



**REVISTA COSTARRICENSE  
DE SALUD PUBLICA**

ASOCIACION COSTARRICENSE DE SALUD PUBLICA

MIEMBRO DE LA FEDERACION MUNDIAL DE ASOCIACIONES DE SALUD PUBLICA

**ASOCIACION COSTARRICENSE  
DE SALUD PUBLICA  
ACOSAP**

**JUNTA DIRECTIVA**

*Lic. Carmen C. Arroyo G.*

*Dr. Miguel Asís B.*

*Lic Ma. de los Angeles Hidalgo U.*

*Enf. Julia Guzmán*

*Lic. Flor Durán F.*

*Dra. María de los Angeles Morales V*

*Dr. Francisco Miralles C.*

*Lic. Leyla Garro.*

*Dr. Carlos Díaz Amador*

**DIRECTOR EJECUTIVO**

**Sumario**

Sarampión en Costa Rica. Evolución en el Siglo XX .....	1
Metodología para Estimar el Aborto Inducido en Costa Rica .....	7
El Consumo de Alcohol y otras Drogas en el Ministerio de Salud de Costa Rica .....	13
El Concepto Salud y Educación desde un Enfoque Social: Propuesta de un Modelo Descriptivo por Grupo de Edad .....	23
La Recreación Una Forma para Controlar el Estres .....	31
Un Nuevo Modelo de Atención Dental Pública .....	37
El Modelo Público de Odontología en Costa Rica .....	41

Los artículos firmados expresan la opinión de su autor y no necesariamente la de la Revista Costarricense de Salud Pública.-

## REVISTA COSTARRICENSE DE SALUD PUBLICA

### CONSEJO EDITORIAL

*Dr. Lenín Sáenz Jiménez.*

*Lic. Vilma Solano Brenes.*

*Dr. Leonardo Marraghello B.*

*Lic. Marta López H.*

*Lic. Leyla Garro.*

*Dr. Francisco Gólcher.*

### CONSEJO ADMINISTRATIVO

*Sr. Omar Arce Cedeño.*

*Lic. Flor Durán.*

*Lic. Fernando Herrera.*

*Lic. Merceditas Lizano.*

# EDITORIAL

Como parte importante de la política de ACOSAP, de mantener un intercambio frecuente de información con los interesados en las múltiples facetas de la salud pública, reanudamos la entrega de nuestra Revista, esperando mantener su regularidad en el futuro, después de superar una situación coyuntural que produjo una demora en la publicación del número anterior, por la que pedimos disculpas.

En el cumplimiento de esta política, en este año, a nivel nacional, cabe recordar, además de la publicación de la Revista, las charlas, cursos y conferencias que ha organizado la Asociación con distinguidos profesionales nacionales y extranjeros. Entre estas últimas actividades se destacó la participación de dos distinguidos médicos mejicanos, en una conferencia sobre "Modelos alternativos de Salud para Pueblos Indígenas" y en un "Curso de Medicina Natural.

También en relación con estos aspectos, es conveniente informar que ya se encuentra trabajando, activamente, una comisión, en la organización de una de las actividades de mayor impacto de la Asociación: el V Congreso Nacional de Salud Pública, cuyo tema será "La Salud como Producto Social".

También se ha proyectado ACOSAP en el campo internacional. Para honrar el nombramiento de "Enlace Regional para las Américas", que recibió de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, se está preparando para el buen desempeño de las principales responsabilidades que le corresponden en este campo, tales como: proporcionar informaciones básicas sobre actividades de las asociaciones regionales a la publicación oficial de la Federación, "WFPHA Newsletter"; participar en la coordinación de las actividades científicas que organicen en la Región la Federación y las Asociaciones Nacionales de Salud Pública; promover y asesorar en los países para el establecimiento de nuevas asociaciones multidisciplinarias de salud pública; y presentar un informe anual de actividades durante la Reunión Anual de Directores de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública.

Igualmente en relación con la proyección de nuestra asociación en el campo internacional, cabe destacar la invitación especial que giró la Asociación Canadiense de Salud Pública a dos miembros de ACOSAP, para que la representen en el V Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública a realizarse en Indonesia, del 4 al 8 de noviembre de 1994, así como en el taller, denominado "Partners Around the World II", organizado por esa Asociación, para diseñar mecanismos para fortalecer el funcionamiento y la comunicación entre las distintas Asociaciones de Salud Pública del Mundo.

Al revisar lo actuado en estos aspectos se confirma, una vez más, que la ACOSAP ya superó su infancia y su adolescencia, y ha entrado en su etapa de madurez. Ahora depende de nuestros asociados los logros que obtengamos en ella.

*Dr. Lenín Sáenz.*  
DIRECTOR

# SARAMPION EN COSTA RICA EVOLUCION EN EL SIGLO XX

Dr. Leonardo Marranghello B. <sup>1</sup>

## RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron, fundamentalmente, la búsqueda de los datos disponibles sobre morbilidad, mortalidad, medidas de control, factores restrictivos y éxitos en la evolución del sarampión en Costa Rica, desde 1905 hasta la fecha, y hacer el análisis epidemiológico respectivo.

La investigación se realizó durante los últimos años, revisando archivos, estadísticas y datos computarizados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, con énfasis en las últimas tres epidemias, y revisando la literatura y documentos, del país y de OPS.

Antes del inicio de los programas de inmunizaciones contra el sarampión, la enfermedad se presentó en forma de graves epidemias intervaladas por un período de varios años en la primera mitad del siglo y, desde 1951, hasta 1967, en forma de hiperendemia constante.

A partir de 1973, el control del sarampión tuvo un impacto extraordinario y las tres epidemias que se presentaron desde entonces fueron de proporciones limitadas, en contraste de la época pre-vacunación, aunque causaron gran preocupación entre las autoridades y la población, con amplia difusión y comentarios en los medios de comunicación.

## INTRODUCCION

Epidemiológicamente, el sarampión se caracteriza por su elevada tasa de ataque secundario y la rápida difusión de brotes epidémicos.

Antes del inicio de los programas de vacunación antisarampionosa, el sarampión fue una enfermedad común de la niñez y ya a los 20 años de edad el 90% o más lo habían padecido. Era endémico en casi todo el mundo, en particular en las áreas urbanas, con brotes epidémicos cada dos o tres años, al acumularse el número de susceptibles en las nuevas cohortes de nacimiento de cada año.

En Costa Rica, antes de 1967, cuando se inició la primera campaña masiva de vacunación antisarampionosa, la situación epidemiológica siguió los patrones antes mencionados.

Los logros en estas últimas décadas fueron muy

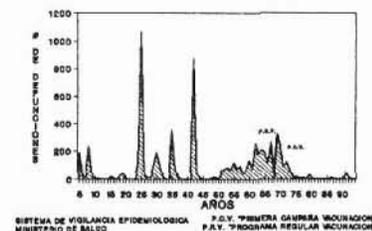
buenos, y en 1985 ya se pensaba en la total erradicación de la enfermedad.

Las últimas epidemias demostraron cuán difícil es el control de una enfermedad tan difusiva, que, sólo con una cobertura muy cercana al 100% de inmunización de los susceptibles y una estricta, ágil y eficaz vigilancia epidemiológica, puede llegar a controlarse efectivamente hasta lograr su erradicación, mediante vacunaciones intensivas y la detección y eliminación rápida de los focos de la enfermedad. Este es el propósito del programa de eliminación del sarampión a nivel centroamericano, que se espera lograr para 1997.

Hasta la segunda mitad de la década de los años 70, hubo un subregistro marcado en los datos de morbilidad del sarampión, por deficiencia en las notificaciones.

Por tal razón, hasta esa fecha es lógico analizar sólo los datos de mortalidad, que son más confiables, y contamos con la información de defunciones por sarampión de 1905 hasta 1993.

MORTALIDAD POR SARAMPION  
COSTA RICA 1905 - 1993



## MATERIAL Y METODOS

El sarampión es una enfermedad de reporte obligatorio. Las notificaciones en los últimos 15 años reflejan bien la situación epidemiológica con confiabilidad muy elevada. En el análisis de las últimas epidemias se revisaron y analizaron los datos obtenidos por medio de notificación, las variables relativas a distribución cronológica, geográfica, grupos de edad y mortalidad. Se identificaron las medidas de control aplicadas, los fac-

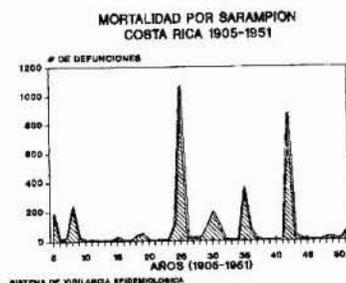
tores restrictivos y los resultados.

Hasta la década de los años setenta, hubo un subregistro importante de los datos de morbilidad. Ante tal deficiencia, se analizaron los registros de mortalidad por sarampión de la Dirección General de Estadísticas y Censo a partir de 1905.

## RESULTADOS Y DISCUSION

Antes del descubrimiento de la vacuna, la protección inmunológica contra el sarampión sólo podía lograrse al padecer la enfermedad.

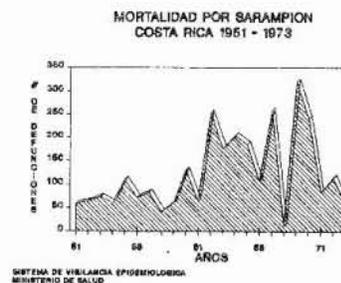
Analizando la mortalidad por sarampión de 1905 a 1951, se observa que en esos 46 años se presentaron nueve epidemias, de las cuales dos fueron sumamente severas, cuatro graves y tres de menor intensidad.



La mayor epidemia de sarampión de los últimos 89 años se registró en 1924 y 1925. De 1910 a 1923, en un lapso de 14 años, se habían presentado solamente pequeños brotes o focos y casos endémicos, por lo que el número de susceptibles que se había acumulado era muy elevado. La epidemia fue explosiva e intensa, y causó 1.166 defunciones: 106 en 1924 y 1.060 en 1925. En 1926, las muertes fueron solamente 18. La tasa de mortalidad específica por sarampión por 1.000 habitantes, en 1925, fue de 2,35, lo que es realmente impresionante si consideramos que, en 1992, la tasa de mortalidad general, por todas las causas, fue de 3,8.

La otra epidemia severa fue la de 1941, que causó 890 muertes por sarampión.

A partir de 1951, hasta 1973 el sarampión adquiere la característica de una hiperendemia constante con picos epidémicos.



De 1951 a 1961, la hiperendemia causó un número constante y elevado de casos todos los años, con dos picos epidémicos en los años 1955 y 1960, con 111 y 131 defunciones respectivamente.

De 1962 hasta 1967, la hiperendemia se volvió muy intensa y, en realidad, fue una verdadera epidemia prolongada por un período de seis años, que causó un gran número de defunciones: 1.190 en total.

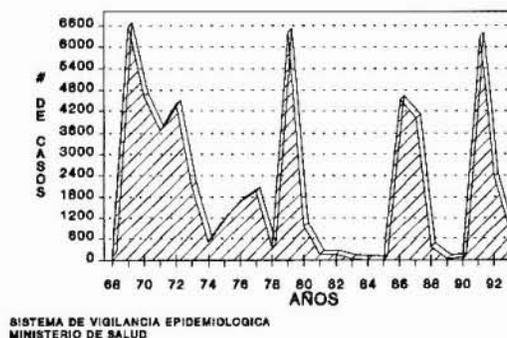
Poco después de haberse descubierto la vacuna contra el sarampión, e iniciarse su comercialización, para controlar la epidemia y reducir el número de muertes, **en 1967 el Ministerio de Salud organizó la primera campaña masiva de vacunación, con ayuda internacional y financiamiento extraordinario de parte del país.**

A nivel mundial, se estaba llevando a cabo el programa de erradicación de la viruela, y se aplicó al mismo tiempo vacuna de sarampión, vacuna antivariólica subcutánea e intradérmica, respectivamente, con el sistema de dermojet y, además, se administró la vacuna antipoliomielítica por vía oral.

La cobertura fue muy elevada, y se logró aplicar 209.833 dosis de vacuna de sarampión a niños menores de 10 años que no habían padecido la enfermedad: se evitó, de esta manera que estos 209.833 niños la padecieran. El impacto en el control de la epidemia fue extraordinario y en 1968 se registraron solamente 13 defunciones y se notificaron 111 casos de la enfermedad.

Nuevamente en 1969, el sarampión se volvió epidémico: se notificaron 6.599 casos y se registraron 322 defunciones. Es demasiado elevada la mortalidad registrada en relación con los casos reportados, lo que evidencia un considerable subregistro de morbilidad. La epidemia duró 3 años y al finalizar, en 1973, los casos notificados fueron 2.241, y las defunciones 61.

CASOS NOTIFICADOS DE SARAMPIÓN  
COSTA RICA 1968 - 1993



En 1979, diez años después, se notificaron 6.883 casos de sarampión y solamente se registraron 35 defunciones. Ya el registro de morbilidad había mejorado notablemente, y era confiable.

La aplicación de las vacunas se hacen más regulares a partir de 1973. Con los nuevos programas de Salud Rural y Salud Comunitaria se logra una mayor extensión de cobertura y un descenso sensible en la morbilidad y en la mortalidad, llevando directamente las vacunas a las casas de los habitantes de áreas rurales y barrios urbanos marginales.

De 1973 a la fecha se han registrado 3 importantes epidemias. De 1974 a 1978, el sarampión estuvo completamente controlado y se registraron solamente casos endémicos, que causaron un total de 50 defunciones.

En 1979 y 1980, por acumulación de niños susceptibles no vacunados, se presentó una nueva epidemia de sarampión, que no llegó a tener proporciones tan intensas de la época pre-vacunación, ya que el total de casos en dos años fue de 7.883, y las defunciones 42. Se llevaron a cabo vacunaciones intensivas y se aplicaron en los dos años 215.085 dosis de vacuna antisarampionosa. Así se logró controlar completamente la epidemia. En 1981, por primera vez desde 1950, no se registran defunciones por sarampión, y los casos notificados fueron solamente 170.

En la epidemia de 1979, se observó el patrón clásico de una enfermedad de mayor incidencia en los niños, sobre todo en los más pequeños.

En los menores de 5 años se registraron 3.741 casos, del total de 6.410 notificados, que representaron 58,4% de todos los casos. En adultos mayores de 20 años se notificaron solamente 345, eso es el 5,4% del total, y entre 15 y 19 años, fueron el 8%.

**La distribución geográfica por regiones fue la siguiente:**

REGION	No. DECASOS
1	3.095
2	1.560
3	689
4	533
5	512
Desconocido	21
<b>TOTAL</b>	<b>6.410</b>

Se intensificaron las vacunaciones antisarampionosas, y en 1979 se aplicaron 39.150 dosis más que el año anterior: esto representó un 52% de incremento en la aplicación de la vacuna. La epidemia mermó de intensidad en 1980: el total en casos notificados fue de 1.000 y las defunciones fueron 7, con una tasa de mortalidad específica por sarampión de 0,30 por 1.000.000 habitantes. En ese año, se aplicaron 100.915 dosis de vacuna.

En 1981 el sarampión estaba completamente controlado, con solamente 170 casos notificados y ninguna defunción.

La situación epidemiológica siguió mejorando. En 1984 los casos notificados fueron 5, y en 1985 solamente hubo un caso, en Tres Ríos. Ya la transmisión de la enfermedad estaba interrumpida y el caso aislado de Tres Ríos posiblemente ni siquiera fue sarampión, sino una fiebre eruptiva de otra etiología; si realmente fue sarampión, se trató de un caso importado sin casos secundarios autóctonos.

De 1981 a 1985, no se registraron muertes por sarampión. En 1986, se inició una nueva epidemia, que duró hasta 1988 y causó 8.815 casos y 16 defunciones; la primera defunción ocurrió el mes de mayo y otras 3 en junio. De los 4 fallecidos, 3 eran lactantes de 4,5 y 6 meses respectivamente y el otro, un niño de 7 años. Las defunciones en todo 1986 fueron 11. El mes de mayor incidencia fue octubre, con 718 casos. A partir de mayo, el incremento de la epidemia fue notable. En junio se inició una campaña masiva de vacunación antisarampionosa y hasta el 30 de setiembre se habían vacunado 160.280 niños. Al finalizar el año se había logrado aplicar 206.835 dosis. La epidemia empezó a declinar pero el control completo fue lento, a pesar de la vacunación masiva: el total de casos notificados en 1986 fue de 4.470 y en 1987, de 3.870. Ya en 1988, la epidemia estaba completamente controlada y los casos registrados fueron 358, y 33 en 1989.

Después de no presentarse casos desde agosto de 1985, en el mes de enero de 1986 se registraron 18, y al 30 de abril el acumulado del primer cuatrimestre fue de 58. Ya en el mes de mayo, los casos nuevos fueron 214 y el segundo cuatrimestre totalizaba 2.200; en el tercero fueron 2.278, con un total anual de 4.536.

Aunque la epidemia se inició en enero, no se tomaron inmediatamente medidas para controlarla y el atraso de 5 meses para la vacunación masiva fue determinante en su evolución prolongada.

**La distribución por provincia fue la siguiente:**

**MORBILIDAD POR SARAMPION  
CASOS REGISTRADOS, COSTA RICA 1986  
DISTRIBUCION POR PROVINCIAS**

PROVINCIA	No. DECASOS
San José	1.773
Alajuela	461
Heredia	337
Guanacaste	208
Cartago	355
Puntarenas	570
Limón	760
Residencia al exterior	36
Residencia no notificada	36
<b>TOTAL</b>	<b>4.536</b>

Al analizar la distribución por grupos de edad del año 1987, los menores de 5 años que enfermaron de sarampión fueron 1.573, con un porcentaje del 40% y de éstos, 598 fueron lactantes.

El grupo escolar fue menos afectado, con 810 casos de 5 a 14 años que representaron el 21% de los pacientes. En el grupo de edad de 15 a 34 años se presentaron 1.804 casos, que representaron el 47% del total.

Se evidencia ya el cambio en el patrón de distribución por edades del sarampión, que ya no es sólo una enfermedad de niños sino, en un porcentaje elevado, de adultos jóvenes. Esto explica el efecto no decisivo de la vacunación masiva, que fue dirigida a los niños.

En mayores de 35 años, el número de casos fue bajo, ya que la mayoría había padecido el sarampión en su infancia, cuando todavía no existía la vacuna anti-sarampiosa.

En el primer semestre de 1988 la epidemia cedió, y los casos registrados fueron 358. En el segundo semestre, el sarampión estaba bien controlado y se registraron solamente 250 casos. El año siguiente, fueron sólo 33 los casos confirmados.

En 1988, el grupo de edad más afectado fue el de menores de 5 años, con una tasa de 34,6 por cien mil niños de la misma edad, tasa 3 veces más elevada de la nacional, que fue de 11,9 por 100.000 habitantes. En los niños menores de un año se presentaron 63 casos, que representan el 47% de los pacientes menores de 5 años y la tasa fue muy elevada con 79 casos por 100.000 niños menores de 1 año. La segunda tasa más elevada fue la del grupo de 20 a 24 años: 18.6 y la tercera, de 11.1, en los adultos de 25 a 29 años.

A pesar de la elevada cobertura con vacuna Sarampión-Rubéola y Paperas, superior al 90% en niños de 1 a 4 años, y la aplicación de la vacuna Sarampión simple en lactantes de 6 meses a 1 año, se presentaron 133 casos en menores de 5 años, pero sin ninguna defunción.

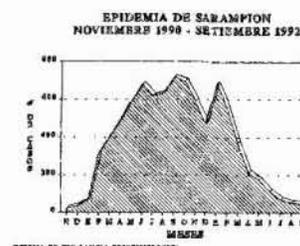
La distribución por sexo evidenció un porcentaje levemente mayor para el sexo masculino, con un 53% de los casos.

La región de salud que registró más casos fue la Central Norte, con 129 casos, que representan el 38% del total de casos registrados. La segunda con mayor número de casos fue la Central Sur, con 122. Estas regiones totalizaron 251 casos, eso es, el 74% de todos los casos.

La incidencia más elevada se registró en el cantón de Flores de la provincia de Heredia, en la Región Central Norte, con una tasa de 119 por 100.000 habitantes. Doce cantones registraron tasas superiores a 40 por 100.000 habitantes y de éstos, seis fueron de la provincia de Heredia.

En el año 1989, las notificaciones fueron pocas: 33.

La última epidemia se inició en la frontera norte, en el cantón de La Cruz, en el mes de noviembre de 1990, y en los Chiles, en el mes de diciembre; hasta octubre de 1990, se habían reportado 20 casos; después, el Sistema de Vigilancia en La Cruz fue muy efectivo y se detectó la introducción de la enfermedad desde el vecino país de Nicaragua, ya en los primeros casos, desde el 7 de noviembre.

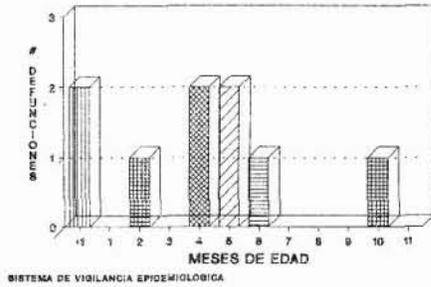


A principios de 1991, la epidemia se extendió en la Región Atlántica en Guácimo, Guápiles y Cariari, y paulatinamente a toda la provincia de Limón. El caso índice fue una niña de Guácimo que se había contagiado en Los Chiles y que, ya enferma, fue trasladada al Hospital Nacional de Niños. Llegó así el sarampión del Atlántico al Área Metropolitana. Al mismo tiempo, se registró en Escazú un caso de un paciente costarricense, que se había contagiado en Panamá, y otro caso secundario en su familia.

La epidemia se extendió paulatinamente a toda el Área Metropolitana, al valle intermontano y luego a todo el territorio nacional.

Desde los primeros casos, se observó que el patrón epidemiológico de distribución por edades se había invertido. El mayor número de casos se presentaba en adolescentes y adultos jóvenes. Había un número elevado de lactantes susceptibles ya desde los primeros meses de vida, por haber nacido de madre no inmunizada contra el sarampión. En escolares, se presentaron algunos casos en niños que se habían vacunado alrededor del año de edad. Con base en estas observaciones, la Dirección del Programa de Inmunizaciones, en el mes de febrero de 1991, solicitó a las altas autoridades del Ministerio de Salud que se extendiera el tope de edad para vacunar contra sarampión hasta los 30 años en las áreas epidémicas, y se revacunar a todos los niños a partir de los siete años.

DEFUNCIONES POR SARAMPION EN LACTANTES COSTA RICA 1991



## CONCLUSIONES

Hasta el descubrimiento de la vacuna antisarampionosa, en la década de los años 60, el sarampión era un problema grave de Salud Pública, sobre todo en los países no desarrollados, con elevadísima morbilidad e importante mortalidad.

En Costa Rica, se logró su control por medio de la vacunación con elevadas coberturas, a partir de 1973. La meta es la eliminación, para 1997, en todos los países de Centroamérica, y para el año 2000 en todo el continente americano.

Con la Aplicación de cerca de dos millones de dosis de enero de 1992 a octubre de 1994, en Costa Rica, y por medio de los programas regulares de vacunación y revacunación, esperamos eliminar el sarampión antes de 1997.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acosta Gómez, E. "Aspectos prácticos de la Vacuna contra el Sarampión". *Revista Médica IMSS*, 21 (3): 255-65-1983.
- 2.- Carrada Bravo, Teodoro. "El diagnóstico y prevención del Sarampión". *Boletín Médico Hospital Infante*, México, 40 (3) 201-6-1983.
- 3.- Cunha, Cristina Da., Castillo, Carlos. *Programa Ampliado de Inmunizaciones; avances en Centroamérica*. Organización Panamericana de la Salud. 1993.
- 4.- Marranghello, Leonardo. "Sarampión, Casos registrados en 1988". *Boletín Epidemiológico-Ministerio de Salud*, No. 11, San José, Costa Rica. 1989.
- 5.- Marranghello, Leonardo. "Inmunizaciones en Costa Rica". *Boletín Epidemiológico-Ministerio de Salud*, No. 2:2-8. San José, Costa Rica. Febrero, 1989.
- 6.- Ministerio de Salud, Departamento de Estadística. "Incidencia de casos de sarampión en Costa Rica en 1992. 1-15. San José, Costa Rica. Enero, 1993.
- 7.- Ministerio de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Inmunizaciones. *Documento de Archivos*, San José, Costa Rica. 1978-1994.
- 8.- Ministerio de Salud. "Enfermedades de Denuncia Obligatoria. *Decreto Ejecutivo No. 14496-SPPS*". 1-12. San José, Costa Rica. 29 de abril de 1983.
- 9.- Organización Panamericana de la Salud. "El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. *Publicación científica* No. 538 - XV Edición. Sarampión: 464-70. Washington D.C., 1992.
- 10.- Repetto, Guillermo; Borja, Salive; Saenger, Alberto; Pérez, Paulina. "¿Sarampión en el adulto: consecuencia no prevista de la vacunación?" *Revista Médica Chile*; 115-(11):1102-8.
- 11.- Rosentehal, S.R., Clements C.J. "Calendario de vacunación antisarampionosa en dos dosis" *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*. 117 (1):33-44. 1994.
- 12.- U.S. Department of Health and Human Service C.D.C. "Measles Prevention: Recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)" *MMWR*. 38 (S-9) Atlanta, Georgia, 29 de diciembre de 1989.

# METODOLOGIA PARA ESTIMAR EL ABORTO INDUCIDO EN COSTA RICA

Breda Muñoz Hernández <sup>1</sup>

## RESUMEN

Esta investigación fue realizada durante los meses de julio a setiembre de 1994. El objetivo fue plantear una metodología para estimar el aborto inducido en Costa Rica. Para ello, se recurrió a la base de datos referente a las complicaciones del embarazo por aborto, provista por el Departamento de Bioestadística de la CCSS. De la información suministrada se utilizaron variables sociodemográficas para estratificar la población femenina, según la percepción del embarazo como deseado o no deseado. Se utilizó la sintomatología reportada en los expedientes, y codificada de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se definieron tres categorías de aborto inducido y una de aborto espontáneo, de acuerdo con la sintomatología reportada, las variables sociodemográficas, y la percepción del embarazo como deseado o no deseado. Se estimó la tasa de aborto inducido y la razón de aborto inducido para el período 1984-1991.

## INTRODUCCION

Costa Rica es un país de gran tradición religiosa, situación que ha influido e influye todavía en la legislación vigente sobre el aborto.

El aborto inducido es considerado un delito en Costa Rica. Se castiga con prisión de seis meses a tres años, dependiendo del tiempo de gestación al momento del aborto. Únicamente no es punible el aborto inducido, que se realiza con el fin de evitar peligro a la salud y/o a la vida de la mujer (*Código Penal de Costa Rica*, arts. 119-122).

En el año 1991 se presentó un proyecto de ley ante la Asamblea Legislativa, propuesto por la Lic. Nury Vargas, por medio del cual se pretendía agregar un párrafo al art. 121 del *Código Penal*, que tipifica el aborto inducido. En el proyecto de marras, se proponía dejar impune el aborto llevado a cabo para terminar un embarazo producto de una violación o de un incesto. Este proyecto generó una gran polémica nacional. Se expusieron públicamente diferentes posiciones. Por un lado, los argumentos emanados de moralistas lo objetaban por considerar que atentaba contra la integridad

física del nuevo ser. Por otro, se defendió el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo y se trajo a colación las distintas secuelas que sufre una mujer de víctima de violación. Aunque este proyecto de ley no tuvo mayor trascendencia en el ámbito jurídico, permitió el cuestionamiento de la verdadera situación del aborto inducido en el país.

Debido a que la práctica del aborto inducido es ilegal en Costa Rica, éste se realiza en forma clandestina, de manera que únicamente salen del anonimato aquellas mujeres que, al sufrir algún tipo de complicación como resultado del proceso abortivo, acuden a un centro médico.

Según manifestaciones de funcionarios de la Oficina de la Defensoría de la Mujer a la prensa, varias mujeres que acudieron a esa Oficina, aseguraron que el precio de un procedimiento abortivo en el país oscila entre ₡ 30.000,00 y ₡ 100.000,00 (\$ 188 a \$ 625 al tipo de cambio vigente) (Minsky, 1991:7), dependiendo del lugar y de la experiencia de quien lo ejecuta.

El conocimiento y el acceso a los lugares donde se practican abortos inducidos, -considerando el costo económico- estratifica a la población femenina demandante según su clase socioeconómica, de tal forma que las de más solvencia económica tienen la posibilidad de tener un aborto inducido seguro e higiénico, usualmente, sin complicaciones.

Por otro lado, las mujeres que no poseen los recursos económicos para solventar los costos de un proceso abortivo realizado en condiciones higiénicas y por personal especializado, acuden, usualmente, a remedios caseros o a abortos realizados en condiciones poco higiénicas y por personal no capacitado. De esta forma, estas mujeres recurren a una gran variedad de métodos abortivos, los cuales oscilan desde el té de hierbas abortificantes, los masajes abdominales, hasta la inserción de catéteres o sondas de diferentes texturas en el útero (Fernández y otros 1991:14; Paxman y otros 1993:208). Con estos métodos abortivos se pretende romper el saco amniótico y producir contracciones uterinas, iniciando, de esta forma, la expulsión del producto

<sup>1</sup> Asociación Demográfica Costarricense. Apdo. 10203-1000. Fax: 231-4430.

de la concepción (Paxman, 1989:208). Una vez iniciado el proceso abortivo, las mujeres, usualmente, soportan los síntomas y las complicaciones calladamente, acudiendo a remedios caseros en primera instancia, y, posteriormente, a los centros médicos, cuando la gravedad de los síntomas las hacen temer por su salud y por su vida (Barreto y otros 1992:15-16 164; The Alan Guttmacher Institute 1994:19; Population Reports 1980:106).

El temor a la sanción legal y las presiones sociales, culturales y religiosas, hacen que la mujer, al acudir al centro médico con síntomas de sangrado vaginal, niegue vehementemente un aborto inducido, y por el contrario, aduzca una "pérdida" (Barreto y otros 1992:162), convirtiéndose, de esta forma, en una fuente intencional de error en el registro del diagnóstico médico. Ante esta realidad, al personal médico de los diferentes centros de salud se le dificulta distinguir entre aborto espontáneo y el inducido, solo con base en los diagnósticos de ingreso (síntomatología de las complicaciones del aborto observadas). Por este motivo, usualmente las pacientes tratadas por complicaciones de aborto engrosan los registros de aborto espontáneo o aborto no especificado (Singh y Wulf 1993:134). De existir sospecha de un aborto inducido, el médico debe notificar a las instancias legales pertinentes, para que realicen las investigaciones del caso y se levante causa penal contra la mujer, si fuere necesario.

De esta forma, la ilegalidad del aborto inducido provoca un subregistro del mismo y una notoria clasificación errónea del diagnóstico de ingreso y egreso por complicaciones (Singh y Wulf 1993:134), lo cual incide directamente en la sobreestimación de los abortos espontáneos (Barreto y otros 1992:162).

Un indicio del subregistro existente de abortos inducidos en el país, se observa en el Cuadro No. 1, donde se presenta el total de denuncias por aborto inducido en Costa Rica, en el período comprendido entre 1983 y 1993.

Los datos disponibles para las estimaciones del aborto inducido en Costa Rica se reducen prácticamente, a los egresos hospitalarios, los cuales abarcan indiscriminadamente ambas figuras: el aborto espontáneo y el inducido.

## **M**ATERIALES Y METODOS

La discriminación entre aborto espontáneo e inducido, basada únicamente en los diagnósticos de egresos hospitalarios, es difícil. Para distinguir entre ambas figuras es necesario el desarrollo de métodos indirectos, que involucran la consideración de otras variables (The Alan Guttmacher Institute 1994:22).

Primeramente, es necesariamente una evaluación de la cobertura de los servicios de salud locales. En el caso de Costa Rica, "los servicios hospitalarios son bastante accesibles a la población" (Sección de Bioestadística

1993:3). Por este motivo, se puede descartar la posibilidad de una sobrerrepresentación, en los Centros Hospitalarios, de mujeres provenientes de las zonas urbanas o de mujeres con complicaciones por aborto muy severas.

Este artículo presenta una metodología basada en la sintomatología, reportada en el diagnóstico de egreso de la mujer que emiten las distintas entidades hospitalarias del país. Otras variables consideradas son el estado civil, edad, ocupación, período de estancia hospitalaria, consideración del embarazo como deseado o no, número de consultas prenatales y números de semanas de gestación.

Esta metodología plantea criterios similares a los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (WHO) (WHO 1978:59).

La base de datos utilizada corresponde a los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto a nivel nacional, y cubre el período de 1984 a 1991. La información que contiene esta base de datos se transcribe directamente del expediente médico de la paciente a un formulario denominado Boleta de Egreso por Parto o Aborto, elaborada en la Sección de Estadísticas y Registro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. El proceso de transcripción es llevado a cabo por codificadores experimentados de la mencionada Sección de Estadísticas y Registro de Salud.

Varias hipótesis se asumen en la aplicación de esta metodología. Una de ellas es el supuesto de que las tasas de complicaciones son mayores para el aborto inducido que para el aborto espontáneo (Belsey 1989:49-50; Population Reports 1980:115). Las complicaciones más frecuentes para el aborto ilegal son la infección, la hemorragia, sepsis, el choque séptico y laceración de órganos pélvicos (González Merlo y otros 1985: 299; Paxman, 1993:208; Benson 1985:412; Hellman y Pritchard 1973:37; Barreto, 1992:164). obviamente, el grado de complicación depende, en gran medida, del método utilizado, y de las condiciones higiénicas en que el procedimiento se ha realizado.

Otro supuesto es que la gran mayoría de casos de complicación van a los Centro de Salud (Barreto y otros 1992:162), debido a la gran cobertura que estos tienen a nivel nacional (Sección Información Biomédica, 1993:03-06).

Finalmente, Se asume poca fluctuación en el subregistro de aborto inducido con respecto al tiempo y al espacio. Esto permite la identificación de un perfil de los grupos de mujeres con alto riesgo de aborto (Gaslonde, 1976:212).

Como se mencionó con anterioridad, el diagnóstico de la hospitalización se toma directamente del expediente clínico de cada paciente y es codificado utilizando la clasificación internacional de enfermedades. De acuerdo con la misma, los siguientes códigos comprenden los casos de aborto espontáneo e inducido: (OPS 379-381).

CODIGO	DESCRIPCION
632	Feto Retenido
634	Aborto Espontáneo
635	Aborto Inducido legalmente
636	Aborto Inducido ilegalmente
637	Aborto no especificado
638	Intento fallido de aborto
640	Aborto Incompleto

Los diagnósticos codificados 635 y 636 determinan claramente la clasificación de abortos inducidos. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los códigos restantes. Por ello, para la clasificación del diagnóstico se recurre a otro dígito, el cual hace mención a las complicaciones observadas por aborto. De esta forma, conociendo cada uno de los diferentes métodos abortivos y sus complicaciones, es posible tener una primera apreciación del número de abortos inducidos y de la incidencia del aborto ilegal, basados en el diagnóstico de egreso hospitalario.

Los códigos seleccionados por las complicaciones que describen son:

CODIGO	DESCRIPCION
.1	Complicado por hemorragia excesiva o tardía
.2	Complicado por trauma de los órganos y tejidos pelvianos
.5	Complicado por colapso circulatorio
.7	Complicado por afección específica
.8	Complicado por afección no especificada.
.9	Sin mención de especificación.

Otro aspecto importante por considerar es el conocimiento sobre la percepción del embarazo como no deseado y sobre la planificación familiar. Desafortunadamente, la boleta de egresos no recoge información sobre la práctica anticonceptiva de la mujer al momento del embarazo. Esta información está disponible, sin embargo, en los expedientes clínicos de la paciente. En cuanto a la información sobre embarazo no deseado, es posible utilizar los resultados de un estudio llevado a cabo por investigadores de la Asociación Demográfica Costarricense (Madrigal, Sosa y Gómez 1992). En el mismo se entrevistaron mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud estatales, por lo que las inferencias obtenidas son válidas para las mujeres que acudieron a los centros médicos estatales por las complicaciones de aborto, pues se trata prácticamente de un grupo de la misma población.

Utilizando los resultados de esta investigación sobre embarazo no deseado y los provenientes de la base

de datos de egresos hospitalarios, por complicaciones de aborto, es posible estimar la probabilidad de abortar el producto de la concepción, dado que el embarazo fue no deseado -condicionada en el hecho de que la mujer pertenece a determinado estado civil, que pertenece a cierto grupo de edad, que previamente ha concebido cierto número de hijos, a su ocupación y a las semanas de gestación- la cual se define:

**P [que el embarazo sea no deseado] \*P[abortar un feto].**

De esta forma, se estiman los embarazos no deseados según nivel socioeconómico (usando como únicos indicadores la actividad económica y ocupación), por edad, y por estado civil entre otros.

A continuación se muestra un esquema publicado por Thália Barreto y otros, que describe la población objeto de esta metodología, mujeres de estratos medio y bajo de Costa Rica (Barreto y otros, 1992:161). Entre estas mujeres se encuentran aquellas que, por su condición socioeconómica, acuden a métodos de aborto inducido, considerados de alto riesgo, cuyas complicaciones las obliga a internarse en los centros médicos.

#### MUJERES:

#### 1. SEXUALMENTE ACTIVAS EN EDAD REPRODUCTIVA

##### a- Mujer embarazada

##### a.1 Embarazo no deseado

- a.1.1 Aborto Inducido/Espontáneo
  - Complicaciones por aborto
  - Hospitalización
  - No Hospitalización
  - Sin complicaciones
- a.1.2 Continuación del embarazo

##### a.2 Embarazo deseado

##### b- Mujer no embarazada

#### 2. MUJERES SEXUALMENTE INACTIVAS O EN EDAD NO REPRODUCTIVA

La aplicación de la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud, se replantea aquí y genera los siguientes criterios de clasificación:

- DEFINITIVAMENTE UN ABORTO INDUCIDO, si el diagnóstico es 635 ó 636 ó 638, ó 634.2, ó 637.2, ó corresponde a alguno de los casos denunciados como aborto inducido ante los organismos judiciales competentes.
- PROBABLEMENTE UN ABORTO INDUCIDO, si el diagnóstico corresponde a los restantes códigos con segundo dígito .0, ó .1, ó .5, luego ajustar los totales al usar la probabilidad de abortar el feto, condicionado en que el embarazo fue no deseado.
- POSIBLEMENTE UN ABORTO INDUCIDO, si el diagnóstico corresponde a los restantes códigos, donde la mayoría comprende aquellos con segundo dígito .9, los totales son ajustados con la probabilidad de abortar el feto dado que el embarazo fue no deseado.

- ABORTOS ESPONTANEOS, aquellos que no clasifiquen en las anteriores categorías.

Posteriormente se realizó un ajuste considerando los casos de aborto inseguro, que no acuden a los Centros Médicos. Este ajuste se obtiene al considerar la alta accesibilidad de los servicios médicos a nivel nacional, el hecho de que las técnicas abortivas inseguras son las más comunes en el país, las estadísticas por complicaciones locales (Fernández y otros 1991:5) y la experiencia en otros países. Lo anterior sugiere que una de cada tres mujeres necesita hospitalización (The Alan Guttmacher Institute 1994:23) en el caso de las mujeres que presentan alguna complicación, y una de cada dos, para aquellas con complicaciones menores, donde el probable uso de antibióticos disminuye la posibilidad de infección grave, y son posiblemente clasificadas con los códigos: -a segundo dígito- .7, .8 y .9.

## RESULTADOS

Entre los principales resultados (Cuadro No. 2) se encuentra la estimación del aborto inducido -definitivo y probable- para los años 1984 a 1991.

Obsérvese en Cuadro No. 2 cómo la proporción correspondiente a la categoría "Definitivamente un aborto inducido" es muy baja en casi todo el período (excepto 1984), lo cual se justifica por la ilegalidad del aborto en Costa Rica, por la gran tradición religiosa del país y la probable decisión del personal médico que atendió el caso, ante la carencia de pruebas concretas, de no involucrar a la paciente en problemas legales.

En el Cuadro No. 3 se presenta la incidencia del aborto espontáneo para el mismo período. Se puede observar que las tasas más elevadas corresponden al período 1984-1988, donde por cada mil mujeres en edad reproductiva se efectuaron de 18 a 20 abortos inducidos, lo que sugiere, que para finales de 1994 se estiman 7.410 abortos inducidos.

## CONCLUSIONES

De los resultados de este estudio puede concluirse que el aborto inducido es claramente un problema de salud pública, y por lo tanto deben tomarse las medidas pertinentes para aliviarlo. Una de estas medidas debe ser la evaluación de la eficacia y la cobertura de los programas de Planificación Familiar, la cual no debe ser medida en base a los resultados de prevalencia de las Encuestas de Fecundidad.

Desde el punto de vista metodológico, estas estimaciones al estar basada en los registros de egresos hospitalarios, carecen del aporte de cierta información imprescindible, como es el conocimiento del uso de

algún método anticonceptivo al momento del embarazo, lo cual permitiría una mejor discriminación de las categorías. Para corregir este hecho, se recomendaría un estudio retrospectivo de una muestra de estas mujeres.

Un análisis de factores fue realizado y permitió concluir que las categorías preestablecidas estaban bien definidas.

Si bien esta metodología no cuantifica totalmente los abortos inducidos, si da una idea del total de abortos inducidos probable en Costa Rica. Este artículo no suministra algunos de los diferenciales obtenidos según variables sociodemográficas, los cuales pueden ser obtenidos mediante solicitud ante la autora.

**CUADRO No. 1**  
**DENUNCIAS POR ABORTO INDUCIDO**  
**EN COSTA RICA PERIODO 1983 - 1993**

AÑO	TOTAL DE DENUNCIAS
1983	28
1984	36
1985	31
1986	26
1987	18
1988	31
1989	15
1990	21
1991	34
1992	41
1993	33

FUENTE: Estadísticas de Causas Penales 1983 - 1993.  
Oficina de Planificación, OIj.

**CUADRO No. 2**  
**ESTIMACION DE ABORTO INDUCIDO Y**  
**ESPONTANEO, SEGUN CRITERIO DE**  
**CLASIFICACION (1984 - 1991)**

AÑO	ABORTO INDUCIDO			ABORTO ESPONTANEO
	DEFIN.	PROBA.	POSIBLE	
1984	105	381	6.283	3.869
1985	61	278	6.788	4.094
1986	71	242	6.545	3.972
1987	63	237	6.202	3.750
1988	73	212	6.722	4.022
1989	45	191	6.544	5.069
1990	48	172	6.376	5.002
1991	98	164	6.451	6.864

**CUADRO No. 3**  
**TASA DE ABORTOS<sup>1</sup> Y RAZON**  
**DE ABORTOS<sup>2</sup>**

AÑO	TASA DE ABORTOS	RAZON DE ABORTOS
1984	20.27	0.097
1985	21.30	0.092
1986	19.93	0.089
1987	18.40	0.087
1988	19.34	0.093
1989	18.26	0.089
1990	17.32	0.087
1991	17.22	0.089

<sup>1</sup> Número de abortos en un año por cada mil mujeres en edad reproductiva.

<sup>2</sup> Número de abortos en un año por cada mil nacidos vivos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barreto, T. Campbell, M.R. O. y otros, 1992 – investigating Induced Abortion in Developing Countries: Methods and Problems. *Studies in Family Planning*, 23 (2): 159-170.
- 2.- Belsey, M., 1989. – WHO studies differentiating between spontaneous and induced abortions. *The Population Council*, 8:49-53.
- 3.- *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 1968. Vol.1: Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica No. 353.
- 4.- *Código Penal de Costa Rica* Ley 4573 del 4 de mayo de 1970, arts. 119-122.
- 5.- Dirección Técnica Servicios de Salud, 1993. *-Estadísticas Generales de los Servicios de Salud*, 5C:1-6.
- 6.- Fernández, M., Cambronero M. y Peralta, F., 1991. -Aborto Provocado: Características del Procedimiento. (sin publicar) 16 pag.
- 7.- Gaslonde, S. S., 1976. -Abortion Research in Latin America. *Studies in Family Planning*, 7(8):211-217.
- 8.- Liskin, S. L., 1980. -Populations Reports: Complications of Abortion in Developing Countries, Series F, 7(7):107-155.
- 9.- Madrigal, J., Sosa, D., y Gómez, M., 1992. -El embarazo no deseado en Costa Rica, 150 p. *Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense*.
- 10.- Merlo, J.G. y del Sol, J. R., 1985. -Obstetricia, pp. 287-234, *México: Salvat Editores, S.A.*

- 11.- Paxman, J. M., Rizo, A., Brown, L. y Benson, J., 1993. -The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America, *Studies in Family Planning*, 24 (4):205-226.
- 12.- Singh, S. y Wulf, D. 1993. -The Likelihood of Induced Abortion Among Women Hospitalized for Abortion Complications in Four Latin American Countries, *Internacional Family Planning Perspectives*, 19:134-141.
- 13.- World Health Organization (WHO), 1978, *Technical Report Series No. 623:59*.

# EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA

*Julio Bejarano O. (\*)*

*Elda Zamora B. (\*\*)*

*Ana Lucía Sánchez V. (\*\*\*)*

*Olga Barrantes R. (\*\*\*\*)*

## RESUMEN

La temática del consumo de drogas y el medio ambiente laboral, tiene una importancia creciente, en virtud de que es en los trabajadores en quienes se encuentran algunas de las mayores prevalencias de consumo. Información nacional e internacional así lo confirma.

Con el objetivo de explorar algunos aspectos del fenómeno en el Ministerio de Salud de Costa Rica, se desarrolló un trabajo colaborativo entre dicha entidad y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, con el especial interés de definir, a corto plazo, acciones de tipo preventivo. Tal cometido fue posible mediante la selección de noventa y un informantes claves, que aportaron información acerca de mil setecientos setenta y un funcionarios, cifra que representa al 30% de la población institucional.

Si bien se encontró una baja prevalencia de consumo de drogas ilícitas (mariguana y cocaína), los resultados ponen de manifiesto una sensible problemática en relación con el abuso de bebidas alcohólicas, en la cual sobresale una significativa proporción de bebedores excesivos, ubicados mayoritariamente en el nivel central.

Asimismo, existe un sector de la población laboral que presenta importantes problemas psicosociales y de salud, relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas.

## INTRODUCCION

Desde inicios de la década anterior se conoce, bastante bien que en los varones de la población económicamente activa se concentran los porcentajes más elevados de bebedores excesivos y alcohólicos, en especial entre el grupo de funcionarios públicos, obreros no agrícolas y pequeños comerciantes.

En tal sentido, el Ministerio de Salud no es la excepción. Así lo han reportado, en forma aislada, diversas jefaturas, personal del servicio médico de empresa, la Sección de Relaciones Laborales, los departamentos involucrados en este estudio y otras unidades administrativas que han debido atender situaciones personales y laborales, vinculadas con el abuso de bebidas alcohólicas.

A inicios de los años ochentas, la prevalencia de bebedores excesivos era de 10% en la población mayor de 15 años; sin embargo, los valores porcentuales correspondientes a profesionales-técnicos, funcionarios públicos superiores y personal administrativo, eran del orden de 14.9% y 26.2%, respectivamente<sup>(16)</sup>, y las tasas de alcoholismo, de 8.7% y 8.9%, lo cual establece diferencias importantes. En las mujeres profesionales y técnicas se halló un índice de bebedoras excesivas, igual a 4%, en tanto que entre funcionarias públicas superiores y personal administrativo, de 2.2%.

Hacia 1990, el porcentaje de funcionarios del sector de los servicios, que bebían en exceso, fue de 15, cinco punto porcentuales por encima del promedio nacional, y la de alcohólicos de 12% (siete puntos por encima de dicho promedio)<sup>(14)</sup>.

Otro aspecto relacionado con lo anterior es la existencia de mayores problemas de consumo de drogas entre el personal de salud. En los últimos años, se ha informado con especial énfasis acerca del problema de ingestión en personal médico y paramédico<sup>(1,11)</sup>. Se ha

(\*) Psicólogo, Departamento de Investigación, Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Apartado 4494-1000, San José, Costa Rica, Tel.: 224-6122.

(\*\*) Psicóloga, Subdivisión de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica.

(\*\*\*) Trabajadora Social, Subdivisión de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica.

(\*\*\*\*) Psicóloga, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Costa Rica.

establecido que el personal de salud, por la naturaleza de su trabajo, estaría expuesto a mayores posibilidades de presentar consumo de drogas. Así, un estudio de 1986, efectuado en el Hospital San Juan de Dios<sup>(4)</sup>, reveló que la ingestión de alcohol está presente en el 81.3% de los profesionales y en el 70% del personal técnico y oficinistas.

Por otra parte, datos recientes de la Junta de Relaciones Laborales de la CCSS, revelan que en cuatro de cada cinco gestiones de despido, el factor ingestión de alcohol estaba presente<sup>(7)</sup>.

Este trabajo, resultado de la cooperación entre el Ministerio de Salud y el Departamento de Investigación del IAFA, tuvo por objetivo explorar la magnitud y algunas características del consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, en los funcionarios del Ministerio de Salud de Costa Rica, así como posibles factores asociados, para orientar el desarrollo de acciones de prevención y atención.

## ANTECEDENTES

La investigación nacional sobre la ingestión de alcohol y otras drogas en el medio laboral es incipiente; sin embargo, cabe suponer que el consumo de sustancias es percibido en términos de dependencia, con lo cual se excluyen las gradientes intermedias del fenómeno<sup>(17)</sup>. Así, tanto en el medio laboral como en otros contextos, los problemas de esta naturaleza se reconocen como tales, en el momento en que el sujeto deja el trabajo por la acumulación de conflictos asociados al consumo.

La tenencia de trabajo es un factor que se asocia con el consumo de sustancias legales e ilegales, según se ha establecido, tanto en el país como fuera de este<sup>(12,14)</sup> y el problema, como se mencionó antes, no se limita a la dependencia (adicción, alcoholismo) sino a los estadios previos, como el consumo habitual o excesivo, capaces de generar importantes efectos tanto en la salud del trabajador como en el sistema productivo. Desde un punto de vista numérico, el consumo ocasional y el abuso, son considerablemente superiores al de los casos de dependencia o a aquellos en los que el problema es más visible.

Según se estableció recientemente en un estudio del IAFA, las prevalencias de bebedores excesivos y alcohólicos fueron iguales a 26% y 4.2% en 59 empresas de las provincias de San José, Heredia y Cartago<sup>(22)</sup>. El primer porcentaje es superior al promedio nacional. Asimismo, otra investigación, efectuada en empresas pertenecientes a una firma transnacional<sup>(20)</sup>, permitió establecer una elevada ingestión reciente de alcohol y tabaco y un consumo de drogas ilícitas, que oscilaba entre un 1.1% y un 5.3%.

La ingesta excesiva de alcohol se considera fre-

cuentemente como una manifestación de los problemas psicosociales que se plantean en el trabajo. Además, las tradiciones culturales y las normas sociales contribuyen a que se manifieste.

Según se ha demostrado, desde inicios de los años setenta<sup>(13)</sup> el alcoholismo correlaciona con la carga de trabajo insuficiente o excesiva, la utilización inapropiada de los conocimientos y calificaciones del trabajador, así como la inseguridad en el empleo y las escasas oportunidades de participación.

Míguez, por su parte, confirma lo anterior, al señalar que el abuso de alcohol se da en los sectores donde se desarrollan actividades de mayor carga física y peligrosidad<sup>(17)</sup>.

En relación directa o indirecta con todo lo anterior, otro estudio demostró que una tercera parte de los empleados, que acudían a programas de ayuda al trabajador, lo hacía por problemas de depresión moderada, en tanto que un 16% por depresión severa, los cuales constituyen factores de riesgo para el abuso de alcohol y otras drogas<sup>(3)</sup>.

Las pérdidas en eficiencia, en días no laborados, o la presencia de accidentes de trabajo y otras variables, directamente relacionadas con la productividad, no son menos importantes; sin embargo, no han sido objeto de análisis profundos, tanto en el medio local como en el de la subregión latinoamericana. En cambio, en EEUU se conoce que del costo económico total por el abuso de alcohol, 46% corresponde a pérdidas en la producción, 30% a gastos médicos, 12% a accidentes de tránsito y el resto a otros factores<sup>(10)</sup>.

## MATERIALES Y METODOS

El presente es un estudio de tipo explorativo y de corte transversal, que hace referencia a los funcionarios del Ministerio de Salud ubicados en el nivel central y en las regiones Brunca, Central Norte, Central Sur, Chorotega y Huetar Atlántica.

Mediante informadores calificados, se recolectó información sobre 1771 funcionarios de las diferentes dependencias del Ministerio de Salud, los cuales representan un 30% de su población total, mencionados como personas que podrían presentar alguna de las variables estudiadas. En el nivel central se seleccionaron las unidades administrativas (departamentos o secciones) con siete o más funcionarios. Este criterio se empleó por razones fundamentalmente prácticas. En las Regiones programáticas se consideraron tanto las Oficinas Regionales como los Centros de Salud, con excepción de la Pacífico Central, Occidente, Huetar Norte y Central Este, en las cuales no se contó con los informantes requeridos.

Aún cuando se procuró obtener información sobre la mayor cantidad de funcionarios, el grado de re-

presentatividad de las Regiones fue diferente, pero en general aceptable, en vista de que los informantes opi-

naron acerca del 10% o más de los funcionarios de cada dependencia (Ver Cuadro No. 1).

**CUADRO No. 1**  
**DISTRIBUCION DE LOS INFORMANTES CALIFICADOS Y**  
**NUMERO DE FUNCIONARIOS A LOS CUALES HICIERON REFERENCIA**  
**MINISTERIO DE SALUD, 1993.**

UBICACION	INFORMANTES CLAVE	NUMERO DE FUNCIONARIOS REFERIDOS POR LOS INFORMANTES CLAVES.	TOTAL DE FUNCIONARIOS	PROPORCION DE FUNCIONARIOS REFERIDOS
NIVEL CENTRAL	54	756	1.706	44%
Chorotega	10	159	720	22%
Central Sur	5	112	945	12%
Central Norte	18	498	517	96%
Huetar Atlántica	2	38	378	10%
Brunca	9	208	554	37.5%
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>1.771</b>	<b>4.820</b>	<b>37%</b>

FUENTE: Subdivisión de Recursos Humanos, Departamento de Control y de Desarrollo de Personal.

La información se recabó mediante el concurso de 91 informantes calificados, según se aprecia en el Cuadro anterior, a los cuales se les aplicó un cuestionario que contempló la exploración de veintiseis variables sobre consumo de alcohol y otras drogas, así como su opinión acerca de las actividades que realizan o podrían realizar los funcionarios de cada dependencia, para favorecer su salud integral. Algunas preguntas sobre problemas asociados a la ingesta de alcohol permiten aproximarse a la magnitud e implicaciones que dicho consumo tiene en el ámbito laboral.

Los informantes eran jefes de departamento o sección, y se escogieron por el conocimiento que tienen del personal a su cargo. En las Regiones, fueron las trabajadoras sociales de los centros de salud y algunos informantes claves, que se consideraron pertinentes.

El procedimiento metodológico descrito se seleccionó con fundamento en las dificultades operativo-financieras que un estudio convencional, mediante auto-reporte, hubiera encontrado en el Ministerio. Además, en el momento en que se llevó a cabo el trabajo de campo, se efectuaba la planificación de la Reforma del

Sector Salud y el hecho de inquirir a los funcionarios sobre su hábitos de consumo de drogas hubiera generado desconfianza y, posiblemente, afectado la veracidad de la información.

Por otra parte, el empleo de informantes calificados es considerado como un procedimiento confiable y válido para recolección de información en el campo del consumo de sustancias<sup>(25)</sup>. En este estudio, la confiabilidad del instrumento, establecida mediante coeficiente alfa de Chronbach, fue de 0.86, el cual es indicativo de adecuada consistencia interna.

## RESULTADOS

### 1.- Consideraciones Generales:

El perfil de consumo actual de sustancias en el Ministerio de Salud se asemeja a la situación prevalente en otros grupos poblacionales, de modo que el alcohol ocupa el primer lugar, frente al "crack" o al clorhidrato de cocaína.

**CUADRO No. 2**  
**PREVALENCIAS DE CONSUMO ACTUAL DE DROGAS E INTERVALOS DE CONFIANZA EN FUNCIONARIOS**  
**DEL MINISTERIO DE SALUD SEGUN LA ESTIMACION DE INFORMANTES CALIFICADOS**  
**COSTA RICA, 1993**

TIPO DE DROGA	PROPORCION DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA *
ALCOHOL	81.6	79.8 - 83.4
TRANQUILIZANTES	1.18	0.6 - 1.6
MARIGUANA	0.56	0.2 - 0.9
COCAINA	0.22	**
"CRACK"	0.16	**

\* El denominador empleado es la población estudiada y el nivel de confianza de los límites igual a 95%.

\*\* Insuficiente número de casos para calcular intervalos con aproximación estadística a la distribución normal.

Dada la importancia que tiene la ingestión de alcohol, el Cuadro No. 3 permite apreciar a la población según su nivel de consumo. A diferencia del cuadro anterior, es este es posible destacar un mayor contraste

entre el consumo que se experimenta en el Ministerio y el hallado en otros contextos, como el nacional o el de la población juvenil<sup>(14)</sup>.

**CUADRO No. 3**  
**PREVALENCIA DE INGESTION ALCOHOLICA POR SEXO, SEGUN REGION.**  
**MINISTERIO DE SALUD, 1993**

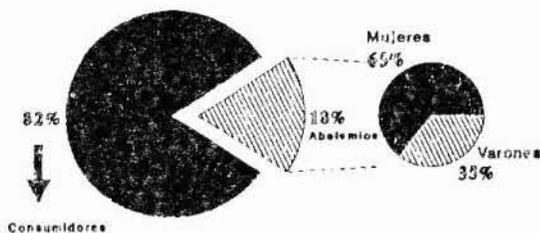
REGION	ABST.Y CUASI.		MODERADOS		EXCESIVOS		ALCOHOLICOS		EX-BEBEDORES		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nivel Central %	131 31	182 55	114 24	87 26	126 30	59 18	21 5	4 1.2	32 7.5	— —	424 332	
Chorotega %	57 65	66 93	17 19	5 7	5 5.7	— —	1 1	— —	8 9	— —	88 71	
Central Sur %	11 48	60 67	5 22	17 19	6 26	11 12	— —	1 1.1	1 4	— —	23 89	
Central Norte %	44 33	330 91	51 38	28 8	26 19	4 1	4 3	1 0.3	10 7	— —	135 363	
Huetar Atlántica %	10 55	13 65	3 17	5 25	4 22	2 10	1 6	— —	— —	— —	18 20	
Brunca %	63 45	58 87	16 11	4 6	38 27	5 7.5	7 5	— —	17 12	— —	141 67	
<b>TOTAL</b> %	<b>316</b> <b>38</b>	<b>709</b> <b>75</b>	<b>206</b> <b>25</b>	<b>146</b> <b>15.5</b>	<b>205</b> <b>25</b>	<b>81</b> <b>9</b>	<b>34</b> <b>4</b>	<b>6</b> <b>0.6</b>	<b>68</b> <b>8</b>	<b>—</b> <b>—</b>	<b>829</b> <b>47</b>	<b>942</b> <b>53</b>

## 2. Consumo de Alcohol:

El nivel de abstinencia de alcohol, sin considerar a los cuasiabstémios, es muy bajo. Al compararlo con los tres sectores productivos, de una muestra a nivel nacional en 1990<sup>(14)</sup>, resulta entre dos y tres veces menor.

Dicho nivel de abstinencia (18%) es igualmente bajo, si se contrasta con el hallado en una reciente investigación realizada con el personal de la Región Central Sur de la CCSS<sup>(23)</sup>, en el cual el porcentaje fue de 21%.

**Figura 1**  
Proporción de funcionarios consumidores y abstemios de alcohol y distribución por sexo  
Ministerio de Salud, 1993

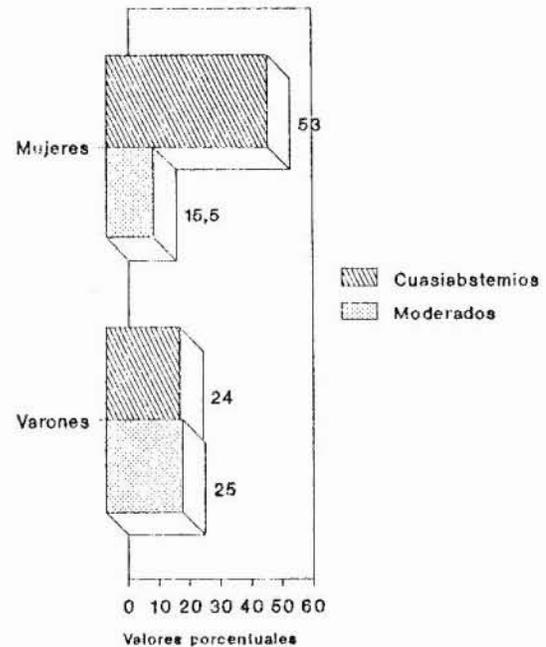


La proporción de sujetos abstinentes se eleva al considerar dentro de este grupo a los cuasiabstémios, es decir aquellos que consumen un o dos tragos de licor menos de cinco veces al año, los cuales representan a más de una tercera parte de la población. De esos funcionarios cuasiabstémios, la mayor parte son del sexo femenino (2.5 mujeres por cada varón).

La moderación en el beber, la cual se refiere al consumo inferior a 120 ml. de alcohol absoluto en el hombre (aproximadamente 8 tragos de destilado o cervezas), o 60 ml. para las mujeres, menos de dos veces al mes, agrupa a un 20% de la población. El análisis de la bebida moderada según el sexo revela que, entre los varones, el 25% bebe de esa manera, mientras que de las mujeres lo hace un 15.5%.

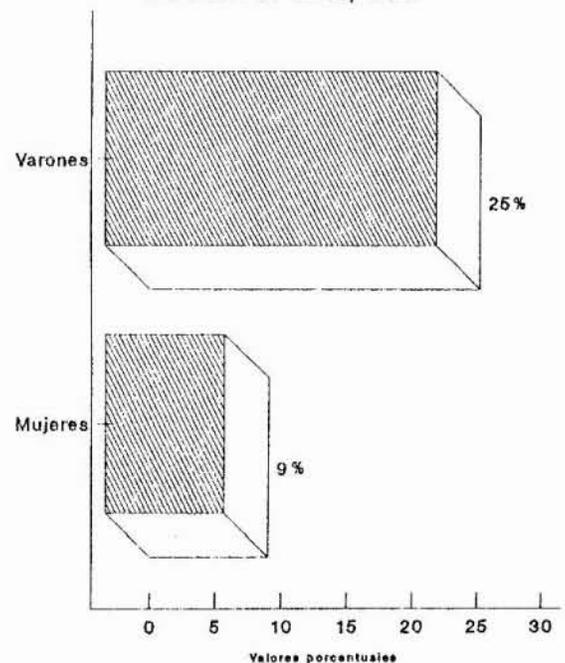
En la figura 2 se puede apreciar que esa diferencia se compensa al haber más mujeres cuasiabstémias, las cuales, al unirse a las abstemias, constituyen una mayoría.

**Figura 2**  
Individuos cuasiabstémios y bebedores moderados, según sexo. Ministerio de Salud, 1993.



La ingestión excesiva de alcohol, fenómeno de suma importancia en el ámbito del trabajo, por las implicaciones que conlleva, así como por el potencial preventivo existente, resultó elevada en esta investigación. Su prevalencia entre los varones es de 25%, en tanto que en las mujeres es de 9%.

**Figura 3**  
Proporción de bebedores excesivos, según sexo. Ministerio de Salud, 1993.



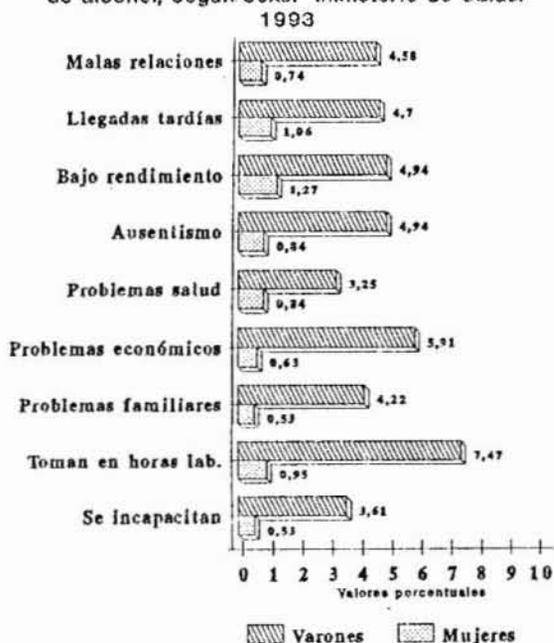
La prevalencia de bebedores excesivos en el Ministerio supera la hallada en 1979, en un estudio sobre consumo de alcohol en consultantes asalariados de la CCSS<sup>(6)</sup>, según el cual la prevalencia era de 12.8%, y se asemeja a los datos de la investigación efectuada en 59 empresas de las provincias de San José, Heredia y Cartago<sup>(22)</sup>.

En comparación con la población ubicada en los diferentes sectores productivos a nivel nacional, el abuso de las bebidas alcohólicas, en los varones del Ministerio, es muy superior. Algo similar sucede en el grupo femenino<sup>(2)</sup>.

La existencia de problemas mayores por el abuso de alcohol, le fue asignado de un 3% a un 7% de los funcionarios varones y a menos del 1% de las mujeres.

Según se puede observar en la figura 4, los indicadores más sensibles en varones fueron: tomar en horas de labores (7.4%), problemas económicos asociados a la ingesta (5.91%) y ausentismo (4.9%). Los restantes, también de importancia, agrupan a más del 3.2%. Estas cifras, aunque relativamente bajas, dan cuenta de un sector de individuos que genera importantes efectos en la productividad y eficiencia laborales y, al mismo tiempo, un grupo que debería beneficiarse de algún tipo de intervención.

**Figura 4**  
Funcionarios que experimentan problemas por el abuso de alcohol, según sexo. Ministerio de Salud, 1993



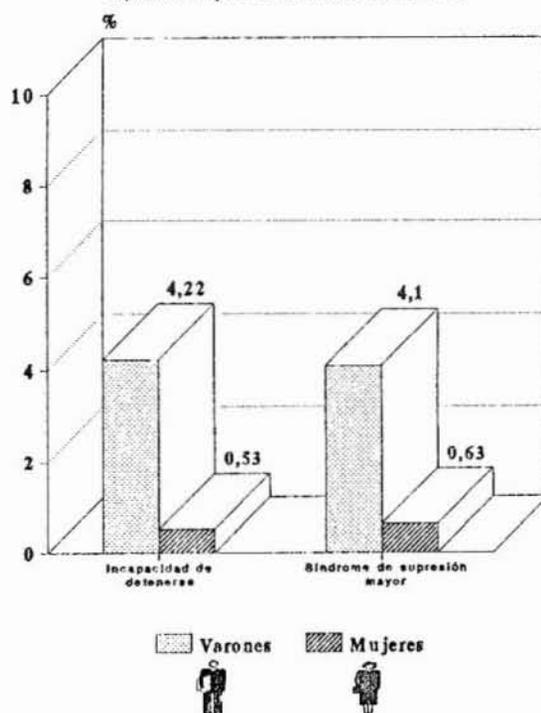
Nota: Muy probablemente cada sujeto mencionó más de un problema.

Según se ha establecido, el promedio de días de incapacidad, en varones costarricenses con edades entre 20 y 59 años, fue de 7.10 días al año<sup>(5)</sup>. Por otra parte, estudios foráneos<sup>(19)</sup> indican que los empleados que abusan de sustancias psicoactivas tienen un promedio de incapacidad dos o tres veces más alto que los que no lo hacen, y que algunos de ellos se alejan de sus trabajos 16 veces, más frecuentemente por motivo de enfermedad. Si se considera que en el Ministerio de Salud de Costa Rica el 4% de la población masculina se incapacita por problemas relacionados con el abuso de alcohol, y con base en lo antes citado, se establece que el promedio de incapacidad es de 21 días al año, el costo económico y socio-laboral es de proporciones considerables, que ameritan mayor exploración y atención por parte de las autoridades, en especial si se contemplan los otros problemas encontrados: bajo rendimiento, llegadas tardías, malas relaciones interpersonales y problemas familiares.

Aunque la presencia de estos problemas en la mujer es comparativamente muy baja, se está frente a una situación probablemente diferente a la prevalente en décadas anteriores.

Pese a que los indicadores y datos anteriores dan cuenta de una situación de alto riesgo de alcoholismo, la presencia de sujetos con incapacidad de detener la ingesta una vez iniciada, y en particular con síndrome de privación mayor, muestra una prevalencia de alcohólicos del 4%.

**Figura 5**  
Funcionarios con incapacidad de detenerse y con síndrome de supresión mayor. Ministerio de Salud, 1993



El porcentaje citado de alcoholismo es inferior al encontrado entre población trabajadora consultante de la CCSS<sup>(6)</sup>, y menor que el hallado en 1990<sup>(14)</sup>, entre funcionarios del sector de los servicios (12%) de Costa Rica. También es más bajo que entre los profesionales, técnicos y administrativos, según hallazgos de inicios de la década anterior<sup>(16)</sup>, en los cuales el porcentaje de dependencia del alcohol se situaba por encima del 8%.

Por otra parte, se detectó un 8% de varones exbebedores, es decir aquellos tomadores problema que tenían un año o más de no ingerir licor para evitar los problemas que se enumeran en la figura 4, e incapacidad de detenerse y síndrome de supresión.

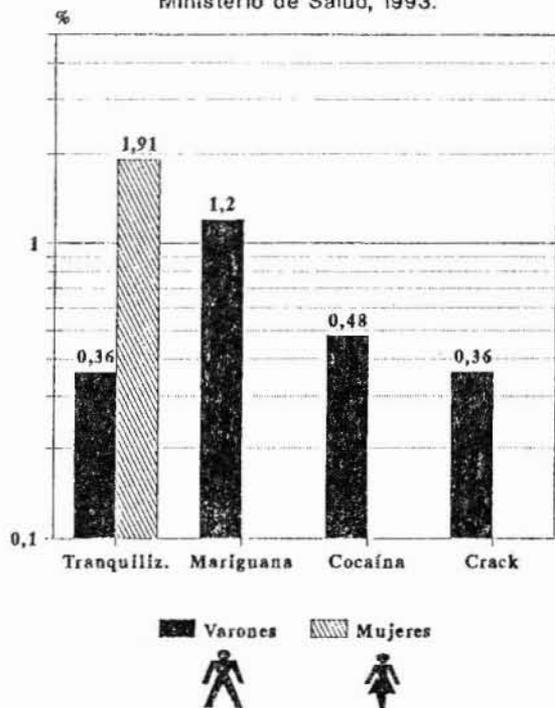
### 3. Otras Drogas:

El consumo de otras drogas (tranquilizantes, marihuana, cocaína y "crack") es bastante reducido, según el juicio de los informantes claves.

De esas sustancias, sólo en tranquilizantes se mencionó consumo femenino, en cuyo caso la prevalencia fue cinco veces mayor que en varones, según se puede apreciar en la figura 6.

Se reportó consumo de marihuana en diez sujetos, cocaína en cuatro, "crack" en tres y otras drogas en uno.

**Figura 6**  
Funcionarios que consumen otras drogas, según sexo  
Ministerio de Salud, 1993.



La prevalencia estimada de consumo actual de tranquilizantes es menor que la encontrada en funcionarios de la Región Central Sur de la CCSS, la cual se estableció en 15.4%<sup>(23)</sup>.

Al comparar los datos de consumo de marihuana y cocaína con los de consumo actual de esas drogas en la Región de la CCSS antes citada, se tiene que en el Ministerio el consumo de marihuana es 4.5 veces mayor, en tanto que el de cocaína 2.5 veces. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, dado el reducido número de casos en ambas instituciones.

## DISCUSION

La presente investigación permite poner de relieve la existencia de un importante problema de consumo de alcohol, en el cual sobresale una significativa proporción de bebedores excesivos. La mayor parte de ellos se ubica en el nivel central.

Al considerar, tanto al grupo que bebe en exceso como aquellos que lo hacen moderadamente, se tiene que la población en riesgo se multiplica de modo importante. Existe, al mismo tiempo, un sector menor, aunque relevante, de la población laboral del Ministerio, que presenta problemas económicos, sociales y laborales relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, situación que lleva, necesariamente a cuestionar las razones que contribuyen a generar este tipo de problemas.

Es posible establecer que en algunos sectores de la institución existe un ambiente que favorece y estimula el consumo y el abuso de alcohol, y cabe preguntarse acerca de las acciones que se desarrollan frente a la proporción de individuos que presentan ausentismo, llegadas tardías y consumo en horas laborales.

Vale considerar también el tema del estrés asociado con las situaciones laborales cotidianas. En este sentido, cuando dichas condiciones de trabajo y los factores humanos están en equilibrio, se generan sentimientos de confianza en el servidor, aumenta su motivación, la capacidad de trabajo, la satisfacción en general y se fomenta la salud. Un desequilibrio entre las oportunidades y las condiciones ambientales, produce reacciones diferentes, generalmente adversas, entre las que se encuentra el abuso de alcohol. Sobre este particular, un estudio sobre clima organizacional, desarrollado recientemente en el Ministerio (9), permitió determinar que no existía un clima laboral adecuado en las oficinas centrales del Ministerio. En la presente investigación, cerca de un 40% de los informantes clave estimó que los funcionarios del Ministerio no realizaba ningún tipo de actividad en favor de su salud y más de una tercera parte consideró que debían desarrollarse actividades de recreación.

Otro factor que también puede explicar el consumo y principalmente el abuso de alcohol, es la ausencia

de percepción social de la embriaguez, es decir, la imposibilidad de visualizar como problema el tomar en forma excesiva y las implicaciones que esto genera. Existe un patrón de tolerancia social con respecto a la ingesta excesiva que tiende a justificarla. Esto explica, en gran medida, la aparente apatía e indiferencia institucional frente a los problemas que genera el abuso de alcohol (citados en la Figura 4) y justifica la carencia de medidas de intervención adecuadas a dichos problemas.

Preocupa el hecho que la población en estudio, y en especial el amplio grupo de bebedores excesivos, pueda carecer de los conocimientos y las actitudes acerca de los riesgos que enfrentan, lo cual acarrearía mayores consecuencias negativas, tanto personales como socio-laborales que, por ende afectarían el funcionamiento institucional.

La presencia de un importante número de mujeres bebedoras excesivas, plantea varias preguntas. Debe explorarse, entre otros factores, el papel de la doble jornada laboral, la inserción femenina en ambientes cada vez más competitivos, la exposición a una publicidad que trastorna valores y costumbres y los altos niveles de estrés que resultan al tener que desempeñarse eficientemente en el mundo público y privado. La falta de percepción social, enunciada en párrafos anteriores, estaría contribuyendo a aumentar su vulnerabilidad hacia el desarrollo de mayores problemas, tanto relacionados con el consumo mismo, como fisiológicos y psicosociales.

Si bien el consumo de otras drogas no alcanza la importancia que tiene la ingestión de alcohol, es un tema que no debe descuidarse y requiere ser considerado integralmente en cualquier programa preventivo.

El desarrollo de un programa preventivo dentro del Ministerio debe plantearse como una prioridad. La entidad puede asumir la responsabilidad de atender el problema de consumo de alcohol, mediante la creación de una instancia educativa, que no solo busque la generación de conciencia y desarrollo integral del trabajador, sino que, a su vez, permita la determinación de las condiciones laborales requeridas para un mejor desempeño.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baptista, J. and Uzcátegui, E., "Substance abuse among resident doctors in Venezuela" *Drug and Alcohol Dependence*, 32, 1993, (127-132).
- 2.- Bejarano, J. y Carvajal, H. "Consumo de drogas en la mujer costarricense". *Revista de Ciencias Sociales*, 1994, EN PRENSA.
- 3.- Blum, T. and Roman, P. "A description of clients using employee assistance programs", *Alcohol Health and World Research*, 16, (2), 1991. (120-128).
- 4.- Cárdenas, G. y Mora, E. *El alcoholismo y la participación del orientador en la población laboral del Hospital San Juan de Dios, San José*, C.R.: UNA, Tesis, 1986.
- 5.- CCSS. *Estadísticas de la CCSS, 1992*. San José, C.R.: CCSS, Set. de 1993.
- 6.- *Ingesta de alcohol en pacientes de consulta externa de la CCSS*, San José, C.R.: CENDEISSS, 1979.
- 7.- CCSS-IAFA. *Taller para la elaboración del plan de acción para la prevención de consumo de alcohol y otras drogas en los trabajadores de la CCSS*, 2 de marzo de 1993.
- 8.- Cook, A. "Drug use among working adults: prevalence rate and estimation methods", *Drugs in the Workplace*. NIDA Research Monograph Series, 91, 1989, (17-32)
- 9.- Dirección Desarrollo de Sistemas, Ministerio de Salud, *Clima organizacional*, Inédito, 1993.
- 10.- Feldam, S. "Enfermedad mental y economía" *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98, (3), 1985, (201-208).
- 11.- Félix, L. "Patrón de ingesta de alcohol en médicos y enfermeras del Hospital Padre Bellini de la Ciudad de Santo Domingo", *Revista Hogar CREA Dominicano*, 1, (2), 1992, (27-32).
- 12.- Gust, G. and Walsh, J. Eds. *Drugs in the workplace: Research and evaluations data*. NIDA Research Monograph 91, 1989.
- 13.- Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo. *En factores psicosociales en el trabajo*, Ginebra, SUI: OIT, 1984.
- 14.- Jiménez, F. y Bejarano, J. *Estudio Nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas*, San José, C.R.: IAFA, 1991.
- 15.- Madrigal, E. "Patrones de consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer", *Genero, Mujer, y Salud en las Américas*, Publicación Científica No. 541, OPS, (163-167).
- 16.- Míguez, H. "Prevalencia de los niveles de ingestión de alcohol en Costa Rica". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 95, (5), 1983, (451-460).
- 17.- *Uso de sustancias psicoactivas en el medio ambiente laboral. Aportes de una metodología participativa*, Buenos Aires, ARG.: Fundación Cedro, 3, 1990.
- 18.- *Consideraciones acerca de la ingesta de alcohol en Costa Rica*, San José, C.R.: INSA, 1980.
- 19.- Ministerio del Interior de Chile, *Seminario-Taller: Prevención del consumo indebido de droga en el ámbito laboral*, Santiago, CHI.: MD Impresores, 1993.

- 20.- Numar-Pride. Prevalencias de uso de drogas en diferentes compañías, MIMEO, 1990.
- 21.- Parker, D. and Hartford, T. "The epidemiology of alcohol consumption across occupations in the USA". Alcohol Health and Research World, (2), 1992, (97-105).
- 22.- Regueyra, G. y Valverde, R. "Programa de prevención del alcoholismo en el medio laboral" Revista Costarricense de Trabajo Social, 1 de Oct. 1991, (42-47).
- 23.- Villalobos, R. Características del consumo de sustancias psicoactivas en el personal de la CCSS: Región Central Sur, 1993, San José, C.R.: Universidad de Costa Rica, Tesis SEP, 1994.
- 24.- Vindas, R. Factores psicosociales y estrés en el trabajo, San José, C.R.: Consejo de Salud Ocupacional, INS, sf.
- 25.- Wallace, J. and Bachman, J. "Validity of self-reports in student-based studies on minority populations: Issue and concerns", NIDA Research Monograph Series, 130, 1993, (167-200),

### **AGRADECIMIENTO**

AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y A LOS INFORMANTES CALIFICADOS, POR LA COLABORACIÓN BRINDADA AL SR. FEDERICO UGALDE M. POR SU APORTE EN MATERIA DE ESTADÍSTICA.

# EL CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL: PROPUESTA DE UN MODELO DESCRIPTIVO POR GRUPOS DE EDAD

Flora Isabel Pérez Gutiérrez <sup>1</sup>

Amalia Rodríguez Herrera <sup>2</sup>

## RESUMEN

Este artículo ofrece una explicación sobre el concepto de salud, interpretado desde el enfoque psicosocial. Establece lineamientos teóricos para comprender de una manera integral los diagnósticos de las enfermedades, la interpretación psicodinámica del síntoma, la educación del paciente respecto de su enfermedad y la relación del profesional en salud con su objeto de estudio. Hace un recorrido por las diferentes etapas del desarrollo humano (niñez, adolescencia, adultez y vejez), analiza las características diferenciadoras de cada una, desde el binomio salud-enfermedad. Se enfatiza en la creación de programas preventivos, tanto en la educación como en la planificación de la salud.

## INTRODUCCION

La articulación de las ciencias sociales con las ciencias médicas, nos ha parecido interesante para lograr una visión más totalizadora y global, sobre el ser humano y su medio. El estar sano o enfermo, tiene múltiples implicaciones desde la persona que consulta, el profesional que lo atiende; así como su mundo de interrelaciones afectivas, sociales, laborales. Consideramos además, desde la perspectiva psicológica, que la teoría psicoanalítica puede ser un valioso aporte en esta profundización del tema; pues integra lo biológico, lo psicológico y lo social.

Recogemos una síntesis sobre críticas hechas a la atención médica tradicional, fundamentadas en puntos demostrados: a) "Históricamente la mayor parte de las reducciones en las tasas de mortalidad han resultado de intervenciones no médicas, tales como las inmunizaciones, el saneamiento y el mejoramiento en el nivel de vida. b) Muchas de las primeras causas de muerte (accidentes, violencia, enfermedades cardiovasculares) vida y hábitos personales. c) La excesiva confianza en el poder curativo de la medicina ha llevado en ocasiones a una sobre-utilización de servicios de mínimo beneficio o de comprobada iatrogenia". (13)

Estos planteamientos nos han motivado a estudiar y profundizar en la atención, que se le debe dar a la salud-enfermedad, y en las vías que deberán seguir los programas de educación para la salud.

En este artículo intentaremos explicar: 1.- ¿Como ocurren las interacciones mente-cuerpo? 2.- Aspectos psicosociales que determinan, en cada uno de los grupos etarios, la conformación vivencial del proceso salud-enfermedad. 3.- A manera de conclusión incluiremos propuestas para promover una atención integral del ser humano en los servicios de salud, con énfasis en la planificación, la investigación y los programas de capacitación, que deberían seguir los profesionales que atienden estos servicios.

### 1 - ¿Como ocurren las interacciones mente-cuerpo?

El sujeto es una unidad biopsicosocial en la cual convergen condicionantes ambientales de muy diversa índole y su naturaleza dinámica le permite interactuar con ellos, esto nos obliga a enfocar el binomio salud-enfermedad desde las múltiples variables que lo condicionan y lo definen (variables, biológicas, antropológicas, psicológicas, histórico-culturales).

Creemos que el punto de vista biológico no es el único, ni necesariamente el mejor, para explicar la enfermedad. Se trataría de poder hacerlo y darle atención utilizando el análisis y los aportes de todos los componentes citados, la exclusión de uno solo podría ser la variable que explique las enfermedades recurrentes, la sustitución de síntomas o la prolongación de recuperaciones.

Desde los aportes de la Psicología del Desarrollo, analizaremos cómo construye y se apropia el ser huma-

<sup>1</sup> Licda. Flora Isabel Pérez Gutiérrez, graduada como Licenciada en Psicología en la Universidad de Costa Rica. Profesora de cursos de desarrollo humano y psicología educativa. Investigadora en el área de desarrollo en la Universidad de Costa Rica. Dirección: Apdo. 363-2050, San José.

<sup>2</sup> Licda. Amalia Rodríguez Herrera, graduada en Filosofía y Letras (especialidad en Psicología) en la Universidad Complutense de Madrid. Profesora de la Universidad de Costa Rica. Se especializa en temas de desarrollo, aprendizaje y educación. Dirección: Apdo. 500 Alajuela.

no, desde pequeño hasta la vejez, de los simbolismos representados en estar sano o enfermo.

El funcionamiento del cuerpo se asocia con el concepto del placer y del displacer, es posible para nosotros recordar situaciones donde unamos experiencias con el cuerpo en cualquiera de estos polos. Podemos señalar que cada uno de nosotros posiciona en un lugar neurótico el síntoma corporal. Se "busca" la forma de enfermarse, y se localiza en alguna parte de nuestro cuerpo.

Durante el desarrollo del ser humano, éste aprende, a través de los mecanismos de socialización, a apropiarse la enfermedad: desde raspones y cortaduras hasta vacunas, visitas al médico u hospitalizaciones, adquieren para el niño significados especiales de acuerdo con la calidad de contactos que tenga y las experiencias especiales que vaya acumulando.

Los traumas infantiles se reprimen en el inconsciente y fluyen durante el resto de nuestras vidas de manera simbólica. Hacerse adulto es poseer el cuerpo, es hacer una síntesis de años, de vivencias (placenteras y dolorosas).

El síntoma puede interpretarse desde múltiples dimensiones, según la teoría psicoanalítica.

De acuerdo con nuestro modelo explicativo, creemos que es necesario aclararle al paciente el simbolismo que reviste la elección del órgano que se enferma, y que en muchos casos permitiría al enfermo conocerse mejor y contribuiría con el tratamiento médico; así como explorar el desplazamiento que hace el estrés y las somatizaciones que lo acompañan.

Esta elección (la cabeza, el estómago o cualquier otro órgano) simboliza, para nosotros, las presiones que estos órganos reciben y la dificultad que el enfermo ha tenido de expresar, por medios más sanos, su malestar o las tensiones que vive.

Cuando nos enfermamos nos enfrentamos con el temor, principalmente, porque ataca al ideal del yo. La enfermedad y el dolor nos recuerdan que somos vulnerables, que la omnipotencia y la capacidad de controlar nuestro organismo han fallado.

Es muy importante observar el conocimiento que demuestre tener la persona sobre su enfermedad. Se podrían ubicar comportamientos con significados diferentes; por ejemplo algunos pacientes no quieren saber nada, ni responsabilizarse de sus cuidados, otros obsesivamente desean conocer cada uno de los detalles de la misma, o se pueden presentar posiciones intermedias, que dicen mucho de cómo el sujeto conduce su cuerpo.

Conocer la enfermedad es responsabilizarse del cuerpo, es hacerse cargo de él y colaborar en la búsqueda de la salud. También enfermarse puede asociarse a la necesidad de ser contenido, querido, atendido. Se "busca" el síntoma para darse o recibir una gratificación.

Es evidente aquí que, ante la mayor demanda de

catexia libidinal que presenta el cuerpo enfermo, aparecen las dos formas estudiadas de comportamiento: o el que enferma se permite una catexia narcisista adicional, volcándose sobre sí mismo, protegiéndose; o incapaz de hacerlo, utiliza una economía libidinal, que le es propia, exige entonces de los demás ese aporte de atención desmedido, en forma de exigencias, demandando cuidados extremos.

Desde un enfoque psicosocial, el enfermarnos nos exige de ser productivos y activos. Representa la excusa clara, asociada con la desmotivación o la confusión vocacional. Es evidente además, que en este punto hay una gran influencia de los sistemas sociopolíticos que pueden marcar brechas económicas y sociales importantes. "El saber y la práctica en el campo de la salud están ligados a la transformación histórica del proceso de la producción económica". (4)

El deterioro de la salud pública está afectado de manera diferencial, según los niveles sociales y el tipo de extracción (rural-urbana-marginal), nos remiten a considerar lo complejo del problema de la salud abordado sólo desde la perspectiva médico hospitalaria. Los bajos niveles educativos de la población de los estratos sociales marginales, nos obligan a facilitar procesos de aprendizaje, constituirnos en educadores en salud y facilitarles los medios para que puedan ascender a los lenguajes universales de los que carecen.

## 2 – Aspectos psicológicos, que determinan la conformación vivencial del proceso salud-enfermedad, en cada uno de los grupos de edad.

Dividiremos a la población para este análisis psicológico en cuatro grupos etarios: niños, adolescentes, adultos y ancianos. Hemos encontrado en la literatura revisada, que cada grupo presenta una vulnerabilidad específica a la que deberá dársele atención especializada. "El perfil psicológico de individuos y de grupos, así como su dinámica social, no sólo afectan su condición como pacientes, sino que también determina su conducta como usuarios de servicios". (9)

**Población Infantil:** conocemos con exactitud que cuanto más pequeño es el niño, más estrecha e indiferenciada es la relación entre la mente y el cuerpo. El niño se manifiesta como una unidad, sin recursos para comunicar con claridad las fuentes de su malestar, o la intensidad con que vive su sufrimiento. Puede elegir, cuando se enferma, una zona de su cuerpo más relacionada con sus primeros vínculos y sus respectivos simbolismos, por ejemplo: recibir-comer o devolver y vomitar, puede ser una expresión de una necesidad real con el órgano físico involucrado.

Agregamos a esto, que además del dolor por la enfermedad, el niño sufre el abandono afectivo (por la hospitalización) de su unidad básica de contención: la madre, lo que nos obligaría necesariamente a suplir sus demandas y entender los extremos en los que muchas veces expresan el dolor; más en la necesidad de ser

confortados afectivamente que en ninguna otra cosa.

El niño merece respeto en su indefensión, su llanto deberá ser escuchado, atendido, no eliminado bruscamente; si llora puede indicar miedo, susto, o ser un lenguaje aprendido; la palabra "no te pasará nada", "no dolera", no resuelve, más bien oculta, distorsiona, anula. El niño deberá (igual que los demás consultantes) recibir con claridad la explicación de los procedimientos, el tipo de padecimiento y el tiempo que estará internado.

El niño consulta, generalmente acompañado por su madre, quien tendrá mucho que decir en relación con el problema de su hijo. Los significados que para ella tenga su enfermedad, el rol que cumple cuando cuida al enfermo, y la información y educación médica y psicológica que tenga, determinarán el comportamiento presente y futuro del niño ante la enfermedad. "Las recomendaciones derivadas de las investigaciones realizadas sobre el patrón de recurrencia de enfermedades crónicas (diarrea-bronquitis, etc.) donde el último aspecto señalado aparece como una variable que interviene (11), no parecen haber sido atendidos con suficiente cuidado en la planificación y diseño de los programas de salud materno-infantil; además se destaca el problema de la madre joven, y de bajos recursos económicos y educativos, con problemas para la crianza de los hijos.

**Población adolescente:** la población comprendida entre los 12 y 25 años se considera especialmente vulnerable en su condición de salud, por características propias tanto de las transformaciones que viven sus cuerpos, como por el perfil psicológico de este grupo de edad.

Estas transformaciones se caracterizan por la rapidez e intensidad con que se dan los cambios físicos, los que necesariamente movilizarán a los jóvenes a asumir una posición en relación con estas variaciones. Cambios físicos conducen además a transformaciones sociales importantes. Constituirse en hombre y mujer adquirirá relevancia.

Los jóvenes adquieren conductas polarizadas, que transformarán sus estilos de vida, ejemplo de esto son: las alteraciones en la alimentación, desde el consumo excesivo (obesidad) hasta la anorexia; en el hábito de sueño, en las rutinas de ejercicio físico, donde también se dan los extremos, horas interminables de entrenamiento o la pasividad total frente al televisor.

Estos cambios en los estilos de vida pueden tener riesgos en términos de la condición de salud, conductas frecuentes que se inician en esta etapa, tienen que ver con el consumo de bebidas alcohólicas, el fumado, el exceso de velocidad en las carreteras, la tenencia de armas de fuego, los juegos temerarios y las enfermedades de transmisión sexual. Comportamientos que pueden ser fácilmente observados y deberían ser prevenidos.

El perfil psicológico se caracteriza por la conducta desafiante, el sentimiento de omnipotencia, la necesidad

de autoafirmación; el proceso de construcción de la identidad y necesidad de experimentar transformaciones sociales.

Características que bien orientadas pueden representar un buen impulso a las transformaciones sociales y políticas que nuestro país demanda, pero mal conducidas por la publicidad, hogares conflictivos y condiciones de desarrollo económico y social muy difíciles, han hecho de este grupo etario tal vez el más sensible, y que representan las tasas de más alto riesgo de salud en la población: por accidentes de tránsito, enfermedades de transmisión sexual (SIDA), embarazo temprano, problemas psicológicos (depresión) y delincuencia juvenil. "La ansiedad confusional creadas por la crisis de identidad y la ansiedad depresiva y persecutoria creadas por la conflictiva edípica a los 15 años hace que éstas busquen "alivio" y paulatina solución de los conflictos a través del medio ambiente. Si ésto fracasa se produce el aislamiento progresivo con incremento de la hostilidad, la cual incitará a la descarga autoagresiva (suicidio) o heteroagresión (delincuencia)". (5)

La Organización Panamericana de la Salud, mostró especial interés, desde la década de los 80, por considerar como una prioridad en salud el problema del embarazo de la adolescente menor de edad.

Nos parece que el embarazo temprano debe ser entendido como un fenómeno complejo, que nos remite en primer lugar a situarlo en relación con el despertar sexual; segundo -Con el comportamiento sexual; tercero -con las motivaciones inconscientes; cuarto - con la información distorsionada que hayan tenido; quinto - con el análisis de las depositaciones de las frustraciones originadas en su medio familiar y educativo, y por último con las consecuencias de la inserción temprana en la vida laboral. Además, de la idealización de la maternidad, fomentada desde la niñez hace que la mujer adolescente, poco preparada educativamente y con opciones laborales limitadas, inicie su maternidad, sin planificación. Las consecuencias de este hecho son la cadena cíclica de problemas sociales y de salud que aquí empiezan. Madres sin preparación para asumir la crianza de sus hijos, ingresan muy pronto en los servicios de salud con sus niños enfermos, con cuadros recurrentes (diarreas, vómitos, maltrato, etc.) confirmadas, como ya señalamos, en muchas investigaciones. (11)

**Población adulta:** la vivencia de los procesos de salud-enfermedad está en la persona adulta íntimamente relacionada con: su participación laboral, su familia y sus espacios de recreación.

El adulto asume la vida como un reto, sin derecho a enfermar. A lo largo de estos años ha vencido obstáculos de salud, inmunizaciones. Después de las vicisitudes del período anterior, hace una apropiación de su cuerpo, el que aparece invencible y fuerte.

Estar sano es su obligación, no se permite el descubrimiento de dolencias que lo enfrentarían consecuentemente con sentimientos de minusvalía, falta de

poder o una imagen deteriorada de sí mismo; de lo que pueden surgir dos tendencias psicológicamente analizables: 1.- Negación de síntomas (que alertan sobre problemas orgánicos de salud). 2.- Construcción inconsciente de síntomas físicos que pueden generar enfermedades psicosomáticas como: gastritis o migraña que le permiten escapar, de la presión que ya no se tolera, o de situaciones de extrema responsabilidad que no se atreve a enfrentar, sin perder prestigio o poder, por pequeños espacios de tiempo.

Ambas situaciones revelan, que la propensión al estrés a la que están sometidos en nuestra sociedad estos grupos de población, requieren atención primaria especial. Por lo reveladoras que han sido las estadísticas recordemos el alto riesgo que representan los grupos de maestros, al parecer mal atendidas y distorsionadas sus "quejas". Esto nos revela que los problemas en su calidad de vida, o las presiones sociales, son más reales que la sintomatología física que presentan.

Podríamos agregar a estos grupos de riesgo el comportamiento de poblaciones sometidas a trabajo rutinario como: pluriempleados, obreros de construcción, trabajadoras domésticas y las mujeres sometidas a la doble jornada laboral. En un trabajo realizado con mujeres obreras que trabajan en fábricas en San José y alrededores, se concluyó que la situación social laboral, familiar y económica es muy difícil para este grupo, destacándose un estado de alineación, donde "se vive pero no se decide sobre la vida". (8) Una participación social muy pobre, una resignación ante la inmutabilidad del destino, acompañados de síntomas depresivos que no saben cómo enfrentar es el resultado final de este tipo de trabajo.

La profundización en las características del tipo de trabajo, así como las condiciones familiares de vida pesan en esta población, y son vitales para que podamos entender la gesta de problemas en salud que preventivamente se podrían resolver. Investigaciones revelan que el estrés prolongado provoca el aumento en los niveles de presión sanguínea, responsable en parte del infarto al miocardio en la población entre 50-60, donde las tasas son más elevadas. Estas son enfermedades desencadenadas por el stress psicosocial mantenido, las llamadas por Selye "enfermedades de adaptación".

En situaciones extremas: accidentes, cirugías, cuando el adulto deberá enfrentarse sin alternativas a los cuidados médicos, éstos sufren las alteraciones, las necesidades de protección y la ambivalencia como en cualquier otro momento de desarrollo, más aún "Un adulto normal atendido durante una enfermedad grave no puede dejar de sentir que en ese proceso se ve expuesto a una serie de situaciones indignas. Tiene que renunciar a ser dueño de su propio cuerpo y permitir que se lo maneje pasivamente". (6)

Hacer altos en el camino, por enfermedad, podrá significar el abrir un espacio para la reflexión, dar un nuevo sentido a lo trivial, valorar la salud, cuidar su

cuerpo o angustiarse por el tiempo de incapacidad, necesidad de controles desde fuera, de ahí que no nos sorprenda los comportamientos tan disímiles de pacientes adultos post-traumas. Algunas de las conductas que presentan los pacientes y que deberán ser entendidas y clarificadas para el éxito de las recuperaciones van desde ser colaboradores extremos de las instrucciones médicas hasta negativismo, irritabilidad, ocultación de síntomas o depresión.

**Población de ancianos:** el estudio de los procesos de la salud-enfermedad en este grupo de población nos resulta interesante, por ser este momento del desarrollo humano, cuando se realiza la síntesis de las vivencias de autocontrol, destructividad, creatividad y determinación, en relación con su cuerpo y con los procesos de socialización. La riqueza de experiencias fructíferas o desalentadoras, que lo hayan acompañado a lo largo de su vida, determinará en gran medida estas últimas apropiaciones.

En relación con las condiciones psicosociales determinantes de la salud-enfermedad, en el anciano podemos citar: "Aprender a morir es la continuación de aprender a vivir y amar". (15) Nos parecen dramáticas estas palabras, si consideramos que las estadísticas nos revelan que en la población costarricense el grupo social con menores ingresos económicos, mayor deterioro de la calidad de vida, abandono afectivo y con mayores problemas de salud sin atención adecuada, es el grupo de ancianos.

La prolongación de la esperanza de vida y el aumento de la población mayor de 60 años en Costa Rica, ha obligado a los planificadores en salud a atender las demandas presentes y futuras de este grupo etario. Sin embargo los índices sociales apuntan a señalar que la condición socioeconómica es muy baja en este grupo de población, asociado entre otros factores a sistemas de pensión y jubilación deficientes, además las medidas que se han tomado, no han tenido mayor impacto en esta población.

Ante estos indicadores, sentimos con el anciano que el aprendizaje de su feliz final, si seguimos a Pincus y Dare, no se daría para ellos: no se puede amar el dolor (físico y psicológico), ni amar sin ser amado y finalmente no se desea vivir si no hay vida a nuestro alrededor.

Si mantenemos como índices de salud la calidad de vida que podemos disfrutar, diremos que en este grupo de población se consideran de alto riesgo los que menos poseen (educación, salud, recreación) y al varón su proceso de socialización, le determinó un mensaje claro: se es alguien en función de lo que pueda producir en bienes.

"Mientras la mayoría de los varones convierten su vida profesional en un proyecto individualizado, en una línea solitaria y ascendente que determina con un desplome vertical en el momento de la jubilación obligada, la mayoría de las mujeres combina su proyecto

personal con un proyecto comunitario, familiar colectivo, y no hay en su vida despegues ni desplomes verticales. La jornada de trabajo no se interrumpe en la vigilancia de las horas de la noche, ni en la celebración de los festivos y solo la vejez y la muerte interrumpen su trabajo, continuado por las nuevas generaciones".(3) Para el hombre el derrumbe psicosocial y económico que lo acompaña con la jubilación tiene para él consecuencias dramáticas, generalmente manifestadas en cuadros depresivos, alteraciones de carácter y trastornos crónicos que tendremos la obligación de identificar, en sus consecuencias, su tratamiento, así como en la prevención de tales problemas.

Las sociedades competitivas como la nuestra, orientadas hacia la producción y el resalte de los jóvenes valores, no logran incluir al viejo en el campo de acciones preventivas, no sólo para mejorar su calidad de vida, sino también para incorporarle su experiencia y sabiduría en tareas que la sociedad demande; y cuando ya ellos no puedan venir, acudir nosotros con profesionalismo a sus rincones, llevándoles la esperanza en un final con dignidad.

Entre los condicionantes biológicos: el hecho comprobable de que con la edad aparecen modificaciones biológicas como el deterioro en el funcionamiento de muchos órganos, cambios en la velocidad de respuesta adaptativa a los estímulos, hace que los mensajes que el anciano reciba sean señales trágicas de debilidad, pérdida de funciones y el recordatorio de que está próximo el final.

Si aunamos a esto que las señales físicas vienen acompañadas de soledad y abandono, pérdida de sus seres queridos y la dificultad de asumir el control de la enfermedad (traslados, olvido de horarios, etc.), esto hace que el comportamiento observado ante la enfermedad sea de tan difícil comprensión. Nuevamente aquí, como en las etapas anteriores, cuando el medio social y familiar no logra contener al ser humano en sus necesidades, éste puede elegir enfermarse como el único motivo que encuentra para obtener atención de otros y si ni así ocurre, se le confirma el abandono en que se encuentra y el deseo por no vivir ya más, ocupa un lugar en su mente y su cuerpo.

Si por el contrario, se puede construir sobre la idea de vivir, la situación puede cambiar. La calidad de vida mejorada desde las etapas anteriores facilitarían la forma en que se asume el proceso de envejecimiento.

"La mayoría de las declinaciones en algunas habilidades se deben más a la falta de entrenamiento y al apartamiento de la actividad que al proceso inevitable de envejecimiento".(16) Sobre los condicionantes culturales, podemos decir que la representación social que los restantes grupos de la población tienen sobre el anciano (invalidez, estorbo, dependencia), determina la forma en que ellos se perciben, a través de las señales que en la comunicación les damos. Estudios realizados, revelan que los estereotipos que se tienen sobre los

problemas de salud en la población anciana, son infundados. Se sabe que aunque la población piensa que entre el 20-50% de los ancianos está hospitalizado o institucionalizado, en realidad únicamente entre un 3 y 5% lo está. En relación con la creencia de que sufren más infecciones y accidentes también revelan falta de fundamento. "Hay entre ellos muchas menos condiciones agudas de este tipo que entre las personas más jóvenes, 11% por persona por año contra 23% por persona por año debajo de los 65 años. Es cierto que tienen más problemas crónicos (81%), pero solo una vez más que las personas entre 17 y 64 años (54%).(16) "El resultado de estos perjuicios es que se establece una fuerte sinonimia: viejo-enfermo que entraña un enorme riesgo, pasa a comportarse como una profecía auto-predictiva que termina por internalizarse en los destinatarios del perjuicio, es decir los viejos". (16)

Cuando en otro momento, señalamos el hecho de que nuestra sociedad no encuentra útil los aportes de los ancianos, nos lleva a entender que todos los factores están relacionados entre sí, esto sería también un problema de tipo cultural, la exaltación que otras culturas hacen del anciano determina la valoración que tienen de él; en nuestro caso, las tareas que nos corresponden, como científicos sociales, nos exigen profundizar en los valores que se han transmitido de generación tras generación, acerca del papel que cumple el anciano.

## CONCLUSIONES

Hemos estudiado a lo largo del presente artículo, el comportamiento psicológico mostrado por los diferentes grupos etarios ante los procesos de salud-enfermedad, como forma de entender mejor la calidad y especificidad de la atención en la salud que estos grupos requieren, tanto en políticas de prevención como de tratamientos médicos.

Igualmente, hemos destacado como su índole y dinámica psicosocial, no solo afectan su condición como paciente, sino que determinan su conducta ante los servicios médicos.

Creemos que la especificidad, en la atención en los servicios de salud debe abarcar no sólo estos perfiles, sino que también debe implicar por parte de todos los profesionales involucrados, el conocimiento de los agentes de riesgo que se han señalado para cada grupo. Estos factores son muy importantes, pues nos permiten además, ejercer labores en el campo preventivo. Si por ejemplo, en el primer ingreso de un adolescente por exceso de ingestión de alcohol, nos preocupamos por hacer una adecuada entrevista clínica, abrir un expediente e iniciar un trabajo interdisciplinario abarcando a su grupo familiar y comunitario, a largo plazo estaremos evitando problemas médicos y sociales de mayor y más costosa rehabilitación.

Los planteamientos propuestos nos remiten a abordar dos grandes temas; el de la educación para la salud y el de la capacitación académica de los profesionales, que atienden los servicios de salud.

**Educación para la salud.** Cuando nos interesamos en desarrollar el tema del síntoma y de la necesidad de que fuera reinterpretado al paciente, pensábamos en educar, cuando hablamos de mejorar la preparación para la jubilación, lo hacíamos también en ese sentido. La educación para la salud la define Gomes, "consiste en transformar información sobre salud, en conocimiento sobre salud, para influir en una conducta adecuada y duradera en este campo". (7)

**Capacitación de los profesionales.** El tema de la capacitación de los profesionales ha obligado, a que sea necesario y una tarea impostergable, la revisión de los currículos académicos en los que se preparará a los futuros profesionales de la salud. "La convicción filosófica de que, en sentido amplio, la salud humana es una función no solamente de factores físicos sino también de relaciones personales y sociales, no encuentra apoyo en el currículo tradicional de medicina que continúa formando médicos con una visión fragmentada, preparados para prestar cuidados relacionados con el trauma físico, pero sin ninguna comprensión total de la importancia de la medicina para la familia y su medio social". (12) Estas críticas se hacen desde la visión médica, pero no sólo nos parecen pertinentes para puntualizar sobre estos evidentes problemas en la formación del médico, sino que consideramos que despiertan nuestras inquietudes y sirven para llamar la atención sobre omisiones semejantes en los currículos en la formación de odontólogos, microbiólogos, pediatras, oftalmólogos, psiquiatras, etc.,. Nos dice: "No se pretende que el trabajador en salud recite una letanía de propuestas para llenar un cuestionario o cumplir con una pauta, es preciso que en su capacitación se haya logrado cambiar la perspectiva desde la que asiste al paciente y su familia de tal manera que estos factores sean considerados en su real importancia e incorporados en la práctica". (9)

En informes recientes de la O.M.S. y O.P.S. aparece numerosa documentación sobre alternativas a los modelos tradicionales, ensayados con mucho éxito en comunidades latinoamericanas postergadas, sobre todo acentúan experiencias en los S.I.L.O.S. (Sistemas Locales de Salud). Recordemos a Fernández y Quevedo título Historia, Ciencias Sociales y Educación Médica. Córdova, Y. Las ciencias sociales en la formación del odontólogo. Abramzón, M. Centro Universitario de la Salud: una propuesta de la Universidad de Buenos Aires. Novaes, H. La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud.

Estas y otras iniciativas han tenido poco eco en nuestro medio, donde los Centros de Salud locales tienen el mérito de poseer un fácil acceso, pero no responden ni a la filosofía, ni a las intenciones de atender en

forma integral los problemas de las personas que acuden a estos servicios. Recordemos que la filosofía que se demanda debe responder a la definición de salud "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Recientemente el C.I.N.D.E.I.S. y la escuela de Psicología de la U.C.R. han llevado a cabo un proyecto de capacitación, dirigido a médicos, trabajadores sociales, promotores de salud, entre otros profesionales. El curso ha implicado el dominio de técnicas de entrevista y temáticas específicas como la adolescencia. La iniciativa supone un intento válido de acercamiento entre la psicología y estas disciplinas. Los profesionales reciben reconocimiento académico y la satisfacción de enriquecer su labor con técnicas para mejorar el encuentro con los pacientes. Este trabajo debe ser tomado en cuenta como modelo, en los programas de capacitación y planificación de los servicios de salud.

Creemos haber dejado constancia, siguiendo a Hernández y Quevedo: que el marco conceptual que hemos utilizado en este estudio propone la articulación de las ciencias sociales con la práctica médica, tal como se plantea desde la epidemiología multicausal, es decir, entendiendo lo social, lo cultural, lo psicológico como factores desencadenantes de los procesos de salud y enfermedad; posición que creemos, supera las teorías que intentan un simple enfoque social de los problemas en salud.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abramzón, M. "Centro Universitario de Ciencias de la Salud una propuesta de la Universidad de Buenos Aires", en Revista Educación Médica y Salud. Vol No. 26, No. 1, 1992. (128-142).
- 2.- Córdova, Y. "Las Ciencias Sociales en la formación del odontólogo", en Revista Educación Médica y Salud. Vol. No. 26, No. 1, 1992. (106-127).
- 3.- Davis, E. "El sistema sexo-género y la problemática femenina", en Revista de la Secretaría General del C.S.U.C.A., No. 50, 1989. (77-85)
- 4.- De Infante, N., Alvarez, L. Landazábal, N. "La presencia de las Ciencias Sociales en la formación del profesional de enfermería", en Revista Educación Médica y Salud, Vol. No. 26, No. 1, 1992. (82-105).
- 5.- Fernández-Moujan, O. La identidad y lo mítico. Buenos Aires. Editorial Kargiemann, 1979. (227).
- 6.- Freud, A. El psicoanálisis y la crianza del niño. Madrid. Editorial Paidós, 1985. (133-143).
- 7.- Gómez, N., "Educación para la Salud en la adolescencia. Relato de una experiencia", en Boletín de la Ofi-

- cina Sanitaria Panamericana. Vol. No. 97, No. 3, 1984. (240-248).
- 9.- González, R. "Factores psicosociales y atención primaria de salud a la madre y al niño", en Revista de Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas, Pub. Cient. No. 461 O.P.S. 1984 (76-89)
  - 10.- Hernández, M., Quevedo, E. "Historia, Ciencias Sociales y Educación Médica", en Revista Educación Médica y Salud, Vol. No. 26, No.1, 1992. (35-50)
  - 11.- Mata, L. "Perspectiva epidemiológica: control, prevención e investigación de la diarrea en Costa Rica", en Revista Médicas. Hospital Nacional de Niños 15 (1) 1980. (1-20).
  - 12.- Novaes, H. "La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud", en Revista Educación Médica y Salud. Vol. No. 24, No. 4, 1990. (365-375).
  - 13.- Osuna, J. "Enfoque de riesgo en la atención materno-infantil", en Revista de la Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Pub. Cient., No. 461 O.P.S., 1984. (16-24).
  - 14.- Pérez, D. "Algunas consideraciones teóricas sobre el fenómeno de la jubilación", en Revista de Ciencias Sociales. Vol No. 29, 1985. (47-58).
  - 15.- Pincus, L., Dare, C. Secretos en la familia. Chile. Editorial Cuatro Vientos, 1978. (161).
  - 16.- Salvarezza, L. Psicogeriatría. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1991. (34, 35, 36).
  - 17.- Trejos, A. "Implicaciones psicosociales del envejecimiento de la población costarricense", en Revista de Ciencias Sociales, Vol. No. B B29, 1985. (9-16).

# LA RECREACION: UNA FORMA PARA CONTROLAR EL ESTRÉS

Maureen Meneses Montero <sup>1</sup>

## RESUMEN

El objetivo del artículo es suministrar información sobre el estrés y a su vez presentar una alternativa para contrarrestarlo.

Se plantean una serie de factores que generan esta enfermedad, así como el grado de complejidad de la misma que depende en gran medida de la conducta del individuo. El estrés es una enfermedad de la civilización moderna que actúa en forma paulatina y silenciosa, incluso, puede llegar a causar la muerte.

Se esbozan algunas definiciones y se mencionan las principales causas de esta enfermedad, de la cual no escapa nadie y, se presenta tanto en la zona urbana como en la rural.

Además se realiza un análisis de los efectos de ésta, sobre el ciclo de vida del ser humano, en la niñez, la adolescencia, la edad adulta y la vejez, identificando los factores que generan el estrés en cada una de las etapas mencionadas, que aunque parezca paradójico se derivan de situaciones cotidianas.

Para concluir, se recomienda, la práctica continua del ejercicio físico y de las actividades recreativas como una alternativa contractual y efectiva para que el individuo aprenda a controlar el estrés y modifique su conducta, en procura de una vida más saludable.

## INTRODUCCION

En la actualidad, el hombre cada día está más consciente de que su salud se encuentra amenazada y que el problema se debe, principalmente, a su estilo de vida, producto de las exigencias cotidianas de la vida socio-profesional y de las dificultades para adaptarse a ellas.

Dentro de este contexto, el estrés, considerado como la enfermedad de las civilizaciones modernas, se origina por una demanda excesiva de adaptación, y se ha convertido en una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. (1)

Es una enfermedad de inadaptación que puede deberse tanto al éxito como al fracaso, a la alegría o a la pena, y en general, a todo acontecimiento de la vida personal o social en la cual el organismo responde en

una forma inadecuada. Desde esta perspectiva se puede afirmar que las causas son variadas; no obstante, el resultado siempre es el mismo.

Un eficaz control de este trastorno proporciona beneficios que van más allá del simple alivio de los síntomas: libera energía y aumenta la capacidad de aprender, de rendir y de contribuir al bienestar con los demás; así como también ayuda a disminuir la dependencia a los medicamentos y a los servicios clínicos.

## CONCEPTOS GENERALES DEL ESTRÉS

Por décadas, se han realizado investigaciones sobre los efectos del estrés en los seres humanos, específicamente en los adultos; sin embargo, en los últimos años se han ampliado estos estudios para abarcar las poblaciones de niños, adolescentes y ancianos; no sólo aquellas que radican en las grandes urbes, sino también las de las áreas rurales, dado que estas no están exentas de padecer la enfermedad.

En la actualidad, al ser humano se le bombardea constantemente por los medios de comunicación colectiva, con una serie de estímulos, tanto positivos como negativos, derivados del dinamismo de la vida diaria. Al no estar preparado el hombre para hacerle frente a cambios tan bruscos, le producen una descompensación mental y física, que repercute en su conducta.

En este sentido, son tan grandes las dimensiones alcanzadas por el estrés, que se ha convertido en una enfermedad capaz de llevar a una persona a la muerte si no se controla oportunamente.

La enfermedad es muy compleja, porque los efectos, en cada individuo, son diferentes y, por lo tanto, se hace difícil, casi imposible, definir patrones de atención específicos, aunque a un grupo de individuos los afecte el mismo tipo de estresores con igual intensidad y duración, ya que la respuesta de cada uno de sus organismos será muy diferente. (1)

El concepto del estrés quizá sea sencillo, pero los

<sup>1</sup> Licenciada en Educación Física. Profesora Escuela Educación Física y Deportes U.C.R.

alcances de la enfermedad como tal no tienen límites. Generalmente las personas lo identifican como un deterioro o agotamiento en el cuerpo, una pérdida de fuerzas, o bien, un cansancio por exceso de trabajo.

Algunos autores como Pearson (17) y Sinay (21) coinciden en que: "El estrés o tensión es la acumulación de experiencias que provienen del mundo exterior, a las que no se les puede dar una respuesta o solución."

Por su parte, el Dr. Hans Selye (20), considerado el padre del estrés, lo define como: "Un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones (Eustres)".

Es común escuchar a las personas quejarse de dolores de espalda, de cabeza, mal genio, ansiedad, tristeza, decaimiento, falta de tiempo, así como verlas correr de un lado a otro; se agotan con facilidad, la noche se les hace corta, no pueden descansar suficientemente; en fin, un sin número de malestares que les aquejan y que están inmersos en su vida cotidiana, en donde los múltiples compromisos, consecuencia de una sociedad altamente consumista y que demanda la satisfacción de necesidades cada vez más complejas, les modifica y altera su calidad de vida y, por consiguiente, se hace imperativo aprender a manejar el estrés según las condiciones y el ambiente en el cual se encuentre cada individuo. Al respecto Clarck (5) opina que "no se puede ni se debe tratar de parar el estrés. Lo que se puede hacer es ayudar a situar el estrés dentro del ritmo de vida", para lo cual es necesario iniciar, desde los primeros años de vida, la enseñanza de técnicas que permitan identificarlo, controlarlo y manejarlo.

## LA RECREACION Y EL ESTRES

Esta enfermedad ataca en forma silenciosa y lo hace desde la niñez, porque aunque no parezca real si lo es y cada día se hace más palpable en nuestra sociedad. Algunos factores que la originan en esta etapa, son: la falta de atención de sus padres, como consecuencia de sus múltiples ocupaciones, las responsabilidades asignadas y las exigencias que se les imponen para que, rápidamente, sean independientes y capaces de valerse por sí mismos. Como lo manifiesta Elkind (9), a muchos de los niños se les apresura a crecer, tan rápido como sea posible, mediante un aprendizaje avanzado a tempranas edades, para competir en actividades inapropiadas para su nivel de madurez. También las continuas discusiones entre la pareja, el trajín de estar trasladando al niño de un lugar a otro para su cuidado y su inserción prematura al sistema educativo, lo afectan y llega a desarrollar la enfermedad.

La presencia del estrés en los niños se manifiesta con diversos tipos de conducta, por ejemplo: la agresividad, la fragilidad emocional, el poco deseo de participación; se comen las uñas, se enroscan el pelo, se tocan los genitales, se chupan el dedo gordo, no duermen bien, no quieren alejarse de sus padres dado su alto grado de significancia y, lo que es peor aún, los adultos, lamentablemente, lo que hacen es crearle estereotipos, al aducir que estos comportamientos son malos hábitos, y no les brindan la atención debida.

Las actividades recreativas, como medio para combatir la enfermedad, le proporcionarán oportunidades para que se desarrolle social, emocional, intelectual y físicamente y, a su vez, se libere del estrés potencial que le asecha. Mediante este tipo de actividades, los niños se vuelven más conscientes de sus emociones y aprenden a manejarlas.

La recreación, por lo tanto, es un aprendizaje en vivo desde la realidad, porque proporciona la oportunidad de explorar y experimentar el mando natural y artificial que los rodea, como por ejemplo, observar el desarrollo de una planta, los movimientos de una mariposa, el color y las formas de las nubes, crear un papalote y elevarlo, dibujar un paisaje o pintar un dibujo.

La creatividad y la socialización son elementos que el niño adquiere al realizar y compartir sus situaciones creadoras junto con otros niños, que le permiten externar sus emociones.

Asimismo, los juegos de equipo aumentan la sensibilidad del niño hacia lo que constituye un comportamiento socialmente aceptable. De esta manera, el compartir, saber esperar su turno, solicitar, aceptar, renunciar, escoger, exigir, conquistar, liderar, son conocimientos necesarios, que el niño necesita aprender para poder funcionar como miembro de un grupo, y no hay manera más armoniosa, feliz y, por consiguiente, importante de aprenderlos, que no sea por medio del juego. No olvidemos que el no poder aprender dichos conocimientos puede ser causa de estrés en el niño.

En este sentido, es válido afirmar que el juego, para el niño, es una forma de recrearse, y el adulto, muchas veces, no le da el lugar que merece, y, más bien, menosprecia los frutos que reciben a través de sus experiencias. El juego no es un lujo, sino una necesidad para todo niño en desarrollo.

Por medio de los juegos de imitación de roles es factible conocer las funciones de cada persona. Además, los patrones "correr, saltar, trepar, columpiarse, lanzar, atrapar", permiten desarrollar la coordinación de los músculos largos. Los juegos como cortar, pegar, pintar, construir, armar rompecabezas, jugar con arcilla o con títeres, hacen que el niño desarrolle la coordinación de los músculos cortos, y con estas actividades no solo está aprendiendo, sino que se divierte. (19)

Como se puede notar, el niño necesita de actividades propias del crecimiento, que le proporcionen satisfacción; necesita liberar las tensiones en una forma sana, alegre y bulliciosa, para que lo preparen con entusiasmo para el día siguiente; necesita descargar su potencial psíquico - físico e interactuar con el mundo que lo rodea pero, ante todo, necesita controlar el estrés.

Las situaciones derivadas de la conducta de los padres, se manifiestan aún más en la juventud, en donde se incrementa el nivel de estrés por el cambio biológico y emocional que surge de pasar de niño a adolescente. Ya no se trata de que sea controlado por el maestro, ahora es una persona con una capacidad asertiva más alta que, al no contar con el apoyo emocional y el tiempo de sus padres, busca fuera de su hogar la solución de sus problemas.

Esta búsqueda desorientada de soluciones lo lleva a creer en individuos que no aportan un refuerzo positivo a su desarrollo, sino que lo estimula a consumir drogas, perder sus valores, sus principios morales y convertirse en un inadaptado social.

En esta edad de cambios y alteraciones físicas, emocionales y sociales, la recreación, nuevamente, se convierte en un medio para liberarse de las presiones que provocan estas transformaciones, dado que la recreación, al desarrollarse en un ambiente libre y de forma voluntaria, capta con mayor facilidad el interés y proporciona grandes beneficios.

Para Nieves (14,15), la conducta del adolescente es pasiva y la no participación en programas recreativos puede causarle graves daños, ya que existe una correlación positiva entre la cantidad de horas que pasa frente al televisor y el comportamiento antisocial que se genera, como vandalismo, delincuencia y drogadicción. En esta etapa de la vida, por lo tanto, los programas de recreación deberán ser los que los jóvenes quieran hacer, y no los que los adultos quieran que se hagan. Así se podrá orientar la formación de los adolescentes.

En la etapa adulta, el estrés se manifiesta de diversas formas, y puede originarse por situaciones laborales, familiares, sociales, económicas y de estudio.

Por su parte, en el campo laboral, surge como consecuencia de la estructura organizativa de las empresas, ya que las reglas, normas y procedimientos establecidos por ellas, en ciertas ocasiones, limitan las acciones del individuo, su originalidad y su capacidad creativa, que se traducen en un bajo rendimiento individual, y entorpece la consecución de los niveles óptimos de producción.

Las organizaciones, al tomar conciencia de la importancia del recurso humano y su bienestar físico, emocional y mental, deben promover actividades recreativas y deportivas entre sus empleados, como una alternativa para controlar los grados de estrés que se pueden presentar.

En el ámbito familiar, el estrés se presenta, usualmente, por la falta de comunicación de la pareja, los hijos y los demás miembros pero, sobre todo, porque no existe una educación en el manejo y control de la enfermedad, resultante del dinamismo del campo laboral, que es transferida en forma íntegra a la familia. Cualquier individuo, de cualquier edad, necesita estabilidad en su vida y una buena relación con gente signi-

ficativa. De lo contrario, se volverá un ser frustrado, poco participativo, aislado y rechazado socialmente. (18)

El factor económico también se ha convertido en un determinante de la tensión para muchos individuos, como consecuencia de la sociedad consumista en que vivimos; sobre todo cuando el ingreso no alcanza para mantener el ritmo de vida impuesto, situación que se deriva de la crisis económica que afecta al mundo entero.

En la etapa de la completa madurez, el ser humano se olvida de muchos aspectos, entre otros, de sí mismo. El trabajo, la familia, los hijos, el constante ajetreo diario y el ritmo tan acelerado de vida, hacen que se caiga en una rutina, en la cual, conforme aumenta la edad, la frecuencia en la participación de actividades recreativas disminuye y se acentúa en aquellas que requieren de un mayor esfuerzo físico para realizarlos, como lo son las experiencias al aire libre.

Como se sabe, el sedentarismo en la edad adulta es una de las causas más frecuentes del surgimiento de enfermedades crónicas del sistema cardiovascular y respiratorio, al grado que se convierten en uno de los puntos determinantes de la mortalidad y la morbilidad en los países industrializados y, a su vez, se empiezan a destacar como problemas de salud pública en los países en vías de desarrollo. (16)

La prevención de estas enfermedades puede aumentar realmente el índice de vida y el mejoramiento del estado de salud de las personas. Entre las estrategias preventivas, utilizadas para corregir y mejorar el estilo de vida del ser humano, se encuentra el fomento de hábitos de recreación, en forma individual o grupal.

Por su parte, en la vejez la persona sufre problemas de salud, sociales, económicos, nutritivos, emocionales y físicos y, el de más peso, quizás: la gran cantidad de tiempo libre que posee, el cual no sabe cómo invertirlo, lo que genera una tensión incontrolable.

La tercera edad, o edad de oro, como llaman algunos a esta etapa, está conformada por aquellas personas que cuentan con 60 años y más, en donde se pone de manifiesto el desgaste de las células, los tejidos y los diferentes órganos del cuerpo; se acompaña por la pérdida del tono muscular y se enfatiza la dependencia y la falta de actividad física. (2,3)

Con los adelantos tecnológicos y los avances en las áreas de salud y seguridad social, que se han presentado en nuestro país en los últimos años, la esperanza de vida de los costarricenses ha alcanzado un promedio de 76 años; excelente resultado al compararlo con los otros países en vías de desarrollo. No obstante, esto se traduce en un gran problema, porque el país no cuenta con la infraestructura necesaria para atenderla en forma adecuada y oportuna.

Los programas de atención, en el ámbito del trabajo o la recreación, enfocados hacia el anciano, son pocos. Sin embargo puede señalarse que los programas

recreativos son una alternativa, ya que les brindan la oportunidad de expresar sus habilidades en un ambiente de cooperación y alegría, en donde redescubre, cada día que pasa, su capacidad creadora y mantiene su espíritu joven, activo y actualizado (7), es decir contribuye a que este grupo poblacional se sienta bien física, social, mental y emocionalmente. Lo mismo sucede con las personas cercanas. (2,3)

Nieves (14,15), citando a Havighurst, comenta la teoría de la actividad en personas de la tercera edad. En el envejecimiento, a mayor actividad se experimenta un alto grado de bienestar y de satisfacción, y así:

- Encontrará placer en las actividades de la vida diaria.
- Mirará su vida con sentido y aceptará las circunstancias que se le presenten.
- Su autoimagen será positiva.
- Mantendrá frecuentemente actitudes optimistas y un buen sentido del humor.

## CONCLUSION

En síntesis, puede señalarse que existe una gran gama de factores estresantes, los cuales cada vez se vuelven más complejos, tal y como lo manifiestan Neidhardt, Weinstein y Conry (13), al indicar que en la vida hay una cantidad indeterminada de acontecimientos importantes que se presentan llenos de estrés para todas las personas.

Ahora bien, no es suficiente detectar el mal, hay que atacarlo, y para ello se cuenta con un gran número de técnicas que ayudan al ser humano a controlarlo y a manejar sus reacciones. Una muy importante, que el individuo está en capacidad de realizar, es la práctica de la medicina preventiva.

En esta línea, el ejercicio físico y la recreación constituyen una alternativa moderna para proporcionar buena salud y larga vida y, por ende, colabora en alcanzar un estado de relajamiento, pues él coadyuva en el tratamiento de la depresión y en el aumento de la capacidad intelectual.

Una correcta alimentación, también, es una fuente para controlar el estrés y se fundamenta en los principios básicos de la nutrición, es decir equilibrada, saludable, sana, nutritiva y agradable.

Actualmente, empezamos a comprender que muchas enfermedades se deben más a la falta de control y manejo del estrés que a accidentes causados por microbios, virus, sustancias nocivas y cualquier otro agente externo. Ello también desencadena trastornos nerviosos y emocionales. Por eso esta enfermedad se ha convertido en un tema fundamental para investigadores médicos y psicólogos. (1)

Claro está que no se deben atribuir al estrés todas las enfermedades y dolencias, porque la salud de una persona es el resultado de la interacción de diversos

factores ambientales, biológicos, sanitarios, sociales, económicos y de conducta. Sin embargo, dejando de lado la complejidad del origen de la enfermedad y la salud, se hace necesario establecer estrategias generales, que promuevan la identificación, control y manejo del estrés, para que le permitan al ser humano llevar una vida más saludable.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bensabat, S. et al (1987). *Stress, grandes especialistas responden*. 2da. edición. Ediciones Mensajero: Bilbao, España.
- 2.- Calderón, O. 1983. Gerontología Recreativa. *Primer Congreso Nacional de Recreación y Tiempo Libre*. San José, Costa Rica.
- 3.- Calderón, O. 1983. "La Recreación y la III Edad", *Primer Congreso Nacional de Recreación y Tiempo Libre*. San José, Costa Rica
- 4.- Céspedes, E. 1986. *Principios y técnicas recreativas para la expresión artística del niño*. San José, Costa Rica.
- 5.- Clark, M. 1982. Coping with stress through leisure. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*. 53 (3), 32-33.
- 6.- Dobles, M. 1983. El arte expresión del ser humano. *Primer Congreso Nacional de Recreación y Tiempo Libre*. San José, Costa Rica.
- 7.- Dobles, M. 1983. La Expresión artística como recreación. *Primer Congreso Nacional de Recreación y Tiempo Libre*. San José, Costa Rica.
- 8.- Doiren, J, 1983. Recreation and deisure: Values and benifits. *Memoria XIV Congreso Panamericano de Educación Física..* San José, Costa Rica.
- 9.- Elkind, D. 1981. *The hurried child*. Menlo Park, CA: Addison - Wesley.
- 10.- Folkins, C. y W. Sime. 1981. Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*. 36 (4). 376-389.
- 11.- Hanson, P. et al (1989). *El placer del estrés*. Sistema Técnico de Edición: México, D.F.
- 12.- Miller, S. & J. McCormick. (1991) Stress teaching children to cope. *Journal Physical Education. Recreation and Dance*. 62 (2), 53-54.
- 13.- Neidhardt, J. et al (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Ediciones Deustos S.A.: Bilbao España.

- 14.- Nieves, R. 1983. Actividad física y recreación. **Primer Congreso Nacional de Recreación y Tiempo Libre**. San José, Costa Rica.
- 15.- Nieves, R. y Albarrán, M. 1983. **Actividad física y recreación**. Universidad de Puerto Rico.
- 16.- Organización Mundial de la Salud. **Prevención de la cardiopatía coronaria**. Ginebra: OMS, 1982.
- 17.- Pearson, G. 1953. **Trastornos emocionales de los niños**. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- 18.- Sabeán, R. 1983. La Recreación como alternativa de promoción espiritual del joven. **Congreso Nacional de Recreación y Tiempo Libre**. San José, Costa Rica.
- 19.- Seda, J. 1973. **Recreación para la vida**. Talleres de Artes Gráficas del Departamento de Instrucción Pública. Costa Rica
- 20.- Selye, H. 1956. **The Stress of Life**. McGraw Hill. Nueva York.
- 21.- Sinay, S 1983. **Geografía Universal**. Tercera Edición. editores S.A. Volumen 7.

# UN NUEVO MODELO DE ATENCION DENTAL PUBLICA

Yalena de la Cruz <sup>1</sup>

## RESUMEN

Este artículo propone un nuevo modelo odontológico, que responda en mejor forma que el actual modelo de odontología pública en Costa Rica. Propone la integración de la prevención y la curación, y detalla los diversos ámbitos que debe abarcar.

## INTRODUCCION

Con el propósito de comprender la situación de la odontología pública en Costa Rica, se desarrolló en los años 1990-1991, un estudio<sup>2</sup> del modelo actual, y finalmente se propuso un nuevo modelo, que a continuación se detalla:

### Un nuevo modelo odontológico.

Un modelo odontológico de servicios públicos debe responder a las necesidades de la población en materia de salud dental. Por ello, y tomando en cuenta que la salud tiene determinantes biológicos y sociales, el modelo odontológico público tiene que tener un componente preventivo y un componente curativo. El siguiente modelo es una propuesta de un modelo odontológico público, que pretende aumentar la cobertura y la eficiencia del modelo que actualmente funciona en nuestro país.

- 1. Objetivo General:** Universalizar la salud dental.
- 2. Objetivos Específicos:** aumentar la cobertura; integrar las fases de prevención-curación-mantenimiento; mejorar la calidad de los servicios; aumentar la productividad y el rendimiento; trabajar con una relación costo-beneficio adecuada (óptima).
- 3. Establecimiento de la imagen-objetivo:**

El modelo busca: mejorar los niveles de salud bucal; utilizar la prevención como medida para reducir la morbilidad de las enfermedades dentales; disminuir los índices C.P.O. -c.e.o. (piezas cariadas, perdidas y obturadas) en la población, disminuir la morbilidad de las enfermedades dentales; lograr que cada individuo se responsabilice de su proceso de salud; facilitar el acceso a los servicios odontológicos.

### 4. Propositiones:

En el modelo: el odontólogo es responsable de determinada población en materia de salud bucal; el odontólogo debe trabajar en equipo con la comunidad para buscar solución a los problemas de salud bucal; la relación odontólogo-paciente debe ser "humanizada", el odontólogo debe desarrollar campañas preventivo-educativas; debe buscarse aumentar el acceso a tratamiento, la atención de la salud comienza desde la etapa de crecimiento y desarrollo intrauterino del niño. La madre es referida por el Servicio de Ginecología y Obstetricia al Servicio dental.

### 5. Estrategias:

En el modelo se da: desarrollo de nuevas formas de prestación de servicios odontológicos (práctica mixta); libre elección del odontólogo por parte de los pacientes; capacitación del personal auxiliar, desmonopolización del conocimiento en personal técnicamente capacitado, énfasis en prevención y educación para obtener salud, atención integral, activa participación comunitaria, implementación de medidas preventivas de masa, desarrollo de programas educativos, integración interinstitucional.

### 6. Programas:

#### a. Aspectos curativos-restaurativos:

Deben ofrecerse los siguientes servicios: endodoncia; en todas las piezas; operatoria: amalgamas y resinas; cirugía: de todo tipo, oral, y maxilofacial; exodoncia: de todo tipo; periodoncia: tratamiento de gingivitis y periodontitis; oclusión: ajuste oclusal y tratamiento de problemas asociados a trastornos en la oclusión; prótesis: fija (coronas y puentes) y removibles (parciales y totales); odontología

<sup>1</sup> Doctora en Cirugía dental, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. Graduada en Formación General. Escuela de Estudios Generales. Universidad de Costa Rica Estudiante del Posgrado en Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

<sup>2</sup> Los resultados de esta investigación, originalmente titulada "Una modalidad de servicios públicos odontológicos", se presentaron en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, en julio de 1991. Este trabajo fue premiado con el Segundo Lugar en el Concurso de Investigación Científica de la Caja Costarricense de Seguro Social, en 1992.

infantil: amalgamas, resinas, pulpoterapia, ortodoncia preventiva, aplicación tópica de flúor; atención de emergencias las 24 horas en los hospitales. Para recibir algunos de estos servicios el paciente deberá pagar un porcentaje del costo, y la institución pública otro; en principio, el paciente debe pagar un porcentaje del costo en los tratamientos de endodoncia y prótesis, porque, de lo contrario, el sistema se colapsaría presupuestariamente. De esta manera se busca facilitar el acceso al servicio, abaratándolo en relación con los costos en un consultorio privado. Aunque el ideal sería restaurar la salud bucal de todas las personas, sabemos que en un país como el nuestro las posibilidades para desarrollar esto no son grandes y, además, no solo el Estado, sino también la población misma debe asumir la responsabilidad de velar por su salud dental.

**b. aspectos de Prevención en Salud:**

La enseñanza de técnicas de cepillado adecuado así como la realización de enjuagatorios de flúor en la población infantil y adolescente, para el mantenimiento de una adecuada condición de salud bucal, son actividades prioritarias en el modelo.

**c. Participación Comunitaria:**

El odontólogo debe dedicar parte de su jornada al trabajo comunal, para la mejor prestación de un servicio de atención de la salud dental.

**d. Capacitación de Líderes:**

Como parte del trabajo comunitario se realiza la capacitación de líderes para la mejor prestación de un servicio de atención integral de la salud dental.

**e. Formación y Capacitación del Personal:**

Para el funcionamiento del programa, la formación y capacitación del personal es fundamental, pues de ellas depende su actitud y participación en el proceso. Para ello, se establece un programa de educación continua permanente, participativo, donde el personal transmita el resultado de sus investigaciones y donde reciba tópicos que le brinden información sobre adelantos técnicos y científicos.

**f. Investigación en Salud:**

Se mostrará al personal la importancia de la investigación y se le permitirá desarrollarla en toda su extensión.

**g. Organización Operativa:**

El servicio dental debe efectuar lo siguiente:

1. Educación para la salud dental de la mujer gestante:
  - información sobre cambios gingivales asociados al embarazo y su control;
  - información sobre técnicas de control de placa y cepillado dental;

- información sobre aspectos generales de la dentición primaria y secundaria del niño;
- información sobre la importancia de la nutrición para el desarrollo de la salud dental en particular del niño, y de la salud general del niño y de la madre. Los aspectos informativos constituyen la primera etapa del programa de educación, que en realidad buscará informar para lograr un cambio en las actitudes y prácticas de la población, para la obtención de salud;
- diagnóstico de los problemas de salud dental de la madre; tratamiento de los servicios que ofrece el sistema de atención dental público y referencia en los casos que así se requiera;
- detección de problemas socioeconómicos y referencia al especialista indicado, para atender en mejor forma el desarrollo del niño durante su formación.

**2. Al nacer el niño:**

- valorar su condición oral y determinar si presenta algún problema en su cavidad bucal (ej. labio o paladar hendido);
- si el niño presenta algún problema, éste debe ser atendido por el servicio respectivo;
- la madre debe recibir orientación sobre la alimentación del niño; debe darse énfasis a los aspectos relacionados como evitar hábitos tipo chupeta, leche con azúcar (síndrome del biberón) y a la necesidad de una adecuada nutrición, rica en calcio y otros nutrientes que influyen en los tejidos dentarios que se encuentran en formación;
- una vez que el primer diente del niño realice la odontiasis, se instruirá a su madre en los aspectos relacionados con la importancia de la dentición primaria y aquellos que se refieren a la higiene dentaria y control de placa bacteriana. A partir de este momento, el niño deberá asistir a consulta trimestral para valorar la erupción de sus piezas dentarias, el grado de higiene que le brinda la madre y los posibles problemas que afecten su salud dental;
- el niño deberá asistir a consulta trimestral hasta **que erupcionen sus primeras molares permanentes**; a partir de entonces, asistirá a consulta semestral. Es fundamental, en cada cita, hacer énfasis, tanto en la madre como en el niño, de lo importante de una dieta balanceada y de las técnicas de control de placa y cepillado dental. Cuando el niño requiera algún tipo de tratamiento, este se efectuará en estas citas.

**3. El niño escolar:**

- una vez que el niño ingrese a la Escuela, su salud dental será atendida por las Clínicas dentales escolares del Ministerio de Salud, cuando existan; por el servicio para familiares del Sistema de Enfermedad, Vejez y Muerte de la Caja Costarri-

cense de Seguro Social, o por los servicio privados si así lo prefieren los padres del niño;

- en el caso de los niños que seguirán en control dental con los programas públicos odontológicos, habrá una consulta semestral, donde se atenderán las necesidades, se evaluará la erupción de las piezas dentarias durante el período de dentición mixta, y se efectuará, cuando corresponda, el tratamiento o la referencia para efectuar intervención ortodóntica o de otro tipo. Asimismo, se aplicarán sellantes de fosas y fisuras.
  - en las Escuelas, los niños efectuarán enjuagatorios con flúor una vez por semana; esta actividad será coordinada con el Ministerio de Educación, para que sea responsabilidad de los maestros efectuarla.
4. El adolescente:
- a partir de los catorce años, el niño asistirá a consulta una vez por año. En esta oportunidad, se evaluará su condición de salud y se le ofrecerá el tratamiento que requiera, cuando corresponda.
5. El adulto:
- la salud del adulto se abordará desde otra perspectiva. Habrá que comenzar por ofrecerle las herramientas de prevención para el mantenimiento de su salud, y la atención de sus enfermedades dentales, incluyendo naturalmente la reposición de las piezas dentarias perdidas.
6. Criterios para ofrecer tratamiento:
- Para cada paciente se establecerá su plan de tratamiento de acuerdo con lo siguiente:
- eliminación de focos infecciosos; control de problemas pulpares y periodontales; atención de traumatismos; control de hemorragia y otros problemas post-tratamiento.
  - técnicas para el control de placa dental; aspectos relacionados con la educación para la salud dental; información sobre la importancia de los dientes, y los aspectos nutricionales relacionados con el adecuado mantenimiento de la salud dental; cuando corresponda, aplicación de sellantes de fosas y fisuras.
  - efectuar tratamiento de operatoria, oclusión, periodoncia, cirugía, y otros que el paciente requiera.
  - dar citas periódicas, para controlar la placa y continuar el tratamiento, con la frecuencia requerida a juicio del odontólogo, hasta terminar el tratamiento de rehabilitación oral.
  - una vez concluido el tratamiento de rehabilitación oral, se darán citas de control trimestrales, el primer año; y luego, semestrales.

La atención de la salud es integral, pues involucra aspectos preventivos y curativos. Como el efecto de la caries es segregado, es decir hay personas

con más incidencia que otras, la atención será prioritaria a aquellas personas con mayor riesgo biológico y social de sufrir la enfermedad; el riesgo es medido en el programa y, con base en él, el odontólogo define la periodicidad de las citas para atención y control del paciente. La fase de mantenimiento permite controlar la adecuada condición de salud de las personas atendidas.

7. Cobertura:

La cobertura debe ser universal y por lo tanto, abarcar a toda la población sin distingos de ninguna índole.

8. Organización Institucional:

a. **artículo intersectorial:** debe darse coordinación entre la CCSS y el Ministerio de Salud. No se justifica que en un país tan pequeño como el nuestro haya dos instituciones con programas descoordinados. Debe, por tanto, buscarse la vocación de cada una de las instituciones y definir un marco de acción para cada una de ellas. El Ministerio de Salud debe dedicarse a definir las políticas de salud, a desarrollar la investigación en salud y a desarrollar aspectos preventivo-educativos a nivel colectivo, y la Caja Costarricense de Seguro Social debe dedicarse a atender los programas de tratamiento, curación y rehabilitación de la salud bucal.

b. **Instalaciones físicas y requerimientos de material y equipo:** serán del odontólogo en el caso de la práctica mixta, de la institución cuando el servicio sea de odontología de empresa y, serán suministradas por la CCSS y el Ministerio de Salud para la práctica institucional.

c. **Sistemas de control y evaluación:**

Se harán evaluaciones periódicas, que permitan tener un control y una retroalimentación constantes en cada una de las etapas de desarrollo del modelo, para facilitar así su readecuación a las demandas, necesidades y expectativas de la población atendida y de los trabajadores del sistema.

d. **Sistema de citas:**

Se establece un sistema libre de citas; esto es, cuando el paciente lo solicite; una vez que el paciente ingresa, el sistema se encarga de reprogramarlo para verlo periódicamente. Debe, simultáneamente, desarrollarse una campaña educativa para difundir en la población la importancia del diagnóstico temprano y del tratamiento oportuno de las enfermedades dentales.

e. **Horario de atención:**

En el modelo las clínicas trabajan la jornada ordinaria (ocho horas), pero los hospitales tienen un sistema de atención de emergencia durante las 24 horas.

# EL MODELO PUBLICO DE ODONTOLOGIA EN COSTA RICA <sup>1</sup>

Yalena de la Cruz <sup>2</sup>

## RESUMEN

Este artículo se refiere al perfil y características del modelo odontológico público de Costa Rica. Para ello, se revisan los programas del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, y se encuesta una muestra de las clínicas, con el fin de detectar las necesidades dentales de la población, la opinión de los usuarios sobre los servicios y la opinión de los trabajadores sobre el modelo de atención dental. El estudio muestra que el sistema es curativo, no atiende a toda la población, pero los usuarios y profesionales están satisfechos con él.

## INTRODUCCION

Con el propósito de comprender la situación de la odontología pública en Costa Rica, este estudio muestra el perfil que orienta las acciones en el sistema de salud público. Parte del hecho de que la salud - incluida claro está, la salud dental - es un derecho de todo ser humano; pretende mostrar que en Costa Rica hay grandes necesidades de salud bucal y los servicios públicos no son accesibles a todo el que los necesita, es decir, no son eficientes en la solución del problema en la población, ya que el modelo de atención dental público no cumple satisfactoriamente las demandas de la población en lo referente a sus necesidades odontológicas y es fundamentalmente curativo. La importancia del trabajo radica en que muestra que los servicios dentales no están al alcance de todos los que los requieren. Para tal efecto, la metodología seguida fue la siguiente:

- a. Revisión de los actuales programas de prestación de servicios odontológicos a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud en lo referente a tipos y calidad de servicios prestados, cobertura, grado de satisfacción del usuario y del profesional por el servicio, razones por las que el usuario acude al servicio público;
- b. Detección de necesidades y expectativas de la población sobre el tratamiento y prevención de sus

necesidades bucales;

- c. Elaboración de perfiles de servicios prestados y requeridos;

Se utilizó para ello guías de entrevista, diseñadas para el efecto. Las entrevistas se efectuaron a usuarios profesionales en odontología de todos los niveles (local, regional, nacional) y personal auxiliar en los centros de prestación de servicios públicos, previamente seleccionados por el Laboratorio de Investigaciones y Consultoría Estadísticas de la Universidad de Costa Rica (L.I.N.C.E), y de acuerdo con los siguiente criterios:

- a. La muestra se obtuvo a nivel nacional, tanto para la Caja Costarricense de Seguro Social como para el Ministerio de Salud.  
La muestra consta de 18 centros, equivalente a un 17% del total de centros con que cuenta el país. La muestra está compuesta por un centro de salud, tres clínicas dentales escolares y dos unidades de penetración rural del Ministerio de Salud, y ocho clínicas y cuatro hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- b. En los niveles regional y nacional, se entrevistó a todos los jefes;
- c. Las entrevistas a nivel local se efectúan de la siguiente manera:
  - odontólogos: se entrevistan, de los que laboran en el centro seleccionado, el número dispuesto por el L.I.N.C.E.
  - asistentes dentales: se entrevista un número igual al de odontólogos entrevistados en el centro seleccionado.
  - usuarios: se entrevista un número de usuarios previamente determinado por el L.I.N.C.E. por cada odontólogo entrevistado, en relación de

<sup>1</sup> El estudio al que se refiere este artículo forma parte del trabajo de investigación "Una modalidad de servicios públicos odontológicos", realizado en 1991. Este trabajo fue premiado con el Segundo Lugar en el Concurso de Investigación Científica de la Caja Costarricense de Seguro Social, en 1992.

<sup>2</sup> Doctora en Cirugía Dental, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. Estudiante de Posgrado en Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

dos pacientes por odontólogo.

- d. Los usuarios entrevistados no son pacientes que visitan por primera vez un centro de prestación de servicios públicos odontológicos, pues no permite evaluar su percepción del modelo. Asimismo, son entrevistados antes de recibir tratamiento para evaluar su percepción general del modelo, sin que sean influidos por el tratamiento que reciben en esa fecha por parte del profesional.

## ANTECEDENTES

Los servicios públicos odontológicos se llevan a cabo mediante dos instituciones: la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud.

De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Salud (5), en 1988 la población de Costa Rica es de 2.865.813 habitantes, y las instituciones de servicios públicos odontológicos (Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud) atendieron un total de 881.535 consultas en odontología, lo cual nos evidencia una baja cobertura, sobre todo si tomamos en cuenta que un paciente asiste más de una vez a consulta dental para procurar tratamiento.

Gran parte de los odontólogos del país dedican su labor a la atención privada de los servicios de atención dental, a la cual se ven obligadas a recurrir las personas que no son cubiertas por los servicios públicos, o quienes, siéndolo, deben procurar tratamiento en áreas que las instituciones públicas no ofrecen.

En el año 1986, según una encuesta realizada por la firma investigaciones Psicosociales, "la frecuencia de consulta al dentista tiende a ser baja, ya que dos terceras partes han ido menos de una vez al año en los últimos 5 años, y el 57,5% de los entrevistados tenía más de seis meses de no ir". Según este mismo estudio. "la consulta se hace predominante en consultorios particulares y se afirman como principales razones para no consultar otro sitio, la calidad del tratamiento y del trato profesional, así como los problemas administrativos de la Caja Costarricense de Seguro Social" (2).

De acuerdo con Barzuna, "el alto costo de los equipos, materiales e instrumental, todo importado con una carga alta de impuestos, hace poco accesible el servicio privado a las mayorías con escasos recursos económicos" (1).

Como alternativa para mejorar los servicios dentales, algunas empresas han desarrollado el modelo de odontólogo de empresa, donde ésta contrata al profesional y el pago por el servicio es compartido por el patrón y el empleado. Tal y como lo señala Jiménez, con estos modelos "el servicio de salud bucal se extiende a miembros de la población que no podrían utilizarlo según el modelo tradicional" (3).

## CARACTERISTICAS DEL MODELO ACTUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS PUBLICOS ODONTOLOGICOS.

El Ministerio de Salud es la institución rectora de los programas de salud pública y ofrece atención dental a menores de catorce años, gestantes e indigentes.

La Caja Costarricense de Seguro Social presta atención dental a asegurados directos (trabajadores), y a sus familiares en forma limitada. En criterio de Jaramillo, la primera barrera de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social "continúa siendo el cuidado de la enfermedad, de alto costo financiero. Es pasiva en su acción, ya que no contribuye acorde con sus posibilidades a evitar que los costarricenses se enfermen ni previene enfermedades, ni proporciona salud" (4).

En la Caja Costarricense de Seguro Social se establecen diversas clases de asegurados, los cuales tienen derecho a diversas prestaciones médicas.

Las instituciones prestadoras de servicios públicos odontológicos son financiadas, fundamentalmente, por el Gobierno Central. Sin embargo, algunos programas específicos reciben donaciones de organismos y fundaciones internacionales, fondos que están básicamente orientados al financiamiento de investigaciones y proyectos específicos.

## RESULTADOS

De acuerdo con los resultados de la investigación, realizados en 1991, tenemos el siguiente perfil del modelo odontológico público:

La principal causa por la que el paciente utiliza los servicios del Sistema de Salud Pública para recibir tratamiento dental es que su costo es más barato (73%); generalmente acude en busca de tratamiento por dolor un 32%. Los pacientes se encuentran muy satisfechos por los servicios que reciben en el sistema de Salud Pública, en cuanto al tipo (85%) y la calidad (89%) del tratamiento, y el trato del profesional (91%). Tanto los usuarios como los profesionales consideran que el sistema de citas es adecuado (61%).

La mayoría de los profesionales en odontología que trabajan en el sistema de salud pública, se graduó de 1976 a 1985 (59%). Son licenciados el 97%, y trabajan tiempo completo con la institución un 66%.

En cuanto a la función educativa del odontólogo en el Sistema de Salud Pública, encontramos que el odontólogo dice que le explica al paciente: la patología un 89%, el tratamiento por realizar un 85%, la importancia de los dientes un 89% y cómo prevenir las enfermedades dentales un 85%.

La mayoría de los odontólogos dicen que trabajan en el Sistema de Salud Pública porque "les gusta" (51%). Indican además que sus necesidades de educación con-

tinua se dan en las áreas de odontopediatría (50%) cirugía (31%) y patología (23%).

Los trabajadores se muestran mayoritariamente (86%) satisfechos por el servicio prestado en el sistema odontológico público.

Las condiciones de funcionamiento del equipo dental, de acuerdo con lo expresado por los odontólogos, mayoritariamente, no son buenas. Además, señalan la existencia de problemas con los materiales dentales en cuanto a cantidad (22%), calidad (30%) y abastecimiento (37%).

En cuanto a las asistentes dentales, la mayoría (96%) no graduadas, señalan como requerimientos de capacitación las áreas de operatoria (88%), exodoncia y cirugía (88%), y odontopediatría (100%).

La mayoría de los usuarios no conoce el horario de atención odontológica. Los odontólogos dicen que el servicio trabaja mañana y tarde, en tanto que la mayoría de las asistentes dicen que se trabaja sólo en la mañana.

Los servicios que se prestan mayoritariamente en los centros de prestación pública odontológica, son la operatoria (100%), la exodoncia (100%), y la cirugía (74%).

Los servicios que requieren -mayoritariamente- los pacientes que acuden a consulta a los centros de prestación pública odontológica, son operatoria (34%), prótesis (20%), periodoncia (17%) y exodoncia (10%).

## CONCLUSIONES

No toda la población tiene acceso a los servicios.

La prevención no está integrada en forma real y con resultados eficientes al programa odontológico.

Los profesionales y usuarios están satisfechos con el modelo.

Los trabajadores requieren mayor capacitación en programas de educación continua.

Existen diferencias entre la opinión de los usuarios y los trabajadores, sobre las horas de consulta odontológica en los centros de servicio.

Se hace necesario buscar un modelo de servicio público dental que responda en mejor forma a las necesidades odontológicas de la población, es decir, que amplie las prestaciones y universalice la atención, porque el desafío sigue siendo, sin la menor duda, lograr que la salud bucodental sea un derecho real de todos los costarricenses.

## BIBLIOGRAFIA

1.- Barzuna, A., 1986. Foro sobre salud bucal, Colegio de Cirujanos Dentistas, San José, Costa Rica.

- 2.- Colegio de Cirujanos Dentistas, 1986. Perfil ideal del odontólogo. Documento elaborado por Investigaciones Psicosociales. San José, agosto de 1986.
- 3.- Jiménez G., 1988. Odontología de Empresa, en Boletín de la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, Volumen 2, No. 2, diciembre de 1988, pag. 31.
- 4.- Jaramillo J., 1984. Los problemas de la salud en Costa Rica: políticas y estrategias, segunda edición, San José, Costa Rica.
- 5.- Ministerio de Salud, 1989. Memoria Anual 1988. San José, Costa Rica.