

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ALCOHOLICOS  
ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL  
JUNIO 1986 - JULIO 1991**

**POR:**

**MARIELA LOPEZ DE CARRERA**

**Trabajo de graduación presentado a la  
Escuela de Salud Pública como requisito  
para optar por el grado de Maestro en Salud  
Pública**

**PANAMA, REPUBLICA DE PANAMA  
1993**

T.M

79 AGO 1993

### PAGINA DE APROBACION

Aprobado por:

Asesor de Tesis:

Jaime Araya

Miembro del Jurado:

Angela Rodriguez

Miembro del Jurado:

[Signature]

Representante de la Vice Rectoría  
de Investigación y Post-Grado:

[Signature]

Fecha:

29 de Julio 1993.

adv. el autor

261.00

## **DEDICATORIA**

**A mi madre, a la memoria de mi padre quien siempre se esmeró  
por nuestra superación.**

**A Carlos Enrique, Martha Lucía y Eduardo Enrique quienes  
son el motivo de mis esfuerzos.**

**A Enrique con amor.**

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias:

A Dios que me ha permitido culminar los estudios de maestría.

Al Dr. Jaime Arroyo mi asesor, a la profesora Angela Rodríguez y al Dr. Alfredo Moltó.

Al equipo de profesores de la Escuela de Salud Pública, al personal del programa de alcoholismo de la Caja de Seguro Social.

A mis compañeros Mari, Fermina y Enrique y a todas aquellas personas que estuvieron cerca de mí con su interés y apoyo. A Carlos que con esmero y paciencia ha pasado el trabajo.

## **INDICE GENERAL**

	<b>Página</b>
<b>Introducción</b>	<b>i</b>
<b><u>Capítulo I. Marco Conceptual</u></b>	<b>1</b>
<b>A. Descripción del Problema</b>	<b>2</b>
<b>B. Antecedentes</b>	<b>3</b>
<b>C. Justificación</b>	<b>5</b>
<b>D. Objetivos</b>	<b>12</b>
<b>1. Objetivo General</b>	<b>12</b>
<b>2. Objetivos Específicos</b>	<b>12</b>
<b>E. Definición de Términos Operacionales</b>	<b>13</b>
<b>1. Alcohólico Asegurado</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Alcohólico</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Asegurado</b>	<b>13</b>
<b>2. Edad de inicio en el consumo de         bebidas alcohólicas.</b>	<b>14</b>
<b>3. Edad de ingreso al programa</b>	<b>14</b>
<b>4. Sexo</b>	<b>14</b>

5. Nivel de Educación	14
6. Frecuencia de Ingesta	15
7. Ocupación	15
8. Lugar de Trabajo	15
9. Fuente de Referencia	15
10. Ausentismo Laboral	16
11. Estado Civil	16
12. Problemas relacionados con la bebida	16
<b>Capítulo II. Marco Teórico</b>	<b>17</b>
<b>A. Generalidades sobre el alcoholismo</b>	<b>18</b>
<b>1. Antecedentes históricos</b>	<b>18</b>
1.1. Factores Culturales	19
1.2. Factores Sociales	20
1.3. Factores Gubernamentales	21
1.4. Factores Psicológicos	22
1.5. Aspectos Biogénéticos	23
1.5.1. Factores bioquímicos y fisiológicos	23
1.5.2. Factores genéticos y	

hereditarios	24
1.6. Factores demográficos o relacionados con la edad.	25
<b>B. Alcoholismo</b>	<b>27</b>
1. Definición	27
<b>C. Epidemiología</b>	<b>28</b>
1. Período pre-patogénico	28
1.1. Agente - El Alcohol	28
1.1.1. Procesamiento y producción	29
1.1.2. Costo y disponibilidad	30
1.2. El Huesped	30
1.2.1. La personalidad	31
1.2.2. Antecedentes familiares y genéticos	32
1.2.3. Edad	32
1.2.4. Sexo	33
1.2.5. Distribución del alcohol en el organismo del huésped	33
1.3. Factores ambientales	34
1.3.1. Aspectos legales	36

2. Período patogénico del alcoholismo	38
2.1. Etapa Pre-clínica	39
2.2. Etapa Clínica	40
3. Problemas asociados con el alcoholismo	40
3.1. Emocionales y económicos	41
3.2. Familiares	41
3.3. Problemas laborales	42
3.4. Delictivos	43
4. Aspectos fisiopatológicos del alcohol	44
4.1. Generalidades	44
4.1.1. Absorción	44
4.1.2. Metabolismo	45
4.1.3. Oxidación del alcohol	46
4.2. Intoxicación alcohólica	46
4.3. Intoxicación patológica	48
4.4. Delirium tremens	50
4.5. Tratamiento	50
<b>Capítulo III. Marco Metodológico</b>	<b>53</b>
<b>A. Tipo de Estudio</b>	<b>54</b>

<b>B. Universo</b>	<b>54</b>
1. Descripción del área de estudio	54
2. Definición de universo	55
3. Unidad de análisis	56
4. Fuentes para obtener información	56
5. Términos de selección del estudio	56
6. Procedimiento efectuado para la realización del trabajo	57
<b>C. Instrumento para recolección de datos</b>	<b>58</b>
<b>D. Procedimiento para la recolección de la información</b>	<b>59</b>
<b>E. Procedimiento para la presentación y análisis de los     datos</b>	<b>60</b>
<b>F. Limitaciones del estudio</b>	<b>60</b>
<b><u>Capítulo IV. Presentación y Análisis de Resultados.</u></b>	<b>61</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>112</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>120</b>

<b>Referencias</b>	<b>124</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>130</b>
<b>Anexos</b>	<b>139</b>

## **INDICE DE CUADROS**

Cuadro N°		Página
1	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS AL INGRESAR AL PROGRAMA AÑOS: 1986 A 1990	62
2	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS AÑOS: 1986 A 1990	65
3	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD AÑOS: 1986 A 1990	69
4	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑAN AÑOS: 1986 A 1990	72

Cuadro N°		Página
5	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN ESTADO CIVIL AÑOS: 1986 A 1990	75
6	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN FRECUENCIA DE INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS AÑOS: 1986 A 1990	77
7	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN FALTAS O AUSENCIAS AL TRABAJO AÑOS: 1986 A 1990	80
8	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN SEXO AÑOS: 1986 A 1990	83
9	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN LUGAR DE TRABAJO AÑOS: 1986 A 1990	85

Cuadro N°		Página
10	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN FRECUENCIA DE INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y GRUPOS DE EDAD AÑOS: 1986 A 1990	88
11	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN AUSENCIAS AL TRABAJO Y FRECUENCIA DE INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS AÑOS: 1986 A 1990	91
12	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN FUENTE DE REFERENCIA AL PROGRAMA AÑOS: 1986 A 1990	94
13	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN REFERENCIA DE FAMILIAR O AMIGO Y CAUSA DE INGRESO AL PROGRAMA AÑOS: 1986 A 1990	97

Cuadro N°		Página
14	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN REFEREBCUA DE MÉDICO PERSONAL Y CAUSA DE INGRESO AL PROGRAMA AÑOS: 1986 A 1990	100
15	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN REFERENCIA DE SALA DE URGENCIAS Y CAUSAS DE INGRESO AL PROGRAMA AÑOS: 1986 A 1990	103
16	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN REFERENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD Y CAUSA DE INGRESO AL PROGRAMA AÑOS: 1986 A 1990	106
17	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN REFERENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL, PSICÓLOGO O JEFE DE LUGAR DE TRABAJO Y CAUSA DE INGRESO AL PROGRAMA AÑOS: 1986 A 1990	108

Cuadro N°

Página

18	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID SEGÚN CONSULTA VOLUNTARIA AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SU CAUSA AÑOS: 1986 A 1990	110
----	--	-----

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge como producto de nuestras observaciones diarias donde vemos que aumentan los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. La experiencia en el ámbito de la salud mental y docente nos ha permitido interactuar muy de cerca con diferentes grupos en las comunidades, en la universidad y en las instituciones de salud en los que encontramos muchas personas que sufren las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas. A esto podemos agregar también las especulaciones que a diario escuchamos al respecto. Sabemos que la persona cuando busca ayuda lo hace por las consecuencias finales y en esto nos lo corrobora el autor Lasso (1) que dice «el 79% de los sujetos que buscan ayuda lo hacen en la fase crucial del alcoholismo».

Lo anterior nos motiva a reflejar nuestra preocupación y nos impulsa a realizar un estudio descriptivo del alcohólico asegurado con el propósito de diseñar las bases de un modelo de captación temprana de bebedores en la población trabajadora.

Estamos conscientes que los resultados no pueden extrapolarse confiablemente a una población de alcohólicos que presentan características

diferentes a las de este estudio.

El contenido se presenta en capítulos. El primer capítulo se refiere al **Marco Conceptual** que contiene la descripción del problema, antecedentes, justificación, objetivos y definición.

El segundo capítulo corresponde al **Marco Teórico** que ofrece una revisión documental de la historia natural del alcoholismo y su relación con investigaciones anteriores.

El tercer capítulo describe el **Marco Metodológico**, incluyendo el tipo de estudio, el universo, la muestra, la unidad de análisis, la descripción de la información requerida, los términos de selección del estudio, el instrumento, el procedimiento para la recolección de la información y para la presentación de ella. Además se describen las limitaciones del estudio.

En el cuarto capítulo se incluye la presentación, análisis e interpretación de la información obtenida; conclusiones y recomendaciones. Varias fuentes de información fueron consultadas en el proceso de realización

del trabajo.

Nos sentimos satisfechos de haber realizado este estudio que creemos puede constituir un apoyo importante a los trabajadores de la salud interesados en la prevención del alcoholismo.

**CAPITULO I**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## **A. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

El alcoholismo como problema de salud es susceptible de ser analizado desde el punto de vista del método epidemiológico, dada su difusión en amplios estratos de la población. Puede considerarse como enfermedad social y está ligada al desarrollo socioeconómico; en este sentido podemos plantear que el rendimiento de los empleados en una empresa puede verse afectado por los problemas de salud que genera el alcoholismo y lo confirma Lasso (1) que dice que «en los últimos años, se ha observado en los sitios de trabajo el aumento de casos que guardan relación con el alto consumo de bebidas alcohólicas y los problemas laborales».

El mismo autor Lasso (1) se refiere a que «la persona alcanza, en condiciones normales, su mayor productividad de los 30 a los 45 años y es precisamente en esta edad donde más comunmente y con más frecuencia empieza a manifestarse la enfermedad».

Panamá registró en «1990 una población estimada de 362,374 habitantes en las edades comprendidas entre los 30 y 45 años» (2) y

observamos que los problemas relacionados con el alcohol aumentaron. Hay pocos estudios que indiquen la situación específica del problema, sin embargo somos conocedores que la persona busca ayuda por las consecuencias, es decir, cuando ya hay un problema evidente con la bebida que permite diagnosticar el alcoholismo como tal (3).

Frente a ese aumento de la morbilidad por alcohol, nos preguntamos, ¿faltan programas de prevención o de captación?. ¿Cuáles son las características del paciente con diagnóstico de alcoholismo que se atiende en el programa del tratamiento del alcoholismo del Complejo Hospitalario Metropolitano?.

Al conocer las características del alcohólico asegurado, ¿podremos plantear un modelo de captación de personas en riesgo de alcoholismo?.

## **B. ANTECEDENTES**

Los directivos de la OPS (4) afirman que, sin temor a equivocarse, «el problema del alcoholismo ha tomado desprevenidos a los países, por la velocidad con que se ha propagado, y la gravedad de dicha situación que

supera la capacidad de los gobiernos de responder con medidas eficaces, por lo que están recomendando estudios rigurosos sobre factores de riesgo y los fenómenos asociados a la personalidad del individuo y al medio en que vive, que favorecen o determinan la aparición del problema y su evolución».

La OPS (5) en su plan de acción propone «la extensión de los servicios de salud mental y la lucha contra el alcoholismo y las farmacodependencias, dando prioridad al rubro de la prevención con el fomento de la participación comunitaria para disminuir el número de pacientes internados en instituciones y los accidentes en las industrias; promover además el interés y la participación de los trabajadores y empresarios en aumentar el control de los factores de riesgo en el trabajo».

Pemjean (6) y otros afirman que «el abuso de alcohol es una condición muy frecuente entre los enfermos que llegan a internarse en los diferentes servicios clínicos de los hospitales generales en Chile, y esto se explica por la elevada prevalencia de bebedores excesivos en el país y porque esta población muestra tasas mayores de mortalidad y morbilidad.

Además al abuso de alcohol se le considera como factor contribuyente de accidentes, suicidios, homicidios y de la mayor parte de las defunciones prematuras provocadas por enfermedades no transmisibles» (3).

### **C. JUSTIFICACIÓN**

Es observable el aumento en la producción y el consumo de bebidas alcohólicas a nivel mundial; para los años 1965 y 1980 según Ritson (7) el total de «la producción comercial calculada en etanol al 100% aumentó en cerca del 50% lo que representa un aumento del 15% en el consumo por persona».

Edwards (8) nos indica que en «en Escocia el 20% de los pacientes varones que ingresaron en el pabellón médico de un hospital general, tenían problemas relacionados con el alcohol».

Itzhak (9) plantea que el problema del alcoholismo se agrava cuando vemos que «las enfermedades que ocupan actualmente la primera causa de muerte en la mayoría de los países de la Región, América Latina y el Caribe son: las cardiopatías, la hipertensión y el cáncer. La prevención y control de estas enfermedades requiere cambios en el estilo de vida de la población

expuesta, mereciendo especial atención lo relacionado al consumo de bebidas alcohólicas», por ser considerado como factor de riesgo de las enfermedades mencionadas.

Ritson (7) afirma que «pareciera que los esfuerzos que se han hecho para controlar el problema del excesivo consumo de bebidas alcohólicas ha tenido poco éxito debido que subsisten condiciones socioculturales que obstaculizan esos esfuerzos». Esto tiene su explicación si consideramos que el uso del alcohol no sólo es permitido por la ley sino que es apoyado y estimulado por la sociedad; forma parte de la recreación, de las celebraciones, de los negocios, de las funciones políticas; creemos que no nos equivocamos si decimos que pareciera antisocial el no beber, y aquí lo corroboramos cuando en una fiesta escuchamos con frecuencia, por parte del que no ingiere bebidas alcohólicas, cuando es presionado, frases como "estoy en tratamiento médico..."

En el comportamiento general en nuestro medio observamos además que se da la modalidad de que en los clubes deportivos, en las empresas y en el desarrollo de los deportes, las bebidas alcohólicas están integradas; también

podemos referirnos al descanso entre jornadas de trabajo, ¿y qué decir de los "viernes culturales" y los días de pago? En todas estas situaciones se va fraguando poco a poco y comienzan a hacer su aparición los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas tanto para el individuo como para su entorno social. Observamos además que dichos problemas también son aceptados y tolerados por la sociedad, razón esta que nos permite aseverar que las personas no consultan en instituciones de salud y lo reafirmamos cuando encontramos autores como Edwards (8) quien afirma que «encuestas generales de población han puesto de manifiesto que la mayoría de las personas con problemas relacionados con el alcohol no están en contacto con ningún organismo de salud o asistencia social».

Las personas acuden en busca de ayuda cuando las consecuencias se agudizan, cuando hay un daño severo, o bien cuando hay una amenaza de pérdida, de la salud, del trabajo, o de la familia. Conscientes de que «trabajar en la prevención es tarea de varias entidades» y así lo plantea la OMS (10) que ha colaborado activamente con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) para «hacer frente a los problemas planteados por las drogas y el alcohol en los lugares de trabajo, y proponer la identificación de problemas y el

establecimiento de mecanismos para la solución, con énfasis en programas de prevención».

Estos programas de prevención en el ámbito laboral creemos que serán factibles si existe en primera instancia la colaboración por parte de los empresarios; esto se dará en la medida que se planteen los beneficios que se obtendrían, ya que ellos siempre están preocupados por el rendimiento efectivo de sus empleados, que se afecta cuando se da la situación del alcoholismo; ello podemos sustentarlo al encontrar que un estudio en hombres y mujeres alcohólicos desintoxicados, en edades comprendidas entre 20 y 49 años, realizado por York J. L. y otros (11), en febrero de 1988 llegaron a la conclusión de que aunque se mantuvo el interés en el trabajo, manifestaron altos errores y dificultades en su desempeño motor». Además también encontramos según Aguilar (12) «el costo económico de la enfermedad alcohólica en Ecuador, sólo por el rubro disminución de la productividad, alcanza a 10,597,000,000 de sucres por año, aproximadamente 100,000,000 dólares al tipo de cambio vigente en 1984, es decir, aproximadamente el 7.3% del PIB de ese año en que se realizó la investigación. Una cantidad muy inferior a esta cifra invertida en prevención del alcoholismo y rehabilitación

de alcohólicos daría resultados altamente positivos».

En segundo lugar, para el éxito del programa a nivel de prevención secundaria estaría la disposición de los profesionales de la salud y otras disciplinas, de captar las personas que consultan o acuden por las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas. Somos conscientes de que se observa una actitud marcada de rechazo o simplemente una negación a trabajar con el problema del alcoholismo. El Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica (3) nos señala que «han encontrado que la mayoría de los profesionales y principalmente el médico, muestran una actitud negativa hacia el paciente con ingesta patológica, consideran que es poco interesante y difícil de tratar»; los investigadores de este instituto manifiestan que «falta contenido curricular en las carreras universitarias y los enfoques que reciben enfatizan hacia las consecuencias finales tanto físicas como psicosociales de la enfermedad». En 1985 empiezan a considerar la formación en este tópico en el curriculum de la universidad. En otros profesionales (maestros) en Chile, encontramos que la problemática del alcoholismo ha adquirido gran importancia y tomando en cuenta el papel del maestro en estos problemas, Repeth (13) decidió:

«Evaluar los conocimientos, opiniones y actitudes de una muestra representativa de profesores de enseñanza media pública, sobre alcoholismo; con el fin de determinar el interés y, recoger sugerencias sobre el qué hacer frente a la problemática del alcoholismo en Chile. Para ello aplicó una encuesta y en los resultados la mayoría concede gran importancia a las medidas educativas y a los programas preventivos de alcoholismo».

La OPS (4) señala que «en Panamá se han realizado pocos estudios; se considera que es debido a la dificultad de financiamiento, no así a la ausencia del consumo de alcohol como problema de salud.<sup>d</sup> La Contraloría General de la República (2) nos presenta que, «la producción de bebidas alcohólicas ha tenido un incremento del 63.4% en el período de 1980 a 1990», lo que nos permite pensar que han aumentado las exportaciones o que ha aumentado el consumo. Por otro lado, en una investigación realizada por Carmen (14) del Instituto de Criminología sobre el consumo inmoderado de alcohol, «se demostró que existe correlación entre alcoholismo y el delito, produciendo graves consecuencias a la salud y vida de la población panameña, por lo que se debe reconocer como un grave problema social».

También encontramos que en estudio de Chamorro (15) «durante el período comprendido entre 1983 a 1987, Colón presentó las más altas tasas de mortalidad por cirrosis hepática. Y según Estadística de la Contraloría (2) en el resto de la república entre los años 1984 y 1988 se registraron 7 defunciones por la misma causa; 5 en la edad comprendida entre los 40 y 55 años».

La Dra. Jean Deleuze coordinadora del Programa de Alcoholismo de la Caja de Seguro Social hasta 1988 respondió a entrevista de la Dra. Carmen Antoni (14), que «en Panamá, en una población de 1,096,900 personas mayores de 15 años, 54,849 eran alcohólicas y 329,097 a 383,943 individuos serían clasificados como bebedores excesivos. La población alcohólica estaría ubicada entre los 25 y los 35 años».

Evidenciamos la existencia del problema y vemos que son pocos los estudios hechos en nuestro país, por lo que consideramos que para plantear la necesidad de establecer programas de detección temprana para ofrecer tratamiento oportuno en las poblaciones en riesgo de alcoholismo que se encuentran trabajando, se hace necesario la descripción de las características del alcohólico, en este caso el asegurado, en nuestro medio.

Una vez descritas las características del asegurado con problemas de alcoholismo permitirá la formulación de hipótesis que puedan ser la base de estudios más profundos ajustados a las necesidades y recursos del país. Además permitirá plantear un modelo de captación de población en niveles anteriores para disminuir la incidencia de alcoholismo.

## **D. OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General**

El objetivo general de esta investigación es hacer un análisis descriptivo de los pacientes alcohólicos que se atendieron en el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social, en el período comprendido entre junio de 1986 a julio de 1991, con el propósito de diseñar las bases de un modelo de captación temprana de bebedores para prevenir la incidencia de alcoholismo en la población trabajadora.

### **2. Objetivos específicos**

- 2.1. Determinar las edades de inicio del consumo de bebidas alcohólicas y de ingreso al programa, para detectar grupos susceptibles.

- 2.2. Describir el nivel de escolaridad y la ocupación con el fin de detectar grupos susceptibles.
- 2.3. Identificar la fuente de referencia y el motivo de consulta.
- 2.4. Clasificar la distribución de los alcohólicos según lugar de trabajo.
- 2.5. Determinar las características del alcohólico asegurado relacionadas a frecuencia de problemas por la ingesta de bebidas alcohólicas, frecuencia de ingesta, ausentismo laboral, estado civil y sexo.
- 2.6. Establecer recomendaciones que permitan mejorar el sistema.

## **E. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES.**

### **1. Alcohólico Asegurado**

**1.1. Alcohólico.** (16) lo define como «alguien que muestra: a) graves efectos médicos o psicológicos por la ingestión repetida de alcohol, b) incapacidad para controlar la ingestión, c) conducta antisocial al estar embriagado y d) insatisfacción familiar, social o personal por la ingestión anormal de alcohol».

**1.2. Asegurado.** «Persona del sexo femenino o masculino que labora en una empresa privada, estatal o personal y que aporta su cuota de afiliación

a la Caja de Seguro Social» (17).

## **2. Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas.**

Cuántos años tenía cuando inicio el uso de bebidas alcohólicas. Permitirá hacer un análisis calculando la edad promedio y el porcentaje de casos que inició el consumo antes de los 20 años.

## **3. Edad al ingreso al programa.**

Cuántos años tiene cuando ingresa al programa de alcoholismo. Un análisis simple de frecuencias con respecto a la edad de ingreso al programa nos dará a conocer el rango de edad y la edad promedio.

## **4. Sexo**

La Fuente (18) define que sexo: «No es más que la diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer». Condición orgánica que distingue al macho de la hembra». Nos permitirá conocer la proporción de alcohólicos en ambos sexos.

## **5. Nivel de educación.**

Se considera primaria, secundaria, universitaria, completa o incompleta.

#### **6. Frecuencia de la ingesta.**

Se toma en cuenta la ingesta si es diaria, si es los fines de semana, por quincena y otros.

#### **7. Ocupación.**

Se considera la profesión u oficio que la persona desempeña en el momento de ingresar en el programa.

#### **8. Lugar de trabajo.**

Se consideran instituciones del gobierno, empresas privadas, área del canal, trabajador por cuenta propia, trabajadores familiares y otros. Esto permitirá ubicar poblaciones en riesgo de alcoholismo.

#### **9. Fuente de referencia.**

Se considera la puerta de entrada al programa. Ofrece la oportunidad de conocer los lugares donde consultan las personas y así saber donde pueden

encontrarse los bebedores.

#### **10. Ausentismo laboral.**

Se considera faltas o ausencias al trabajo por causa del consumo de bebidas alcohólicas.

#### **11. Estado civil.**

Se toma en cuenta si es casado, soltero, viudo, separado, unión libre o divorciado.

#### **12. Problemas relacionados con la bebida.**

Se consideran conflictos conyugales, laborales, familiares; problemas de salud, accidentes, problemas con la autoridad y otros, que son problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas.

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **A. Generalidades sobre el alcoholismo.**

### **1. Antecedentes históricos.**

El hombre se relaciona con el alcohol desde tiempos muy remotos; la Biblia habla de «la utilización del vino en la boda de Canaán de Galilea». Los egipcios fueron comerciantes en vinos. Hipócrates habló de la "locura alcohólica". También se conoce que la bebida que transformaba sensaciones y emociones y producía bienestar, podía obtenerse de la fermentación de frutas o cereales. Dicha bebida se utilizaba en ritos religiosos, celebraciones y también como medicina (19).

En el siglo XV se descubre el proceso de destilación y ya en el siglo XVII el alcohol se había convertido en una droga de uso y abuso en gran escala.

La noción de alcohol y enfermedad comienzan con los escritos de Benjamín Rush (22) y un médico inglés, Thomas Trotter, quien dijo que "la ebriedad es una enfermedad producida por una causa remota que perturba las funciones de la salud". Fue en 1943 cuando Jellinek propuso el concepto de

"incapacidad de detenerse", herramienta para definir el alcoholismo.

Pese a que se le considera como enfermedad, encontramos que los intereses en atacarla se centran cuando ya existe una dependencia en la persona, es decir, en sus consecuencias finales.

Son numerosos los factores que pueden influir, mediante una compleja interacción, en que la persona decida iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas, y estos pueden ser culturales, sociales, gubernamentales, psicológicos, biogénéticos y demográficos.

### **1.1. Factores culturales**

Las diferencias culturales son los modeladores de la actitud de las personas con respecto al consumo de bebidas alcohólicas; dentro de un mismo país puede hablarse de subculturas que generan diferentes patrones de ingestión y que influyen en la decisión de cada persona de ingerir o no bebidas alcohólicas y de elegir el tipo de bebida; así por ejemplo en estudio realizado por IAFA (20) se habla de que «los judíos y chinos tienen baja frecuencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol ya que el estado

desaprueba la ebriedad, lo contrario sucede en los irlandeses».

También es la cultura la que le ofrece a las personas los conocimientos sobre las consecuencias de la ingesta de bebidas alcohólicas que le permitan medir el riesgo de enfermar, valorar la salud y conocer las medidas de prevención del alcoholismo. Coincide esto con afirmación de Melgar (21).

El alcohol ha sido conocido por todos los grupos humanos y siempre ha tenido un papel destacado, por sus efectos y por los significados que se le atribuyen.

## **1.2. Factores Sociales**

El alcohol ha sido integrado como práctica tradicional en la sociedad de tal forma que pasa a ser un patrón de conducta social; es utilizado para enfrentar el estrés, las presiones del medio, como parte normal de una comida, y es indispensable en las celebraciones. Las sociedades lo han incorporado como una conducta social de grupo y para rituales; es un facilitador de la integración de las personas al medio, por lo que está estrechamente asociado a las actividades sociales y un factor que determina el consumo es la

aceptabilidad social.

En esto está de acuerdo Vidal (22) cuando dice que «las ocasiones de ingestión de bebidas alcohólicas funcionan como expresión y apoyo a la estructura social al estimular interacciones sociales y fortalecer identificaciones y solidaridad colectivas».

### **1.3. Factores Gubernamentales**

Por otro lado, tenemos la estructura gubernamental que, conocedores de los problemas que genera el consumo de bebidas alcohólicas, no evidencian medidas de control. Esto lo entendemos en primer lugar porque quienes conforman dicha estructura son personas que forman parte de una sociedad que permite y aprueba el uso de bebidas alcohólicas y son producto de una cultura que lo facilita y apoya; en segundo lugar, por lo significativo que es para el gobierno los altos ingresos en concepto de impuestos generados por las industrias productoras de bebidas alcohólicas, y aquí se puede reflexionar cuando encontramos estudios que nos dicen que «en Francia, Canadá, Finlandia y Estados Unidos, más del 40% del presupuesto total de los servicios de salud se dedica al tratamiento de enfermedades relacionadas con el uso de

bebidas alcohólicas» (10) y para terminar, Vidal y Alarcón (22) nos dicen algo que creemos importante transcribir «el impacto del alcohol en la organización político-económica de las sociedades es importante pero ¿qué se dice de la desorganización biopsicosocial de las personas que lo usan?

#### **1.4. Factores Psicológicos**

Bajo este contexto tenemos que revisar las características intrapersonales que están directamente relacionadas a la personalidad.

Martha (23) dice que «después de haber revisado la literatura disponible sobre teorías de la personalidad, llegó a la conclusión de que no existe una sola teoría que abarque todo, sino que se plantean en las diferentes teorías, rasgos de la personalidad. Agrega además que la personalidad no es una entidad innata ni está condicionada por factores genéticos, sino que la misma se va haciendo en el curso de la vida».

IAFA (3) nos dice que «no hay una personalidad típica pero sí se puede hacer referencia a rasgos de la personalidad como: impulsividad, pobre concepto de si mismo, poca fortaleza del yo y baja conformidad que pueden

ser favorecedores del desarrollo de la dependencia».

### **1.5. Aspectos Biogénéticos**

Con respecto de la influencia de los factores biogénéticos como factor de riesgo en el desarrollo del alcoholismo, se han identificado dos teorías, la importancia de los factores bioquímicos y fisiológicos y la influencia de los factores genéticos o de herencia.

#### **1.5.1. Los factores bioquímicos y fisiológicos**

El metabolismo del alcohol se realiza principalmente en el hígado. Hay dos enzimas que desempeñan el papel preponderante: la deshidrogenasa alcohólica (ADH) que convierte el etanol en acetaldehído y la aldehído-deshidrogenasa (ALDH) que convierte el acetaldehído en acetato.

Se han encontrado muchas variantes genéticas en la estructura molecular y en las propiedades catalíticas de la ADH y la ALDH. Estas variantes son las que explican la diferencias en las tasas de eliminación de alcohol por parte del hígado.

Existen varios tipos de ADH denominados enzimas atípicas que se encuentran en las personas de raza caucásica. En lo referente a la aldehido-deshidrogenasa (ALDH) existen numerosas isoenzimas con propiedades diferentes como la ALDH-1 que es prácticamente nula en un 50% de las personas de raza amarilla, lo que explica por qué en el 85% de los japoneses y chinos se produce una reacción de enrojecimiento facial, pocos minutos después de ingerir una pequeña cantidad de alcohol.

Martin, (24) reporta que «el 62% de la variabilidad en la eliminación del alcohol en gemelos es determinada genéticamente».

En otro aparte, IAFA (19) refiere que: «Las reacciones adversas producidas pueden considerarse como factor protector para el alcoholismo, estas diferencias raciales pueden entonces explicar las variaciones en la prevalencia e incidencia del alcoholismo».

### **1.5.2. Factores genéticos y hereditarios**

Negrete y otros en 1985 (25) hablan de que «la enfermedad se transmite de generación en generación en una misma familia». Sin embargo es difícil

conocer el peso que ejerce lo estrictamente biológico con respecto a los aspectos psicosociales del ambiente familiar cuando hay un miembro alcohólico.

«En los últimos años varios grupos de investigación de los que citamos IAFA (3) entre los que se encuentran genetistas, tratan de localizar el gen o cromosoma que transmite la herencia del alcoholismo».

Lancaster (19) nos dice que la constitución genotípica de cada ser vivo determina respuestas específicas al introducir una droga. Las reacciones adversas al consumo de alcohol están asociadas a altas tasas de concentración de acetaldehído en el plasma lo que puede conducir a variar la tolerancia y dependencia del alcohol en las personas.

#### **1.6. Factores demográficos o relacionados con la edad.**

Es apreciable el alto consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes y observamos que cada vez se inician en la bebida a edades más tempranas, si tomamos en cuenta que la población joven de Panamá asciende «al 21% y la edad mediana se coloca en 20 años» (26) podemos decir que es la población

en riesgo de alcoholismo y que nos lo corrobora un estudio realizado por Galvez (27) en Colombia, para el año 1987 encontró que «la curva de edad de los pacientes atendidos por alcoholismo tiende a desplazarse hacia edades inferiores y esto se explica por el aumento de jóvenes que se inician en el consumo de bebidas alcohólicas».

Por otro lado al hablar de emigraciones, la OMS (28) dice que «es frecuente el alto consumo de bebidas alcohólicas en las zonas urbanas donde la población rural ha emigrado»; en Panamá no encontramos datos estadísticos al respecto pero sí es observable el fenómeno emigratorio del campo a la ciudad, día a día aumentan las barriadas precaristas en las afueras de la urbe metropolitana, conduciendo estas personas a un modo de vida distinto, favoreciendo la inestabilidad social, el desempleo y por consiguiente cayendo como presa fácil en el consumo de bebidas alcohólicas.

En lo referente a la población trabajadora, Vaquero (29) se refiere a que «la mayor cantidad de personas en edad productiva se encuentran en el ámbito laboral que muchas veces es la fuente de mayor estrés, las relaciones obrero-patronales no son las mejores, la falta de seguridad, mala

remuneración, las presiones, los horarios prolongados, los trabajos repetitivos, la disponibilidad de bebidas alcohólicas en el trabajo, la ausencia de actividades que favorezcan las relaciones familiares y la utilización del tiempo libre» son factores que colocan esta población en riesgo de alcoholismo, y Panamá (2) registra en toda la república «una población económicamente activa, estimada de 820,005 protegida por la Caja de Seguro Social».

## **B. ALCOHOLISMO**

### **1. Definición**

En la Clasificación Internacional de Enfermedades aprobada en 1976 (30), el término alcoholismo fue sustituido por el concepto "Síndrome de Alcohol Dependencia" código 303.

«Es un estado psíquico y habitualmente también físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para tomar alcohol de una manera continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos, algunas veces para evitar las molestias producidas por su ausencia, pudiendo estar presente o no la tolerancia».

## **C. EPIDEMIOLOGÍA**

### **1. Período Pre-Patogénico**

La enfermedad conocida como alcoholismo está sujeta a la interacción de cada uno de los elementos, características y variaciones de la triada ecológica: agente, hospedero, ambiente y del conjunto causal resultado de las múltiples influencias, siendo fundamental la respuesta del hospedero a los estímulos patológicos una vez dada la interacción multicausal.

#### **1.1 Agente - El alcohol.**

También se le llama etanol. Es un líquido claro, transparente, de densidad 0.79, punto de ebullición 78° C y punto de congelación de -114.5° C. Se mezcla fácilmente con el agua y se quema en el aire. Se forma durante el proceso de fermentación anaeróbica de algunos azúcares que se producen durante la multiplicación de microorganismos, en particular las levaduras.

IAFA (3) nos dice que «las bebidas alcohólicas fermentadas obtenidas de semillas de gramíneas se conocen como cerveza; y las que provienen de jugo de uvas se llaman vinos. Las sometidas al proceso de destilación se conocen

como aguardientes y licores. Todas con concentraciones de alcohol diferentes».

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central que al principio, al ser ingerido produce desinhibición y mayor interacción social.

Causa posteriormente trastornos funcionales a nivel del sistema nervioso central, sistema cardiovascular, complicaciones médicas relacionadas con el sistema digestivo, con la sangre y complicaciones endocrinas.

### **1.1.1. Procesamiento y Producción**

Está estrechamente ligado a los avances tecnológicos. Antes de iniciar el proceso de destilación, las bebidas alcohólicas disponibles tenían un 15% o menos de alcohol y eran producto de la fermentación natural (31). Hoy en día el procesamiento sofisticado pone en el mercado diversidad de productos; Panamá posee una poderosa industria licorera y la producción ha ido en aumento considerable; en la década de 1980 a 1990 se registra un incremento de 63.4% (2).

### **1.1.2. Costo y Disponibilidad**

El costo puede condicionar la demanda y así lo apreciamos en Dinamarca (4), que durante la Primera Guerra Mundial, el alza de los precios de las bebidas alcohólicas redujo el consumo y disminuyó la frecuencia de cirrosis hepática.

La Contraloría General de la República (2) nos dice que en la década de 1980 a 1990 se registró un alza de 37% a 70% en los precios al consumidor de las bebidas alcohólicas. No encontramos estudios que nos indiquen que el consumo ha disminuído pero sí nos atrevemos a decir que se observa aumento en el uso de ellas; de los expendios, y de las actividades sociales donde las bebidas alcohólicas están presentes.

Las bebidas alcohólicas en Panamá están disponibles en tiendas, supermercados, bodegas, campos de juego, etc. La aceptabilidad y la disponibilidad favorecen el consumo.

## **1.2 El Huésped**

El huésped es aquella persona que se constituye en víctima y que se

mantiene recibiendo la influencia de las campañas publicitarias y de los medios de comunicación que lo estimulan al consumo de bebidas alcohólicas, y en la que posteriormente aparece la dependencia con sus consecuentes repercusiones sociales, laborales, económicas, jurídicas, morales y muchas veces las características de un enfermo social.

El desarrollo de alcoholismo en la persona va a depender de los factores de riesgo que mencionaremos a continuación.

### **1.2.1. La personalidad.**

No se puede hablar de una personalidad típica en el alcoholismo, pero en lo que sí coinciden los autores es que puede hablarse de rasgos de la personalidad que se han estructurado a través de las relaciones interpersonales y en ese sentido encontramos que Segond (32) hace mención «a fijación en la etapa oral, ausencia de disciplina o demasiada indulgencia y permisibilidad con respecto a la necesidad de dependencia de los hijos. Pasividad, sentimientos de minusvalía producto de la sobreprotección, inmadurez, impulsividad, conducta antisocial y dificultad para enfrentar los conflictos».

Por otro lado, también encontramos que OPS (33) hace referencia a «móviles de consumo de alcohol como iniciativa personal, curiosidad, búsqueda de placer, afán de imitación y deseo de evasión».

### **1.2.2. Antecedentes Familiares y Genéticos**

La influencia de los padres con respecto al consumo de alcohol fue demostrada por Barnes (34) en los Estados Unidos en 1978 cuando encontró que «el 59% de los estudiantes cuyos padres bebían regularmente eran a su vez bebedores desde moderados hasta excesivos, en comparación con el 29% de los estudiantes cuyos padres eran abstemios».

### **1.2.3. Edad**

En lo que a edad se refiere, existe variación en la ingestión de bebidas alcohólicas. La cultura es determinante sobre los tipos de comportamientos que se utilizarán para caracterizar la ingestión patológica.

Los resultados de estudios realizados por IAFA (31), en Costa Rica indican que «los enfermos más jóvenes iniciaron el contacto con las bebidas alcohólicas entre los 15 y 18 años. Lo que nos dice que mientras más

temprano se inicia su carrera alcohólica, más temprano se llega a ser alcohólico».

#### **1.2.4. Sexo**

Aquí se presentan características propias de las culturas. Los reportes estadísticos nos muestran que la prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres.

En Panamá, en estudio realizado por PRIDE (35) sobre la frecuencia del uso de drogas entre la juventud panameña, se encontró «la mayor prevalencia en el sexo masculino». Sin embargo, es fácil observar que actualmente el uso inmoderado de bebidas alcohólicas no delimita sexo.

Antoni (14) en una de sus conclusiones se refiere a respuestas de las mujeres universitarias, que «la mayor motivación para el consumo de bebidas alcohólicas es el compromiso social».

#### **1.2.5. Distribución del alcohol en el organismo del huésped**

Al entrar la bebida alcohólica en el organismo del huésped, se

distribuye y su forma de distribución va a depender de factores químicos propios de la misma bebida y los intrínsecos del huésped.

En su fase inicial la distribución en el organismo está determinada por el gasto cardíaco y la circulación sanguínea. El corazón, el hígado, los riñones, el encéfalo y otros órganos reciben en una u otra forma la influencia o acción del alcohol.

### **1.3 Factores Ambientales**

El entorno social va a determinar el comportamiento o la actuación de la persona, y aquí tiene que ver el área urbana o rural, la permisibilidad y tolerancia social, familiar y de las entidades gubernamentales, factores culturales, los factores religiosos que muchas veces sirven de freno; el clima, las variaciones cíclicas, la inadecuada educación sexual y los medios de comunicación.

Los factores sociales que favorecen la anomia y por otro lado la inestabilidad social, como las migraciones, el desempleo que genera en ocio improductivo, las pocas oportunidades que ofrecen los gobiernos, son factores

que motivan el uso indebido de alcohol por un lado, pero en otros aspectos tenemos la familia y sociedad que permiten, favorecen e invitan al consumo y lo afirmamos cuando encontramos autores como Vaquero (29) que nos dice que «el ambiente familiar favorecedor del consumo de bebidas alcohólicas es aquel que ofrece modelos de consumo, el que no pone límites, en el que las relaciones familiares están rotas, o las familias conformadas por un sólo padre».

En este sentido nos atrevemos a decir que el ambiente familiar en Panamá por un lado ofrece modelos de consumo en gran proporción; la presencia de bebidas alcohólicas y su consumo en las familias es un fenómeno fácil de observar; por otro lado, estudios de CONAFA (36) revelan que «el 62% de nacimientos en Panamá se dan fuera del matrimonio y que los embarazos en la adolescencia siguen en aumento».

Formando parte de los factores ambientales, nos encontramos frente a los medios de comunicación social que sin dejar de reconocer sus bondades en términos de transmisores y promotores de cultura, vemos que al no existir adecuados controles, proliferan los programas y la publicidad que promueven

e incitan al consumo de bebidas alcohólicas. Es fácil observar que las campañas publicitarias se dirigen a las poblaciones tocando puntos vulnerables como necesidades de relacionarse con otros, de distinción, de ocupar una posición en la sociedad, de éxito en las relaciones sexuales, de triunfo, de logros; en fin, la población encuentra atractivas las ofertas sobre las diferentes bebidas alcohólicas, en la televisión, en los medios escritos, en la radio y en las vallas móviles y fijas.

#### **1.3.1. Aspectos Legales**

El artículo 105 de la Carta Magna consagra como función esencial del Estado "el velar por la salud de la población de la República". La excerta legal dice:

Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida está como el completo bienestar físico, mental y social".

El Código Penal de 1981 (37) recoge la definición del concepto de droga en el artículo 256 que dice:

«Para los efectos de la ley penal, droga es toda sustancia que determine dependencia física o psíquica, como los narcóticos, fármacos, estupefacientes y todos aquellos productos que sirvan para su elaboración, transformación o preparación de conformidad con las disposiciones legales vigentes en materia de salud y con los convenios y acuerdos internacionales suscritos por la República de Panamá».

Es fácil observar que se enumeran las sustancias que abarcan el término, inclusive los productos que sirven para su elaboración y preparación. Además se refiere a que producen dependencia física o psíquica. Sin embargo el no incluir el alcohol permite la flexibilidad.

Por otro lado, en lo que a leyes concierne, el Consejo Nacional de Legislación (37) en su capítulo primero se refiere al impuesto sobre expendio de bebidas alcohólicas y establece para él las clases de establecimientos

comerciales de venta; al por mayor, al por menor, en recipientes cerrados y especifica que menos de nueve litros por persona y al detal en recipientes abiertos para consumo en ellos. La ley deja a elección del municipio el fijar horarios.

En los artículos segundo y tercero hace referencia a los permisos y licencias para el expendio y esto es potestad del alcalde con autorización de la Junta Comunal. El artículo 25 prohíbe la venta a menores de 18 años.

El Ministerio de Salud en decreto N° 601 de 1956 dicta medidas sobre publicidad que prohíben la presentación de personas bebiendo o llevando el producto a la boca y establece como mínimo 0,5% de alcohol por volumen.

## **2. Período patogénico del alcoholismo**

Se inicia con la exposición de la persona a los diferentes factores de riesgo. La exposición puede estar ligada a factores relacionados al agente, en este caso el alcohol, al huésped, al ambiente o a un conjunto de ellos que en determinado momento pueden dar comienzo al período patogénico.

Existe la posibilidad de que pese a la exposición de la persona a los factores de riesgo, el proceso patológico no se inicie porque no exista el estímulo necesario o la susceptibilidad.

El proceso patológico tiene dos etapas:

**2.1. Etapa Pre-Clinica.** Se caracteriza por la presencia de un malestar en la persona que lo lleva a tratar de resolver ese equilibrio que ha perdido. La persona percibe cambios variados en su comportamiento como irritabilidad, problemas con la familia, inestabilidad escolar o laboral, disminución del rendimiento y de la autoestima, agresividad, impulsividad, cambios de humor, retraimiento y depresión.

En los tejidos hay alteraciones bioquímicas, y fisiológicas no demostrables por métodos diagnósticos.

Esta etapa representa el período de latencia y de acumulación del agente en el organismo de la persona. Puede ser larga, puede tornarse crónica o puede evolucionar a la etapa clínica.

**2.2. Etapa Clínica.** Aparecen aquí los signos y síntomas relacionados con la enfermedad que pueden ser problemas físicos, emocionales, económicos, familiares, laborales y hasta delictivos.

### **3. Problemas asociados con el alcoholismo**

El abuso de bebidas alcohólicas causa efectos sobre el funcionamiento de diferentes órganos en los diversos sistemas del cuerpo. Sistema digestivo, circulatorio, músculo-esquelético, endocrino, respiratorio, nervioso y alteraciones en la personalidad que se traslapan a problemas económicos, familiares, laborales, criminalidad, suicidio y accidentes.

La morbilidad general es más alta en los alcohólicos que en el resto de la población. La cirrosis hepática ha sido la más utilizada como indicador.

En Panamá, «de 1984 a 1988, Melgar (21) encontró que la cirrosis hepática alcohólica se constituyó en la primera causa de muerte por alcoholismo y en el primer semestre de 1989 se registraron 12 defunciones por la misma causa».

### **3.1. Emocionales y Económicos**

La incapacidad de abstenerse de ingerir alcohol se va fraguando paulatinamente como una dependencia biológica la cual puede prolongarse por años, presentando manifestaciones tardías al alcoholismo.

La persona empieza a reemplazar la satisfacción de sus necesidades básicas por el uso de las bebidas alcohólicas, al mismo tiempo que asigna más dinero a su compra, presentando muchas veces descuidos en su presentación personal al igual que en sus responsabilidades y paulatinamente un deterioro en todas las áreas de funcionamiento.

Disminuye la autoestima, aparecen cambios bruscos en el carácter, desinterés por metas personales, efectos autodestructivos, crisis económicas persistentes, abandono de valores, rechazo a actividades en grupo y recreativas. Es importante señalar que están presentes mecanismos de evasión de problemas y de responsabilidades.

### **3.2. Familiares**

La familia aparece involucrada en la situación sufriendo grandes

efectos emocionales con consecuencias muchas veces de desintegración familiar.

Se hacen evidentes problemas emocionales en otros miembros de la familia quienes requieren atención profesional. Las relaciones interpersonales también se deterioran; muchas veces aparece al abandono de los amigos, cada vez más se le dificulta establecer relaciones afectivas.

Mella (38), en su estudio sobre "Perfil del Alcoholismo en La Habana" encontró que «el 58% de las esposas de alcohólicos tuvo antecedentes de consulta psiquiátrica. El 75% de los hijos presentó trastornos importantes de conducta».

### **3.3. Problemas Laborales**

Desde el punto de vista laboral el problema del consumo de bebidas alcohólicas puede verse por el impacto que producen las consecuencias: ausencias, accidentes en el trabajo, tardanzas, disminución de la calidad del trabajo, tergiversación de comunicaciones, permisos, y la disminución de la productividad.

La persona que ingiere bebidas alcohólicas presenta alteración en sus funciones fisiológicas como: el tiempo de reacción, capacidad motriz, visión, la ejecución de tareas que exigen atención, las emociones y el estado de ánimo, afectándose además el aprendizaje, la memoria, el rendimiento intelectual; su nivel de atención disminuye al igual que su capacidad de amar. Se convierte en una persona irritable, tornándose con frecuencia agresivo e incrementando los gastos médicos que al final de cuentas redundan en pérdidas.

En un estudio en Inglaterra según OMS (10) se encontró que «el 98% de una muestra de alcohólicos admitió haber perdido 86 días de trabajo en un año debido al alcohol, el 66% llegó con frecuencia tarde y el 61% faltó las mañanas de los lunes»...

### **3.4. Delictivos**

En el aspecto de criminalidad, es frecuente encontrar detenciones en estado de embriaguez, escándalos públicos, faltas a la autoridad, agresiones a familiares y a otras personas y accidentes de tránsito; todo relacionado al abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas.

Estudio del Instituto de Criminología (26) concluye que «el alcoholismo y el consumo inmoderado de alcohol en Panamá deben ser reconocidos como un grave problema social, que existe correlación entre alcohol y el delito y que este produce graves consecuencias a la salud y vida de la población».

#### **4. Aspectos Fisiopatológicos del Alcohol**

##### **4.1. Generalidades**

El alcohol etílico, también denominado etanol, es un depresor del sistema nervioso central, se ha obtenido, Mothner (39), «de la fermentación de savia, miel, frutas, granos o tubérculos que una vez fermentados se obtiene la bebida que contiene entre el 14% y el 16% de alcohol. Al ser destilada sea bebida las concentraciones de alcohol son mayores como en el caso del coñac, que se destila del vino».

El alcohol posee algunas características especiales y al respecto continúa Mothner (39) diciendo que «carece de vitaminas, minerales o proteínas de valor biológico (excepto pequeñas cantidades contenidas en la cerveza). Produce vasodilatación, aumenta el calibre de los vasos sanguíneos,

aumenta la producción de ácidos en el estómago, tienen efecto diurético. Crea dependencia física y psicológica».

#### **4.1.1. Absorción**

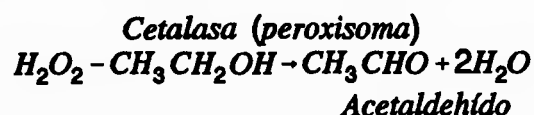
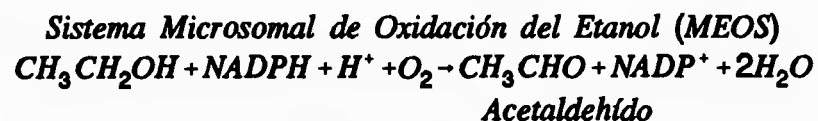
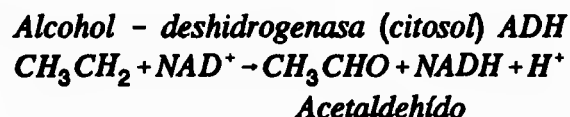
Al ser administrado por vía oral, se absorbe en el estómago y en las partes altas del intestino delgado y pasa rápido al agua que contiene el cuerpo.

El alcohol pasa de la sangre al aire alveolar con una concentración proporcional a la cantidad de sangre existente. Por la orina y la respiración se elimina una pequeña cantidad, tal vez del 2 al 10%, el resto se metaboliza.

#### **4.1.2. Metabolismo**

IAFA (20) plantea que «el metabolismo del alcohol se realiza casi en su totalidad en el hígado y depende de cada organismo la velocidad con que se transforma. El metabolismo se lleva a cabo por tres vías:

La del alcohol deshidrogenasa del citosol (ADH), la del sistema oxidativo microsomal del etanol (MEOS) en el retículo endoplásmico y la de la catalasa de los peroxisomas.



#### 4.1.3. Oxidación del alcohol

Por acción de la enzima aldehído-deshidrogenasa se transforma en acetato el cual continúa en el ciclo hasta eliminarse como CO<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>O generando 7 Kcal/g».

#### 4.2. Intoxicación Alcohólica

Cuando se habla de la intoxicación alcohólica se refiere a consecuencias del abuso de alcohol sobre el sistema nervioso central y su gravedad va a depender de la concentración del alcohol en la sangre.

El sistema nervioso central se ve afectado en toda su estructura; primero la corteza cerebral, luego los centros subcorticales y el cerebro, después la médula para finalmente pasar al bulbo sanguíneo, terminando con

la muerte.

Al referirse a intoxicación podría hablarse que se da en períodos:

En principio la persona no presenta síntomas visibles aunque si se le practican pruebas psicológicas éstas van a demostrar alteraciones funcionales de la corteza cerebral como son: problemas con la memoria, disminución de la atención y perturbación de la asociación de ideas. Aparecen cambios emocionales.

La persona se observa como muy confiada en sí misma y en sus acciones; con frecuencia aparece el sueño. Hay desinhibición, lo que puede conducir a excesos en el aspecto sexual, con la consecuencia de pérdida de autocontrol y paulatinamente se va agravando la situación de manera que al aumentar la concentración en la sangre, se tiene una embriaguez evidente, el lenguaje es confuso e incoordinado, la postura y la marcha son incoordinadas; los músculos oculares se afectan apareciendo como si hubiese diplopia; aquí no es raro que la persona se torne violenta y presente disminución de la sensibilidad frente al dolor.

Más adelante presenta un sueño profundo, puede llegar a la inconsciencia, estupor y puede hablarse de un estado de coma muy similar a una situación de anestesia general; cuando la concentración de alcohol en la sangre alcanza de 350 a 500 mg los centros bulbares se deprimen al igual que el centro respiratorio con amenaza de muerte, ocasionada muchas veces por parálisis respiratoria.

#### **4.3. Intoxicación Patológica**

Al hablar de intoxicación patológica se hace referencia a una complicación neuropsiquiátrica. La persona se comporta en forma violenta, agrede verbal o físicamente a los que están a su alrededor que muchas veces son su esposa, hijos o amigos; pueden aparecer conductas destructivas.

El pensamiento también se altera y aparece desorganizado, hay incoherencia, el área de la percepción también se afecta por lo que son frecuentes percepciones delirantes y celos. Después la persona no recuerda lo que sucedió.

Todo lo anterior que puede denominarse crisis, es pasajera, razón por

la cual hay autores que la describen como un desorden de tipo epiléptico.

Estas situaciones de crisis son repetitivas por lo que el organismo se va adaptando a los efectos, haciéndose cada vez más evidente la necesidad de aumentar la dosis para obtener los mismos resultados y los tejidos celulares comienzan a adaptarse, obteniéndose como resultado la tolerancia.

Cuando se interrumpe en forma repentina el consumo, el organismo de la persona se encuentra frente a una situación para la que no está preparado y puede presentar lo que se denomina síndrome de supresión, que puede ser con síntomas leves como ansiedad, sequedad bucal y temor pasando a otros más graves como las alucinaciones, convulsiones, hasta llegar al Delirium Tremens.

Cuando la persona ha permanecido un tiempo prolongado a la exposición y con dosis más grandes pueden aparecer otras manifestaciones al disminuirse el ritmo de ingesta de bebidas alcohólicas o suspenderlo. Esta sintomatología será: anorexia, temor, náuseas o vómitos, ansiedad, insomnio y depresión, diarrea, sudoración, pesadillas, desorientación, taquicardia,

hipertensión, celos.

#### **4.4. Delirium Tremens**

Este es el síndrome más grave que se presenta al suspender la ingesta de bebidas alcohólicas y su inicio se da según plantea Vidal (22) con un «estado de obnubilación de la conciencia. Aquí la persona tiene reducida su capacidad de identificar y de reconocer lo que está a su alrededor; presenta dificultad en mantener el nivel de atención, presenta falsas percepciones, el curso del pensamiento y la actividad psicomotriz aparecen alterados. Hay presencia de sudoración, taquicardia, puede aparecer agitado, hipertenso, con ideas delirantes y alucinaciones».

#### **4.5. Tratamiento.**

En el alcoholismo el tratamiento ha de realizarse tanto en la familia como en la comunidad de manera que abarque las situaciones que trascienden a la persona y las actividades deben realizarse en los tres niveles de atención.

Bejerano (40) señala que «la familia organizada es un importante recurso de apoyo y contención en el proceso de rehabilitación del alcohólico».

El tratamiento del alcoholismo como enfermedad ofrece probabilidades de rehabilitación con miras a restituir el alcohólico, ofreciendo atención física, psicológica, social y espiritual.

El programa de alcoholismo del complejo hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social tiene como funciones: coordinar el progreso individual del alcohólico con el aumento de la responsabilidad que debe asumir de la planificación y de las decisiones relacionadas con su vida.

Su función primordial es identificar, evaluar y tratar a personas que experimentan problemas relacionados con el abuso del alcohol. El paciente es captado en Sala de Urgencias o referido de otras salas. Se realizan terapias individuales, grupales y familiares (entrevistas con la trabajadora social y la enfermera), se mantiene el seguimiento del paciente.

La prevención de los problemas del alcohol y del alcoholismo deben ser una meta de todos los países. La OPS (41) «recomienda la extensión de los servicios de asistencia y prevención en salud mental a toda la población mediante estrategias generales adoptadas por los países; sugiere entre otros

objetivos: Reforzamiento del nivel primario de atención, introduciendo en el mismo el componente de salud mental y facilitando el apoyo de los niveles secundarios y terciarios y el fomento de medidas legislativas para la prevención y control del abuso de alcohol».

La detección de los bebedores excesivos es factible realizarla, dice Pemjean (6) en «los servicios de medicina y servicios clínicos hospitalarios para el diagnóstico temprano y tratamiento precoz del alcoholismo, enfermedad crónica, insidiosa e invalidante que se oculta detrás de una fase pre-clínica prolongada y de la tolerancia cultural».

Las acciones que se dan en las empresas en cuanto al abuso del alcohol generalmente son según Giraldo (42) «el despido y/o el encubrimiento del problema; ninguna de las dos instancias resulta favorable ya que no se acercan a la solución del problema. Los programas de detección y tratamiento de la dependencia del alcohol dan mejores resultados».

**CAPITULO III**  
**MARCO METODOLOGICO**

## **A. Tipo de Estudio**

El estudio realizado es de tipo descriptivo retrospectivo.

Es descriptivo porque permite presentar con exactitud las características que reúne el alcohólico asegurado que se encuentra en el programa de alcoholismo del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Es retrospectivo porque se ha realizado mediante la revisión de historias clínicas de las personas en el programa de alcoholismo desde junio de 1986 hasta julio de 1991.

## **B. Universo**

### **1. Descripción del Area de estudio**

El estudio se realizó en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Servicio de Psiquiatría donde se desarrolla el programa de alcoholismo y posee su propio archivo clínico.

## **2. Definición de Universo**

La población universo del estudio estuvo constituida por 200 pacientes atendidos en el programa de alcoholismo del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social.

Originalmente el universo fueron los 879 pacientes atendidos entre junio de 1986 y julio de 1991.

A medida que se revisaban los expedientes, fue necesario ir eliminando; en la mayoría sólo aparecía el diagnóstico y la constancia de asistencia a las citas. Recopilamos la información que encontramos.

Al finalizar la revisión de los 879 expedientes, sólo 201 reunían la información y también fue necesario hacer ajuste al instrumento, eliminando de él datos que nos interesaban, por no encontrarlos registrados. Recopilada la información se codificó y el número 48 no tenía registro de edad por lo que lo eliminamos, quedando así el universo en 200 expedientes.

### **3. Unidad de análisis**

La unidad de análisis la conformó cada uno de los 200 expedientes ya que en ellos se obtuvo la información necesaria para realizar el estudio.

### **4. Fuentes para obtener la información**

Para la realización del presente trabajo, necesitamos de las siguientes fuentes:

- 4.1. Existencia de un programa de alcoholismo en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.
- 4.2. Población de pacientes alcohólicos atendidos en el programa desde junio de 1986 a julio de 1991.
- 4.3. Existencia del archivo clínico de los pacientes atendidos en el programa de alcoholismo.

### **5. Términos de selección del estudio**

La técnica utilizada fue la revisión de historias clínicas conformada por **200 expedientes que corresponde al 23% de la población atendida** entre junio de 1986 y julio de 1991.

## **6. Procedimiento efectuado para la realización del trabajo**

- 6.1. Se solicitó información al Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social sobre la existencia de la población y posibilidad de hacer el estudio.
- 6.2. Se solicitó autorización al Dr. José Trejos, director médico de la institución y al Dr. Hernán Higuero Jefe del Servicio de Psiquiatría para obtener los datos requeridos a través de los archivos clínicos de los pacientes atendidos en el programa.
- 6.3. Se revisaron algunas historias clínicas de los pacientes atendidos en el programa de alcoholismo, para asegurar la existencia de la información requerida.
- 6.4. Se elaboró un formulario con la información que se deseaba obtener.
- 6.5. La recolección de la información la realizamos con la

colaboración del encargado de la sección de estadística del Servicio de Psiquiatría.

- 6.6. El proceso de recolección de la información se realizó en un término de tres meses, 3 a 4 días por semana en un horario de 7:30 am a 2 pm.

### **C. Instrumento para recolección de datos**

Se elaboró una hoja de cotejo con los siguientes items:, que se tomaron del formato que aparecía en los expedientes de los pacientes que pertenecían al programa de alcoholismo (anexo 1) y que consideramos nos servían para nuestro estudio:

**N.N. /1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19**

**N.N.: Identificación.**

1. Edad al ingresar al programa
2. Sexo
3. Estado civil

4. Nivel educativo
5. Ocupación actual
6. Lugar de trabajo
7. Salario mensual
8. Fuentes de referencia
9. Causa de referencia
10. Edad de la primera ingesta
11. Inicio de ingesta regular
12. Frecuencia de ingesta al inicio
13. Frecuencia de ingesta actual
14. Tipos de bebidas que más usa
15. Compañía
16. Lugar donde bebe
17. Lugar de procedencia
19. Faltas o ausencias al trabajo

#### **D. Procedimiento para la recolección de la información**

Al realizar la revisión de los expedientes **fue necesario eliminar los que no tenían la información** y además en la hoja de cotejo eliminamos los

ítems:

7. Salario mensual
11. Inicio de ingesta regular
12. Frecuencia de ingesta al inicio
14. Tipos de bebidas que más usa
15. Compañía (con quién bebe)
16. Lugar donde bebe
17. Lugar de procedencia

#### **E. Procedimiento para la presentación y análisis de los datos**

Los datos son presentados en cuadros.

#### **F. Limitaciones del estudio**

Los hallazgos del presente estudio se aplican solamente a la población de personas aseguradas que asisten al programa de alcoholismo del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. La información no fue fácil de recolectar por la ausencia de datos y muchas veces se necesitó leer todo el expediente para encontrar la información requerida.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### CUADRO N° 1

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS AL INGRESAR AL  
PROGRAMA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Menos de 20 años	2	1.0	1.0
21 a 30	25	12.5	13.5
31 a 40	62	31.0	44.5
41 a 50	68	34.0	78.5
51 a 60	28	14.0	92.5
61 a 70	13	6.5	99.0
71 a 80	2	1.0	100.0
<b>TOTAL</b>	200	100.0	

$\bar{x}$  = 42.75 años.

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **1. Edad de ingreso al programa.**

En el cuadro N° 1 observamos que en el grupo estudiado el 34% corresponde a las personas que ingresaron al programa en las edades de 41 a 50 años, el 31% en las edades de 31 a 40 años, 14% en las edades de 51 a 60 años, 12.5% de los 21 a 30 años, 6.5% de los 61 a 70 años y 1% de los 71 a 80 años.

Si observamos estos resultados y pensamos en nuestra realidad, vemos que **el 92.5% de estas personas están en edad productiva y se encuentran laborando.**

Sabemos que el alcohólico tiene afectado su desempeño motor, su capacidad intelectual y emocional, lo que nos lleva a afirmar que su rendimiento laboral se encuentra disminuido (42).

A lo anterior podemos agregar las llegadas tarde, las ausencias, los permisos, las interrupciones en el trabajo para satisfacer las necesidades que genera la "goma" después de una embriaguez.

Los resultados que este cuadro nos presenta permiten que nos formulemos algunas interrogantes:

- ¿Cuál será el costo para la empresa ocasionado por ausentismo, tiempo perdido, errores costosos, clientes insatisfechos, ausencias por enfermedad, accidentes en el trabajo, costos médicos?
  
- ¿Cuáles serán los costos de atención y de recuperación de esas personas?

## CUADRO N° 2

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE BEBIDAS  
ALCOHÓLICAS  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Menos de 9 años	5	2.5	2.5
10 - 14	20	10.0	12.5
15 - 19	72	36.0	48.5
20 - 24	20	10.0	58.5
25 - 30	2	1.0	59.5
<b>No registro</b>	<b>81</b>	<b>40.5</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	

$\bar{x} = 16.64.$

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **2. Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas.**

En el cuadro N° 2 encontramos que el 40.5% corresponde al renglón de no registro, el 36% a las edades comprendidas entre los 15 y 19 años, el 10% a las edades entre los 10 y 14 años, con igual porcentaje de los 20 a 24 años y finalmente 2.5% a menores de 9 años.

El porcentaje más alto corresponde al renglón de "no registro", que no es más que la ausencia del dato; bien aparecía la frase "no recuerda"; que podríamos inferir que por tratarse de edades tempranas las personas pudieron olvidar; y, en otros expedientes aparecía el espacio en blanco que puede hablarnos de error de omisión en el registro de información.

**Así el 60% de la población de alcohólicos se inició en el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 24 años**, notándose una baja en los porcentajes a medida que aumenta la edad.

Creemos conveniente resaltar que la sociedad panameña permite el contacto con las bebidas alcohólicas en edades cada vez más tempranas. Esta situación se presenta debido a que no existen controles sociales, ni culturales,

ni legales que impidan a los jóvenes la adquisición y consumo de bebidas alcohólicas, y por el contrario se facilita, aprueba y en la mayoría de las veces se les anima a que se inicien en el consumo, con ofertas tentativas como los famosos "happy hours".

Los resultados aquí planteados nos permiten inferir que la población menor de 24 años es la más vulnerable de iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas y esto se explica por su condición de adolescentes que también sería esta la población donde podrían aplicarse medidas de prevención primaria.

Además, en el cuadro N° 2 observamos que respecto a la edad de inicio en el consumo, el promedio calculado fue de 17 años coincidiendo con investigaciones anteriores en Colombia (43), donde el promedio resultante fue de 17 años.

Creemos importante señalar que la diferencia entre el promedio de la edad de inicio en el consumo (17 años) y la edad de ingreso al programa (43 años según cuadro N°1) es 26 años, período este que inferimos, ha estado

consumiendo bebidas alcohólicas y que precisamente captando estas personas en etapas más tempranas puede realizarse un tratamiento oportuno y prevenir que lleguen al diagnóstico de alcohólico. González (43) dice que «a menor tiempo de consumo es también menor el deterioro físico, psíquico y social de la persona».

**CUADRO N° 3**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Nivel de Escolaridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Primaria Completa	28	14.0	14.0
Primaria Incompleta	11	5.5	19.5
Secundaria Completa	53	24.0	43.5
Secundaria Incompleta	48	26.5	70.0
Universidad Completa	28	14.0	84.0
Universidad Incompleta	16	8.0	92.0
<b>No Registro</b>	<b>16</b>	<b>8.0</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **3. Nivel de Escolaridad.**

En el cuadro N° 3 observamos que el 64.5% avanzó a estudios secundarios aunque solamente el 24% logró concluirlos. El 8% tiene estudios universitarios incompletos y el 14% los concluyó en tanto que sólo el 5% no finalizó los estudios primarios y en un 8% que no aparece el dato.

El 26.5% representa la población que no completó su secundaria y el 8% la universitaria si tomamos en cuenta que la edad promedio de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas es de 17 años se podría presumir que el abuso de bebidas alcohólicas pudo contribuir a la deserción escolar o universitaria, si tomamos como base estudios de Costa Rica (20) que dicen que la persona que empieza a sustituir la satisfacción de sus necesidades básicas por el uso de alcohol presenta descuido en sus responsabilidades como estudiante.

El 14% corresponde a la población con estudios universitarios completos, lo que nos dice que el problema de alcoholismo no hace selección, en este estudio, a grupos de baja escolaridad; consideramos un porcentaje representativo en este trabajo si tomamos en cuenta que la clase profesional

utiliza el recurso médico privado, en gran parte.

#### CUADRO N° 4

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑAN  
AÑOS: 1986 A 1990**

Ocupación	N°	%	% AC
Profesionales	28	14.0	14.0
Técnicos	54	27.0	41.0
Empleados de Oficina	20	10.0	51.0
Vendedores	14	7.0	58.0
Conductores	13	6.5	64.5
Obreros	6	3.0	67.5
Ocupaciones no identificadas	34	17.0	84.5
Oficios generales	21	10.5	95.0
Pensionados	9	4.5	99.5
Estudiantes	1	0.5	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>200.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

#### **4. Ocupación Laboral.**

En el cuadro N° 4 apreciamos que el 51% son profesionales, técnicos y empleados de oficina. El 95% son trabajadores activos y el 5% corresponde a pensionados y estudiantes.

Si el 95% son personas que están laborando, por su condición de alcohólicos vale anotar que su capacidad de producción va a estar disminuida, los errores y dificultades pueden ser evidentes ya que su desempeño motor se afecta (10).

Desde otro punto de vista podemos ver el costo del problema: para la empresa por las ausencias por enfermedad, permisos para tratamiento, tiempo perdido, errores costosos, costos médicos, accidentes laborales; y para el gobierno por los costos que se elevan en la atención y rehabilitación del alcohólico.

En Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania (4) se han estimado en miles de millones de dólares anuales las pérdidas por consecuencias de alcoholismo.

Creemos conveniente observar que el problema del alcoholismo no tiene preferencia por alguna profesión u oficio en particular, indistintamente vemos que se presenta en todas las ocupaciones, lo que nos permite conocer dónde encontramos las poblaciones en riesgo de alcoholismo.

**CUADRO N° 5**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN ESTADO CIVIL  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Casado	81	40.5	40.5
Divorciado	9	4.5	45.0
Separado	34	17.0	62.0
Soltero	29	14.5	76.5
Unido	36	18.0	94.5
Viudo	2	1.0	95.5
<b>No reporta</b>	<b>9</b>	<b>4.5</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **5. Estado Civil.**

En el Cuadro N° 5, el grupo de personas casadas estuvo representado por el 40.5% de los casos que junto con los unidos forman el 58.5% de la población; siguiendo en su orden los separados y solteros que suman el 24.5% de los casos.

El 58.5% de la población lo constituyen los casados y los unidos que por la característica de estabilidad presumimos que su abuso de bebidas alcohólicas hasta conducirlos a la situación de alcohólicos se ha dado por la permisibilidad, la ausencia de controles y la aceptación social que ha ido envolviendo paulatinamente a las personas que no reconocen su abuso como un problema social de graves consecuencias para la salud y vida de la población (1).

Aquí podríamos plantear que por su condición de estabilidad familiar, sería la familia una población susceptible de aplicar medidas de prevención primaria y secundaria.

### CUADRO Nº 6

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN FRECUENCIA DE INGESTA DE BEBIDAS  
ALCOHÓLICAS  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Frecuencia de Ingesta</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Diario	70	35.0
Quincenal	2	1.0
Semanal	45	22.5
Otros	12	6.0
<b>No registro</b>	<b>71</b>	<b>35.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>200.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **6. Frecuencia de Ingesta.**

En el cuadro N° 6 vemos como el 35% corresponde a los que reportan un consumo diario de bebidas alcohólicas, de igual manera aparece en los que no registran la frecuencia seguido de 22% en el consumo semanal. Si tomamos en cuenta que esta enfermedad es progresiva y que el organismo cada vez más va exigiendo aumento en el consumo para obtener el nivel de satisfacción, se explica que la frecuencia también vaya en aumento.

Aquí es importante resaltar que alcohólico no es el que tiene una frecuencia de ingesta diaria si vemos que el 22% es una cifra representativa en este estudio y su frecuencia de ingesta es semanal; el 1% registra una frecuencia de ingesta quincenal.

Es válido señalar por lo significativo para este análisis que el 35.5% que aparecen en el renglón de "No registro" hacen que se dificulte la investigación y además la planificación.

También nos permiten estos resultados preguntarnos ¿cómo estas personas que registran frecuencia de ingesta diaria, se desempeñan en su

**CUADRO N° 5**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN ESTADO CIVIL  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Casado	81	40.5	40.5
Divorciado	9	4.5	45.0
Separado	34	17.0	62.0
Soltero	29	14.5	76.5
Unido	36	18.0	94.5
Viudo	2	1.0	95.5
<b>No reporta</b>	<b>9</b>	<b>4.5</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

trabajo? Presentan manifestaciones como aliento alcohólico que los deja en evidencia, y ¿se tolera?... o simplemente ¿se encubre?... ¿Se percatan de esta situación el jefe y los compañeros?... o existe un encubrimiento del problema.

**CUADRO N° 7**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN FALTAS O AUSENCIAS AL TRABAJO  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Faltas al Trabajo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sí	99	49.5
No	25	12.5
<b>No registro</b>	<b>76</b>	<b>38.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>200.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **7. Faltas al Trabajo.**

En el cuadro N° 7 observamos que el 49.5% reportan faltas al trabajo a consecuencia de la bebida, el 12.5% reportan no haber faltado al trabajo y en el renglón de no registro tenemos el 38% en el que puede presumirse hay un número que aumentaría el renglón de faltas al trabajo.

Las faltas al trabajo reportan pérdidas a la empresa o al empleador. Estudios de la OPS (4) dicen que «es evidente que si la persona tiene afectada su capacidad física, intelectual y emocional, por ende, su rendimiento en el trabajo estará alterado y se manifestará en ausentismo, tardanzas, solicitudes de permisos».

El renglón de no registro nos permite inferir que hay fallas en el registro de la información. Durante su carrera alcohólica, antes de llegar a ingresar al programa de alcoholismo, estas personas han venido registrando problemas, consecuencia de la bebida, como son las ausencias al trabajo, y ¿ha pasado inadvertido o se ha tolerado?.

La investigación y seguimiento del ausentismo laboral permitiría captar

**poblaciones en riesgo de alcoholismo.**

**CUADRO N° 8**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN SEXO  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	8	4.0
Masculino	192	96.0
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **8. Sexo.**

En el cuadro N° 8 observamos que el mayor porcentaje de alcohólicos, 96% pertenece al sexo masculino. Coincide con estudios realizados en Panamá (35); sin embargo creemos conveniente señalar que es observable en los jóvenes hoy, que el uso de bebidas alcohólicas se da por igual en ambos sexos, ya que el comportamiento social lo hace evidente; entonces nos preguntamos ¿qué sucede con el sexo femenino? ¿Será esta la población en riesgo de alcoholismo en la próxima década? Dado el comportamiento social que vemos actualmente donde se invita y promueve el uso de las bebidas alcohólicas sin selección de sexo, ¿sería suficiente pasar por las discotecas, playas o bares y observar los anuncios comerciales y las famosas "Lady's Nights" para evidenciar la población en riesgo de alcoholismo e inferir que en estudios posteriores pueden darse variaciones en este aspecto.

### CUADRO Nº 9

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN LUGAR DE TRABAJO  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Lugar de Trabajo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Empresa Privada	59	29.5	29.5
Gobierno	93	46.5	76.0
Independiente	8	4.0	80.0
Trabajador Familiar	2	1.0	81.0
Empleado de la Zona	5	2.5	83.5
Jubilado	15	7.5	91.0
No registro	15	7.5	98.5
Otros	3	1.5	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **9. Lugar de Trabajo.**

En el cuadro N° 9 podemos apreciar que el 46.5% de la población corresponde a empleados del gobierno, el 29.5% son empleados de la empresa privada; 7.5% son jubilados e igual porcentaje aparece en el renglón de no registro. El 4% son trabajadores independientes 2.5% empleados de la Zona del Canal y 1% trabajador familiar.

Es observable que si en las instituciones gubernamentales y en las empresas privadas es donde se concentra la población trabajadora que estaría en riesgo de llegar al alcoholismo por su condición de bebedores, es allí donde se podría realizar un diagnóstico precoz para aplicar tratamiento oportuno.

Existen estudios de la OPS (41) que indican el éxito de programas preventivos realizados en 1986 con la población de trabajadores industriales en Garbone donde se ubicó una enfermera. Se concluyó que era de gran importancia la coordinación con el equipo de salud ya que a la vez que atendía los problemas de salud, introducía la atención primaria y preventiva.

El lugar de trabajo ofrece mayor posibilidad para la prevención y la

**lucha contra el alcoholismo (16).**

**CUADRO N° 10**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN FRECUENCIA DE INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS  
Y GRUPOS DE EDAD  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia de Ingesta</b>					<b>Total</b>
	<b>Diario</b>	<b>Semanal</b>	<b>Quincenal</b>	<b>Otros</b>	<b>No registro</b>	
10-20	0	0	0	0	2	2
21-30	5	9	1	1	9	25
31-40	21	14	1	3	23	62
41-50	18	17	0	6	27	68
51-60	17	4	0	1	6	28
61-70	7	1	0	1	4	13
71-80	2	2	0	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>45</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>71</b>	<b>200</b>

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **10. Frecuencia de ingesta y grupos de edad.**

El Cuadro N° 10 nos muestra que 21 personas en las edades de 31 a 40 años reportan ingesta de bebidas alcohólicas diariamente. La cantidad mayor la encontramos en la columna de no registro, 27 en las edades de 41 a 50 años y 23 de ellos en los 31 a 40 años.

Aquí tenemos que resaltar los grupos de edad de 31 a 60 años, donde está la población en edad productiva, que registran ingesta de bebidas alcohólicas diariamente, 56 personas; igual cantidad dentro de las mismas edades aparecen en la columna de "no registro".

Esa población que ingiere bebidas alcohólicas diariamente se encuentra laborando, lo que nos permite presumir que podrían establecerse programas de captación de bebedores excesivos en la población trabajadora, en las empresas o instituciones gubernamentales.

Vale la pena señalar que el cuadro también nos muestra que la situación de alcohólico no se da solamente en el que ingiere bebidas alcohólicas diariamente, razón esta que debe alertarnos cuando observamos

el estilo de vida en nuestra sociedad, donde el consumo de bebidas alcohólicas es casi obligado los fines de semana, en reuniones sociales, familiares, de negocios, el clima, en fin. Muchas veces los compromisos hacen que la frecuencia vaya en aumento.

**CUADRO N° 11**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN AUSENCIAS AL TRABAJO Y FRECUENCIA DE  
INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Frecuencia de Ingesta de Bebidas Alcohólicas</b>	<b>AUSENCIAS AL TRABAJO</b>			<b>Total</b>
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No registro</b>	
Diario	36	10	24	70
Semanal	24	6	15	5
Quincenal	1	0	1	2
Otros	8	2	2	12
<b>No Registro</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>34</b>	<b>71</b>
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>25</b>	<b>76</b>	<b>200</b>

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **11. Ausencias al trabajo y frecuencia de ingesta.**

El Cuadro N° 11 nos presenta las ausencias al trabajo y la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas y aquí es fácil apreciar que 36 personas que ingieren bebidas alcohólicas diariamente, reportan ausencias al trabajo; 30 que faltan al trabajo no registran la frecuencia, pero también faltan por causa de la bebida.

Concordando estos resultados con el planteamiento de la OMS (10) cuando dice: «al aumentar la frecuencia de ingesta aumentan también las ausencias», y podemos inferir sin temor a equivocarnos que se acrecientan los permisos, las interrupciones en la labor realizada y por ende la disminución en la productividad. Las ausencias laborales se hacen evidentes. Además vemos que la enfermedad es progresiva, la ingesta quincenal y semanal va traduciéndose en acercamiento a ingesta diaria.

El planteamiento de esta situación a los empresarios o jefes de instituciones, inferimos que mostraría la aceptación de programas de captación de población en riesgo de alcoholismo y de la introducción de medidas de prevención secundaria en beneficio de mejorar la productividad de sus

**empleados.**

**CUADRO Nº 12**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN FUENTE DE REFERENCIA AL PROGRAMA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Fuente de Referencia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Familiar o amigo	38	19.0	19.0
Lugar de Trabajo	26	13.0	32.0
Médico Personal	27	13.5	45.5
Otra institución o servicio de salud	25	12.5	58.0
Psicólogo	4	2.0	60.0
Servicio de Urgencias	46	23.0	83.0
Voluntario	28	14.0	97.0
Otros	6	3.0	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **12. Fuente de Referencia al Programa.**

El cuadro N° 12 nos presenta el 23% como porcentaje más alto y corresponde a los pacientes referidos del servicio de urgencia, el 19% ha llegado al programa referido o llevado por un familiar o amigo, el 14% ha asistido voluntariamente, el 13.5% y 13% fueron enviados por el médico personal y por el jefe personalmente, el 12.5% llegó enviado por otras instituciones como la Sala 25 del Hospital Santo Tomás, servicio de adultos o policlínicas. El 3% corresponde al renglón otros y el 4% al psicólogo.

Es observable que las personas llegan al programa por diversas fuentes o bien por exigencias de la institución o empresa donde laboran, por familiares o amigos que están siendo afectados en una u otra forma por el problema del alcoholismo; servicios de atención, instituciones de salud o médicos particulares que han detectado el problema; inclusive, los que están clasificados en el renglón de "voluntariamente", llegaron por las consecuencias de la bebida y consultaron a un médico general, a un psiquiatra, con frecuencia a un urólogo u a otro personal de salud. Estos son los lugares que también reciben la población de bebedores excesivos que de igual manera consultan por otros motivos y que nos atrevemos a inferir pueden llamarse

consecuencias de la bebida, que al establecer un sistema de captación se les puede ofrecer tratamiento y evitar el alcoholismo (42).

Mención especial merece el renglón de «el lugar donde laboran», y aquí nos referimos al jefe, psicólogo o trabajador social de la empresa que refirieron estas personas; el porcentaje en este caso es significativo, en primer lugar, no es frecuente encontrar en las empresas profesionales de psicología o trabajadores sociales y en segundo lugar, nos dice que también en los lugares de trabajo encontraremos bebedores excesivos.

Creemos conveniente resaltar que el cuadro nos presenta evidencias claras de que las personas acuden al médico por problemas físicos y que son referidos cuando ya existe un alcoholismo, es decir, un problema que no se puede resolver en esos niveles; lo que nos permite presumir que se hace necesario que la participación de otras disciplinas y otros especialistas diferentes al equipo de salud mental *per se*, que se interesen y trabajen en la prevención del alcoholismo.

**CUADRO N° 13**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN REFERENCIA DE FAMILIAR O AMIGO Y CAUSA  
DE INGRESO AL PROGRAMA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>CAUSA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Conflicto familiar	21	55.3	55.3
Pérdida de Control	17	44.7	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **13. Referencia y causa.**

En el cuadro N° 13, de un total de 38 personas que llegan al programa porque un familiar o amigo los lleva el 55.3% registra como causa de su referencia los conflictos familiares y el 44.7% por pérdida de control bajo los efectos de las bebidas alcohólicas.

Los conflictos familiares son una cifra significativa que permite reflexionar sobre el cuadro N° 5 donde apreciamos una población de personas que están casados o unidos reflejando esto la situación de probable alteración en la dinámica familiar con sus respectivas consecuencias como la violencia física y verbal, cambios en los roles de cada uno de los miembros, hijos trastornados, riesgo de perder la salud y la seguridad, cuentas sin pagar y a menudo privación de necesidades como comida o ropa.

CONAFA (36) plantea que «la familia envuelta en la problemática del alcoholismo sufre graves efectos». Cuando se habla de pérdida de control también apreciamos un porcentaje significativo y esto explica los daños que ocasiona a la persona el alcohol y que repercuten en su funcionamiento y en la capacidad de relacionarse.

Pensamos que si la familia conoce más sobre el alcohol y su problemática y dónde acudir a buscar ayuda, se disminuiría la incidencia de alcoholismo y de los problemas que este ocasiona.

**CUADRO N° 14****POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN REFERENCIA DE MÉDICO PERSONAL Y CAUSA DE INGRESO  
AL PROGRAMA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>CAUSA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Problemas familiares	1	3.03	3.0
Ansiedad	1	3.03	6.1
Problemas de carácter	5	15.1	21.2
Cefaleas	2	6.1	27.3
Lagunas mentales	3	9.1	36.4
Trastornos gástricos	12	36.4	72.8
Pérdida de apetito	1	3.0	75.8
Problemas sexuales	4	12.1	87.9
Temblor / debilidad	1	3.0	90.9
Problemas hepáticos	3	9.1	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

#### **14. Médico personal y causa de referencia.**

El Cuadro N° 14 nos presenta las causas por las cuales estos pacientes consultan a su médico personal y este los refiere al programa. Aquí observamos como el 36.4% de la población consulta por trastornos gástricos, seguido el 15.1% que lo hace por problemas de carácter, el 12.1% por problemas sexuales, 9.1% por problemas hepáticos, e igual porcentaje corresponde a lagunas mentales. El 6.1% por cefaleas y 3.03% es el porcentaje para problemas familiares, ansiedad, pérdida de apetito, temblor o debilidad.

Este cuadro nos presenta claramente que todas las causas de referencia corresponden a síntomas asociados a las bebidas alcohólicas; no encontramos ningún caso en que se registre la consulta por problemas con el alcohol. También es fácil observar el lugar donde consultan las personas: a su médico, quien generalmente es el médico general, el urólogo, el gastroenterólogo, etc., quien ofrece tratamiento y refiere cuando ya no sabe que hacer.

Esto nos señala los lugares donde pueden encontrarse los bebedores excesivos y los bebedores que asociado a la ingesta de bebidas alcohólicas experimentan consecuencias negativas para si mismos o para otros; por

ejemplo dificultades en la armonía familiar, en el rendimiento laboral, etc. En estudio realizado en Chile (13) se encontró alta prevalencia de bebedores excesivos entre los hombres hospitalizados en los servicios clínicos y de medicina de hospitales generales. Así como el insuficiente reconocimiento por parte de los agentes de salud.

Creemos que se hace necesario la capacitación a los médicos en cuanto a los problemas orgánicos consecuencia de las bebidas alcohólicas con énfasis en la importancia de la captación temprana para ofrecer tratamiento oportuno.

### CUADRO Nº 15

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN REFERENCIA DE SALA DE URGENCIAS Y  
CAUSAS DE INGRESO AL PROGRAMA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>CAUSA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Síndrome de Abstinencia	11	23.9	23.9
Ansiedad	5	10.9	34.8
Problemas familiares y/o con otros	11	23.9	58.7
Intentos de suicidio	3	6.52	65.2
Accidentes	7	15.2	80.4
Hematemesis	3	6.5	86.9
Insomnio	6	13.0	99.9
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>		

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **15. Según referencia de salas de urgencias y causa.**

El Cuadro N° 15 nos presenta las razones por las cuales los pacientes llegaron a la sala de urgencias y de allí fueron referidos al programa de alcoholismo.

El 23.9% es el porcentaje que corresponde tanto a los que llegaron por síndrome de abstinencia como los que lo hicieron por problemas familiares y/o con otros. El 15% corresponde a los accidentes, el 13% a insomnio, el 10.9% ansiedad, 6.5% por intento de suicidio e igual porcentaje corresponde a los que llegaron por hematemesis.

Aquí queremos resaltar una vez más que las personas llegan por las consecuencias del abuso del alcohol y que antes de llegar a la sala de urgencias nos atrevemos a decir que en algún momento han tenido que pasar por otros servicios en búsqueda de atención (ver cuadro N° 14) y pasó desapercibido el origen alcohólico.

El porcentaje más significativo nuevamente vuelven a ser los problemas familiares y/o con otros, si observamos el cuadro N° 10 sabemos, que es una

población trabajadora y en el cuadro N° 9 podemos apreciar los lugares de trabajo. Con el conocimiento de que poseen una familia, podríamos inferir que en esos lugares se puede captar los bebedores en problema o bebedores excesivos antes de llegar a una sala de urgencias.

En el cuadro también los accidentes ocupan un lugar significativo y tenemos referencias de estudios que dicen que el alcohol interviene en más del 50% de las defunciones causadas por vehículos de motor. Se ha estimado en Estados Unidos (44) que el 57% del total de los traumatismos profesionales y el 75% de los traumatismos de trabajo se atribuyen a la misma causa. Además un estudio en Detroit (45) reveló que el alcohólico tiene 7 veces más riesgo de sufrir un accidente y 16 veces más peligro de morir en accidentes de tránsito.

En Panamá, los problemas relacionados con el alcohol ocupan el 4° lugar de atención en el cuarto de urgencias del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social del 1° de junio de 1983 a mayo de 1984 (46). Se evidencia la necesidad de realizar una campaña de prevención en los diferentes niveles de atención.

**CUADRO Nº 16**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN REFERENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES DE  
SALUD Y CAUSA DE INGRESO AL PROGRAMA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Causa</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Conflictos Familiares	3	12	12
Conflictos Conyugales	5	20	32
Problemas por Violencia	4	16	48
Problemas Laborales	1	4	52
Ingesta Desordenada	2	8	60
Problemas Gástricos	7	28	88
Problemas Sexuales	1	4	92
Depresión	2	8	100
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

## **16. Referidos por otras instituciones de salud.**

El Cuadro N° 16 nos presenta las personas que han llegado al programa referidos por otras instituciones o servicios de salud y la causa por la cual llegaron. Tenemos el 28% para los problemas gástricos, 20% para conflictos conyugales, 16% problemas por violencia, 12% conflictos familiares, 8% para ingesta desordenada y depresión, finalmente el 4% por problemas sexuales y problemas laborales.

Aquí comentamos que se observa la búsqueda de atención por parte del asegurado en otras instituciones de salud y además de consulta a otros servicios como medicina general, servicios de atención de adultos y al servicio de psiquiatría en un porcentaje no muy significativo. La consulta una vez más se registra por las consecuencias de la bebida. Pese a que un 8% consulta por ingesta desordenada, esto nos permite pensar que alguna sintomatología presenta que lo ha obligado a buscar atención.

Sería conveniente la coordinación interinstitucional e intrainstitucional para que en esfuerzos conjuntos, previa capacitación del personal, se establezcan métodos de captación temprana de bebedores.

**CUADRO N° 17**

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN REFERENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL,  
PSICÓLOGO O JEFE DE LUGAR DE TRABAJO  
Y CAUSA DE INGRESO AL PROGRAMA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Causa</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Temblor	1	3.3	3.3
Dificultad en las relaciones	8	26.7	30.0
Problemas conyugales	4	13.3	43.3
Problemas Laborales	17	56.7	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **17. Trabajador Social, Psicólogo o Jefe y causa.**

El Cuadro N° 17 nos presenta las personas que han sido referidas al programa por el trabajador social, el psicólogo o el jefe de la empresa donde laboran, y las causas de esa referencia. El 56.7% está representado por problemas laborales, el 26.7% por dificultades en las relaciones, 13.3% problemas conyugales y el 3.3% por temblor.

Este cuadro resalta el porcentaje significativo de problemas a consecuencia del alcoholismo que han tenido su repercusión en el ámbito laboral cuando vemos que son referidos por el empleador (ver página 36, "Problemática Laboral"). Esto nos permite aseverar que un programa eficaz de fomento de la salud en los lugares de trabajo daría a la empresa la oportunidad de efectuar economías considerables (48).

Se aprecia el rubro de problemas conyugales que nos indica que han tenido repercusión en el ámbito laboral, por lo que inferimos que a través del empleador podrían ofrecerse programas de prevención primaria y secundaria a familiares de los empleados.

### CUADRO N° 18

**POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE  
ALCOHOLISMO DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
SEGÚN CONSULTA VOLUNTARIA AL SERVICIO DE  
PSIQUIATRÍA Y SU CAUSA  
AÑOS: 1986 A 1990**

<b>Causa</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% AC</b>
Problemas familiares o conyugales	13	46.4	46.4
Accidentes	1	3.6	50.0
Dificultad en las Relaciones Sexuales	5	17.8	67.8
Depresión	4	14.3	82.1
Insomnio	3	10.7	92.8
Ideas Suicidas	2	7.1	99.9
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>99.9</b>	

Fuente: Sección de Estadística del Complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

### **18. Consulta Voluntaria y causa.**

El Cuadro N° 18 nos presenta las personas que voluntariamente han llegado a la consulta de psiquiatría y la causa por la cual han consultado; el 46.4% lo hace por problemas familiares o conyugales, el 17.8% lo hacen por dificultad en las relaciones sexuales, el 14.3% por depresión. Estos son los porcentajes más significativos sin dejar de ver que el 7.1% consultan por ideas suicidas. Todos estos problemas nos atrevemos a decir que están asociados al problema del alcoholismo.

Las estadísticas del Ministerio de Salud de Panamá (46) revelan «un aumento progresivo en la incidencia de alteraciones psiquiátricas producidas por el alcohol».

Los problemas familiares y/o conyugales una vez más nos evidencian la dificultad que presenta el alcohólico para establecer relaciones sociales y en especial con el compañero sexual; además no es raro encontrar sentimientos de inestabilidad en su autoimagen que lo conducen con facilidad a la soledad y depresión.

## **CONCLUSIONES**

1. Pese a los esfuerzos realizados por obtener la información lo más completa, aparece, en la mayoría de los cuadros, un renglón de "No registro", con porcentajes bastante significativos; lo que dificulta la investigación y por consiguiente la planificación.
2. Existe en el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano, un instrumento para llenar con la información del paciente que ingresa al programa de alcoholismo. Dicho instrumento consta de 7 páginas (Anexo N° 1) y en la mayoría de los expedientes lo encontramos en blanco. En otros no lo encontramos y finalmente en los que se encontró, no cubría toda la información que se pide en él, es decir, estaba parcialmente lleno.
3. De los doscientos pacientes estudiados, el 34% ingresaron al programa en las edades comprendidas entre 41 y 50 años; en su orden, el 31% corresponde a las edades entre 31 y 40 años, y el 14% de los 51 a 60 años. Creemos importante señalar que esta población está en edad productiva y se encuentran laborando. Lo que nos permite decir que

en el ámbito laboral se encuentra la población en riesgo de alcoholismo.

4. Este estudio nos dio la oportunidad de encontrar que el 60% de los pacientes se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas antes de cumplir sus 24 años. El promedio de edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas es de 17 años; por lo que concluimos que los adolescentes son una población vulnerable para la aplicación de medidas de prevención.
5. La diferencia entre el promedio de edad de ingreso al programa y el promedio de la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas (43 años y 17 años), corresponde a 26 años, período éste que la persona debió estar en contacto con bebidas alcohólicas y que consideramos como período de incubación, antes de que se de la enfermedad alcoholismo.
6. El estudio nos ofrece en cuanto a nivel de escolaridad la oportunidad de concluir que el 64.5% posee algún año de estudios secundarios, el

24% los concluyó, el 22% posee estudios universitarios y el 14% los concluyó. El 26.5% representa la población que no completó los estudios secundarios y el 8% los que no completaron los estudios universitarios. Podemos concluir de este estudio que la situación de alcoholismo no selecciona nivel de escolaridad. Se ha presentado tanto en los que no completaron estudios primarios o secundarios así como los que culminaron la universidad.

7. El estudio nos permite concluir que la situación de alcoholismo en este grupo estuvo representada por profesionales, técnicos, empleados de oficina, vendedores, conductores, obreros, empleados de oficios generales y estudiantes; es decir, no hace selección de oficio o profesión.
8. Consideramos significativo que en la población de doscientos pacientes estudiados, el porcentaje más alto, o sea el 40.5%, lo conforman los casados y el 18% los unidos.
9. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que el 35% de la

población ingiere bebidas alcohólicas diariamente y es importante señalar que el 23% lo hacen semanalmente. Vemos entonces que alcohólico aquí no es el que registra ingesta diaria de bebidas alcohólicas.

10. En el presente estudio resalta por lo significativo el hecho de que un porcentaje alto, 50%, registran faltas o ausencias al trabajo por causa de las bebidas alcohólicas.
11. Los resultados del estudio en esta población nos dicen que el 96% corresponde al sexo masculino y el 4% al sexo femenino. Aquí nos atrevemos a decir que en relación al sexo femenino, actualmente deben haber variaciones, si tomamos en cuenta el comportamiento observable en esta población, de unos años para acá, donde es evidente en las jóvenes el consumo de bebidas alcohólicas.
12. De los doscientos pacientes estudiados, el porcentaje más alto, 47%, corresponde a empleados del gobierno; en segundo lugar, el 30%, empleados de empresa privada; por lo que podemos concluir que estos

lugares que concentran la población trabajadora deben ser utilizados para captación de población en riesgo de alcoholismo y además son susceptibles de aplicación de medidas de prevención primaria y secundaria.

13. Podemos concluir en el presente estudio que la frecuencia de ingesta aumenta a medida que aumenta la edad de las personas, acercándose a ingesta diaria entre los 31 y 60 años. Se observa que disminuye la frecuencia de los 61 años en adelante.
14. Los resultados del estudio nos presentan que 36 personas que registran ingesta diaria de bebidas alcohólicas, faltan al trabajo por esa causa, de igual manera sucede con 24 que registran ingesta semanal.
15. El estudio nos permite concluir que un porcentaje significativo, 46%, llegan al programa referidos del cuarto de urgencias, sin grandes variaciones en los porcentajes, por directivos en su lugar de trabajo, por familiares y/o amigos, por el médico personal, voluntariamente y un 4% por un psicólogo.

16. En esta población, los que llegaron referidos por familiares y/o amigos, lo hicieron un 55.3% por conflictos familiares y 45% por pérdida de control. Lo que nos da la oportunidad de evidenciar daños en la capacidad de relacionarse y en el funcionamiento de la persona afectada por el alcohol.
  
17. Podemos concluir al realizar este estudio que en los pacientes que son referidos al programa por el trabajador social, psicólogo o jefe, el porcentaje más alto, 57%, tienen problemas laborales.
  
18. En los doscientos pacientes objeto de estudio, de los que llegaron al programa voluntariamente, el 46.4% lo hicieron por problemas familiares o conyugales, dificultad en las relaciones sexuales; nos permite además ver cómo afecta la misma persona cuando encontramos 21.4% con ideas suicidas y depresión.
  
19. Vale la pena resaltar que de estos doscientos pacientes los que consultaron al médico personal, el 36.4% lo hicieron por problemas gástricos, el porcentaje restante se distribuye indistintamente en

problemas orgánicos consecuencia del abuso de bebidas alcohólicas.

Por esto concluimos que las personas consultan por las consecuencias de la bebida y lo hacen a su médico personal.

20. Los pacientes en este estudio que llegaron al programa referidos por la sala de urgencias lo hicieron por síndrome de abstinencia, el 23.9%, igual porcentaje corresponde a problemas familiares y/o con otros. Un porcentaje que consideramos significativo en este caso, el 15.2% fueron referidos por accidentes. Otras causas como hematemesis, insomnio y ansiedad.
  
21. En el estudio de estos doscientos pacientes, los que llegaron al programa referidos por otras instituciones o servicios de salud, lo hicieron en un 28% por problemas gástricos, un 32% por conflictos conyugales y familiares. Consideramos resaltar el 16% que llegaron por violencia, distribuyéndose el resto de los porcentajes entre problemas laborales, sexuales y de comportamiento.

## **RECOMENDACIONES**

Una vez realizado este trabajo, nos permitimos plantear las siguientes recomendaciones:

1. Revisar el sistema de registro de la información y adecuarlo de manera que sea más funcional y menos costoso. Creemos que conviene la elaboración de un instrumento corto que permita recopilar datos de utilidad. Responsabilizar y preparar el personal que se encargará de recolectar la información. Esto permitirá la evaluación periódica de las acciones y planear la intervención.
  
2. Realizar estudios en empresas o entidades gubernamentales de:
  - Captación de población en riesgo de alcoholismo, según frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas.
  
  - Seguimientos del ausentismo de los trabajadores y costos para la empresa, consecuencia de ausencias o permisos para atención médica.

3. Realizar estudios sobre costos de atención, rehabilitación del alcohólico que se atiende en el programa de alcoholismo de la Caja de Seguro Social.
4. Establecer programas de prevención primaria en escuelas primarias y reforzar en otras edades hasta cubrir la población menor de 24 años.
5. Realizar estudios de consumo de bebidas alcohólicas en la población de escuelas secundarias y universitaria; ayudaría a captar poblaciones en riesgo y plantear la prevención.
6. Elaborar estudios sobre deserción escolar asociado a ingesta de bebidas alcohólicas.
7. Promover programas de orientación sobre alcoholismo a familiares de población en riesgo.
8. Orientar a la comunidad sobre las consecuencias del abuso de bebidas alcohólicas.

9. Establecer un sistema de diagnóstico temprano, y es factible realizarlo en otros servicios de salud donde el paciente acude en busca de atención por problemas físicos.
  10. Capacitar y motivar el personal médico y de otras disciplinas de salud, diferentes a salud mental, como son consulta de adultos, salas de medicina y otros servicios donde acuden las personas por problemas físicos asociados a ingesta de bebidas alcohólicas.
  11. Extender el programa de alcoholismo a las policlínicas con el fin de capacitar el personal para ofrecer un servicio a las empresas, de captación y atención de población en riesgo de alcoholismo. Además ofrecer medidas de prevención secundaria y primaria a familiares de esa población.
- Intercambiar comunicación con países que brindan este servicio a empresas (49).

## **REFERENCIAS**

- (1) Lasso, Lokee. Artículo. Rehabilitación del Alcohólico en el Trabajo. El Panamá América. Junio 16, Pág. 19B, 1991.
- (2) Contraloría General de la República. Estadística y Censo. "Panamá en Cifras". Años 1980-1990. Panamá. Pág. 431 1991.
- (3) Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia de Costa Rica. Revista latinoamericana sobre alcohol y drogas. Vol. 1. Año 1. Págs. 24-76. 1989.
- (4) Oficina Sanitaria Panamericana. Drogas. O.P.S. Boletín, Vol. 107 N° 6, Págs. 510-514. 1989.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para Estrategias Regionales. Documento oficial. O.M.S. N° 179. Washington D. C. Págs. 17-22. 1987.
- (6) Pemjean, A.G., et al. Prevalencia del Beber-Problema en tres servicios de medicina interna de Santiago de Chile. Rev. Médica Chilena. Vol. 115 #8. Chile, págs. 731-735. 1987.
- (7) Ritson, E. B. Respuesta de la Comunidad a los Problemas Relacionados con el Alcohol. Análisis de un estudio internacional. OMS. Cuadernos de Salud Pública N° 8, Ginebra. Págs. 15-69. 1985.
- (8) Edwards, G. et al. Alcoholics Known or Unknown to Agencies. Epidemiological studies in a London suburb. British Journal of Psychiatry. Págs. 123, 169, 183. 1973.
- (9) Levav, Itzhak, et al. Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe. O.P.S. Vol. 107 (3). Págs. 197-215. 1989.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Fomento de la Salud en las Poblaciones Trabajadoras. Informe de un comité de expertos. Ginebra. Pág. 67. 1988.
- (11) York J. L. et al. Motor Performance in Detoxified Alcoholics.

- Alcoholism N.Y. Index Medicus Vol. 29 # 6. Pág. 1029. Vol. 2 # 1. Págs. 119-124. 1988.
- (12) Aguilar Zambrano, Enrique Dr. Investigación Nacional sobre Prevalencia de Alcoholismo. Desarrollo Tecnológico. Ecuador. Págs. 21-23. 1985.
- (13) Repeth, Ana M. et al. Posición de los Profesionales Frente al Alcoholismo y otras Toxicomanías en los Adolescentes. O.P.S. Boletín 100 (5). Chile. Págs. 511-521. 1986.
- (14) Antoni, Carmen. Consumo Inmoderado de Alcohol. Cuadernos Panameños de Criminología. Panamá. Págs. 126-127. 1984.
- (15) Chamorro, F. y Carrera, M. de. Epidemiología de la Cirrosis Hepática. Monografía. Panamá. Pág. 24. 1990 (mecnografiado).
- (16)
- (17) Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social (mimeografiado).
- (18) La Fuente. Enciclopedia Concisa Ilustrada. Editorial Ramón Sopena, S.A. Barcelona. Pág. 977.
- (19) Lancaster, Jeanette. Modelos de Prevención de la Salud Mental. Enfermería Comunitaria. Librería Interamericana. México. Págs. 173-179. 1984.
- (20) I.A.F.A., Manejo Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica. Págs. 2-190. 1990.
- (21) Melgar, Rebeca y Ledezma Mary. Epidemiología de La Dependencia Química. Panamá. Págs. 20-54. 1990 (mecnografiado).
- (22) Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato. Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Págs. 370-386. 1988

- (23) Salazar, Martha. Rasgos de Personalidad en Farmacodependientes. Ediciones del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Venezuela. Págs. 31-157. 1990.
- (24) Martin, N. G.; Perl, J. et al. A Twin Study of Ethanol Metabolism. Behavioral Genetics Association Abstracts. Págs. 25-38. 1973.
- (25) Negrete, J. C. y otros. Problemas Médicos del Alcohol. Editorial Andrés Bello. Chile. Págs. 74-76. 1985.
- (26) Antoni, Carmen y otros. Estudio Epidemiológico sobre uso de Drogas y Bebidas Alcohólicas por Jóvenes Panameños. Panamá. Págs. 210-218. 1985.
- (27) Galvez, Yolanda y otros. Consumo de Sustancias que producen Dependencia en Colombia. Universidad de Antioquía. Medellín. Págs. 360-779. 1988.
- (28) O.M.S. Problemas Relacionados con el Alcohol. Crónica. Vol. 33. Ginebra. Págs. 13-418. 1979.
- (29) Vaquero Puerta, José Luis. Salud Pública. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid. Pág. 342. 1983.
- (30) American Psychiatric Association: Quick Reference to Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III. Washington D.C. 1980.
- (31) Last, J. M. and Rosenau, M. Public Health and Preventive Medicine. Eleventh Edition. Appleton Century Crafts. New York. Págs. 41-54. 1980.
- (32) Segond, P. Motivos Psicológicos y Papel de los Factores Personales en los Usuarios de Drogas. Material Mimeografiado.
- (33) O.P.S. Posición de los Profesores frente al Alcoholismo y otras

Toxicomanías en los Adolescentes. Boletín. Vol. 100 (5). Págs. 206-208. 1986.

- (34) O.P.S. La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas. Boletín N° 489. Washington D.C. Pág. 84. 1978.
- (35) P.R.I.D.E. Vista Preliminar de la Frecuencia del uso de Drogas entre la Juventud Panameña. Proyecto. Panamá. Págs. 68-74. 1987.
- (36) C.R.F. C.O.N.A.F.A. Estudios de la Comisión Nacional para la familia. Panamá. 1982 (mecanografiado).
- (37) Código Penal de la República de Panamá. SEREV impreso. Panamá. Págs. 76-80. 1988.
- (38) Mella M., César Dr. Perfil del Alcoholismo en Nuestro Medio. Empresa Poligráfica del Ministerio de Salud. La Habana. Págs. 11-99. 1981.
- (39) Mothner, Ira y Alan Weitz. Cómo abandonar las Drogas. Martínez Roca. Barcelona. Págs. 190-195. 1986.
- (40) Bejarano O., Julio; Subaye S., Abarca. Tratamiento Psicosocial del Alcoholismo. Un estudio de eficacia bajo condiciones de internamiento. I.A.F.A. Costa Rica. Págs. 43-47. 1988.
- (41) Oficina Sanitaria Panamericana. Atención Primaria con el Componente de Salud Mental. Vol. 103. N° 5. Washington D.C. Pág. 88. 1987.
- (42) Giraldo, Evelio. Artículo: En Colombia un Millón de Alcohólicos. El Tiempo, sec. C11. Bogotá, Junio 1992.
- (43) González, Jorge Humberto. Encuentro Departamental de Investigaciones en Farmacodependencia y Alcoholismo. Servicio Seccional de Antioquía. Medellín. Págs. 26-33. 1989.
- (44) Knight, R.P. La Psicodinámica en el Alcoholismo Crónico. Bull Meninger Clim, S.A. Estados Unidos. Págs. 102-108. 1957.

- (45) O.M.S. Alcohol Abuse. Alcohol Related Mortality and Potential Years of Life Lost. 1987. Wkly. Epidem. Págs. 54-63. 1990.
- (46) Revista Médica. Atención Psiquiátrica en el Cuarto de Urgencias del Complejo Hospitalario Metropolitano. Caja de Seguro Social. Vol. 17 N° 2. Panamá. Págs. 25-27. 1985.
- (48) O.M.S. Crónica. El Alcohol, un Peligro Creciente. Vol. 29 Ginebra. Pág. 128. 1975.
- (49) O.M.S. Foro Mundial de la Salud Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Vol. 12 N° 1. Págs. 100-111. 1991.

## **BIBLIOGRAFIA**

**LIBROS**

1. American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, D.S.M. III. Washington D.C. 1980.
2. Anderson, Richard C. y otros. Psicología Educativa. 2ª edición. México. Editorial Trillas, 1981.
3. Antillon Jaramillo, Juan. Los Problemas de la Salud en Costa Rica. Políticas y Estrategias. O.P.S. San José, Costa Rica. 1983.
4. Camel V., Fayad. Estadística Médica y de Salud Pública. Tomo I. Venezuela. Editorial Universidad Los Andes, 1982.
5. Código Penal de la República de Panamá. SEREV impreso. Panamá. 1988.
6. Coliman Kahl, Martin. Fundamentos de Epidemiología. Universidad de Antioquia, Medellín, 1978.
7. Escalane Angulo, Carlos. Metodología de la Investigación Socio-Médica. Fundamentos Conceptuales. 4ª edición. Ediciones Tercer Mundo. Colombia, 1981.
8. Evans, Idella y Murdoff, R. Psicología para un mundo cambiante. 2ª edición. Editorial Lumusa, S.A. México, 1983.
9. Harrison's Principles of Internal Medicine. 10ª edición. McGraw Hill International Book Company. Germany, 1983.
10. Jellinek, E. M. Phases of Alcohol Adiction. Quarterly Journal of Studies on Alcoholism 13, 1952.
11. Knight, R. P. La Psicodinámica en el Alcoholismo Crónico. Bull Meninger Clim S.A. Estados Unidos. 1957.
12. Kolb, Lawrence y otros. Psiquiatría Clínica. 10ª edición. Editorial

Interamericana. México 1987.

13. Last, J. M. and Rosenau, M. Public Health and Preventive Medicine. Eleventh Edition. Appleton Century Crafts. New York. 1980.
14. Lancaster, Jeanette. Enfermería Comunitaria. Modelos de Prevención de la Salud Mental. México. Editorial Interamericana. 1984.
15. Miguez, Hugo. Uso indebido de sustancias psicoactivas en el medio ambiente de trabajo. Buenos Aires, 1989.
16. Mothner, Ira y Alan Weitz. Cómo Abandonar las Drogas. Martínez Roca. Barcelona. 1986.
17. Negrete, J. C. y otros. Problemas Médicos del Alcohol. Editorial Andrés Bello. Chile. 1985.
18. Repetto, Ana y otros. Posición de los profesores frente al alcoholismo y otras toxicomanías en los adolescentes. Boletín de la O.P.S. 1986.
19. Vaquero Puerta, José L. Salud Pública. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid. 1983.
20. Vidal, Guillermo; Alarcón, Renato. Psiquiatría. Buenos Aires, Editorial Médica. 1988

**PUBLICACIONES**

- Actas de IX Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento de las Drogadependencias. España, 1980.
- Aguilar Zambrano, Enrique. Investigación Nacional sobre prevalencia de alcoholismo. Desarrollo Tecnológico. Ecuador, 1985.
- Antoni, Carmen. Cuadernos Panameños de Criminología. Instituto de Criminología. N° 13. Imprenta Universitaria. Panamá, 1984.
- Antoni, Carmen. Estudio Epidemiológico sobre el uso de drogas y bebidas alcohólicas por jóvenes panameños. Imprenta Universitaria. Panamá, 1985.
- Amaya, Doris. Notas de Estudios sobre la adicción al alcohol y otras Drogas. Universidad de Miami. S. F.
- Bejarano O., Julio; Subaye S., Abarca. Tratamiento Psicosocial del alcoholismo. Un estudio de eficacia bajo condiciones de internamiento. I.A.F.A. Costa Rica. 1988.
- Caetano, R. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en América Latina. Boletín de la O.P.S. Vol. 97. N° 6. 1984.
- Canales F. et al. Metodología de la Investigación, O.P.S. Publicación PASCAP N° 16, 1990.
- Contraloría General de la República. Estadística y Censo. Panamá en Cifras. Años 1980-1990. Panamá, 1991.
- C.S.S. Atención Psiquiátrica en el Cuarto de Urgencias del Complejo Hospitalario Metropolitano. Revista Médica. Vol. 17. N° 2. Panamá. 1985.
- Edwards, G. et al. Alcoholics Known or Unknown to Agencies: epidemiological studies in a London Suburb. British Journal of Psychiatry. 1973.

- E.B. Ritson. Respuesta de la Comunidad a los problemas relacionados con el Alcohol. Análisis de un estudio internacional. O.M.S. Cuadernos de Salud Pública N° 8, Ginebra, 1985.
- Florenzano, R. Diagnóstico precoz del Beber Problema. Boletín del Hospital San Juan de Dios. Santiago. 1985.
- Gálvez, Yolanda y otros. Consumo de sustancias que producen dependencia en Colombia. Universidad de Antioquía. Medellín. 1988.
- González, Jorge Humberto et al. Encuentro Departamental de Investigaciones en Farmacodependencia y Alcoholismo. Servicio Seccional de Salud de Antioquía. Medellín, 1989.
- Index, Medicus. Motor Performance in Detoxified Alcoholics. Alcoholism. Vol. 29 # 6, Vol 2 # 1. N. Y., 1988.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica. Revista Latinoamericana sobre alcohol y drogas. Vol. N° 1, Año 1, San José, 1989.
- I.A.F.A. Manejo Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica. San José, 1990.
- Levav, Itzhak, et al. Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe. O.P.S. Vol. 107. 1989.
- Lopera, Balbin y otros. Incidencia de la Familia en la No Recuperación del Farmacodependiente. Medellín, 1987 (Tesis de Post-Grado).
- Martin, N.G. Perl et al. A Twin Study of Etanol Metabolism. Behavioral Genetics Association Abstracts. 1973.
- Mella, César. Perfil del Alcoholismo en Nuestro Medio. Empresa Poligráfica del Ministerio de Salud. La Habana. 1981.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Drogas. Boletín. Vol. 107 N° 6. 1989.

- O.M.S. El Alcohol, un Peligro Creciente. Crónica. Vol 29. Ginebra. 1975.
- O.M.S. Foro Mundial de la Salud. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Vol. 12. N° 1. 1991.
- O.M.S. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades. Revisión III. Vol 1. 1978.
- O.M.S. Problemas Relacionados con el Alcohol. Crónica. Vol. 33. Ginebra. 1979.
- O.P.S. Atención Primaria con el Componente de Salud Mental. Vol. 103. N° 5. Washington D.C. 1987
- O.P.S. La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas. Boletín N° 489. Washington D.C. 1978.
- O.P.S. Posición de los Profesores Frente al Alcoholismo y otras Toxicomanías en los Adolescentes. Boletín. Vol 100 (5). 1986.
- P.R.I.D.E. Vista Preliminar de la frecuencia del uso de Drogas entre la Juventud Panameña. Proyecto. Panamá. 1987.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para Estrategias Regionales. Documento Oficial. O.M.S. N° 179. Washington D. C. 1987.
- Organización Mundial de la Salud. Fomento de la Salud en las Poblaciones Trabajadoras. Informe de un comité de expertos. Ginebra. 1988.
- Pemjean, A. El Médico y sus actitudes hacia el enfermo alcohólico. Viña del Mar, 1984.
- Repeth, Ana M. et al. Posición de los Profesionales Frente al Alcoholismo y otras Toxicomanías en los Adolescentes. O.P.S. Boletín 100 (5). Chile. 1986.

Salazar, Martha. Rasgos de la Personalidad en Farmacodependientes.  
Ediciones del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.  
Venezuela. 1990.

**DOCUMENTOS NO PUBLICADOS**

Chamorro, Fermina. Carrera, Mariela de. Epidemiología de la Cirrosis Hepática. Monografía. Panamá, 1990 (mecanografiado).

C.R.F. CONAFA. Comisión Nacional para la Familia. Panamá. Junio, 1982 (mecanografiado).

Giraldo, Evelio. Artículo. En Colombia un Millón de Alcohólicos. El Tiempo, sec. C11. Bogotá, Junio 1992.

Hospital Santo Tomás. "Programa de Alcoholismo de Sala 25". Panamá, 1985.

Inmunización: No hay Tregua en Salud Mundial. Ginebra, Abril, 1987 (mimeografiado).

Melgar, Rebeca y Ledezma, Mary. Epidemiología de la Dependencia Química. Panamá, Marzo 1990 (mecanografiado).

Ministerio de Salud. "Subprograma de Prevención y Control del Abuso del Alcohol y de las farmacodependencias". Panamá. 1985 (mimeografiado).

**ENTREVISTAS**

Dr. Miguel Cedeño. Médico Psiquiatra encargado del Programa de Alcoholismo de la Caja de Seguro Social.

Dr. Pedro José Navarro. Presidente de la Comisión de Auditoría Médica de la Caja de Seguro Social.

Dr. Carlos Smith. Psiquiatra encargado del Programa de Dependencia Química. Hospital Psiquiátrico Nacional.

Lic. Lucía de Acevedo. M.D.I. Directora del Programa de Alcoholismo y Drogadicción para el ejército Norteamericano en la Zona del Canal.

**ANEXO**





III. EVOLUCION DEL ALCOHOLISMO.

1. Fuentes y causa de referencia: \_\_\_\_\_
2. Origen y consecuencias de la ingesta alcohólica
  - 2.1 Edad de la lera. ingesta \_\_\_\_\_
  - 2.2 Lugar donde ocurrió la lera. ingesta \_\_\_\_\_
  - 2.3 ~~Consecuencias~~ de la lera. ingesta
    - 2.3.1. Embriaguez SI  NO
    - 2.3.2. Cesó de beber SI  NO  Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_
    - 2.3.3. Reacción familiar  
Disgusto  Castigo  Aprobación   
Otros \_\_\_\_\_
3. Inicio de la ingesta regular de bebidas alcohólicas.
  - 3.1. A que edad se inició la ingesta regular \_\_\_\_\_
  - 3.2. Frecuencia de la ingesta al inicio \_\_\_\_\_  
Diaria  Semanal  Quincenal   
Mensual  Otras. \_\_\_\_\_
  - 3.3. Eventos coincidentes  
Empezó a trabajar  Se alejó del hogar   
Matrimonio o unión   
Otros \_\_\_\_\_
4. Forma actual de beber.
  - 4.1. Frecuencia \_\_\_\_\_
  - 4.2. Cantidad promedio y variables mínima y máxima (Especificar si es pachita, de qué tamaño es) \_\_\_\_\_
  - 4.3. Tipos de bebidas más usadas (en orden de frecuencia)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - 4.4. Compañía y lugar al beber.
    - 4.4.1  Solo
    - 4.4.2  Con amigos
    - 4.4.3  En casa
    - 4.4.4  Con familiares
    - 4.4.5  En cantina
    - 4.4.6  Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

4. EVALUACION DEL ESTADO ACTUAL: (Indicar desde cuando si es necesario).

I. FASE I: PRE-ALCOHOLICA

- Alivio ocasional de las tensiones por medio de la bebida.
- Alivio constante de las tensiones por medio de la bebida.
- Aumento de la tolerancia al alcohol.

II. FASE II: PRODOMICA

Fecha del primero \_\_\_\_\_

- 1. "Palimpsestos" o amnesia alcohólica.
- 2. Beber surrepticiamente "o de escondidas".
- 3. Preocupación por el alcohol.
- 4. Beber con avidez.
- 5. Sentimientos de culpa por la manera de beber.
- 6. Evita hablar del alcohol en sus conversaciones.
- 7. Aumento en la frecuencia de los palimpsestos o lagunas mentales.

III. FASE III: CRUCIAL ó CRITICA

- 8. La pérdida de control  Incapacidad de detenerse  desde cuando \_\_\_\_\_  
 Incapacidad de abstenerse  desde cuando \_\_\_\_\_
- 9. Racionalizaciones de la bebida.
- 10. Trata de neutralizar las presiones sociales.
- 11. Comportamiento grandioso y fanfarrón.
- 12. Conducta marcadamente agresiva.
- 13. Remordimientos persistentes.
- 14. Períodos de abstinencia completa.
- 15. Intentos de cambio en la manera de beber. (Horas o lugar)
- 16. Alejamiento de los amigos.
- 17. Renuncia o pérdida de los empleos.
- 18. La bebida llega a ser el centro de sus actividades.
- 19. Pérdida de los intereses externos.
- 20. Cambio en la interpretación de las relaciones interpersonales.
- 21. Compasión de sí mismo (Actitud de mártir).
- 22. Escape Geográfico (Esconderse, fugarse, perderse).
- 23. Cambio en los hábitos familiares. (Retraimiento o intensificación de la vida social).
- 24. Resentimientos irracionales.
- 25. Protección de su abastecimiento de alcohol.

- 26. Descuido de su propia nutrición.
- 27. Primera hospitalización.
- 28. Disminución del apetito sexual.
- 29. Celotipia alcohólica.
- 30. Beber en ayunas todos los días.

IV.- FASE IV ó CRÓNICA

- 31. Intoxicaciones prolongadas (Tandas).
- 32. Marcado deterioro moral.
- 33. Trastornos del pensamiento.
- 34. Psicosis alcohólica.
- 35. Beber sustancias que no son propiamente alcoholes.
- 36. Beber con gentes de nivel social muy inferior al propio.
- 37. Disminución de la tolerancia para el alcohol.
- 38. Temores indefinidos.
- 39. Temblores persistentes.
- 40. Inhibición psicomotora.
- 41. Ingesta obsesiva de alcohol.
- 42. Aparecen vagos impulsos religiosos.
- 43. Todo el sistema de racionalizaciones fracasa.
- 44. Hospitalización (Definitiva).
- 45. Pérdida de la vida.

FASE DE ALCOHOLISMO: \_\_\_\_\_ &

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

4.2 TRATAMIENTO (Plan de)

4.2.1.- Metas:

- Buscar que mantenga .
- una sobriedad total  Rehabilitación social
- Rehabilitación Laboral  Rehabilitación Familiar
- Otros

4.2.2.- Método o Técnicas:

- Atención Individual  Consejería de Conyuge
- Atención Grupal  Información S/Alcoholismo
- Atención Familiar  A/A
- Antabus  ADAR
- Hospitalización  Atención de Servicio Social
- Atención Psicológica
- Atención Psiquiátrica

4.5 BEBER Y NUTRICION.

Cuando bebe se alimenta.

4.5.1  Si

4.5.2.  No

4.5.3  A veces.

4.6 Bebidas que ha tomado.

4.6.1 "Legales"

Cerveza  Seco  Ron  Whiskey,

Otros \_\_\_\_\_

4.6.2 "Clandestinas"

Chicha fuerte  Vino de palma  , Otras fermentadas:

\_\_\_\_\_ Chirrisco  Cimarrón

Otras destiladas \_\_\_\_\_

5.- Se ha dado cuenta alguna vez que su forma de beber es perjudicial,  
le hace daño?

Si  No  A veces

OBSERVACIONES:

6.- Historia de la evolución de la ingesta de alcohol entre su inicio  
y su estado actual.

(consignar las variaciones en la frecuencia, la cantidad, las be-  
bidas, el tiempo dedicado a beber, los períodos de abstinencia, su  
duración y sus causas).

Atención de Medicina   
Interna.

Atención de Enfermera

OBSERVACIONES: (OTRAS) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros Programas:

Cons. y Terapia Familiar

Geriatría

Terapia de Conducta

Modificación de Conducta

RIB

Atención Medicina Interna

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_