

OPCIONES DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN COSTA RICA

DR. ALVARO GALLEGOS CHACON*

RESUMEN

Se hace una semblanza de Costa Rica en los últimos 400 años: su formación como nación, luego, su constitución como estado. Subsecuente a la independencia, y hacia la mitad del Siglo XIX se informa de los desarrollos médicos y psiquiátricos, en forma cada vez más detallada a partir de 1980, con el aporte estadístico del Hospital Chapuí, hasta 1974, y ahora con los datos, tanto del Hospital Nacional Psiquiátrico como de la Caja Costarricense de Seguro Social en cuanto a sus acciones psiquiátricas.

El crecimiento y el desarrollo del país, cuya meta ha sido la educación y la salud como derechos inalienables del ciudadano ha permitido, comparándolo con otros países en desarrollo, algunas acciones avanzadas en Salud Mental.

El Hospital Mental tradicional ha aumentado tanto sus admisiones como sus egresos, en una política de "puerta giratoria", controlando el crecimiento vegetativo de la población de crónicos, con la ayuda de la política de Consulta Externa a lo largo y ancho del país, así como el uso progresivo de los hospitales generales para el tratamiento de pacientes psiquiátricos, tal y como en los países desarrollados se hace desde 1950.

Se finaliza con un estudio sobre la población que sirve el Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia. Este muestra los porcentajes con que se usa dicho servicio, otros homólogos de la Caja Costarricense de Seguro Social y la práctica privada, lo cual completa la demostración de las opciones de tratamiento psiquiátrico que el costarricense tiene y usa.

SUMMARY

The options for psychiatric care are posed, based, first, in the frame of the historical back-ground of the Nation, and, afterwards, in the medical and psychiatric developments since 1980 till today.

It demonstrates that a developing country, whose main goal have been education and health as a people's right, has permitted, quantitatively a pretty good coverage in mental health actions.

The above mentioned coverage is shown by means of eight tables, as well as a last study from a General Hospital (Dr. R. A. Calderón Guardia Hospital) shows how the citizen uses the different options, including the private consultation.

Although, it is a well developed service for a Central American Country, the concentration of manpower in the metropolitan areas with its concomitant less coverage of the rural areas, claims for a fairer distribution of actions.

* Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Costa Rica. Jefe Servicio de Psiquiatría, Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia.

Entre los reinos que la Corona Española tuvo en ultramar, no hubo provincia, más pobre y olvidada, que Costa Rica. Cuando se produjo la independencia de España, que vino como un regalo de parte de la Capitanía General de Guatemala en el año 1821, la población de escasas sesenta mil personas, producto de varias mezclas, vacilaron en tomar la plena responsabilidad de ser una república o bien unirse a algunos de los nuevos imperios surgidos en el Continente, tal como el Mejicano de Iturbide o al de los Braganza en el Brasil.

El escaso número de pobladores, desprovistos de riquezas y nobleza de la Corte, parecía ser el punto débil del nuevo país, sin embargo vino a ser, con el paso del tiempo, la base de la cual emergió una culta, democrática y pacífica república.

La población es una mezcla de aproximadamente un tercio de Amero-indios, una muestra de africanos y un mayor componente de descendientes europeos, especialmente españoles. Los criollos parecen ser gallegos o andaluces, más que mestizos.

Poco después de la Independencia, la producción y la exportación de café aumentó, primero a Chile, luego a Inglaterra y Alemania, permitiendo al nuevo país establecer un comercio activo que se tradujo en un aumento de cultura y riqueza.

Durante la primera mitad del Siglo XIX, la Medicina en Costa Rica fue muy rudimentaria.

La campaña del tránsito contra William Walker, el filibustero norteamericano, provocó el advenimiento al país de médicos, especialmente cirujanos. De entonces, y publicada en el Harper's Magazine de New York hay una descripción, de 1858, del ala psiquiátrica que existía en el Hospital San Juan de Dios.

Desde esas fechas se hizo conciencia de la necesidad de crear mejor alojamiento para el enfermo mental. En 1885 pasó la ley de Creación de la Lotería Nacional para allegar fondos para la construcción de un "Asilo para los Locos". Después de mucho trabajo y esfuerzo, con asesores de Inglaterra, Alemania e Italia, el nuevo Asilo, al lado del Hospital General, se inauguró en 1890, con una capacidad para setenta y cinco pacientes.

El grupo dirigente del Asilo eran europeos en su mayoría, alemanes y británicos especialmente, venidos del Hospital Holoway de Londres.

El primer Director fue el doctor Maximiliano Bansen, de Silesia, quien se desempeñó por más de diez años. El segundo fue el doctor Teodoro H. Prestinary, costarricense de ascendencia alemana, graduado en Heidelberg. Las facilidades para la labor custodial eran excelentes: existía una

organización Prusiana, con celadores bien entrenados (González, 1979).

Con números de 1914, el Director informó: "El aumento de los enfermos mentales en Costa Rica es alarmante. De una proporción de 0.78 por mil en 1907 hoy día tenemos más del 1^o/o" – (Alvarado, 1915).

El cuidado de los bellos y grandes jardines, la lechería, una huerta y árboles frutales mantenían a un buen número de pacientes ocupados. Las enfermas cosían y cocinaban. Hacia 1930 la terapia ocupacional se organizó mejor, con los telares mecánicos y talleres para hacer escobas, felpudos, colchones, etc.

También se introdujeron nuevas armas terapéuticas, como la convulso-terapia de Von Meduna con Cardiazol endovenoso. El método de Sakel se añadió a los bromuros y el opio, que ya estaban en uso. Al final de la década de 1930, se inició el tratamiento completo: el doctor Quirós Madrigal, de Berlín, y el doctor González Murillo, de Barcelona. El último inició en 1945 los electroencefalografías. En 1947 se hizo la primera lobotomía pre-frontal.

A partir de 1930, el "Asilo" sufrió una serie de cambios. Pasó por un período de Sanatorio para convertirse en un Hospital Mental contemporáneo al final de los cincuenta. En 1952, se inauguró otro local para doscientos cincuenta pacientes crónicos en un área rural. Aún hoy día funciona el Sanatorio doctor Chacón Paut con trescientas sesenta y cinco camas.

Entre 1950 y 1960, el personal profesional aumentó con un psicólogo clínico, varias enfermeras profesionales, una de ellas con especialización en Salud Mental y tres trabajadoras sociales psiquiátricas. Desde esa plataforma y durante la siguiente década (1960–1970), se hicieron los siguientes logros:

- a) Se completó la evolución hacia un Hospital Mental, llevando el expediente médico a mayor eficiencia como reflejo de una mejor atención médica. Se introdujo la nota de ingreso, el examen mental y el examen físico así como la nota de egreso (epicrisis).
- b) Se adiestró mayor número de personas en las profesiones de Salud Mental.
- c) Aproximadamente por las mismas fechas, tímidamente se inició una Consulta Externa en el mismo Hospital, que creció rápidamente, como luego veremos.
- d) Hacia 1965, con el programa de Residentes de Psiquiatría ya en operación, acciones en Psiquiatría Social se iniciaron.
- e) Consulta psiquiátrica de enlace a otros hospitales (General de adultos y de niños; especializados como el

Antituberculoso) así como otros desarrollos comunitarios se fueron añadiendo.

A través de estos veinte años, los hechos mencionados han rendido los siguientes resultados:

1.— Adiestramiento de personal: de siete psiquiatras en 1962, hoy día sobrepasan los ochenta; se prepararon treinta psiquiatras más de los países vecinos, de América Central, y también de México y Ecuador.

El programa de Residencia es de tres años y frecuentemente los educandos son becados, especialmente por la oficina Sanitaria Panamericana.

También hay un programa de residencia en Psicología Clínica, para psicólogos a nivel de Licenciados. Este grupo, que ya es de unos veinte, tiene quince profesionales más en adiestramiento. Más de cuarenta enfermeras profesionales han tomado el curso universitario pos-básico en Enfermería en Salud Mental.

2.— Hasta 1960, prácticamente toda la existencia psiquiátrica había tenido lugar en el entonces, abarrotado Hospital Mental. De 1954 a 1961 había aumentado su población en un 64^o%, mientras que el crecimiento vegetativo de la población nacional había sido sólo el 28^o% en ese mismo período (González y al 1964). Esta tendencia llevó a las autoridades responsables, entre otras medidas, a construir un nuevo Hospital Mental, que se inauguró en el año de 1973.

La capacidad del nuevo hospital es alrededor de mil quinientas camas, aunque se le mantiene unas mil doscientas, con un índice ocupacional debajo del 80^o%.

El Sanatorio Dr. Chacón Paut, con un índice ocupacional del 10^o% sigue funcionando con trescientas sesenta y cinco camas para crónicos.

La evolución del Asilo Chapuí a su forma actual de Hospital Nacional Psiquiátrico puede caracterizarse en las tablas siguientes:

Tabla I: muestra once períodos de un año tomados al azar de estadísticas de casi noventa años. Presenta, durante las primeras cuatro décadas un remanente estable de un 50^o% de los pacientes atendidos que entraron en la categoría de "pacientes crónicos". En 1945 ya se nota un descenso coincidiendo con la adquisición de terapias biológicas ya mencionadas. Este remanente fue menor del 40^o%. De 1945 a 1965 con el uso de los antipsicóticos, el porcentaje remanente bajó a menos del 30^o% que permanecía en el Hospital.

Durante la última década, de 1970-1980, con el aumento de opciones asistenciales psiquiátricas, entre las que

se incluyen, además de novedades biológicas, la creación de consultas ambulatorias a lo largo y ancho del país, la existencia psiquiátrica en Hospitales Generales, etc., haciendo bajar la cifra de pacientes cronificados al 21.26^o% (Información del Departamento de Registros Médicos).

Otro indicador del uso actual del Hospital Mental puede verse en la Tabla II. Como en 1914, en 1955 el promedio de pacientes internados correspondía al uno por mil de habitantes del país. Un descenso gradual, hasta bajar del 0.6^o% se ve en 25 años (Información estadística de 1980 a 1980).

La Tabla III muestra otro interesante indicador: desde 1960 el número de egresados es superior o igual al de ingresos. Ambos aumentaron al cotejarlos con la población nacional (notas estadísticas 1890-1980). Es una muestra clara de la política de la "puerta giratoria", pues en 1980 el 70^o% de los ingresos eran re-admisiones.

Tabla I

NUMERO DE PACIENTES TRATADOS DURANTE EL AÑO Y REMANENTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

AÑO	TOTAL DE PACIENTES TRATADOS CADA AÑO	REMANENTE ABSOLUTO	REMANENTE %
1.891	158	66	41.77
1.907	279	160	57.35
1.915	446	242	54.26
1.929	772	395	51.17
1.945	1.517	593	39.22
1.955	2.634	945	35.75
1.960	3.283	1.089	33.11
1.965	3.877	1.158	29.86
1.970	5.794	1.358	23.43
1.975	5.659	1.258	22.23
1.980	6.011	1.278	21.26

Tabla II

NUMERO DE PACIENTES INTERNADOS COMPARADOS CON LA POBLACION NACIONAL

AÑO	POBLACION NACIONAL	PROMEDIO DIARIO DE PACIENTES INT.	PACIENTES POR CADA 1.000 HAB.
1.955	933.033	950	1.02
1.960	1.149.537	1.095	0.95
1.965	1.413.531	1.165	0.82
1.970	1.710.083	1.370	0.80
1.975	1.945.594	1.270	0.65
1.980	2.216.117	1.291	0.58

Tabla III

**INGRESOS Y EGRESOS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO
EN RELACION CON LA POBLACION NACIONAL**

AÑO	POBLACION NACIONAL	INGRESOS	INGRESOS Por 1.000 hab.	EGRESOS	EGRESOS por 1.000 hab.
1.955	933.033	1.787	1.92	1.698	1.82
1.960	1.149.537	2.193	1.91	2.194	1.91
1.965	1.413.531	2.693	1.91	2.719	1.92
1.970	1.710.083	4.339	2.54	4.436	2.59
1.975	1.945.594	4.470	2.30	4.401	2.26
1.980	2.215.117	4.717	2.13	4.733	2.14

En la tabla IV muestra un descenso progresivo hasta el 40% de la estancia promedio del paciente, pese a la existencia de un grupo importante de pacientes crónicos permanentes (Estadística 1890-1980).

A pesar de que el nuevo hospital psiquiátrico fue concebido como un Hospital Granja, se le agregó unas doscientas camas para agudos. El numeroso y bien entrenado grupo de profesionales que lo atienden sacan el mejor partido asistencial de esas condiciones.

Está localizado varios kilómetros al Oeste del Centro de la Capital, lo cual ha forzado, aunque en diversa medida, a hacer más asistencia psiquiátrica en el Hospital General. Ejemplo de los anterior es el Servicio con 28 camas que tiene el Hospital Dr. Calderón Guardia en el Este de la ciudad.

Los cambios en la estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico refleja no sólo los desarrollos que allí han sucedido, sino cambios en todo el país en cuanto a las acciones de Salud.

Esto ha sucedido como resultado de la orientación social de la Medicina, que en todos los aspectos, ha experimentado en Costa Rica. Sin embargo hay que hacer notar

que el grupo psiquiátrico fue pionero en el punto de vista y acción en la Comunidad. Esta orientación se inició desde 1965 como parte del programa de Pos-grado en Psiquiatría, produciendo resultados fructíferos, con una doble vertiente: desarrollar, en los educandos, el gusto a trabajar en provincias y áreas rurales, como ha ocurrido en doce hospitales tipo B y C. También, los colegas no psiquiatras desarrollaron la necesidad de la interconsulta y la aceptación del alienista, siendo los primeros en solicitar psiquiatras en sus ciudades y villas.

La descentralización de servicios psiquiátricos y su aumento medidos por el número de atenciones ambulatorias (Tabla V) y el índice por número de habitantes por consulta efectuada, muestran su incremento.

Costa Rica tiene un tercio de su población localizada en la forma "rural dispersa", y que depende para sus servicios de Salud en otra área rural más concentrada que representa también un tercio de la población nacional. El tercio remanente es el que corresponde al área metropolitana. La asistencia psiquiátrica no se distribuye de acuerdo a esa distribución de la densidad relativas de la población nacional. La Tabla VI muestra el aumento de atenciones en las áreas no metropolitanas hasta 1976. Para 1980 hay un des-

Tabla IV

**PROMEDIO DE ESTANCIA POR PACIENTE
SEGUN EL AÑO**

AÑO	ESTANCIAS	NUMERO DE PACIENTES TRATADOS	PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA POR PACIENTE.
1.955	254.951	2.643	96.46
1.960	308.795	3.283	94.05
1.965	333.327	3.877	85.97
1.970	407.664	5.794	70.35
1.975	330.778	5.654	58.45
1.980	339.397	6.011	56.46

Tabla V

**CONSULTA EXTERNA ANUAL COMPARADA
A LA POBLACION NACIONAL**

AÑO	NUMERO DE CONSULTAS	POBLACION NACIONAL	INDICE HABITANTES CONSULTAS EXTER.
1.963	10.931	1.381.779	126.41
1.965	22.832	1.413.531	61.91
1.970	38.967	1.710.083	43.89
1.975	90.225	1.945.594	21.56
1.980	127.859	2.216.117	17.33

Tabla VI

**INCREMENTO DE LA CONSULTA PSIQUIATRICA
EN AREAS METROPOLITANA Y NO METROPOLITANA**

AÑO	CONSULTA DEL AREA METROPOLITANA			CONSULTA DEL AREA NO METROPOLITANA			TOTAL	RATA DE CRECIMIEN. PORCENT.
	TOTAL	°/o	RATA DE CRECIMIEN ANUAL °/o	TOTAL	°/o	RATA DE CRECIMIEN. ANUAL °/o		
1.963	10.931	100.0	---	---	---	---	10.931	
			85.3					114.7
1.968	20.258	86.3	176.3	3.211	13.7	---	23.469	
						578.0		231.3
1.973	55.982	72.0	46.6	21.772	28.0	83.9	77.754	
								57.0
1.976	82.071	67.2	15.1	40.039	32.8	-16.6	122.110	
								4.7
1.980	94.465	73.9		33.394	-26.1		127.859	

Tabla VII

**SITIOS DE CONSULTA MEDICA DE LA POBLACION
DEL AREA DE ATRACCION DIRECTA DEL
HOSPITAL DR. CALDERON GUARDIA.**

TOTAL	HOSPITAL DR. CALDERON GUARDIA	OTRAS CONSUL. DEL SEGURO SOCIAL	PRACTICA PRIVADA
100°/o	54.3°/o	17.7°/o	28.0°/o

Tabla VIII

**DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
Y SITIO DE CONSULTA**

DIAGNOSTICO	HOSPITAL DR. CALDERON GUARDIA	OTRAS CONSUL. DEL SEGURO SOCIAL	PRACTICA PRIVADA
NORMAL	53.5°/o	55.8°/o	75.6°/o
NEUROSIS	39.6°/o	40.4°/o	22.0°/o
PSICOSIS	4.4°/o	---	2.4°/o
S.C.O. +	2.5°/o	3.8°/o	---

+ Síndrome Cerebral Orgánico.

censo. Se puede decir que un tercio de nuestras atenciones ambulatorias son para dos tercios de nuestra población (que es la rural), mientras que un tercio de la población, la del área metropolitana, recibe dos tercios de las atenciones. No hay duda de que es injusto y las autoridades responsables tienen que enfrentarlo y subsanarlo.

Los datos mostrados hasta ahora pueden resumirse así: el crecimiento y el desarrollo de un país, cuya meta principal ha sido la educación y la salud como derechos inalienables del ciudadano, ha permitido, en comparación con otros países. en desarrollo, algunas acciones avanzadas en Salud Mental.

El Hospital Mental tradicional, el cual es indispensable y muy útil, ha aumentado tanto sus admisiones como sus salidas, disminuyendo el crecimiento vegetativo de la población de crónicos, con la ayuda de la política de consulta externa descentralizada, en todo el país, así como el uso progresivo de los hospitales generales para el tratamiento de pacientes psiquiátricos.

Yendo a detalles más finos, mostraré donde y con quién el costarricense consulta sobre sus problemas médicos, así como en el área psiquiátrica.

El Calderón Guardia, Hospital General con quinientas camas, tiene un Servicio de Psiquiatría con treinta profesionales en Salud Mental. La Consulta Externa (Clínica Central) tiene un área de atracción directa de setenta y siete mil personas. El área de atracción indirecta (para hospitalización) es de casi setecientas mil personas y es atendida por otras seis unidades de Consulta Externa y hospitales clase B y C con psiquiatras.

El área de atracción directa fue estudiada, como un proyecto de campo, con setenta y tres estudiantes de Medicina del Curso de Propedeutica Psiquiátrica, con una muestra de más de trescientas casas. Entre las diferentes variables medidas presentaré unas pocas que, con reservas, pueden ser aplicadas, por lo menos, al resto del área metropolitana.

En cuanto a asistencia médica general, el 85^o/o de la población es "oficialmente" asegurada, de la muestra únicamente el 72^o/o usa el Seguro Social (Tabla VII).

La población que pertenece, geográfica y organizativamente al Hospital Dr. Calderón Guardia (100^o/o), pero sólo el 54^o/o lo usa; el 17.7^o/o va a otras consultas del Seguro Social. El 28^o/o va al médico privado, únicamente. Hay un rasgo muy costarricense: con educación y sin gritos, cada tico hace lo que le da la gana.

La población del área de atracción directa del Hospital es fuera de la norma en cuanto a pertenecer a clases media y alta. Más bien sorprende que el 72^o/o de este grupo de los Barrios Otoya, Amón, Escalante, Los Yoses, San Pedro de Montes de Oca, Etc. use las consultas del Seguro Social. Hay más aceptación del sistema de lo que se verbaliza.

El diagnóstico psiquiátrico de la muestra se hizo a través de una larga y estructurada entrevista. En caso de duda un residente de Psiquiatría evaluó al sujeto de la muestra.

Los resultados de los diagnósticos coincidieron con un estudio nacional hecho por el doctor G. Adis en 1968, en el cual las psicosis representaron el 2.9 (dos punto nueve) de la muestra, las neurosis el 38.7^o/o y la organización cerebral (epilepsia) fue el 2.2^o/o. Muy parecidos son nuestros hallazgos en esta muestra, usando las mismas categorías diagnósticas y considerando "normal" al que estuviese libre de psicopatología.

Cruzando el diagnóstico con "lugar de consulta", con tres posibilidades: consulta en el Hospital Dr. Calderón Guardia, en otra consulta del Seguro Social y, la tercera, consulta en práctica privada.

La distribución del diagnóstico cambió según la opción de consulta (Tabla VIII).

Ambos grupos que consultaron dentro del Seguro Social (ya fueren el Calderón Guardia u otra consulta) fueron

mentalmente "normales" entre el 53.5^o/o y el 55.8^o/o. En neurosis, los resultados fueron aún más cercanos: 39.6^o/o a 40.4^o/o. La psicosis está sobre-representada, probablemente por la proximidad geográfica del área de atracción, cumpliéndose una vez más el axioma del autor, que dice que "el número de consultas psiquiátricas es directamente proporcional a la agudeza del cuadro e inversamente proporcional a la distancia geográfica". Además, parece que el grupo con psicosis y sus familiares están satisfechos con los servicios que les brinda el Hospital Dr. Calderón Guardia y no buscan otras consultas de la especialidad dentro del Seguro Social; solamente con la práctica privada se compite.

En cuanto a los síndromes psico-orgánicos, hay una clara tendencia hacia otras unidades del Seguro Social. Puede relacionarse con la ausencia de Servicio de Neurocirugía en este Hospital hasta hace relativamente pocos años.

Llama la atención que aquel 28^o/o que usa únicamente práctica privada, de este grupo, el 75.6^o/o está libre de psicopatología, siendo bajas las cifras de neurosis y psicosis (la mitad y está ausente el síndrome cerebral orgánico. La relación dinero = pago privado por servicios médicos debe ser cierta. Pero dinero = felicidad y felicidad = salud mental, o sea más dinero = más salud mental es una moción poco científica.

La explicación mayor salud mental = mayor productividad económica = mayor libertad de escoger tratamiento (práctica privada) parece más plausible.

Es interesante señalar que entre los neuróticos, el paciente más difícil de complacer, sólo el 22^o/o consulta privadamente y el 78^o/o de la muestra acepta lo que la Caja Costarricense de Seguro Social les ofrece.

Las opciones de tratamiento que se han desarrollado en los últimos años parecen ser efectivas para lo menos al punto de detener la creciente, hasta 1960, población manicomial, aunque obvio que es necesaria una distribución más racional y justa de los recursos existentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado, C.F.: Informe Anual. Anales del Hospital San Juan de Dios. —Imprenta Alsina, San José, Costa Rica. (1915).
2. González, G.: Breve estudio histórico sobre el quehacer médico psicológico en Costa Rica. Editorial U.N.E.D., San José, Costa Rica. (1979).
3. González, G.A. Gallegos Chacón & J. L. Chasi: Proyecto para un Sistema Psiquiátrico Nacional. Junta de Protección Social de San José, Costa Rica. (1964).
4. Mariátegui, J. & G. Adis (editores): Prevalencia de Problemas de Salud Mental en Costa Rica. En *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, Buenos Aires. (1970).
5. Meagher, T. F.: Holidays in Costa Rica. *Harpers New Monthly Magazine*, No. 65, No. 66, No. 67, New York. (1859).