la Política Nacional de Salud Mental 2012-21, luego de un proceso de discusión, elaboración y consulta de varios meses, con la participación de políticos, prestadores de servicios, investigadores y organizaciones ciudadanas, que incorpora este cambio paradigmático en la definición misma de la salud, acorde con el plan de la OMS.

La política, también, insiste en la necesidad de contar con resultados locales que permitan el desarrollo de acciones basadas en evidencia. La investigación en salud mental en Costa Rica se ha focalizado en esfuerzos aislados, generalmente desde la Universidad de Costa Rica, en los campos de la psicología comunitaria, las neurociencias y la psiquiatría genética, con financiamiento de agencias extranjeras. En este editorial no se pretende menospreciar dichos esfuerzos que han mostrado ser de importancia para el conocimiento a nivel mundial como lo muestran más de 50 publicaciones en revistas científicas internacionales. Sin embargo, han servido poco para mejorar la promoción de la salud mental y la prevención, atención y rehabilitación de las personas que viven con una enfermedad mental. Se debe mejorar el financiamiento local y aunar esfuerzos en redes

¹ Me refiero a profesionales no especializados, no a psicólogos clínicos o personal de Enfermería o Trabajo social con posgrados en salud mental.

de colaboración inter y transdisciplinarias para corregir estas brechas en nuestro conocimiento.

La aprobación, por unanimidad, del expediente 18.536, del diputado Víctor Hernández Cerdas, elaborada por los doctores Sisy Castillo, Francisco Golcher y Carmen Macanche y la Comisión Institucional de Salud Mental del Ministerio de Salud (Alcance N.º 150 a *La Gaceta* N.º 195, octubre 2012), que crea la Secretaría Técnica de Salud Mental y el Consejo Nacional de Salud Mental, busca articular las acciones y planes de esa política entre instancias estatales, privadas y de organizaciones ciudadanas.

Nos parecen pasos en la dirección acertada y celebramos los esfuerzos de la Asamblea General de la OMS, del Ministerio de Salud, de la Asamblea Legislativa y otras instancias que buscan iniciar este cambio paradigmático.

Sin embargo, la elaboración de planes y políticas, o la creación de nuevas instancias administrativas, no son suficientes. Vamos a encontrar resistencia al cambio en todos los niveles. El cambio no será posible si no imaginamos, si no construimos, una sociedad más justa, que se fundamente en el respeto a los derechos humanos y el principio de la autonomía, en el acceso al trabajo, vivienda, educación, recreación, alimentación, agua, ambiente sano y servicios de salud multidisciplinarios a nivel comunitario, tanto de las personas que viven con una enfermedad mental como de toda la población. La frase de la OMS “no hay salud sin salud mental” -aunque busca vencer esta división histórica- se quedó corta. La salud, como producto social, es inseparable del bienestar y el disfrute pleno de nuestros derechos fundamentales consignados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.



Henriette Raventós

Profesora, Escuela de Biología y
Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular
Universidad de Costa Rica

EDITORIAL

Alfonso Villalobos Pérez

La *Revista Costarricense de Psicología* (RCPs) en este número sobre “Epidemiología y Salud mental” decidió retomar un tema de alta importancia en la vida nacional, que ha tenido varios retoños a lo largo de los últimos treinta años, que comenzó con el Dr. Gonzalo Adis Castro y que llegó más recientemente a los esfuerzos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR) con la creación de un grupo de investigación interinstitucional; sin embargo, no se ha consolidado una real política y curso de trabajo en este sentido.

¿Cuál era la razón para que la RCPs retomara este tema en un número especial? La psicología no es solo una ciencia social, sino también se ha consituido como una ciencia de la salud, donde los conceptos de enfermedad, disfunción y salud tienen claros determinantes sociales, ideológicos, políticos y económicos, aparte de lo biológico; en este sentido, se deben mantener políticas nacionales relevantes, pero y sobre todo acciones técnicas de tipo sanitaria, educativa, de seguridad, de política ambiental y otras vinculadas que, de no aplicarse, difícilmente facilitarían un nivel de salud -y en particular de salud mental- óptimo (lo cual ya en sí mismo es un concepto con muchas interpretaciones y aristas).

En los últimos cinco años, pero con una historicidad que puede remontarse a finales de los años ochenta, diversas disciplinas e instituciones vinculadas con el tema de la salud mental han realizado una serie de esfuerzos por articular trabajos, enfoques y abordajes integrales para afrontar esta dimensión de la salud integral. Como producto de ese trabajo se concluyó en el año 2012 la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, la cual propone una serie de ejes de trabajo, pero que, a su vez, demuestra que en lo concerniente a la investigación Costa Rica aún carece de sistematización y líneas claras.

Lo anterior nos demuestra que no solo es necesario una política, sino también que exista una articulación técnica entre instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud, las universidades públicas y privadas, el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, la especialidad médica de Psiquiatría, la enfermería de la salud mental, trabajo social y otras entidades del Sector Salud, para que se pueda crear una agenda nacional de investigación relacionada con este tema desde los diversos enfoques teóricos y metodológicos posibles y atinentes, y aplicado en las distintas poblaciones y grupos étnicos que tiene Costa Rica.

El estudio de la salud mental no puede ser solo un proyecto de estudio de una única universidad y unas pocas instituciones; debe obviar intereses particulares y buscar la diversidad filosófica, teórica y metodológica que tenemos en la academia nacional: de otra manera, atentamos contra la libre cátedra y, sobre

todo tal y como nos lo demandan las diversas leyes que rigen nuestros actos profesionales, debemos buscar con nuestros actos profesionales, que incluyen lo investigativo, el beneficio de los/as usuarios/as de nuestros servicios. Esto debe estar por encima de nuestros intereses profesionales y privados.

Como es nuestra costumbre, deseo reseñar brevemente los artículos y los trabajos contenidos en este número: Ansoleaga-Moreno & Miranda-Hiriart nos aportan, desde Chile, un trabajo que explora la relación entre la depresión y las condiciones de trabajo. Sus comentarios y hallazgos son relevantes, pues algunas de esas tendencias deberían ser revisadas y estudiadas en nuestro propio país, con el fin de buscar no solo explicaciones, sino también respuestas y abordajes resolutivos.

Díaz-Cayado, Payán-Madriñán & Pérez-Acosta, desde Colombia, nos presentan una propuesta teórica que podría ayudar a explicar el comportamiento de la automedicación. Dicha problemática no nos es ajena, pues la población nacional se expone, también, a la media publicitaria que podría tener alguna relación con la ingesta de medicinas o fármacos no necesarios. Como psicólogos/as debemos prestar atención a este aspecto de la conducta de nuestro/as usuarios/as y sus implicaciones en la vida psicológica cotidiana.

Leandro-Rojas, de la UCR, nos explica cómo los espacios públicos son facilitadores de bienestar y salud mental. Realiza una interesante visita a esos conceptos desde el espacio público urbano y nos invita a reflexionar sobre la necesidad de repensar estos interjuegos de la realidad y teóricos. De utilidad no solo práctica, en diversos escenarios de trabajo de la psicología, sino de aplicación en cursos de grado y posgrado relevantes a la Psicología comunitaria, ambiental, de clínica y de la salud.

Maroto-Vargas & Hernández-Campos, de la UCR, realizan un recuento de los diversos esfuerzos conducidos en la Escuela de Psicología de esa universidad, por crear un programa de investigación de la salud mental y, finalmente, exponen una propuesta metodológica para el desarrollo de una Encuesta Nacional de Salud Mental. Definitivamente, es un producto que necesita el país para dirigir las actuales políticas en ese campo y medio de integración de diversos esfuerzos dispersos.

Termino con un agradecimiento a la Dra. Henriette Raventós Vorst por su editorial invitada para el comentario a la Ley de la Secretaría de la Salud Mental (creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental, modificación de la Ley N.º 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, y sus reformas; de la Ley N.º 5395, Ley General de Salud, y sus reformas, y adición de un párrafo al inciso c) del Artículo 8 de la Ley N.º 8718; autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y Establecimiento de la Distribución de Rentas de las Loterías

Nacionales, y sus reformas). Ella nos entrega una reflexión que posibilita pensar no solo en las propuestas y la legalidad que cubre al país en temas de salud, sino también en la necesidad y obligación que nos impele de trabajar con ahínco en el desarrollo de los diversos proyectos y acciones vinculadas a esta ley.

El diputado Víctor Hernández Cerdas (Partido Acción Ciudadana) nos solicitó incluir una copia de esta Ley adjunta a este editorial en el actual número especial, agradecemos que hayan tomado en cuenta a la RCPs como un medio de difusión. Obviamente, su versión oficial fue presentada y expuesta en el Diario Oficial *La Gaceta*. Agradecemos este gesto, porque le da relevancia a la voz académica que tiene la RCPs en la Psicología nacional.

Deseo concluir con varias noticias: Recientemente fuimos incluidos en la plataforma E-revistas, lo cual amplía la presencia y difusión de la RCPs en otras latitudes. Como parte de una expansión en la política editorial, se incluyeron nuevos miembros/as en el Consejo Editorial y en el Comité Científico, costarricenses y extranjeros; personas de altas calidades científicas, técnicas y con amplia expertise en publicaciones de este calibre. La RCPs le solicitó al Dr. Rubén Ardila la edición de un próximo número especial sobre “Psicología basada en la evidencia” con la contribución de autores nacionales e internacionales. Les comentamos que la RCPs sigue desarrollando sus normas de ética en investigación y publicación científica, que deben respetarse en los trabajos y esperamos así aumentar nuestra visibilidad como una revista comprometida con el respeto a criterios y normas internacionales sobre la ética investigativa.

Es importante que la psicología nacional, por medio de esta voz académica gremial, pueda tener parte en el concierto de las publicaciones científicas internacionales, por ello y como parte de nuestros esfuerzos por internacionalizar a la RCPs y divulgar los trabajos costarricenses, así como ser un sitio para que otros/as investigadores/as internacionales publiquen sus trabajos, hemos redactado en lengua inglesa una serie de secciones de la RCPs, entre ellas: ética investigativa, normas de publicación y entrega de manuscritos, la presentación de la revista y las páginas legales.

Para terminar, la RCPs asumió el proceso de edición por medio del software InDesign, que facilita un control directo sobre la maquetación, aumenta la calidad de la publicación y agiliza nuestro proceso de producción.



Alfonso Villalobos-Pérez

Director Revista Costarricense de Psicología

Anexo editorial

ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

CREACIÓN DE LA SECRETARÍA TÉCNICA DE SALUD MENTAL, MODIFICACIÓN DE LA LEY N.º 5412, LEY ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE SALUD, Y SUS REFORMAS; DE LA LEY N.º 5395, LEY GENERAL DE SALUD, Y SUS REFORMAS, Y ADICIÓN DE UN PÁRRAFO AL INCISO C) DEL ARTÍCULO 8 DE LA LEY N.º 8718, AUTORIZACIÓN PARA EL CAMBIO DE NOMBRE DE LA JUNTA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y ESTABLECIMIENTO DE LA DISTRIBUCIÓN DE RENTAS DE LAS LOTERÍAS NACIONALES, Y SUS REFORMAS

REDACCIÓN FINAL

13 de febrero de 2014

EXPEDIENTE N.º 18.536

CUARTA LEGISLATURA

(Del 1º de mayo de 2013 al 30 de abril de 2014)

SEGUNDO PERÍODO DE SESIONES EXTRAORDINARIAS

Del 1º de diciembre de 2013 al 30 de abril de 2014

**DEPARTAMENTO DE COMISIONES LEGISLATIVAS
COMISION PERMANENTE ESPECIAL DE REDACCIÓN**

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA**DECRETA:**

CREACIÓN DE LA SECRETARÍA TÉCNICA DE SALUD MENTAL, MODIFICACIÓN DE LA LEY N.º 5412, LEY ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE SALUD, Y SUS REFORMAS; DE LA LEY N.º 5395, LEY GENERAL DE SALUD, Y SUS REFORMAS, Y ADICIÓN DE UN PÁRRAFO AL INCISO C) DEL ARTÍCULO 8 DE LA LEY N.º 8718, AUTORIZACIÓN PARA EL CAMBIO DE NOMBRE DE LA JUNTA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y ESTABLECIMIENTO DE LA DISTRIBUCIÓN DE RENTAS DE LAS LOTERÍAS NACIONALES, Y SUS REFORMAS

ARTÍCULO 1.-

Se reforman los artículos 9, 10, 29, 31 y 343 de la Ley N.º 5395, Ley General de Salud, y sus reformas, de 30 de octubre de 1973. Los textos dirán:

“Artículo 9.-

[...]

Todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y salud mental, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención y escenarios, así como a la disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad. La atención se realizará, principalmente, en el ámbito comunitario; para ello, se utilizarán los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio, y se considerarán de modo especial aquellos problemas de las personas menores de edad, las personas con discapacidad, los adultos mayores y las personas con depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar. El internamiento se utilizará solo en casos totalmente necesarios.

Artículo 10.-

Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre los asuntos, las acciones y las prácticas conducentes a la promoción y la conservación de la salud física y mental de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades, depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar, así como sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales”.

“Artículo 29.-

Las personas con desórdenes mentales o del comportamiento severos, tales como la depresión, el suicidio, la esquizofrenia, las adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar podrán someterse voluntariamente a un tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud, y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, de conformidad con la legislación vigente”.

“Artículo 31.-

Las personas con desórdenes mentales o del comportamiento, con tentativa de suicidio, farmacodependientes o alcohólicas que se encuentren internadas de forma voluntaria podrán solicitar la salida del establecimiento de salud con alta exigida, a petición personal o de sus familiares, cuando la salida no represente peligro para su salud o la de terceros”.

“Artículo 343.-

Toda institución o establecimiento público, semipúblico o privado que realice acciones de salud, sean estas de prevención, promoción, conservación o recuperación de la salud física y mental en las personas o de rehabilitación del paciente, queda sujeto a las normas técnicas que el Ministerio dicte dentro de sus atribuciones, y al control y la vigilancia técnica de las autoridades de salud”.

ARTÍCULO 2.-

Se adiciona el numeral 14 al artículo 345 de la Ley N.º 5395, Ley General de Salud, y sus reformas, de 30 de octubre de 1973. El texto dirá:

“Artículo 345.-

[...]

14.- Promover la creación de grupos de apoyo comunal para las personas que se encuentren afectadas en su salud mental y sus familiares. Para esto deberá coordinar con las juntas de salud, los Ebais y las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. También, deberá elaborar los manuales de capacitación para el personal de todos los establecimientos de salud, especialmente en el primero y segundo nivel”.

ARTÍCULO 3.-

Se adiciona un inciso g) al artículo 5 de la Ley N.º 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, y sus reformas, de 8 de noviembre de 1973. El texto dirá:

“Artículo 5.-

Serán órganos adscritos al despacho del ministro los siguientes:

[...]

g) La Secretaría Técnica de Salud Mental”.

ARTÍCULO 4.-

Se adiciona una sección X al capítulo II del Título II de la Ley N.º 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, y sus reformas, de 8 de noviembre de 1973. En consecuencia, se corre la numeración para que en lo sucesivo se lea de la siguiente manera:

“CAPÍTULO II**[...]****SECCIÓN X
SECRETARÍA TÉCNICA DE SALUD MENTAL****Artículo 26.-****Objetivo**

Se crea la Secretaría Técnica de Salud Mental, con el fin de declarar de interés público las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la Rectoría de la Producción Social de la Salud Mental.

Artículo 27.-**Naturaleza**

La Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico, adscrito al despacho del ministro de Salud, cuyo objetivo es abordar de forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

Artículo 28.-**Funciones**

La Secretaría Técnica de Salud Mental tendrá las siguientes funciones:

- a) Participar en el proceso de formulación y evaluación de las políticas, los planes, los programas y los proyectos de salud mental.
- b) Establecer los mecanismos de coordinación, conducción y dirección política de salud mental con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.
- c) Promover y gestionar investigaciones científicas en el tema de la salud mental, con el fin de obtener un diagnóstico actualizado y conocer la situación de esta problemática en el país.
- d) Gestionar el diseño de estrategias de comunicación y mercadeo social que promuevan la salud mental en la población.
- e) Impulsar el desarrollo de la información del Sistema Nacional de Salud.
- f) Fortalecer los mecanismos de coordinación interinstitucional y participación social de las personas con problemas de salud mental, incluido el grupo familiar y el entorno.
- g) Fortalecer la creación de grupos de apoyo a cargo de las ONG, para la atención de las personas con discapacidades relacionadas con salud mental en el ámbito nacional.
- h) Gestionar que la atención integral de la salud mental se base en la evidencia científica, por medio de la aplicación de normas nacionales, protocolos y guías clínicas.
- i) Impulsar en el Sistema Nacional de Salud las acciones orientadas a la salud mental, tales como depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, matonismo escolar, acoso laboral y el apoyo necesario del grupo familiar.
- j) Impulsar un proceso de sensibilización y capacitación en salud mental para los proveedores

de los servicios de salud y la educación, así como a otros actores sociales involucrados con los determinantes de la salud mental.

- k) Gestionar el desarrollo de un foro nacional de salud mental anual sobre rendición de cuentas.
- l) Elaborar un plan anual de trabajo, en coordinación con el despacho ministerial.

Artículo 29.- Integración de la Secretaría Técnica de Salud Mental

La Secretaría Técnica de Salud Mental estará constituida por la dirección técnica, apoyada por un equipo técnico, administrativo y profesional de acuerdo con las funciones que le competen por ley.

Artículo 30.- Creación del Consejo Nacional de Salud Mental

Se crea el Consejo Nacional de Salud Mental de la Secretaría Técnica de Salud Mental.

El Consejo Nacional estará integrado por:

- a) El ministro de Salud o su representante, quien lo preside.
- b) El ministro de Educación Pública o su representante.
- c) Un representante de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- d) Un representante del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.
- e) Un representante del Patronato Nacional de la Infancia.
- f) Un representante del Instituto Costarricense del Deporte.
- g) Un representante de la Junta de Protección Social de San José.
- h) Un representante del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.
- i) Un representante de las organizaciones no gubernamentales que trabajan con personas con problemas mentales o que se han recuperado.

Artículo 31.- Funciones

El Consejo Nacional de Salud Mental tendrá las siguientes funciones:

- a) Apoyar al despacho ministerial y a la Secretaría Técnica de Salud Mental, en la formulación y la evaluación de las políticas, los planes, los programas y los proyectos de salud mental.
- b) Establecer los mecanismos de coordinación, conducción y dirección política de salud mental con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.
- c) Definir los mecanismos de modulación del financiamiento para impulsar las acciones de prevención, promoción, atención y rehabilitación en el Sistema Nacional de Salud, los cuales estarán orientados a los problemas de salud mental, tales como depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar.
- d) Gestionar las investigaciones científicas en salud mental en Costa Rica, con el fin de conocer la situación de esta problemática y obtener un diagnóstico actualizado.
- e) Apoyar el desarrollo de un foro nacional de salud mental anual sobre rendición de cuentas.

Artículo 32.- Sesiones

El Consejo Nacional de Salud Mental sesionará, ordinariamente, una vez cada tres meses y, extraordinariamente, cuando se requiera con exposición razonada de motivos y no devengará dietas.

Artículo 33.- Fuente de financiamiento

El financiamiento estará constituido de acuerdo con lo establecido en el inciso c) del artículo 8 de la Ley N.º 8718, Autorización para el Cambio de Nombre de la Junta de Protección Social y Establecimiento de la Distribución de Rentas de las Loterías Nacionales, y sus reformas, de 17 de febrero de 2009”.

ARTÍCULO 5.-

Se adiciona un párrafo al inciso c) del artículo 8 de la Ley N.º 8718, Autorización para el Cambio de Nombre de la Junta de Protección Social y Establecimiento de la Distribución de Rentas de las Loterías Nacionales, y sus reformas, de 17 de febrero de 2009. El texto dirá:

“Artículo 8.-

[...]

- c) De un tres por ciento (3%) a un tres coma diez por ciento (3,10%) para el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, destinado a financiar, exclusivamente, programas públicos de salud preventiva.
- Asimismo, de los recursos que perciba el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, según el párrafo anterior, se destinará un diez por ciento (10%) al financiamiento de los programas y actividades de promoción y prevención de la salud mental. Del porcentaje anterior queda excluido el pago de salarios.

[...]”.

TRANSITORIO ÚNICO.-

El Poder Ejecutivo tendrá un plazo de tres meses para reglamentar lo referente a la Secretaría Técnica de Salud Mental.

Rige a partir de su publicación.

**VICTOR HERNANDEZ CERDAS
DIPUTADO PARTIDO ACCION CIUDADANA**

G:/redacción/actualizacióntextos/18536R-3-FINAL
Elabora Grenz
Redacción Final
Fecha 13-2-2014



EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD MENTAL

EPIDEMIOLOGY & MENTAL HEALTH

Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación

Depression and Working Conditions: Review of Current Research

Elisa Ansoleaga Moreno
Universidad Diego Portales, Chile

Gonzalo Miranda-Hiriart
Universidad Católica Silva Henríquez, Chile

Resumen

El presente artículo analiza la investigación de la última década (años 2000-2010) acerca de la evidencia de asociaciones entre factores psicosociales laborales y la aparición de episodios depresivos en estudios longitudinales. Para este fin, se realizó una revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos, que incluyeron factores psicosociales laborales como exposición (variables independientes) y depresión como desenlace (variable dependiente). La búsqueda se focalizó en *PubMed* y los criterios de inclusión fueron los siguientes: estudios de cohorte longitudinales prospectivos que, además, reportaron sus resultados a través de riesgo relativo (RR) u *odds ratio* (OR). Se excluyeron artículos referenciados en revisiones anteriores. A partir de estos criterios, se seleccionó un total de ocho estudios. La revisión reafirma la tendencia observada desde hace dos décadas, que alta carga de trabajo, bajo control sobre los ritmos y procesos de trabajo, pobre apoyo social, desequilibrio entre esfuerzo invertido y recompensa recibida, así como la percepción de un trato injusto como predictores significativos y consistentes de futuros episodios depresivos. Sin embargo, la variabilidad de estos resultados posibilitó reconocer las dificultades del abordaje de las variables psicosociales y, por lo mismo, la importancia de no descuidar la reflexión teórica y epistemológica.

Palabras clave: Depresión, factores psicosociales, trabajo

Abstract

This article reviews research during the last decade (2000-2010) that studied evidence of associations between psychosocial labor factors and the emergence of depressive episodes in longitudinal studies. A systematic review of prospective cohort studies was performed which included psychosocial factors at work such as exposure (independent variable) and depression as an outcome (dependent variable). The search was focused on *PubMed* and the inclusion criteria were prospective cohort studies that reported their results using relative risk (RR) or odds ratio (OR). Papers reported in previous reviews were excluded. Based on these criteria, eight studies were selected. The trend, which has been observed for two decades, was confirmed: heavy work demands, low control over work rhythm and processes, poor social support, imbalance between effort and reward, as well as perceived unfair treatment were significant and consistent predictors of future depressive episodes. However, the variability in these results makes it necessary to recognize the difficulties of addressing psychosocial variables, and therefore, the importance of not neglecting theoretical and epistemological reflection.

Keywords: Depression, Psychosocial Factors, Work

Elisa Ansoleaga Moreno, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Gonzalo Miranda-Hiriart, Escuela de Psicología, Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago, Chile.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Elisa Ansoleaga-Moreno, dirección electrónica: maria.ansoleaga@udp.cl o a Gonzalo Miranda-Hiriart, dirección electrónica: gmiranda@ucsh.cl

Los fenómenos depresivos han alcanzado un protagonismo tan inesperado como indiscutido en la escena de la salud pública contemporánea. Hace más de una década, las proyecciones sobre la carga de enfermedad comenzaron a pronosticar que la depresión mayor sería para el año 2020 la segunda causa de pérdida de años de vida saludable a nivel mundial y la primera en los países en vías de desarrollo (Murray & Lopez, 1997). Kohn y colaboradores (2005) estimaron una tasa de prevalencia de vida para la depresión mayor en América Latina en general de un 8.7%, donde Colombia y Brasil presentaron las tasas más altas (19.6% y 12.6%, respectivamente) seguidos por Perú (9.7%) y Chile (9.2%). Esta realidad contrasta con los escasos recursos destinados por los sistemas de salud de esta región a la salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 2013) y con la carencia de investigación y la falta de discusión académica y pública respecto del tema (Ansoleaga & Valenzuela, 2013). Los datos desafían a teóricos e investigadores de la salud mental a desplegar explicaciones y revisar los enfoques clásicos sobre la enfermedad depresiva.

La Psicología clínica y la Psicología del trabajo y de las organizaciones han prestado poca atención al eventual papel patógeno del entorno y las condiciones laborales. En el ámbito de la salud pública se ha desarrollado en los últimos años una línea de investigación promisoría por su potencial para generar acciones preventivas al buscar identificar elementos propios del trabajo que pudiesen representar factores de riesgo para la salud mental, conocidos como factores psicosociales (Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud, OIT/OMS, 1984).

El presente artículo presenta en ese marco una revisión de la investigación cuyo objetivo consiste en analizar los resultados de estudios longitudinales recientes (años 2000 al 2010) sobre la asociación entre factores psicosociales laborales y la depresión.

Factores de riesgo psicosocial

Sauther, Murphy & Levy (en Gil-Monte, 2010) definieron los factores psicosociales de riesgo como las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea e, incluso, el entorno del trabajo que tienen la capacidad de afectar negativamente el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador. Ahora bien, no es fácil definir cuáles elementos del medio psicosocial son relevantes para la salud. Aun cuando los riesgos psicosociales hace más de treinta años están en la agenda de investigación de psicólogos y epidemiólogos en el ámbito sanitario (OIT-OMS, 1984; Karasek & Theorell, 1990), lo psicosocial, en la mirada biomédica, suele ser cualquier condición que se aparte de lo estrictamente físico, químico o biológico, lo que lleva a cierta confusión en la práctica, debido a la carencia de precisión con que se emplea el concepto psicosocial. Sin embargo, existen desde hace varias décadas constructos y modelos que permiten precisar y acotar el campo de estudio. En los últimos años, dos modelos se han impuesto en la investigación epidemiológica: el Modelo Demanda-Control (Karasek & Theorell, 1990) y el Modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996).

El modelo de Karasek (demanda-control) considera tres dimensiones: la demanda psicoló-

gica, el margen de decisión sobre el trabajo y el apoyo social de pares y superiores. La demanda psicológica alude a un conjunto de exigencias cognitivas y emocionales relacionadas con la complejidad de las tareas, el volumen de trabajo y la presión de tiempo. El margen de decisión (también llamado latitud decisional) refiere a las posibilidades que posee la persona de influenciar decisiones relacionadas con su trabajo, de controlar sus propias actividades y al grado en que el trabajo le permite desarrollar sus propias capacidades. Finalmente, el apoyo social (incluido con posterioridad al modelo) considera dos componentes: el apoyo de los compañeros de trabajo y los niveles de supervisión directa. El apoyo social refiere a la percepción de que pares o superiores prestan colaboración instrumental (para realizar el trabajo) o emocional (para tramitar cuestiones de índole extralaboral o relacional en el espacio de trabajo). El modelo de Karasek sostiene que, en la medida en que las personas perciben sostenidamente altas demandas psicológicas acompañadas de un bajo control sobre sus procesos de trabajo, experimentan distrés laboral. El apoyo social actúa como moderador de dicha tensión; por lo tanto, cuando este se percibe negativamente, el riesgo para la salud del trabajador se incrementa.

En tanto, el modelo de Siegrist (esfuerzo-recompensa) incluye dos variables principales: el esfuerzo y las recompensas. El esfuerzo considera la cantidad de tareas, el ritmo en que se desempeñan y las interrupciones sufridas durante el trabajo. Las recompensas incluyen variables relativas a la estima, la promoción en el trabajo y la seguridad/ estabilidad del empleo. Ambas variables entran en juego con una tercera variable, el sobrecompromiso (patrón personal específico de afrontamiento e implicación con el trabajo). Siegrist (1996) define tensión laboral como el producto de un desbalance entre el esfuerzo y el compromiso del trabajador y las compensaciones que percibe, tanto monetarias como no monetarias.

La difusión de estos dos modelos tiene como consecuencia que la dimensión psicosocial del trabajo suele ser identificada con lo que miden los instrumentos originados por estos enfoques, al estrechar artificialmente su complejidad. Además, permitió ordenar la investigación sobre factores psicosociales y realizar análisis comparativos.

Factores psicosociales y depresión

La mayoría de los estudios realizados sobre la salud mental y el trabajo son de carácter transversal, lo que genera problemas al interpretar sus resultados, por la simultaneidad con que se miden las variables. Sin embargo, en el último tiempo, como lo muestran las revisiones y el metanálisis que más abajo se exponen, han aumentado los estudios longitudinales que, a través de mediciones repetidas, posibilitan un seguimiento de grupos de la población en el tiempo (cohortes). Además, ha mejorado el control de variables intervinientes, que potencialmente pueden confundir las asociaciones, trátase de rasgos de personalidad, nivel socioeconómico u otras. Hoy, se cuenta con más de una veintena de estudios longitudinales y una parte de ellas ha sido sistematizado en revisiones anteriores:

Tennant (2001) refiere varios estudios realizados en distintas ocupaciones en la década de los años 1990: En una cohorte de obreros japoneses la falta de control, trabajos “inadecuados” y pobres relaciones humanas resultaron predictores significativos de depresión (*Zung Scale*, Zung, 1965). Para las dos últimas variables se realizó un estudio caso-control al utilizar el diagnóstico médico que refrendó los hallazgos anteriores. Otra investigación con obreros mostró que el ruido ambiental (en sujetos vulnerables) predijo mayor frecuencia de depresión. En una cohorte de funcionarios públicos ingleses, el Modelo Demanda-Control explicó la aparición de la depresión (*General Health Questionnaire*, GHQ, Goldberg y Williams, 1988), incluso por encima de las diferencias de clase social. En una cohorte de ejecutivos, la ambigüedad del rol y la carga de trabajo fueron predictores significativos de sintomatología depresiva. En profesores en práctica, las demandas del trabajo así como el pobre soporte social predijeron la depresión (GHQ), lo mismo ocurrió en médicos residentes de urgencia. En suma, concluye la revisión de Tennant, aun cuando la proporción de la varianza explicada por estrés laboral para la depresión osciló entre 10% y 50%, la carga de trabajo y el medio social (conflictos interpersonales y soporte social pobre) fueron predictores consistentes de ánimo depresivo en ocupaciones de distinto tipo.

La revisión realizada por Sanderson & Andrews (2006), también en los años 1990, incluyó cuatro estudios de cohortes en Europa y Canadá, en los cuales el Modelo Demanda-Control predijo la aparición de nuevos casos de depresión evaluados a través de entrevistas estructuradas (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI de la OMS; Kessler y Üstün, 2004) o a través de escalas (GHQ y *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*, CES-D, Radloff, 1977) con *odds ratio*¹ (OR) que varían entre 1.24 y 1.43. En esos estudios, se encontraron OR cercanos a 2.0 al evaluar la capacidad predictiva de conflictos con el supervisor o la inseguridad laboral. Uno de dichos estudios realizados con funcionarios públicos ingleses utilizó adicionalmente el Modelo Esfuerzo-Recompensa que resultó ser un valioso predictor de la depresión (OR = 2.57). La revisión incluyó un estudio que consideraba la variable “justicia organizacional” -que progresivamente ha ocupado un lugar destacado en las nuevas investigaciones sobre los riesgos psicosociales-, que resultó también ser un factor predictor significativo para la depresión (GHQ), especialmente en el caso de una percibida baja justicia procedimental (rectitud y participación en los proceso de toma de decisiones), sobre todo para los hombres (OR = 2.13). Sanderson & Andrews citan dos estudios poblacionales en los que el sobrempleo y el subempleo aparecieron asociados significativamente con la incidencia de nuevos casos de depresión (CES-D).

¹ El *odds ratio* (OR) traducido del inglés como razón de probabilidades es una medida de tamaño de efecto utilizada en la investigación médica y corresponde al cociente de dos razones: el numerador es la razón entre la probabilidad de que un evento suceda y la probabilidad de que no suceda bajo ciertas condiciones y el denominador es la razón entre la probabilidad de que dicho evento suceda y la probabilidad de que no suceda bajo las condiciones complementarias. Por lo tanto, si el OR = 1, no hay diferencias en la probabilidad de ocurrencia de la variable estudiada entre los grupos que se comparan. Si el resultado es mayor a 1 se supone un riesgo incrementado para el grupo de interés (los así llamados “expuestos”) y si el resultado es negativo, en cambio, supone un efecto de protección del factor de exposición.

Siegrist (2008) revisó once estudios prospectivos en poblaciones diferentes (algunos de los cuales fueron también recopilados en la revisión anterior), que utilizaron los Modelos Demanda-Control y Esfuerzo-Recompensa. Al medir tensión laboral, desde la perspectiva del Modelo Demanda-Control, obtuvo en todos los casos OR positivos y significativos que oscilaron entre 1.4 y 1.5 para la depresión diagnosticada por profesionales, y OR de 1.9 a 3.4 para sintomatología depresiva detectada a través de cuestionarios (CES-D, GHQ y *Symptom Checklist* 90, SCL-90, Derogatis & Savitz, 2000). Sin embargo, el uso de algunos componentes simples de este modelo resultó en una capacidad predictiva más dudosa. El Modelo Esfuerzo-Recompensa mostró una asociación similar con la depresión diagnosticada por un clínico (OR de 1.5 a 1.6) y más fuerte para la sintomatología depresiva evaluada a través de cuestionarios (OR de 1.9 a 4.6).

En una acuciosa revisión publicada en el año 2008, Bonde seleccionó 16 estudios prospectivos metodológicamente sólidos y medidos por medio del riesgo relativo² (RR). En dicha revisión aparecieron como variables significativas (a) la demanda laboral ($RR_{promedio} = 1.31$), (b) el control sobre los procesos de trabajo ($RR_{promedio} = 1.2$) y (c) el apoyo social ($RR_{promedio} = 1.44$). Es interesante que, según el investigador, no se observaron diferencias significativas entre la depresión evaluada clínicamente y a través de cuestionarios. También, destaca el aumento del riesgo estimado en casos expuestos a injusticia organizacional (OR = 1.4) y al acoso laboral (OR = 2.3).

El metanálisis publicado por Standfeld y Candy (2006), quienes, a partir de una recopilación de 50 artículos, llegaron a seleccionar once reportes adecuados para un estudio de este tipo donde identificaron siete variables críticas que representaron riesgo para una serie de trastornos mentales comunes: baja utilización de habilidades personales ($OR_{resumen} = 1.21$), escaso control sobre el proceso de trabajo ($OR_{resumen} = 1.23$), alta demanda psicológica ($OR_{resumen} = 1.39$), bajo soporte social ($OR_{resumen} = 1.32$), tensión laboral, definida como la combinación entre alta demanda, bajo control y pobre apoyo social ($OR_{resumen} = 1.82$), desbalance esfuerzo-recompensa ($OR_{resumen} = 1.84$) e inseguridad laboral ($OR_{resumen} = 1.33$). El artículo concluye con el hecho de que existe evidencia acumulada vigorosa sobre los efectos causales de ciertos factores psicológicos y sociales del trabajo en la salud mental y que dichos efectos son diferentes en hombres y mujeres.

Método

El presente artículo se realizó con base en una revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos, que incluyeron factores psicosociales laborales como exposición³ y depresión como desenlace. La búsqueda se focalizó en *PubMed* (*US National Library of Medicine, National Insti-*

² A diferencia del OR, el RR (riesgo relativo) es una razón simple que estima la magnitud de la asociación entre el factor de exposición y la variable de interés e indica cuánto más proclive a desarrollar el efecto es el grupo de sujetos expuestos en relación con el grupo no expuesto. Se interpreta de manera similar al OR.

³ El término se utiliza en los estudios epidemiológicos al aludir a la variable que precede un desenlace de salud o *outcome*, equivalente a variable dependiente e independiente.

tutes of Health, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>) y consideró artículos originales (reportes de investigación) publicados entre enero de 2000 y marzo de 2010. Los términos de referencia utilizados fueron: “estrés laboral”, “*work stress*”, “*job strain*”, “riesgos psicosociales”, “*psychosocial risks*”, “depresión”, “*depression*”, “*prospective*” (study) y “*longitudinal*” (study).

Los criterios de inclusión fueron estudios de cohorte longitudinales prospectivos, que reportaron sus resultados a través del riesgo relativo (RR) o el *odds ratio* (OR). La selección incluyó ninguna opción por un modelo teórico ni por alguna variable en particular. Fueron excluidos los artículos que referenciamos en la introducción en las revisiones anteriores. A partir de estos criterios, seleccionamos un total de ocho estudios⁴ (véase tabla 1).

Tabla 1

Estudios de cohorte seleccionados: procedencia, muestra y seguimiento

Autor / año	Procedencia		Muestra		Seguimiento		
	País	Muestra	Ocupación	Tamaño/ Género	Edad	Duración (años)	Adherencia (%)
Griffin, Fuhrer, Stansfeld & Marmot (2002)	Gran Bretaña	Servicios gubernamentales	Directivos Profesionales Administrativos Operarios	M: 5170 F: 2303	35-55	4	73%
Michélsen & Bildt (2003)	Suecia	Población general	Administrativos Operarios	M: 177 F: 190	42-58	24	60%
Wang (2005)	Canadá	Población general	Directivos Profesionales Administrativos Operarios	6663	41	4	93,6%
Shields (2006)	Canadá	Población general	Ejecutivos Profesionales Administrativos Agricultores Operarios	M: 6268 F: 6148	18-75	2	80,6%
Ferrie et al. (2006)	Gran Bretaña	Servicios gubernamentales	Directivos Profesionales Administrativos	M: 6895 F: 3143	42,9	4	73%
Wang, Schmitz, Dewa & Stansfeld (2009)	Canadá	Población general	—	M: 2633 F: 2233	18-74	15	—
Stoetzer et al. (2009)	Suecia	Población general	—	M: 1775 F: 2265	20-64	3	84%
Clumeck et al. (2009)	Bélgica	11 compañías, sector secundario y terciario	Ejecutivos Administrativos Operarios	M: 6103 F: 2447	35-59	3	48%

Nota: M = masculino, F = femenino

⁴ El escaso número de investigaciones de este tipo se relaciona con que se trata de estudios de gran tamaño, complejos y, por lo tanto, económicamente muy costosos y difíciles de realizar.

Resultados

De los ocho estudios seleccionados, cinco fueron realizados en Europa y tres, en Canadá. Cinco fueron realizados en la población general, dos correspondieron a la cohorte *Whitehall II*⁵ (Marmot et al., 1991) de trabajadores del sector público inglés y uno incluyó trabajadores solo del sector privado. El tamaño de las cohortes varía entre 367 y 10,039 sujetos.

Respecto al proceso de evaluación de riesgos psicosociales, todos los estudios utilizaron cuestionarios de autorreporte con medidas multiítem. Para detectar la depresión, siete estudios utilizaron instrumentos de autoaplicación y uno la entrevista estructurada. Todos los estudios fueron mixtos y realizaron análisis en los que se excluyeron los casos de depresión en la línea base (ver tablas 2 y 3).

En primer lugar, el estudio de Griffin, Fuhrer, Stansfeld & Marmot (2002) evaluó el impacto de la percepción de control sobre las situaciones que ocurren tanto en el hogar como en el trabajo. Los investigadores encontraron que hombres y mujeres con bajo control en el hogar presentaron mayor sintomatología depresiva (OR = 1.71 y 2.02, respectivamente). Otro factor de riesgo de depresión en hombres fue el hecho de tener personas a su cargo en el hogar (OR = 1.59), lo que no ocurrió en las mujeres. El riesgo de depresión asociado al bajo control en el hogar se agudizó a medida que se descendió en la escala de posición social: en mujeres, desde la posición intermedia a la baja (OR = 1.82 a 4.4) y en hombres de la posición alta a la intermedia (OR = 1.71 a 2.22). Por su parte, el bajo control en el trabajo revistió riesgo de depresión para hombres solo de posiciones sociales altas (OR = 1.29) e intermedias (OR = 1.76) y para mujeres solo de posiciones sociales intermedias (OR = 1.60).

Michélsen & Bildt (2003) estudiaron el Modelo Demanda-Control junto con las variables *condiciones de trabajo* (tipo de jornada, trabajo de noche y turnos) y *uso del tiempo libre*. Las únicas variables significativas asociadas a nuevos casos de depresión fueron extralaborales: entre las mujeres, la insatisfacción con los contactos sociales (RR = 4.09) y en hombres los escasos contactos sociales (RR = 4.39) aumentaron cuatro veces el riesgo relativo de depresión. Resultó relevante que en mujeres el sobretiempo de trabajo fue una variable asociada al aumento del riesgo de consumo de alcohol, mientras para los hombres la insatisfacción con las actividades de ocio fue un factor de riesgo en esta variable.

Wang (2005) estudió la relación entre los niveles de estrés en el trabajo (alta demanda y bajo control) y la prevalencia de depresión mayor. Encontró que los sujetos que presentaron alto estrés mostraron un riesgo más elevado de depresión comparado con los que reportaron niveles de estrés

⁵ El estudio *Whitehall* original es el más famoso a nivel longitudinal al incorporar los determinantes sociales de la salud en trabajadores; además, encontró fuertes asociaciones entre los niveles ocupacionales de los empleados públicos y las tasas de mortalidad derivadas de diversas causas. También, demostró que la gradiente social, aun en países desarrollados, se asocia claramente con morbilidad y mortalidad.

bajo o medio ($OR = 2.35$). Además, encontró que el bajo nivel educativo, el número de enfermedades crónicas, los eventos traumáticos de la infancia y el uso de los servicios de salud mental fueron predictores significativos de aumento en los puntajes de depresión.

Shields (2006) probó el Modelo Demanda-Control junto con estrés general y encontró que hombres y mujeres en trabajos con alta tensión (alta demanda y bajo control) tuvieron significativamente mayores tasas de depresión ($OR = 3.3$). En las mujeres, bajo soporte social de compañeros de trabajo ($OR = 1.8$) y alto estrés cotidiano ($OR = 2.0$) se relacionaron con la aparición de depresión.

Ferrie, Head, Shipley, Vahtera, Marmot & Kivimäki (2006) estudiaron los efectos de la justicia organizacional y utilizaron como medidas de control los Modelos Demanda-Control y Esfuerzo-Recompensa. Reportaron que la baja justicia relacional (percepción de trato sesgado negativamente por parte de los supervisores) fue un buen predictor independiente del aumento de la sintomatología depresiva tres y seis años después ($OR = 1.43$) solo en hombres. Lo interesante fue que cambios positivos en la percepción de justicia relacional se asociaron con una reducción inmediata del riesgo de morbilidad psiquiátrica, mientras que los cambios adversos implicaron un aumento de este riesgo.

Wang, Schmitz, Dewa & Stansfeld (2009) analizaron los efectos observados en sujetos que experimentaron cambios en la percepción de tensión psíquica asociada al trabajo. Encontraron que, quienes reportaron una tensión laboral persistentemente elevada, fueron 1,52 veces más propensos a desarrollar episodios de depresión mayor que su grupo de referencia. Quienes reportaron un incremento en la tensión laboral de una medición a otra fueron 1,6 veces más propensos a desarrollar episodios depresivos que los que informaron persistentemente baja tensión, lo cual avala los resultados de Ferrie et al. (2006).

Stoetzer et al. (2009) centraron su investigación en las relaciones sociales en el trabajo y concluyeron que las relaciones interpersonales problemáticas en el trabajo, como bajo soporte social ($OR = 1.5$), conflictos graves en el trabajo ($OR = 1.4$), exclusión por parte de los superiores ($OR = 1.6$) y de los compañeros ($OR = 1.7$) aumentaron en alrededor una vez y media el riesgo de aparición de un cuadro depresivo.

Clumeck et al. (2009) estudiaron la relación entre tensión laboral (alta demanda, bajo control y bajo soporte social) y licencias médicas de larga duración debido a depresión. Los puestos de trabajo “pasivos” (baja demanda y bajo control) y los trabajos de “alta tensión psíquica” (alta demanda y bajo control) fueron asociados con depresión ligada al ausentismo laboral solo en hombres ($OR = 2.67$ y $OR = 3.23$, respectivamente). Como variable independiente, el bajo control fue un predictor significativo de ausentismo por depresión, tanto en hombres ($OR = 2.43$) como en mujeres ($OR = 2.21$).

En suma, estas investigaciones muestran que las variables sociales, tanto laborales como extralaborales, inciden significativamente en la probabilidad de presentar un cuadro depresivo.

Particularmente, reafirman la tesis que tanto la cantidad como la calidad de las redes sociales son un predictor relevante de salud mental (House, Landis & Umberson, 1988). Reafirmaron, también, que las personas cuyos puestos de trabajo combinaron una alta demanda laboral con un nivel bajo de control sobre la tarea y el ritmo de trabajo presentaron tasas más elevadas de depresión (entre dos a tres veces más) que aquellas que no presentaron en esa condición. A través de la investigación sobre los riesgos laborales, vuelve a cobrar vigencia la hipótesis sobre el origen social de la depresión propuesto hace más de tres décadas por Brown & Harris (1978), que fue un gran impulso en su tiempo para la Psicología comunitaria.

Tabla 2
Exposición y resultados, variables e instrumentos

Autor / año	Exposición		Resultado	
	Variables	Instrumentos	Variables	Instrumentos
Griffin et al. (2002)	Modelo Demanda-Control Control en el hogar	JCQ Karasek Escala propia	Depresión Ansiedad	Subescalas depresión y ansiedad GHQ 30
Michélsen & Bildt (2003)	Modelo Demanda-Control Condiciones de trabajo Uso del tiempo libre	Escala propia	Depresión Abuso de alcohol Morbilidad psiquiátrica	Entrevista estructurada GHQ 12
Wang (2005)	Modelo Demanda-Control	JCQ Karasek abreviado	Depresión	CIDI - SFMD
Shields (2006)	Modelo Demanda-Control Soporte social Estrés general	JCQ Karasek abreviado Escala propia	Depresión	WMH - CIDI
Ferrie et al. (2006)	Modelo Demanda-Control Soporte social Modelo Esfuerzo-Recompensa Justicia organizacional	JCQ Karasek Proxy ERI test Proxy Moorman	Depresión Trastornos ansiosos Somatización	GHQ 30
Wang et al. (2009)	Modelo Demanda-Control Soporte social	JCQ Karasek abreviado	Depresión mayor	CIDI - SFMD
Stoetzer et al. (2009)	Relaciones interpersonales en el trabajo	Subescala JCQ Karasek	Depresión mayor	MDI
Clumeck et al. (2009)	Modelo Demanda-Control Soporte social	JCQ Karasek	Ausentismo por depresión	CESD Scale Registros de licencias médicas

Nota: CESD = *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (Radloff, 1977); CIDI = *Composite International Diagnostic Interview* (Kessler y Üstün, 2004); GHQ 12 = *12-Item General Health Questionnaire* (Goldberg y Williams, 1988); GHQ 30 = *30-Item General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972); JCQ = *Job Content Questionnaire* (Karasek et al. (1998); MDI = *Major Depression Inventory* (Bech, Rasmussen, Olsen, Noerholm & Abildgaard, 2001); *Proxy ERI test* (Siegrist, Wege, Puhhofer & Wahrendorf, 2009); *Proxy Moorman* (Moorman, 1991); SFMD = *Short Form for Major Depression* (Ware & Sherbourne, 1992); WMH = *World Mental Health Survey* (Kessler & Üstün, 2004).

Tabla 3

Estimadores de las asociaciones entre exposición al riesgo psicosocial y sintomatología depresiva

Autor/ año	Variable exposición (independiente)	95% IC	Ajustado por
Griffin et al. (2002)	Cuidado de personas. Bajo control trabajo, alta posición social. Bajo control trabajo, posición social media. Bajo control trabajo, posición social media. Bajo control en el hogar.	OR = 1.59 (1.16-2.18) † OR = 1.29 (1.03-1.62) † OR = 1.76 (1.39-2.23) † OR = 1.60 (1.16-2.21) ‡ OR = 1.71 (1.26-2.31) † OR = 2.02 (1.12-3.64) ‡	Estatus marital, número de hijos, cuidado de personas, control en el trabajo, control en el hogar.
Michélsen & Bildt (2003)	Mala calidad de contactos sociales. Baja cantidad de contactos sociales.	RR = 4.09 (2.07-8.06) † RR = 4.39 (1.51-12.7) ‡	Género, edad.
Wang (2005)	Alta demanda, bajo control y bajo soporte.	OR = 2.35 (1.54-3.77) † ‡	Género, edad, estatus marital, ingreso familiar, educación, raza, número enfermedad crónica, eventos traumáticos, uso de servicios médicos.
Shields (2006)	Alta tensión psíquica. Alto estrés personal. Bajo soporte social de compañeros.	OR = 2.9 (1.5-5.4) † OR = 3.3 (1.8-6.1) † ‡ OR = 2.0 (1.5-2.7) ‡ OR = 1.8 (1.2-2.6) ‡	Empleo, horas de trabajo, trabajo por turnos, trabajo por cuenta propia, edad, estado civil, niños en el hogar, ingreso familiar, educación, consumo de alcohol o tabaco, bajo soporte social.
Ferrie et al. (2006)	Baja justicia relacional.	OR = 1.43 (1.11-1.84) †	Edad, categoría ocupacional, enfermedad física, demandas, control, soporte social y desbalance esfuerzo recompensa.
	Cambios adversos en la justicia relacional.	OR = 1.68 (1.26-2.24) ‡ OR = 1.59 (1.31-1.93) †	Categoría ocupacional Enfermedad física y justicia relacional.
Wang et al. (2009)	Alta tensión psíquica sin cambios. De baja a alta tensión psíquica.	OR = 1.52 (1.00-2.30) † ‡ OR = 1.60 (1.00-2.57) † ‡	Sexo, edad, educación, estatus de depresión en medidas previas, autopercepción de salud, eventos traumáticos en la infancia.
Stoetzer et al. (2009)	Bajo soporte social.	OR = 1.3 (1.0-1.8) ‡ OR = 2.2 (1.3-3.9) †	Edad, conflictos en la infancia, situación financiera, sin amigos o pareja; eventos personales estresantes, demandas en el trabajo, uso de habilidades, latitud de decisión, educación y depresión.
	Serios conflictos en el trabajo.	OR = 1.4 (1.1-1.9) † ‡ OR = 1.4 (0.9-1.9) ‡	
	Exclusión de superiores (bajo soporte social).	OR = 1.6 (1.1-2.2) ‡ OR = 2.2 (1.3-3.7) †	
	Exclusión de compañeros (bajo soporte social).	OR = 1.7 (1.2-2.3) † ‡ OR = 1.7 (1.2-2.3) ‡	
Clumeck et al. (2009)	Trabajo pasivo. Alta tensión. Bajo control.	OR = 2.67 (1.15-6.19) † OR = 3.23 (1.40-7.43) † OR = 2.43 (1.27-4.66) † OR = 2.21 (1.05-4.68) ‡	Edad, situación de vida, ISCO y CESD a la base.

Nota: † = Hombres, ‡ = Mujeres; CESD = Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (Radloff, 1977); IC = Intervalos de confianza; ISCO = International Standard Classification of Occupations (International Labour Organization); OR = frecuencias anómalas (odds ratio).

Discusión

La revisión de los ocho estudios precedentes complementa los más de 40 estudios citados en revisiones anteriores (Sanderson & Andrews, 2006; Standfeld & Candy, 2006; Siegrist, 2008; Bonde 2008), lo cual significa un acopio considerable de evidencia sobre el efecto de las condiciones laborales en la salud mental.

Si bien, el trabajo en sí ha estado relativamente ajeno a la discusión sobre la etiología de los trastornos mentales. Esta revisión reafirma la tendencia que muestra la investigación desde hace un par de décadas, que la organización del trabajo, así como las relaciones humanas al interior de los espacios laborales, actúan como predictores significativos de futuros episodios de depresión. Más interesante aun es que cambios positivos en la percepción de estos aspectos psicosociales del trabajo pueden actuar como factores protectores, lo que indudablemente es muy relevante para pensar en estrategias de intervención.

No obstante lo anterior, es importante notar que el poder predictivo de las distintas variables reseñadas cambia en distintos contextos: no es el mismo para ambos sexos, ni para sujetos provenientes de distintos estratos socioeconómicos. Se relaciona con el tipo de variable estudiada; se trata de percepciones que, a fin de cuentas, representan un contraste de expectativas, por lo que son altamente dependientes de los significados culturales y personales del trabajo (Xie, Schaubroeck & Lam, 2008). Por lo anterior, la relativa homogeneidad de las poblaciones estudiadas y la falta de representación de trabajadores de países en vías de desarrollo es una limitación importante de la investigación en este campo. En América Latina, sin embargo, aun cuando no existen estudios longitudinales, hay mediciones que tienden a confirmar los hallazgos internacionales (Araújo y Karasek, 2008; Ansoleaga, Vézina y Montaña, en prensa).

Además, existe evidencia sólida de otras variables que aumentan significativamente el riesgo de problemas mentales como son la violencia en el trabajo (Brousse et al., 2008 y Wieclaw, Agerbo, Mortensen, Burr, Tüchsen y Bonde, 2006) o la exposición a sucesos traumáticos (Fullerton, Ursano & Wang, 2004). Por lo tanto, los modelos y los factores que predominan hoy en la investigación no son los únicos que predicen la aparición de trastornos psicológicos vinculados al trabajo.

Todo lo anterior exige a la Psicología clínica y de la salud a complejizar los actuales modelos predictivos de la depresión, considerar de manera más decidida los elementos potencialmente patógenos del trabajo y examinar la interacción de los riesgos laborales con variables extralaborales. Sobre todo, se plantea la necesidad de un desarrollo teórico que permita mejorar los enfoques comprensivos del fenómeno depresivo y explicar cómo finalmente se asocia a ciertas condiciones de trabajo. La evidencia disponible, así como la creciente prevalencia de trastornos mentales en América Latina, exigen mejoras en la formación de psicólogos organizacionales, médicos del trabajo y prevencionistas de riesgos del trabajo. Por último, resulta necesario revisar los marcos regulatorios y la legislación de seguridad y salud laboral. Como lo plantea Gil-Monte (2010), ello debería significar un desarrollo sustancial de la Psicología de salud ocupacional en los próximos años, lo que

significa oportunidades profesionales y académicas para los psicólogos en distintas latitudes.

Referencias

- Ansoleaga, E., Vézina, M. & Montaña, R. (2013). Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 107-118. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00107.pdf>
- Ansoleaga, E. & Valenzuela, E. (2013). Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría. En Centro de Derechos Humanos udp, Facultad de Derecho (Ed.) *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*. Santiago, Chile: Editorial Universidad Diego Portales. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.udp.cl/informe-anual-2013/>
- Araújo de, T. M. & Karasek, R. (2008). Validity and reliability of the Job Content Questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 34(6), 52-59.
- Bech, P., Rasmussen, N. A., Olsen, L. R., Noerholm, V. & Abildgaard, W. (oct, 2001). The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 159-164. PMID: 11578668
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438-445. doi:10.1136/oem.2007.038430
- Brousse, G., Fontana, L., Ouchchane, L., Boisson, C., Gerbaud, L., Bourguet, D., ... y Chamoux, A. (2008). Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying. *Occupational Medicine*, 58(2), 122-28. doi: 10.1093/occmed/kqm148
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. London, UK: Tavistock.
- Clumeck, N., Kempenaers, C., Godin, I., Dramaix, M., Kornitzer, M., Linkowski, P. y Kittel, F. (2009). Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, 286-292. doi:10.1136/jech.2008.079384
- Derogatis, L. R. & Spitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings* (pp. 297-334). Mahwah, EE.UU.: Lawrence Erlbaum.
- Ferrie, J. E., Head, J., Shipley, M., Vahtera, J., Marmot, M. & Kivimäki, M. (2006). Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*, 63, 443-450. doi:10.1136/oem.2005.022269
- Fullerton, C., Ursano, R. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1370-1376. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1370
- Gil-Monte, P. R. (set-dic, 2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la salud ocupacional. *Informació Psicològica*, 100, 68-83.
- Griffin, J. M., Fuhrer, R., Stansfeld, S. A. & Marmot, M. (mar, 2002). The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science & Medicine*, 54(5), 783-798. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00109-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00109-5)
- Goldberg, D. P. y Williams P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire, UK: NFER-NELSON.

- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- House, J., Landis, K. & Umberson, D. (jul, 1988). Social relationship and health. *Science*, 241(4865), 540-545. doi: 10.1126/science.3399889
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (oct, 1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, EE.UU.: Basic Books.
- Kessler R. C. y Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-240. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>
- Marmot, M.G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Davey Smith, G. (jun, 1991), Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393, (originalmente publicado como Vol. 1, N.º 8754). [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
- Michélsen, H. & Bildt, C. (2003). Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. *Occupational & Environmental Medicine*, 60, 489-96. doi:10.1136/oem.60.7.489
- Moorman, R. (dec, 1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845-855. doi: 10.1037/0021-9010.76.6.845
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia, prevención* [Serie Seguridad, higiene y medicina del trabajo, N.º 56]. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCs/FACTORES_Texto.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *WHO AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., EE.UU.: Autor.
- Radloff, L. S. (jun, 1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1(3), 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Sanderson, K. & Andrews, G. (febr, 2006). Common mental disorders in the workforce: recent finding from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63-75.
- Shields, M. (2006). Stress and depression in the employed population. *Health Reports*, 17(4), 11-29. Recuperado de <http://www.statcan.gc.ca/ads-annonces/82-003-x/pdf/4194128-eng.pdf>
- Siegrist, J. (jan, 1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. doi:10.1037/1076-8998.1.1.27

- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: Evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(Suppl. 5), 115-19.
- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F. y Wahrendorf, M. (2009). A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(8), 1005-1013.
- Standfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health. A Meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-62.
- Stoetzer, U., Ahlberg, G., Johansson, G., Bergman, P., Hallsten, L., Forsell, Y. & Lundberg, I. (2009). Problematic interpersonal relationships at work and depression: A Swedish prospective cohort study. *Journal of Occupational Health*, 51(2), 144-151. <http://dx.doi.org/10.1539/joh.L8134>
- Tennant, C. (nov, 2001). Work related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 697-704.
- Wang, J. (jun, 2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychological Medicine*, 35(6), 865-871. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291704003241>
- Wang, J., Schmitz, N., Dewa, C. & Stansfeld, S. (2009). Changes in Perceived Job Strain and the Risk of Major Depression: Results From a Population-based Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology*, 169(9), 1085-1091. doi: 10.1093/aje/kwp037
- Ware, J. E., Jr. & Sherbourne, C. D. (jun, 1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P., Burr, H., Tüchsen, F. y Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 771-775. doi:10.1136/jech.2005.042986
- Xie, J. L., Schaubroeck, J. & Lam, S. S. K. (jul, 2008). Theories of job stress and the role of traditional values: A longitudinal study in China. *Journal of Applied Psychology*, 93(4), 831-848. doi: 10.1037/0021-9010.93.4.831
- Zung, W. W. K. (jan, 1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

Recibido 05 de septiembre de 2013

Revisión recibida 27 de noviembre de 2013

Aceptado 28 de enero de 2014

Reseña de la autora y del autor

Elisa Ansoleaga Moreno es psicóloga, magíster en Gestión y Políticas Públicas y doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile. Se desempeña como investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, Chile.

Gonzalo Miranda-Hiriart es psicólogo, magíster en Psicología clínica y doctor en Salud Pública. Se desempeña como académico de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez, Chile.

Disponible en línea: 30 de mayo de 2014

Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación

Psychological Approach to Self-Medication Behavior

Natalia Díaz-Caycedo, María Alejandra Payán-Madriñán y Andrés M. Pérez-Acosta

Universidad del Rosario, Colombia

Resumen

La automedicación es un fenómeno global creciente que tradicionalmente se ha definido como la acción individual de consumir un medicamento o seguir un tratamiento sin prescripción médica. Sin embargo, esta visión se ha quedado corta ante las manifestaciones contemporáneas del fenómeno que van más allá del autocuidado y se asocia cada vez más al consumo masivo de medicamentos inducido por la publicidad. En ese sentido, este artículo presenta las definiciones y las teorías explicativas de la automedicación ofrecidas por la literatura científica, especialmente aquellas que enfatizan en la dimensión del autocuidado (por ejemplo, el concepto de la Zoofarmacognosia) y desarrolla una nueva hipótesis sobre la automedicación, como comportamiento individual de consumo, explicada por un posicionamiento cognitivo causal simple acerca de la acción de los medicamentos, facilitado por la publicidad y el mercadeo de estos. Se concluye al mostrar la importancia de contrarrestar el efecto de la publicidad mediante la educación del consumidor acerca del riesgo que implica la complejidad de la automedicación a partir de la acción de los medicamentos en el organismo.

Palabras clave: Automedicación, autocuidado, medicamentos, consumo, posicionamiento cognitivo causal simple

Abstract

Self-medication is a growing global phenomenon traditionally defined as an individual action of taking medication or medical treatment without prescription. However, this view falls short of the contemporary phenomenon that goes beyond self-care and is increasingly associated with mass consumption induced by advertising. In this sense, this paper introduces definitions and explanatory theories of self-medication offered in the scientific literature, especially those that emphasize the self-care dimension (e.g., the concept of Zoopharmacognosy), and presents a new hypothesis about self-medication, as individual consumer behavior explained by a simple causal cognitive positioning of drug action, facilitated by drug marketing and advertising. We conclude showing the importance of counteracting the effect of publicity by means of increased consumer education about the risk implied by the complexity of drug actions on the organism due to self-medication.

Keywords: Self-Medication, Self-Care, Drugs, Consumption, Simple Causal Cognitive Positioning

Andrés M. Pérez-Acosta, Programa de Psicología, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Andrés M. Pérez-Acosta, dirección electrónica: andres.perez@urosario.edu.co

El presente artículo se basa en el trabajo de grado de las dos primeras autoras bajo la dirección del tercer autor como requisito académico parcial para la obtención del título de psicólogas de la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia).

Etimológicamente, el término automedicación se compone del prefijo “auto” de raíz griega que significa “propio” o “por uno mismo” y del lexema “medicación”, originado en el latín *medicatio*, -*ōnis*¹ que significa administración de un medicamento. La *Real Academia Española* define la acción de automedicarse como “tomar un medicamento, o seguir un tratamiento, sin prescripción médica”².

El concepto de automedicación más completo que Ruiz-Sternberg y Pérez-Acosta (2011) encontraron en su revisión sobre la literatura del tema fue por Loyola Filho, Lima-Costa y Uchôa (2004), quienes plantean que el fenómeno de la automedicación incluye un amplio espectro, que va desde el consumo de medicamentos industrializados hasta el uso de remedios caseros; en últimas, se define la automedicación como el acceso a medicamentos sin fórmula médica, sea en la farmacia, en las redes de apoyo cercanas o al consumir medicamentos utilizados previamente o que se encuentran en el botiquín casero. Loyola Filho y colaboradores consideran, también, como automedicación el modificar el tiempo y la dosis prescrita por el médico.

Tizón Bouza y Vásquez Torrado (2006) plantean la automedicación de una manera más ortodoxa como un comportamiento en el que se adquiere un fármaco por voluntad propia, con el fin de mejorar la salud, reducir síntomas o modificar el curso de una enfermedad, realizar una prevención primaria en la enfermedad o mejorar el estado o rendimiento.

Además, en la literatura acerca de automedicación se encuentran diferencias entre el autocuidado y la automedicación. La *Medical Subject Headings* (MeSH) de *PubMed* (*US National Library of Medicine/ National Institutes of Health*)³ de los Estados Unidos entiende el autocuidado como la realización de actividades o tareas tradicionalmente realizadas por profesionales de la salud. Aquí, el concepto incluye el cuidado de uno mismo o el de un miembro de la familia y amigos. Orueta, Gómez-Calcerrada y Sánchez (2008) postulan que el autocuidado sirve como una manera de prevención de enfermedades, reducción de síntomas y promoción de la salud, que coincide con la definición de automedicación de Tizón Bouza y Vásquez Torrado (2006).

Lorenzo Fernández et al. (2008) recomiendan la educación sanitaria como una medida pertinente para evitar y controlar el consumo abusivo y algunos de los efectos secundarios de los medicamentos, situaciones que conducen a la necesidad de inversión adicional en investigación farmacéutica.

Para la mayor parte de los autores, el fenómeno de la automedicación es claramente un factor de riesgo frente a la promoción de la salud. Por ejemplo, Buriticá, Giraldo, Franco, Cañas y Giraldo (2006), Peñuela et al. (2002) y Tobón Marulanda (2002) conciben la automedicación como un fenómeno altamente peligroso debido a los riesgos propios del consumo de medicamentos

¹ <http://lema.rae.es/drae/?val=medicación>

² <http://lema.rae.es/drae/?val=automedicarse>

³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012648>

sin prescripción médica, entre los que se encuentran problemas tóxicos, emergencias accidentales o intencionales, efectos indeseables o secundarios, la desviación del diagnóstico original y la generación de mecanismos de resistencia por el uso inadecuado de antibióticos. El Comité Científico del *Observatori de Medicaments d'Abús* (2007) explica la conducta de abuso de medicamentos como

El aumento progresivo de la dosis sin consultar al médico prescriptor, un uso de los fármacos para obtener otros efectos de los buscados a tenor de su patología o sintomatología, un uso continuado de las sustancias a pesar de los posibles efectos adversos y una preocupación por la obtención del medicamento (p. 256).

Con estas voces de alarma, entidades internacionales como la Asociación Médica Mundial (2002) en su Declaración sobre la automedicación promueve la categoría de “automedicación responsable” como

El uso de un medicamento registrado o monográfico que está disponible legalmente sin la prescripción de un médico, ya sea por iniciativa propia de la persona o por consejo de un profesional de la salud. La utilización de medicamentos con prescripción sin una receta médica no forma parte de la automedicación responsable (parr. 1.3.).

La automedicación es un hecho inevitable, ya sea por factores culturales o económicos, y resulta necesario indagar acerca del fenómeno global y actual de la automedicación con el propósito de ofrecer una explicación tanto a nivel masivo como a nivel individual, tarea que compete a los terrenos de la Psicología. Específicamente, los campos aplicados de la Psicología más pertinentes para abordar este problema son la Psicología del consumidor y la Psicología de la salud. La automedicación estaría en la intersección de estos dos campos.

El fenómeno global de la automedicación

Loyola Filho et al. (2004) describen el fenómeno de la automedicación como un problema importante de salud pública en el mundo y le atribuyen factores económicos, políticos y culturales a su aumento. Sherazi et al. (2012) señalan una mayor incidencia de la automedicación en la población con restricción de recursos sociales, económicos y educativos, condiciones que dificultan el acceso a la salud.

El uso irracional de medicamentos es una práctica que aumenta a nivel mundial. En la literatura se encuentran frecuentemente análisis del fenómeno de automedicación por países; Francis, Barnett y Denham (2005) afirman que en los Estados Unidos se refuerza la automedicación como una medida que, por un lado, salvaguarda al gobierno en políticas de salud y, por otro, beneficia a las industrias farmacéuticas.

En Brasil, los datos son alarmantes, pues en el año 2002 se registró aproximadamente un tercio de las hospitalizaciones causadas por este fenómeno: La Fundación Oswaldo Cruz reveló

que el 27% de las intoxicaciones y el 16% de los casos de muerte por intoxicaciones se dieron por consecuencia de medicamentos y como resultado de esta práctica, los hospitales gastaron alrededor del 15% al 20% de sus presupuestos (Silva de Aquino, 2008).

En España, la automedicación ha sido objeto de varios estudios epidemiológicos. Según Ramírez Puerta, Larrubia Muñoz, Escortell Mayor y Martínez Martínez (2006), en la Encuesta Nacional de Salud del año 2001 (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2001) la automedicación representó el 15% del consumo en medicamentos del Sistema Nacional de Salud y un 8% del gasto público en medicamentos, además reporta que solo la tercera parte de la población con enfermedades comunes acudió al médico. La encuesta realizada en el año 2003 (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2003) revela que el 53.4% de los ciudadanos españoles consumió fármacos, el 23.4% de hombres y 31.6% de mujeres había acudido al médico en las dos semanas anteriores a la encuesta y el 40% de la automedicación se realizó con fármacos de prescripción.

Vacas Rodilla et al. (2009) realizaron un estudio descriptivo transversal en la población adulta mayor de España que incluyó 240 personas de más de 75 años. Entre sus resultados más importantes destaca que los medicamentos más utilizados fueron los analgésicos, los antigripales y los gastrointestinales y que la principal fuente de automedicación fueron las farmacias con un 49.3%, seguida del círculo social con un 18.7%, el botiquín casero y la herboristería con un 17.3% cada uno.

Jiménez Rubio y Hernández Quevedo (2010), en un estudio titulado “Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen”, encontraron que alrededor del 70% de los entrevistados ($N = 20,738$ mayores de 15 años) de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 había consumido algún tipo de medicación en las dos semanas anteriores a la encuesta. Aproximadamente, el 14% de ellos ($n = 4,153$) reportó haber consumido algún medicamento sin prescripción médica. En relación con el país de nacimiento determinaron que los individuos no nacidos en España mostraron un menor consumo de medicamentos prescritos con respecto a los nacidos en este país (38.4% frente a 58%); sin embargo, la tasa de automedicación fue superior para el grupo de los no nacidos en España (19.5% frente a 13.6%).

Ras Vidal y Moya Ortiz (2005), en su estudio descriptivo transversal realizado en España con 1,720 pacientes, evidenciaron en los 58 grupos familiares encuestados reportes de 811 cajas de medicamentos, de las que 457 eran automedicaciones y 354 por prescripción médica (la media de fármacos en el domicilio por familia era de 17.93 ± 8.33 , y la de automedicamentos de 10.14 ± 5.70 ; las medicaciones iniciadas fueron de 16.05 ± 7.47). Entre los medicamentos más frecuentemente consumidos se encontraron los analgésicos (93.1%) y los antiinflamatorios (87.9%).

Acerca del fenómeno de automedicación en Colombia, Buriticá et al. (2006) encontraron la población universitaria con una tendencia alta a realizar conductas de automedicación, donde un 47% de los estudiantes de la Universidad de Caldas reportaron haberse automedicado en los últimos 30 días. En otro estudio similar realizado en la Universidad de Antioquia de Colombia (Tobón Marulanda, 2002), el 97% de los encuestados reportó haberse automedicado, inclusive cuando el

88% de ellos reportó conocer el riesgo de esta práctica.

A partir del conjunto de los datos arrojados por las investigaciones de Buriticá et al. (2006), López, Dennis y Moscoso (2009) y Peñuela et al. (2002), se observa una prevalencia de la automedicación en los estratos socioeconómicos bajos y medios, es decir, entre el Estrato 1 y 4⁴.

Aquí, el motivo de uso más frecuente fue por cefalea, seguido por otros dolores y entre los medicamentos más utilizados prevalecieron los antiinflamatorios y analgésicos, seguido por antigripales.

López et al. (2009) en su estudio en una localidad de Bogotá, Colombia, distinguieron entre los encuestados con referencia a la afiliación a un sistema de seguridad social. Los investigadores descubrieron que el 66.2% se afilió a alguna de las Entidades Promotoras de Salud (EPS, sistema obligatorio de salud para trabajadores); el 6.2% consiguió medicina prepago (seguro médico adicional); el 34.5% perteneció al régimen subsidiado Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y el 4% no se afilió a algún sistema de seguridad social. El 45.2% de los jefes de hogar encuestados manifestaron que en las dos últimas semanas alguno de sus habitantes presentó algún problema de salud y que en el 12.9% de los casos recurrieron a la automedicación para solucionarlo. Con respecto al lugar de adquisición de los medicamentos, hallaron que se recurrió a las droguerías (farmacias) con un 61.8%, a las EPS con un 59.7% y a los supermercados con un 20.6%.

Buriticá et al. (2006) evidenciaron que del 47% de los estudiantes que reportaron haberse automedicado, el 68.6% lo efectuó con un solo medicamento, mientras que el 31.4% reportó haber utilizado dos o más. El 70% correspondió a medicamentos de venta libre. La facultad universitaria que más recurría a la automedicación fue la de Ciencias de la Salud (30.3%), seguida por Ciencias Agropecuarias (20%). Encontraron que el 49% de los encuestados se automedicó por iniciativa propia; el 40%, por recomendación de un familiar o amigo; el 6%, por sugerencia de un farmaceuta y el 5%, por influencia de medios de comunicación.

En resumen, la automedicación se ha convertido en un hecho cotidiano que afecta a todos los hogares sin distinción de clase social, sea porque en el imaginario colectivo se crea que resuelve los problemas de salud, porque sea cierto que alivie el dolor o porque supere la enfermedad independientemente de su causa. Este fenómeno incluye una conducta individual y social que afecta o beneficia la salud personal tanto como la economía del sector farmacéutico como generador de los medicamentos que el consumidor requiere.

⁴ En Colombia, se clasifica oficialmente el nivel socioeconómico de la población con base en el concepto de “estratos” que van desde 1 (el más bajo) hasta 6 (el más alto).

Explicaciones de la automedicación

Buriticá et al. (2006), Menéndez (1981) y López et al. (2009) coinciden en la explicación del fenómeno de la automedicación como una consecuencia de la falta de regulación en la comercialización de los medicamentos, por parte de las autoridades pertinentes, para evitar gastos clínicos, entendidos como gastos de consulta e inversión de tiempo personal. Además, describen la automedicación como una estrategia que beneficia a los sistemas de salud por mejorar la calidad, la accesibilidad y la cobertura del servicio clínico y por disminuir la alta demanda a causa de dolencias menores, que comúnmente representan un alto manejo de recursos económicos y de personal para las instituciones. También, se evidencia una relación entre la publicidad y el mercadeo de la industria farmacéutica en la prevalencia de este fenómeno, sin que medie necesariamente una genuina motivación de autocuidado.

Según los estudiosos de este tema, el uso de los fármacos automedicados crece de manera continua en todos los países del mundo, lo que crea la necesidad de explicar sus causas y consecuencias a diferentes niveles: biológico, psicológico y social. En ese sentido, el comportamiento de automedicación se explica de manera diferente si se ubica como autocuidado o como comportamiento de consumo masivo inducido por la publicidad de los medicamentos. A continuación, abordamos cada uno de estos temas.

La automedicación como comportamiento de autocuidado

Diversos autores, como Kregar y Filinger (2005), Sherazi et al. (2012) coinciden en clasificar la automedicación como un elemento del autocuidado, entendido como

Conjunto de actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud, el cual incluye la prevención de los problemas de salud a partir del cumplimiento de una dieta adecuada, del ejercicio físico, del consumo moderado de alcohol, de evitar el tabaco y el abuso de drogas (Kregar y Filinger, 2005, p. 130).

Según la *World Health Organization* (1998)

El concepto de autocuidado abarca la higiene (general y personal), la nutrición (tipos y calidad de los alimentos), estilos de vida (como actividades deportivas), factores del medio ambiente (condiciones de la vivienda y hábitos sociales), factores socioeconómicos y la automedicación (p. 2).

Sherazi et al. (2012) encontraron el aumento en la automedicación relacionado con factores económicos, sociales y de la vida personal, del acceso a los medicamentos y del autocuidado. Además de otros factores, como son los costos de las consultas médicas y de los medicamentos, el nivel educativo, la edad, el género y la atención lenta e inoportuna de los sistemas de salud.

Dentro del contexto social, Granda (2008) considera que el ser humano, mediante prácticas

saludables, puede obtener el mejoramiento estético de su cuerpo, elevar su autoestima y la salud física, mental, social y cultural, puesto que el autocuidado genera por sí mismo una superior calidad de vida, que se refleja en el modo de comportarse con sus semejantes y sirve como mecanismo de prevención de enfermedades como la diabetes, la obesidad o la hipertensión, consideradas como verdaderas enfermedades sociales enraizadas en la ausencia de un estilo de vida adecuado. Lo anterior lo lleva a la conclusión de que la ausencia de una buena educación sobre lo que representa una vida saludable es una de las causas que fomenta los riesgos de adquirir una enfermedad como las atrás mencionadas o síntomas que conlleven a la automedicación.

Por último, otra aproximación hecha a la automedicación como autocuidado proviene de la etología (estudio biológico del comportamiento): Pijoan (2003) afirma que algunos mamíferos tienen prácticas de autocuración, que también fueron observados en algunos reptiles y aves. Este conjunto de comportamientos exhibidos por muchas especies se conoce en el ámbito académico como Zoofarmacognosia (Engel, 2002).

La automedicación como comportamiento de consumo influido por la publicidad

Tradicionalmente, los seres humanos han consumido no solamente medicamentos farmacológicos, sino también no farmacológicos, los que la costumbre oral de los pueblos ancestrales en su núcleo social daban a conocer o enseñaban a preparar; es decir, a través del conocimiento empírico descubrieron cómo aminorar los padecimientos en sus comunidades ante la ausencia de fármacos, tales como los que existen en la actualidad. Los crearon para prevenir y curar las enfermedades que se conocían o que se iban conociendo en ese momento histórico. La acumulación de dicho conocimiento se conoce actualmente como medicina tradicional, la cual varía de región a región en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (2002) ha reconocido este conjunto de tradiciones y ha establecido una estrategia para asegurar su legislación, investigación y acceso.

Con el paso del tiempo, especialmente con la emergencia del capitalismo, la prevención y la curación de enfermedades quedó inmersa en la lógica del mercado. Lo anterior aplica tanto a los tratamientos farmacológicos como a los no farmacológicos ofrecidos por médicos y otros profesionales de la salud. En ese sentido, la motivación del autocuidado comenzó a ser atravesada poco a poco por la publicidad y el mercadeo de estos productos y servicios. Aquí, al menos a nivel de los individuos, el estudio de este fenómeno deja de ser exclusivamente un asunto de la Psicología de la salud para dar paso a la Psicología del consumidor, que incluye, a su vez, el estudio de los efectos psicológicos de la publicidad. En consonancia, Ras Vidal y Moya Ortiz (2005) describen la automedicación como un problema que incluye variables propias de la población, como la cultura, la formación médica y las creencias y costumbres, que, a su vez, están afectadas por el aparato de comercialización de las industrias farmacéuticas.

La Psicología es considerada como una de las disciplinas que conforman el estudio del comportamiento del consumidor, por trabajar con seres humanos y por estudiar sus procesos básicos, además de, p.ej., la personalidad. Así, ayuda a comprender las necesidades de consumo de

los individuos, sus acciones y reacciones y cómo responden a los distintos productos y mensajes, además de la forma en que su personalidad y las experiencias afectan el proceso de compra y elección de un producto en específico (Solé Moro, 2003). Los medicamentos (bajo prescripción o de venta libre) y los servicios de salud no se liberan de este análisis, que obliga a una regulación estatal como sucede con cualquier otro producto o servicio de alcance masivo.

En Colombia, la venta de medicamentos sin prescripción médica se encuentra desde el año 1996 regulada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA, 1996, Acta 35). Con respecto a la automedicación, destaca el lineamiento 9 de esta acta que enfatiza en la importancia de la educación sobre el uso y el consumo de medicamentos y de establecer criterios que contribuyan a un adecuado autodiagnóstico. Mediante el Acta 15 del año 2002 (INVIMA, 2002), esta institución estableció las condiciones para la promoción y publicidad de medicamentos de venta libre, al reglamentar que la información y publicidad de los medicamentos debe solo anunciarse o promocionarse en publicaciones de carácter científico o técnico, dirigidos al cuerpo médico y odontológico, y prohíbe su propaganda en medios masivos de comunicación. No obstante, tal prohibición no cobija a los medicamentos de venta libre.

Originalmente, desde la Farmacoepidemiología y la Farmacoeconomía se planteó que “el medicamento no debe tratarse como un bien de consumo más, a través de una publicidad sesgada y agresiva, sino como un bien orientado a la salud del individuo y de la población” (Lorenzo Fernández et al., 2008, p. 10). Ello vuelve necesario regular cada vez más la publicidad de los medicamentos de venta libre a través de las instituciones de vigilancia del Estado, las cuales deben ser exigentes en la normación que expidan y fomentar claridad por medio de una amplia información acerca de las ventajas y los peligros inherentes a un medicamento inadecuadamente utilizado sin formulación médica. En últimas, se busca que la publicidad de medicamentos tenga un alto contenido ético-científico, donde la veracidad de la información sirva para educar a quien, de manera responsable, consume uno de los tantos fármacos disponibles en cualquier establecimiento comercial (Aguzzi y Virga, 2009).

La publicidad de los medicamentos debería estar inmersa dentro de las políticas públicas del Estado en cuanto refiere a la prevención y la educación que debe recibir no solo el público consumidor, sino también los integrantes del sector de la salud con el propósito de evitar la manipulación del producto en aras de adquirir ganancias, de tal magnitud que dificulta distinguir la venta de un producto cualquiera y sin menor importancia, p.ej., un adorno, a la venta de un medicamento que genera bienestar psicofísico (Vacca, Vargas, Cañas y Reveiz, 2011).

Además, con los avances tecnológicos emergieron nuevas formas de comunicación y, por ende, de publicidad, como es el caso de las redes sociales, que comenzaron a presentar los productos de la industria farmacéutica, no solo del área de la belleza, sino también de la salud, y que va desde aparatos para mantener la forma física hasta la presentación de productos mágicos revitalizadores y cuasi-generadores de la eterna juventud prácticamente ausentes de regulación jurídica (Vidal

Casero, 2003). También, surge la necesidad de pensar sobre cómo afrontar la “e-farmacia”, cuyos compradores virtuales carecen de las condiciones propias del consumidor presencial, habida cuenta de que tan solo es necesario el uso de una tarjeta del sector bancario que se puede obtener prestada de cualquier persona de la familia que imprudentemente permita su acceso (Catalán y Brosa, 2004). De hecho, con el actual crecimiento del correo electrónico en todo el mundo, solo queda un paso de la e-farmacia al mercado negro de los medicamentos.

Hipótesis del posicionamiento causal simple de la automedicación

Como hemos desarrollado, el fenómeno contemporáneo de la automedicación ha pasado de ser una acción de autocuidado de la salud del individuo a ser un comportamiento de consumo facilitado por la publicidad y el mercadeo de los medicamentos. Esta transición implica la necesidad de nuevas explicaciones de este fenómeno cada vez más globalizado.

Pérez-Acosta (2013) plantea una hipótesis psicológica de la automedicación denominada “posicionamiento cognitivo causal simple”. Desde este punto de vista, entiende la automedicación como un comportamiento individual de consumo de medicamentos inducido más por la publicidad y el mercadeo de los medicamentos que por la original motivación de autocuidado del individuo. En ese sentido, la publicidad suscita en el individuo una causalidad simple de la acción del medicamento en el organismo, como p.ej., “si tomo este medicamento, entonces este eliminará o aliviará mi síntoma o enfermedad”. Sin embargo, en el campo de la farmacología es sabido que la acción fisiológica del medicamento es más compleja, pues tiene otros efectos (secundarios) e interactúa con otros medicamentos y alimentos en el organismo, como lo estudia la Farmacodinámica (Lorenzo et al., 2008).

El hecho de que un individuo no asuma la causalidad compleja, sino que posicione en su mente una causalidad simple de la acción de los medicamentos, lo pone, paradójicamente, en un riesgo para su propia salud, pues puede pasar fácilmente del uso al abuso de medicamentos, el cual trae consecuencias que pueden ser desde relativamente simples hasta fatales.

El mercadeo de los medicamentos, especialmente los de venta libre (denominados OTC por sus siglas en inglés de *over the counter*), complementa la acción de su publicidad al ofrecerse cada vez menos separadamente de los demás productos de consumo masivo (p.ej., los alimentos). El efecto de mezclar los medicamentos con los demás productos de consumo masivo -tanto en las grandes cadenas como en las tiendas de barrio- resulta en que se naturaliza el acceso directo de los medicamentos y se elimina el control que sanamente requieren para prevenir los riesgos por efectos secundarios, interacciones o abusos. Sin duda, esta transición resulta muy lucrativa para la industria farmacéutica.

En consecuencia, resulta necesario que todos los consumidores, independientemente de su formación, reciban una educación básica sobre farmacología (hasta ahora normalmente restringida a los médicos), en la cual se empiece por desaprender lo enseñado por la publicidad y el mercadeo;

es decir, mostrar al consumidor que los medicamentos no son alimentos y que su consumo debe estar controlado en cualquier caso. De hecho, la información especializada sobre los medicamentos *vademécum* suele estar disponible a través de internet y la puede consultar cualquier persona.

Consideraciones finales

La automedicación no es un fenómeno reciente. El ser humano, desde tiempos inmemoriales, ha tratado de encontrar remedio a sus problemas de salud; primero nació la medicina natural y luego la medicina farmacéutica.

Los Estados deben prodigar a sus habitantes políticas públicas de salud con una cobertura integral; en consecuencia de sus deficiencias, los servicios de salud no son accesibles a gran parte de la población.

La industria farmacéutica tiene un papel determinante en el mercado, de manera que los costos de los medicamentos influyen negativa o positivamente en la automedicación, especialmente en los estratos económicos más frágiles de la población. La industria farmacéutica no vende un producto cualquiera, pues los medicamentos obran directamente sobre el bienestar de los habitantes de una nación; por ello, es necesario que la publicidad tenga controles diferentes a las demás productos de venta, puesto que no es lo mismo vender una vajilla que un fármaco, que sirve para prevenir o controlar una enfermedad como el cáncer. Además, los Estados deben regular adecuadamente la publicidad respecto de los medicamentos de venta libre u OTC (*over the counter*), que se ofrecen en los supermercados junto con productos de consumo masivo, como si fuera un alimento más. La conformación de la e-farmacia en las redes sociales (Catalán y Brosa, 2004) incidirá más profundamente en la automedicación al no tomarse medidas que regulen su práctica comercial en el mundo virtual.

Los Estados deben garantizar que todas las farmacias públicas o privadas dispongan de empleados debidamente capacitados y que sean permanentemente actualizados en el conocimiento farmacéutico de riesgos, prescripciones y uso adecuado de los medicamentos.

En general, es necesario asegurar una mejor educación de los consumidores acerca de la acción de los medicamentos en el organismo, que no corresponda a la causalidad simple mostrada por la publicidad, sino a una causalidad compleja, dada la interacción fisiológica de los medicamentos con, p.ej., otros medicamentos o alimentos, la cual no necesariamente es comprendida por el consumidor y puede ser riesgosa para su salud.

Referencias

- Asociación Médica Mundial (2002). *Declaración de la AMM sobre la automedicación*. Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington en octubre 2002 y reafirmada por la 191ª Sesión del Consejo, Praga, República Checa en abril 2012. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/s7/index.html>
- Aguzzi, A. y Virga, C. (ene, 2009). Uso racional de medicamentos: La automedicación como consecuencia de la publicidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 28(1), 28-30.
- Buriticá, O., Giraldo, A., Franco, D., Cañas, A. y Giraldo, J. (2006). Automedicación en estudiantes de la Universidad de Caldas. *Biosalud*, 2, 1-14. Recuperado de http://biosalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%202_2.pdf
- Catalán, J. y Brosa, M. (2004). Venta y publicidad de medicamentos por Internet y la necesidad de una regulación homogénea. *BROSA Abogados y Economistas*, 1-10. Recuperado de www.brosa.es/esp/articulos/ventamedicamentos.pdf
- Comité Científico del Observatori de Medicaments d'Abús (may, 2007). Abuso de medicamentos: ¿La adicción del siglo XXI? *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(5), 255-262. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)71626-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(07)71626-2)
- Engel, C. (2002). *Wild Health: How Animals Keep Themselves Well and What We Can Learn From Them*. New York, US: Houghton Mifflin Harcourt.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2001). *Encuesta Nacional de Salud 2001*. Madrid, España: Autor. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/para_imprimir.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Madrid, España: Autor. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>
- Francis, S., Barnett, N. & Denham, M. (may, 2005). Switching of prescription drugs to over-the-counter status - Is it a good thing for the elderly? *Drugs & Aging*, 22(5), 361-370.
- Granda, E. (2008). Automedicación ¿Qué medicamentos y otros productos toman los ciudadanos para el cuidado de la salud y por qué? *Farmacia Profesional*, 22(1), 8-14. Recuperado de <http://www.elsevierciencia.com/es/revista/farmacia-profesional-3/pdf/13114975/S300/>
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (1996). *Comisión Revisora de Medicamentos y Productos Biológicos, Acta 35, 03 de junio 1996*. Recuperado de https://www.invima.gov.co/images/pdf/salas-especializadas/Sala_Especializada_de_Medicamentos/acta1996/ACTA35_96.pdf
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (2002). *Comisión Revisora de Medicamentos y Productos Biológicos, Acta 15, 19 de junio 2002*. Recuperado de https://www.invima.gov.co/images/pdf/salas-especializadas/Sala_Especializada_de_Medicamentos/acta2002/ceracta152002.pdf
- Jiménez Rubio, D. y Hernández Quevedo, C. (mar-abr, 2010). Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 116.e1-116.e8. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200005
- Kregar, G. y Filinger, E. (2005). ¿Qué se entiende por automedicación? *Acta Farmacéutica Bonaerense*, 24(1), 130-133. Recuperado de http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_6_2_5ROG2AU4L2.pdf
- López, J. J., Dennis, R. y Moscoso, S. M. (2009). Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Revista Salud Pública*, 11(3), 432-442. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n3/v11n3a12.pdf>
- Lorenzo Fernández, P., Moreno, A., Lizasoain, I., Leza, J. C., Moro, M. A. y Portolés, A. (2008) *Velázquez: Farmacología básica y clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Loyola Filho, A., Lima-Costa, M. F. e Uchoa, E. (nov-dic, 2004). Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1661-1669. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600025
- Menéndez, E. (ene, 1981). La automedicación y los medios de comunicación masiva. *Cuadernos Médico Sociales*, 15, 1-9. Recuperado de <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n15a047.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?ua=1
- Orueta, R., Gómez-Calcerrada, R. M. y Sánchez, A. (mar, 2008). Actualización en medicina de familia. Automedicación. *Semergen*, 34(3), 133-137. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/actualizacion-medicina-familia-automedicacion-13116852>
- Peñuela, M., Espriella de la, A., Escobar, E., Velázquez, M., Sánchez, J., Arango, A. y Gómez, O. (2002). Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 16, 30-38. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4178/2575>
- Pérez-Acosta, A. M. (nov, 2013). *La automedicación como comportamiento individual de consumo: el rol de la publicidad*. Conferencia por invitación en la Semana Nacional de la Psicología del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica en Puntarenas, Costa Rica.
- Pijoan, M. (jul-ago, 2003). La automedicación animal y su interés farmacológico. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 22(7), 84-92.
- Ramírez Puerta, D., Larrubia Muñoz, O., Escortell Mayor, E. y Martínez Martínez, R. (mar, 2006). La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la atención primaria. *SEMERGEN Medicina de familia*, 32(3), 117-124. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73235-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73235-X)
- Ras Vidal, E. y Moya Ortiz, P. (set, 2005). Prescripción médica o automedicación. *Atención Primaria*, 36(5), 108.
- Ruiz-Sternberg A. M. y Pérez-Acosta A. M. (abr, 2011). Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(1), 83-97.
- Sherazi, B., Mahmood, K., Amin, F., Zaka, M., Riaz, M. & Javed, A. (2012). Prevalence and measure of self-medication: A review. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 4(3), 1774-1778.
- Silva de Aquino, D. (2008). Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Supl), 733-736.
- Solé Moro, M. L. (2003). *Los consumidores del siglo XXI* (2ª ed.). Madrid, España: ESIC.
- Tizón Bouza, E. B. y Vázquez Torrado, R. (jul, 2006). Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 16(4), 210-213.
- Tobón Marulanda, F. (dic, 2002). Estudios sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *Iatreia*, 15(4), 242-247. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3963/3678>
- Vacas Rodilla, E., Castellà Dagà, I., Sánchez Giralt, M., Pujol Algué, A., Pallarés Comalada, C. y Balagué Corbera, M. (may, 2009). Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Atención Primaria*, 41(5), 269-274. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/automedicacion-ancianos-la-realidad-un-botiquin-casero-13137733-originales-2009>

- Vacca, C., Vargas, C., Cañas, M. y Reveiz, L. (2011). Publicidad y promoción de medicamentos: regulaciones y grado de acatamiento en cinco países de América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(2), 76-83. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a02v29n2.pdf>
- Vidal Casero, M. C. (2003). La publicidad y la compra de medicamentos a través de internet. Su problemática. *Cuadernos de Bioética*, 2-3, 253-263. Recuperado de <http://www.aebioetica.org/rtf/08%20la%20publicidad.pdf>
- World Health Organization (1998). *Role of the pharmacist in the health care system*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>

Recibido 25 de noviembre de 2013
Revisión recibida 11 de marzo de 2014
Aceptado 02 de abril de 2014

Reseña de los autores

Natalia Díaz-Caycedo es psicóloga con profundización en Psicología organizacional de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Efectuó sus prácticas profesionales en el Hospital Universitario Mayor Méderi en el área de Recursos Humanos como psicóloga organizacional practicante. Fue tutora de las asignaturas de Estadística no Paramétrica en el período 2010-II y de Psicopatología II en el 2011-II. Actualmente, cursa un máster a tiempo completo en Dirección de Recursos Humanos de la *EAE Business School* en conjunto con la Universidad Camilo José Cela en Madrid, España.

María Alejandra Payán-Madriñán es psicóloga con profundización en Psicología clínica con doble titulación de la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia) y la *Università di Bologna* (Bologna, Italia). Fue tutora de la asignatura Psicología básica y general en el año 2008. En la actualidad se desempeña como coordinadora del programa de atención en crisis *Tu línea amiga* de la Universidad de la Sabana, Colombia.

Andrés M. Pérez-Acosta es psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia (1996) y obtuvo su doctorado en Psicología por la Universidad de Sevilla, España (2001). Efectuó estancias posdoctorales en la *Texas Christian University* (Estados Unidos, 2007) y la Universidad de Talca (Chile, 2008). Es cofundador del grupo de investigación *E. C. Estudios en ciencias del comportamiento*. Desde 2004, funge como director de la revista *Avances en Psicología Latinoamericana*. En 2011 fue elegido miembro del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos. Actualmente, labora como profesor titular del Programa de Psicología de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

Disponible en línea: 30 de mayo de 2014

Potencial del espacio público como facilitador de bienestar y salud mental

Potential of Public Space to Facilitate Well-Being and Mental Health

Mauricio Leandro-Rojas

Universidad de Costa Rica

Resumen

A partir de la discusión crítica del abordaje tradicionalmente patogénico en salud mental, este trabajo discute la posibilidad de considerar al espacio público como un elemento facilitador del bienestar y de la salud mental. El artículo contextualiza algunas de las principales críticas a los modelos tradicionales de atención de la enfermedad y de la enfermedad mental en particular con énfasis en el consumo de medicamentos. Se definen los conceptos de bienestar hedónico y eudaimónico y de espacio público. Presenta las características del espacio público que favorecen el bienestar, como diversidad, accesibilidad y vida activa, el contexto de algunos hallazgos recientes del equipo de investigación en bienestar de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Enfatiza en el factor de la movilidad activa como disparador de conductas saludables en un espacio público vibrante y diverso, un tanto diferente al que se ha favorecido en muchas comunidades costarricenses. Concluye que el espacio público favorece la flexibilidad, la sensibilidad por el dolor ajeno, la curiosidad, la atención interesada, la apertura a situaciones novedosas, las habilidades para postergar gratificación y un contexto seguro para utilizar el potencial y la energía personales.

Palabras clave: bienestar, salud mental, espacio público, cohesión social, vida activa

Abstract

Based on a critical perspective of traditional, pathogenic approaches to mental health this article discusses the possibility of public spaces as facilitators of well-being and mental health. The article contextualizes some of the flaws of traditional approaches to mental health with its emphasis on drug prescription and consumption. A contextualization of hedonic and eudaemonic well-being along with the concept of public space are described. Key characteristics for public space that prompt well-being such as diversity, accessibility, and active living are described in the context of recent findings from a research team on well-being at the School of Psychology, *Universidad de Costa Rica*. The paper emphasizes active mobility as triggering healthy behaviors within the framework of a vibrant and diverse public space, somewhat different from what has happened in many communities in Costa Rica. It concludes that public spaces stimulate flexibility, empathy, curiosity, focused attention, openness to novel experiences, skills for delaying gratification, and a safe framework for expressing personal energy and individual potential.

Keywords: Well-Being, Mental Health, Public Space, Social Cohesion, Active Living

Mauricio Leandro-Rojas, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Mauricio Leandro-Rojas, dirección electrónica: mauricio.leandro@ucr.ac.cr

El autor desea expresar su agradecimiento al Equipo de Investigación en Bienestar de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica y, en particular, a las psicólogas María José Rodríguez-Terán, Jessica Quirós-Loría, Massiel Arroyo-Sibaja y Verónica Ovares-Fallas y al psicólogo Álvaro Campos-Miranda por sus valiosos aportes de datos y sus comentarios enriquecedores a este artículo.

Más allá de la enfermedad mental

La preocupación por la salud, tanto a nivel de población general como de las personas que toman decisiones, tradicionalmente se confina a atender la enfermedad. Los sistemas de salud apuestan al tratamiento de enfermedades como la principal medida efectiva para preservar la salud de las personas.

Los medicamentos, principal herramienta de la mayoría de tratamientos actuales, representan un costo inmenso para los servicios de salud. En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) gastó en el año 2011 aproximadamente doscientos millones de dólares solamente en la compra de medicamentos, lo cual representó para ese año casi un 10% del presupuesto de la institución (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012). Pero, el costo real de los medicamentos es aún mayor a los datos aportados por la CCSS. Se estima que a nivel mundial ocho de cada diez pacientes no leen la etiqueta de los fármacos, ignorando lo que contienen, los efectos secundarios y riesgos de mezclarlos con otros tratamientos o al modificar antojadizamente la dosificación (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004). En Costa Rica, siete de cada diez personas aseguradas admite no preocuparse por la fecha de caducidad y la importancia de desechar las medicinas vencidas (La Nación, Editorial, 2013). En un estudio de 440 hogares del Área de Salud de Coronado, Costa Rica, Jiménez & Blanco Sáenz (2006) analizaron la subutilización, el desecho y la disposición final de los medicamentos. Buscaron asociaciones entre factores demográficos como edad, género y escolaridad con la tenencia de medicamentos, su uso, incluyendo almacenamiento de medicamentos, incumplimiento de tratamiento y la disposición final de medicamentos. Los autores encontraron que personas solteras o con baja escolaridad tenían un manejo y consumo de medicamentos menos apegado a las especificaciones farmacéuticas. Un factor que afecta el uso del medicamento es el hecho de tener que recordar datos acerca del tratamiento, tales como cuál medicamento ingerir, las horas de administración, si se ingiere con comida o no, etc. En este caso, una de cada cuatro personas de la muestra informó tener problemas relacionados con medicamentos. Los autores reportan que en los casos en que percibieron el tratamiento como ineficiente, tres de cada diez personas en la muestra decidieron no continuar con el tratamiento. Con respecto al uso, el estudio determinó que la falta de información y medicamentos vencidos fueron la principal causa del abuso. La mitad de las personas participantes del estudio desconocían aspectos relevantes del medicamento; cuatro de cada diez desconocían aspectos básicos del almacenamiento, efectos secundarios o precauciones, mientras que casi seis de cada diez participantes no conocían los aspectos relacionados con la disposición final. Todo ello evidencia que el costo final de los medicamentos, uno de los principales aliados de los sistemas de salud actuales, es alto y su eficacia no siempre es la prevista.

Conocemos la carga económica por enfermedad, pero muy poco sabemos del valor económico de la salud y sus beneficios. Salud y enfermedad son dos caras de una misma moneda, pero no son lo mismo. Las estadísticas mencionadas acerca del uso de medicamentos evidencian la necesidad de dedicar recursos a formas más sustentables de preservar la salud, de tal forma que se

disminuya la necesidad de aplicar protocolos de atención de enfermedad costosos para la sociedad.

El tema que tradicionalmente se ha definido como “lo mental en la enfermedad” no está exento de las realidades descritas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que el 35% de las pérdidas económicas por enfermedad en el mundo desde el 2011 al 2030 serán por enfermedades mentales (Organización Mundial de la Salud, 2009). Motivada por una división decimonónica entre lo mental y lo físico, y a pesar de algunos avances en el tema (Calmes y Pear, 2013) persiste una enorme brecha en los recursos asignados en el campo social, económico y científico a la enfermedad mental (Becker y Kleinman, 2013; Bloom et al., 2012).

En el caso de Costa Rica, Campos Miranda (2013) encontró que la información sobre enfermedad mental se encuentra atomizada y se centra fundamentalmente en diagnósticos por consulta directa o de egresos en los diferentes centros hospitalarios y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. No existe información integrada a nivel nacional que incluya morbilidad, mortalidad, accesibilidad de servicios, número y tipo de profesionales asignados a la atención de salud mental que se encuentre debidamente actualizada y cuente con un monitoreo y seguimiento confiables. De acuerdo con el investigador Campos Miranda, se cuenta con registros estadísticos de cantidad de pacientes atendidos en el sistema de salud y su diagnóstico, pero se desconoce la prevalencia real de padecimientos mentales en la población general y datos que permitan una atención directa preventiva o de tratamiento, el establecimiento adecuado de planes y políticas de contención y prevención de incidentes críticos no saludables desde el ámbito psicológico, familiar, social y ambiental. Tampoco se perfila una visión o acción que propicie comportamientos saludables adecuados a situaciones adversas de la vida. El autor recomienda actualizar y construir protocolos de intervención que faciliten la atención primaria en salud mental, uno de los temas ausentes de la estructura costarricense de salud pública.

El costo de la enfermedad mental es alto y surge la necesidad de dedicar recursos al tema de dichas enfermedades, también se debe estudiar la promoción del bienestar. Nociones como la felicidad o la satisfacción con la vida se ven bien en planes y programas de gobierno, pero tienen poca repercusión en los presupuestos del sistema de salud o en la conducta cotidiana de las personas. Otras nociones más específicas, como vida activa o cohesión social, rara vez forman parte del lenguaje de contabilidad del sistema de salud.

Ir más allá de la camisa de fuerza de la enfermedad y su tratamiento; es decir, dejar el lenguaje de la enfermedad para comenzar a hablar positivamente de la salud es una necesidad y un deber de la investigación y la práctica para colaborar en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas. El presente artículo elabora específicamente sobre la relación existente entre bienestar y espacio público como una alternativa saludable en relación con el tema de la salud/enfermedad mental.

Bienestar

Los parques públicos fueron propuestos como una característica del entorno que puede promover el aumento de la actividad física y, por tanto, del bienestar individual (Broyles, Mowen, Theall, Gustat y Rung, 2011); sin embargo, es necesario realizar más inversión para aumentar el impacto de los parques públicos sobre dicho bienestar. Según el índice de gestión municipal de la Contraloría General de la República de Costa Rica, los municipios de Costa Rica destinaron en el año 2012 solo un 13% de sus recursos al cuidado de parques y áreas verdes (Barrantes, 2013). Por ejemplo, uno de los cantones costarricenses con mayor inversión en obra pública es Montes de Oca. Aun así, Ovares Fallas y Quirós Loría (2013), en su estudio de calidad ambiental de 167 segmentos de espacio público en dicho cantón, encontraron que en la mayoría de los segmentos hubo una carencia de espacios públicos de esparcimiento, condición inherente al bienestar. Las investigadoras encontraron que solamente en el 3% de los segmentos había algún parque o patio de recreo y solo en el 1% de los segmentos existía una plaza pública. El concepto de bienestar debe ir más allá de una noción tradicional de salud mental y fundamentarse en aspectos de diseño, construcción y uso de espacios de uso cotidiano.

La preocupación por comprender los procesos que componen la salud mental, sin hacer referencia directa a la noción de enfermedad, surgió hace varias décadas. El denominado Informe Lalonde (Lalonde, 1974) del Gobierno de Canadá identificó como determinantes de la salud a la biología y a los servicios de salud y agregó los determinantes de estilos de vida y los ambientales.

La discusión actual acerca del concepto de bienestar se organiza alrededor de dos polos principales: la perspectiva hedonista y la perspectiva eudaimónica (Venhoeven, Bolderdijk y Steg, 2013 en Ryan y Deci, 2001). El concepto hedonista de bienestar se remonta al filósofo Arístipo (435-350 a.C.) quien igualaba la felicidad con el placer. De esa forma, a mayor placer individual, mayor felicidad. La moderación era considerada bajo dicha perspectiva una herramienta utilitaria para regular esporádicamente el flujo de placer y, así, evitar su agotamiento. Los autores se adhieren a la idea de que el concepto de bienestar eudaimónico se originó en la elaboración de Aristóteles acerca del ejercicio virtuoso de la razón, implicara dicho ejercicio cualidades placenteras o no. La virtud, en términos aristotélicos, refiere a conceptos como coraje, comprensión, generosidad y solidaridad; es decir, metas que las personas consideran valiosas de perseguir sin que su consecución implique necesariamente acciones placenteras y que este tipo de bienestar se basa en el principio de “hacer lo correcto se siente bien” (Venhoeven, Bolderdijk y Steg, 2013, p. 1374).

En ese sentido, llevar una vida activa a nivel individual o trabajar para lograr la cohesión social a nivel comunal podrían ser vistas como acciones para llegar a un estado de bienestar eudaimónico. Una característica distintiva del bienestar eudaimónico es la búsqueda deliberada de las condiciones para alcanzar las metas fijadas, ya sea a través de la voluntad individual como de las acciones concertadas a nivel comunal o social.

Otros modelos (Acheson, 1998; Dahlgren y Whitehead, 1991) completaron la idea de in-

corporar los determinantes sociales dentro del modelo comprensivo de atención de la salud. La definición actual del concepto de salud mental, de acuerdo con la OMS (Vaillant, 2012), incorpora la esencia de estos componentes desde una perspectiva de bienestar y no desde la perspectiva de enfermedad/salud mental.

Bienestar podría describirse, desde una perspectiva eudaimónica, como las habilidades de autogestión. Uno de los modelos de autogestión más comprensivos es el propuesto por Antonovsky (1979, 1987), quien propuso el término salutogénesis, ampliado por Griffiths, Ryan y Foster (2011) al enfocar en los recursos y estrategias que restauran el orden y que ayudan al enfrentamiento exitoso de los estresores vitales. El modelo de Antonovsky elabora sobre el concepto de sentido de coherencia (SOC), es decir, la forma en que los seres humanos entienden y enfrentan los estresores de la vida cotidiana. Suominen y Vahtera (2010) proponen que suficientes y adecuados recursos individuales y sociales, combinados con la capacidad de coordinar y utilizar dichos recursos, determinan un óptimo nivel de bienestar. De acuerdo con el modelo de Antonovsky, las personas con alto SOC enfrentan la adversidad sobre tres principios orientadores: (a) la comprensividad: En las personas existe un sentimiento prevalente y duradero de confianza en que los estímulos derivados de los ambientes, internos y externos, son predecibles, manejables y, en última instancia, explicables; (b) el manejo de los recursos: pues, los recursos para enfrentar exitosamente la demanda de estos estímulos están disponibles y (c) el significado de los retos: Los retos que presentan las demandas del ambiente, tanto externo como interno, son dignos de enfrentarse. Los individuos que puntuaron alto en estas tres dimensiones tenían un elevado SOC y percibieron el mundo como un lugar coherente, al presentar retos manejables y tener significado (Klepp, Mastekaasa, Sørensen, Sandanger y Kleiner, 2007).

Griffiths, Ryan y Foster (2011) afirman que el constructo de SOC ha demostrado consistentemente una amplia base teórica y un extenso cuerpo de evidencia que lo sustenta. Por ejemplo, demostraron que altos niveles de patología mental se relacionaron con niveles bajos de SOC, mientras un SOC fuerte se relacionó con mayores sentimientos de bienestar y calidad de vida.

Klepp et al. (2007) encontraron que las personas que presentan un alto SOC indicaron ser más saludables, utilizaron mejor los recursos disponibles para ellas, enfrentaron más adaptativamente su ambiente y fueron más resilientes. Bengtsson-Tops, Brunt y Rask (2005) relacionaron el SOC con una mejor salud, bienestar y calidad de vida y con un nivel elevado de autoestima, mientras a un SOC más débil con mayores niveles de estrés, estado de ánimo depresivo, ansiedad y hostilidad.

Griffiths, Ryan y Foster (2011) encontraron evidencia de que la terapia basada en los principios salutogénicos, como la creación de recursos para enfrentar los estresores y el fortalecimiento de los ya existentes, contribuyó de manera significativa a la recuperación de personas con algún nivel de patología mental. De acuerdo con Antonovsky, el SOC de cada persona se relaciona directamente con la existencia de los recursos disponibles para resistir y su uso adecuado. Griffiths, Ryan y Foster (2011) determinaron estos recursos de una gran variedad: físicos (un cuerpo salu-

dable, un sistema inmunológico fuerte), instrumentales (comida, dinero), cognitivos (inteligencia, educación), emocionales (inteligencia emocional), sociales (amigos, familias) y macrosociales (cultura y sistemas compartidos de creencias).

El sentido de coherencia se logra a través de la combinación adecuada de los denominados recursos generales de resiliencia. Griffiths, Ryan y Foster (2011) encontraron los siguientes temas relacionados con el SOC: la esperanza, la aceptación como una estrategia de afrontamiento, la persistencia, el mantener las cosas dentro de su justa dimensión y la autoconciencia (ser consciente o estar alerta). Dentro de los temas asociados con el SOC, se puede mencionar el ambiente cotidiano como posibilitador de recursos y oportunidades saludables.

El espacio público como facilitador de bienestar

Las personas, a menudo, describen los lugares al utilizar el mismo lenguaje para caracterizar el afecto en general. Por ejemplo, la palabra “relajante” describe un lugar lleno de color verde y espacios para descansar. Tal descripción implica un reconocimiento de que los lugares inducen una respuesta psicológica. Su estudio da luces acerca de la forma en que dichos lugares promueven el bienestar (Nandi y Welsh, 2013).

Salcedo Hansen (2002) define los espacios públicos como lugares de construcción de ciudadanía y encuentro social. El autor explica que el espacio público se abre a diferentes motivaciones públicas y su uso es discutido por visiones y propósitos legítimos. Al mismo tiempo, el comportamiento y las acciones de los ciudadanos, en dicho espacio, tienden a reflejar los intereses diversos de los grupos sociales. Low (2000) delimita una serie de características que tornan un lugar público como saludable, entre ellas, que sea seguro, divertido, encantador, donde la persona se sienta bienvenida y donde haya confluencia intergeneracional e intrageneracional; es decir, un lugar que permite abundantes y distintas prácticas culturales e intercambios sociales.

Otros autores mantienen que los espacios públicos reflejan las virtudes perseguidas por la sociedad o como el escenario de la vida pública (Engwicht, 1999; Low, 2000). Los parques públicos, por ejemplo, son los lugares donde las celebraciones se llevan a cabo, donde las maratones terminan, se esconden las personas negadas por la sociedad y donde la historia se crea y re-crea en la mezcla que se produce con el compartir de personas y grupos de intereses diversos. Justamente es esa rica diversidad y concentración de la cultura en el espacio público lo que otorga vitalidad e interés a la ciudad. Una ciudad sana es una ciudad llena de espacios públicos vibrantes. Si se diluye esa diversidad y concentración, se comienza a destruir el núcleo mismo de la ciudad saludable. Mientras la pérdida de una pieza, por ejemplo, un edificio histórico o un lugar de reunión informal, puede devaluar todo lo que queda (Engwicht, 2007). Los usos y las costumbres que acontecen en los espacios públicos, sea que tengan el carácter de tradiciones, tendencias generales o eventos esporádicos, contribuyen al bienestar de personas y grupos. Determinan los grados de integración social, el sentido de pertenencia, los niveles de democracia, el sentido de la justicia, la cohesión

social y las capacidades de apropiación de lo público (Segovia y Neira, 2005).

La calidad del espacio público se podrá evaluar, sobre todo, por la intensidad y la calidad de las relaciones sociales que facilita, por su capacidad de acoger y mezclar distintos grupos y comportamientos y por su capacidad de estimular la identificación simbólica, la expresión y la integración cultural. Jacobs (1992) considera que una ciudad es una gama amplia de usos diversos que se proporcionan apoyo entre sí, tanto económica como socialmente. Así, la autora considera que las zonas de la ciudad que son poco saludables son

Áreas a las cuales les hace falta esta clase de apoyo, y la ciencia de la planeación de la ciudad y el arte del diseño, en la vida real para las ciudades reales, debe convertirse en la ciencia y el arte de la canalización y nutrición de las diversas relaciones (p. 14).

La salud del espacio público ocurre en la materialización de sus oportunidades conductuales. La construcción de un espacio público saludable, en tanto seguro, depende directamente de una adecuada combinación de movilidad y accesibilidad. Los espacios más seguros, solidarios y saludables son aquellos donde accede la mayor cantidad de personas, de muy diversos orígenes, poder económico y trayectorias de vida (Jacobs, 1992). Según la autora, no se necesitan de muchos incidentes de violencia en una ciudad o distrito para que las personas teman las calles y, así como las temen, las usarán menos, lo cual genera que sean cada vez más inseguras. En consecuencia, la autora plantea que los ojos de las y los propietarios deben estar en la calle, que los edificios deben estar equipados para manejar personas extrañas y para asegurar la seguridad de ambos: los y las residentes y las y los extraños; y que es de suma importancia que no le den la espalda a los lados de las calles para no dejarlas a ciegas. De igual forma, señala que las aceras deben tener usuarios continuamente en ellas y así un determinado número efectivo de ojos percibirán suficientes personas. Aunado a esto, encontraron que los barrios con mejores aceras tienen significativamente menos índices de depresión en las personas adultas mayores que los habitan (Diez Roux y Mair, 2010).

Movilidad y bienestar

Las ciudades menos saludables tienen sus espacios públicos invadidos por el movimiento de tráfico de alta densidad y el valor de los inmuebles disminuye, al ser habitados por personas de recursos económicos más limitados, porque incluye a personas con discapacidad o personas adultas mayores, entre otras (Engwicht, 2007). Las personas que no pueden reubicarse en los suburbios, como las personas adultas mayores, con alguna discapacidad o simplemente las personas que no tienen los recursos económicos suficientes para pagar en otro lugar, están atrapadas en espacios cada vez más deteriorados e insalubres. Sumado al poco poder adquisitivo, a estas personas les faltan las amistades de vecindario, que constituye una desventaja más a raíz de su crítica situación económica, pues “el mayor reto no es la sobrevivencia económica, sino la sobrevivencia social y cultural” (p. 45). La ansiedad y la depresión son correlatos de este tipo de organización del espacio en la ciudad (Beatley, 2010).

Los lugares públicos donde circulan vehículos no invitan a la permanencia, al descubrimiento ni al aprendizaje, pues su funcionalidad es promover la rapidez, la anomia y la minimización de estímulos “distractores” a través de cualquier entrada sensorial (Leandro, 2010). No es posible desarrollar adecuadamente las habilidades espaciales sin una adecuada movilidad y accesibilidad a escala humana. La movilidad es la posibilidad que tienen individuos y grupos de conectar diferentes sitios de actividad con sus viajes y supone el conocimiento y la disponibilidad “de las mejores opciones para viajar de un lugar a otro en un tiempo razonable y aceptable para los costos” (Meyer y Miller, 2001, p. 95). La accesibilidad, por su parte, es la posibilidad de interacción que tienen tales individuos y grupos con diferentes sitios de actividad para obtener sus objetivos y así lograr una mejor calidad de vida. La accesibilidad es la sencillez, en términos de costos, con que las distintas actividades en la ciudad se pueden disfrutar (*Project for Public Spaces*, 2008).

Todas las personas necesitan movilizarse a lugares accesibles para lograr sus objetivos de mayor bienestar. Ello solo es posible si el espacio público destinado a tales movimientos facilita condiciones para que se desarrollen dentro de parámetros saludables. Un objetivo eudaimónico de una ciudad saludable consiste en que la movilidad promueva la accesibilidad saludable de las personas. Aunque una norma en ingeniería de tránsito es llevar a las personas del punto A al punto B de la forma más rápida y segura posible (*American Association of State Highway & Transportation Officials*, 2011), se debe combinar con el criterio de la calidad del viaje. En una ciudad saludable, la ciudadanía debe poder movilizarse con facilidad, a bajo costo y acceder a destinos diversos.

Las vías son espacios públicos y su función principal, en tanto espacio público, es promover la salud al tiempo que faciliten el movimiento de forma rápida y segura; por lo tanto, las vías deben ser vías activas, a saber, espacios lineales multimodales que ayuden a mejorar la condición física, disminuyan el estrés, aumenten la seguridad y permitan hacer del viaje una experiencia de bienestar y dignidad humanos. Ello implica la inversión en vías activas de calidad y adaptadas a las necesidades de las personas que se desplazan al utilizar su propia fuerza, lo cual resulta conveniente tanto para su bienestar personal como para el ambiente. El estudio de Ovaras Fallas y Quirós Loría (2013), en su investigación de 167 segmentos de espacio público seleccionados al azar en todo el cantón de Montes de Oca, indica que la mayor parte de los segmentos poseían acera a ambos lados de la calle y que las tres cuartas partes de ellas estaban completas, lo cual es un avance hacia el concepto de vía activa. Sin embargo, casi cuatro de cada diez segmentos de acera mostraron una condición pobre. Ellas encontraron que solo la mitad de los segmentos contaron con aceras de más de 1,2 metros de ancho en cumplimiento con lo establecido por la ley (Decreto ejecutivo N.º 26831-MP sobre el Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad, Ley N.º 7600, 1998). Alrededor de siete de cada diez segmentos evaluados poseían aceras con huecos y desniveles, que son características muy negativas para el tránsito de peatones y específicamente para aquellos con movilidad reducida. Además, más de la mitad de los segmentos evaluados poseían aceras con piezas sueltas y material resbaloso, lo cual representa un riesgo de sufrir caídas por parte de peatones. Con respecto a los espacios que protegen a los peatones de las

condiciones climáticas, las investigadoras encontraron que solo en el 2% de los segmentos había un toldo o techo y solo 3% de los segmentos poseían algún tipo de banca o silla para sentarse. Todas esas características descritas dificultan mejorar el bienestar de las personas a través de la utilización adecuada del espacio público.

Vida activa en el espacio público

Es abundante la literatura acerca de casos de éxito en intervenciones basadas en el diseño del espacio para promover un cambio conductual. En la revisión de tales intervenciones realizadas por Sallis et al. (2006) se han encontrado asociaciones entre la combinación de uso mixto de tierra, calles -conectadas para caminar- y alta densidad residencial con altos niveles de actividad física y vida activa, lo cual se asoció con bajos índices de enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes.

Las vías públicas potencian no solo la cohesión social, sino también la actividad física; es decir, las calles no deberían ser solo para transportarse, sino, sobre todo, para mejorar el bienestar de las personas que las transitan y de las que viven o trabajan próximas a dicho espacio público. La inactividad física es el mayor factor de riesgo para diversas enfermedades y malas condiciones de salud (Orleans et al., 2009). Lavizzo-Mourey y McGinnis (2003) definieron como objetivo mínimo treinta minutos de actividad física, entre moderada y vigorosa, la mayoría de los días de la semana. El incrementar la actividad física no solo beneficia la salud y calidad de vida, sino también contribuye a una comunidad saludable y vibrante, al mismo tiempo que reduce el costo de cargas asociadas a enfermedades crónicas como diabetes y obesidad. Orleans et al. (2009) sugirieron crear oportunidades y estructuras que promuevan la actividad física en las comunidades, por ejemplo, vías peatonales o ciclovías, parques públicos y áreas para deportes y parques para mascotas. La vida activa es un estilo de vida que integra la actividad física en las rutinas diarias, como caminar, pasear la mascota o ir en bicicleta al trabajo (Lavizzo-Mourey y McGinnis, 2003). En relación con la caminata para pasear la mascota, Rodríguez Terán (2013) estudió un parque para perros en Costa Rica y encontró que las personas propietarias de perros presentaron mejor desempeño que las no propietarias en poder realizar actividades físicas, incluidas vigorosas sin ninguna limitación, $\beta = -.112$, $t(351) = 2.106$, $p = .036$. Dicha relación fue moderada por la variable edad, que podría explicarse no solo por aspectos relativos a la pérdida de habilidad física con la edad, sino también a un espacio público que no acomoda efectivamente a todos los grupos de edad según sus distintas habilidades. Asimismo, Rodríguez Terán (2013) encontró diferencias significativas en cuanto a los minutos de actividad física realizadas por las personas propietarias de perros: quienes no visitaron un parque para perros cercano a sus hogares hacían un promedio de actividad diario de 17,41 minutos, en contraste con quienes asistieron, al menos, una vez por semana que realizaron un promedio de 34,72 minutos de actividad física al día. La cifra casi duplicó respecto a la cantidad de actividad física diaria de los propietarios que no asistieron al parque. Mientras quienes visitaron el parque todos los días, realizaron un promedio de actividad física de 43,89 minutos diarios, que casi triplica

la cantidad de actividad física de los que hacían actividad física con su perro en otro lugar distinto al parque para perros y representa casi un 50% más de la dosis diaria de ejercicio de al menos 25 a 30 minutos de actividad moderada recomendada (Tucker, Welk y Beyler, 2011).

Espacio público y cohesión social

La cohesión social incluye el involucramiento activo de personas y grupos en relaciones intergrupales que enriquecen el medio social y se basa en la diferenciación, diversidad, aceptación, respeto y participación activa. Los conceptos *salud social* y *capital social* -considerados sinónimos- constituyen indicadores de la cohesión social. El primero, salud social, se refiere al soporte que los individuos reciben en términos estructurales, por ejemplo, el tamaño de la red de apoyo existente para una persona o en términos funcionales como el sustento emocional (Tovar-Murray, 2010). Mientras tanto, el capital social es un constructo que se refiere a los recursos intangibles presentes en una comunidad, los cuales se encuentran disponibles a través de la membresía a redes y a las estructuras sociales. Como otras formas de capital, el capital social es productivo y provee de beneficios materiales a las personas que están conectadas con otras personas o grupos (Valencia-García, Simoni, Alegría y Takeuchi, 2012). Los autores demostraron que las comunidades con alto capital social tienden a presentar niveles elevados de logro educativo, instituciones públicas con mejor desempeño, mayor crecimiento económico y menos crimen y violencia. Lauder, Kroll y Jones (2007) relacionaron el alto capital social con mayor participación cívica, niveles elevados de confianza entre los miembros de la comunidad y mayor bienestar psicológico.

La salud se alimenta, entre otras cosas, de la cohesión social y, a su vez, del uso diverso del espacio público. Las comunidades menos cohesionadas se asociaron con un riesgo incrementado de depresión, fumado y sedentarismo entre sus habitantes (Echeverría, Diez-Roux, Shea, Borrell y Jackson, 2008; Rios, Aiken y Zautra, 2012). Aunado a esto, la creación de cohesión social depende en buena medida del tránsito: Appleyard (1980) determinó que en California, Estados Unidos, en las calles donde hay tráfico pesado de vehículos, los residentes tenían en promedio ocho amigos o conocidos confiables, mientras en calles con tráfico liviano, la media de amistades subió hasta dieciocho.

Rodríguez Terán (2013) encontró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de participación social entre las personas no propietarias de perros comparadas con las propietarias, $t(352) = 1.124, p = .033$, donde las personas propietarias de perros presentaron mayores niveles de participación social que las no propietarias. Asimismo, las personas propietarias de perros se llevaron significativamente mejor con otras personas que las no propietarias, $t(350) = 1.124, p = .005$. Acomodar todo tipo de usos en el espacio público implica acomodar, también, a otras especies que mejoran la salud social de las personas. La autora encontró una diferencia significativa en los participantes que visitaron el parque para perros versus los que no en cuanto a la cantidad de amigos cercanos, $M = 4.36, DE = 1.62$ vs. $M = 3.95, DE = 1.82; t(273) = -2.00, p = .048$, lo que indica que, quienes frecuentan el parque para perros contaron con más personas cercanas, gente con la

que los participantes sintieron que es “fácil hablar de lo que pasa en sus vidas”. Esta dimensión es fundamental dentro del concepto global de bienestar, tanto hedónico como eudaimónico. Aún más y acorde con los tiempos de las redes sociales y la internet, la investigadora encontró una tendencia marginal en los participantes que visitaron el parque para perros versus los que no en cuanto al ítem relacionado con la frecuencia de escribir correos electrónicos a amigos o familiares, $M = 3.2$, $DE = 1.41$ vs. $M = 2.98$, $DE = 1.39$; $t(273) = -1.78$, $p = .075$, lo que indica una tendencia en quienes frecuentan el parque para perros envían mayor número de correos electrónicos que quienes no frecuentan el parque, lo cual es un indicador de redes sociales más amplias.

Diversidad y bienestar

La diversidad de usos del espacio público implica diversidad de edades en ese espacio. Hay una creciente población de niños y niñas que está destinada a jugar en las calles de las ciudades, circunstancia que les posiciona como foco de vulnerabilidades. Jacobs (1992) señala que si estos chicos y chicas pudieran tener libre acceso de las calles a los parques y a espacios de recreo con equipo para ejercitarse, espacios limpios y agradables para correr, responderían a ambientes saludables. Las ciudades necesitan una variedad de lugares públicos para que las niñas y los niños puedan jugar y aprender, donde se les brinden oportunidades para todo tipo de deportes, ejercicios y habilidades físicas. Lawton (2010) afirma la importancia de un espacio al aire libre no-especializado, donde puedan jugar, andar y recorrerse de forma segura y activa para desarrollar las habilidades espaciales, es decir, los procesos cognitivos involucrados en la localización de objetivos en el espacio, percepción de distancia y relaciones direccionales, así como la transformación mental de objetos en relación con su posición y orientación en el espacio.

Conclusiones

La inversión oportuna de recursos en la recuperación de la infraestructura y las facilidades del espacio público redundan en la promoción de actividades saludables y sustentabilidad del sistema de salud a largo plazo. El espacio público es un aliado indispensable para la promoción del bienestar. Su fin último es la trascendencia, pues en el espacio público se diluyen gustos, intereses y acciones individuales en una mezcla multicolor de fuerzas sociales.

Dentro de los denominados indicadores salutogénicos cuenta un número de ellos asociado al espacio público. Por ejemplo, la complejidad y diferenciación como características individuales saludables encuentran su complemento en la diversidad que proporciona el espacio público. Aprender a vivir el espacio público es desarrollar herramientas de ajuste a situaciones diversas y con poca estructura. El espacio público colabora con desarrollar en las personas un sentimiento prevalente y duradero de confianza en que los estímulos derivados de los ambientes, internos y externos, son predecibles, manejables y, en última instancia, explicables.

Los elementos subjetivos de organización e integración de experiencias, es decir, la habilidad

para conectar varios elementos dispersos, se concreta en la experiencia de conocer gente y situaciones diversas en el espacio público. También, el espacio público facilita los recursos para enfrentar exitosamente la demanda de los estímulos tanto internos como externos. En el espacio público se puede conversar con extraños, aprender acerca de temas importantes, acompañarse en la soledad, llorar sin temor al reproche, ejercitarse, meditar, relajarse con la vista de lugares verdes o disfrutar de la soledad, mientras este espacio brinda protección y seguridad.

El espacio público constituye la caja de herramientas adecuada para ejercitar características fundamentales del bienestar individual como son la flexibilidad, la sensibilidad por el dolor ajeno, la curiosidad, la atención interesada, la apertura a situaciones novedosas, las habilidades para postergar gratificación, la apertura de mente y eficiencia para utilizar el potencial y la energía personales (Snyder, Lopez & Teramoto Pedrotti, 2010). Una vida saludable se basa en comprender, manejar y encontrarle significado a las demandas internas y externas. El espacio público está lleno no solo de demandas, sino también de oportunidades para desempolvar la capacidad humana de asombrarse y aprender de las experiencias de otras personas y de los retos que, en el espacio público, son dignos de enfrentarse.

Referencias

- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry Into Inequalities In Health*. London, UK: Stationary Office.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco, EE.UU.: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, EE.UU.: Jossey-Bass.
- American Association of State Highway & Transportation Officials (2011). *A Policy on Geometric Design of Highways and Streets, 2011* (6th Ed). Washington D. C., EE.UU.: Autor.
- Appleyard, D. (sept, 1980). Livable streets: Protected neighborhoods? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 451(1), 106-117. doi: 10.1177/000271628045100111
- Barrantes C., A. (11 de noviembre de 2013). Comunidades recuperan sus parques tras expulsar al hampa. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/nacional/Comunidades-recuperan-parques-expulsar-hampa_0_1377662237.html
- Beatley, T. (2010). *Biophilic Cities: Integrating Nature into Urban Design and Planning*. Washington D.C., EE.UU.: Island Press.
- Becker, A. E. y Kleinman, A. (2013). Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine*, 369(1), 66-73. doi: 10.1056/NEJMra1110827
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D. y Rask, M. (sept, 2005). The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 280-287. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00342.x

- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., . . . Weinstein, C. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, Suiza: World Economic Forum, 2011. Recuperado de http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf
- Broyles, S. T., Mowen, A. J., Theall, K. P., Gustat, J. y Rung, A. L. (may, 2011). Integrating social capital into a park-use and active-living framework. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 522-529. doi: 10.1016/j.amepre.2010.12.028.
- Caja Costarricense de Seguro Social (oct, 2012). Medicamentos. *Bienestar*, 43, 1-98. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/revista_bienestar_detalle?id=43
- Calmes, J. y Pear, R. (November 8, 2013). Rules to Require Equal Coverage for Mental Ills. *The New York Time*. Recuperado de <http://www.nytimes.com/2013/11/08/us/politics/rules-to-require-equal-coverage-for-mental-ills.html>.
- Campos Miranda, A. (2013). *Análisis de morbilidad mental y registros socio-demográficos en las áreas de atracción del Programa de Atención Integral en Salud*. (Tesis de licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica, San José.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Suecia: Institute of Futures Studies.
- Decreto ejecutivo N.º 26831-MP sobre el Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (Ley N.º 7600, 1998). Publicada en *La Gaceta* N.º 75 (24 de Abril de 1998).
- Diez Roux, A. V. y Mair, C. (feb, 2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125-145. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x.
- Echeverría, S., Diez-Roux, A. V., Shea, S., Borrell, L. N. y Jackson, S. (dec, 2008). Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health & place*, 14(4), 853-865. doi: 10.1016/j.healthplace.2008.01.004
- Engwicht, D. (1999). *Street Reclaiming: Creating Livable Streets and Vibrant Communities*. Philadelphia, EE.UU.: New Society.
- Engwicht, D. (2007). *Reclaiming our Cities and Towns: Better Living with Less Traffic*. Philadelphia, EE.UU.: New Catalyst.
- Griffiths, C. A., Ryan, P. y Foster, J. H. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 168-173.
- Jacobs, J. M. (1992). *The Death and Life of Great American Cities*. New York, EE.UU.: Vintage.
- Jiménez H., L. G. & Blanco Sáenz, R. (jul, 2006). Medicamentos subutilizados en el ámbito comunitario, Área Salud Coronado, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(28). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000100007
- Klepp, O. M., Mastekaasa, A., Sørensen, T., Sandanger, I. y Kleiner, R. (mar, 2007). Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 11-22. doi: 10.1002/mpr.197
- La Nación, Editorial (9 de octubre 2013). Peor el remedio que la enfermedad. *La Nación*, Recuperado de http://www.nacion.com/opinion/editorial/Peor-remedio-enfermedad_0_1371062883.html
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Canada: Government of Canada.

- Lauder, W., Kroll, T. y Jones, M. (oct, 2007). Social determinants of mental health: the missing dimensions of mental health nursing? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 661-669. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01156.x
- Lavizzo-Mourey, R. y McGinnis, J. M. (sept, 2003). Making the case for active living communities. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1386-1388.
- Lawton, C. A. (2010). Gender, spatial abilities, and wayfinding. En J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.) *Handbook of Gender Research in Psychology, Vol.1* (pp. 317-341). New York, EE.UU.: Springer.
- Leandro, M. (2010). Límites de velocidad: Una mirada desde la ecología conductual. *Ambientales*, 39, 9-14. Recuperado de <http://www.ambientico.una.ac.cr/pdfs/ambientales/39.pdf>
- Low, S. M. (2000). *On the Plaza. Politics of Public Space and Culture*. Texas, USA: University of Texas Press. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>
- Meyer, M. D. y Miller, E. J. (2001). *Urban Transportation Planning: A Decision-Oriented Approach*. Singapore: McGraw-Hill.
- Nandi, A. y Welsh, L. (2013). Social context and mental health over the life course. En K. C. Koenen, S. Rudenstine, E. Susser y S. Galea (Eds.), *A Life Course Approach to Mental Disorders* (pp. 227-238). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. & Kindig, D. A. (Eds.) (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington D.C., EE.UU.: Institute of Medicine of the National Academies/ The National Academies Press.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Orleans, C., Leviton, L., Thomas, K., Bazzarre, T., Bussell, J., Proctor, D.,... , Weiss, S. (2009). History of the Robert Wood Johnson Foundation's active living research program: Origins and strategy. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), S1-S9.
- Ovares Fallas, V. y Quirós Loría, J. (2013). *Evaluación de las características físicas y sociales del espacio público y su influencia en la percepción de inseguridad en el cantón de Montes de Oca, Costa Rica* (Tesis de licenciatura en Psicología, inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Project for Public Spaces (2008). *Streets as Places: Using Streets to Rebuild Communities*. New York, EE.UU.: American Association of Retired Persons.
- Rios, R., Aiken, L. y Zautra, A. (febr, 2012). Neighborhood contexts and the mediating role of neighborhood social cohesion on health and psychological distress among Hispanic and non-Hispanic residents. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 50-61.
- Rodríguez Terán, M. (2013). *Los perros como catalizadores de capital social, salud y vida activa: Estudio en la comunidad cercana al parque para perros de Freses de Curridabat* (Tesis de licenciatura en Psicología, inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Salcedo Hansen, R. (2002). *El espacio público en el debate actual: Una reflexión crítica sobre el urbanismo post-moderno*. *EURE (Santiago)*, 28(84), 5-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612002008400001>

- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K. & Kerr, J. (apr, 2006). An Ecological Approach to Creating Active Living Communities. *Annual Review of Public Health*, 27, 297-322. doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100
- Segovia, O. y Neira, H. (nov, 2005). Espacios publicos urbanos: Una contribución a la identidad y confianza social y privada. *Revista INVI*, 20(55), 166-182. Recuperado de <http://www.revistainvi.uchilefau.cl/index.php/INVI/article/view/324/297>
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. & Teramoto Pedrotti, J. (Eds.) (2010). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Thousand Oaks, US: Sage.
- Suominen, S. y Vahtera, J. (2010). Sense of Coherence and the Strive for Life Control. En J. Laurinkari (Ed.) & V.-P. Isomäki (Coop.) *Health, Wellness and Social Policy: Essays in Honour of Guy Bäckman, Vol. X*, (pp. 145-155). Bremen, Alemania: Europäischer Hochschulverlag.
- Tovar-Murray, D. (2010). Social health and environmental quality of life: the relationship to positive physical health and subjective well-being in a population of urban African Americans. *The Western Journal of Black Studies*, 34(3), 358-366.
- Tucker, J. M., Welk, G. J. & Beyler, N. K. (apr, 2011). Physical activity in US adults: compliance with the physical activity guidelines for Americans. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(4), 454-461. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.12.016>
- Vaillant, G. E. (jun, 2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93-99. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.006 Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006/full>
- Valencia-Garcia, D., Simoni, J. M., Alegría, M. y Takeuchi, D. T. (apr, 2012). Social capital, acculturation, mental health, and perceived access to services among Mexican American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 177-185. doi: 10.1037/a0027207
- Venhoeven, L. A., Bolderdijk, J. W. y Steg, L. (2013). Explaining the paradox: How pro-environmental behaviour can both thwart and foster well-being. *Sustainability*, 5(4), 1372-1386. doi:10.3390/su5041372. Recuperado de www.mdpi.com/journal/sustainability

Recibido 13 de noviembre de 2013
Revisión recibida 21 de enero de 2014
Aceptado 29 de enero de 2014

Reseña del autor

Mauricio Leandro-Rojas obtuvo su licenciatura en Psicología y su maestría en Computación en la Universidad de Costa Rica. Se interesa en Psicología ambiental, especialidad en la cual obtuvo su doctorado de la *New York State University*, Estados Unidos. Labora como profesor asociado de la Escuela de Psicología y docente en Psicología ambiental de la Universidad de Costa Rica, donde coordina las cátedras de investigación de la carrera y es miembro del Comité Ético Científico. Sus temas de investigación se centran en bienestar, vida activa, derecho al espacio público y dimensiones individuales del diseño urbano. Se transporta en bicicleta o a pie el 99% del tiempo y participa en movimientos para impulsar el uso de medios de transporte activos, tanto a nivel nacional como internacional.

Disponible en línea: 30 de mayo de 2014

Retos para el estudio epidemiológico de la salud mental y el bienestar en Costa Rica

Challenges for Epidemiological Study of Mental Health and Well-Being in Costa Rica

Adriana Maroto-Vargas y Mónica Hernández-Campos

Universidad de Costa Rica

Resumen

Este artículo aborda algunos de los retos conceptuales y metodológicos que identificó la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica para el estudio de la salud mental en Costa Rica con el fin de favorecer un debate académico. Presenta una breve reseña del trabajo realizado desde esta unidad académica en los últimos tres años y da cuenta del proceso de trabajo coordinado con otras instancias de la universidad, instituciones públicas, organismos y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional e internacional e identifica los principales nudos de discusión trabajados a nivel conceptual y metodológico. El primero de ellos se refiere a los alcances y las limitaciones al utilizar los términos salud mental, salud o bienestar; este último se trata de una propuesta novedosa en Costa Rica. En un segundo momento, se desarrolla el debate sobre la relevancia de los marcadores genéticos y los factores ambientales y sociales en el proceso de salud/enfermedad. Introduce los aportes de la epidemiología crítica y presenta los argumentos de por qué se considera oportuno realizar la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental en Costa Rica, a pesar de una anticipada orientación metodológica por principios más tradicionales del enfoque psiquiátrico y de la epidemiología.

Palabras clave: Investigación, bienestar, epidemiología crítica, Encuesta Nacional de Salud Mental, Costa Rica, retos conceptuales y metodológicos

Abstract

This article approaches some conceptual and methodological challenges identified by the University of Costa Rica, School of Psychology, for Mental Health studies in Costa Rica. It presents a brief review of the work done by this academic unit during the last three years, including coordinating work with other faculties, academic centers, public institutions and social organizations at both national and international levels and identifying major points of discussion the group has worked on, both conceptual and methodological. The first area relates to the scope and limitations using the concepts “mental health”, “health” or “well-being”, which is an innovative proposal in Costa Rica. In the second area, it deals with the debate on genetic markers vs. environmental and social factors in the health/illness process. It goes on to introduce contributions from critical epidemiology and exposes the arguments of why implementation of the First National Survey of Mental Health in Costa Rica is considered relevant; despite the fact that it is anticipated to be methodologically oriented to rather traditional principles of the psychiatric and epidemiological approaches.

Keywords: Research, Well-Being, Critical Epidemiology, National Mental Health Survey, Costa Rica, Conceptual and Methodological Challenges

Adriana Maroto-Vargas y Mónica Hernández-Campos, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Adriana Maroto-Vargas, dirección electrónica: adriana.maroto_v@ucr.ac.cr o Mónica Hernández-Campos, dirección electrónica: monicavanessa.hernandez@ucr.ac.cr

El tema de la salud mental no se considera una prioridad en la agenda pública ni en las políticas de salud de los gobiernos en Costa Rica. Rodríguez Arauz, Sotela Sánchez & Alvarado Prado (2013) sistematizaron los recientes esfuerzos a nivel nacional en torno al tema de la salud mental y exponen que en el año 2002 se plantearon algunos lineamientos en relación con la salud mental como parte de un proyecto del plan nacional en salud general, que fue operacionalizado en el Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010 (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2007). En el año 2012 se elaboró la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012) cuyo objetivo general fue impulsar la salud mental como un derecho que debe garantizarse desde un modelo de atención comunitaria. Sin embargo, las autoras reportan que la política no cita alguna fuente científica de evidencia empírica, producto de una investigación a nivel nacional la cual respalde los temas priorizados. En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud de Costa Rica (2004) expone que los análisis de situación previos para los planes en salud mental o los modelos de atención se realizaron con datos recopilados de hospitales, como causa de incapacidades, egresos e ingresos hospitalarios y no por información derivada de la investigación epidemiológica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) argumenta que un componente clave de los sistemas de salud mental es la investigación al proporcionar datos para la toma racional de decisiones. No obstante, en la región de América Latina y el Caribe el informe encuentra este aspecto como deficitario, debido a que los sistemas de información en muchos de los países y regiones no cuentan con todos los instrumentos y elementos necesarios para el análisis y que en muchos casos se registran únicamente datos sobre el número de camas en instituciones psiquiátricas. En otros casos, los datos son inexistentes o de difícil acceso. En general, la OPS detectó que la investigación en salud mental se encuentra limitada en América Latina. De esta manera, abre un gran reto en las discusiones conceptuales y metodológicas para el abordaje de este complejo objeto de estudio para diversas disciplinas y para la Psicología en particular.

El objetivo del presente documento es visibilizar el trabajo realizado desde la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR) en la investigación en el área de la salud mental y el bienestar que tiene como fin propiciar espacios de debate académicos sobre este tema relevante para la Psicología y que ha sido relegado a otras áreas profesionales, principalmente la Psiquiatría.

El Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica (Art. 50, inciso d, 1974) estipula que los recursos universitarios deben prestar especial cuidado a la vinculación de los conocimientos con la realidad nacional. En el tema de la salud mental, el fin último consiste en que la investigación aporte información valiosa para los procesos de toma de decisiones sobre las políticas públicas y las instituciones vinculadas a la prevención y atención de la salud mental en Costa Rica. En respuesta a este compromiso, la Escuela de Psicología de la UCR, en el año 2011, empezó a impulsar la conformación de un programa de investigación sobre salud mental cuya primera meta fue realizar un estudio para conocer el estado de la salud mental en Costa Rica. Para ello, docentes

del Área de Clínica y Salud de la Escuela de Psicología conformaron la Comisión de Salud Mental y entrevistaron a personas con experiencia en el área de la salud mental desde distintos enfoques y áreas de especialidad, como p.ej., en la Universidad de Costa Rica, la Dra. Henriette Raventós (Centro de Investigación en Biología Molecular), el Dr. Roberto López y el Dr. José Miguel Rodríguez (Escuela de Psicología), la Dra. Ileana Vargas y la M.Sc. Mayra Cartín (Escuela de Salud Pública) y en el Ministerio de Salud de Costa Rica a la Dra. Carmen Macanche. Se establecieron vínculos con investigadores y especialistas con un mayor compromiso y trayectoria en este tema tanto en la Universidad de Costa Rica como en otras universidades públicas, instituciones del estado y organizaciones no gubernamentales.

Como resultado de estas entrevistas, la comisión planteó la importancia de conocer la situación de la investigación realizada en Costa Rica a través de dos recomendaciones. Así, se exhortó de (a) realizar un estudio epidemiológico y un estudio base para sistematizar las investigaciones realizadas a partir de algunos ejes de interés, p.ej. el concepto de la salud mental que ha prevalecido en Costa Rica, las poblaciones con que se ha trabajado y las aproximaciones metodológicas y (b) contactar personas clave interesadas en trabajar en el tema.

En el año 2011, la comisión inscribió dos proyectos de investigación: el primero, *Reflexiones en torno al tema de la salud mental: una puerta a la investigación*, realizó dos actividades para la discusión del tema con actores sociales (Murillo Valverde & Rodríguez Arauz, 2011) y el segundo proyecto Estado del arte en salud mental desarrolló -de manera conjunta por la Escuela de Psicología y la Escuela de Salud Pública de la UCR- los siguientes objetivos: (a) conocer los principales documentos científicos creados en relación con el tema en Costa Rica, (b) identificar las aproximaciones metodológicas nacionales e internacionales en epidemiología, (c) problematizar y construir el concepto de salud mental y (d) proponer líneas de investigación en el área de la salud mental y epidemiología (Salazar Mora, 2013).

Paralelo a estas labores, la Escuela de Psicología se unió de manera activa a las iniciativas impulsadas por otras instituciones, organizaciones sociales e unidades académicas de la UCR de mayor trayectoria en la investigación en salud mental para generar espacios de encuentro interdisciplinarios, requisito que se consideró fundamental. En estos espacios propusieron de manera coincidente la importancia y la urgencia de realizar un estudio epidemiológico en Costa Rica y señalaron los esfuerzos que algunas instituciones habían realizado previamente sin éxito, principalmente por el elevado costo económico implicado. Este grupo comenzó a trabajar de manera conjunta en sensibilizar a la población y las instituciones sobre la necesidad de recolectar rigurosamente datos sobre enfermedad mental, consumo de fármacos, acceso a servicios de salud y condiciones de vulnerabilidad, entre otros, para orientar las políticas institucionales y nacionales. El propósito fue tener un perfil sobre el estado de la salud mental de la población en Costa Rica con un fin común: visibilizar la importancia de trabajar en el tema de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos y calidad de vida.

A inicios del año 2012, la Escuela de Psicología tomó parte del proceso de consulta para la formulación de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012) cuyo aporte se dirigió al objetivo concreto asociado al mejoramiento de la recolección de datos científicos en el área de salud mental. El documento plantea como uno de sus enfoques la relevancia de la evidencia científica y las buenas prácticas en salud mental y argumenta:

La investigación brinda conocimientos sobre los que se pueden basar las políticas y las acciones en la mejor evidencia disponible y en las mejores prácticas en Salud Mental lo que permite la toma de decisiones oportuna. Además, con la obtención de buenos datos estadísticos y epidemiológicos se puede hacer una mejor planificación y presupuestación de las acciones en Salud Mental permitiendo el uso racional de los recursos tecnológicos, financieros y humanos (p. 45).

Este aspecto señala la necesidad que la investigación fundamente la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública, aspecto que ha sido una mayor carencia en Costa Rica, según lo encontrado por Rodríguez Arauz, Sotela Sánchez & Alvarado Prado (2013), quienes concluyeron en su documento que la promulgación de políticas institucionales sobre salud mental no se sustentó en los resultados de investigaciones epidemiológicas y recomendaron cuatro líneas de investigación prioritarias: (a) Estudios epidemiológicos a escala nacional para conocer la realidad en cuanto a la patología mental que provea de información comparable a nivel internacional, (b) la generación de investigaciones que incorporen distintos grupos etarios, diferenciados por sexo y área geográfica, (c) estudios de constructos salutogénicos con relaciones entre variables ambientales que amplíen el panorama sobre la salud mental y (d) la evaluación del impacto de las intervenciones realizadas en salud mental, la formulación de políticas y la formación del recurso humano.

En el año 2012, la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica formó el Equipo de Investigación en Salud con el principal objetivo de desarrollar investigación que conozca la situación en Costa Rica desde distintos intereses académicos que integren diversos enfoques multiparadigmáticos e interdisciplinarios con el fin de posicionar en la agenda nacional el tema de la salud mental de manera que los resultados de investigación tengan injerencia en el desarrollo, cumplimiento y evaluación de las políticas públicas. Actualmente, existen cuatro proyectos inscritos en la Escuela de Psicología que contribuyen a este programa de investigación:

El *Estado del arte de la investigación en salud mental* se considera el estudio semilla de este programa y que resultó en un libro en línea conformado por cinco capítulos que abordan la construcción del concepto de salud mental en Costa Rica en las últimas dos décadas, sus determinantes socioambientales, su historia en Costa Rica, su epidemiología, sus desafíos y, finalmente, algunos derroteros posibles para su investigación (Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar, 2013).

Como parte de este programa se encuentran inscritos los siguientes cuatro proyectos, que abordan temas y poblaciones diversas y heterogeneidad en sus enfoques teóricos y metodológicos

donde proyecto brinda insumos importantes para conocer aspectos relativos a la salud mental y el bienestar en Costa Rica: (a) *Validez y confiabilidad del Test de Actitudes ante la Alimentación* (Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991, con base en el *Eating Attitudes Test* de Garner & Garfinkel, 1979) en adolescentes del Área Metropolitana de San José, con el objetivo general de contar con un instrumento válido y confiable que mide los trastornos alimenticios en personas jóvenes costarricenses; (b) *Hiperactividad cardiovascular y apoyo social*, orientado a investigar la asociación entre el apoyo social y los niveles de reactividad cardiovascular de un grupo de estudiantes universitarios; (c) *Componentes de la salud mental*, que consiste en un estudio comprensivo, fundamentado en la evidencia de los componentes de la salud mental del cantón Montes de Oca (San José) con especial énfasis en los factores ambientales y de estilos de vida y (d) *Estado del arte de investigación en suicidio en Costa Rica*, que elabora el estado de la investigación en el tema del suicidio en los últimos 15 años en el país, en el cual se delimitan las áreas y las líneas de investigación más relevantes para el contexto costarricense desde el enfoque de la Psicología social.

La Escuela de Psicología estableció estos cuatro proyectos de investigación con la perspectiva de que este número aumente para el año 2014 y que incluya, p.ej., aproximaciones desde la Psicología social. Actualmente, la escuela se encuentra en la búsqueda de fondos -a nivel nacional e internacional- para la realización del estudio epidemiológico, además está preparando la propuesta para realizar un estudio piloto en el año 2014 con una muestra de representatividad nacional.

A lo largo de este proceso, la Escuela de Psicología trabajó en colaboración con instituciones como el Ministerio de Salud de Costa Rica, el Instituto Nacional de Estadística y Censos, la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, la Maestría de Salud Pública (UCR), la Escuela de Biología (UCR), el Centro de Investigaciones en Biología Celular y Molecular (UCR), el Instituto de Investigaciones Psicológicas (UCR) y personas interesadas quienes trabajan de manera independiente, entre otras. Actualmente, los investigadores están realizando estudios en áreas como genética, psicología y ambiente, trastornos alimenticios, epidemiología social, procesos cognitivos y regulación emocional y están desarrollando actividades de acción social. Todos estos proyectos tratan de dar un aporte a una mejor comprensión de la salud mental desde distintos enfoques o áreas de estudio. Como producto de los espacios de discusión se abrió el debate sobre el concepto de la salud mental y se introdujo el de bienestar, aspecto que se ampliará posteriormente.

Los principales logros alcanzados de este trabajo en conjunto fueron: Una mesa redonda y un coloquio realizados en el año 2011, titulados *La salud mental en Costa Rica: Un tema urgente* y en el año 2012 una mesa redonda titulada *Epidemiología en salud mental: de la enfermedad a la toma de decisiones* con investigadores nacionales e internacionales con experiencia en el desarrollo de estudios epidemiológicos en Latinoamérica y que culminó en un taller sobre el instrumento de recolección de datos a ser utilizado en un estudio epidemiológico en Costa Rica. Aquí, se acordó que el *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI V2.1, *World Health Organization*, 1990) será la mejor herramienta para conducir un estudio epidemiológico en Costa Rica. Este será un punto que se desarrollará más adelante. En octubre del 2012, en el marco de la *VI Jornada de*

Psiquiatría: Desafíos diagnósticos y abordajes de los trastornos afectivos y sus comorbilidades, en las cuales participó la Dra. Kathleen Merikangas, directora de la División de Epidemiología Genética del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (*National Institute of Mental Health*), se gestionó el apoyo para desarrollar un estudio epidemiológico a nivel nacional. En el año 2013 se realizó un foro sobre Epidemiología crítica social donde se discutieron los postulados principales de la Epidemiología social y sus retos y se presentaron los principales resultados de la I Encuesta Nacional en Salud Mental de Guatemala (Organización Mundial de Salud, OMS, 2011). En este año 2013, se realizó el foro *Situación de la salud mental en Costa Rica* y se divulgaron los resultados del libro *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica* (resultado del proyecto de investigación de la Escuela de Psicología), que integró docentes e investigadores de la Universidad Nacional, el Ministerio de Salud y la Escuela de Biología (UCR). La actividad contó con gran difusión mediática con autoridades nacionales en el tema, vicerrectores, decanos, docentes, investigadores, estudiantes y usuarios interesados en conocer la situación de la investigación en salud mental en Costa Rica.

Las actividades alcanzaron tres logros principales: (a) destacar la importancia de la investigación en salud mental, (b) colocar en la mesa de discusión los principales retos que enfrenta Costa Rica en su abordaje y (c) el encuentro de personas e instituciones que tienen interés en la temática. Ahora, el reto consiste en dar seguimiento a los insumos y las discusiones generadas.

El tema de la salud mental y bienestar es amplio, complejo y multidimensional, entabla un diálogo abierto entre los distintos saberes y esta diversidad fortalece el debate académico. A pesar de que se realizaron avances importantes para el estudio interdisciplinario e interinstitucional de la salud mental, quedó cada vez más claro que existen grandes retos teóricos, metodológicos y epistemológicos. Por lo tanto, más que buscar un punto de consenso, las actividades plantearon el reto de la discusión conceptual, epistemológica y metodológica del estudio de la salud mental. A continuación, presentamos algunos nudos de discusión que se identificaron y que se consideraron como un punto de partida importante para el debate académico.

Retos conceptuales y metodológicos en la investigación en salud mental y bienestar

En los espacios de encuentro entre investigadores de la Escuelas de Psicología de la Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional, el Ministerio de Salud, el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular y personas que han participado de manera independiente emergieron dos ejes que se convirtieron en los puntos nodales de la discusión, que se definió como abierta y sin respuestas unívocas, primero porque se encuentra en sus primeras etapas y segundo porque no se pretende llegar a ellas. Por lo tanto, el objetivo de presentarlas en este artículo es plantearlas a una comunidad académica más amplia y fomentar el debate sobre el tema: los dos ejes muestran una relación que transita desde lo epistemológico, hasta lo conceptual y metodológico. El primer eje consiste en entender el concepto de la salud mental y, por consiguiente, el segundo en cómo medir

o estudiarla. Las respuestas conceptuales orientarán lo metodológico en una línea de coherencia epistemológica.

Epidemiología de la salud mental: el reto en el abordaje conceptual

Garita Montero & Molina Morales (2013) presentaron una revisión de la conceptualización de la salud mental que persistió en Costa Rica en los últimos 20 años y consideraron los aportes de otros países de la región como Argentina, Colombia y México. Las autoras manifiestan que en Costa Rica prevaleció una visión médica-psiquiátrica, centrada en la enfermedad, la atención hospitalaria y el uso de medicamentos; es decir, ha predominado un enfoque desde el tratamiento de la enfermedad mental en lugar de la promoción de la salud (Garita Montero & Molina Morales, 2013; Rodríguez Arauz, Sotela Sánchez & Alvarado Prado, 2013). En consecuencia, esta visión médica-psiquiátrica coloca al paciente en una actitud pasiva que, según Contreras-Rojas y Raventós (2013), representa un modelo “poco eficiente, caro, y produce menos bienestar que la prevención y promoción” (p. 129). Desde este enfoque, Mac Donald Quiceno & Peinador Roldán (2013) consideran que casi la mitad de la población de la región de América Latina clasifica haber sufrido de trastornos y los autores cuestionan la pertinencia de denominar de esta manera manifestaciones y vivencias que parecen comunes en la población. Según Augsburg (2004), el enfoque tiene una gran dificultad para identificar las expresiones de sufrimiento psíquico que no se encuentran objetivadas como una enfermedad, ni deberían estarlo.

Así, lograr una definición de la salud mental no resulta sencillo y el equipo consideró más relevante la discusión desde una aproximación a la salud mental desde la investigación, que es compleja, al tratarse de un aspecto multidimensional y contextual, donde confluye lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social (Garita Montero & Molina Morales, 2013). A partir de este consenso, la pregunta sobre qué es la salud mental abrió espacio para el intercambio de perspectivas en relación con dos aspectos: (a) ¿Debemos hablar de salud mental específicamente o, más bien, de salud en general? y (b) al hablar de salud mental ¿cuál es la relevancia de los factores genéticos y biológicos de cara al entorno social?

A continuación, se presentan algunas reflexiones sobre estos aspectos, mas no se espera otorgar una respuesta a las interrogantes planteadas.

Salud mental o salud en general

Sobre el primer aspecto, salud mental o salud en general, se identificaron principalmente tres posiciones: Una plantea que la salud debe entenderse de manera integral y, por lo tanto, debe hablarse únicamente de salud, debido a que el término salud mental crea una falsa dicotomía entre la mente y el cuerpo, mientras existe una relación dialéctica. En tanto, postula que no se puede hablar de salud mental si la persona no tiene una adecuada salud física y que, en algunos casos, las enfermedades físicas se identifican como un síntoma de aspectos como el estrés, la ansiedad, etc.

Esta posición encuentra sustento teórico en modelos de salud utilizado en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 de Costa Rica (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012), la cual afirma que existen cuatro determinantes de la salud: factores biológicos, sociales-económicos, ambientales y los servicios y sistemas de salud ¹. Por lo tanto, aduce que el término salud mental favorece a posicionar y reforzar la noción de que la salud mental y la salud física pertenecen a dos esferas diferentes de la vida humana y, así, limita la posibilidad de realizar acciones tendientes a mejorar la salud de las personas de manera integral al generar tensiones respecto al objeto de estudio entre las diferentes ciencias de la salud.

La segunda posición -si bien reconoce como válido el anterior argumento- plantea que, eliminar la especificación de lo mental en la salud, la invisibilizaría aún más en un contexto en que no ha sido prioridad para las políticas públicas de salud en Costa Rica. El Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica de la Organización Panamericana de la Salud (2008) presenta datos que evidencian la situación: (a) el Plan Nacional de Salud Mental (2004-2010) no contó con financiamiento, (b) el enfoque de atención era principalmente farmacológico, (c) hubo insuficiente recurso humano capacitado en salud mental, principalmente en la atención primaria, y una falta de sensibilización en el personal en general, (d) el presupuesto costarricense de salud asignó a la Caja Costarricense de Seguro Social únicamente un 3% para la salud mental, de este el 67% fue para los dos hospitales psiquiátricos y el 33% restante para los demás servicios de salud y para actividades de prevención; (e) la ausencia de protocolos actualizados en la prescripción de fármacos y (f) la falta de planificación e investigación en salud mental. En vista de esta línea de argumentación consideró importante llamarla como tal, salud mental, para posicionarla ante la opinión pública y, principalmente, ante las instituciones encargadas de su promoción y atención.

Una tercera línea de argumentación sostiene que el concepto “bienestar” debe utilizarse, pues no se trata solo de una condición de salud (como tradicionalmente definido), sino de que la persona tenga condiciones de vida que le garanticen un buen vivir; es decir, un bienestar. Debido a que este es un enfoque novedoso en Costa Rica, seguidamente se ampliará la definición para clarificar a qué se refiere.

El concepto de bienestar

Vásquez, Hervás, Rahona, & Gómez (2009) definieron bienestar como un estado óptimo de satisfacción psicológica en la persona, asociado a la prevención y recuperación en situaciones adversas, mientras Huynh, Craig, Janssen & Pickett (2013) abarcaron cualidades como la esperanza, la creatividad, la responsabilidad, la perseverancia y la satisfacción. Vásquez y colaboradores añaden que este estado óptimo se relaciona con parámetros físicos protectores, una mejor respuesta

¹ La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 de Costa Rica utiliza como referente la propuesta desarrollada por Marc Lalonde (1974).

del sistema inmunológico, conductas saludables y un mejor afrontamiento a los problemas. Sin embargo, alcanzar un nivel óptimo de bienestar no depende solo de la persona, sino también de aspectos sociales y ambientales.

Barquero Sanabria, Leandro Rojas & Sotela Sánchez (2013) proponen la necesidad de abordar el tema de la salud mental desde un modelo de salud positiva al enfocar en “los activos individuales y comunitarios necesarios para construir salud y bienestar, no en los déficits que produce la enfermedad” (p. 27). Ellos mencionan como factores asociados al bienestar humano, el acceso equitativo a espacios públicos, la conformación de redes de apoyo social, accesibilidad a espacios verdes, circunstancias sociales y acceso a los recursos y adecuadas condiciones laborales. Estudios internacionales identificaron que personas con acceso a espacios naturales presentan mayores niveles de satisfacción consigo mismas, el trabajo y la vida en general e, incluso, demostraron que este tipo de espacios facilitan la recuperación en procesos de enfermedad y la reducción de la ansiedad (Maller, Townsend, Pryor, Brown & St Leger, 2006).

Otro aspecto constituyen las repercusiones de los sistemas de transporte en la salud pública. El transporte activo como caminar o ir en bicicleta al lugar de destino demostraron surtir un efecto en la salud de la persona al reducir el peso y el riesgo de padecer obesidad, diabetes y problemas cardíacos (Raynault & Christopher, 2013). Sin embargo, la estructura de muchas ciudades no facilita este tipo de actividades altamente asociadas con una mayor calidad de vida y bienestar percibido. De esta manera, el abordaje de la salud desde un enfoque de bienestar, según Huynh et al. (2013), debe tomar en cuenta determinantes individuales y ambientales y tiene por objetivo promover la reestructuración de las ciudades y el aprovechamiento de los espacios comunitarios, de fortalecer las redes de apoyo social y los espacios públicos de recreación y actividad física.

Al reconocer que estas tres perspectivas tienen argumentos de gran interés académico para el abordaje del tema, la Escuela de Psicología decidió nombrar su equipo interno de trabajo *Equipo de Investigación en Salud* y espera integrar propuestas e iniciativas de docentes desde diferentes abordajes teóricos y paradigmáticos de la Psicología y propiciar la posibilidad de coordinaciones interdisciplinarias e interinstitucionales.

Factores biológicos-genéticos vs. factores sociales-ambientales

El debate sobre la relevancia de factores biológicos y genéticos frente a los factores ambientales o sociales -si el referente de la salud mental es la psique, el cerebro o la mente- es mucho más actual dentro de las discusiones del grupo al esbozar los primeros argumentos. Aquí, el tema de fondo consiste en la discusión sobre la interrelación o preponderancia entre los marcadores genéticos y la influencia de los factores sociales. Ambas posiciones reconocen que tanto lo biológico-genético como el contexto social interactúan e inciden en el proceso de la salud/enfermedad mental. Más bien, el debate se centra sobre la predominancia de uno sobre el otro: ¿Pueden las condiciones de vida anular la influencia de marcadores genéticos o simplemente garantizar una mejor calidad de

vida cuando estos marcadores se manifiesten? ¿Las situaciones de desigualdad pueden generar las condiciones “propicias” para el desarrollo de la enfermedad mental? ¿Los factores sociales o biológicos explican que las enfermedades mentales sean más comunes en mujeres que en hombres?

Bedregal, Shand, Santos & Ventura-Juncá (2010) manifiestan que el concepto de epigenética “ha instalado un paradigma nuevo que supera la dicotomía genética y ambiente a favor de modelos de desarrollo humano holísticos” (p. 370). Estos autores definen epigenética como “el estudio de los cambios en la función de los genes que son heredables [...] que no entrañan una modificación en la secuencia del ADN y que pueden ser reversibles” (p. 367).

A partir de esta evidencia, resulta pertinente afirmar que tanto factores ambientales como factores genéticos se vinculan a lo largo de la vida pese a que aún no es completamente clara la relación entre estos procesos. Este tema se considera de vital importancia, pues investigaciones realizadas en los últimos años demostraron de qué manera experiencias adversas en la infancia, p.ej., la violencia, pueden afectar estructuras y funciones cerebrales, y cómo estas influyen en el posterior desarrollo psicológico y emocional. McCrory (2012) encontró evidencia de cómo estas experiencias pueden ser moderadas por el genotipo de forma que ciertos polimorfismos genéticos promueven factores de protección o de vulnerabilidad ante el ambiente. Otros estudios relacionaron mecanismos epigenéticos con enfermedades psiquiátricas, obesidad, diabetes, cáncer y enfermedades que pueden aparecer a lo largo de la vida y que pueden ser asociadas a experiencias de estrés y de privación en los primeros años de vida (Bedregal et al., 2010; Jones & Baylin, 2002; Sweatt, 2009).

Además del estudio y la discusión de la genética y factores sociales y ambientales, la Universidad de Costa Rica trabaja en una línea novedosa de investigación en Costa Rica al identificar los marcadores cognitivos que subyacen al desarrollo de psicopatologías o, por el contrario, la identificación de factores protectores que propician una condición de bienestar y que busca avanzar en la comprensión del origen, desarrollo y mantenimiento de problemáticas emocionales y el desarrollo de psicopatologías.

El grupo no pretende que las respuestas a estas y muchas otras interrogantes sean simples y contundentes, sin embargo, considera que es necesaria una amplia discusión en que participen diversos enfoques.

El abordaje de la investigación en salud mental requiere del esfuerzo de distintas áreas académicas, disciplinas y abordajes metodológicos para acceder a los factores biológicos, sociales, culturales y ambientales del fenómeno, así como de las posibilidades que tiene Costa Rica a través de los sistemas y servicios de salud. El reto consiste en lograr comprender cómo estas dimensiones interactúan y crean la realidad del individuo y del grupo social y, de esta forma, trazar pautas de intervención que generen un entorno protector que garantice la calidad de vida y las condiciones sociales que permitan el desarrollo óptimo de las personas.

Epidemiología de la salud mental: el reto en el abordaje metodológico

Los aspectos señalados hasta ahora, si bien son conceptuales, reflejan una clara implicación en el aspecto metodológico del estudio de la salud mental. El debate conceptual apenas inició y el grupo tiene la expectativa de un largo proceso de debate académico, multiparadigmático e interdisciplinario que permita -desde la investigación- comprender mejor la salud mental. Sin embargo, es impostergable enfrentar el reto de cómo abordar metodológicamente el tema al trascender el paradigma dominante centrado en estudios epidemiológicos que mapean la enfermedad mental, pero que no permiten una mayor y mejor comprensión de la enfermedad y menos aún de la salud mental. Dicho en otras palabras, los estudios sobre salud mental abordan la enfermedad mental acorde con estándares internacionales como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría o la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Desde posturas críticas, estos criterios diagnósticos invisibilizan el carácter procesual e histórico que subyace a la designación de estas nosologías (Augsburger, 2004). Esta autora señala que otra limitación de estos estándares internacionales consiste en no reconocer e identificar situaciones de padecimiento psíquico relacionados al enfrentarse de manera cotidiana a la vida en la sociedad y al ámbito familiar, que no son homologables a las entidades patológicas ni necesariamente las anteceden.

Rodríguez Arauz, Sotela Sánchez & Alvarado Prado (2013) reseñaron las investigaciones realizados en Costa Rica desde el ámbito de la Psicología sobre esta temática y concluyeron que se trata de estudios dispersos, motivados por personas sin una articulación institucional y sin establecer una agenda consensuada de investigación. Añaden que se trata de estudios con enfoques metodológicos y poblaciones muy disímiles, un hecho que dificulta comparar los datos de manera histórica.

En el reto en la investigación de la salud mental y particularmente desde enfoques que trasciendan el enfoque psiquiátrico, constituye una referencia importante la propuesta desde la Epidemiología social o crítica que se ha desarrollado en América Latina desde la década de los años sesentas. Para los autores de mayor trayectoria de este enfoque, como Almeida-Filho (2007) y Barata (2005), el término Epidemiología social resulta redundante, al considerar que toda epidemiología posee una base social. Mientras Mojica Perilla (2009) y Segura del Pozo (2006) indican que, al denominarla de esta manera, enfatiza en el estudio de los determinantes sociales del proceso de salud/enfermedad.

Epidemiología crítica

No nos resulta posible realizar un abordaje amplio de la Epidemiología crítica en este artículo, pero podemos señalar que se entiende la salud y la enfermedad como procesos sociales vinculados al lugar de pertenencia social de las personas; es decir, hay un proceso de historicidad para entender tanto la salud como la enfermedad, con lo cual cuestiona el principio de causalidad y factores de

riesgo del paradigma predominante (Mojica Perilla, 2009). Este enfoque cuestiona tres principios que históricamente se encontraron en el abordaje de la salud: su reducción a la enfermedad y a lo individual, su reducción a fenómenos empíricamente observables y la atribución de una relación unidimensional por leyes deterministas. De esta manera, la salud se convierte en multidimensional en lo relativo al objeto, al concepto y al campo de acción (Breilh, citado por Zaldúa, Lodieu, Bottinelli & Pawlowicz, 2010a).

Surge la interrogante, ¿cómo se logra una propuesta metodológica? El reto de la Epidemiología crítica es trascender la propuesta teórica al trabajo de campo. Uno de los puntos esenciales que plantea este enfoque es el tránsito de lo institucional a un nuevo escenario en el cual existen relaciones entre las personas y entre estas y la cultura, las cuales son dinámicas y transformadoras; es decir, entiende las comunidades como unidades de análisis (Zaldúa et al., 2010b). Esta visión incluye las desigualdades sociales y postula que estas tienen un importante valor explicativo en el proceso de salud/enfermedad (Breilh, 1998, Segura del Pozo, 2006; Fernandes Ferreira & Dias de Oliveira Latorre, 2012).

Lo anterior requiere la construcción de indicadores sociales que aborden la complejidad de las sociedades modernas y den cuenta de la relación entre estas variables. Ello no resulta ser una tarea sencilla, sin embargo, al discutir sobre los límites, las ambigüedades y los vacíos existentes, apunta a esfuerzos analíticos y explicativos que contrarresten los modelos explicativos lineales y simplistas (Fernandes Ferreira & Dias de Oliveira Latorre, 2012).

La propuesta de la Epidemiología crítica no debe reducirse a un debate entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa, al no plantearse de manera antagónica sino complementaria. Afirma Almeida Filho (2007) que el objeto “salud” no merece ni soporta la fragmentación producido entre estos enfoques metodológicos, sino que, a través de su articulación, logra “acuerdos destinados a producir, con mayor eficiencia, conocimientos relacionados con problemas concretos de la naturaleza, la cultura, la sociedad y la historia; problemas que se refieren a la salud” (p. 229).

La Epidemiología crítica considera que los estudios epidemiológicos tradicionales generan hipótesis y buscan abordajes a través de estudios cualitativos que relacionan y, principalmente, explican los mecanismos y factores sociales asociados a los procesos de salud/enfermedad. Por lo tanto, parte de la generalización de los resultados aportados por las metodologías cuantitativas pueden potenciar la capacidad de profundización de los estudios cualitativos (Muntaner & Gómez, 2003; Almeida Filho, 2007). Estos autores proponen, de manera concreta, retomar las variables independientes de los enfoques epidemiológicos e utilizarlas en entrevistas a profundidad para producir patrones de evaluación y generar hipótesis respecto a los mecanismos sociales asociados a los procesos de salud/enfermedad, que resultan difíciles de abordar a través de la investigación cuantitativa, o de estudiar casos típicos con técnicas de entrevistas e historias de vida.

La propuesta metodológica para una Encuesta Nacional de Salud Mental

A pesar de los anteriores debates sobre el estudio de la salud mental y el reconocimiento de los aportes de la Epidemiología crítica, personas e instituciones que participaron del proceso de discusión coincidieron en la meta común de realizar la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental en Costa Rica. La importancia y la urgencia de realizar un estudio epidemiológico fue una propuesta desde diversos actores que trabajaron en el tema.

Por medio de los contactos internacionales y el proceso de consulta, el grupo coincidió que metodológicamente lo más apropiado sería utilizar el *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, 1990), instrumento avalado por la Organización Mundial de la Salud que utiliza como referencia la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE-10, OMS, 1992). Surgió inevitablemente la pregunta, si en eso consiste una gran contradicción interna del grupo: plantear fuertes críticas al paradigma dominante y generar debates sobre cómo trascender este enfoque para, finalmente, optar por el estudio de la salud mental desde un enfoque psiquiátrico.

Realizar la encuesta resultó como acuerdo mínimo común y como tarea prioritaria en la investigación de la salud mental y el estudio epidemiológico como herramienta necesaria para un adecuado abordaje de la salud apoyada en políticas públicas, que de ninguna manera pueden desestimar sus aportes a la enfermedad mental en Costa Rica. Por lo tanto, consideramos oportuna su realización al (a) generar evidencia fundamental para la definición de políticas institucionales que permitan una mejor focalización y designación de los escasos recursos existentes para el trabajo en salud mental, p.ej., a través de la identificación de grupos y zonas en condición de vulnerabilidad, factores de riesgo, factores protectores, prevalencia de trastornos, entre otros; (b) informar en un lenguaje que permite dialogar con autoridades de instituciones públicas, gobierno y organismos internacionales respecto a las necesidades que enfrenta Costa Rica en esta temática; (c) generar evidencia para incluir a Costa Rica en estudios comparativos a nivel latinoamericano y a nivel internacional sobre esta temática, (d) atraer recursos (financieros, técnicos, humanos, etc.) a nivel internacional, (e) crear una base de datos y una línea base para plantear investigaciones desde los diferentes enfoques y disciplinas y (f) atender situaciones particulares identificados a partir de estos datos.

Por lo tanto, este artículo plantea la urgencia de realizar el estudio epidemiológico entendido como un punto de partida y no como un punto de llegada en el estudio de la salud mental en Costa Rica con el objetivo de lanzar una invitación para avanzar en la discusión académica y de investigación de este tema tan complejo y fascinante para la Psicología.

Referencias

- Almeida Filho de, N. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud Colectiva*, 3(3), 229-233. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130301>
- Augsburger, A. C. (may-ago, 2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*, 16(2), 71-80. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>
- Barata, R. B. (mar, 2005). Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1), 7-17.
- Barquero Sanabria, P., Leandro Rojas, M. & Sotela Sánchez, G. (2013). Determinantes socio ambientales de la Salud Mental. En Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar, *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica*. (pp. 26-40). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/>
- Bedregal, P., Shand, B., Santosa, M. & Ventura-Juncá, P. (mar, 2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista Médica Chile*, 138(3), 366-372. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300018
- Breilh, J. (1998). La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileña de Epidemiología*, 1(3), 207-233. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v1n3/02.pdf>
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish versión. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.
- Contreras-Rojas, J. & Raventós, H. (2013). Foro sobre salud mental 2011, conclusiones y pasos futuros. *Acta Médica*, 55(3), 128-134. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43428797006>
- Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica (1974). Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica, de conformidad con el artículo 84 de la Constitución Política, y los acuerdos de las Asambleas Universitarias, decretado en el mes de marzo de 1974.
- Fernandes Ferreira, M. A. & Dias de Oliveira Latorre, M. R. (2012). Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2523-2531. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900032&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (may, 1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(22), 273-279. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar (2013). *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/>
- Garita Montero, P. & Molina Morales, K. (2013). Construcción del concepto de salud mental en Costa Rica. En Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar (2013), *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica*. (pp.10-25). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/>
- Huynh, Q., Craig, W., Janssen, I. & Pickett, W. (2013). Exposure to public natural space as a protective factor for emotional well-being among young people in Canada. *Public Health*, 13(407), 2-14. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/407>
- Jones, P. A. & Baylin, S. P. (jun, 2002). The fundamental role of epigenetic events in cancer. *Nature Reviews Genetics*, 3(6), 415-428. doi:10.1038/nrg816

-
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Canada: Government of Canada.
- Mac Donald Quiceno, J. & Peinador Roldán, R. (2013). La epidemiología de la salud mental y sus desafíos. En Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar. (2013). *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica*. (pp. 61-81). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/>
- Maller, C., Townsend, M., Pryor, A. & Leger St, L. (mar, 2006). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' has an upstream health promotion intervention for populations. *Health promotion international*, 21(1), 45-54. Recuperado de <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/1/45.full>
- McCrory, E. (2012). *Maltrato, genética y desarrollo cerebral*. En M. Woodhead & J. Oates (Eds. Serie) *La primera infancia en perspectiva 7, El cerebro en desarrollo* (p. 52). Milton Keynes, Reino Unido: Grupo de Estudios sobre el Niño y el Joven/ La Universidad Abierta. Recuperado de www.bernardvanleer.org/El-cerebro-en-desarrollo-?pubnr=1540
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2007). *Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010*. San José, Costa Rica: Autor.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2012). *Política Nacional de Salud Mental (2012-2021)*. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Mojica Perilla, M. (abr, 2009). Dos versiones de la epidemiología social: entre el centro y la periferia. *MedUNAB*, 12(1), 22-26. Recuperado de http://intranet.unab.edu.co/Adjuntos/articulo_completo_medunab_monica_mojica_53398139.pdf
- Muntaner, C. & Gómez, M. B. (ene, 2003). Qualitative and quantitative research in social epidemiology: Is complementarity the only issue? *Gaceta Sanitaria*, 17(Supl. 3), 53-57. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000900007
- Murillo Valverde, R. & Rodríguez Arauz, G. (2012). *Reflexiones en torno al tema de la salud mental: una puerta a la investigación* [Informe final del Proyecto de Investigación 086, Escuela de Psicología]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE-10). Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado en inglés de <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala 2011*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/guatemala_who_aims_report_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/ Ministerio de Salud (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. [Serie Análisis de Situación de Salud, N.º 10]. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=214&Itemid=
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Informe sobre el sistema de salud mental en Costa Rica*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/informe.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Informe sobre los sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., EE.UU.: Autor. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Raynault, E. & Christopher, E. (2013). How Does Transportation Affect Public Health? *Public Roads*, 67(6). Recuperado de <http://www.fhwa.dot.gov/publications/publicroads/13mayjun/05.cfm>
-

- Rodríguez Arauz, G., Sotela Sánchez, G. & Alvarado Prado, R. (2013). El abordaje de la salud mental en Costa Rica en las políticas institucionales y su relación con la investigación. En Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar. (2013). *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica*. (pp. 41-60). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/>
- Salazar Mora, Z. (2013). *Estado del arte en salud mental* [Informe parcial del Proyecto de Investigación N 216-B2-186, Escuela de Psicología]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Segura del Pozo, J. (mar, 2006). Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gaceta Sanitaria*, 20(2), 153-158. <http://dx.doi.org/10.1157/13087328>
- Sweatt, D. (febr, 2009). Experience-dependent epigenetic modifications in the central nervous system. *Biological Psychiatry*, 65(3), 191-197. doi:10.1016/j.biopsych.2008.09.002
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/about.php>
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Bottinelli, M. M. & Pawlowicz, M. P. (2010a). Cuestiones desde la Epidemiología crítica: trabajo y salud. En G. Zaldúa & M. M. Bottinelli (Comps.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (pp. 17-28). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Bottinelli, M. M., Pawlowicz, M. P., Pérez, K., Gaillard, P., Tisera, A. & Nabergoi, M. (2010b). Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación. En G. Zaldúa & M. M. Bottinelli (Comps.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. (pp.17-28). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Recibido 12 de noviembre de 2013

Revisión recibida 12 de febrero de 2014

Aceptado 01 de abril de 2014

Reseña de las autoras

Adriana Maroto-Vargas es máster en Sociología y licenciada en Psicología. Ambos títulos fueron otorgados por la Universidad de Costa Rica. Ha trabajado en organizaciones de la sociedad civil en el ámbito de los derechos humanos con énfasis en derechos reproductivos de las mujeres y las personas jóvenes. Actualmente, labora como docente e investigadora de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

Mónica Hernández-Campos es licenciada en Psicología y estudiante activa del Posgrado en Ciencias Cognoscitivas de la Universidad de Costa Rica. Labora como investigadora y docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

Disponible en línea: 30 de mayo de 2014

CUERPO REVISOR, AÑO 2013-2014

NACIONAL

Francisco Gólcher-Valverde

Ministerio de Salud de Costa Rica

Roberto López-Core

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

Orietta Norza-Hernández

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

Gloriana Rodríguez-Arauz

Universidad de Costa Rica

Mariano Rosabal-Coto

Universidad de Costa Rica

Adriana Sánchez-Lovell

Universidad de Costa Rica

Luis Diego Vega-Araya

Universidad Latina, Costa Rica

Rosibel Víquez-Abarca

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

INTERNACIONAL

Milton Eduardo Bermúdez-Jaimes

Pontificia Universidad Javerina, Colombia

Jean Campbell

Missouri Institute of Mental Health, Estados Unidos

Pedro R. Gil-Monte

Universidad de Valencia, España

Ana Gloria Gutiérrez-García

Universidad Veracruzana, México

Libertad Martín-Alfonso

Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba

Sergio Andrés Pérez-Barrero

Sociedad Cubana de Psiquiatría, Cuba

Benjamín Reyes-Fernández

Universidad Libre de Berlin, Alemania

María Clara Rodríguez de Bernal

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Natalia Salas-Guzmán

Universidad Diego Portales, Chile

Roberto Tejero-Acevedo

Tribunal Superior de Justicia de Madrid, España

ENVIAR MANUSCRITO

Presentación de manuscritos

La Revista Costarricense de Psicología acepta para ser publicados trabajos originales, inéditos y que no han sido sometidos a consideración para su publicación en otros medios de publicación.

El manuscrito se entrega en formato word por correo electrónico a la editorial de la revista (revistacientifica@psicologiacr.com, con copia al director: direccionrevista@psicologiacr.com) para pre-aprobación.

Al ser aprobado para ingresar al proceso de revisión por pares externos, se entrega a la revista un currículo de no más de dos páginas, una carta de motivos firmada y dirigida al director de la revista y la Declaración jurada, que la editorial le proporciona, para dar fe pública de que el trabajo es original e inédito, que cumple con las normas internacionales de ética y que sigue el formato de recomendaciones del *Manual de publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, <<http://www.apa.org>>). En la carta, el autor/ la autora principal transfiere los derechos de autor (*copyright*) a la revista, eso en el caso de la aceptación del manuscrito.

La editorial otorga un número de identificación del manuscrito (ID) en cuanto su entrega esté completa de acuerdo con los requisitos de la editorial.

Evaluación de manuscritos

El Consejo Editorial somete el manuscrito a revisión por dos árbitros externos (*peer review*) que ayudan a determinar la idoneidad del artículo para los fines de la revista. En el caso de dictámenes contradictorios, el consejo puede solicitar el criterio de un tercer árbitro externo.

Todos los evaluadores y autores se mantienen anónimos (doble ciego).

En el caso de que los dictámenes de los pares externos indiquen una aceptación parcial con reestructuración del manuscrito, se le pide a la autoría entregar las reestructuraciones dentro de un plazo de 30 días. La editorial revisa el manuscrito reestructurado y transcurrido un plazo no superior a los tres meses, el Consejo Editorial comunica su aceptación o rechazo. La autoría tiene derecho a la apelación. Si el Consejo Editorial lo considera necesario lo envía a revisión con otros árbitros.

Independientemente de su aceptación o rechazo, la documentación entregada no se devuelve.

Formato de manuscritos

Todo trabajo debe seguir estrictamente el formato del *Manual de publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, <<http://www.apa.org>>).

El orden de la presentación de la información es el siguiente: Portadilla (cornisa, título, pie de autor, fecha y nota de autor), resumen, corpus de trabajo, referencias, apéndices, tablas, figuras, en páginas separadas y en este orden (con solo una tabla o figura por página), y enumeradas secuencialmente.

Se aceptan trabajos con un máximo de 30 páginas a doble espacio incluyendo referencias, tablas, imágenes, anexos, etc., digitados en hojas tamaño carta con márgenes de por lo menos 2,54 cm, alienados a la izquierda, letra *Times New Roman*, 12-pts.

El título y el resumen del artículo deben de presentarse en español y en inglés. El título se incluye con un máximo de 12 palabras y el resumen entre 150 y 250 palabras redactado en un solo párrafo, seguido de cinco a ocho palabras clave.

El manuscrito debe estar preparado con cuidado y limpieza y aferrarse a los lineamientos de la APA para encabezados, párrafos, enumeraciones, tablas, abreviaturas, ortografía, matemáticas y estadísticas o unidades de medición, etc.

Se hace especial énfasis en que los manuscritos sigan estrictamente el formato APA de citación textual, citas de referencias en el texto y lista de referencias.

En el caso de investigaciones empíricas (cuantitativas o cualitativas), la revista sigue el formato genérico de la APA: título, resumen (*abstract*) y palabras clave (*keywords*), introducción, método, resultados, discusión, reconocimientos, referencias, apéndices.

En el caso de artículos teóricos, la revista se rige por el formato recomendado por la Sociedad Alemana de Psicología (*Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.*, DGPs, <<http://www.dgps.de/en/dgps/>>): título, resumen (*abstract*) y palabras clave (*keywords*), introducción, prefacio, corpus del trabajo, tópico 1, tópico 2, tópico n..., discusión (opcional), referencias, apéndices.

Las reglas y las construcciones gramaticales propias del idioma español deben respetarse mediante un formato de español universal. Puede consultarse el libro: Real Academia Española & Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). *Nueva gramática de la lengua española*. Recuperado de <<http://www.asale.org/ASALE/pdf/folletonvagramatica.pdf>>.

NORMAS ÉTICAS

POLÍTICA DE ÉTICA

La *Revista Costarricense de Psicología* es desde el año 1982 el órgano oficial de publicación científica de acceso abierto del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Los objetivos de la revista son difundir conocimientos teóricos, técnicos y prácticos, relevantes para la Psicología y ciencias afines. La revista auspicia únicamente tópicos de discusión científico-académicos acordes a los estándares internacionales de investigación y ciencia.

La publicación de un artículo en la revista (bajo revisión por pares externos académicos de doble ciego) busca la validación y preservación de los “momentos” históricos de la investigación científica, que deben ser exactos, correctos y verificables. En el proceso de publicación, la revista se aferra a las recomendaciones y los estándares éticos, nacionales e internacionales, en todas sus fases y etapas.

Para lograr estos objetivos, los actores del proceso de publicación en cada una de las fases (la editorial, sus comités y consejos, la autoría, el cuerpo revisor, la institución editora, etc.) deben seguir procedimientos y asumir responsabilidades importantes respecto a su conducta ética.

EXPECTATIVAS ÉTICAS

Responsabilidades editoriales

En cuanto al proceder de quejas o reclamaciones, la editorial se compromete en todo momento con un razonable manejo de conflictos acorde con su política de ética y una oportunidad razonable para cada una de las partes involucradas de responder a cualquier reclamo. En el proceso de publicación, la editorial se compromete a actuar en todo momento con objetividad, justicia y respeto en un diálogo transparente y equitativo en la búsqueda de la verdad y la resolución del conflicto.

La editorial se compromete a responder y, en el caso necesario, investigar toda queja presentada por escrito y de archivar esta documentación de acuerdo con la ley vigente.

Todo material presentado a la revista es considerado solamente en base de su mérito académico-científico, lo que excluye toda influencia comercial, financiera, política, etc.

Responsabilidades del Consejo Editorial

La revista espera de las y los miembros del Consejo Editorial adquirir el conocimiento necesario sobre sus políticas, normas y requisitos de publicación y, de esta manera, fungir como asesores y árbitros de alto nivel bajo una posición de neutralidad, objetividad y alto nivel científico-ético.

Al formular estrategias de desarrollo, el Consejo debe velar que la revista sea un foro abierto, de alta calidad científica y técnica que favorece en todo momento un proceder ético y respetuoso.

NORMAS ÉTICAS

El Consejo debe estimular, promover y reconocer la difusión, el intercambio y la visibilidad de la revista y sus colaboradores en base de méritos científico-éticos, lo que supone una participación activa y una asistencia puntual a reuniones y comunicaciones e incluye velar por procesos y nombramientos transparentes basados en méritos científico-éticos.

De acuerdo a la normativa internacional, las y los miembros del Consejo Editorial no pueden fungir como autores de la revista.

Responsabilidades del Comité Científico

Son responsabilidades éticas del Comité Científico aconsejar en las tareas científico-éticas emergentes y asesorar en la definición de los parámetros de calidad científica, apoyar activamente la formulación de políticas y participar como árbitros de alta calidad científica-ética. Eso incluye invitar miembros, nacionales e internacionales, reconocidos por la comunidad académica de alto nivel científico-ético y de promover la difusión de la revista en los medios científico-académicos, nacionales e internacionales de alta procedencia ética.

Responsabilidades del cuerpo revisor

El cuerpo revisor, por contribuir al proceso de toma de decisiones e influir de esta manera sustancialmente en la calidad científica de la publicación, se compromete con una revisión bajo máximos criterios científico-éticos, objetividad de revisión y puntual entrega y comunicación. Ello incluye asegurar la confidencialidad de toda información brindada, de respetar los derechos de autor (de no copiar o retener información) y de alertar sobre cualquier contenido publicado o sometido a publicación similar al material en revisión.

Debe evaluar el manuscrito según su mérito científico y desde su pertinencia a la estrategia y política editorial, lo que incluye conocer la política editorial y las normas y requisitos de la revista. Debe señalar todo conflicto de interés en la relación revisor-autor (financiero, institucional, personal, etc.) y, si es necesario, retirar sus servicios para el manuscrito.

Debe revisar integralmente los manuscritos de su campo (contenido, forma, redacción, estructura del resumen, palabras clave, adecuación del lenguaje utilizado, referencias, tablas, gráficos, estadísticas, etc.) y al reconocer sus limitaciones en un proceder o método científico específico, recomendar una persona revisora especialista, p.ej., en estadística, para un manuscrito que lo requiera.

Debe proponer mediante un dictamen escrito las medidas y modificaciones necesarias de acuerdo a las políticas y normas editoriales y considerar el cumplimiento de las normas éticas de los trabajos. Debe cumplir los plazos para la revisión de manuscritos y avisar con antelación sobre posibles retrasos.

NORMAS ÉTICAS

Responsabilidades de la autoría

La autoría tiene la responsabilidad de mantener un registro con sus datos de entrega y el procesamiento de su manuscrito. Ello incluye leer detenidamente las normas y políticas de la editorial, p.ej., en la Declaración Jurada, y de adherirse a los compromisos firmados en ella, de que el manuscrito es inédito, original, que toda fuente reproducida fue citada debidamente y de que no se encuentra bajo consideración en ningún otro medio de publicación. Toda autoría debe ser especificada con sus aportes reales al manuscrito.

Debe asegurar que cualquier estudio con sujetos humanos o animales se realizó conforme a las leyes y requerimientos institucionales, locales, nacionales o internacionales (como p.ej., Declaración de Nuremberg, 1947, Declaración de Ginebra, 1948, y Declaración de Helsinki, 1964) y confirmar, donde sea apropiado, que esta aprobación fue buscada y obtenida.

La autoría debe obtener el permiso expreso de sujetos humanos y respetar su privacidad por medio de un consentimiento informado escrito y detallado sobre su participación en la investigación y sobre la intención de publicar los datos.

Debe abstenerse de todo conflicto de interés (p.ej., en competir, real o aparentemente, que puede ser considerado o visto como atribuible a una influencia impropia en cuanto a su función en cualquier etapa del proceso de publicación), como p.ej., presionar a la Junta Directiva o miembros de los comités o consejos a publicar su manuscrito.

La autoría debe notificar a la editorial al identificar un error significativo en su manuscrito o publicación y cooperar con la editorial para publicar una nota de *erratum*, *addendum*, *corrigendum* o de retirar el artículo si lo juzgue necesario.

Responsabilidades de la institución editora (Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica)

El Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica debe asegurar que suscribe a los principios resaltados arriba o a principios sustancialmente similares, de adoptarlos formalmente o de producir sus propios en atención a la revista.

CONDUCTAS NO ÉTICAS

Identificar conductas no éticas

Mala conducta y conductas no éticas pueden identificarse y señalarse ante la editorial o la institución editora en cualquier momento y por cualquier persona. Estas conductas pueden incluir, pero no necesariamente limitarse a los ejemplos señalados arriba.

Quien informe sobre estos tipos de conductas debe proveer suficiente información y evidencia para que se inicie una investigación. La editorial toma toda alegación en serio y la trata

NORMAS ÉTICAS

de igual manera hasta que se alcance una decisión, resolución y conclusión para todas las partes involucradas.

Investigar conductas no éticas

La editorial toma la decisión inicial sobre la necesidad de una investigación formal y, si es apropiado, consulta con la institución editora (Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica). En el proceso de recoger la evidencia sobre el conflicto, todas las partes involucradas se comprometen con evitar de divulgar alegaciones más allá de las personas que han de saber de ellas.

Faltas menores

Mala conducta de menor grado puede tratarse sin la necesidad de consultar más ampliamente, mientras todas las partes tengan la oportunidad de responder a cualquier alegación en este proceso.

Faltas graves

Mala conducta de mayor grado o severidad puede requerir que autoridades, personas superiores o la institución empleadora de la persona acusada se notifiquen. Al examinar la evidencia disponible, la editorial, en consultación con la institución editora, si es apropiado, toma la decisión de involucrar cualquier autoridad adicional o consultar más allá con un número limitado de personas expertas.

Consecuencias a faltas

En consecuencia a faltas presentadas, la editorial puede decidir sobre la severidad de su accionar de acuerdo con la gravedad de la falta, y puede considerar las siguientes posibilidades, entre otras:

En el caso de un mal entendimiento o un estándar mal aplicado, la editorial puede buscar información y educar a las partes involucradas sobre las faltas presentadas o puede enviar una correspondencia en un tono más firme en aviso para comportamientos futuros.

En casos más graves, puede enviar una carta formal a una persona de mayor autoridad del departamento de trabajo o ente financiera de la persona acusada.

En casos más severos, la editorial puede recurrir a una nota formal o publicar una editorial que trate sobre la conducta no ética, puede revocar formalmente una publicación en la revista o imponer un embargo sobre contribuciones de un individuo para un periodo definido.

La editorial puede reportar un caso y el resultado de la investigación sobre la conducta no ética a una organización profesional o autoridad superior para investigaciones o acciones futuras.

EDITORIAL STANDARDS

PAPER SUBMISSION

Paper Presentation

The *Revista Costarricense de Psicología* (Costa Rican Journal of Psychology) accepts for publication original and unedited papers, which are not being considered for submission in other publication media. The submission format for papers is in *Microsoft Word* sent to the journal's editor via e-mail at revistacientifica@psicologiacr.com, with a copy to the Director: direccionrevista@psicologiacr.com.

In order to be accepted for the review process (with all submission criteria completed), all author's are asked to submit an academic resume of no more than two pages each. Additionally, the first author submits a signed cover letter addressed to the Journal's director and the completed Affidavit sent to him/her by the editor, declaring that the paper is original and unedited, that it fulfills international investigation and ethical standards and is written according to the *Publication Manual* of the American Psychological Association (APA, 2010, <<http://www.apa.org>>). In the cover letter, the first author transfers the copyright to the journal, this in the event of the paper's acceptance.

Upon completion of all submission criteria, the author will be given a manuscript ID, when the paper is ready to enter into the review process.

Review Process

The Editorial Board submits the paper to two peer reviewers (double-blind) who help to determine the suitability of the paper in accord with the Journal's objectives. In case of two contradictory dictamina, the Board may ask a third peer for his/her criterion.

In the review process, all authors and all reviewers remain anonymously (double-blind).

In the case that the dictamen indicates a partial acceptance with a recommendation to restructure the paper, the authors will be given 30 days to return the restructured paper. The Journal will review the restructured paper and within the following three months, the Editorial Board will communicate its acceptance or rejection. The authors have the right to appeal. As considered necessary, the Editorial Board may have the paper reviewed by one or two additional peers.

Independent of its acceptance or rejection, the submitted documentation will not be returned.

EDITORIAL STANDARDS

Paper Format

The paper must be prepared with strict adherence to the recommendations of the *Publication Manual* of the American Psychological Association (APA, 2010, <<http://www.apa.org>>).

The order of presentation of the information is as follows: Title page (running head, title, author's byline, date and author note), abstract, corpus of the text, references, appendices, tables, figures, on separate pages and in this order (with just one table or figure per page), and numbered sequentially.

The Journal accepts papers with a maximum extent of 30 pages (double-spaced) including references, tables, images, annexes, and so forth, typed on letter-sized paper with margins of at least one inch (2.5 cm), flush-left style alignment, in 12 point *Times New Roman* font.

The title of the paper must contain a maximum of 12 words (no abbreviations) and the abstract between 150 and 250 words typed in a single paragraph, and followed by five to eight keywords.

The paper must be prepared carefully and cleanly and in alignment with the APA's guidelines for headers, paragraphs, numbering, tables, abbreviations, orthography, mathematics, statistics and units of measurement, etc.

The Journal emphasizes the importance that submitted papers strictly follow the APA's recommendations on text citations, references in the text, and the reference list.

For empirical research (quantitative or qualitative), the Journal follows the generic format of the APA: title, abstract and keywords, introduction, method, results, discussion, acknowledgements, references, appendices.

In the case of theoretical articles, the journal adheres to the format recommended by the German Society of Psychology (*Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.*, DGPs, <<http://www.dgps.de/en/dgps/>>): title, abstract and keywords, introduction, preface, corpus of the text, topic 1, topic 2, topic n..., discussion (optional), references, and appendices.

Grammar and sentence constructions intrinsic to the English language must be observed within a proper format.

ETHICAL STANDARDS

ETHICAL STANDARDS

Since 1982, the *Revista Costarricense de Psicología* (Costa Rican Journal of Psychology) has been the official open-access scientific publication of the Costa Rican Psychologists' Association (*Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica*). The objectives of the Journal are to disseminate theoretical, technical and practical knowledge relevant to Psychology and related sciences. The Journal publishes topics pertinent to current scientific-academic discussions, and in accord with international research and scientific standards.

The Journal (under double blind peer review) seeks to validate and preserve historic “moments” of scientific research, which mandatorily must be precise, correct and verifiable. As such, in the entire publication process, the Journal embraces and attends to national and international ethical standards and recommendations.

In order for the Journal to accomplish these objectives, all participants, at all stages of the publication process (the editorial, committees and boards, authors, reviewers, the publishing institution, etc.) are asked to commit to and to follow defined procedures, and to assume important responsibilities in terms of their ethical conduct.

ETHICAL EXPECTATIONS

Editorial Responsibilities

At any point in the procedure, were a complaint to appear, the Editorial is committed to respond to any conflict according to its ethics policy, giving a reasonable opportunity to all parties involved to respond to any allegation. In the publication process, the Editorial is committed to act at any point with objectivity, justice and respect in a transparent and fair dialogue in search of the truth and satisfactory conflict resolution.

The Editorial is committed to respond and, if necessary, to investigate any allegation presented in written form and to keep a record of all associated documentation according to current legislation.

All material presented to the Journal is considered only based on its academic-scientific merit, excluding any commercial, financial, political, or other type of influence.

ETHICAL STANDARDS

Editorial Board Responsibilities

The Journal expects the members of the Editorial Board to acquire the necessary knowledge about its publication policies, norms and requirements, and to participate as higher level advisors and referees having assumed a position of neutrality, objectivity, and elevated scientific-ethical expectations.

As part of the formulation of developmental strategies, the Board commits to supervise the Journal to be an open forum of high scientific and technical quality, which favors ethical and respectful proceedings at all times.

It is the Board's duty to stimulate, promote and recognize the diffusion, interchange and visibility of the Journal and its collaborators based on scientific-ethical merits, which supposes active participation and punctual attendance at sessions and response to communications, and includes oversight for transparent proceedings and nominations based on scientific-ethical merits.

In accord with international standards, Editorial Board members, due to the functions inherent to their charge, are excluded from applying as authors of the Journal.

Scientific Committee Responsibilities

The ethical responsibilities of the Scientific Committee are to advise on emergent scientific-ethical tasks, to give counsel regarding the definition of parameters of scientific quality, to assist actively in policy formulation and to participate as referees of the highest scientific-ethical quality. This includes inviting national and international members, recognized by the academic community as high-level scientists of superior ethical standards, and promoting the diffusion of the Journal in national and international scientific-academic media of renowned ethical proceedings.

Reviewer Responsibilities

The reviewers, as contributors to the process of decision-making and for having a substantial influence on the publication's quality, commit to timely reviews and communications, the highest scientific-ethical criteria and the objectivity of their review. This includes assuring the confidentiality of all information entrusted, to respect authors' copyrights (to not copy, use or retain information) and to alert about any content published previously or any material similar to the material submitted for review.

The reviewer commits to evaluate each paper according to its scientific merit and its appropriateness to the Editorial's strategies and policies, which includes familiarization with the Journal's editorial policies, norms and publication requirements. The reviewer also commits to being aware of and declaring any conflict of interest in the author-reviewer relationship (financial, institutional, personal, etc.) and, if necessary, withdraw his/her services for the paper in question.

ETHICAL STANDARDS

The reviewer commits to revise the paper from his/her field in an integral manner (content, form, composition, structure of the abstract, keywords, suitability of the language used, references, tables, graphics, statistics, etc.), and on recognizing his/her own limitations in a specific scientific proceeding or method, to recommend another reviewer specialized in, e.g., statistics, for the paper that so requires.

Furthermore, the reviewer will propose through a written and structured dictamen the measures and modifications necessary, and in accord with the Editorial's norms and policies, to further the attainment of ethical standards by the papers and to comply with the editorial process, respect the review deadline and notify with anticipation in the event of possible delays.

Author's Responsibilities

Authorship involves the responsibility of keeping a record with submission data and the papers in process. This includes reading carefully and adhering to the Editorial's standards and policies. E.g., to the commitments signed in the Affidavit, that the paper is unedited and original, that all sources reproduced are referenced properly, and confirming that the paper is not considered for review in any other publication, whatsoever the media; additionally this will state and specify all contributions on authorship involved in the paper.

The author will assure that any study with human beings or animals was carried out according to international, national, local and institutional laws and requirements (e.g., Nuremberg Declaration, 1947, Geneva Declaration, 1948, and Helsinki Declaration, 1964 and their amendments), and to confirm, as appropriate, that the necessary approvals were sought and obtained.

To protect a human subject's privacy, the author must obtain written permission through a detailed informed consent, which states and specifies the subject's consent to participate in the research and publication of the anonymous data.

Authors, furthermore, commit to abstain from any conflict of interest, e.g., to avoid any real or apparent activity, which could be construed, attributed or seen as an improper influence in relation to their function in the publication process, for example, pressuring members of the Board of Directors of the Psychologists' Association or members of the Journal's boards or committees to publish a paper.

Furthermore, authors commit to inform the editorial when a significant error in their paper or publication is identified and to cooperate with the Editorial to publish an *erratum*, *addendum*, and *corrigendum* or to withdraw their article if necessary.

The Editorial Institution's Responsibilities (Costa Rican Psychologists' Association)

The Costa Rican Psychologists' Association subscribes to the above or similar principles, adopts these formally or may produce its own in attention to the Journal.

ETHICAL STANDARDS

UNETHICAL BEHAVIOR

Pointing out unethical behavior

Any person at any time may point out any unethical behavior to the Journal or to the Psychologists' Association.

In order for the Journal to initiate an investigation, the informing person will be asked to provide sufficient information and evidence regarding the unethical behavior or misconduct. The Journal will take seriously and treat equally any allegations until a satisfactory decision, resolution and conclusion has been reached for all involved.

Follow-up on unethical behavior

The Journal will make an initial decision about the need to formally investigate misconduct and will consult, if appropriate, with the publishing institution (Costa Rican Psychologists' Association). In the process of gathering evidence related to the conflict, all parts involved commit to preventing the diffusion of any allegation beyond the involved parties.

Minor misconduct

The journal may treat minor misconduct without the need to consult more widely, as long as all parts involved are given the opportunity to respond to any allegations in the particular process.

Major misconduct

In the event of a major degree or severity of misconduct, the Journal may opt to involve authorities, superiors or institutions related to the parts involved. The Journal, by examining the available evidence, and if appropriate, in consultation with the Psychologists' Association, may make the decision to involve any other authority or to comment or consult the conduct with a limited number of experts available.

Consequences of unethical behavior

As a consequence of a misconduct presented, and according to the gravity of the behavior, the Journal shall decide on the severity of its actions and may choose one or several of the following:

In the case of a misunderstanding or a poorly applied standard, the Journal may seek information and educate the involved parts about what was expected from them or send correspondence in a firmer tone to advise about future behavior.

In more severe cases, the journal may send a formal letter to an authority, a working department or a financial entity regarding the accused party specifying the misconduct.

ETHICAL STANDARDS

In cases of major severity, the Journal may publish a formal note or an editorial dealing with the misconduct or unethical behavior, revoke formally a publication in the journal or impose an embargo on contributions from the parts involved for a specified time. The Journal may report the case or the result of its investigation of the misconduct to a professional organization or superior authority for future actions or investigations.

