

Desarrollo de servicios psiquiátricos en una institución de seguros

*Norma Handall de Boza**
*Luis Otero Reyes***

INTRODUCCION

El Instituto Nacional de Seguros inició sus actividades en un edificio que se llamaba "La Arena" en el Parque Central. En 1925, ofrecía servicios a los accidentados de Riesgos Profesionales.

Luego se trasladó al Hospital San Juan de Dios; la Junta de Protección Social de San José le arrendaba el espacio físico necesario para desarrollar sus programas. Dentro del mismo Hospital San Juan de Dios, el INS realizó su préstamo a la Junta de Protección en 1970 para construir las instalaciones durante la marcha del colón. Fue así como se construyó el nuevo pabellón donde el Instituto tuvo sus servicios propios. El 1º de octubre de 1974, formalizó un contrato para que la Junta de Protección le vendiera los servicios totales y la Administración se encargó de las funciones de supervisión de esos servicios y de la organización a nivel nacional de Servicios Médicos con dispensarios y médicos de fábrica.

El 1º de octubre de 1976 se abrió la Casa de Salud con 10 camas y 4 auxiliares de enfermería empleándose progresivamente; en la actualidad cuenta con 44 camas. En

octubre de 1978 se comenzó a dar servicios de cirugía electiva. En enero de 1979 se empezó a construir la Casa de Salud y el Albergue Temporal detrás del Hospital México con capacidad para 180 camas. El 12 de marzo de 1979 se iniciaron los servicios de Consulta Externa en la antigua casa de habitación del Dr. Orlich.

En el transcurso de 1980 se realizó una ampliación de la red de dispensarios para instalar nuevos puestos en Heredia, Alajuela, Cartago, Puntarenas, Limón, Turrialba, San Isidro de El General, Liberia y Golfito, entre otros.

Antes de 1974, los servicios de Psiquiatría se compraban al Dr. Ramiro Alvarado. A partir de esa fecha y hasta marzo de 1979, los suplía el Hospital San Juan de Dios por medio de un contrato. Y ya en diciembre de 1978, tenía sus propios servicios.

El propósito del presente estudio consiste en presentar una caracterización de la consulta ofrecida en el campo de la Psiquiatría en una Institución que inicia el ofrecimiento de servicios en esa especialidad médica.

Para obtener una descripción precisa de la secuencia que ha presentado dicha actividad, se hará referencia a aspectos cuantitativos y cualitativos que permiten definir los rasgos más relevantes de la población de pacientes que solicitan los beneficios asistenciales de la especialidad señalada. Con el propósito de alcanzar esto, se va a establecer una comparación entre los servicios ofrecidos en el año

*.Médico Cirujano Especialista en Psiquiatría. Instituto Nacional de Seguros.

** Subdirector. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica. Coordinador Unidad de Psicología Clínica. Hospital Calderón Guardia.

de 1978 y 1979 en el Instituto Nacional de Seguros.

a) Definición del problema de investigación:

Específicamente, la presente investigación está orientada a elucidar las interrogantes que se plantean a continuación:

1. *Cómo se distribuye la población atendida de pacientes en relación a las variables social-demográficas de:*
 - a. Zona de procedencia
 - b. Ocupación
 - c. Escolaridad
 - d. Sexo
 - e. Estado Civil
2. *Cuál es la distribución de los casos según el motivo fundamental de consulta en términos de:*
 - a. Accidente de Tránsito
 - b. Accidente laboral
 - c. Intoxicaciones
 - d. Intento de suicidio
 - e. Riesgos profesionales

b) Objetivos de la investigación:

Con base en lo señalado anteriormente, este estudio se propone alcanzar los objetivos que se señalan a continuación:

1. Establecer y analizar la relación que existe entre la población de pacientes atendidos en cada uno de los períodos según sus correspondientes variables socio-demográficas.
2. Definir y analizar las tasas de crecimiento en la consulta de Psiquiatría y describir el motivo de referencia predominante en los períodos de 1978 y 1979.

PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

a) Definición del tipo de estudio:

En circunstancias en que el investigador se propone analizar un fenómeno o característica que ya han tenido lugar, se ve confrontado con el hecho de que no dispone de control sobre las causas posibles que pudieron originar dicho fenómeno o características. Ha de seguir por tanto, un curso de acción que responda al contexto señalado por tales condiciones metodológicas. Sucede frecuentemente que tanto, en las ciencias sociales como en las ciencias de la conducta, el objeto de estudio resulta ser un fenómeno o característica que ya han tenido lugar. O bien, que tratándose de un proceso, se

plantea la necesidad de efectuar un análisis sincrónico, circunscrito a determinadas condiciones, la opción metodológica fundamental que se ofrece al investigador es un diseño de tipo ex-post-facto. (Kerling, 1973).

Por su parte, es importante anotar que los datos relevantes y útiles a la ciencia provienen de los fenómenos estudiados por los investigadores dentro de sistemas específicos para generar información. En este sentido, un estudio sobre el desarrollo de servicios Psiquiátricos en una Institución de Seguros, requiere de un sistema de operación de datos "método-o". La utilización de este tipo de metodología en la recolección de la información, se caracteriza por una conexión transitiva entre los fenómenos estudiados y los datos obtenidos, que se extiende de los fenómenos al investigador y de éste a los datos. Los atributos y características a estudiar son seleccionados por el investigador que funciona como un "transductor" con respecto a ellos, transformándolos en datos según categorías de codificación. A su vez, participa de la unidad de estudio como componente operativo de la misma, delimitando los ítems que va a someter a análisis y elaborando métodos específicos para el registro de la información obtenida (Barker, 1969). Asimismo, si se consideran los objetivos que se propone alcanzar este estudio, resulta válido definir que el diseño está orientado hacia fines descriptivos. Esto así, en la medida en que están dirigidos a identificar, describir y analizar características de los servicios asistenciales y la interacción con una serie de variables socio-demográficas (Selltiz et. al., 1965).

b) Procedimiento de muestreo:

La información correspondiente al presente estudio se obtuvo mediante la exploración de la totalidad de los expedientes de los pacientes que solicitaron servicios asistenciales en el período comprendido entre enero de 1978 y diciembre de 1979. A este respecto, constituye un procedimiento censal para la población de asegurados atendidos en dicho período.

c) Definición operacional de las variables:

Para efectos de la presente investigación se definieron las variables que se indican a continuación. Es importante señalar que en la medida en que se utiliza un diseño de tipo

ex-post-facto, la definición de las mismas en términos de independientes y dependientes tienen un valor operativo en cuanto al manejo estadístico, toda vez que cada una de ellas puede asumir ambas definiciones de manera alternativa.

1. *Variable sexo*: En cuanto a su naturaleza constituye una variable discreta y dicotómica, compuesta por las categorías que se indican a continuación:
 - 1a. Masculino
 - 1b. Femenino
2. *Variable zona de procedencia*: De naturaleza igualmente discreta, está constituida por siete categorías según corresponden a las provincias del territorio nacional:
 - 2a. San José
 - 2b. Alajuela
 - 2c. Cartago
 - 2d. Heredia
 - 2e. Limón
 - 2f. Puntarenas
 - 2g. Guanacaste
3. *Variable estado civil*: Al igual que las variables definidas anteriormente, la presente reviste características discretas y está constituida por las categorías que se indican a continuación:
 - 3a. Soltero
 - 3b. Casado
 - 3c. Unión libre
 - 3d. Divorciado o separado
 - 3e. Viudo
4. *Variable ocupación*: De naturaleza discreta. No obstante que se presentaron diversos niveles ocupacionales y áreas de actividad, para efectos de la presente investigación dichos factores se agrupan siguiendo las categorías establecidas en el Índice de Hollingshead (Hollingshead & Redlich, 1968). En este sentido las categorías correspondientes se establecen a continuación:
 - 4a. Categoría profesional
 - 4b. Categoría para-profesional
 - 4c. Categoría Técnica
 - 4d. Categoría de comercio y afines
 - 4e. Ocupaciones personal calificado
 - 4f. Ocupaciones personal no calificado
 - 4g. Pensionados
 - 4h. Rentistas
 - 4i. Oficios domésticos
 - 4j. Estudiantes
 - 4k. Indigentes
5. *Variable escolaridad*: De naturaleza discreta para efectos de análisis se define con las siguientes categorías:
 - 5a. Universitaria completa
 - 5b. Universitaria incompleta
 - 5c. Secundaria completa
 - 5d. Secundaria incompleta
 - 5e. Primaria completa
 - 5f. Primaria incompleta
 - 5g. Sin escolaridad
6. *Variable consumo de licor*: De naturaleza discreta y para efectos de análisis constituida por las categorías que se indican a continuación: (Marconi, 1968).
 - 6a. Alcoholismo leve: Ingestión habitual de menos de 100 cc de alcohol absoluto en un día calendario y/o presencia de menos de 12 estados de embriaguez en un año.
 - 6b. Ingestión excesiva simple: ingestión habitual por dependencia socio-cultural y/o psicopatológica de más de 100 cc de alcohol (más de 1 litro de vino, más de 1/4 de litro de bebidas espirituosas y más de dos litros de cerveza en un día calendario y/o presencia de 12 o más estados de embriaguez (con algún grado de incoordinación motora) en un año calendario.
 - 6c. Ingestión patológica: enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia física hacia el alcohol. Dicha dependencia se caracteriza por la dificultad de "detenerse" o de "abstenerse" después de la ingestión de alcohol.
 - 6d. Alcoholismo no especificado: para la presente categoría no se logró determinar la cantidad ni frecuencia de la ingesta etílica.
7. *Variable tipo de violencia o accidente*: De naturaleza igualmente discreta y constituida por las categorías que se indican seguidamente: (Instituto Nacional de Seguros, 1977)
 - 7a. Accidentes de tránsito: se refiere a los accidentes ocasionados por vehículos y que producen lesiones o muerte a personas.
 - 7b. Accidentes laborales: es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo y durante el tiempo que lo

realice o debiera realizarlo. Dicha lesión ha de ser producida por la acción repentina y violenta de una causa exterior.

- 7c. Intoxicaciones: se refiere a las intoxicaciones producidas por agentes químicos causantes de enfermedades profesionales, entre ellos se contemplan: plomo, mercurio, cobre, arsénico, hidrocarburos, fósforo, sulfuro de carbono, tetracloruro de carbono, cloruro de metilo, formol y cloro.
- 7d. Intento de suicidio: Es un acto mediante el cual un individuo intenta quitarse la vida ya sea por medios físicos, químicos o mecánicos.
- 7e. Riesgos profesionales: Son los accidentes o enfermedades profesionales a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta ajena y la agravación o enfermedad que sufran como consecuencia directa del accidente o enfermedad profesional. (Código del Trabajo, 1973)
8. *Variable costos*: De naturaleza continua; para efectos de análisis se define su monto en moneda nacional con sus respectivas divisiones y decimales.

d) Definición del tipo de análisis:

Congruente con el tipo de diseño definido para la presente investigación; esto es, un diseño ex-post-facto, el manejo de las variables correspondientes se realiza desde una perspectiva estadística. Se utilizaron en este sentido, estadísticas descriptivas con distribuciones de frecuencias absolutas y relativas que caracterizan el fenómeno en estudio. A su vez, con el propósito de esta-

blecer significancia en las distribuciones se utilizaron pruebas binomiales y multinomiales.

Finalmente, los criterios para determinar la significancia de las distribuciones observan los criterios de Siegel definidos a este respecto. (Siegel, 1965).

ANALISIS DE RESULTADOS

Como se puede observar en el Cuadro I, la cantidad de pacientes que solicitaron servicios asistenciales en el período 1979, difiere significativamente del volumen de consulta ofrecida en el período anterior. A este respecto, las cifras relativas correspondientes fueron del 24.67% y del 75.33% respectivamente y la consistencia de la distribución alcanzó significancia a nivel de $p < .001$.

Cuando se procede a considerar la distribución de dicha consulta en términos del sexo de los pacientes, se pone de manifiesto un predominio del sexo masculino en ambos períodos. Efectivamente, dichas cifras fueron del 80.36% para el período de 1978 y del 78.36% para el período de 1979. A su vez las distribuciones resultan ser confiables a un nivel de $p < .001$.*

* En la medida en que el volumen de consultas y los costos correspondientes se mantienen constantes en los dos períodos considerados, las distribuciones según las diversas variables resultan ser significativas a un nivel equivalente de probabilidad. Es por lo indicado anteriormente y para evitar la redundancia que dichos niveles de significancia no se señalan explícitamente en relación a los cuadros anteriores.

Cuadro I
NUMERO DE CASOS ATENDIDOS Y COSTO EN COLONES
POR SEXO. AÑOS 1978 y 1979

Período	MASCULINO			FEMENINO			TOTAL			
	Nº	%	Costo	Nº	%	Costo	%	Nº	Costo	%
1978	45	80.4	60.078	11	19.6	14.686	11.96	56	74.764	13.02
1979	134	78.4	391.531	37	21.6	108.109	89.04	171	499.640	86.98
Ambos Períodos	179	78.9	451.609	48	21.1	122.795	100%	227	574.404	100%

Cuadro II
NUMERO DE CASOS ATENDIDOS Y COSTO EN COLONES
SEGUN PROVINCIA DE PROCEDENCIA
Años 1978 y 1979

Provincia	1978			1979		
	Nº	%	Costo	Nº	%	Costo
SAN JOSE	38	67.9	50.733	91	53.2	265.890
ALAJUELA	5	8.9	6.675	20	11.7	58.437
CARTAGO	2	3.6	2.670	16	9.4	46.750
HEREDIA	—	—	—	14	8.2	40.906
PUNTARENAS	—	—	—	3	1.8	8.766
LIMON	—	—	—	17	9.9	49.672
GUANACASTE	—	—	—	5	2.9	14.609
IGNORADOS	11	19.6	14.686	5	2.9	14.609
TOTALES	56	100%	74.764	171	100%	499.640

De manera consistente con lo indicado, el crecimiento descrito en cuanto al volumen de pacientes coincide con un incremento significativo en los costos correspondientes a los servicios asistenciales ofrecidos. A este respecto, cuando se consideran los gastos correspondientes a la atención de pacientes masculinos, se observa que del monto contemplado para ambos períodos, un 13.30% de dicho presupuesto se utilizó en el período de 1978. El 86.70% restante corresponde al costo de atención para los pacientes de este mismo sexo en el período de 1979.

Una tendencia semejante se observa en las cifras correspondientes a los costos de atención para pacientes del sexo femenino. Del presupuesto total para los períodos en consideración, un 11.96% se utilizó para cubrir los servicios asistenciales ofrecidos en el período de 1978; el 89.04% restante del presupuesto fue requerido para cubrir los costos de atención en la población de pacientes femeninos en el período siguiente.

Ciertamente, las cifras globales reflejan una tendencia semejante y ponen de manifiesto una cantidad considerablemente mayor de recursos económicos utilizada en los servicios asistenciales ofrecidos en el período de 1979. En este sentido las cifras resultaron ser del 13.02% y del 86.98% respectivamente.

El Cuadro II presenta la distribución de los pacientes atendidos según zona de procedencia.*

* Por razones ajenas al interés de los investigadores, no se dispone de información sobre la forma en que se distribuyen los casos atendidos en el año de 1978 para las provincias de Heredia, Puntarenas, Limón, y Guanacaste. Dichas distribuciones se agrupan en la categoría de ignorados.

Como se puede observar, en la mayoría de las provincias para las cuales se dispone de información, se refleja de manera sistemática un aumento en la cantidad de pacientes que solicitaron servicios asistenciales al pasar de un período a otro.

Dicha tendencia se refleja consistentemente en las provincias de Alajuela y Cartago.

Con frecuencia con lo anterior, para las dos provincias en conjunto, el volumen de consulta aumentó en un 12.28% y el monto en un 8.56%.

El cuadro III se refiere a la distribución de los casos atendidos según la variable estado civil.

En términos generales, para los períodos en consideración existe un predominio de pacientes cuyo estado civil es de soltero o casado; las restantes categorías agrupan una

proporción sumamente relativa de la distribución total.

Efectivamente, para el período de 1978, ambos grupos reunieron el 89.3% de la consulta total y para el período de 1979 la cifra equivalente alcanzó una magnitud del 85.4%. De igual forma, el monto de la atención mantiene correspondencia con las cifras indicadas anteriormente.

La información consignada en el Cuadro IV resulta ser de particular interés al poner de manifiesto un predominio consistente en grupos ocupacionales específicos. A este respecto, las categorías de ocupación de pacientes dedicados al comercio y actividades afines, actividades calificadas y no calificadas y a oficios domésticos, agrupan una cifra relativa del 89.3% del total de servicios asistenciales ofrecidos en el período de 1978. Llama la atención el hecho de que en dicho período no se solicitó atención especializada por parte de pacientes de formación profesional, para profesional y/o técnica.

Cuando se consideran los datos correspondientes al período de 1979, se observa de igual forma un predominio en la atención de pacientes dedicados a las actividades indicadas como predominantes en el período anterior, agrupando un 77.19% del total de la consulta. Sin embargo, es importante destacar la presencia de un 11.11% de servicios asistenciales ofrecidos al grupo de

pacientes con ocupaciones profesionales, para-profesionales y/o técnicas.

El Cuadro V presenta la forma en que se distribuye la población de pacientes atendidos en el período de 1979 según el nivel de escolaridad.

Como se puede observar, la categoría correspondiente a los pacientes que no han realizado estudios formales agrupa un 36.8% de la consulta. Las cifras correspondientes a las categorías de estudios primarios completos o incompletos reúnen aproximadamente un 45% de dicha consulta; los pacientes cuyo nivel de escolaridad es de secundaria completa e incompleta agrupan un 11.70% aproximadamente, encontrándose un discreto valor relativo para la consulta de pacientes con un nivel universitario completo.

Al considerar la consulta otorgada según el tipo de accidente o violencia se observa un predominio de las cifras correspondientes a la categoría de accidente de tránsito. A este respecto, los porcentajes fueron del 57.2% y del 52.0% respectivamente. En orden de magnitud le siguen las cifras relativas correspondientes a los accidentes laborales con un 21.4% para el período 1978 y un 44.5% para el período de 1979.

Cifras relativamente bajas se observan para las restantes categorías que comprenden los estados de intoxicación, los intentos de auto eliminación y las referencias de causa desconocida.

Cuadro III
NUMERO DE CASOS ATENDIDOS Y COSTO EN COLONES
SEGUN ESTADO CIVIL
Años 1978 y 1979

ESTADO CIVIL	Nº	%	Costo	Nº	%	Costo
Soltero(a)	30	53.6	40.052	80	46.8	233.750
Casado (a)	20	35.7	26.701	66	38.6	192.843
Viudo (a)	1	1.8	1.335	4	2.3	11.687
Unión Libre	2	3.6	2.670	5	2.9	14.609
Divorciado o Separado	—	—	—	6	3.5	17.531
Ignorado	3	5.3	4.005	10	5.9	29.219
TOTALES	56		74.764	171		499.640

Cuadro IV
NUMERO DE CASOS ATENDIDOS Y COSTO EN COLONES
SEGUN GRUPOS OCUPACIONALES
Años 1978 y 1979

Grupo Ocupacional	1978			1979		
	Nº	%	Costo	Nº	%	Costo
Profesionales	—	—	—	5	2.9	14.609
Paraprofesionales	—	—	—	4	2.3	11.687
Técnicos	—	—	—	10	5.8	29.219
Comerciantes y afines	12	21.4	16.021	11	6.4	32.141
Personal calificado	12	21.4	16.021	50	29.2	146.094
Personal no calificado	18	32.1	24.031	58	33.9	169.468
Oficios domésticos	8	14.3	10.681	13	7.6	37.984
Pensionados	—	—	—	1	0.6	2.922
Estudiantes	—	—	—	9	5.3	26.297
Indigentes	3	5.4	4.005	1	0.6	2.922
Ignorados	3	5.4	4.005	9	5.3	26.297
TOTALES	56	100%	74.764	171	100%	499.640

DISCUSION Y COMENTARIOS FINALES

El propósito que se planteó para el presente estudio estuvo constituido por la necesidad de caracterizar el tipo de consulta que realiza la especialidad de psiquiatría en los servicios asistenciales incipientes que se ofrecen en una institución de seguros. Para dicho efecto, se realizó una comparación entre las cifras de pacientes atendidos en dos períodos específicos de tiempo. Esto es, 1978 y 1979 en el Instituto Nacional de Seguros.

Al igual que ocurre en otros campos de la actividad asistencial, la inclusión de un nuevo servicio para la salud mental implica, el reconocimiento de las posibilidades de acción y que las referencias de los diversos profesionales, necesariamente han de cursar a través de un proceso de aumento progresivo.

En términos generales, los datos globales derivados de los análisis correspondientes, ponen de manifiesto un aumento considerable en las referencias que se canalizaron hacia la especialidad de psiquiatría. Este

aumento se refiere al volumen físico de consultas y a su respectivo presupuesto.

Desde esta perspectiva, dicha evidencia resulta de particular interés para efectos de la planificación técnica y administrativa que se implemente a fin de atender las demandas de tipo creciente. En atención a lo indicado con anterioridad, un objetivo complementario del presente estudio permite empezar a delinear un perfil socio-demográfico de la población que solicita los servicios de la especialidad mencionada.

Fue así como se logró identificar que los pacientes atendidos son predominantemente masculinos, correspondiendo al sexo femenino una escasa representatividad en términos de la consulta. Ciertamente esta tendencia podría ser congruente con las expectativas socio-culturales y con las disposiciones que organizan las necesidades socio-económicas de las familias en el sentido de la disposición.

Sin embargo, es importante señalar que conforme se presentan transformaciones y

redefiniciones en los patronos y en las tradiciones, cabría esperar modificaciones en las cifras prevalecientes encontradas a corto y mediano plazo, con respecto a la variable mencionada. De igual forma, se observó que la mayor proporción de pacientes atendidos tenían como área de residencia zonas geográficas ubicadas en el Valle Intermontano Central. Resulta relevante a este respecto, plantear interrogantes sobre la forma y procedimientos que se pueden desarrollar para ofrecer servicios más efectivos y que impliquen una mayor agilización en la recepción de los mismos. Específicamente, cabe cuestionarse sobre la necesidad de mantener centralizado el ofrecimiento de consultas por parte de la institución o de fomentar una política de descentralización para atender en la especialidad respectiva a los pacientes provenientes de zonas más alejadas y que impliquen gastos importantes en cuanto a desplazamiento físico y alojamiento.

Cuadro V
Número de Casos Atendidos y Costo
Según Escolaridad
Año 1979*

Escolaridad	Número de Casos		
	Nº	%	Costo
Primaria incompleta	47	27.5	137.327.89
Primaria completa	30	17.5	87.656.10
Secundaria incompleta	16	9.4	46.749.92
Secundaria completa	4	2.3	11.687.48
Universitaria	5	2.9	14.609.35
Otros	4	2.3	11.687.48
Estudiante no especificado	2	1.2	5.843.74
Sin escolaridad	63	36.8	184.077.81
TOTALES	171	100%	499.639.77

* En el momento de recolectar la información correspondiente a la presente variable, no se encontraron registrados los datos respectivos al año 1978.

Por su parte también, se identificó que el estado civil predominante correspondió a la categoría de casado, ocupando las restantes condiciones posiciones sumamente discretas en la distribución general. En este sentido, es importante hacer notar que en la medida en que los servicios se orienten hacia una consideración del contexto laboral y familiar de los pacientes, se hace necesario complementar su tratamiento y rehabilitación con un enfoque que permita un manejo adecuado de los componentes emocionales y situacionales en el período de transición comprendido entre el momento de recurrir a los servicios asistenciales y su reincorporación al contexto de trabajo. Resulta igualmente de particular atención en el planeamiento de los servicios atender a las cifras obtenidas con respecto a la ocupación y al nivel de escolaridad de los pacientes atendidos.

En efecto, en lo que se refiere a la primera característica, el volumen mayor de consulta se ubica en las categorías de pacientes con actividades de comercio y afines; o bien, cuyas labores corresponden a personal calificado.

¿Será acaso que dichas actividades se desarrollan en contextos físicos y en condiciones que favorecen la presencia de una mayor incidencia y/o riesgo de accidentes? O, de manera complementaria, ¿Será que la cobertura por parte del Instituto para las restantes categorías ocupacionales refleja proporciones menores?

Lo cierto es que asumiendo la validez de alguno de los interrogantes anteriores, se dispone de información sugestiva en el campo de la Salud Ocupacional y en la promoción de pólizas que incorporen a otros grupos ocupacionales.

Los resultados obtenidos en cuanto al nivel de escolaridad de la población atendida en ambos períodos reviste así también, implicaciones importantes más aun, en términos de una planificación de los servicios con énfasis en la prevención primaria (Caplan, 1973). Específicamente, la organización y desarrollo de programas tendientes a controlar la incidencia de los accidentes, debería incorporar en su metodología de divulgación, técnicas y estrategias congruentes con la capacidad de abstracción y de análisis y síntesis que se puede haber alcanzado con

Cuadro VI
NUMERO DE CASOS ATENDIDOS Y COSTO EN COLONES
SEGUN TIPO DE ACCIDENTE O VIOLENCIA*
Años 1978 y 1979

Tipo de Accidente Violencia	1978			1979		
	Nº	%	Costo	Nº	%	Costo
Accidentes de Tránsito	32	57.2	42.722	89	52.0	380.643
Accidentes laborales	12	21.4	16.021	76	44.5	101.465
Intoxicaciones	4	7.1	5.340	—	—	—
Intento de suicidio	5	8.9	6.675	—	—	—
Ignorado	3	5.4	4.005	6	3.5	17.531
TOTAL	56	100%	74.764	171	100%	499.640

* Es importante señalar que de la población atendida en 1978, en un 59% se encontró evidencia de estados de ebriedad concomitantes con el accidente. Esto es particularmente así, para el caso de los accidentes de tránsito y para los accidentes laborales en donde las cifras correspondientes fueron del 63.6% y del 15.1% respectivamente.

escolaridades que oscilan entre la primaria incompleta y la primaria completa.

Una evidencia que podría proporcionar retroalimentación sobre la necesidad de implementos, métodos alternativos de promoción en el campo de la prevención primaria, está constituida por cifras de concomitancia de alcohol, en los accidentes laborales y de tránsito.

Cabe señalar finalmente, que dependiendo de la conceptualización que se realice de los problemas atendidos en la consulta de psiquiatría, las medidas de intervención y la planificación de los servicios, podrían ser más simples o más complejos.

Si el énfasis está en el tratamiento o prevención secundaria, la labor del especialista tiende a circunscribirse al diagnóstico y al tratamiento; si el énfasis reside en la prevención primaria o control de las condiciones que favorecen el aumento de la consulta, la función del especialista implica el desarrollo de actividades complejas y complementarias que movilicen agentes de cambio y recursos comunitarios entre otros, y si la conceptualización en el ofrecimiento de los servicios se orienta hacia una visión integral de los factores predisponentes, precipitantes y consecuentes en la problemática de los pacientes, la participación del especialista

en psiquiatría, ha de enfocarse necesariamente dentro de su esquema de trabajo interdisciplinario, que desarrolle actividades congruentes con los diversos niveles del modelo de salud pública. Esto así, con particular atención a las características que se presentan en el contexto técnico y administrativo de una institución de seguros (Handal, 1980).

El crecimiento del 518.18% en la consulta al pasar de un año a otro, constituye una fundamentación concreta que contribuye a señalar la necesidad de planificar los servicios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Caplan G. y Grunebaum, Henry: *Perspectives on Primary Prevention: A review*. En Cook, Patrick (editor), *Community Psychology and Community Mental Health*. Holden Day Inc. San Francisco, 1970.
- 2.— *Código de Trabajo*. San José, Imprenta y Litografía Lehmann S.A.
- 3.— *Environmental Psychology: Methods and Concepts for Studying the Context of Human Behavior*. Stanford. Stanford University Press.
- 4.— Handal, N. *Creación de un Servicio de Salud Mental en el Instituto Nacional de Seguros*. Instituto Nacional de Seguros 1980.

- 5.- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. *Social Class and Mental Illness*. New York, Wiley B. Sons. 1968.
- 6.- Instituto Nacional de Seguros. *Leyes y Reglamentos de Seguros*. Departamento Legal. Enero de 1977- San José, Costa Rica. Artículo 13, inciso A.
- 7.- Kerlinger, Fred. *Foundations of Behavioral Research*. New York. Holt, Rinehart & Winston. 1973.
- 8.- Marconi J. *Estudios comparativos básicos acerca de los patrones culturales de ingestión, los problemas del alcohol y del alcoholismo en diversos países de América Latina*. (Proyecto para su investigación). Trabajo presentado en el Grupo de Estudio sobre la Investigación Epidemiológica del Alcoholismo en América Latina, reunido en San José, Costa Rica, del 15 al 18 de junio de 1966, bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- 9.- Sellitz, Jahoda, Deustsch y Coe K. *Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales*. Madrid, Editorial Rialp, 1965, Capítulo III.
- 10.- Siegel, Sidney. *Non-Parametric Statistics for the Behavioral Sciences*. New York. Mc Graw & Mill, 1965, p. 8.