

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

**CONSIDERACIONES SOBRE
EL DESARROLLO PSIQUIATRICO
EN COSTA RICA DEL
DR. ALVARO GALLEGOS CHACON**



Diciembre 3, 1974

XII CONGRESO MEDICO NACIONAL

COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS

DIEZ AÑOS DE PSIQUIATRIA COSTARRICENSE

Autor: Dr. Alvaro Gallegos Chacón *

Agradezco la distinción de habérseme adjudicado este tema para la Conferencia Magistral de la noche de hoy. En especial, agradezco al Dr. Gonzalo Adis Castro, quien preside esta reunión, el cual, junto con su estimable grupo de colegas del Hospital Nacional Psiquiátrico, ha organizado este evento científico en cuanto a las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica se refiere.

Es la intención de los organizadores y la mía, al repasar junto con ustedes tanto los logros como los errores que necesariamente habrán ocurrido en el desarrollo de la Salud Mental en una década.

Escogí la década de 1963 a 1973 por dos razones: una, que es más factible encontrar información estadística reciente que si ésta fuera más antigua y, teniendo en todas las instituciones los datos del año 1973 ya computados, quedó bien como final de esa década, ese año. La segunda, el que el año 1963 coincide con la incorporación de un servidor a la Psiquiatría Nacional y, por lo tanto, la historia es vivida y no recogida de la experiencia de otros. Realmente esta segunda razón, debilita un tanto este trabajo, pues no se debe ser juez y parte a la vez. Siempre está el peligro de distorcionar, desenfocar y olvidar varios de los hechos psiquiátricos acaecidos en esa década.

Para obviar en lo posible ese factor arriba señalado, me limitaré a relatar los hechos objetivamente, tanto cualitativa como cuantitativamente. Siempre que sea posible respaldarse en estadísticas o representar gráficamente un fenómeno, lo hago. Ya revisaremos varios cuadros que nos darán una idea clara de la evolución, y la dirección de la psiquiatría, durante la época estudiada.

Los cambios ocurridos en esa década se apoyaron en dos pilares: la revolución general que vienen experimentando los países en desarrollo hacia una vida más justa para todos, y la tradición psiquiátrica de nuestro país, aspecto que, siempre que pueda, señalaré en la variable que analice.

* Director de la Cátedra de Psiquiatría de la Escuela de Medicina en el Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

Catedrático Asociado de la Universidad de Costa Rica, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la CCSS en el Hospital Dr. Calderón Guardia

A los 75 años de la historia de la Psiquiatría Nacional que preceden al período en estudio, a grandes rasgos es:

La construcción de un Asilo de Insanos que se inaugura en 1890 y funciona, la mayor parte de estos años, con gran orden y eficiencia para el país y Centroamérica. Sus directores siempre estuvieron alerta a introducir los cambios necesarios y hacerlo evolucionar de acuerdo a las necesidades y descubrimientos. Su nombre cambió a Asilo Chapuí en 1891. En 1920 se inicia la labor de terapia con el Dr. Alvarado Quirós. En 1930, el Dr. González Murillo introduce la terapia electroconvulsiva y en 1952, el Dr. Arias Delgado, la insulino-terapia. El Dr. Quirós Madrigal contrata enfermeras graduadas en 1952 y, en 1955, el Servicio Social se instala. En 1957 se crea el Departamento de Psicología. Con esta última adquisición, oficialmente, el Chapuí cambió de nombre: de Asilo pasó a Hospital Psiquiátrico Chapuí. Hasta la época de este estudio, la historia del Hospital Chapuí es la historia de la Psiquiatría Nacional.

Desde la fundación del Hospital Chapuí hasta 1963 ejercieron la Psiquiatría - quince médicos costarricenses. La producción promedio de psiquiatras fue pues, de un especialista cada cinco años. Sin embargo, en el quinquenio que precede a la fecha (1963) se inició un auge: algunos jóvenes médicos se iniciaron como residentes en el Hospital; se introdujo la Psicoterapia de Grupo y el Psicodrama (Dr. Potts 1961); la Consulta Externa se organizó y guardias nocturnas se iniciaron.

La población atendida por el Hospital Chapuí, hasta 1963 fue en aumento paulatinamente, sobrepasando todas las facilidades existentes: la planta física y servicios de internamiento, y luego, la consulta externa. Esta última fue creada para controlar la readmisión haciendo seguimiento de egresados, más que controlar la admisión de pacientes nuevos, sin embargo, veremos cuanto servicio ya prodigaba en 1963 y prácticamente por un solo médico. A partir del año 1963 se estructuraron tres planes a saber:

1.- Formar más psiquiatras en una Residencia Universitaria y personal paramédico para atender la creciente demanda. O sea, que la eclosión de especialistas no obedeció a un capricho, sino a una realidad nacional con cierto planeamiento.

En la década estudiada se han formado totalmente 35 psiquiatras en el programa de la Facultad de Medicina, en el Hospital Chapuí dándonos el siguiente cuadro de los residentes:

NUMERO DE RESIDENTES EN ADIESTRAMIENTO EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS

Cuadro # 1

<u>AÑO</u>	<u>RESIDENTES</u>	<u>HORAS</u>
1963	5	40
1964	7	56

1965	10	80
1966	12	96
1967	12	96
1968	15	120
1969	16	128
1970	24	192
1971	22	174
1972	15	120
1973	15	120

Para la gran mayoría, su salario vino del presupuesto del Chapul, cinco fueron becados por la CCSS, uno por la Comisión sobre Alcoholismo y uno por la Oficina Sanitaria Panamericana. Cuatro residentes fueron no costarricenses.

En el cuadro 1 se presenta también el número de horas residente diarias sin las guardias, en el cuadro 1 a. desglosado por horas diarias en la institución que sirvieron.

CUADRO # 1 a

Horas residente diarios en la década 1963-1973 según Institución base de trabajo.

AÑO	INSTITUCION Chapul	C.C.S.S. hrs/día	TOTAL hrs/día
1963	40	-	40
1964	56	-	56
1965	80	-	80
1966	96	-	96
1967	96	-	96
1968	120	-	120
1969	128	-	128
1970	188	4	192
1971	166	8	174
1972	108	12	120
1973	100	20	120

Además de los psiquiatras formados en el país, otros iniciaron la especialidad aquí y terminaron en otros países. Varios fuimos llegando de diversos centros de adiestramiento, produciéndose un aumento rápido de especialistas, que, de acuerdo al libro de inscripción del Colegio de Médicos y Cirujanos, se distribuyen, según el año en esta década, de acuerdo al cuadro N°2.

CUADRO # 2

Número de especialistas inscritos en el libro del registro del Colegio de Médicos y Cirujanos

<u>AÑO</u>	<u>ESPECIALISTAS</u>
1963	10
1964	13
1965	13
1966	16
1967	21
1968	26
1969	29
1970	32
1971	35
1972	42
1973	43

En el cuadro # 3 vemos el aumento de enfermeras graduadas dedicadas a enfermos psiquiátricos (sólo en el Hospital Chapul; la CCSS no tiene ninguna).

CUADRO # 3

Número de Enfermeras Graduadas en el área de Psiquiatría

<u>AÑO</u>	<u>PSIQUIATRICO</u>	<u>SEGURO SOCIAL</u>	<u>TOTAL</u>
1963	8	-	8
1968	15	-	15
1973	28	-	28

En el cuadro # 4 vemos las Trabajadoras Sociales en esta área asistencial

CUADRO # 4

Número de Trabajadoras Sociales en Servicios Psiquiátricos

<u>AÑO</u>	<u>PSIQUIATRICO</u>	<u>SEGURO SOCIAL</u>	<u>TOTAL</u>
1963	6	1	7
1968	13	1	14
1973	14	5	19

2.- Planificar y complementar una nueva planta física para Hospital Psiquiátrico, con el logro en 1974, de la inauguración del magno Hospital en Las Pavas, acerca del cual se nos presentarán numerosos trabajos durante el Congreso.

3.- Finalmente, como una actitud preventivista, se inició una descentralización de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico con acciones comunitarias las más de las veces.

Junto con la filosofía de "dar el servicio donde se necesita", se inició, en 1965, primero como parte del adiestramiento de residentes y luego como necesidad creada, la interconsulta en Hospitales Generales. Es de hacer notar - que casi desde su inicio, el Hospital Central, hoy Hospital Calderón Guardia la CCSS tuvo horas para la interconsulta psiquiátrico en el Hospital General.

Las dos instituciones que ofrecen mayor asistencia psiquiátrica son, por el Sistema Hospitalario Nacional, el Hospital Psiquiátrico Nacional y por la Caja su servicio de Psiquiatría; la mayoría de los cuadros que a continuación comentaré, llevan la división de las dos poblaciones y la suma, como total, reflejando la actividad psiquiátrica nacional, comparado con la población - que sirve cada una de ellas.

CUADRO # 5

Totales de población asegurada por año en todo el país en relación con la población no asegurada y la nacional.

AÑO	POBLACION ASEGURADA		POBLACION NO ASEGURADA		POBLACION NACIONAL	
1963	317.087	22.4%	1.064.792	77.6%	1.414.910	100.0%
1968	704.448	42.3%	1.118.198	57.7%	1.664.581	100.0%
1973	1.158.224	60.2%	776.272	39.8%	1.924.516	100.0%

Por esta razón elaboré el cuadro # 5. Vemos en cada lustro de la década escogida, las cifras y porcentajes de población asegurada y no asegurada, partiendo de la base de 1963, usándolo para ver el aumento de servicios parciales y totales.

En el cuadro # 6 vemos el aumento paulatino de horas-psiquiatra por día en las diferentes instituciones empleadoras, con un aumento total de esta década, de casi cinco veces, correspondiendo bastante a la casi quintuplicación de psiquiatras durante el mismo tiempo.

Se obtuvo un índice de población nacional dividido por las horas psiquiatras dándonos un paulatino descenso hasta una tercera parte, o sea, tres veces más atención en 1973 que en 1963.

CUADRO # 6

Número de horas de labor psiquiátrica especializada por día, computadas en las siguientes instituciones :

AÑO	ADAPTA- CION SOCIAL	SALUD MENTAL	CORTE SUP. JUSTICIA	C.C.S.S.	HOSP. PSIQ.NI.	TOTAL	Indice de . blac. NI. hrs. Psiq.
1963	2 2.5%	6 7.6%	3 3.8%	12 15.2%	56 70.9%	70 100%	17.9
1968	16 12.5%	16 12.5%	3 2.4%	10 7.8%	83 64.8%	128 100%	13.0
1973	32 9.4%	28 8.2%	8 2.4%	125 36.7%	148 43.3%	341	5.64

En el cuadro # 6 vemos, el total de horas psiquiatra institucionales en cada lustro, un incremento en las cinco instituciones estudiadas, pero en el porcentaje de horas utilizables cada uno de esos años, Adaptación Social bajó para 1973, así como Salud Mental y el Hospital Chapuí.

La Corte se mantiene en el mismo porcentaje desde 1968 y la C.C.S.S. aumenta cinco veces su porcentaje.

Si a las horas especialista sumáramos las horas residente en cada año, quedaría como el cuadro 6 a.

CUADRO # 6 a

Total de horas psiquiátricas, especialistas y residentes en las dos Instituciones mayores:

AÑO	Espec.	C. C. S. S.			HOSPITAL CHAPUI			Indice por población
		Resid.	Total	Indice por población	Espec.	Resid.	Total	
1963	12	0	12	26.424	56	40	96	14.739
1968	10	0	10	70.444	83	120	203	5.508
1973	125	20	145	7.987	148	100	248	3.210

El Hospital Psiquiátrico, con su gran número de internados, ha tenido un número mucho mayor de horas dedicadas a Psiquiatría, sumando especialistas y residentes. En el índice de la población servida es más notable esa diferencia, pero hay que tomar en cuenta que alrededor de 1/6 de ingresos del Chapuí fueron parientes asegurados y era frecuente el hecho de que asegurados negaban su condición y eran atendidos en la Consulta Externa del Chapuí, sobre todo hacia 1968.

CUADRO # 7

Población promedio de un día durante el año estudiado internada en el Hospital Chapuí y S. Chacón Paut.

AÑO	HOSP. PSIQ. CHAPUI	S. CHACON PAUT	TOTAL	INDICE DE INTERDS/10,000
1963	880 77.77%	253 22.3%	1133 100%	8.0
1968	1122 82.1 %	245 18.9%	1367 100%	8.2
1973	944 70.3 %	370 27.6%	1314 100%	6.8

En el cuadro # 7 se presenta la población promedio de un día internados en el Chapuí y en el Chacón Paut en cada uno de los años 63-68 y 73 y el índice con la población nacional en cada uno de estos lustros en 10.000 habitantes. Ve - mos que de 1963 a 1968 hay un ligero aumento de ese índice, con una disminu - ción en 1973, o sea, es más eficaz el Hospital actualmente, manteniendo menos pacientes internados por cada 10.000 habitantes.

CUADRO # 8

Servicios asistenciales en internamiento (admisiones estudiadas en cada uno de los lustros).

AÑO	Asegurados				Subtotal		No asegurados	Total
	Hosp.C.Guardia	Hosp.Psiquiatr.	Asegurados		Asegurados			
1963	-	-	253 11.3%	253 11.3%	1992 88.7%	2245 100		
1968	-	-	565 16.7%	565 16.7%	1820 83.2%	3385 100		
1973	1094 22.8%	543 11.4%	1642 34.3%	3147 65.7%	4789 100			

En el cuadro # 8 presentamos las admisiones, a facilidades psiquiátricas en ca - da uno de los años 63, 68 y 73, viendo un aumento paulatino en el porcentaje de asegurados admitidos y la concomitante disminución de los no asegurados, aun que comparándolo con el cuadro # 5, cuando un 22% de población asegurada, el 11% de los admitidos son de este grupo; cuando el Seguro Social cubre el 42%, es el 17% el admitido y, al llegar al 60% la cobertura del S.S. es el 34.3% el - porcentaje de asegurados admitidos.

Los porcentajes de las admisiones de pacientes no asegurados es la cifra com - plementaria a 100% del porcentaje de las admisiones de asegurados.

Los cuadro 8 a, 8 b y 8 c muestran los índices de internamiento por 10.000 ha - bitantes.

CUADRO # 8 a

Población asegurada

AÑO	ADMISION ASEGURADA	POBLACION ASEGURADA	INDICE DE INTERNA- MIENTO /10.000 ASEG.
1963	253	317,027	7.98
1968	565	704,448	8.02
1973	1.642	1,158,244	14.2

En el 8 a para la población asegurada, hay casi una duplicación en 10 años.

CUADRO # 8 b

Población no asegurada

AÑO	ADMISION NO ASEGURADA	POBLACION NO ASEGURADA	INDICE DE INTERNA- MIENTO DE NO ASE- GURADOS/10.000
1963	1.992	1,064,792	18.7
1968	2,820	1,118,198	25.2
1973	3.147	766,272	41.1

La población no asegurada en el 8 b, también duplica el número de internamientos, siendo este índice siempre mucho mayor, por cada 10.000 habitantes.

CUADRO 8 c

Población nacional

AÑO	ADMISIONES PSIQUIATRS.	POBLACION NACIONAL	INDICE INTERNAMIE- TOS/10.000 NACIONA- LES
1963	2.245	1,414,910	15.1
1968	3.385	1,664,581	20.3
1973	4.789	1,924,516	24.9

En la población nacional 8 c compensan ambas poblaciones dando índices internos que en 10 años no llega a duplicarse, siendo mucho mayor la desproporción en más en relación con los asegurados, sobretodo entre más antigua la fecha, y

en menor en relación a los no asegurados, que se hace más patente en las fechas más recientes.

Podría interpretarse que la población que se ha asegurado progresivamente, es más sana, quedando sin Seguro Social una población más enferma.

CUADRO # 9

Servicios asistenciales en consulta externa

AÑO	SISTEMA HOSPITALARIO NACIONAL				SUBTOTAL		C.C.S.S.		TOTAL	
	PSIQUIATRICO		SALUD MENTAL		SIST. HOSP.					
1963	8.035	73.4%	no datos	-	8.035	73.4%	2.906	26.6%	10.941	100
1968	16.676	71.1%	no datos	-	16.676	71.1%	6.793	26.5%	23.469	100
1973	22.689	29.2%	2.226	2.9	24.915	32.1%	52.839	67.5%	77.754	100

El cuadro # 9, reúne los datos obtenibles sobre servicios de Consulta Externa en la década estudiada, Vemos que para el año 63, el Seguro Social da un porcentaje mayor de consulta externa que el correspondiente por población asegurada (22%) ; 1968 es menor ese porcentaje que el de la población asegurada (42%) y en 1973, es mayor que la población correspondiente, con los concomitantes cambios en el Sistema Hospitalario Nacional.

CUADRO # 9 a

Población Nacional (Indice de consultas por 10,000 habitantes)

AÑO	CONSULTA EXTERNA	POBLACION NACIONAL	INDICE DE CONSULTAS POR 10.000 H.
1963	10.941	1.414.910	77.3
1968	23.469	1.664.501	341.0
1973	77.754	1.924.516	404.0

En el cuadro # 9 a vemos al índice de consultas por 10.000 personas a nivel nacional, con un incremento de unas 5 veces. muy parecedi al aumento de psiquia - tras y de horas psiquiátricas institucionales.

CUADRO # 9 b

Sistema hospitalario nacional (Indice de consultas por 10,000 habitantes)

AÑO	SISTEMA HOSP. NACIONAL	POBLACION NO ASEGURADA	INDICE CONSULTAS POR 10.000 H.
1963	3.035	1.064.792	72.0
1968	16.676	1.110.190	140.0
1973	24.915	766.272	325

CUADRO # 9 c

Seguro Social (Indice consultas por 10,000 habitantes)

AÑO	SEGURO SOCIAL	POBLACION ASEGURADA	INDICE CONSULTAS POR 10.000 H.
1963	2.906	317.037	92
1968	6.793	704.440	96
1973	52.839	1.150.244	457

Al desglosarlo en población no asegurada (cuadro 9 b) y asegurada (cuadro 9 c) vemos en ambos que hay incrementos, más notables comparativamente, de 1963 a 1968 en el Sistema Hospitalario Nacional, pero mucho mayor de 1968 a 1973 en la C.C.S.S.

CUADRO # 9

Descentralización de la Consulta Externa en todo el país en 1973

Lugar	Personal H.N.P.	Personal C.C.S.S.	Total
Hospital Chapul	17.282		17.283
Hosp. Dr. Calderón G.		21.513	21.513
Hospital México		361	361
Alajuela	440	7.386	7.824
Cartago	963	3.423	4.386
Heredia	2.599	2.949	5.548
Guanacaste	351	440	1.291
San Ramón	545	715	1.260
Turrialba		236	236
Clínica Dr. Moreno Cañas		5.147	5.147
Clínica Dr. Carlos Durán		4.710	4.710
Clínica Dr. Clorito Picado		2.851	2.851
Clínica Dr. Jiménez Núñez		2.617	2.617
TOTAL	22.689	52.340	75.037

En el cuadro N°10 se presenta gráficamente la acción psiquiátrica en Hospitales Generales en 1963 ya sea simple interconsulta, seguimiento de pacientes internados en Servicios de otras especialidades o bien la existencia de una unidad o camas específicas para Psiquiatría, a partir de 1968 hasta 1974. La creación y subsecuente aumento es obvio.

CUADRO # 11

Horas semanales de la Cátedra de Psiquiatría por año

AÑO	PSIQUIATRIA	S.SOCIAL	TOTAL
1963	6	-	6
1968	35	-	35
1973	76	60	136

Finalmente, el cuadro # 11 muestra el aumento de 23 veces, de las horas semanales que la Facultad de Medicina tiene contratadas en ambas cátedras de Psiquiatría en los 10 años, he'ho fundamental para que los cambios ocurridos en esa década fueran factibles, con la formación de personal.

Hay muchas otras variables como indicadores de la evolución, progreso e incremento de la Psiquiatría en esta década, pero en otros trabajos ya vendrán indicados.

Nombraré el cambio en la Historia Clínica del Chapul, con la introducción del examen del estado mental y la epicrisis; la desaparición paulatina de las celdas; la creación de las Unidades de Tratamiento Intensivo; el aumento en cantidad y variedad de la terapia ocupacional, que en 1971 llegó al 37% de los pacientes crónicos; la organización de gobierno propio y el salario terapéutico han sido elementos substanciales en la disminución, comparativa al aumento de la población nacional, de pacientes crónicos internados. Más recientemente la organización del Hospital en Equipos Geográficos, los múltiples cursillos monográficos para personal paramédico, las acciones del grupo de Psicología Clínica, investigación, trabajos y guía en muchos de los planes. etc. que han logrado del Hospital Nacional Psiquiátrico que sea modelo en su género.

Durante estos años se animó, proporcionó o auspició estudios de sub-especialidades a numerosos psiquiatras nuestros. Uno fue becado en Europa y Estados Unidos y otro en México y Estados Unidos en rehabilitación psiquiátrica. Otro colega fue a Estados Unidos a perfeccionarse en Psicoterapia de grupo y psicodrama. A tres médicos se les proporcionó becas en Psiquiatría Infantil, en Francis, España y Puerto Rico respectivamente. Un sétimo Psiquiatra hizo psiquiatría forense en Argentina. Un noveno, electroencefalografía en España; un décimo colega Psiquiatría Social en Suiza. Además uno en Psicofarmacología en Canadá. Dos colegas más fueron a Canadá y Escocia para psicoterapia de familia. Otros dos aprendieron técnicas de modificación de la conducta en Inglaterra y Canadá; en psiquiatría del adolescente en New York uno así como perfeccionamiento en psicoterapia, en los Estados Unidos, dos más. En total, 18 han hecho estudios de post-gradó.

Una muestra más de la evolución en sentido de engrandecimiento de la psiquiatría en Costa Rica, es la participación en este Congreso en que los temas de la especialidad forman una tercera parte de los trabajos; y el cursillo de actualización para médicos generales, pensando desde 1970 y logrando, hasta ahora, el implementarse.

Los esfuerzos de un grupo de psiquiatras que en 1963 nos dispusimos a trabajar hacia estas metas, ya están siendo compensados con el trabajo y entusiasmo de los jóvenes colegas, claramente reflejados en todos los parámetros de la Psiquiatría Nacional. Nos queda mucho por hacer; aún hay dos hospitales generales del área metropolitana que no tienen servicio de Psiquiatría. La calidad y variedad de tratamientos en consulta externa deben aumentar. La investigación debe reforzarse.

No hay que cejar, y seguir unidos ofreciendo soluciones a nuestros pacientes.

Otra década más y, en 1984, podría, de nuevo, volverse a revisar lo hecho por los psiquiatras en un período similar.

Una muestra más de la evolución en sentido de engrandecimiento de la psiquiatría en Costa Rica, es la participación en este Congreso en que los temas de la especialidad forman una tercera parte de los trabajos; y el cursillo de actualización para médicos generales, pensando desde 1970 y logrando, hasta ahora, el implementarse.

Los esfuerzos de un grupo de psiquiatras que en 1963 nos dispusimos a trabajar hacia estas metas, ya están siendo compensados con el trabajo y entusiasmo de los jóvenes colegas, claramente reflejados en todos los parámetros de la Psiquiatría Nacional. Nos queda mucho por hacer; aún hay dos hospitales generales del área metropolitana que no tienen servicio de Psiquiatría. La calidad y variedad de tratamientos en consulta externa deben aumentar. La investigación debe reforzarse.

No hay que cejar, y seguir unidos ofreciendo soluciones a nuestros pacientes.

Otra década más y, en 1984, podría, de nuevo, volverse a revisar lo hecho por los psiquiatras en un período similar.

PLANEAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN
AREAS RURALES Y URBANAS DE LATINO-AMERICA

Dr. Alvaro Gallegos Chacón

Director Cátedra de Psiquiatría
Hospital Dr. Calderón Guardia-Universidad de Costa Rica
Jefe Servicio de Psiquiatría
Hospital Dr. Calderón Guardia

Mayo de 1975

1.- INTRODUCCION:

Las diferencias en recursos y nivel de desarrollo de los países, de las diversas áreas rurales y desniveles socio-económicos entre los habitantes de una misma ciudad, hacen que sea utópico el establecer un modelo de servicio de Salud Mental aplicable a todo el subcontinente latinoamericano. Lo que sí es factible de señalar, son las bases para el planeamiento de estos servicios. Estas acciones básicas pueden enunciarse como FORMACION DE RECURSOS, acordes a las NECESIDADES, con OBJETIVOS ESPECIFICOS.

El planeamiento puede hacerse partiendo de cualquiera de estos puntos, sabiendo que los otros dos aspectos entrarán en el juego al mismo tiempo. Cabe señalar que partiendo de las necesidades, es más científico el planeamiento.

Con una visión de la Salud Mental como parte integral de la salud en general, con centrando y coordinando los recursos para un mayor rendimiento y óptimo servicio y ubicados los lugares de acción de acuerdo a la población, se pueden enunciar estas cuatro premisas que deben estar presentes, en este planteamiento:

- 1.- los servicios de Salud Mental deben estar integrados al sistema nacional o regional de Salud Pública.
- 2.- debe evitarse la duplicación de servicios, concentrando los esfuerzos para dar el nivel óptimo en el servicio que se ofrece y por una sola dirección.
- 3.- las diversas facilidades y acciones de Salud Mental deben estar efectivamente coordinadas, para dar un servicio continuado a los pacientes por el sistema de referencias.
- 4.- debe darse el servicio donde se necesita, tratando de abarcar el máximo de la población de la que se es responsable.

2.- ESTUDIO DE LAS NECESIDADES:

La morbilidad del área donde se va a instalar, mejorar o coordinar un sistema de servicios de Salud Mental, es necesario estudiársela. Ciertamente que regiones - con similitudes raciales, socio- culturales y económicas, suelen tener problemas similares y los estudios de un país semejante pueden ayudar a otro a planificar sus servicios. Idiosincrasias de la región, más que en la incidencia de diversos desórdenes, que especialmente en las psicosis funcionales es asombrosamente constante en todos los países del mundo, se hacen importantes para conocer actitudes y expectativas de la población hacia el enfermo mental y los servicios que se le brindan. La investigación de necesidades, con los recursos que ya se tengan, es de gran ayuda para planificar la producción de nuevos recursos con fines específicos. Conforme los recursos van mejorando, la investigación se hace más fina, proporcionándonos más datos para ir diseñando objetivos cada vez más específicos.

Esperar a tener toda la información estadística, para iniciar la formación de recursos es un error. Todos los países tienen información básica de sus problemas psiquiátricos, ello ya permite ir implementando algunos servicios.

Es interesante el observar el fenómeno que al ofrecer servicios en comunidades que se suponían tenían ciertas demandas y ciertos problemas, al trabajar en ella el equipo multidisciplinario de Salud Mental, rápidamente aumenta la demanda y se descubren problemas insospechados.

Para ilustrar acerca de demanda de servicios, tipo de los mismos y distribución en los diferentes niveles de asistencia, usaré cifras de morbilidad, tipo de problemas, etc., que muestran las necesidades de un país como Costa Rica. Lo usaré como representativo del Continente Latinoamericano, pues es equiparable, con sus 50,000 kilómetros cuadrados y dos millones de habitantes a una región programática de un país mediano o una provincia, departamento o Estado, de los países grandes de nuestro conglomerado latino. Las fuentes de información además de estadísticas y censos nacionales, las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico y de la Caja Costarricense de Seguro Social, usaré datos de numerosos estudios de investigación del Dr. Gonzalo Adis Castro, y datos obtenidos por un servidor en diferentes encuestas y estudios realizados.

En un estudio sobre "Prevalencia de Problemas de Salud Mental en Costa Rica" , realizado en 1966 por el Dr. Adis Castro y colaboradores (1), se encontraron las siguientes cifras sin una selección de ningún tipo:

Psicosis	2.9%
Trastornos de personalidad	10.1%
Reac. psicofisiológicas	28.1%
Psiconeurosis	38.7%
Epilepsia	2.2%
Alcoholismo	14.9%

En Costa Rica no hay un sistema único de servicios de Salud Mental. Fundamentalmente hay dos: el Hospital Nacional Psiquiátrico y sus acciones extramuros y el Servicio de Psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social, distribuido en todo el país. Las acciones de ambos organismos tienen una orientación muy similar, hay bastante comunicación y en lo más posible, se trata de no duplicar acciones, sino de unirse en varias de ellas. Además, en Salud Mental, especialmente a nivel de niños y de alcohólicos, hay unas cincuenta instituciones que ofrecen servicios parciales en Salud Mental, especialmente a nivel de niños y de alcohólicos, que están parcialmente coordinadas entre sí y con los dos organismos mayores. Esta atomización de servicios no es el mejor ejemplo de un sistema efectivo; sí nos muestra la variedad e intensidad de las necesidades, cuando menos. Como en todo país, la Psiquiatría se inicia en el manicomio. En Costa Rica, fue en 1890, que se inauguró el Asilo Chapuí.

De su posición de Asilo, fue evolucionando hacia un Hospital ya en 1950. En esa época, la recomendación era de tener cuatro camas psiquiátricas por cada mil habitantes. De seguir esa recomendación, actualmente se necesitarían casi ocho mil camas.

Actualmente el Hospital Psiquiátrico no llega a 1200 pacientes. La razón es que hacia 1960 se inició la residencia en Psiquiatría, con un aumento paulatino de recursos y cambio en la filosofía asistencial. De ocho psiquiatras en el país en esa época, ha aumentado a 54 en 1975; enfermeras psiquiátricas, trabajadoras sociales y psicólogos clínicos, aunque no en la misma proporción, también han aumentado considerablemente.

En 1965 se inician acciones comunales en Salud Mental. En 1971 la CCSS inicia un aumento de su personal y de sus acciones, en el Servicio de Psiquiatría. Esta base es la que hoy nos permite presentar información bien recabada y nos da la posibilidad de un planeamiento de recursos con objetivos bien definidos. El Hospital Nacional Psiquiátrico tiene 08 camas por 1000 habitantes; es ocupado por el 0.66 por mil de la población. Su índice ocupacional no llega al 80%. De unas tres mil quinientas admisiones anuales, un tercio son pacientes por primera vez y dos tercios, readmisiones. Anualmente, egresa un número muy parecido al de ingreso, teniendo relación, el aumento de población vegetativo del Hospital, con el índice de crecimiento vegetativo de la población del país. Hemos visto que, con un sistema de acciones asistenciales combinadas e íntimamente ligadas al Hospital Psiquiátrico, el número de pacientes en el mismo disminuye apreciablemente. Para muchos pacientes del Hospital Psiquiátrico se les hace imposible competir con el juego de oferta-demanda laboral corrientes, así como reintegrarse a vivir en la sociedad extra-hospital: los hogares transitorios y los talleres protegidos son parte importante de las necesidades.

En los últimos seis años ha ido aumentando el número de pacientes psiquiátricos admitidos o tratados en Hospitales Generales, tanto metropolitanos como regionales o rurales. Para 1974 fueron 1550 admisiones, en solo un Hospital General con 28 camas de psiquiatría. Interesante es la diferente composición, por diagnóstico, de los pacientes admitidos a estos dos tipos de hospital, mientras que en el Hospital Psiquiátrico el 92% tuvieron el diagnóstico de síndrome psicorgánico o de psicosis funcional, esa categoría estuvo representada solo por un 33% -

de los pacientes internados en Psiquiatría del Hospital General. Ambos porcentajes se complementan con pacientes con reacciones psiconeuróticas, situacionales, caracteropatías y reacciones psicofisiológicas (2). Este hecho se repite en la Consulta Externa, si ésta depende del Hospital Psiquiátrico o de un Servicio de Psiquiatría en el Hospital General. Mientras que el Hospital Psiquiátrico, en 1973, entre su Consulta Externa y sus extensiones comunitarias hizo unas 22.000 consultas y con un 90% de pacientes psicóticos en control, el Seguro Social hizo cerca de 50.000 consultas, de las cuales solo el 14% eran pacientes psicóticos, el 6% síndromes psico-orgánicos el resto eran pacientes con alguna enfermedad mental menor, o sea el 80% (3).

En las consultas psiquiátricas tanto metropolitana como en otras ciudades de más de 50.000 habitantes, nos dá un índice promedio de cinco consultas por año, por casa cien habitantes (4). La consulta de egresados del Hospital Psiquiátrico nos dá un promedio de 2.75 consultas por 100 habitantes por año, siendo la consulta urbana casi el doble que la rural (5). Con esos resultados podemos ver qué factores geográficos, culturales, económicos, etc., intervienen para que las demandas de servicios en Salud Mental en áreas urbanas sean aproximadamente el doble que en áreas rurales. También, no hay duda, que conforme se ofrecen esos servicios en áreas rurales, el índice de aprovechamiento sube rápidamente. La utilización de servicios psiquiátricos, es directamente proporcional a la agudeza y gravedad del problema e inversamente proporcional a la distancia geográfica o dificultad de transporte.

Un equipo de Salud Mental multidisciplinario atiende bastante bien una población de 50.000 habitantes; la calidad y efectividad de la atención dependen del enfoque y experiencias formativas previas de equipo, así como de los objetivos diseñados para su trabajo.

El traslado de la experiencia asistencial de un Hospital Psiquiátrico a las crecientes consultas externas fue lo natural. Los resultados, en general, son poco satisfactorios. Desde el punto de vista terapéutico, la aplicación de psicofármacos a todo trastorno que tenga etiqueta psiquiátrica, no es solución y sí existe el peligro de la creación de una nueva identidad: el paciente neurótico, dependiente en tranquilizantes. También, la política de internamiento y de recuperación sintomatológica de pacientes con reacciones situacionales probó ser inoperante mientras no se actuara, con un equipo multidisciplinario, en todas las variables que provocaron el problema a tratar. La aplicación de técnicas más adecuadas para problemas neuróticos, de bastante éxito en la consulta privada, como la psicoterapia individual, es de limitada aplicación en un sistema para toda la población.

Las razones son por un lado, que un paciente de cultura baja, incapaz de comprender y aprovechar la técnica ni de aceptar que no hubiera una medicina mágica para sus síntomas; por otro lado, la imposibilidad de ofrecer este tipo de tratamiento por lo caro, lento y la gran cantidad de recursos humanos que requiere.

En el diseño de objetivos trataré de nuevo este problema.

3.- FORMACION DE RECURSOS.-

En diferente cantidad y calidad, todos los países del Hemisferio cuentan con recursos en Salud Mental. Las más de las veces estos recursos son escasos e inadecuados; otras veces no utilizados en toda su potencialidad, y sobretodo no compartidos con otras acciones de salud. Es frecuente, la queja de que los problemas psicosociales son los últimos en ser atendidos por las autoridades de Salud y que los presupuestos son insuficientes. Esa indiferencia es aplicable, aunque no aceptable, por varios factores. Entre ellos, la misma formación que recibe el médico y demás profesionales de la Salud en nuestras escuelas tradicionales, donde el énfasis es en la salud física y las enfermedades somáticas. Además, dado el grado de desarrollo de nuestros pueblos se tiene como prioridad los problemas de desnutrición, parasitosis intestinal y mortalidad materno-infantil. La incidencia de enfermedades cardiovasculares y el drama del cáncer atraen mucho más la atención. Todo esto hace que a la enfermedad mental no se le dé la importancia que tiene.

En las estadísticas, no aparece como causa de mortalidad; pero como morbilidad, con muerte social y laboral, sí tiene prioridad. Este hecho, para países en desarrollo es de gran significación y debe ser tomado en cuenta entre los factores que lentifican el desarrollo.

Ayuda también a esa indiferencia cierta nubosidad en los programas preventivos de Salud Mental, los resultados de los tratamientos psiquiátricos, que, en general, son vistos como pobres, la poco clara definición de enfermedad mental o de desajuste emocional.

Finalmente, contribuye a olvidar los problemas la puesta en marcha de los mecanismos mentales de represión y negación que todo ser humano usa cuando algo le es ingrato. Y la enfermedad mental, por su esencia, que es el cambio de la persona misma que somos, es más agradable el ignorarla.

Ante estos obstáculos, el profesional en Salud Mental no debe desmayar, utilizando y mejorando los recursos existentes, y al mismo tiempo, trabajando y presionando en la producción de nuevos recursos. La formación de recursos tiene tres direcciones: recursos humanos, recursos de planta física y recursos de comunicación y coordinación.

3.1.1. Recursos humanos:

Tan importante es formar especialistas en las diferentes profesiones que abarca la Salud Mental, como incluir en la formación de todo el personal de salud, conocimientos, destrezas y actitudes positivas para realizar acciones en el campo de nuestra especialidad.

La relación psiquiatra-población es debatible. En los países desarrollados se recomienda un psiquiatra por cada 10.000 habitantes. Esta cifra, utópica para la gran mayoría de países latinoamericanos (Brasil requería unos 10.000 psiquiatras, México unos 5000, Costa Rica 200), corresponderían con la relación recomendada por los organismos internacionales de Salud, de un médico por cada 1000 habitantes. O sea, que de cada diez médicos, uno debería ser psiquiatra. La relación psiquiatra-pobla-

ción, depende no solo del desarrollo económico-cultural del país. Otras variables a tomar en cuenta es tipo de asistencia, incluyendo qué trastornos se tratarán y, sobre todo, la cooperación de las comunidades y participación en los programas de Salud Mental de todo el personal médico y paramédico.

La educación a las comunidades, a través de sus líderes, es la base de la gran pirámide en que se puede representar un servicio nacional o regional.

El lograr que la mayoría de las personas de una comunidad se interesen y sientan como propios los problemas de Salud Mental; que las personas con responsabilidades cívicas como maestros y autoridades participen en los programas es un paso decisivo, y actúan como multiplicadores de las acciones del equipo multidisciplinario.

Con más razón aún los profesionales de la Salud, desde las enfermeras auxiliares, la asistente social están directamente involucrados en estos servicios. Siguiendo la escalera profesional, cada vez con un menor número de personas pasando por los Hospitales rurales y generales, se llega al Hospital especializado (Ver gráfico 1).

El número de psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales con especialidad en Salud Mental, no está exactamente definido. Idealmente debería haber el doble del número de psiquiatras por cada uno de estos grupos profesionales para-psiquiátricos. Más importante que todo este grupo especializado trabaje en forma de equipo multidisciplinario, multiplicando su efectividad y abarcando una gran gama de acciones. La relación de 50,000 habitantes por cada equipo multidisciplinario, con la cooperación del personal de salud, es una cifra deseable. Las cifras aquí presentadas, parecerán inasequibles a muchos, pero el planificar y trabajar hacia una meta de este nivel es lo aconsejable.

3.1.2. Recursos de planta física:

Las acciones de Salud Mental se extienden desde las áreas públicas de las comunidades hasta el recinto del Hospital Psiquiátrico, como una gran red.

La consulta de servicios es mucho mayor en consulta externa y en las acciones en la comunidad. Esos consultorios externos serán parte de centros o dispensarios rurales, policlínicos urbanos u hospitales generales. Es pues, importante que estén ligados físicamente a los servicios de Salud General.

La mayor parte de la hospitalización en Psiquiatría debe hacerse en Hospitales Generales, como vimos al exponer el capítulo de las necesidades. Y el Hospital General, al igual que tiene sus quirófanos para Cirugía, salas de parto para Obstetricia, áreas separadas para prematuros e infecto-contagiosos en Pediatría, aunque el enfermo psiquiátrico es esencialmente un enfermo de Medicina, debe tener facilidades de personal y planta física para el tratamiento y manejo de todo tipo de patología psiquiátrica.

En 1973, en la Conferencia Interamericana de Ministros de Salud, se hizo la

recomendación de que el 5% de las camas de los Hospitales Generales fueron destinados a pacientes psiquiátricos. Su cumplimiento daría un gran alivio al Hospital Psiquiátrico y a aquellos pacientes que no necesariamente tienen que ir a ese tipo de facilidad.

Hasta este nivel, prácticamente no hay inversión económica importante ni separada de acciones de Salud Mental. El punto crucial para el logro de servicios es la actitud tanto de los administradores como de los colegas médicos en otras especialidades en cuanto a aceptación de los pacientes psiquiátricos y del equipo de Salud Mental como parte del Hospital Central y del equipo de salud.

Las plantas físicas necesarias para un sistema de Salud Mental, van convergiendo hacia una estructura que sí es exclusiva del sistema: El Hospital Psiquiátrico. Este sigue siendo imprescindible en la organización de servicios de Salud Mental. Sus funciones terapéuticas, rehabilitativas, y en muchos casos, custodiales, exigen que tanto su aspecto como organización no añadan al paciente un factor de cronicidad. Como una extensión del Hospital Psiquiátrico, ya que guarda la misma filosofía, la fundación de talleres protegidos y hogares transitorios completan el aspecto de recursos de planta física (ver Gráfico 2).

3.1.3. Recursos de comunicación y coordinación:

Los recursos hasta aquí descritos no pasarían de ser áreas de acciones parciales de no existir vías establecidas, sin interferencias que le resten efectividad, de coordinación y comunicación entre los diferentes puntos del sistema. Sin necesidad de un complicado aparato burocrático, al estar las líneas de comunicación y de referencia bien establecidas, no es necesario personal auxiliar en gran número. Más aún, al estar montada la red de servicios de Salud Mental en los mismos servicios de salud existentes, la operación "coordinación" es solo un recargo y no una nueva organización. Lo que parece tan fácil al describirlo aquí, en realidad ofrece grandes dificultades, pero en otros niveles.

Las dificultades se presentan cuando en cada punto nodal de la red no están bien especificadas las funciones y hasta dónde cada uno, en el puesto que ocupa, cumple con lo encomendado, siendo un servicio único. Mayores dificultades habían cuando hay que coordinar más de un sistema asistencial.

La efectividad de la comunicación entre un emisor y un receptor depende a que el código usado sea el mismo entre ambos. Una uniformidad de lenguaje depende de la unidad en la formación profesional, que incluye, no solo los aspectos cognoscitivos, sin la disposición afectiva y la adquisición de destrezas para el desempeño adecuado de acciones en Salud Mental.

Por ejemplo, el paciente recuperado que sale del Hospital Psiquiátrico, que va a tener su seguimiento en un puesto de salud rural con el médico general,

si la epicrisis, con las indicaciones, no llega a aquel médico, y si estaba en un lenguaje ininteligible para aquel médico, el paciente no recibirá el servicio y la recidiva se presentará. Si el médico general no tiene la actitud positiva y la destreza para cumplir con esa acción, se romperá la cadena de acciones establecidas para el seguimiento de ese paciente, y su mantenimiento en la comunidad.

4.- DISEÑO DE OBJETIVOS EN EL PLANEAMIENTO:

El desarrollo natural de servicios, de acuerdo a las demandas y a la evolución de la sociedad, nos señala las prioridades en la implementación de servicios. Los objetivos específicos de tratamiento y rehabilitación de aquellos que han perdido la capacidad para convivir en la comunidad, están en un Hospital Psiquiátrico.

El Hospital Mental moderno logra sus objetivos a través de un buen servicio médico psiquiátrico, una fuerte orientación comunitaria con el equipo multidisciplinario, facilidades de labor terapia, incluyendo el salario terapéutico, con la filosofía de puertas abiertas y de gobierno propio.

Pero definitivamente, el Hospital Psiquiátrico es el último reducto donde llegará el paciente, después de haber pasado por los filtros de Hospitales Generales y rurales y las consultas externas urbanas o rurales.

Cuanto paciente en necesidad de tratamiento intrahospitalario puede ser atendido en el Hospital General; cuanta persona, portadora o no de una enfermedad mental, ante una situación que excede su capacidad adaptativa necesita de una pronta atención. En los hospitales generales, la máxima actividad en Psiquiatría, es en el sentido de "intervención en crisis". Internamientos relativamente cortos, orientados a la solución de la crisis y no sintomáticamente es la tónica. Pero para lograr la destreza por parte del personal se vuelve un objetivo específico en la formación de los nuevos psiquiatras.

Sin embargo, el internamiento de cualquier tipo debe ser la excepción. Un servicio de Salud Mental debe tener como principio de que es una gran consulta externa, con múltiples acciones en la comunidad y menos servicios de internamiento para aquel que irremediablemente lo necesita.

Siendo un objetivo específico el tratamiento ambulatorio y las acciones preventivas en la comunidad, en la formación del personal de Salud y especialmente en el de Salud Mental, debe reforzarse ese aprendizaje de esas destrezas en el período formativo.

El objetivo general de un servicio de Salud Mental es el cubrir las necesidades de su comunidad en esa área. El número de profesionales especializados nunca darán abasto para la atención directa de esas demandas. Objetivos específicos serán el educar y motivar a todo el personal en Salud hacia los problemas de Sa -

lud Mental y sobre todo, a los líderes de las comunidades, como multiplicadores de acciones básicas.

Un objetivo específico es producir la mística de trabajar con eficiencia y economía, pero con las necesidades de personal, planta física y facilidades de coordinación, de acuerdo a los recursos existentes, para otras acciones de Salud y no ostensiblemente inferiores.

5.- RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA UNA POBLACION DADA:

De acuerdo a los parámetros descritos de necesidades psiquiátricas en una población promedio en Latino América, usando como ejemplo a Costa Rica, con una área de 50 mil kilómetros cuadrados y dos millones de habitantes, un tercio de ellos de localización urbana y dos tercios de localización rural y superadas las etapas de habilitación de un Hospital Mental que cumpla su cometido, incluyendo el seguimiento de pacientes egresados, los dos pasos siguientes son: uno dar el servicio donde se necesita, abriendo consultas especializadas cada vez más lejos de la Institución madre, y dos, la participación activa y responsable de los Hospitales Generales.

Con los mismos recursos físicos y humanos de los puestos de salud (dispensarios, Unidades Sanitarias), con líneas de comunicación claramente establecidas hacia las consultas psiquiátricas rurales y el Hospital rural, se logra satisfacer las necesidades de nuestro gran campesinado. Esta primera línea asistencial tiene un paralelo en las áreas urbanas con las consultas psiquiátricas distribuidas según la densidad de población.

Ambos frentes, atendidos por profesional calificado, derivarán algunos casos que lo ameritan, o al Hospital General, o al Hospital Psiquiátrico, según un criterio de mayor conveniencia para el tratamiento del paciente.

Cuando el objetivo intra hospitalario se ha logrado, se utilizarán las vías de retornos a sus respectivas consultas ambulatorias en cada comunidad, algunas veces a través de hogares transitorios, o bien, ayudándose de los talleres protegidos.

Abril, 1975

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Dr. Javier Mariátequi, Dr. Gonzalo Adis Castro:
Epidemiología Psiquiátrica en América Latina.
Acta, Buenos Aires 1970. Páginas 89 y 114.
- 2.- Dr. Alvaro Gallegos Chacón:
Diez años de Psiquiatría en Costa Rica.
Acta Médica Costarricense, en Prensa.
Diciembre 1970
- 3.- Dr. Gonzalo Adis Castro,
Dr. Pierre Thomas Claudet:
Consulta Externa de Psiquiatría de la CCSS,
Prevalencia de grupos diagnósticos.
Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones
Psicológicas.
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, 1973.
Páginas 6 y 7.
- 4.- Auditoría Médica Mensual del Servicio de Psiquiatría,
Caja Costarricense de Seguro Social
- 5.- Departamento de Archivo y Estadística,
Hospital Nacional Psiquiátrico,
Las Pavas.

000000
0000
00

GRAFICO Nº 1

RECURSOS HUMANOS Y SU DISTRIBUCION PARA ACCIONES DE SALUD MENTAL

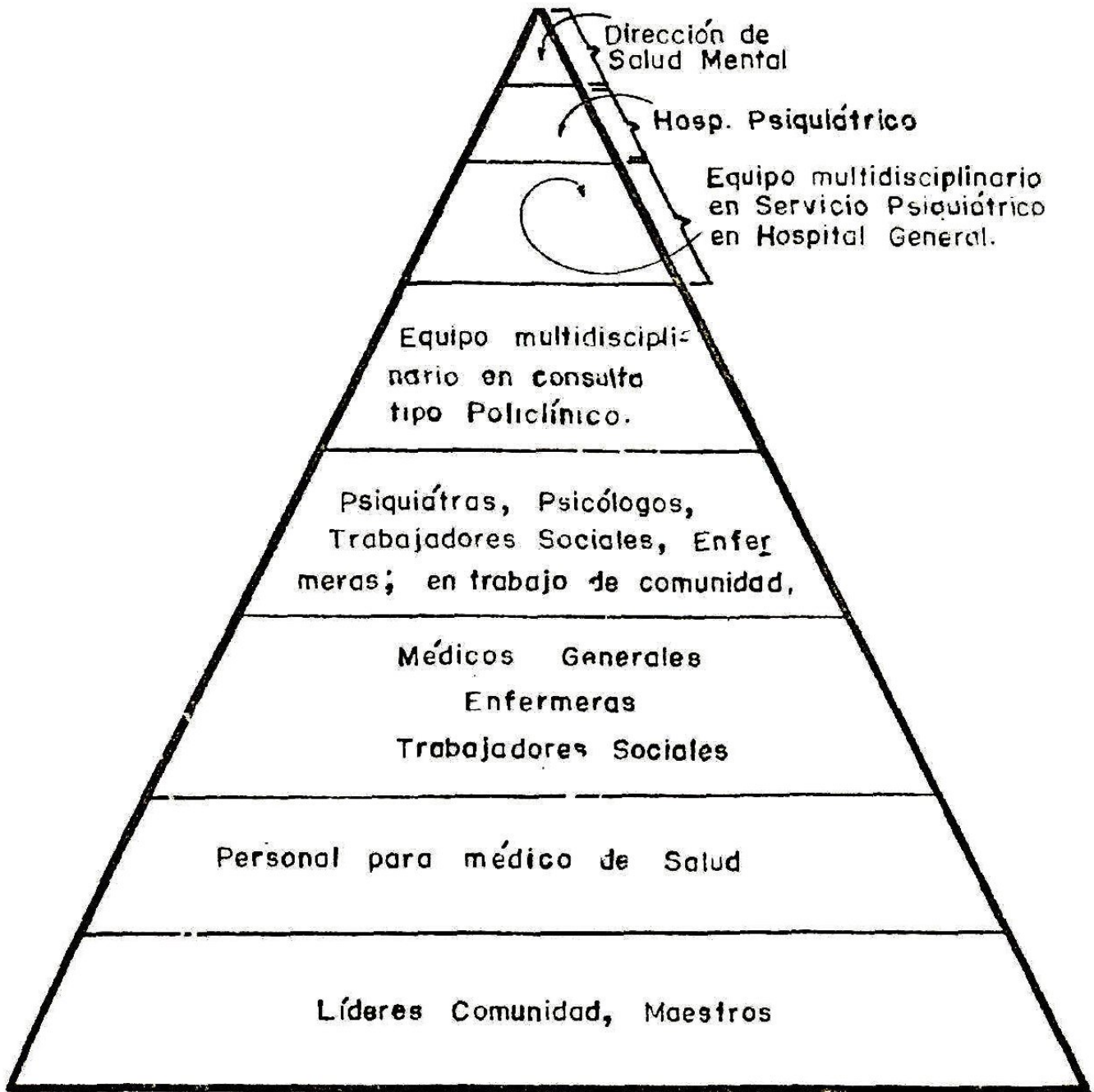
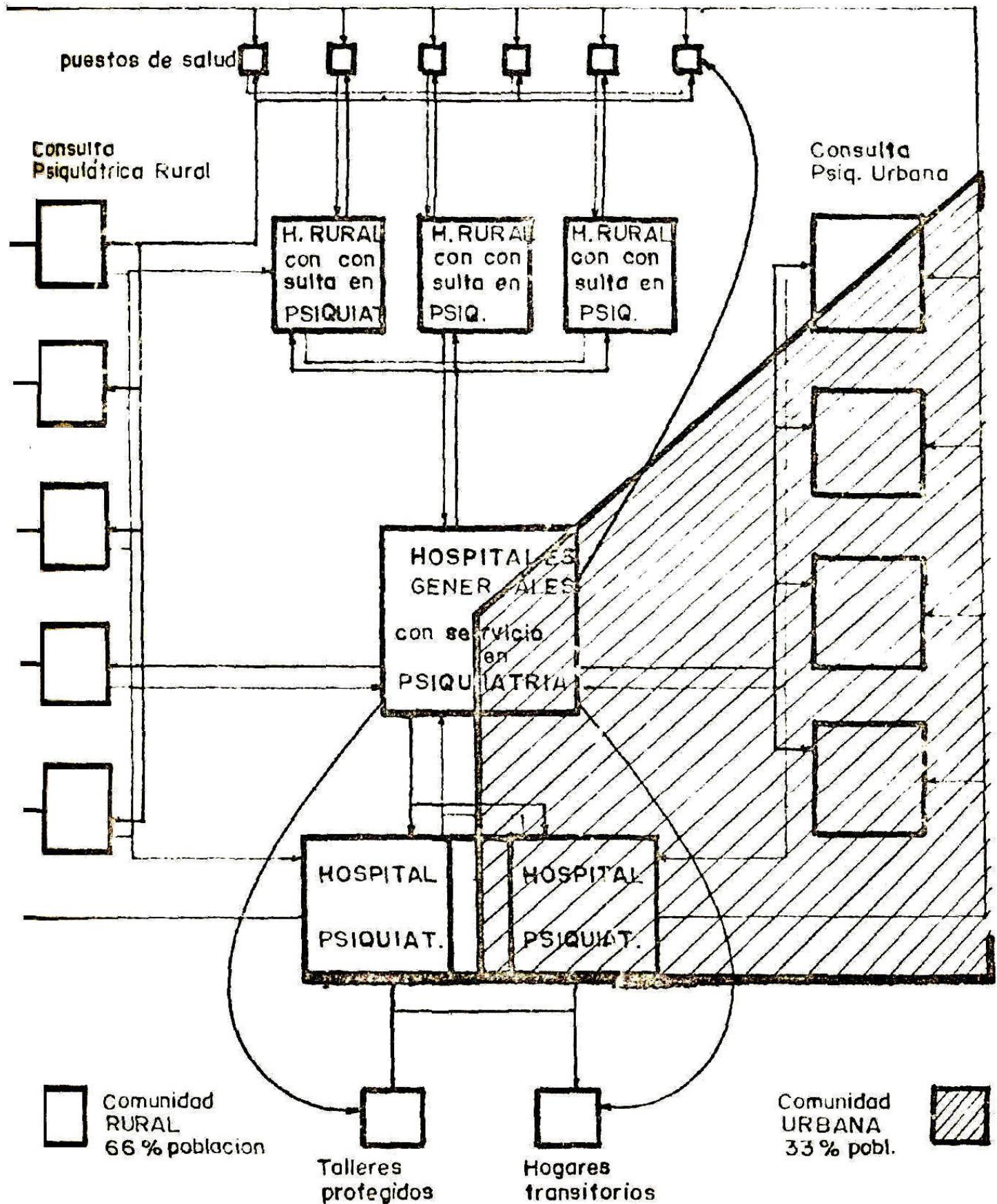


GRAFICO Nº 2

RED DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

RECURSOS FISICOS Y ORGANIZACION DE LA COMUNICACION
ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE ACCION





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
APARTADO 10105
SAN JOSE, COSTA RICA

FORMACION DE PERSONAL PARA EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DE LA CCSS

PROYECCION PARA 1980:

Para la fecha arriba expuesta, el Seguro Social deberá estar dando servicios asistenciales a todos los costarricenses.

La población podrá considerarse en dos millones de habitantes.

La formación de equipos psiquiátricos multidisciplinarios es de primordial importancia. El equipo consta, por lo menos, de un Psiquiatra, de un Psicólogo Clínica, un Trabajador Social y una enfermera, los dos últimos con entrenamiento en Psiquiatria, a tiempo completo.

Cada equipo será responsable de una sección de población aproximadamente de cincuenta mil habitantes.

A grosso modo, para esa fecha, deberían trabajar cuarenta equipos multidisciplinarios de Salud Mental en el país.

Al estar integrados los servicios de Salud, hay que contar tanto con el actual personal especializado de estas instituciones como los especialistas que allí se forman, hasta 1980 y, que vayan a trabajar en la Comunidad.

Pese a la existencia de estos equipos, se contará con especialistas para internamiento, tratamientos especiales, enseñanza e investigación.

./.

**COSINNICENSE DE SEGURO SOCIAL**

APARTADO 10105

SAN JOSE, COSTA RICA

Para la organización actual, están concentrados en el Hospital Dr. Calderón Guardia, pero podrían estar repartidas entre los dos o tres Hospitales metropolitanos. En este aspecto, hay un déficit de unos tres y medio tiempos completos. Sumados al déficit del cuadro N° 1, llevamos ya diecisiete psiquiatras en rojo.

En el cuadro N° 3 se exponen las necesidades de horas administrativas para Psiquiatría. En ese aspecto hay un déficit de unos dos y medio tiempos. O sea, vamos llegando a un déficit de diecinueve y medio psiquiatras.

En el cuadro N° 4, se ve superficialmente la necesidad de horas de Psiquiatría, en cuanto a atención de pacientes internados en Hospitales Generales del país. Actualmente se reparten dos tiempos completos (varias horas pagadas por el Hospital local que no es de la Caja) recomendándose un total de unos cinco tiempos completos.

El déficit va es de tres tiempos completos, lo que va sumando veintidós y medio psiquiatras.

El cuadro N° 5 nos da una visión de las horas académicas actuales y deseables, tanto en pre-grado como en post-grado. Ello, excepto el caso específico de Psicofarmacólogo, y un terapeuta de familia (a medio tiempo), no requiere plazas de la Institución, pues los mismos psiquiatras asistenciales, desempeñan funciones académicas. Así, la Institución tiene solo un déficit de veinticuatro psiquiatras, para dar actualmente, un servicio mejor, orientándolo a acciones comunitarias. En cuanto a horas académicas, el déficit es aproximado de sesenta horas, lo que se negociaría con la Facultad de Medicina

./.

**COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

APARTADO 10105

SAN JOSE, COSTA RICA

Esperando que el sistema hospitalario nacional, representado en Psiquiatría por el Hospital Nacional Psiquiátrico, tenga sus proyecciones hechas para el cuarenta por ciento de la población nacional hacia 1980 y en base del número de especialistas que ya tiene, presentaré únicamente las necesidades de la Caja.

Actualmente hay cuatro residentes en formación, los cuales se integrarán como especialistas entre 1976 y 1978. Fuera del país hay cuatro psiquiatras que tienen lazos legales con la Caja, o bien, han solicitado para el futuro, plaza en la Institución, entre 1976 y 1978. Esto hace que sean ocho los psiquiatras nuevos, que vendrán a la Institución antes de 1980. Para 1980, aproximadamente el déficit será de dieciséis especialistas. Entre 1976 y 1978 (para graduar a los últimos de este grupo en 1980) hay que preparar unos dieciséis especialistas, unos cinco cada año (del 76 al 78, del 77 al 79, y del 78 al 80).

No puede ni el Servicio de Psiquiatría, ni el Centro de Docencia e Investigación, ni las estructuras administrativas de la Caja, volver la espalda a esta realidad, y especialmente, ignorar la necesidad de la preparación de Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales y enfermeras psiquiátricas, en número suficiente para constituir los equipos multidisciplinarios en Salud Mental, que son, los que definitivamente, darán un servicio eficaz a toda la población.

Este último punto, requiere un estudio muy detallado para conocer recursos humanos, académicos y organización idónea de los mismos, para que respondan a los objetivos de la Institución.

/.

1951 - F. 713 - 200.000 - Años - 273

C. C. S. S. CONSULIA EXTERNA

SERVICIO DE PSIQUIATRIA

Lugar	Psiquiatra	Nº habitan- tes	Horas actuales	Horas ideales	Déficit
Clinica Dr. M. Fallas	Dr. Rojas A.	50.000	4 diarias	8 diarias	4 horas
Clinica Dr. C. Durán	Dr. A. García	50.000	4 diarias	8 diarias	4 horas
Clinica Dr. Jiménez M.	Dr. Blanco C.	70.000	5 diarias	12 diarias	7 horas
Clinica Dr. C. Picado	Dr. García Z. Dr. Valverde	70.000	6 diarias	12 diarias	6 horas
Clinica Dr. Moreno C.	Dr. Gutiérrez Dr. Barrantes	50.000	8 diarias	8 diarias	
Clinica Dr. S. Núñez	Dr. Gutiérrez	50.000	4 diarias	8 diarias	4 horas
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Acevedo J. Dr. Madriz J. Dr. Rodríguez	300.000	18 horas	48 diarias	30 horas
Hosp. Monseñor Sanabria	Dr. Florez O.	135 000 (integrado)	6 diarias	20 diarias	14 horas
Hosp. La Anexion	Dr. Segnini	100 000 (integrado)	3 diarias	16 diarias	13 horas
Suc de Liberia	Dr. Segnini	50.000	4 diarias	8 diarias	4 horas
Suc de Alajuela	Dr. Zamora Dr. Carballo	200.000	16 diarias	32 diarias	16 horas
Suc de Heredia	Dr. Rodríguez	75 000	8 diarias	12 diarias	4 horas
Suc de Cartago	Dr. Porras Dr. Nigro	80.000	10 horas	12 diarias	2 horas
T O T A L E S		1.180.000	96 horas	204 diarias	108 horas.

mcb/

CONSULTAS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
HOSPITAL DR. CALLERON GUARDIA

LUGAR	PROFESIONAL	TIPO TX.	HORAS ACTUALES	HORAS IDEALES	DEFICIT	SUPERAVIT
Hosp. Dr. Calderón G	Dr. Sáenz Sibaja	Com. Renta Inv.	2 hrs.	2 hrs. (coordinador)		
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Acuña Sanabria	Com. Renta Inv.	1 hra.	1 hra.		
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Blanco Castro	Com. Renta Inv.	1 hra.	1 hra.		
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Rojas Acuña	Com. Renta Inv.	1 hra.			1 hora
Hosp. Dr. Calderón G.	Dra. Soto Araya	Com. Renta Inv.	1 hra.			1 hora
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Viquez Carvajal	Com. Psiquiátrica	2 hrs.	2 hrs.		
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Calderón Gei	Com. Psiquiátrica	2 hrs.	2 hrs.		
Hosp. Dr. Calderon G.	Dr. Ruyhuy Mana	Psicoterapia grupo	4 hrs.	4 hrs.		
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Madriz Jiménez	Egresos Med. Uno	1 hra.	1 hra.		
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Ramirez Castro	Egresos Med. Dos	1 hra.	1 hra.		
Hosp. Dr. Calderón G.	Dr. Saenz Sibaja	Clínica Tx. Litio	1 hra.	1 hra.		
Hosp. Dr. Calderón G	Dr. Ramirez Castro	Terapia Conductual	3 hrs.	4 hrs.	1 hra.	
Hosp. Dr. Calderón G	Dr. Calderón Gei	Terapia Conductual	1 hra.	2 hrs.	1 hra.	
Hosp. Dr. Calderon G	Dr. Nigro Borbón	Terapia Conductual	3 hrs.	2 hrs.		1 hora
Hosp. Dr. Calderón G.		Terapia Familia	0 hrs.	4 hrs.	4 hrs.	1 hora
Hosp. Dr. Calderon G	Dr. Herrera Amighetti	Psic. Individual	3 hrs.	4 hrs.	1 hra.	
Hosp. Dr. Calderón G	Dr. Viquez Carvajal	Psic. Individual	2 hrs.	4 hrs.	2 hrs.	
Hosp. Dr. Calderon G	Dr. Calderón Gei	Psic. Individual	1 hra.	4 hrs.	3 hrs.	
Hosp. Dr. Calderon G	Dra. Chavarria Acuña	Psic. Infantil	6 hrs.	8 hrs.	2 hrs.	
Hosp. Dr. Calderón G	Lic Zinnia Méndez	Psicoterapia Juego	2 hrs.	4 hrs.	2 hrs.	
Hosp. Dr. Calderón G	Lic Zinnia Méndez	Psicometría	2 hrs.	4 hrs.	2 hrs.	
Hosp. Dr. Calderón G	Lic Zinnia Méndez	Ev. Psicodiagnóstica	2 hrs.	4 hrs.	2 hrs.	
Hosp. Dr. Calderon G	Bach Ana C. Guzmán	Psicometría y Psicote- rapia niños.	4 hrs.	6 hrs.	2 hrs.	
Hosp. Dr. Calderon G.	Bach Adriana Cortés	Psicometría Niños	2 hrs.	4 hrs.	2 hrs.	
		Psicoterapia juego	2 hrs.	4 hrs.	2 hrs.	
T O T A L E S			50 hrs.	73 hrs.	26 hrs.	3 hrs.

NECESIDADES ACTUALES DE HORAS PSICUATRA EN FUNCIONES ADMINISTRATIVAS Y DE SUPERVISION EN TODO EL PAIS

PUESTO ACTUAL	PUESTO RECOMENDABLE	NOMBRE	LUGAR	HORAS ACTUALES	HORAS IDEALES	DEFICIT
Jefatura Servicio Hospital Dr. Calderón G.	Jefatura de Sección	Dr. Gallegos	Oficinas Centrales	8	8	
Coordinador Unidades de internamiento, Hospital Dr Calderón Guardia	Jefe Clínica Hospital Dr. Calderón Guardia, internamiento, interconsultas.	Dr. Acuña S.	Hospital Dr. Calderón Guardia	4	8	4
Coordinador Consulta Externa, Hospital Dr Calderón Guardia	Jefe Clínica Consulta Externa, Hospital Dr. Calderón Guardia	Dr. Sáenz S.	Hospital Dr. Calderón Guardia	6	8	2
Interconsultante	Jefe Clínica Hospital México, internamiento e interconsultas	Residentes III Año	Hospital México	3	6	3
	Coordinador, Consulta Externa, Hospital México		Hospital México	3	6	3
	Coordinador y supervisor consultas todo el país.		Todo el país.	0	8	8
TOTAL HORAS				21	40	19

NECESIDADES ACTUALES DE HORAS PSIQUIATRICAS PARA INTERNAMIENTO EN HOSPITALES GENERALES DEL PAIS.

PUESTO ACTUAL	PUESTO RECOMENDABLE	NOMBRE	LUGAR	HORAS ACTUALES	HORAS IDEALES	DEFICIT
Encargado Unidad Internamiento Medicina Uno	Idem.	Dr. Blanco	Hospital Dr. Calderón C.	3	4	1
Encargado Unidad Internamiento Medicina Dos	Idem.	Dr. Ramirez	Hospital Dr. Calderón C.	4	6	1
Encargado Unidad Intern. Hombres	Idem.		Hospital México		4	4
Encargado Unidad Intern. Mujeres	Idem.		Hospital México		6	6
Encargado Unidades Internamiento	Idem.	Dr. Florez	Hospital Monseñor Sanabria	2	3	1
Encargado Unidades Internamiento	Idem.	Dr. Segnini	Liberia	2**	2	2
Encargado Unidades Internamiento	Idem.	Dr. Segnini	Nicoya	30'	1	30'
Encargado Unidades Internamiento	Idem.	Dr. Valverde Dr. Arce M.	Turrialba	30'	2	1.30'
Encargado Unidades Internamiento	Idem.	Dr. Carballo	Alajuelo	2**	3	3
Encargado Unidades Internamiento	Idem.	Dr. Rodríguez	Heredia	2**	2	2
					24 horas	
** HORAS PAGADAS POR HOSPITAL LOCAL					3 tiempos completos	

H001 - F. 713 - 200.000 - An. 1. - 275

HORAS ACADÉMICAS PARA LA ENSEÑANZA DE PSIQUIATRÍA

NOMBRE	POSICION	LUGAR	HORAS ACTUALES		HORAS RECOMENDABLES		DEFICIT
			PRE*GDO.	POS*GDO	PRE*GDO	POS*GDO	
*							
Dr. Gallejos Chacón	Director Cátedra	Hospital Dr. Calderón G.	10	10	10	10	
Dr Saenz Sibaja	Subdirector "	Hospital Dr. Calderón G.	4	4	5	5	2
Dr. Barrantes Camacho	Instructor(prop)	Clinica Moreno Calles	5		5		
Dr Nisman Safirstein	Instructor(prop)	Hospital Dr. Calderón G.	1	4	1	4	
Dr Blanco Castro	Instructor(prop)	Hospital Dr. Calderón G.	4	1	5	2	2
Dr Acuña Sanabria	Instructor(prop)	Hospital Dr. Calderón G.	3	2	3	7	5
Dr Rodriguez Umaña	Instructor(int.)	Hospital Dr. Calderón G.	2		2		
Dr Rojas Acuña	Instructor(int.)	Clinica Marcial Fallas	2		5		3
Dr Porras Paniagua	Instructor(int.)	Sucursal de Cartago	2		5		3
Dr Rodriguez Herrera	Instructor (int.)	Sucursal de Heredia	2		5		3
Dr. Zamora Quesada	Instructor (int.)	Sucursal de Alajuela	2		5		3
Dr Carballo Montero	Instructor (int.)	Sucursal de Alajuela	2		5		3
Dr. Zoch Zannini	Psicofarmacología	San José	1		5		4
Dr. Ruphuy Mora	Psic. de grupo	Hospital Dr. Calderón G.	1		5		4
Dra Chavarria Acuña	Psiquiatria Inf.	Hospital Dr. Calderón G.	2		5		3
Lic Méndez Barrantes	Psicología Clínica	Hospital Dr. Calderón G.	1		2		1
Dr. Gutiérrez Varela	Docente ad-honorem	Clinica Dr. Solón Núñez	-		2		2
	Instructor Psico- terapia de familia	San José		-		5	5
	Instructor Psico- terapia de familia	Comunidad		-	6	5	11
T O T A L E S			43	19	80	38	60

mcb/



Caja Costarricense de Seguro Social

APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.

SAN JOSE, COSTA RICA

2 de setiembre de 1975

**ANTEPROYECTO DE LA SECCION DE POST* GRADO EN LA UNIDAD
DE PSIQUIATRIA (RESPUESTA A OFICIO C.I.I. 1843-75
DEL 19 DE AGOSTO DE 1975).**

La necesidad de capacitar personal técnico en Salud Mental se ha demostrado ampliamente.

En el nuevo curriculum de pre-grado hay tantas horas asignadas a Psiquiatría como a Medicina Interna, y más que a Cirugía; únicamente la Unidad Materno Infantil tiene más horas. La razón está basada en el estudio de indicadores nacionales, tales como la morbilidad expresada en los siguientes parámetros: el uno por mil de la población está internada por problemas psiquiátricos; una de cada diez personas se internará alguna vez en la vida por razones psiquiátricas; el 70% de la consulta externa del médico general es básicamente por problemas de índole emocional y psiquiátrica. Usando indicadores directos para la Seguridad Social, haciendo la aclaración de que si bien en el Hospital Dr. Calderón Guardia, de cuya estadística de 1974 se obtuvieron las siguientes cifras, es el servicio psiquiátrico mayor de la Caja, su consulta psiquiátrica representó, para ese año, una tercera parte del total de consultas psiquiátricas efectuadas por la Institución, ya que existe una política de descentralización de prestaciones en Salud Mental.

Las cifras en referencia son las siguientes: los egresos de internamiento cuyo diagnóstico principal fuera psiquiátrico, representaron el 24% de los egresos de Medicina y el 6.8% de todos los egresos del Hospital.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.

SAN JOSE, COSTA RICA

En la Consulta Externa fue del 11.3% de las consultas de Medicina y del 4.5% de la consulta externa total del Hospital (antigua Clínica Central). Para el total de la Institución, la consulta externa de Psiquiatría representó cerca del 2% de la totalidad de consultas.

Esta cifra puede ser interpretada como falta de especialistas para prestar esos servicios en otros centros, además de mostrar que médicos no especialistas atienden una considerable consulta psiquiátrica.

Junto a esta necesidad de preparar personal capacitado para resolver problemas médico-sociales con expresión psiquiátrica, está el problema de cómo y dónde este personal debe prepararse, así como diseñar y organizar la asistencia psiquiátrica de manera tal, que, en primer lugar, sea más útil al paciente y también ofrezca las condiciones para la enseñanza integrada del nuevo currículum de pre-grado, y para la capacitación de personal en cursos de post-grado.

Una condición *sine-qua-non* es el tener unidades de Psiquiatría en los Hospitales Generales (al menos en los Hospitales de la Caja), así como otros servicios necesarios a la asistencia y enseñanza.

Otra necesidad absoluta es tener el personal docente adecuado a los objetivos educativos.

Siendo la Psiquiatría, junto con la Medicina Preventiva una especialidad con grandes proyecciones psico-sociales, es imposible pensar en atender pacientes y enseñar a resolver problemas de esta índole sin un equipo multidisciplinario, cuyo espectro de acción se extienda mucho más allá de la concepción de la medicina curativa e individual.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

Resumiendo:

Hay necesidades de tipo planta física, de personal docente y la responsabilidad de preparación de equipos multidisciplinarios, tanto para la enseñanza como para la prestación de servicios adecuados a las necesidades de los asegurados del país.

En un trabajo anterior (Formación de personal para el Servicio de Psiquiatría de la C.C.S.S.), obtengo la cifra de 16 psiquiatras como déficit para las necesidades asistenciales de la Caja para 1980 (en 1977 se iniciaría la formación de especialistas para sustituir los que se irán jubilando). Ello requiere que a partir de 1976, cada año ingresen cinco entrenados al programa.

En cuanto a "nfermería psiquiátrica, la Caja es absolutamente virgen. La capacitación que se ofrece como curso post-básico en Psiquiatría por la Escuela de Enfermería a nivel universitario, ha sido aprovechado exclusivamente por enfermeras del Hospital Nacional Psiquiátrico y del Ministerio de Salud, las cuales, en número mayor de 30, serán absorbidas especialmente por los servicios de internamiento.

El equipo multidisciplinario de atención extra-hospitalaria, donde la enfermera psiquiátrica tiene su lugar, también requiere la formación de Psicólogos Clínicos y Trabajadores Sociales con formación especializada.

En los mismos programas para la formación de Psiquiatras, varios aspectos cognoscitivos y de desarrollo de pericias, pueden ser compartidos por estos otros profesionales, amén de actividades académicas específicas a su campo de acción dentro del equipo. Coincidiendo con la graduación, a nivel de Licenciatura de numerosos Psicólogos, no es difícil entrenar 50 de ellos, a 10 cada año y por dos años (programa de Psicología Clínica del Hospital Psiquiátrico, aprobado por el Colegio de Médicos y Cirujanos), para ir llegando, hacia 1980, al número de profesionales requerido.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.

SAN JOSE, COSTA RICA

En cuanto a Servicio Social, una capacitación de dos años, como un post-básico debería iniciarse ya, también a razón de diez profesionales por año. Hay un gran capítulo en la Sección de Post-grado de esta Unidad: la capacitación de médicos de otras especialidades en aspectos de Salud Mental. Sin intentar llegar al detalle programático, en los 3 cuadros adjuntos; someto a consideración del Consejo de Post-Grado y, en especial, a los colegas Internistas, el esquema sobre aspectos cognoscitivos (N°1) y lugar de trabajo (N°2) para el desarrollo de pericias, así como las pericias a incorporar al armariorium médico (N° 3), de los futuros especialistas en diversas disciplinas.

COMENTARIO A LOS CUADROS:

Cuadro N° 1: se titulan once áreas del conocimiento psiquiátrico que se corresponden con la enumeración de diferentes especialidades médicas y paramédicas, señalando la intensidad del curso teórico según el número de * en cada apartado. El mínimo conocimiento teórico, correspondiente a "naciones" es una *; dos se corresponde a lo requerido en Progrado de la Escuela de Medicina; ***corresponde a un conocimiento mayor; **** es el total sabido en esa área.

Cuadro N° 2: La * representa un trimestre; en algunas áreas de práctica se recomienda "v" de un trimestre, que es, tiempo indefinido o a definir por los propios especialistas.

El modelo es el Residente de Psiquiatría con 12 trimestres (3 años), 8 trimestres para el Psicólogo Clínico y la Trabajadora Social.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

Al médico de familia, seis trimestres en Psiquiatría y cinco trimestres para el Médico Integral, que pueden ser compartidos con otras disciplinas. Para los residentes de Medicina Interna, en general, es un trimestre en Integramiento y otro en Alcohólico.

Cuadro N° 3: Desarrollo de pericias, o sea, las metas en el programa, de ∇ que significa el dominio de la meta propuesta al nivel deseado, y de acuerdo con la intensidad de los conocimientos.

Este servicio, para ser capaz de cumplir lo ofrecido, necesita preparar tres especialistas en tres áreas, a saber:

- 1.- Técnicas de intervención en crisis
- 2.- Psicofarmacología
- 3.- Terapia de familia.

Hay tres candidatos y existen los lugares para recibirlos. Faltan las becas. Además, sería necesario contar con personal, existente en el país, pero no en la CCSS, para Psicología Clínica y terapias de grupo.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DONDE SE HACE EL APRENDIZAJE:

El entrenando aprende, bueno o malo, lo que ve hacer. La calidad de la atención psiquiátrica en el Seguro Social es aceptable, juzgándola de acuerdo a los siguientes parámetros:

- a.- modelo asistencial de tipo clásico médico: tratamiento del síntoma o síndrome en el paciente individual
- b.- presión administrativa de rendimiento laboral de cuatro pacientes por hora médico-psiquiátrica.
- c.- uso preponderante de psicofármacos y mucho menor de psicoterapias y técnicas de intervención en crisis con equipo multidisciplinario.
- d.- entrenamiento de la mayoría de los especialistas fundamentalmente con pacientes psicóticos
- e.- facilidades mínimas de internamiento en cantidad.
- f.- calidad pobre, desde el punto de vista psiquiátrico global del tratamiento que se puede dar en internamiento.
- g.- lo anterior, íntimamente ligado a la carencia de personal para-psiquiátrico para formar equipos multidisciplinarios.
- h.- carencia de programas de Psiquiatría comunitaria por la demanda de prestaciones asistenciales directas
- i.- servicios de Psiquiatría Infantil a nivel embrionario.

Juzgando los servicios que actualmente presta Psiquiatría con estándares que son posibles de alcanzar, vemos que son rudimentarios y poco eficientes en la solución real de problemas.

Para adiestrar personal, a todo nivel, en acciones de Salud Mental que sean eficientes en la solución de problemas, hay que elevar los estándares asistenciales ofreciendo las facilidades de personal y espacio dentro de los límites que el subdesarrollo del país permite, pero que es mucho mayor que lo que actualmente se ofrece.

PROFESIONAL	PSICOPATOLOGIA	NOSOLOGIA	PSICOFAR- MACOLOGIA	TRATAM. FISICOS	PSICOT. INDIV.	PSICOT. GRUPO	PSICOT. CONDUCT.	PSICO DINAMIA	HIST. PSIQ Y PSIC.	PSIQ. INF.	ASPECTOS SOCIALES
Residente Psiquiatría	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****
Residente Medicina Interna, Gastroente- rología	**	**	**	*	**	*		**		*	*
Residente Medicina Interna, Endocrino- logía	**	**	**	*	*	**		**		*	*
Residente Medicina Interna, Neurología	****	****	****	**	*			**		*	*
Residente Medicina Interna	**	**	**	*	*	*		**		*	*
Residente Medicina Integral y Médico de familia	**** ****	** ****	**** ****	* *	**** ****	** *		**** ****		** ****	** ****
Residente Gineco- obstetricia	**	**	**	*	**			**			
Residente Pediatría			**							****	**
Psicólogo Clínico	****	****	**	*	****	****	****	****	****	****	****
Trabajadora Social Psiquiatría	**	**	*	*	****	****	****	****	**	****	****

PROFESIONAL	1973 AÑO								LUGARES DE ENTRENAMIENTO		1974 AÑO		COMUNIDAD C.B.T.* AC. CM.
	NEUROLOGIA	END. QUIRURGIA	ALCOHOLISMO	HOSP. GEN. INTERNA	HOSP. GEN. INTERNOG.	HOSP. GEN. C. EXTERNA	PSIQ. INF. Intl.	PSIQ. INF. C. Ext.	HOSP. PSI. INTERNA	HOSP. PSI. PSICOCOLAB			
RESIDENTE PSIQ.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
RESIDENTE MEDIC. INTERNA. CENTRO	*	**	*	*									
RESIDENTE MEDIC. INTERNA. ENDOC.	*	**	*	*									
RESIDENTE MEDIC. INTERNA. EN CRAL.	V*	V*	*	*									
RESIDENTE MEDIC. INTEGRAL	*	*	*	*			*		*				*
RESIDENTE MEDIC. FAMILIA	7	7	*	*			*			*			*
RESIDENTE GINECO OBSTETRICIA													*
RESIDENTE DE GINECOLOGIA						*	*						
RESIDENTE PSICOLOGO CLINICO			*	*		*	*		*			*	*
RESIDENTE TRABAJA SOCIAL PSIQUIATRIA			*	*		*	*		*	*		*	*

3-9-73

mdv

PROFESIONAL	DIAGNOSTICO SINDROMICO	DIAGNOST. ENF.	FORMUL. PSICO DINAM.	REL.C. PSICO TER P.	INTERV. EN CRISIS	PSICOT. INDIV.	PSICOT. GRUPO	PSICOT. FAMILIA	PSICOTERAP. CONDUCTUAL	USO DE PSICOFAR MACOS	OTRAS TERAPIAS FISICAS	TERAPIAS SOCIALES
Resid. de Psiquiatría	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Resid. Med. Int. Gastroenterología	*	*	*	*		*				*		
Resid. Med. Int. Neurología	*	*		*						*		
Res. Medicina Interna	*	*	*	*	*	*	*			*		
Res. Medicina Integral	*	*	*	*	*	*	*			*		
Res. Médico Familia	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Resid. Gineco-Obstetricia	*		*	*						*		
Resid. Pediatría	*(INF)	*	*			*		*		*		
Resid. Psicólogo Clínico	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*
Resid. Trabajadora Social Psiquiatría	*	*	*	*	*	*	*	*				*

3-9-75

mch/



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.

SAN JOSE, COSTA RICA

24 de octubre de 1975

Señor

Dr. Carlos Arguedas Chaverri

Subdirector de Docencia

Centro de Docencia e Investigación

C.C.S.S.

Asunto: Necesidades de planta física y de plazas para adiestramiento de médicos y paramédicos en acciones de Salud Mental.

Cumpliendo con la solicitud del Consejo de Post-Grado hecha en la reunión del 22 del corriente mes, después de la lectura de los documentos "Formación de personal para el Servicio de Psiquiatría de la C.C.S.S.", y "Anteproyecto de la Sección de post-grado en la Unidad de Psiquiatría de la C.C.S.S." se me pidió elaborar el capítulo de necesidades para implementar el proyecto.

A.- Planta física y facilidades de internamiento.

1.- Desde el punto de vista asistencial. En los últimos cinco años se ha logrado tener camas para Psiquiatría y que sean más aceptados el paciente psiquiátrico y el Psiquiatra en los Hospitales Generales de la Caja y del Sistema Hospitalario Nacional. Las prestaciones son de calidad mínima, de acuerdo a los medios de que se dispone.

La sede, tanto de la Jefatura de Servicio como de la Dirección de la Cátedra de Psiquiatría, están en el Hospital Dr. Calderón Guardia. También hay una unidad de internamiento de 23 camas, con sus asistentes especialistas y un coordinador, trabajando lo más armónicamente posible con el resto de la Sección de Medicina. Desde 1972 se han solicitado cambios físicos y de personal (terapeuta ocupacional - enfermeras con post grado en Psiquiatría, etc.). Pese a la muy buena disposición de la Subgerencia Médica y de la Dirección del Hospital, poco o nada se ha logrado. Las Unidades de Internamiento no son adecuadas para la enseñanza. Para ilustrar lo que el especialista piensa de esas unidades transcribo en un anexo parte de la discusión del 15-10-75 de la reunión del equipo de internamiento, así como la copia de un addendum al Anteproyecto arriba citado, sobre la calidad de servicio.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

Dr. C. Arguodas Chaverri

-2-

./.

24 de octubre de 1975

II - Desde el punto de vista académico Como primer paso, para dar una enseñanza a todos los niveles propuestos es de absoluta necesidad re-ubicar y re-organizar las unidades de internamiento de Psiquiatría en el Hospital Dr. Calderón Guardia, que sirva como unidad modelo y piloto de la Caja. La planta física, en sí, probablemente, y a corto plazo, se obtendrá, al ubicar las facilidades de docencia de pre-grado y la coordinación académica de las nuevas cátedras de este Hospital en un área nueva, así como la tan necesitada Unidad de desintoxicación para alcohólicos que aprobará la Junta Directiva de la Caja, recientemente, que es esencial también para la enseñanza, ya que el 5% de los costarricenses parecen de esa enferedad.

En cuanto a la re-organización, desde la presentación del presupuesto del Servicio en 1973, se ha pedido cada año una plaza para terapeuta ocupacional y - dos para enfermeras graduadas con especialidad en Psiquiatría. Con la ayuda del Centro de Docencia e Investigación es lógico esperar que las concedan para 1975.

Lo anterior no impide que en el resto de los Hospitales Generales sigan existiendo camas, pacientes y especialistas en Psiquiatría prestando servicios asistenciales y docentes. Al combinar las múltiples acciones que la evolución de la asistencia médica ha ido imponiendo a esta especialidad y acorde a los programas nacionales, se hace imprescindible el traslado del Equipo de Psiquiatría Infantil de este Hospital, al Hospital México. De esa manera puede cumplirse la enseñanza en la Unidad Interno-Infantil del nuevo currículum de Pre-grado, así como la rotación de los residentes de Pediatría por esa especialidad. La apertura de unas ocho camas de Psiquiatría de Adultos en el Hospital México, no solo por necesidad asistencial, sino docente, es un imperativo para 1976.

B.- Adiestramiento:

I.- Médicos. En los dos trabajos citados se evalúa el número de especialistas en Psiquiatría para 1980. Se calculó un déficit de 16, que se subsanaría con una promoción anual, a partir de 1978, de 5 especialistas. Para primer año, en 1976 no podríamos acoger más de tres entrenandos y eso con la apertura de ocho camas en el Hospital México, en el programa actual de residencia. Haciendo la rotación de estos residentes por Endocrinología, alcoholismo y Neurología, como se propone en uno de los documentos, se sustituirían sus ausencias de Psiquiatría, por entrenandos en medicina Interna que rotarían un trimestre por Psiquiatría.

./.



24 de octubre de 1975

II - Enfermeras Psiquiátricas. Actualmente existe la especialidad reconocida por el Colegio de Enfermeras. Hay un curso Post-básico en Enfermería Psiquiátrica de un año de duración, especialmente diseñado por el grupo de Enfermeras del Hospital Nacional Psiquiátrico, que tiene larga experiencia (hasta veinte años) en la especialidad. Formar personal idóneo requeriría los arreglos de planta física y la cooperación del Servicio y Cátedra de Psiquiatría, pero es responsabilidad de la jefatura correspondiente dentro de la Caja.

III.- Trabajadora Social Psiquiátrica. Al igual que el profesional anteriormente nombrado, podría participar de las facilidades de este Servicio para su formación, compartiendo múltiples clases y experiencias con médicos y otros para-médicos en el proceso de especialización, pero cuyo diseño, asignación y programación, corresponde en mayor grado a la Jefatura correspondiente de la Caja.

IV.- Psicólogo Clínico. El adiestramiento de dos años que pide el Colegio de Médicos y Cirujanos para la inscripción de Licenciados o Doctores en Psicología para hacer Clínica puede ser ofrecido en este Servicio, iniciando una primera experiencia con unos dos de ellos para 1976.

Se haría necesaria la asesoría del Dr. Gonzalo Adis Castro, único profesional de esa rama en el país, con diez años de experiencia en la preparación de Psicólogos Clínicos.

Este Servicio cuenta con dos plazas de Psicometristas (usadas por bachilleres en Psicología y pre-licenciatura), más dos plazas de Psicólogo Clínico debidamente autorizados por el Colegio de Médicos y Cirujanos, que serían los preceptores.

En resumen:

- a - Adecuación de la planta física y organización de las unidades de internamiento
- b - Apertura de ocho camas de Psiquiatría en el Hospital México y traslado al mismo del Equipo de Psiquiatría Infantil.
- c - Tres plazas para 1976 para adiestrar médicos en la especialidad.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.

SAN JOSE, COSTA RICA.

Dr. C. Arguedas Chaverri

-4-

./.

24 de octubre de 1975

- D.- Interrogación a la Jefatura de Enfermería de la Caja sobre la formación o contrato de enfermeras psiquiátricas.
- e.- Iden para la Jefatura de Servicio Social.
- f.- dos plazas para entrenandos en Psicología Clínica, con miras a aumentar su número en los próximos años.

Quente con mi colaboración para detallar o discutir cualquiera de los puntos.

Atentamente,

Dr. Alvaro Gallegos Chacon
Jefe Servicio de Psiquiatría,
Coordinador de la Unidad de Post Grado
de Psiquiatría .

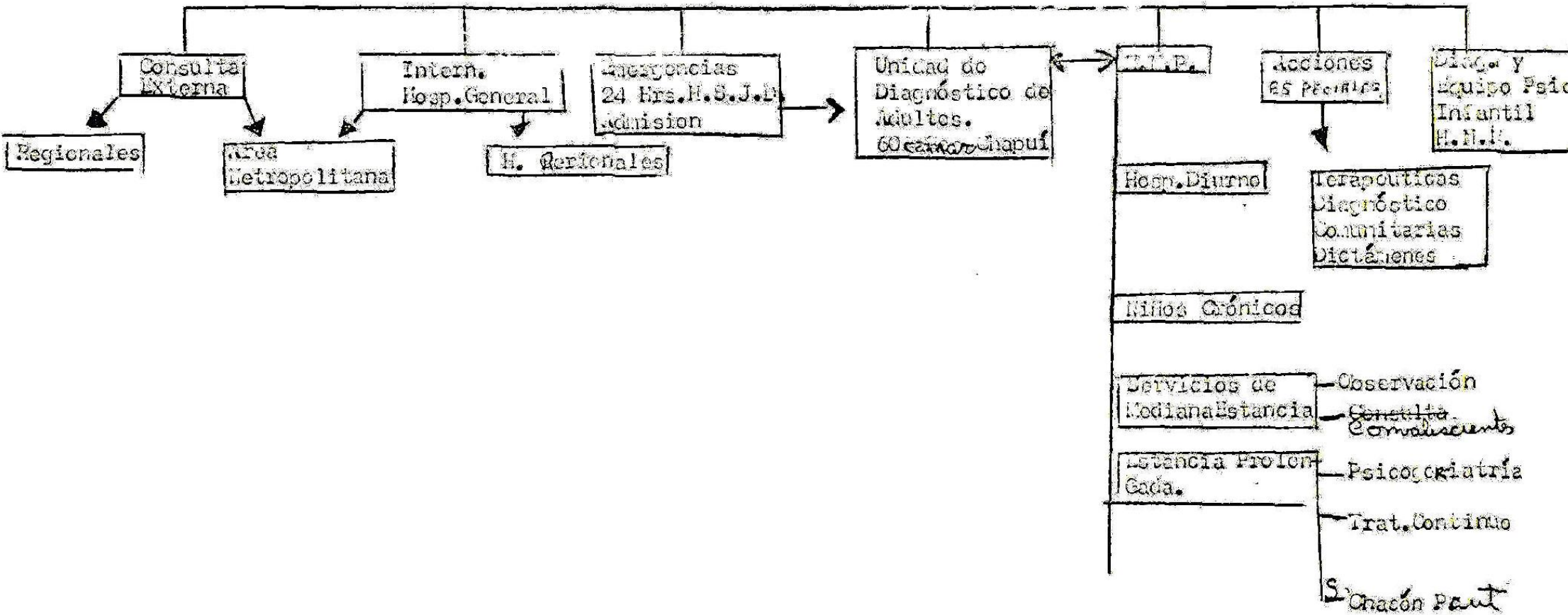
CC: Dr. Carlos M. Prada Díaz, Director Centro de
Docencia e Investigación, C.C.S.S.
Archivo

AGCh/mcb

ANEXO(2) : Copia acta N° 46
Calidad de los Servicios donde se hace el aprendizaje.

Coordinación de Servicios
Asistenciales C.U.S.S.
(Of. Centrales o Antigua Chapul)

Consejo Asesor
Jef. de C. Ext.
Internamiento
Psicología Clínica
Servicio Social
Psic. Inf. Psiqu.
+ocencia.
Psic. Inf. Salud Mental



Subgerencias para una organización asistencial psiquiátrica para Costa Rica

1° Terreno:

Con dos millones de habitantes repartidos en 50.000 kilómetros cuadrados, un 60% en zonas rurales y un 40% en zonas urbanas, ofrece facilidades excepcionales para suministrarle servicios de Salud Mental que se aproximen, cada vez más, a lo deseable en este campo.

2° Profesionales en Salud Mental en ejercicio:

Personal: cuenta el país con 60 psiquiatras inscritos, a final de este año llegarán a 66. Aproximadamente 10 especialistas no están en labores asistenciales institucionales. La fuerza, pues es de unos 50 psiquiatras que para 1978 serán aún 60. Enfermería tiene más de 30 profesionales con un post-básico universitario en Psiquiatría. Proporcionalmente, se recomienda (conferencia de Viña del Mar 1972) para América Latina, una enfermera psiquiátrica por cada 500 camas. El país tiene unas 3800 camas, pareciera que hemos sobrepasado ampliamente esa necesidad mínima.

Trabajadoras Sociales, hay más de 25 en el campo de la Salud Mental, pero - sin entrenamiento específico, Psicólogos Clínicos, de los 10 inscritos en el Colegio de Médicos trabajan en instituciones asistenciales de Salud Mental

Es pequeño el grupo, pero existe un buen semillero, pues buen número de Licenciados en Psicología se inclinan por entrenarse en el aspecto clínico, siempre que tengan dónde hacerlo.

3° Número de profesionales en Salud Mental recomendable:

Para la asistencia global (sin contar personal técnico administrativo y para la enseñanza), hay varios parámetros de referencia brevemente en relación con el país.

- a) Se considera que un psiquiatra para cada 10.000 habitantes es lo adecuado (Inglaterra, Suiza, Yugoslavia) (Estados Unidos tiene aproximadamente uno por 7.000 habitantes). A nosotros nos corresponderían 200 profesionales en la especialidad, cifra exagerada para nuestro medio.
- b) Otra forma de calcular el número de psiquiatras es uno de cada 10 médicos con los 1800 médicos inscritos, corresponderían 180 psiquiatras. En un país en desarrollo como el nuestro, sigue siendo una cifra demasiado alta.

II- En la conferencia de Viña del Mar, anteriormente citada, en que se fijaron los requerimientos mínimos para América Latina en la materia, se recomendó un psiquiatra por c/100 camas. Las 38 que resultaría de esa medida está ampliamente superada por Costa Rica. O sea, nuestro subdesarrollo no es tan marcado en servicios médicos, como en otros países latinoamericanos.

- III- En el trabajo presentado por Cuba sobre servicios externos de Salud Mental en el IX Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en mayo de 1975 en Acapulco, demuestran la eficiencia de un equipo terapéutico multiprofesional (promedio de 4 profesionales) para un módulo de distribución de 40.000 habitantes.
- IV- En el trabajo oficial para el mismo Congreso y simposium, encargado a un servidor, la recomendación fue de un equipo multidisciplinario por cada 50.000 habitantes, pero cada 5 equipos, o sea para cada 25.000 habitantes, un equipo de Psiquiatría Infantil. La racional para usar este módulo se desprende de las mediciones consecutivas en las diversas consultas de la C.C.S.S. que esta Jefatura viene haciendo ya por más de 3 años (Ver apéndice).

El cálculo de la atención de niños, se hizo en base al estudio del Dr. Jorge Sáenz Sibaja en la Consulta Externa del Hospital Dr. Calderón Guardia. En 1973 demostró que el 7% de la Consulta Externa era de niños. Tomando en cuenta que en esa época más fuerte el rechazo de los padres a la psiquiatría que se ofrecía en la CCSS y que los asegurados eran sólo el 50% de la población, podemos estar razonablemente seguros que ha aumentado hacia un 15% de nuestra consulta además de la demanda que se inicia con el adolescente, sí parece satisfactoria la distribución de un 20% para esa subespecialidad.

- V- Estas cifras nos llevarían a 40 equipos multidisciplinarios de adultos y a 8 de niños, para las acciones extra-muros, con la premisa básica de este Servicio: la atención psiquiátrica es una gran consulta externa con unas pocas camas para internar los pacientes que han perdido su funcionalidad social y que estrictamente lo necesitan.
- VI- Teniendo la segunda línea de batalla bien implementada por equipos multidisciplinarios de Salud Mental, ofreciendo sus servicios de atención directa al paciente identificado, de asesoría a los colegas de otras especialidades y con acciones varias de comunidad, pasaremos a la primera línea de batalla: el médico general, que poco a poco irá siendo un médico integral o familiar. Este profesional, por sí mismo podrá ejecutar múltiples acciones de prevención primaria, secundaria y hasta terciaria sabiéndose bien respaldado por el equipo de Salud Mental. Lo anterior corresponde a concepto de Servicios de Salud Mental en Servicios básicos de salud.
- VII- El tercer nivel asistencial es la Psiquiatría en el Hospital General. De acuerdo a las recomendaciones para América Latina el 5% de las camas de todo Hospital General se debe dar a la especialidad. Para Costa Rica, con 3900 camas, menos las 1500 que ocupan el sistema de atención psiquiátrica específica nos darían 125 camas para psiquiatría de las 2300 camas de Hospitales Generales. Este servicio es el típico para el paciente que encaja en el concepto de "intervención en crisis" cuyas dos características son: Hospitalización no mayor de 10 días y que sea manejable en un salón de medicina. En las 125 camas, se podrían manejar unos 375 ingre -

sos mensuales. El diagnóstico no importa y es el enfermo psiquiátrico más abundante para internamiento en la Seguridad Social. No se recomiendan más de 25 camas de Psiquiatría en ningún Hospital General, independientemente del número de camas que tenga, a no ser un Salón Anexo con todas las facilidades propias para pacientes psicótico agudo y con personal idóneo. Actualmente, tomando las admisiones de todos los hospitales Generales de la CCSS que tienen al menos un especialista en Psiquiatría, se admiten entre 300 y 320 pacientes mensuales, amén de las interconsultas con pacientes en otras especialidades en el mismo Hospital.

VIII Paralelo a los servicios de intervención en crisis pero con acomodo físico propio e idealmente dependiendo de un Hospital General tipo A es de absoluta necesidad un Salón de Agudos, para aquellos pacientes que por primera vez ingresan a una institución psiquiátrica y que no pueden acomodarse a un salón de medicina de los Hospitales Generales. Se le ofrecerá al paciente el mejor servicio diagnóstico y su promedio de estancia varía entre 2 y 6 semanas (promedio 20 días). El cálculo del número de camas puede hacerse de las admisiones del Hospital Nacional Psiquiátrico: de 300 admisiones mensuales 1/3 son pacientes nuevos, lo cual nos da unas 100 admisiones mensuales de agudos para unas 100 camas, que al promedio de estancia calculando nos dará un 80 a 85% de índice ocupacional.

IX-Psiquiatría Infantil, su área de evaluación y tratamiento es aconsejable que esté en un Hospital Infantil. Las razones son tan obvias que el insistir en que es donde los niños están donde los pediatras necesitan la colaboración del Especialista en Salud Mental y el estudiante de Medicina estudiará la Unidad de Materno Infantil de manera integrada.

X-El Hospital Nacional Psiquiátrico, siendo una institución imprescindible y que debe mantener su altísima calidad asistencial, es el último recurso del sistema de Salud Mental a que debe recurrirse. No solamente por no atiborrarlo de pacientes hasta el punto de la afuncionalidad, sino que por más bueno que sea, tiende a la cronificación del paciente, a la alienación y a la producción de hospitalismo. El paciente que será referido a ese Hospital, es aquel con ingresos anteriores, que su problema no se resuelve o con una intervención en crisis de máximo 10 días, que al estar diagnosticado no es necesario vuelva a la unidad de agudos, cuyo internamiento es mayor de 6 semanas y, especialmente para unos 1200 pacientes de tratamiento (y estancia) continua, o sea crónicos. El énfasis será en rehabilitación tal y como se concibió en un inicio el gran Hospital de Las Pavas.

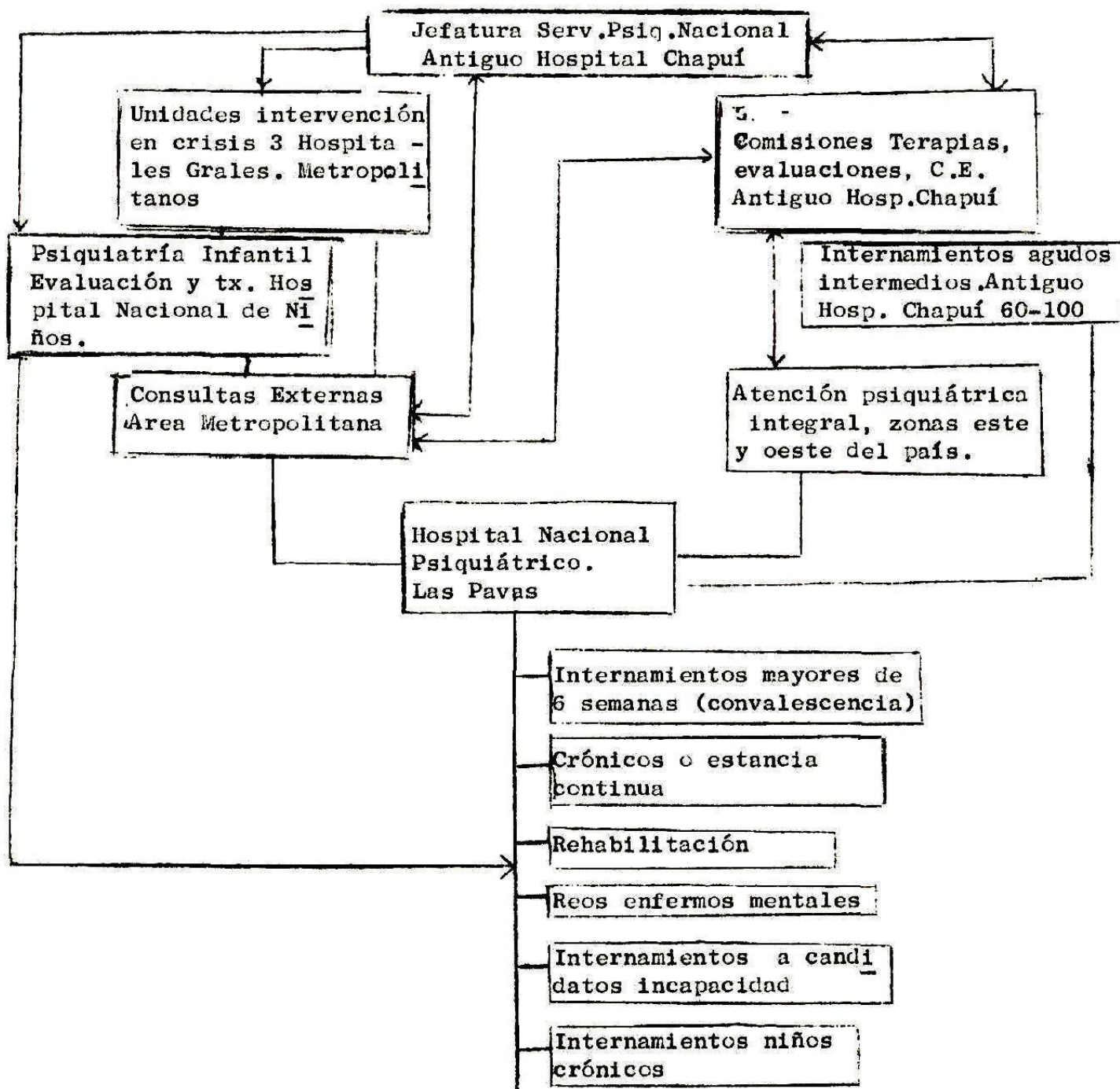
También albergaría una unidad especial de estudio y rehabilitación para candidatos a incapacidad permanente con unas 8 semanas de estancia. Allí correspondería, en el pabellón ad-hoc de 150 camas, el tratamiento de niños con problemas mentales crónicos.

Todo este sistema de Salud Mental, íntimamente ligado al ejercicio global e integral de la medicina, usando los mismos canales de comunicación, sin aumento burocrático, necesariamente necesita una coordinación general desde una Jefatura, por un lado íntimamente ligada a las estructuras técnico-administrativas de la CCSS de las cuales dependa y por o-

tro lado con autonomía suficiente para agilizar las acciones de los múltiples servicios que ofrece.

El plan anterior está correlacionado con el nuevo curriculum de la facultad de medicina que es de tipo integral y con gran énfasis en ver al paciente como un ente psico-bio-social, Si no es con la integración de la Psiquiatría, como el elemento de la Salud Mental más difundido, a las acciones médicas generales, no se producirá el aprendizaje adecuado en el futuro médico.

Esquema General Servicio Psiquiátrico Nacional



Equipos multidisciplinarios:

1° Psiquiatra

2° Psicólogo clínico

3° Trabajador Social Psiquiátrico

4° Enfermera Psiquiátrica

5° Estudiante de:

- a) Medicina
- b) Psicología
- c) Enfermería
- d) Sociología

Diciembre de 1976

NECESIDADES PARA INTERNAMIENTO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL PAIS

DATOS EXISTENTES:

- 1) De todo el país se interna, mensualmente, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, unos 430 pacientes promedio. De este número aproximadamente un tercio (unos 140 pacientes) son nuevos. De estos pacientes, el 98% corresponde a la categoría de psicosis (o sea, enfermedad mental mayor). Es negligible el número de neuróticos.
- 2) En el Hospital Dr. Calderón Guardia fue el único hospital con internamientos psiquiátricos y donde tuvimos la política de cantidad versus calidad, se admitían de todo el país, hasta 160 pacientes mensuales con un promedio de estancia menor de cuatro días e índices ocupacionales de 110% y más. Al lograr en unos 10 hospitales regionales que se admitieran y trataran cierto número de pacientes psiquiátricos, en algo ha disminuido la presión. Además se cambió la política de cantidad versus calidad, con una estancia entre 12 y 15 días, disminuyendo el número total de admisiones mensuales a unos 60 pacientes. Sin embargo, la lista de espera para ser admitidos es de unos 8 pacientes y el cupo se produce a unos 10 días de ordenado el internamiento. Cuando admitíamos 160 pacientes al mes, se mantuvo el promedio del 40% del psicótico. Ahora no se puede obtener ese dato. Si aplicamos la misma regla, debemos estar admitiendo unos 25 pacientes psicóticos al mes.
- 3) El Hospital Monseñor Sanabria, con un Psiquiatra a tiempo completo y equipo de tratamiento electroconvulsivo, nos dice, en febrero de 1975, que de 34 admisiones, 12 fueron psicóticos, o sea un 30%. En diciembre de 1976, de 46 egresos, 17 pertenecen a la categoría de psicóticos, o sea el 37% de la muestra.
- 4) No se tiene el dato del número de pacientes psiquiátricos admitidos a los otros hospitales de la Caja, pero por información verbal de los psiquiatras, sin contar las 100 admisiones que suman el Hospital Dr. Calderón Guardia y el Monseñor Sanabria, deben ser unas 250 admisiones más. Al no existir tratamiento electroconvulsivo en ninguno de esos centros, el porcentaje de psicóticos debe ser lógicamente menor, a ojo de buen cubero, un 25%, o sean unos 60 pacientes más. Por lo tanto, ya nos orienta que actualmente se admite en todo el país, el siguiente número de pacientes psicóticos.
 - a) Sólo contando con los de primera vez en Pavas, 260 pacientes en los hospitales generales.
 - b) Todos los de esa categoría: 530 pacientes promedio

Ahora, si tomamos todas las admisiones a Servicios Psiquiátricos nos da:

a) Admisión total en el país: 780 personas entre psicóticos y neuróticos.

Hay que tomar en cuenta, para el futuro inmediato, el síndrome de la rivalidad fraterna. Cuando todo costarricense tenga derecho a los servicios de la Seguridad Social (por integración de servicios), el neurótico de beneficencia exigirá igual servicio que el antiguo derecho-habiente. Si en nuestras admisiones (dentro de la C C S S), se interna un 30 % de psicóticos y 70% de neuróticos, en breve tiempo, si esos 530 psicóticos representan ese 30%, el 70% serán unas 1200. personas. Si la admisión mensual se inflara a 1.700 pacientes mensuales, no hay sistema ni organización que lo aguante. Previendo esa posibilidad, y por muchas razones técnicas más es que este servicios se ha empeñado en desarrollar las siguientes políticas:

1. Descentralización de servicios para ofrecerlos lo más pronto, allí donde la persona empieza a descompensarse.
2. Reforzar al máximo las consultas externas de la Caja que en números han pasado de 2.900 en 1963 a 52.000 en 1973 y probablemente en 1976 (3 años más tarde) hayna sido más de 120.000 consultas.
3. Promover la atención intra-hospitalaria de pacientes psiquiátricos en los hospitales generales. Qué servicio nacional puede darse? Son unas 4.000 camas de hospitales en el país. No creo que se tome en cuenta las camas de especialidades. Si quitamos las 2.000 que suman entre los tres grandes hospitales metropolitanas quedan unas 2.000 camas en el resto del país; si la recomendación es que el 5% lo use Psiquiatría, serían unas 100 camas; que con una estancia promedio de 7 - 8 días (tomando la estancia de Puntarenas) atenderán unas 400 pacientes mensualmente, principalmente neuróticos. Si añadimos lo que puede atenderse en los tres hospitales metropolitanos, que sería, 20 camas en el Hospital Dr. Calderón Guardia y 25 camas más en cada uno de los otros dos, suman 70 cammas, con una estancia promedio de 10 días, nos lleva a unos 1200 pacientes más. O sea, los hospitales generales observerán unos 600 pacientes al mes. Ya integrado en un sólo sistema, el Hospital Nacional Psiquiátrico no podía rechazar las referencias, y existe la fuerte posibilidad que antes de 1980 está recibiendo unas 1000 admisiones mensuales. Sería catastrófico. Qué prevención puede hacerse? Indudablemente seguir la política de una gran consulta externa, pero para que sea efectiva debe mejorar en su orientación y acciones técnicas. Se hace imprescindible la adquisición de personal auxiliar y paramédico idóneos. Además de una coordinación excelente entre los diferentes niveles de acción.

Podrá el hospital de Las Pavas con 32 camas en la unidad de tratamiento intensivo manejar la admisión de más de 400 pacientes psicóticos al mes? Nos daría una estancia promedio de 4.8 días. Si todos los 530 psicóticos al mes fueran a las . la estancia promedio sería de menos de dos días, En 1976 ingresó, por las UTIS. ese promedio de 430 pacientes mensuales, solo 148 pacientes (más dos mensuales) fueron directamente al pabellón.

Sigamos la suerte de los 200 psicóticos agudos, descartando 300 del total por ser readmisiones y que van rápidamente a tratamiento continuo (donde tendrán que dar 300 salidas mensuales). Esos 200 pacientes se repartirán en dos pabellones de 50 pacientes cada uno, o sean 100 camas, antes de cumplir dos días de admitidos, 100 camas nos permiten en 30 días, 3000 estancias, al dividirlo entre 200, nos produce una estancia promedio de 15 días. Con dos días en la UTIS. y 15 en agudos, suman 17 días, lo cual será suficiente para un gran número de casos. Si para esa área de agudos en observación se ha calculado una estancia intermedia ideal de 4 semanas, por lo menos la mitad, unos 100 pacientes pasarán a sub-agudos (convalescientes)? a los 15 días, para poder observar lo que venga de la UTIS, y eso esperando que los otros 100 hayan sido egresados en 17 días. Si en sub-agudos la estancia deseada es entre uno y tres meses, el promedio será dos meses. Son 100 camas para ello, con otras 3000 estancias al mes. La estancia promedio realmente será de un mes. O sea, que al mes, y 17 días, todo paciente o debe salir para la calle o ignorar el número de pacientes de tratamiento continuo.

Si a esta situación de apremio, añadimos la indefectible realidad que por lo menos, ya existiendo las facilidades de Las Pavas al servicio de la Caja, las comisiones pueden añadir unos 20 pacientes al mes de estancia intermedia (ojalá 12 semanas) y un buen número de neuróticos se derivarán al único centro psiquiátrico, el paciente agudo psicótico sufrirá de tratamientos cortos e incompletos para dejar lugar a esas presiones muy propias de esta Institución.

Creo los números son convincentes, en el sentido de que debe existir un filtro anterior al ingreso a Las Pavas, como centro diagnóstico y coordinador, así como servicios de emergencias en área metro_politana.

Las unidades de tratamiento intensivo en el Hospital de Las Pavas debe estar al servicio del propio hospital, que con 1000 pacientes debe tener donde manejar cualquier excitación inter-recurrente y no sólo para admisión.

Sin perder en absoluto, su calidad de Hospital Psiquiátrico de primera línea, con pacientes agudos y crónicos, si debe quitarse la presión de sufrir todas las admisiones de agudos, sin filtro anterior, pues el ideal de tener servicios de estancia intermedia, si no se va a lograr.

La dinámica de la inter-relación entre los diferentes niveles asistenciales lo presentará a continuación el Dr. Acuña Sanabria.

Cálculo de consulta Psiquiátrica en la C.C.S.S.

Con la ayuda de varias medidas y utilizando la Clínica Moreno - Cañas como ejemplo, pudimos comprobar las siguientes variables.

- a) La atención se hacía a 100.000 derecho-habientes.
- b) Era atendida por un psiquiatra a tiempo completo produciendo 480 consultas al mes, promedio.
- c) La organización sin citas, atendiendo el mismo día o al siguiente al solicitante.
- d) Se satisfacía la demanda (de acuerdo al tipo "factible" de atención): 4 pacientes por hora, entrevista cada 2 meses - promedio y 20% (1/5) de los pacientes por primera vez.
- e) Categorías diagnósticas: en varios estudios (área metropolitana Drs. Adis Castro y Thomas Claudet, Turrialba, Dr. Zamora Quesada, San Isidro de El General, Dr. García Charpantier Limón, Dr. González Amador) nos demuestra que entre el 12% y el 15%, con cerebro-orgánico. Entre el 70% y 74% son clasificados en el cajón de sastre llamado "psiconeurosis".

De los mismos estudios se encuentra que más de la mitad corresponde a cuadros depresivos de diversa índole (involutivos los menos, endógenos algunos, bastantes neuróticos, reactivos los más) A las subcategorías involutiva y endógena, la clínica los clasifica entre las psicosis, siendo las menos y en psiconeurosis, irían depresiones neuróticas y reactivas o situacionales. Además en la categoría de psiconeurosis, entrarían las reacciones psicofisiológicas (3% del total en área metropolitana por la existencia del Servicio de Psicomatía en el Hospital México y 6% del total en áreas no metropolitanas) y los trastornos de personalidad.

- f) Técnicamente 15 minutos de consulta cada dos meses y tratamiento psicofarmacológico es útil en 1/3 de nuestra consulta (si hay una evaluación previa adecuada) 2/3 de nuestra consulta, o se beneficia poco con esa modalidad, o no se beneficia, pues no trata el problema básico, o peor, es contraproducente al crear transferencias dependenciales que no se resuelven o dependencias psicológicas y/o fisiológicas en algún psicofármaco.

- g) El 20% de pacientes nuevos en 480 consultas arroja entre 90 y 100 pacientes al mes. Clásicamente y tal como se enseña en la Facultad de Medicina, una evaluación de paciente nuevo requiere aproximadamente una hora. De las 180 horas promedio trabajadas por el psiquiatra a tiempo completo, ya - 100 horas estarían saturadas en evaluación.
- h) El 30% del remanente, o sean los psicóticos y orgánicos (480 consultas, menos 100 nuevos, igual 380) que serían unos 120 pacientes, a 4 por hora, ya tenemos 30 horas más del psiquiatra, lo cual dejaría solo 50 horas de su contrato mensual.
- i) El 70% o sean unos 270 pacientes requerirían psicoterapia individual (30 minutos semanales en la modalidad de terapias leves), nos daría 135 horas semanales más, o sean unas 540 horas más al mes. Como las citas están a 2 meses promedio al pasar a ser mensual, duplicaría las horas. Eso nos daría por esos 100.00 derecho-habientes un déficit de 1.000 horas mensuales de profesional idóneo.
- j) Si a esos 270 pacientes los manejáramos por Terapia de Grupo: 10 pacientes por grupo, 27 grupos, de 1 1/2 hora la sesión, en horas nos da 40.5 horas por semana, unas 162 horas al mes. Al hacer las citas mensuales, serían 324 horas mensuales.
- K) Si además, el problema es familiar y/o laboral y se tiene - que actuar en esas dos direcciones una visita al hogar y al trabajo, lo cual puede realizarse en dos visitas en cuatro horas. Si de los 100 nuevos, 70 requieren ese estudio social familiar y/o laboral, 70 visitas, nos dan 140 horas al mes de un profesional, y esta acción no es intercambiable ni con el punto g, ni con el i o el j.
- l) Ya terminada la evaluación del caso, puede, en buen número 1/3 de los "psiconeuróticos" aproximadamente 160 pacientes - (tercio de 270 controles de esa categoría y 70 nuevos del mismo grupo), que se tenga que manejar con terapia de familia, 1 1/2 horas por semana, nos da la cifra elevada de unas 1.760 horas más al mes.

Logrado cambiar las múltiples terapias, en una modalidad cada paciente podríamos reunir en un cuadro las horas mensuales necesarias para una atención integral para 100.000 derecho-habientes.

1.- Historia y entrevista pacientes nuevos	100 horas
2.- Estudio Social de Evaluación	140 horas
3.- Control cada dos meses de psicóticos y psicor <u>g</u> ánicos	30 horas
4.- 1/3 de psiconeuróticos en terapia individual	360 horas
5.- 1/3 de psiconeuróticos en terapia grupal	60 horas
6.- 1/3 de psiconeuróticos en terapia familiar	720 horas
	<hr/>
	1.410 horas

O sea, que con 1.400 horas se podría atender a 100.000 personas para 50.000 la mitad de tiempo, será lo necesario. Con un equipo multidisciplinario formado

Psiquiatra	180 horas
Psicólogo Clínico	180 horas
Trabajadoras Social Psiquiatría	180 horas
Enfermera o psicometrista	180 horas
	<hr/>

720 horas atenderían adecuadamente a este número de personas. La organización, comunicación entre los miembros del equipo, etc, es otro factor de básica importancia.

Dr. Alvaro Gallegos Chacón
Jefe Servicio Psiquiatría
Hospital Dr. Calderón Guardia

13 de julio de 1977

Señores:

Miembros de la Asociación Costarricense
de Psiquiatría y Psicología Clínica.

Estimados colegas:

En Asamblea General Ordinaria celebrada el 28 de Enero de 1977, en el Colegio de Médicos y Cirujanos se eligió la Junta Directiva para el período 1977 y 1978, la cual quedó integrada de la siguiente manera:

Presidente: Dr. Guillermo Ramírez Castro

Vice-Presidente: Dr. Rodrigo Carballo Montero

Secretaria: Dra. Cliva Brenes Antonini

Tesorero: Dr. Ramiro Alvarado Arias

Fiscal: Dr. Ramón Súccar Nucha

Vocal 1 : Dr. Walter Herrera Amighetti

Vocal 2 : Lic. Albam Brenes Chacón.

Han transcurrido casi seis meses del presente ejercicio y por este medio queremos hacer llegar a Usted información sobre lo actuado hasta el momento:

1- Se pagaron a la APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina) cuotas correspondientes a los períodos 1975-1976 y 70 de las cuotas correspondientes a 1977-1978.

2- El Dr. Alvaro Gallegos fue como Delegado de la Asociación ante la APAL, al congreso que se realizó en La Habana, Cuba en febrero de 1977.

3- Se recibió de parte de algunos miembros de la Asociación, una moción de reforma a los estatutos en el sentido de que se incluya en la Junta Directiva un fiscal de los Psicólogos Clínicos y de que siempre formen parte de la Junta Directiva por lo menos dos Psicólogos Clínicos.

./.

./.

La moción fue aceptada para llevarla a Asamblea General Extraordinaria, a la cual se convocará oportunamente. En adelante a esto, se hizo una nueva edición de los estatutos, que se distribuyó entre muchos de Ustecas; adjunto se los enviamos a otros miembros a quienes no se los habíamos mandado y le rogamos a quien no lo haya recibido que lo solicite a la Secretaría.

4- La Junta Directiva, ante el inminente traspaso de los hospitales de la Junta de Protección Social a la Caja Costarricense del Seguro Social, sintió la necesidad de convocar a una reunión conjunta de Psiquiatras del Seguro Social y Psiquiatras del Hospital Nacional Psiquiátrico, para establecer conversaciones sobre una futura integración de servicios.

Para llevar a cabo tal objetivo, se le pidió al Dr. Ramiro Alvarado Arias, Director del Hospital Nacional Psiquiátrico y al Dr. Alvaro Gallegos Chacón, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia, que nombraran un grupo de psiquiatras que los asesorarán en esas conversaciones y se celebrara una Mesa Redonda.

El Dr. Ramiro Alvarado llevó como sus asesores al Dr. Mario Catarinella Andreoli, Dr. Zeirith Rojas Alfaro, Dra. Flora Soto Araya, Dr. Jorge E. Rodríguez Caldera, Dra. Oliva Brenes Antonini, Dr. Rolando Machado Valladares y Dr. Walter Herrera Amighetti

El Dr. Alvaro Gallegos Chacón nombró como sus asesores al Dr. Arnolando Blanco Castro, Dr. Jorge Sáenz Sibaja, Dr. José Enrique Acuña Sanabria y Lic. Dina Krauskoff.

Se realizó la Mesa Redonda el 16 de Abril de 1977, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, presidida por la Directiva de la Asociación, llegándose a la conclusión de nombrar dos comisiones que se encargarían de redactar sobre la integración de los Servicios hospitalarios una y sobre la integración de la Consulta Externa y Comunidad la otra.

La comisión sobre la organización e integración de servicios hospitalarios estuvo formada por: Dr. Mario Catarinella Andreoli (Coordinador), Dr. Alvaro Gallegos Chacón, Dra. Flora Soto Araya, Dr. Rodrigo Carballo Montero, Dr. José Enrique Acuña Sanabria y Dr. Walter Herrera Amighetti.

./.

La comisión sobre la organización e integración de Servicios de Consulta Externa y de Comunidad estuvo formada por: Dra. Oliva Brenes Antonini (Coordinadora), Dr. Guillermo Ramírez Castro, Dr. Jorge Rodríguez Caldera, Dr. Jorge Sáenz Sibaja, Dr. Arnoldo Blanco Castro y Dr. Rolando Machado Valladares.

Dichas comisiones elaboraron los respectivos documentos que se adjuntan para su conocimiento y que en su oportunidad fueron enviados a la Subgerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social y a la Junta Directiva de la Junta de Protección Social de San José.

5- Se aprovecha la oportunidad para informar sobre los próximos eventos científicos de los que tenemos noticia, para mayores informes comunicarse con la Secretaría.

1- XIX Congreso Internacional de Psicología Aplicada, 30 de Julio al 5 de Agosto de 1978, Munich, República Federal de Alemania.

2- VII Congreso Venezolano de Psiquiatría. Fecha límite para presentación de resúmenes 30 de Septiembre de 1977.

3- XLII Congreso Médico Nacional, 30 de Noviembre al 3 de Diciembre de 1977.


4- X Congreso de Psiquiatría, Tegucigalpa, Honduras, Diciembre de 1978.

5- II Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica, Barcelona, España; del 31 de Agosto al 6 de Septiembre 1978

Nos suscribimos de Ustedes atentamente;



Dr. Guillermo Ramírez Castro
Presidente



Dra. Oliva Brenes Antonini
Secretaria.

ORGANIZACION E INTEGRACION DE LOS
SERVICIOS PSIQUIATRICOS NACIONALES
DE LA CONSULTA EXTERNA Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS GENERALES:

- 1- La psiquiatría es integral en el aspecto biológico, psicológico y social.
 - 2- Debe hacerse una psiquiatría integral multidisciplinaria, con los tres niveles de prevención.
 - 3- Hay que hacer la regionalización y sectorización de la psiquiatría integrada a la medicina nacional.
 - 4- Se considera la necesidad de crear un Organismo Coordinador para dirigir la Psiquiatría a nivel nacional.
 - 5- Ese comité coordinador impartirá una filosofía e integración común a las diferentes instituciones o unidades de Salud Mental.
- Este servicio debe contemplar los siguientes principios doctrinarios (O.M.S.).
- a) Unidad en la asistencia psiquiátrica.
 - b) Acceso inmediato a la unidad de asistencia psiquiátrica conforme a indicaciones terapéuticas.
 - c) Fluidez de paso entre las diferentes unidades que forman el sistema de asistencia psiquiátrica nacional.
 - d) Continuidad de cuidados durante todo el curso de la evolución de la enfermedad.
 - e) Personalización del tratamiento.
 - f) Búsqueda de una mayor socialización y evitación de la cronicidad instituida.
- 6- Entre los niveles de atención psiquiátrica creemos imprescindible es atención en los hospitales generales, la cual debe reforzarse y mejorarse.

MEDIOS:

Para poder realizar estos postulados el servicio psiquiátrico nacional debe disponer de cierto número de unidades (medios de atención) que proporcionen a los enfermos atención continua y que sean flexibles al cambio conforme a los avances de la psiquiatría.

Esos medios los enumeramos así:

1- Unidades hospitalarias y extrahospitalarias modernas, bien equipadas, con personal adecuado que disponga de un número de profesionales suficientes en este campo que pueda llevar a cabo diversas clases de acciones terapéuticas.

2- Diversificación de medios de atención psiquiátrica:

- a) Hospitalización en unidades de cuidados intensivos.
- b) Hospitalizaciones abiertas.
- c) Consultas y terapias ambulatorias.
- d) Atención en hospitales de día.
- e) Atención especializada en hospitales generales.
- f) Rehabilitación a corto, mediano y largo plazo en talleres protegidos.

ORGANIZACION:

Debe haber sectores de psiquiatría del adulto en clínicas periféricas, conforme a una psiquiatría integral y multidisciplinaria.

Los sectores serán por delimitación geográfica, número de población y vías de comunicación.

En el área metropolitana, el sector tendrá como centro de operaciones la clínica periférica de la Caja Costarricense del Seguro Social, en la que se haya estado haciendo consulta psiquiátrica: Consulta Externa del Hospital Calderón Guardia (Antigua Clínica Central), Clínica Dr. Jiménez Núñez (Guadalupe), Clínica Dr. Clorito Picado (Cinco Esquinas de Tibás), Clínica Dr. Carlos Durán (Bº Vasconia).

Clínica Dr. Marcial Fallas (Desamparados), Clínica Dr. Solón Núñez Frutos (Hatillo), Clínica Dr. Moreno Cañas (BQ Cuba), Clínica Periférica en Heredia y la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico (Pavas).

Dicha organización propone la integración de programas que actualmente tienen la Consulta Externa de Psiquiatría, Clínicas Periféricas del Seguro Social y los programas de Psiquiatría Comunitaria que ha llevado a cabo el Hospital Nacional Psiquiátrico, de diferente filosofía.

En cuanto a la regionalización a nivel nacional, creemos importante para mayor eficiencia y economía, la utilización de los Centros de Salud, los hospitales regionales y los hospitales provinciales como centros de operación.

Creemos necesario para la buena marcha de todo este programa de psiquiatría, la diversificación de la atención psiquiátrica de la Consulta Externa, ubicada en el Hospital Nacional Psiquiátrico, para poder llevar a cabo acciones tales como:

1- Tratamientos especializados:

a) Diversos tipos de psicoterapia, tales como individual, de grupo, de familia y conductual.

b) Tratamientos biológicos como neurolépticos parenterales, electroshock y tratamientos con carbonato de litio.

c) Atención directa de emergencias y casos referidos especiales.

2- Actividades docentes y de investigación básica y aplicada.

./.

RECOMENDACIONES:

Se propone dejar al organismo Coordinador delegar el estudio referente a la organización de la atención de niños y adolescentes así como lo concierne a los problemas médico-legales de tipo psiquiátrico.

Es recomendable que permanezcan como psiquiatría extrahospitalaria los servicios de hospital de día, talleres de rehabilitación, hogares transitorios y círculos sociales.

** **

DESGLOSE DE LA ORGANIZACION E INTEGRACION
DE LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS NACIONALES
DE LA ATENCION EXTERNA Y COMUNITARIA

I- PRINCIPIOS GENERALES:

1- La psiquiatría es una disciplina que integra el aspecto biológico, el psicológico y el social. Por esta razón, para lograr resultados óptimos, se debe trabajar en equipos interdisciplinarios, que aúnen los esfuerzos y conocimientos de profesionales especializados en cada uno de los tres aspectos mencionados (psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera graduada y trabajador social).

2- Toda vez que la Salud Mental no puede considerarse aislada de la Salud Física, la Psiquiatría debe además trabajar de manera integrada con los programas que a nivel nacional organicen otras ramas de la Medicina, sea a nivel de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Con respecto a la idea de los tres niveles de prevención vale la pena definir qué se entiende por cada uno de ellos:

a) PREVENCIÓN PRIMARIA:

Se refiere a los programas dirigidos a disminuir la frecuencia de trastornos emocionales y mentales en una comunidad, intentando contrarrestar por diversos medios (instituciones, agencias, médicos, líderes comunales, representantes gubernamentales, la familia de los pacientes, etc.), los factores sociales potencialmente dañinos que favorecen la aparición de enfermedad mental. Este concepto también involucra las prontas medidas de intervención cuando las condiciones patológicas no psicosociales se presenten.

b) PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Se refiere a la detección precoz y tratamiento efectivo dirigido a disminuir la duración del proceso de enfermedad mental. Medios de este tipo de prevención lo constituyen el perfeccionamiento de los procesos de diagnóstico y los programas de detección de casos incipientes y de casos con patología aún no controlada por ninguna institución.

Es muy importante que los médicos de investigación clínica o de otro tipo de estos casos citados anteriormente se realicen sin demora.

c) PREVENCION TERCIARIA:

Aquí el énfasis dado a la aplicación de los diferentes programas de psiquiatría, dirigidos a reducir el deterioro en el funcionamiento de la personalidad, producido por la enfermedad mental. Se incluyen programas como: Control Medicamentoso, Talleres Protegidos, Hospital Diurno, Hospital Nocturno, Hogares Transitorios y otros).

3- Para garantizar mayor eficiencia en el cumplimiento de los dos postulados anteriores, debiera existir un solo organismo que dirija y coordine las actividades de la Psiquiatría en todo el país. Dicho organismo debiera reunir características y funciones como las siguientes:

a) Estar integrado por un adecuado número de psiquiatras que laboren en diferentes centros de atención de pacientes del país, de manera que se logre representatividad de las ideas e inquietudes de todo el gremio en general. Preferiblemente, estos profesionales deberán ser escogidos entre quienes por la índole de su puesto, desempeñen funciones técnico-administrativas que les permita una visión lo más amplia posible del funcionamiento de la institución o departamento en el que ofrecen servicios de psiquiatría.

b) Revisar continuamente lo que han de ser las políticas y sistemas de funcionamiento de la actividad psiquiátrica, según fue descrita en los dos primeros postulados, es decir, multidisciplinarias e integrada.

Una parte esencial en este sentido, será el determinar la mejor manera de regionalizar y sectorizar la oferta de servicios.

c) Definir las doctrinas y normas necesarias para lograr el cumplimiento de todos los principios anteriores. Esta labor debiera tomar en consideración aspectos básicos como los que sugiere la Organización Mundial de la Salud, entre los que se citan los siguientes:

a) Unidad de la asistencia psiquiátrica.

Con eso se quiere decir que al paciente debe dársele las condiciones para un adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación como un todo.

b) Acceso inmediato a la Unidad de Asistencia Psiquiátrica conforme a indicaciones terapéuticas. Por ejemplo, un paciente con cuadro psicótico agudo debe tener las condiciones óptimas para hospitalización y tratamiento inmediato.

c) Fluidez de paso entre las diferentes unidades que forman el Sistema de Asistencia Psiquiátrica Nacional. Por ejemplo, que un paciente que es evaluado por un psiquiatra de una institución, con indicaciones terapéuticas precisas, no sea obligado a seguir un trámite de evaluación por médico general para así poder obtener cita en psiquiatría posteriormente. En otras palabras, que ese paciente pueda pasar de un psiquiatra a otro psiquiatra directamente.

d) Continuidad de cuidados durante todo el curso de la evolución de la enfermedad. Por ejemplo, para un paciente psicótico que interrumpe su tratamiento se debiera disponer de medios de seguimiento para investigar el por qué de su ausentismo.

e) Personalización del tratamiento.

Con esto queremos decir que debemos recordar que no hay enfermedades, sino enfermos y que se debe procurar que se brinde al paciente lo que este realmente requiere. Por ejemplo, se deberá de tener cuidado de identificar qué es lo que el paciente requiere: hospitalización en servicios de corta, mediana o larga estancia, consulta externa con psicofarmacoterapia y/o psicoterapia, terapia ocupacional, etc.

f) Búsqueda de una mayor socialización y de evitar la cronicidad institucional. Este aspecto se refiere al intento de evitar reingresos innecesarios que se traduzcan en descargar por parte de la familia responsabilidades en el cuidado de los pacientes; afectando la capacidad de sociabilización, con la consiguiente cronicidad de la hospitalización.

En el área de atención de neuróticos sería evitar la dependencia a la consulta y a los medicamentos innecesarios.

4- Entre los niveles de atención psiquiátrica, creemos imprescindible esa atención en los Hospitales Generales, la cual debe reforzarse y mejorarse.

II- MEDIOS PARA LOGRAR LOS POSTULADOS DE LOS PRINCIPIOS GENERALES.

Para realizar estos postulados el servicio psiquiátrico nacional debe disponer de cierto número de unidades; (medios de atención) que proporcionen a los enfermos atención continua y que sean flexibles al cambio conforme a los avances de la Psiquiatría.

Dichos medios los enumeramos así:

1- Unidades hospitalarias y extrahospitalarias modernas, bien equipadas, con personal adecuado que disponga de un número de profesionales suficientes en este campo que puedan llevar a cabo diversas clases de acciones terapéuticas.

2- Diversificación de métodos de atención psiquiátrica:

- a) Hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos.
- b) Hospitalizaciones en unidades de corta, mediana y larga estancia.
- c) Hospitalizaciones abiertas.
- d) Consultas y terapias ambulatorias.
- e) Hospital diurno.
- f) Consulta especializada en hospitales generales que comprendan atención de interconsulta, de emergencias y hospitalización.
- g) Talleres Protegidos (terapia ocupacional) para fines de rehabilitación a corto, mediano y largo plazo.

III- ORGANIZACION:

Debe haber sectores de Psiquiatría del adulto en clínicas periféricas, conforme a una psiquiatría integral y multidisciplinaria.

Los sectores serán por delimitación geográfica, número de población y vías de comunicación.

En el área metropolitana, el sector tendrá como centro de operaciones la clínica periférica de la Caja Costarricense del Seguro Social, en la que se ha estado haciendo consulta psiquiátrica: Consulta Externa del Hospital Calderón Guardia (Antigua Clínica Central), Clínica Dr. Jiménez Núñez (Guadalupe), Clínica Dr. Clorito Picado (Cinco Esquinas de Tibás), Clínica Dr. Carlos Durán (Bº Vasconia), Clínica Marcial Fallas (Desamparados), Clínica Dr. Solón Núñez Frutos (Hatillo), Clínica Dr. Moreno Cañas (Bº Cuba), Clínica Periférica de Heredia y la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico (Pavas).

Dicha organización deberá considerar la integración de programas que actualmente tienen las consultas externas de Psiquiatría de las Clínicas Periféricas del Seguro Social y de los programas que se han llevado a cabo con una diferente filosofía por el programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Nacional Psiquiátrico.

En cuanto a la regionalización a nivel nacional, creemos importante, para mayor eficiencia y economía, la utilización de los Centros de Salud, los hospitales generales y provinciales como centros de operación.

Creemos necesario para la buena marcha de todo este programa de Psiquiatría, la diversificación de la atención psiquiátrica de la consulta externa ubicada en el Hospital Nacional Psiquiátrico, para poder llevar a cabo acciones tales como:

1- Tratamientos especializados, a saber:

a) Diversos tipos de psicoterapia, tales como individual, de grupo, de familia y las terapias conductuales.

b) Tratamientos biológicos como neurolépticos parenterales, electroshock y tratamientos con carbonato de litio.

c) Atención directa de emergencias y de casos referidos especiales.

2- Actividades docentes y de investigación básica y aplicada.

IV- RECOMENDACIONES:

Además de lo expuesto, se propone dejar al Organismo Coordinador el estudio referente a la organización de la atención de niños y adolescentes así como lo conveniente a los problemas médico-legales de tipo psiquiátrico.

Es recomendable la permanencia como psiquiatría extrahospitalaria de los servicios de hospital diurno, talleres de rehabilitación, hogares transitorios y círculos sociales.

** **

ORGANIZACION E INTEGRACION DE
LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

A- Mantener la política de internamiento de pacientes con problemas emocionales que sean factibles de manejarse en hospitales regionales en donde exista actualmente o pueda existir en un futuro, atención psiquiátrica.

B- Recomendar la creación de unidades de internamiento para pacientes psiquiátricos en servicios de medicina en los Hospitales Generales Metropolitanos y reforzar las unidades psiquiátricas que existan en los hospitales que ya tienen este tipo de servicio.

Siguiendo las observaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana las camas para pacientes psiquiátricos deberán ser el 5% del total de camas hospitalarias de cada hospital general, pero nunca exceder de más de veinticinco camas en cada hospital.

Se hace hincapié, en que el tipo de paciente a usar este servicio, al igual que lo especificado en el punto "a", deberá ser un paciente que pueda ser manejado en un hospital general.

De acuerdo con la política de sectorización de Salud Nacional es recomendable que estos hospitales ejerzan una acción de contención y selección de las áreas de atracción correspondientes para evitar internamientos innecesarios o excesivos, que puedan obstaculizar el funcionamiento adecuado del Hospital Nacional Psiquiátrico.

C- Es necesario crear un Servicio de Emergencias Psiquiátricas Metropolitanas, que funcione las 24 horas del día y en donde sean evaluados los pacientes para discriminar su más adecuada ubicación y manejo.

D- El internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se reservará para el tratamiento de pacientes psicóticos de manejo más difícil, para los casos en que se requieran estudios y tratamientos más

específicos, además de los casos trasladados por los psiquiatras de los otros hospitales mencionados o bien los que los servicios de emergencias hayan considerado idóneos de hospitalización en este centro.

E- Se propone la creación de un organismo coordinador, integrado por un adecuado número de psiquiatras de algunos centros, que por sus puestos estén desarrollando funciones técnico-administrativas, los cuales estarán revisando la política, funcionamiento e integración de los servicios psiquiátricos a nivel nacional.

* * * *

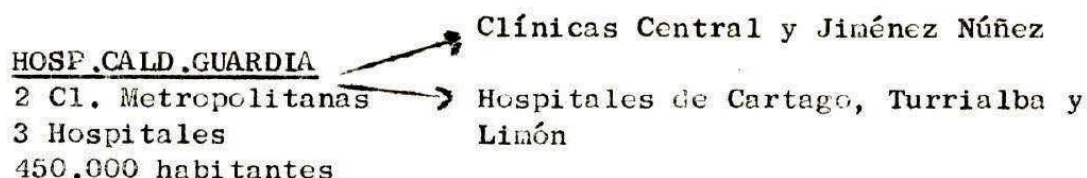
RECORDATORIO

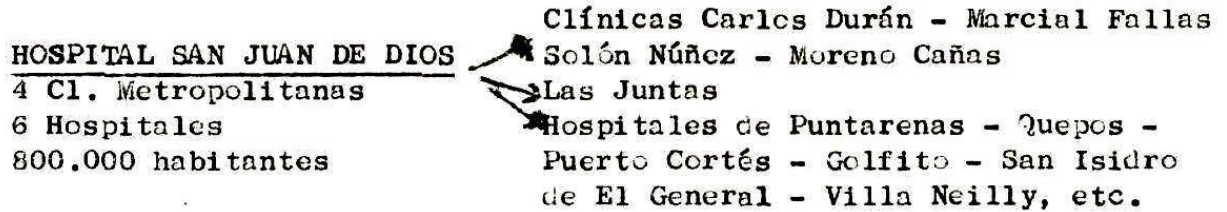
Junio 1977

- 1.- Si para dos millones de habitantes hay 2000 camas de Hospitales especializados en área metropolitana, la sectorización sería de mil habitantes por cama. O sea, que cada hospital acogerá una población distribuida de acuerdo al número de camas, tanto de área metropolitana como de provincias.
- 2.-
 - a) Someramente, el Hospital Dr. Calderón Guardia actuaría sobre una población por encima de los 400.000 habitantes, en el Este del país, que comprendería, en área metropolitana, el distrito del Carmen, encontramos de Goicoechea, Coronado, Moravia, Montes de Oca y Curridabat (y las Clínicas Jiménez Núñez y del Hospital Calderón Guardia), y las provincias de Cartago, Limón (menos el Cantón de Pococí) y suman unos 450.000 habitantes.
 - b) El Hospital México con unos 670.000 habitantes, cogería el distrito de la Uruca, el cantón de Tobosis, la Clínica Clorito Picado, la provincia de Heredia y Pococí de Limón, todo Alajuela y Guanacaste, menos el cantón de Abangares.
 - c) El Hospital San Juan de Dios para 1.000.000 de habitantes, abarcaría del área metropolitana, los distritos de Catedral, Zapote, San Fco. de Dos Ríos, Merced, Hospital, Mata Redonda, Pavas, Hatillo, San Sebastián y los cantones de Escazú, Desamparados, Puriscal, Turrubares, Aserrí y Tarrazú, Mora, Sta. Ana, Alajuelita, Acosta, Dota, Pérez Zeledón, León Cortés, toda la Provincia de Puntarenas más el cantón de Abangares del Guanacaste. Las Clínicas Carlos Durán, Marcial Fallas, Solón Núñez y Moreno Cañas.

Serían parte del complejo, dándonos unos 800.000 habitantes y las áreas de más rápido crecimiento.

Puesto de otra manera, en forma piramidal, así sería cada sector





REORGANIZACION CON DESCENTRALIZACION PARCIAL DE LA ATENCION PSIQUIATRICA A NIVEL NACIONAL.

A- PREMISAS:

- 1- La consulta externa y las acciones de Psiquiatría comunitaria deben fortalecerse al máximo para impedir el abuso de internamiento.
- 2- Para que la consulta externa de Psiquiatría sea efectiva debe irse conformando en el concepto de equipo multidisciplinario.
- 3- Para tener los profesionales idóneos y en número suficiente para integrar los equipos multidisciplinarios, ya se debe iniciar la formación del personal lo antes posible.

B- SECTORIZACION:

Logrando una sectorización a nivel asistencial global en el país (como lo expongo en el recordatorio adjunto). Los tres hospitales metropolitanos serían el vértice de la pirámide de cada uno de los sectores allí propuestos, que sirva de nivel de interconsultas y filtro para sus pacientes.

C- EMERGENCIAS:

Localizado físicamente ojalá en el centro de la capital (Hospital San Juan de Dios) y, en última instancia en Las Pavas, discriminaría la referencia de este tipo de paciente o para la Unidad de internamiento de su sector o para el mismo Hospital Psiquiátrico.

D- COORDINACION:

Para que este sistema funcione adecuadamente, se hace necesario una oficina u organismo superior para mantener la organización y la fluidez de las acciones.

E- ORGANIZACION:

- 1- Cada hospital de área metropolitana debe tener el número de camas aconsejables para Psiquiatría (H.C.G. 20 camas -H.México-25 camas. Hospital San Juan de Dios 30 camas) y una Jefatura de Servicio dependiente de la Sección de Medicina respectiva que coordine todo su sector, incluyendo servicios de Psicología Clínica y Consulta Externa.
- 2- Todas las acciones especiales de consulta externa (Comisiones y Terapias especiales) deben tener un Jefe de Clínica.

3- Otro Jefe de Clínica a nivel nacional, para implementar las acciones de Psiquiatría Social o Comunitaria.

4- Debe producirse semanalmente una reunión administrativa entre el Director del Hospital Nacional Psiquiátrico, los Jefes de Servicio de los 3 Hospitales metropolitanos, el Jefe de Consulta Externa, el Jefe de - Psiquiatría comunitaria, Servicio Social de Oficinas Centrales y Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico (sus Jefes) y aquellos invitados del sistema que sea pertinente en un momento dado.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.

SAN JOSE, COSTA RICA

Octubre 1977

Sugerencia de reorganización, de tipo horizontal, de los psiquiatras de la C.C.S.S. hasta el momento coordinados por la Jefatura del Servicio - de Psiquiatría de la Sección de Medicina del Hospital Dr.R.A.Calderón - Guardia.

A- Preliminares: Para esta reorganización, tanto se toma en cuenta las necesidades asistenciales y académicas como la factibilidad de personas y su propia disyuntiva dentro de lo que se ha conformado como el, Servicio de Psiquiatría de la Caja. . Hay un factor no tomado en cuenta por carecer de información precisa y que ha de resolverse a nivel de la Comisión de Psiquiatría a nombrarse y formarse en el futuro próximo. Este factor es si la C.C.S.S. integrará, por lo menos - en Psiquiatría, la atención de pacientes no asegurados en área metropolitana y en el Cantón de San Ramón de Alajuela donde el Hospital Nacional Psiquiátrico tiene programas de seguimiento de psicóticos egresados y consulta de la comunidad con distribución, número de horas de profesionales y horarios totalmente desconocidos para este servidor. Estas sugerencias se presentarán en unos cuadros con distribución geográfica y sugerencia de los nombres del personal que laboran en Psiquiatría para la institución antes del traspaso del Hospital de Las Pavas, desde luego no contando con el Dr. Rodrigo Carballo Montero . También se sugerirán cambios en otros aspectos asistenciales. Los códigos se, sustentarán en plazas de cada unidad.

B- Distribución Geográfica

1- Hospital Dr.R/A.Calderón Guardia:

a- Funciones: Hospital General en área metropolitana de 400 camas, con - 28 camas, de psiquiatría, que sería hospital de consulta para la zona - nacional correspondiente. Debería reducirse a 20 camas (8 de hombres y 12 de mujeres).



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.

SAN JOSE, COSTA RICA

Pág. No. 2.

B- Personal Profesional:

- 1- Jefe de Servicio: 8 horas, Dr. Alvaro Gallegos Chacón. Responsable ante el Jefe de Sección de Medicina del funcionamiento del Servicio Participar y ejecutar en todo lo encomendado por el Sr. Jefe de Sección y el Sr. Director del Hospital. Otras funciones Director de la Cátedra de Psiquiatría de la Escuela de Medicina en el Hospital - Dr. Calderón Guardia, Director Académico del Hospital Dr. Calderón - Guardia (8 cátedras). Coordinador de Post-Grado en Psiquiatría por el Centro de Docencia e Investigación de la C.C.S.S.
- 2- Jefe de Clínica: 10 horas de 7:00 a.m. an 5:00 p.m., Dr. Guillermo Ramírez Castro, encargado de internamiento en Medicina Uno, 8 camas Supervisión de interconsultas intra-hospitalarias, Jefe de Cursos de Psiquiatría en Medicina Integrada del Adulto en este Hospital; miembro de las Comisiones Psiquiátrica y de Renta de Invalidez; 4 horas - de Modificación de conducta en Consulta Externa.
- 3- Dra. Margarita Valverde: Asistente especialista, 6 horas de 7 a 11 y 11:30 a.m. a 1:30 p.m. Encargada de internamiento en Medicina Dos (12 camas). Supervisión residentes y 3 horas para Clínica de litio y seguimiento de egresados de internamiento.
- 4- Dr. Rogelio Rojas Acuña: Asistente especialista de 4 horas (7 a 11) Consulta Externa. De 11 a 12 Comisión Renta e Invalidez.
- 5- Dr. Luis Acevedo Jiménez: Asistente especialista (interino) de 4 horas de 7 a 11 a.m. Consulta Externa, Hosp. Dr. Calderón Guardia.
- 6- Dra. Flora Soto Araya: Asistente especialista de 4 a 6 p.m. Comisión Renta e Invalidez.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
APARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

Pág. No. 3:

- 7- Sin candidatos: Asistente especialista Consulta Externa de 1 a 5 p.m. 4 horas.
- 8- Dos residentes de primer año rotatorios.
- 9- Psicología Clínica:
 - a- Lic. Dina Krauskopf (6 horas, sus funciones).
 - b- Lic. Zinnia Méndez (4 horas, sus funciones) puede ser trasladada al Hospital Nacional de Niños.
 - c- Lic. Ana C. Guzmán: Psicometrista, Candidata a Residencia Psicología - Clínica. Sus funciones.
 - d- Lic. Adriana Cortés Ojeda, Psicometrista candidata Res. Psicología Clínica. Puede rotar Hospital Nacional de Niños.

HOSPITAL MEXICO:

- a- Funciones Hospital General en área metropolitana de 600 camas, con el número de camas de Psiquiatría y Psicósomática que se les asigne y hospital de consulta para el área nacional correspondiente.
- b- Personal Profesional :
 - 1- Asistente especialista en Psiquiatría, Dr. Jorge Sáenz Sibaja, 8 horas - (más dos horas Comisiones Renta de Invalidez) de 7a.m. a 3 p.m. Supervisión Residentes. Encargado cursos medicina integrada del Adulto. Subdirector de la Cátedra Psiquiatría, H.D.R.C.G.
 - 2- Especialistas en Medicina Psicósomática.
 - 3- Residente de Psiquiatría de segundo año para interconsultas intra-hospitalarias. Si haya camas de psiquiatría, 2 residentes de primer año rotatorios.
- 3- HOSPITAL SAN JUN DE DIOS:

- a- Funciones, Hospital General en área metropolitana con más de 1000 camas, con un mínimo de 30 camas de Psiquiatría. Hospital de consulta para el área nacional correspondiente. Lugar ideal para Emergencias psiquiátricas de área metropolitana y sitio de enlace con el Hospital de Las Fajetas.

./.



Pág. No. 3:

B- Personal Profesional:

- 1- Dr. Enrique Ruyhuy Mora: asistente especialista 8 horas (7 a 3 p.m. Interconsultas intra-hospitalarias y de consulta externa.
- 2- Dr. Arnoldo Blanco Castro, Asistente especialista- 9 horas encargado de consulta de internamiento y directamente de las camas de mujeres (15-camas). Interconsulta Hospital Dr. Blanco Cervantes, Supervisión - Servicio de Urgencias, Encargado Cursos Psiquiatría Medicina Integrada del Adulto. Comisión renta de invalidez: 1 hora
- 3- Dr. José Aguña Sanabria: Asistente especialista 4 horas: 7 a 11. En - cargado de internamiento Hombres (15 camas), Supervisión de residentes.
- 4- Residentes: Dos de primer año, para internamiento, Uno de segundo año Urgencias de 7 a 3 p.m..
- 5- Dr. Francisco Barrantes Camacho: encargado emergencias de 3 a 7 p.m. Asis- tente especialista de 4 horas.
- 6- Residentes de guardia de 7p.m. a 7 p.m. Sábados y domingos doble.

II. CLINICAS AREA METROPOLITANA:

- 1- Clínica Dr. Marcial Fallas: Asistente especialista Dr. Guillermo Rodríguez Herrera, 10 horas de 7:00 a.m. a 5 p.m.
- 2- Clínica Dr. R. Moreno Cañas: Asistente especialista Dr. Omar Rodríguez Umaña, 8 horas de 7 a 3 p.m.
- 3- Clínica Dr. Clorito Picado: Asistente especialista Dr. Carlos Fco. Viquez - Carvajal, 8 horas de 7 a 11 a.m. y de 1 a 5 p.m.
- 4- Clínica Dr. Jiménez Núñez: Asistente especialista Dr. Manuel Nigro Borbón 8 horas de 7 a 11 y 12 a 4 p.m.
- 5- Clínica Dr. Carlos Durán: Asistente especialista, Dr. Alvaro García Zúñiga 8 horas horario a discutirlo con el Director y el asistente.
- 6- Clínica Dr. Solón Núñez: Asistente especialista, Dr. Franco Alvarenga Bianco, 10 horas de 7 a 5 p.m.
- 7- Clínica Heredia : Asistente especialista Dr. Benardino Gutiérrez Varela, 8 horas de 7:00 a.m. a 3 p.m. 2) Asist. Espec. de 4 horas a nombrar.



Pág. No. 4:

III. AREA ESTE:

- 1- Cartago: 1- Dr. Jorge Porras Paniagua, Asistente Especialista, 10 horas, 8 Consulta Externa y 2 Hospital. Horario de 7 a 5 p.m.
- 2- Dr. Bolívar Guzmán Sáenz: Asistente Especialista 10 horas, 7 - horas consulta externa y 5 Hospital.

IV AREA SUR:

- 1- San Isidro del General:
 - 1- Dr. Ronald Valverde Soto: Especialista 10 horas (8 Consulta Externa y 2 hospital de 7 a 5 p.m.
 - 2- Por nombrarse: Asistente especialista 8 horas. Candidato Dr. Jacobo Marcos Frech. En el futuro se podría localizar en Ciudad Neilly
 - 3- Quepos: Residentes de tercer año, dos días cada 15 días.
- 2- Jimón: Dr. Ricardo González Amador, asistente especialista 10 horas - Lunes a viernes de 7 a 6 p.m.
- 3- Turrilaba-Guápiles: Asistente especialista de 10 horas L a J, mediodía Turrilaba de 32 horas. Jueves-Sábado Guápiles : 24 horas (con viajes) No candidato. Podría suplirse con Residentes de tercer año.

V AREA OESTE:

- 1- Alajuela: Alajuela centro: 1- Dr. Néstor Zamora Quesada : Asistente - Especialista 10 horas. 8 Consulta Externa y 2 hospital de 7 a 5 p.m.
- 2- Dr. Carlos García Charpentier: Asist.Espec.: 10 horas, 7 horas C.Ext. 3 horas Hosp. de 7 a 5 p.m.
- 2- Grecia: Asist.Espec. Dr.Alejandro Pozuelo L.M.y J : 24 horas Residencia en la localidad.
- 3- San Ramón: Asist.Esp. Dr.Alejandro Pozuelo K y V: 20 horas.
- 4- Ciudad Quesada: Asist.Esp. de 8 horas Candidato no confirmado Dr.Rafael A. Pallas Chacón, En su defecto. 2 Residentes de tercer año, 2 días por semana.



Pág. No. 5:

- 5- Puntarenas: Dr. Mario Flores Ortiz: Asistente Especialista 8 horas .
Puede reforzarse en labores de comunidad con residentedde tercer año
un día por semana.
- 6- Liberia: Dr.Hugo Segnini: Asist.Esp. 8 horas L-M y ~~V~~ deseable a tiem-
po completo.
- 7- Nicoya: Asist.Espec. a nomb~~ar~~ tiempo completo. Si hay inopia, Dr. Hugo
Segnini K y J.

VI Psiquiatría Infantil

1- Hospital Nacional de Niños:

- 1- Dr. Willy Hoffmaister : Asist. Espec. 4 horas 7 a 11 -Sus funciones.
- 2- Dra. Eugenia Chavarría Acuña Emilia Chavarría : Asist. Espec. 6 horas
Funciones que le asignen.
- 3- Dr. Enrique Madrigal : Asistente Esp. muy probable Candidato: 8 horas.
- 4- Personal Para-Médico : Psicólogos clínicos, Trabajadoras Sociales, Psi-
co-pedagogos, Enfermería

VII Asuntos Misceláneos:

- 1- Comisiones: a) Psiquiátricas: puede seguir funcionando en el Calderón -
Guardia o donde les parezca: Médicos: Dr. Guillermo Ramírez 2 horas.
No candidato - 2 horas.
- b- Renta Invalidez: 1- Dr. Gmo. Ramírez Castro (1 hora, 11 a 12 md) en H.DR.
C.G. Dr. Rogelio Rojas Acuña 1 hora (11-12) en H.DR.C.G. 2- Dr. Ar-
noldo Blanco: 1 hora Dr. Jorge Sáenz, 1 hora de 3 a 4 p.m. en el H.DR.C.G.
o en el Hospital México o en el Hospital San Juan de Dios. 3- Dra. Flora
Soto Araya: 1 hora, Dr. Jorge Sáenz Sibaja de 4 a 5 p.m. en el Calderón -
Guardia o en el Hospital México o en el Hosp. San Juan de Dios.
- 2- Drs. Rafael Fco. Calderón Gei y Carlos Madriz Jiménez: Ambos tienen en pro-

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

Pág. N.º 6:

piedad 4 horas en el Hospital Dr/Calderón Guardia. El Dr. Guido Miranda ordenó al Dr. Ramírez Castro, Jefe de Clínica, en mi ausencia, que podría mantener las horas, pero no el horario: hay que dejar una hora (3 p.m. a 4 p.m.) entre las horas de Las Pavas y las de Aranjuez. Ambos quieren bajar a 10 horas diarias, pero seguidas. Entre los diversos arreglos, podría dejarsele sus 10 horas diarias de 7 a 5 p.m. en el Hospital Nacional Psiquiátrico a cambio de cuatro horas de asistente especialista (1 p.m. a 5 p.m. que pueda venir al H.DR.C.G. (ver apartado , Punto No. 2) de los colegas del Psiquiátrico. Quizás el Dr. Madriz acepté y ustedes aprueben 7 a 1 p.m. H.N.P. 1 a 5 p.m. H.DR.C.G. y a otro del Psiquiátrico se le aumente hasta las 5 p.m. para compensar esas cuatro horas.

C. COMENTARIOS:

Por lo expuesto, vemos que hay inopia para los siguientes puestos:

- 1- Coordinador o asesor permanente en Psiquiatría para la C.C.S.S. o en su defecto una Comisión coordinadora permanente.
- 2- Cuatro horas Asistente especialista de 1 a 5 p.m. Consulta Externa, Hosp. Dr. Calderón Guardia.
- 3- Probablemente se hará necesario otro psiquiatra en Hospital México. No candidato conocido.
- 4- Cuatro horas asistente especialista en Heredia. No hay candidato conocido.
- 5- Diez horas asistente especialista-Turrialba-Guápiles. No hay candidato conocido.
- 6- 8 horas asist. espec. San Isidro del General. Hay candidato probable.

./.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10105 -- Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

Pág. No. 7:

- 7- 8 horas Asistente especialista . Ciudad Quesada . Hay candidato probable.
- 8- 8 horas Asist. Espec. Nicoya. No hay candidato conocido.
Total hay inopia, para cinco plazas.
- 9- La residencia, a través del Centro de Docencia e Investigación necesita una reorganización para suplir residentes:
- A- 1- Hospital Nacional Psiquiátrico:-
- B- Hospitales Generales metropolitanos en internamiento (H.DR.C.G. , Hospital México y Hospital San Juan de Dios).
- c- Emergencias en Hospital San Juan de Dios.
- D- Interconsultas - México y Calderón Guardia.
- E- Comunidad en algunas localidades de no encontrarse asistente especialista, en orden prioritario:
- 1- Turrialba
 - 2- Guápiles
 - 3- Ciudad Quesada (Dos)
 - 4- San Isidro del General
 - 5- Nicoya
 - 6- Quepos
 - 7- Puntarenas.

En el Hospital Dr.Calderón Guardia pasan tres residentes a tercer año y en Las Pavas desconozco el número.-

PLAN DEL CURSO DE POST-GRADO EN PSIQUIATRIA, OCTUBRE 1977

Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, Centro de Docencia e Investigación; de la C.C.S.S. Consejo de Post Grado. Coordinación de Psiquiatría.

1.- Propósito: Formación de personal en Salud Mental, para labores asistenciales de tipo psico-bio-social, de investigación académicas y administrativas capaces de rendir provechosamente para la comunidad costarricense.

2.- Reclutación: Está diseñado fundamentalmente para la formación de médicos especialistas en Psiquiatría cuyos requisitos para ser elegibles entre los candidatos es el haberse graduado, incluyendo el internado rotatorio y el Servicio Social para los costarricenses y sólo el título de graduado en Medicina y Cirugía de una Universidad aprobada para los extranjeros.

Varias unidades pueden ser aprovechadas en la formación de otros especialistas médicos, así como en la formación de otros profesionales no médicos para especializarse en Salud Mental, tales como licenciados en Psicología para pasar a Psicólogos Clínicos, licenciados en Servicio Social para obtener una maestría en Salud Mental y La Enfermera Graduada, como un post-básico en Psiquiatría.

3.- Duración: La formación del médico especialista en Psiquiatría es de tres años. La formación del resto de los profesionales nombrados en el punto 2 debe ser discutido con los profesores que organicen y dirijan los respectivos cursos.

4.- Objetivos generales: La formación de un especialista idóneo para las necesidades y orientación de la Medicina en Costa Rica, con una orientación ecléctica, combinando lo útil y aplicable de las varias escuelas psiquiátricas mundiales.

En el primer año, o primer ciclo, es un período de nivelación y ampliación de conocimientos ya impartidos, en menor profundidad, en los cursos de pre-grado de la escuela de Medicina, con gran énfasis en la adquisición de pericias en el diagnóstico psiquiátrico y las terapias psicológicas.

En el segundo año, o segundo ciclo, con unidades específicas de post-grado, tanto básicos como especializados, en que el educando va adquiriendo tanto en conocimientos como en técnicas psicológicas (diferentes psicoterapias), lo cual ya le capacita para un ejercicio profesional más amplio dentro de la Psiquiatría y psicopatología para los cursos de pre-grado.

.../

El tercer año, en que hay elementos del 2do. ciclo, como es el afirmar conocimientos, pulir las actitudes y ejercitar las pericias adquiridas en los dos años previos, tiene una orientación más social con la experiencias de Psiquiatría Comunitaria y en otras áreas afines a la Psiquiatría como es el aspecto Forense en la Corte y en Adaptación Social y Alcoholismo. El tercer ciclo se caracteriza por la preparación, a través de investigación, de la tesis.

5.- Contenidos:

I AÑO

<u>Año</u> - <u>Curso</u>	<u>Práctica Supervisada</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Duración</u>	<u>Nº Horas</u>
I 1) Técnica de entrevista	Idem	3 veces por semana	6 meses	80 h.
2) Psicopatología		3 veces por semana	1½ meses	15 h.
3)	Historia clínica y examen del estado mental	Promedio de 3 pacientes diarios.	12 meses	600 h.
4) Nosología		2 veces por semana.	8 meses	60 h.
5) Ciencias Básicas Neurológicas		1 vez por semana	3 meses	12 h.
6) Psicofarmacología.		1 vez por semana.	10 meses	40 horas
7) Nociones de Tests psicológicos.		1 vez por semana.	2 meses	8 h.
	8) Tratamiento electroconvulsivo	4 pacientes 1 vez por semana.	12 meses	160 h.



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

- 3 -

<u>Año</u>	<u>Curso</u>	<u>Práctica Supervisada</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Duración</u>	<u>Nº Horas</u>
	9) Psicología del desarrollo		1 vez por semana.	3 meses	12 horas.
	10) Introducción al Psicoanálisis.		1 hora semanal	6 meses	25 horas
II AÑO					
	11) 1) Principios de Psicoterapia		1 vez por semana	6 meses	25 horas
II AÑO		2) Presentación continua	1 vez por semana.	12 meses	50 horas
	3) Sistemas de Psicoterapia		1 vez por semana.	6 meses	25 horas
	4) Formulación Psicodinámica		1 vez por semana.	12 meses	50 horas
	5) Técnicas de Psicoterapia		1 vez por semana.	3 meses	12 horas
	6) Teoría psicoterapia de grupo		1 vez por semana.	3 meses	12 horas
		7) Psicoterapia de grupo.	1 vez por semana.	12 meses	60 horas
		8) Psicoterapia individual.	2 veces por semana.	12 meses	100 horas
		9) Supervisión Psicoterapias (Tutoría)	2 veces por semana.	12 meses	100 horas

.../



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10105 - Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

-4-

<u>AÑO</u>	<u>Curso</u>	<u>Práctica Supervisada</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Duración</u>	<u>No. Horas</u>
		10) Interconsulta Psiquiátrica Hosp. General con supervisión clínica.	4 horas diarias	3 meses	240 horas
		11) Clínica Neurológica	2 horas por semana.	3 meses	120 horas
	12) Neurología		1 hora por semana	3 meses	12 horas
	13) Psiquiatría Infantil		1 hora por semana	12 meses	50 horas
		14) Clínica Psiquiátrica Infantil.	4 horas diarias	3 meses	240 horas
		III AÑO			
III AÑO	1) Seminario Historia de la Psiquiatría		1 vez por semana.	3 meses	12 horas
		2) Presentación continua.	1 vez por semana.	12 meses	50 horas
		3) Psicoterapia individual	2 veces por semana	12 meses	100 horas
		4) Supervisión (Tutoría) Psicoterapia individual.	2 veces por semana	12 meses	100 horas
	5) Modificación de conducta.		3 veces por semana	1 mes	12 horas
		6) Modificación de conducta.	2 veces por semana.	5 meses	50 horas



INSTITUTO COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

- 5 -

<u>Año - Curso</u>	<u>Práctica supervisada</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Duración</u>	<u>Nº horas</u>
	7) Teoría terapia de familia	3 veces por semana.	1 mes	12 horas
	8) Terapia de familia.	1 vez por semana.	5 meses	45 horas
	9) Seminario Psiq. Social.	1 vez por semana.	12 meses	50 horas
	10) Experiencia Psiquiatria comunitaria.	Un día por semana.	12 meses	400 horas.
	11) Psiquiatria Forense.	4 horas por semana.	2 meses	50 horas
	12) Adaptación Social.	4 horas por semana.	2 meses	50 horas
	13) TESIS	2 horas diarias	3 meses	150 horas

Para los tres años.

- 1) Presentación clínica: una y ½ horas semanal por lo menos por 2 años.
- 2) Trabajo directo con pacientes psiquiátricos agudos-crónicos y geriátricos internados y externos con supervisión.
- 3) Guardias, 2 noches por semana y un fin de semana al mes por 3 años.

Plan de Unidad:

- a) Unidad de Psicopatología
- b) Unidad de Nosología Psiquiátrica



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10105 -- Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

UNIDAD DE PSICOPATOLOGIA PARA 1º AÑO DE
RESIDENTES EN EL HOSPITAL DR. R.A. CALDERÓN GUARDIA

Objetivos Generales:

Los temas de psicopatología tienen como propósito proveer al residente el conocimiento necesario para la identificación e interpretación de los diversos síntomas observables en los síndromes psiquiátricos.

Objetivos Específicos:

Al concluir el programa el residente debe ser capaz de entrevistar a un paciente, estructurar el examen del estado mental en forma completa, transcribirlo en forma clara y presentarlo a otras personas para su evaluación.

Metodología:

El programa se ha separado en temas programados que serán revisados en conjunto con los instructores de la Cátedra asignados. Se utilizarán las publicaciones al respecto de la Cátedra en Psiquiatría.

En los servicios de internamiento el residente debe aclarar con su asistente las dudas que surjan al interpretar la psicopatología de sus pacientes. Los asistentes además harán las observaciones pertinentes a los pacientes vistos en la visita diaria.

En las sesiones de Entrevista e Historia Psiquiátrica igualmente se hará énfasis en la toma, estructuración, transcripción y presentación del Examen del Estado Mental.

Evaluación:

Al concluir el programa se hará una evaluación de cada residente. Se le designará un paciente para ser examinado y presentado de acuerdo con lo establecido en los objetivos del programa a un tribunal constituido por los compañeros de rotación y al menos dos instructores de la Cátedra de Psiquiatría. El Residente obtendrá una nota que será el promedio de las notas que de acuerdo con una hoja de cotejo le dará el tribunal calificador.

Habrà una reunión final de evaluación del curso donde los instructores de la Cátedra ofrecerán al residente sus recomendaciones.

.../



COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
RTADO 10105 — Cable C.C.S.S.
SAN JOSE, COSTA RICA

TEMARIO:

<u>DIA</u>	<u>HORA</u>	<u>TEMA</u>	<u>INSTRUCTOR</u>
7 Feb.	2-3 pm.	Conación	Dr. Callegos Chacón
9 Feb	2-3 pm.	Afecto	Dr. Sáenz Sibaja
14 Feb.	2-3-pm	Curso del pensa- miento.	Dr. Jiménez Facheo
16 Feb.	2-3pm.	Contenido del Pen- samiento.	Dr. Jiménez Facheo
21 Feb.	2-3pm.	Percepción	Dr. Ramírez Castro
23 Feb.	2-3pm.	Mecanismos cortica- les.	Dr. Nisman
28 Feb.	2-3pm.	" " " "	" "
2 Marzo	2-3pm.	Afasias	Dr. Nisman
7 Marzo	2-3pm.	Atención-Memoria	Dr. Blanco C.
9 Marzo	2-3pm.	Conciencia	Dr. Callegos Chacón
14 Marzo	2-3pm.	Trastornos de conciencia	Dr. Callegos Chacón
18 marzo	10-11am.	Evaluación.	Dr. Alfaro Dr. Gallegos, Dr. Acuña
21 marzo	10-11am.	Evaluación	Dra Rodríguez Dr. Gallegos-Dr. Acuña
25 Marzo	10-11am.	Evaluación.	Dr. Singi Dr. Gallegos-Dr. Acuña
28 Marzo	10-11am.	Evaluación del Curso	Dr. Gallegos-Dr. Acuña

~~*~*~*~*~*~*~*~*

"PSIQUIATRIA ORGANIZACION ACADEMICA Y ASISTENCIAL"

Asolicitud del señor Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica . (7-Nov- 1974)

1- ANTECEDENTES HISTORICOS:

Costa Rica inauguró un Asilo para Insanos en 1890. Fue modelo en su época y mantuvo su prestigio internacional (Centroamérica y el Caribe) hasta el presente.

En los primeros 73 años (1890-1963) se admitieron unos 28.000 pacientes - nuevos. De 1963 a 1974 (10 1/2 años) se han admitido, como nuevos, hasta el número 59.000 en expedientes en numeración seguida aunque incluye algunos pacientes de Consulta Externa. De 1890 a 1963 se formaron entre Costa Rica y el extranjero, un Psiquiatra cada cuatro años. De julio de 1963 a diciembre de 1974 se han formado en la Residencia Universitaria 40 Psiquiatras (Ver anexo No. 1) , aproximadamente cuatro psiquiatras nuevos por año. El número de ingresos al Hospital Psiquiátrico fue en tal aumento, que hizo a los técnicos que entonces trabajabamos allí (1963), programar lo siguiente:

- a- Diseñar un programa de formación de Psiquiatras (1963)
- b- Iniciar experiencias para una expansión de servicios a la comunidad (1965)
- c- Cooperar al máximo con el Comité Pro-Nuevo Hospital Psiquiátrico en las Pavas (1964-1970).

Hacia 1971, parte de la programación se varió (" acuerdo de concentrar la Psiquiatría en Las Pavas y no dejar un servicio de agudos en el Hospital - San Juan de Dios "), lo que forzó la renuncia de un servidor, Por la misma época la C.C.S.S. inició en forma más sistemática a dar servicios de internamiento a pacientes psiquiátricos en el Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia y a descentralizar la consulta de la especialidad en clínicas periféricas y en Sucursales.

./.

II. SITUACION ACTUAL:

Actualmente el programa de comunidad del Hospital Psiquiátrico Nacional atiende Palmares, Grecia, Ciudad Quesada, Cartago y en combinación con el servicio de Psiquiatría del Seguro Social, Nicoya, Liberia y San Ramón. La Caja tiene Consulta en Puntarenas, Alajuela, Heredia, Cartago y Turrialba, amén de 6 clínicas en el área metropolitana. Para 1975 se ha programado extenderse a Puerto Limón y San Isidro del General (C.C.S.S.) . El Hospital Nacional Psiquiátrico puede albergar hasta unas 1500 camas, de ellas 150 niños, Actualmente hay 1250 camas en Las Pavas y 340 en el Sanatorio Dr. R. Chacón Paut, o sea 1630 camas en uso. Tiene un censo al día de hoy de 873 pacientes, de los cuales 21 son niños, con un 72 % de índice ocupacional. De los 845 pacientes adultos, el 90 % o sea unos 750 pacientes pueden considerarse de larga estancia más los 350 pacientes crónicos en el Sanatorio Dr. Chacón Paut, suman 1100 pacientes crónicos asilados.

La Caja tiene 28 camas, 12 para hombres y 16 para mujeres en el Hospital Dr. Calderón Guardia. En los Hospitales de Liberia, Puntarenas, Alajuela, Heredia, Cartago, Turrialba y San Ramón se internan pacientes psiquiátricos. Su número es variable, no creo que sobrepasen los 100 pacientes al mes, tanto asegurados como no asegurados.

En el Hospital Dr. Calderón Guardia se atienden unos 160 pacientes al mes en Hospitalización, con un promedio de estancia de 5.5 días. El 50 % son neuróticos y el 50 % son psicóticos.

En el Psiquiátrico se admite un promedio de 350 pacientes al mes, guardando siempre la proporción de un tercio de pacientes nuevos y dos tercios de reingresos. El promedio de estancia del paciente agudo es mayor de 15 días, con un 92,5 % de psicóticos y un 75 % de neuróticos.

La consulta de paciente ambulatorio de la Caja Costarricense de Seguro Social en los 14 lugares que se hace, en el mes de setiembre fue de unas 7.500 consulta y, gracias a estudios del Dr. Adis Castro y trabajos de investigación de los médi -

cos residentes se sabe que está compuesto de un 76 % de pacientes neuróticos y con reacciones psicofisiológicas, un 12 % de psicóticos y un 12 % de síndromes cerebrales orgánicas con sintomatología psiquiátrica.

En el Hospital Psiquiátrico Chapul la consulta fue en agosto de 1974 de 1877 pacientes, con un 80 % de psicóticos y síndrome cerebrales y un 20 % de neuróticos. En las extensiones comunitarias se vieron unos 700 pacientes más al mes, o sea, entotal, unos 2.500 citas aprovechadas.

III. FUENTES INFORMATIVAS PARA PROGRAMACION:

- a- En Suiza se recomienda: un psiquiatra por cada 10.000 habitantes. Costa Rica necesitará 200 psiquiatras a corto plazo, lo cual es utópico.
- b- En la tercera Reunión Latinoamericana de Ministros de Salud Pública celebrada en Chile en diciembre de 1972 buscaron otros parámetros para los países en desarrollo.

Aconsejaron un psiquiatra por cada 100 camas hospitalarias; en Costa Rica con unas 7.000 camas, la meta actual sería de 70 psiquiatras. En Costa Rica hay 44 psiquiatras en ejercicio, aunque hay unos 5 más en el extranjero que parecieran "recuperables".

En los países desarrollados se encuentra que el número de camas psiquiátricas corresponde al 2 % de su población. En Costa Rica serían 4000 camas psiquiátricas para 2.000.000 habitantes, lo cual, no sólo es imposible, sino innecesario dado los programas de comunidad y consultas varias, que lo ha reducido a menos del 1 % de la población. O sea, si son aconsejables unas 2.000 camas psiquiátricas en el país.

Volviendo a las recomendaciones de la Tercera Reunión Latinoamericana de Ministros de Salud, dice que el 5 % de las camas de los Hospitales Generales deben asignarse a Psiquiatría, o sea unas 350 camas en todo el país que, con las 1.600 que tiene la Junta de Protección Social entre el Hospital en Las Pavas y el Salarío en Tres Ríos, serían 1.960 camas. Las camas en los Hospitales Generales son imprescindibles para la enseñanza integrada, y es una base excelente para servicios de interconsultas a otras especialidades.

./.

Si el Ministerio de Salud a través del Departamento de Salud Mental tanto para los Hospitales del Sistema Hospitalario Nacional como para los Hospitales del Seguro Social, lograra hacer realidad la recomendación arriba - expuesta, no sólo se tendrá una verdadera enseñanza integrada, sino también una asistencia psiquiátrica más adecuada.

Como último dato de la misma Reunión en Chile, usaremos las cifras de prevalencia de enfermedades psiquiátricas, tomadas de los estudios realizados por Dr.G. Adis Castro de Costa Rica, que por la pureza de diseño y categoría del investigador, fueron tomados como índice fidedigno para América Latina.

		<u>COSTA RICA</u>
PSICOSIS	2,9 %	58.000 PSICOTICOS
NEUROSIS	38. %	760.000 NEUROTICOS
ALCOHOLISMO	14.9 %	300.000 ALCCOHLICOS
REACCIONES PSICOFISIO LOGICAS	28.0 %	560.000 ORGANEUROTICOS
EPILEPSIA	2,2 %	44.000 EPILEPTICOS
	<hr/> 86 %	<hr/> 1.722.000

O sea, que en una población de 2.000.000 de habitantes, si el 86 % necesita atención médico- psiquiátrico y psicológica dando una población de 1.700.000 personas en necesidad de servicios especiales, no hay equipo de Psiquiatras ni de psicólogos clínicos que la pueda atender, y se impone que el médico general esté capacitado para manejar adecuadamente estos casos, especialmente neurosis, reacciones psicofisiológicas y alcoholismo, ya que actualmente no salen capacitados para resolver esa forma práctica el aspecto psiquiátrico, de estos problemas. El futuro médico aprende lo que ve hacer. En el nuevo Curriculum, si no hay una estrecha colaboración, entre el psiquiatra y los colegas de las Unidades Materno- Infantil y Medicina integrada del Adulto, el estudiante no podrá incorporar la dimensión psiquiátrica en su quehacer profesional.

En el actual curriculum el alumno debiera tener experiencia acordes a la realidad asistencial. El aprender y practicar con psicóticos no le capacitará para atender la verdadera gran consulta Nacional: gran mayoría de

neuróticos y alcoholismo y reacciones psicofisiológicas. Hemos pensado que la parte de Psicopatología, que requiere el ver pacientes con sintomatología muy clara, junto con ciertos capítulos de la nosología psiquiátrica debe darse en el Hospital de Pavas. La Clínica Terapéutica de pacientes neuróticos alcohólicos y con reacciones psicofisiológicas se atienden principalmente - en el Hospital General, y en el Instituto Nacional sobre Alcoholismo, donde el estudiante puede aprenderlas. El capítulo de Psiquiatría Infantil, es aún más descorazonador. Hay cinco colegas ejerciendo la sub-especialidad. Uno trabaja en el Seguro Social, otro en el Hospital de Niños y tres en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Actualmente se dan doce lecciones teóricas, sin relación alguna con las Cátedras de Pediatría. Siendo la población del país inminentemente joven, y la incidencia de trastornos psiquiátricos - elevadísima, la demanda asistencial no está ni medianamente satisfecha. Mientras las instituciones asistenciales con responsabilidad sobre este capítulo no tomen cartas en el asunto para organizar y aprovechar a las personas capacitadas en Psiquiatría Infantil, ni mejorará la asistencia psidopsiquiátrica, ni se hará enseñanza que deje huella en los futuros médicos. Creemos que - los profesores y especialistas dedicados a la misma son las personas que en conjunto, deben ser consultados para crear la estructura adecuada, tanto desde el punto de vista asistencial como el académico.

Todo lo expuesto no servirá de nada sin el logro de una organización asistencial que aproveche el número de psiquiatras de Costa Rica que comparado con el resto de Latinoamérica y en especial con América Central es mucho más elevado, pues tenemos un psiquiatra por cada 45 mil habitantes. En Guatemala y el Salvador hay un Psiquiatra para cada 250.000 habitantes. Esa circunstancia - nos hace sentir mayor responsabilidad en ofrecer una mayor y mejor enseñanza de la especialidad a los futuros médicos.

A N E X O I

" NOMINA DE PSIQUIATRAS GRADUADOS EN LA RESIDENCIA ACADEMICA
DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA "

F. Alvarenga Bianco	J. Marcos
J. Ayerdis Miranda	F. Meléndez
F. Barrantes Camacho	H. Muñoz Vargas
A. Blanco Castro	M. Nigro Borbón
O. Brenes Antonini	L. Pallais
R. Calderón Gei	I. Pantoja
F. Carazo Fernández	W. Pereira Aguilar
R. Carballo Montero	J. Porras Paniagua
CH. Chaussoul Monge	F. Rucavado León
J. Echeverría M.	G. Ramírez Castro
A. García Zúñiga	J. Rodríguez Caldera
W. Herrera A.	R. Rojas Acuña
G. Rodríguez Herrera	E. Ruphuy Mora
E. Jiménez Charpentier	U. Segnini Sabat
M. León Hernández	R. Succar Nuhra
O. Lizano	F. Soto Araya
J. Lara Herrera	G. Vargas Angulo
C. Madriz Jiménez	C. Viquez Carvajal
E. Madrigal Segura	N. Zamora Quesada
J. Manzanares Turcios	C. Zoch Zamini

N O M B R E	ESPECIALIZADO EN: POST ESPECIAL	AREA DE POST ESPEC	INST. DE TRABAJO AC	
DR. SOLON NUÑEZ FRUTOS	COSTA RICA		EPILEPSIA	RETIRADO
DR. FDO. ZEPEDA RICHMOND	COSTA RICA	= = = =	= = = = =	SANATORIO DR. CHACON
DR. ALFREDO ALFARO SOTEL	LONDRES ING.	INGLATERRA	NEUROSIS	RETIRADO
DR. RAMON FALLAS SIBAJA	ITALIA	= = = = =	= = = =	C.C.S.S.
DR. GONZALO GONZALEZ MURILLO	BARCELONA	BARCELONA	NEUROLOGIA	RETIRADO
DR. RAMIRO ALVARADO ARIAS	COSTA RICA	BALTIMORE U.S.A.	PSIQUIATRIA INFANTIL	H.NAC. PSIQUIATRICO
DR. MARIO CATARINELLA ANDREOLI	ROMA-ITALIA	= = = = =	= = = = =	H.NAC. PSIQUIATRICO
DR. ALVARO GALLEGOS CHACON	Johns-Hopkins Hosp.	BALTIMORE E.U.	PSIQUIATRIA COMUNITARIA	C.C.S.S.
DR. ABEL PACHECO DE LA ESPRIEILLA	COSTA RICA	NEU ORLEANS E.U.	Rehabilitación en Psiq.	H.Nac. Psiquiatrico
DR. ZEIRITH ROJAS ALFAJO	COSTA RICA	SAN FCO CALIFORNIA U.S.A.	Psicoterapia de grupo y Psicodrama	H. Nac. Psiquiátrico
DRA. FLORA SOTO	COSTA RICA	= = = = =	= = = = =	H. Nac. Psiquiátrico
DR. ROGELIO ROJAS ACUÑA	COSTA RICA	= = = = =	= = = = =	Adaptación Social C.C
DR. CARLOS VIQUEZ CARVAJAL	COSTA RICA	= = = = =	= = = = =	H. Nac. Psiquiátrico C.C.S.S.
DR. FCO. ALVARENGA BIANCO	COSTA RICA	= = = = =	= = = = =	H. Nac. Psiquiátrico
DR. FCO. LEON RUCAVADO	COSTA RICA	BUENOS AIRES, ARGEN=	PSIQUIATRIA FORENSE	Corte Suprema de Jus- cia. Adaptación Soc

DR. MAX LEON HERNANDEZ	COSTA RICA	BARCELONA ESPAÑA	E.E.G.	Hospital Nac. Psiquiátrico
DR. JORGE RODRIGUEZ CALDERA	COSTA RICA	GINEBRA-SUIZA	Psiquiatría Infantil	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. CARLOS E. ZOCH SANNINI	COSTA RICA	MONTREAL-CANADA	Psicofarmacología	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. JOSE E. ACUÑA SANABRIA	COSTA RICA	NEW YORK-U.S.A.	ADOLESCENCIA	C.C.S.S.
DR. WALTER HERRERA AMIGHEPPI	COSTA RICA	NEW YORK.U.S.A.	PSICOTERAPIA	Hosp. Nac. Psiquiátrico. C.C.S.S.
DR. RAFAEL FCO. CALDERON G EI	COSTA RICA	OXFORD-INGLATERRA	CONDUCTISMO	Hosp. Nac. Psiquiátrico
DR. JORGE ECHEVARRIA MURRAY	COSTA RICA	ESCOCIA-GRAN BRETAÑA	Psicoterapia de Grupo	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO C.C.S.S.
DR. FERNANDO CARAZO FERNANDEZ	COSTA RICA	MONTREAL-CANADA	Psicoterapia de Familia	HOSP. NAC. Psiquiátrico C.C.S.S.
DR. ELIECER JIMENEZ C.	COSTA RICA	PARIS-FRANCIA	Psiqu. Infantil	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DRA. EUGENIA CHAVARRIA	LAUSANA-ITALIA	LAUSANA-ITALIA	PSIQ. INFANTIL	C.C.S.S.
DR. JUAN E. LARA HERRERA	COSTA RICA	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. ENRIQUE RUPHUY MORA	COSTA RICA	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. OSCAR M. LIZANO	COSTA RICA	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO Y SALUD MENTAL
DRA. OLIVA BRENES A.	COSTA RICA	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO

Dr. Manuel Nigro Borbon	COSTA RICA	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. HUGO SEGNINI SABAT	COSTA RICA 1974	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. GILBERTO VARGAS ANGULO	COSTA RICA 1974	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. GUILLERMO RAMIREZ CASTRO	COSTA RICA	MONTRÉAL CANADA	CONDUCTISMO 1974	C.C.S.S.
DRA. SOCORRO RODRIGUEZ	MEXICO I.G. MEXICO	CHILE	SALUD PUBLICA	MINISTERIO DE SALUD
DR. RAMON SUCCAR NUHRA	COSTA RICA	PUERTO RICO	PSIQ. INFANTIL	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. ENRIQUE NUÑO VARGAS	COSTA RICA	BARCELONA - ESPAÑA	PSIQ. INFANTIL	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. CARLOS MADRIZ JIMENEZ	COSTA RICA	=====	=====	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO C.C.S.S.
DR. WILLY HOFMAISTER TORRES	SAINT LOUIS MISSOURI. E.U.	SAINT LOUIS E.U.	PSIQUIATRIA INFANTIL	HOSP. NAC. PSIQUIATRICO
DR. OMAR RODRIGUEZ UMAÑA	BARCELONA-ESPAÑA	=====	=====	C.C.S.S.
DR. ARNOLDO BLANCO CASTRO	COSTA RICA	=====	=====	C.C.S.S.
DR. FRANCISCO BARRANTES CALLECHO	COSTA RICA	=====	=====	ADAPTACION SOCIAL Y C.C.S.S.
DR. LUIS ACEVEDO JIMENEZ	Cincinnati -Ohio Oklahoma. E.U.	=====	=====	C.C.S.S.

A N E X O N : I I

DR. JOAQUIN SAAVEDRA J.	VALLADOLID, ESPAÑA	=====	=====	C.C.S.S.
DR. BERNARDINO GUTIERREZ	MEXICO D.F. MEXICO	=====	=====	C.C.S.S.
DR. MARIO FLORES ORTIZ	MEXICO D.F. MEXICO	=====	=====	C.C.S.S.
DR. RODRIGO CARBALLO M.	COSTA RICA	=====	=====	HOSP. ALAJUELA
DR. NESTOR ZAMORA QUELADA	COSTA RICA	=====	=====	C.C.S.S. Y SALUD MENTAL
DR. JORGE PORRAS PANIAGUA	COSTA RICA	=====	=====	C.C.S.S. SALUD MENTAL
DR. ALVARO GARCIA ZUÑIGA	COSTA RICA	=====	=====	C.C.S.S.

=====

PSIQUIATRAS COSTARRICENSE EN EL EXTRANJERO

N O M B R E	LUGAR DE TRABAJO:	SUB-ESPECIALIDAD	PROBABLE	FECHA PROBABLE
DR. DAVID ROJAS NARANJO	Johns Hopkins Hospital Baltimora- Maryland	Psic. Infantil	Sí	Julio de 1978.
DR. PEDRO COTO LACAYO	Sheppard And Pratt Hosp.	Adolescentes	?	?
DR. ENRIQUE MADRIGAL	Saint Luke's Hospital New York	Psic. Infantil	?	Julio de 1978.
DR. ARNOLDO MORA	Universidad de Rockefeller	ALCOHOLISMO	?	?
DR. WALDO PARDO E.	UNIVERSIDAD NEW YORK	PSIQ. INFANTIL	?	1977 ?
DR. FCO MONTERO DECOCA	ESTADOS UNIDOS	GENERAL	?	?
DR. JOSE MARIA ALVARADO	INSTITUTO PSICOANALITICO DE BUENOS AIRES-ARGENTINA	PSICOANALISIS	?	?
DR. WALTER PEREIRA A.	La Salpetriere-Paris Francia	Niños y Adolescentes	SI	JULIO 1978
DR. M. VARGAS PARDO	BELGICA	NIÑOS	SI	1977
DR. ALEJANDRO FOZUELO	Mandsley Hospital Londres	PSIQ. GENERAL	SI	1977