



UNIVERSIDAD DE PANAMA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

**EVALUACION DEL PROGRAMA DE DEPENDENCIA QUIMICA DEL HOSPITAL  
PSIQUIATRICO NACIONAL.**

POR

**MARIA SENEIRA LEDEZMA GONZALEZ**

Trabajo de Graduación  
presentado a la Escuela de  
Salud Pública, como requisito  
para optar por el grado de  
Master en Salud Pública con  
Especialidad en Epidemiología.

Panamá, República de Panamá.

1992.

T.M

JUN 18 1992

Aprobado:

Asesor de la Tesis

*[Signature]*

Miembro del Jurado

*[Signature]*

Miembro del Jurado

*[Signature]*

Representante de la Vicerrectoría de Investigación  
y Post-Grado

*[Signature]*

Fecha

2 de junio de 1992

Obs. del autor

252268

## DEDICATORIA

A mi esposo e hijas por la paciencia y comprensión que siempre me brindaron.

A toda mi familia por el apoyo y estímulo que siempre recibí.

## AGRADECIMIENTO

A DIOS, por permitirme terminar;

A mi asesor el Dr. Alfredo Moltó por su estímulo y guía que me brindó.

A todo el equipo de profesionales de la Salud que trabaja en el Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, muy en especial al Dr. Carlos Smith, quien sugirió este trabajo;

Al personal del Hospital Psiquiátrico Nacional que labora en la Sala de Ingreso, particularmente al personal de Enfermería y al personal del Departamento de Estadística;

Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Medicina;

A mi esposo por su orientación y ayuda en todo momento;

A todas las personas que en algún momento me brindaron su ayuda.

## CONTENIDO

|   | <b>pág.</b> |
|---|-------------|
| 1. INTRODUCCION.....  | 1           |
| 1.1 Antecedentes.....   | 1           |
| 1.2 Justificativa.....  | 10          |
| 1.3 Objetivo General.....   | 11          |
| 1.4 Objetivos Específicos.....  | 11          |
| 2. REVISION BIBLIOGRAFICA.....  | 13          |
| 2.1 Tratamiento,Rehabilitación y Reinserción Social..                           | 13          |
| 2.1.1 Tratamiento en HOGARES CREA.....  | 14          |
| 2.2 Investigación.....  | 16          |
| 2.3 Educación y Capacitación.....   | 16          |
| 2.4 Marco Sociocultural y Respuesta al uso indebido de<br>Drogas.....           | 17          |
| 2.5 Programa de Dependencia Química del Hospital<br>Psiquiátrico Nacional. .... | 18          |
| 2.6 Objetivo de la Evaluación.....  | 21          |
| 2.7 Definiciones.....   | 24          |
| 3. METODOLOGIA.....   | 26          |
| 3.1 Tipo de estudio.....  | 26          |
| 3.2 Población o Muestra.....  | 26          |
| 3.3 Fuentes de Información.....   | 27          |
| 3.4 A quiénes va dirigido el Programa.....                                      | 28          |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.5   | Definiciones Operacionales.....  | 28 |
| 4.    | RESULTADOS.....  | 30 |
| 4.1   | Descripción del Programa de Dependencia Química..                                  | 30 |
| 4.2   | Información General de la población por<br>Dependencia Química. (1987 - 1990)..... | 42 |
| 4.2.1 | Clasificación según Sexo.....  | 42 |
| 4.2.2 | Procedencia según Provincia.....   | 42 |
| 4.2.3 | Procedencia distrital para la Provincia de<br>Panamá. ....                         | 45 |
| 4.3   | Datos Específicos del Programa de Dependencia<br>Química. (PDQ).....               | 50 |
| 4.3.1 | Edad.....  | 50 |
| 4.3.2 | Sexo.....  | 51 |
| 4.3.3 | Estado Civil.....  | 51 |
| 4.3.4 | Lugar de Procedencia.....  | 51 |
| 4.3.5 | Ocupación.....   | 64 |
| 4.3.6 | Diagnóstico de los pacientes del Programa..  | 64 |
| 4.3.7 | Duración del Programa.....   | 69 |
| 4.3.8 | Frecuencia de Recaídas.....  | 69 |
| 4.3.9 | Cantidad de Terapias aplicadas.....  | 70 |
| 5.    | DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....   | 76 |
| 5.1   | Actividades del PDQ.....   | 76 |
| 5.2   | Datos Sociodemográficos.....   | 82 |
| 5.2.1 | Edad.....  | 82 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.2.2 Sexo.....  | 83  |
| 5.2.3 Estado Civil.....  | 85  |
| 5.2.4 Lugar de Procedencia.....  | 86  |
| 5.2.5 Ocupación.....   | 87  |
| 5.3 Duración del Programa de Dependencia Química.....                          | 89  |
| 5.4 Registro de Recaídas en pacientes del Programa de Dependencia Química..... | 90  |
| 5.4.1 Período promedio entre el Egreso y la Recaída.....                       | 90  |
| 5.4.2 Distribución de las Recaídas según la Edad.....                          | 91  |
| 5.4.3 Diagnóstico de las Recaídas.....   | 92  |
| 5.4.4 Factores relacionados con las Recaídas....                               | 93  |
| 5.5 Efecto de la duración del Programa con el registro de Recaídas.....        | 94  |
| 5.6 Eficacia del Programa de Dependencia Química.....                          | 95  |
| 5.6.1 Requisitos para un buen diseño de programas.....                         | 98  |
| 5.7 Problemas y dificultades encontradas.....                                  | 103 |
| 6. CONCLUSIONES.....   | 104 |
| 7. RECOMENDACIONES.....  | 108 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....   | 111 |

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Antecedentes.

Un Programa de Dependencia Química es esencialmente un programa de tratamiento del enfermo farmacodependiente y del alcohólico a nivel de prevención secundaria.

En el **Hospital Psiquiátrico Nacional** se inicia este tipo de tratamiento a partir de 1987 en la Sala de Rehabilitación y a pesar de las limitaciones, desde esa fecha se han atendido numerosos pacientes que padecen dependencia al alcohol y a otras drogas. Actualmente el Programa se desarrolla en un área previamente construido en 1980 para la atención de pacientes con problemas de drogas y alcohol. (**La Estrella de Panamá**, agosto 18 de 1980).

El programa es desarrollado por un equipo de profesionales de la salud que comprende los siguientes profesionales:

-un **médico psiquiatra**, que lo coordina; **dos enfermeras**; una **auxiliar de enfermería**; una **asistente de enfermería**; una **trabajadora social**; una **terapista ocupacional**; una **auxiliar de terapia ocupacional**; un **médico residente en psiquiatría** y una **socióloga**.

El desarrollo de este programa, así como el de cualquier otro que se implemente en una institución, departamento etc., exige continuas evaluaciones para garantizar que los objetivos, metas y actividades que se persiguen, sean justamente aquellas que puedan reportar los mayores beneficios. Esta exigencia aumenta cuando la labor a que se ha de hacer frente tiene componentes tan diversos y los recursos son limitados y fragmentarios.

No basta simplemente con lanzarse con la puesta en práctica del programa, sino que además hay que evaluarlo permanentemente para determinar la eficacia, eficiencia y el impacto que ejerce en la comunidad o en la población.

Sólo con un proceso así se podrán mejorar el rendimiento y la ejecución de los programas. Es especialmente importante la evaluación permanente, pues cuando esto no se hace, no le dice a quienes los aplican si su trabajo y esfuerzo tiene recompensa.

La evaluación entonces, ofrece a las autoridades del país, la institución y al personal encargado de aplicar el programa, la oportunidad de dar una perspectiva a todos esos factores y determinar qué procedimientos permitirán:

- organizar y mejorar los servicios de salud necesarios relacionados a la Dependencia Química;
- Informar a los medios oficiales correspondientes y al público, el valor que tiene el programa y actividades relativas a

la Dependencia Química;

-estimular a la población para que llegue a tener confianza en el programa y actividades que se desarrollan en el mismo;

-mejorar la gestión administrativa y el rendimiento del programa.

El Hospital Psiquiátrico Nacional como primera institución oficial del país en lo que respecta a la Salud Mental, inicia un Programa de Dependencia Química en agosto de 1987, debido al aumento que se da de los problemas de Dependencia Química (alcoholismo y farmacodependencia) en la población panameña.

Este programa se convierte en una alternativa terapéutica, científica y coherente, para las personas que padecen de estas enfermedades incurables y progresivas. Antes de que el programa se implementara, el Hospital Psiquiátrico siempre brindó atención al enfermo alcohólico y farmacodependiente, pero no en la misma forma como lo está haciendo ahora con el **Programa de Tratamiento en Dependencia Química.**

El Programa de Dependencia Química establece dentro de su estructura los siguientes objetivos:

\_ " Ofrecer una alternativa de tratamiento al paciente dependiente químico dentro del marco de la prevención secundaria, en el Hospital Psiquiátrico Nacional."

\_ " Brindar tratamiento a todo paciente dependiente químico, hospitalizado en el Hospital Psiquiátrico Nacional ó referido desde cualquier punto del país para iguales propósitos."

\_ " Trabajar en forma sistemática en la recuperación del enfermo dependiente químico con miras a su reinserción en el medio social e incorporarlo a la actividad productiva."

El paciente que participa en este programa, realiza una serie de actividades que son dirigidas por profesionales de la salud que tienen un objetivo en común, como es el de **Rehabilitar** al paciente dependiente químico y lograr su reinserción en la sociedad.

El Programa de Dependencia Química, consta de varios módulos, cada uno de ellos está desarrollado en base a los objetivos generales y específicos que se quieren lograr, en base a las actividades que se realizan y la metodología que se sigue durante cada sesión de tratamiento.

El primer módulo está desarrollado en base a la técnica que se sigue en relación a la Terapia Grupal, en esta terapia se deben alcanzar los siguientes objetivos:

\_ " Procesar en el grupo las emociones y sentimientos de cada paciente."

\_ " Estimular en el paciente la autocrítica, identificando conductas en sí que lo condujeron a beber o consumir drogas."

\_ " Inculcar en el paciente buena voluntad, sinceridad y apertura mental con miras a su recuperación." Esta actividad es una de las terapias más importantes y se realiza todos los días con todo el equipo que trabaja en el programa.

El segundo módulo se refiere a la Terapia Ocupacional la cual pretende lograr que los pacientes al salir del tratamiento puedan desenvolverse en algún oficio, que levanten su autoestima y que mejoren su apariencia personal.

Con esta terapia se quiere que los pacientes logren los siguientes objetivos:

- \_ " Reforzar en el dependiente químico el sentido de responsabilidad."
- \_ " Estimular en el dependiente químico conductas adecuadas en pro de su aseo y arreglo personal."
- \_ " Reforzar la actividad de trabajo de cada paciente para su reincorporación a la sociedad."

Los pacientes en la terapia ocupacional realizan actividades similares a las que ellos ejecutaban antes de su hospitalización; o que el paciente puede realizar por su habilidad o actitud.

En el tercer módulo se desarrolla el papel que desempeña la Trabajadora Social en el tratamiento de dependencia química, cuyos objetivos son los siguientes:

- \_ " Brindar información sobre la naturaleza y comprensión de la adicción y como afecta la enfermedad a los familiares."
- \_ " Promover la recuperación de los coadictos."
- \_ " Estimular a las familias a compartir y discutir sus propias experiencias, a través de un problema común que es la adicción y

cómo esto les ha afectado."

\_ " Motivar a los familiares al estudio de la enfermedad a través de la literatura de Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos y otras, a ver por sí mismo, y lo que pueden hacer para ayudarse a superar la enfermedad."

En estas terapias, la Trabajadora Social, promueve el intercambio de experiencias, sentimientos y emociones entre los familiares de aquellos pacientes con problemas de drogas o de alcohol que están recibiendo el tratamiento o que están en lista de espera.

El cuarto módulo se refiere al papel de la Socióloga y los objetivos que se pretenden lograr son los siguientes:

\_ " Promover investigaciones sobre la problemática del alcoholismo y otras farmacodependencias de nuestra Institución."

\_ " Realizar control y registro en base a cada una de las actividades del Programa."

\_ " Detectar aspectos cualitativos y cuantitativos de la población."

\_ " Presentar a través de porcentajes y cuadros estadísticos los respectivos registros."

En este módulo se establece el papel que desempeña la socióloga en el Programa de Dependencia Química, una de las actividades que realiza es el de elaborar Instrumentos de Evaluación y confeccionar cuadros estadísticos, así como también

llevar el control de la asistencia a las terapias grupales y reuniones familiares de los pacientes.

El quinto módulo trata de la Psiquiatría Comunitaria que se propone alcanzar los siguientes objetivos generales y específicos:

Entre los objetivos generales tenemos:

- \_ " Promover y participar en actividades del paciente del Programa de Dependencia Química dentro y fuera de la Institución."
- \_ " Lograr que la familia y la comunidad se integren en actividades relacionadas con el diagnóstico de la dependencia química."

Entre los objetivos específicos tenemos:

- \_ " Participar en las actividades del Programa de Dependencia Química dentro y fuera de la Institución."
- \_ " Clasificar los pacientes egresados según el lugar de rehabilitación que les corresponde."
- \_ " Integrar al paciente del programa en los grupos y centros a que pertenecen."
- \_ " Realizar seguimiento de pacientes en la comunidad, y detectar tempranamente los clientes con este problema."

La enfermera comunitaria tiene dentro de sus actividades en el Programa, detectar a pacientes con problemas de dependencia química en la comunidad. Brinda atención a estos pacientes en

forma coordinada con el resto del equipo, como también le presta atención a la familia por medio de visitas.

Participa en las terapias de rehabilitación de los pacientes dentro y fuera de la Institución.

El sexto módulo trata sobre el papel que desempeña la enfermera intrahospitalaria en el Programa de Dependencia Química, los objetivos que en este módulo se desean lograr son los siguientes:

\_ " Coadyuvar en la rehabilitación del dependiente químico para reintegrarlo a la sociedad."

\_ " Fomentar el desarrollo y aplicación del Programa de Dependencia Química dentro de la Institución."

\_ " Estimular la participación del personal de enfermería en las actividades del Programa."

\_ " Brindar guía y orientación al personal, paciente y familia, basado en los principios del Programa."

\_ " Identificar conductas en el paciente y aplicar terapias individuales según necesidad y problemática."

\_ " Lograr relaciones interpersonales terapéuticas y amistosas, tanto para el paciente como para su familia y los miembros del equipo."

\_ " Valorar los resultados de la participación conjunta del equipo multidisciplinario en el Programa."

La enfermera intrahospitalaria es un elemento importante en

el Programa, debido a que ella tiene la oportunidad de brindar una atención directa al paciente en turnos rotativos de veinticuatro horas, razón por la cual puede detectar las diferentes conductas que presenta el paciente y darle el manejo adecuado.

El Programa de Dependencia Química demanda de la enfermera, mayor suspicacia en el manejo de este tipo de paciente, ya que es manipulador, ella siempre debe estar alerta y mostrarse con firmeza ante el paciente, manejando su crisis con supresión y apoyo.

El séptimo y último módulo trata sobre la evaluación psicológica que se le aplica al paciente una vez ingresa al Programa. Entre los objetivos que se quiere lograr están los siguientes:

- \_ " Evaluar psicológicamente, orientar y dar seguimiento al paciente para lograr una recuperación en la conducta emocional."
- \_ " Evaluar Psicológicamente a cada paciente para conocer el grado de deterioro a nivel emocional al iniciar y al finalizar el tratamiento."
- \_ " Motivar al paciente a encarar su enfermedad con honestidad aceptando aquellas cosas que no puede cambiar y valor por las que sí, y tener fé en el ser Superior que le ayude a reconocerlas."

En esta parte del tratamiento la psicóloga aplica una serie de test psicológicos, que incluyen pruebas de inteligencia a

nivel mínimo, medio y superior, según sea el caso. Además se aplican pruebas para detectar el grado de deterioro orgánico, pruebas de personalidad y pruebas especiales de dependencia química. (Programa de Dependencia Química, HPN, 1990).

### 1.2 Justificativa

Hasta la fecha no se ha realizado una evaluación del Programa de Dependencia Química que permita obtener información sobre su eficacia, así como el alcance de los objetivos propuestos.

Considerando lo anterior, creemos necesario evaluar el Programa de Dependencia Química. Ello será de gran utilidad para el equipo que lo dirige, y los resultados obtenidos podrán ser utilizados por las autoridades responsables de la atención Psiquiátrica para así poder brindar una mejor atención en todos los aspectos a los enfermos de la dependencia química.

Por otro lado, nuestro estudio sirve de estímulo para que se continúen realizando investigaciones de esta naturaleza en el Hospital Psiquiátrico Nacional. Igualmente este trabajo es de gran interés para todos los profesionales de la salud y para los que no lo son, ya que cualquiera de nosotros puede caer en el problema en algún momento o puede ser un adicto sin saberlo.

Creemos que es una novedad la evaluación del programa ya que

hasta la fecha no se ha realizado ninguna, lo cual puede deberse al poco tiempo que tiene de haberse implementado y a la falta de recursos.

Por último, sabemos que los problemas de la dependencia a las drogas, sigue aumentando en Panamá; creemos necesario realizar una evaluación al Programa de Dependencia Química, con el objeto de que la misma sirva para medir la eficacia del programa, en relación con las metas y objetivos que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes y para mejorar la programación futura.

En el presente trabajo nos proponemos realizar un diagnóstico evaluativo del Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, para determinar su eficacia en el campo de la Salud Mental en la República de Panamá.

### 1.3 Objetivo General.

-Conocer la eficacia del Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, en el período 1987 a 1990.

### 1.4 Objetivos Específicos:

- Determinar la cantidad de pacientes que han sido atendido con el Programa de Dependencia Química, por edad, en el

Hospital Psiquiátrico Nacional durante el período de 1987 a 1990.

- Determinar la cantidad de pacientes que han sido atendidos con el Programa de Dependencia Química, por sexo, en el Hospital Psiquiátrico Nacional durante el período de 1987 a 1990.
- Cuantificar las diversas terapias, realizadas en el Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional durante el período de 1987 a 1990.
- Cuantificar las recaídas de los pacientes egresados del Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, durante el período de 1987 a 1990.
- Sugerir medidas tendientes a mejorar la programación futura y calidad de la atención.

## 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

En Panamá, en el proceso de cambio del perfil Epidemiológico, la Dependencia Química, (alcoholismo y farmacodependencia), junto con los accidentes y la violencia han emergido como un problema de Salud Pública. Este cambio ha traído dificultades a las diferentes instituciones que deben afrontarlo, por la tanto se hace necesaria la actividad investigativa, como un importante aporte al conocimiento del problema.

### 2.1 Tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

La organización de estas actividades está a cargo de los sistemas de salud gubernamentales. En casi todas las regiones existen equipos de salud especializados en salud Mental que atienden los problemas de drogas en la población.

La mayor concentración de casos y medios para tratamiento se encuentra en la Ciudad de Panamá. En el resto del país la cobertura es baja.

Las instituciones gubernamentales que están a cargo de la respuesta al problema de las drogas en el país son el Ministerio

de Salud y la Caja de Seguro Social. El tratamiento es financiado por el Gobierno Central, aunque no se cuenta con una asignación particular para tal fin, ya que se realiza en los hospitales psiquiátricos y generales del país. (OPS, 1989).

En el sector privado también existen organizaciones como son la Cruz Blanca Panameña, Hogares CREA, Teen Challenge y Tratamientos en algunas Clínicas privadas que dan tratamiento ambulatorio. Estas organizaciones generalmente dan tratamiento específicamente a jóvenes.

En el país el equipo de Salud Mental es el principal responsable de llevar a cabo la atención, y el tratamiento es eminentemente médico. En el sector comunitario se utiliza más un modelo psicológico. No existe una evaluación disponible de los resultados. (OPS, 1989).

#### 2.1.1 Tratamiento en Hogares CREA (Centro de Rehabilitación para enfermos adictos.)

Hogares CREA, llegó a Panamá en 1986 y se instaló oficialmente en 1987. Su centro está ubicado en Chilibre, donde congrega a los pacientes mayores de 18 años que luchan por librarse del flagelo de la droga. (PANORAMA CATOLICO, 1990).

Para este centro es importante el apoyo que la familia brinda al paciente, sin esto no hay reeducación, o sea que así se

le enseña a recuperar todos los valores morales y éticos que de una u otra forma perdió por su adicción.

El tratamiento en Hogares CREA, tiene una duración de dos años y medio como mínimo; si el paciente necesita más tiempo por las condiciones que éste presente y pide más tiempo, se le puede ofrecer hasta cuatro años.(ARANGO, 1991)

El tratamiento consta de cuatro fases:

- Inducción, que dura dos meses,
- Introspección, identificación y crecimiento, que dura un año,
- Crecimiento intensivo, que dura 16 meses,
- Crecimiento externo o fase de Seguimiento que dura cuatro años.

La Terapia que se le proporciona a los pacientes en Hogares CREA consta de catorce modalidades terapéuticas que incluyen entre otras, Terapia de Urbanidad, de Deportes, de Educación que está relacionada con la filosofía de la adicción; de Capacitación en donde se forman exadictos en terapeutas; de Movilización o de pase que consiste en exponer al paciente en su comunidad por un tiempo determinado; Terapia de Confrontación donde se le dá al paciente normas para que cumpla con su compromiso; también tienen terapias de Meditación y de Espiritualidad donde se celebran misas, reuniones con seminaristas, lecturas de la biblia etc.(ARANGO,1991).

El equipo que participa en el tratamiento está formado por

un psiquiatra, un psicólogo y 26 terapeutas formados durante la tercera fase que es la de Crecimiento intensivo, donde se va capacitando a los pacientes que van terminando con el tratamiento. (ARANGO, 1991)

## 2.2 Investigación

Hasta la fecha no se ha realizado en el país ninguna investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito nacional. Solo se han hecho algunos estudios sobre actitudes y formas de consumo especialmente en la población juvenil. Uno de los problemas más importantes ha sido el escaso financiamiento disponible. (OPS, 1989).

## 2.3 Educación y Capacitación

Las principales instituciones encargadas de la educación en este campo son las universidades. Los profesionales de la salud son quienes reciben esta preparación, que es insuficiente en pregrado. La mayor parte del personal que trabaja en el tema recibe la capacitación adecuada en postgrado.

El médico psiquiatra es el principal encargado de responder a los problemas de dependencia en el país. No existen cursos especiales de internado y solo en la especialidad de psiquiatría

se incluyen los cursos relacionados con drogas. (OPS,1989)

#### 2.4 Marco sociocultural y respuesta al uso indebido de drogas.

En el país la actitud general hacia el comercio de drogas ilegales es de rechazo. El consumo de alcohol cuenta con una gran aceptación, lo mismo que el tabaco. No hay investigaciones al respecto.

Existen organizaciones comunitarias que se preocupan del problema, como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. Un elevado porcentaje de la población, con problemas de dependencia acude a la medicina tradicional (curanderos). Los estratos socioeconómicos altos y medios se dirigen más frecuentemente a los servicios especializados.

En general, el conocimiento de los médicos sin especialidad en Psiquiatría y otros profesionales de la salud, acerca del problema es escaso. El enfoque que se tiene del alcoholismo y de la farmacodependencia es con frecuencia moralista y de rechazo. No se ven como enfermedades, los alcohólicos son atendidos con desaire en las salas de urgencia.

Existe una legislación tanto para las bebidas alcohólicas como para el tabaco, aunque menos estricta y más limitada con respecto al alcohol. Para esta última sustancia, la legislación

se dá sobre la producción, graduación permitida, control de calidad, expendio al por mayor y publicidad. También hay normas que controlan los establecimientos de venta, su localización y la edad permitida para el consumo (18 años). Sin embargo las bebidas se venden en los supermercados y bodegas y son adquiridas por los menores, ya sea para los adultos o para su propio consumo. (OPS, 1989)

Existen controles de la propaganda de las bebidas alcohólicas y el tabaco, pero estas se refieren solo a aspectos muy limitados, como no presentar publicidad con personas tomando licor o fumando. (OPS, 1989; CODIGO SANITARIO, 1949)

## 2.5 Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional.

En agosto de 1987 el Hospital Psiquiátrico Nacional, institución oficial responsable de los problemas relativos a la Salud Mental, inició el Programa de Dependencia Química con el propósito de Rehabilitar al enfermo dependiente de sustancias químicas, de tal manera que se logre reintegrar a la sociedad al 70% de los pacientes con este diagnóstico. (Programa de Dependencia Química, 1990)

El Programa ha sido ofrecido a una gran cantidad de

pacientes con Alcoholismo y Farmacodependencia, pero hasta la fecha no se ha realizado una evaluación del mismo, por lo que se ha considerado la necesidad de llevar a cabo una evaluación de este programa.

La evaluación de este tipo de programa valora el grado de éxito que se ha alcanzado en un momento determinado, por lo que en este estudio se ha determinado el período que va de 1987 a 1990, para llegar a los objetivos planeados. La evaluación requiere que los objetivos estén bien definidos y que se establezcan criterios para determinar si se han logrado los objetivos y en qué momento y en qué grado. La evaluación de las actividades es una tarea continua y permanente; igualmente la evaluación del logro de las metas es periódica y se basa en un calendario establecido que abarca por lo general un año. Todo programa requiere evaluación, porque representa un esfuerzo planificado y sistemático que puede conservarse y hacerse funcionar con eficiencia si se cuenta con los medios para verificar lo que se está logrando. (OPS, 1987).

Todo programa tiene un propósito a largo plazo, en este caso debe ser la eliminación de la Dependencia Química como problema de Salud Pública, tiene objetivos epidemiológicos que permitan la reducción de los riesgos de adicción, morbilidad y mortalidad por dependencia química; y objetivos a corto plazo de naturaleza operativa, técnica y sociológica. (OPS, 1987).

La evaluación es un proceso complejo que debe realizarse a todo programa que esté desarrollando una institución y que tenga que ver con la Salud Pública de un país. Los programas que tienen que ver con el Tratamiento y Rehabilitación de los enfermos con problemas adictivos, no escapan del proceso evaluativo.

Los Organismos Mundiales que velan por la salud de todos los países contemplan en sus programas los problemas del alcoholismo y la farmacodependencia. Desde este punto de vista, el Programa de la Organización Mundial de la Salud tiene como objetivo general reducir los problemas relacionados con los trastornos mentales y neurológicos y el uso indebido del alcohol y las drogas y facilitar la incorporación de los conocimientos y enfoques de la salud mental en la atención general de salud y el desarrollo social.

Para el cumplimiento del objetivo antes señalado, se han propuesto algunas actividades dentro de las cuales se contempla lo siguiente:

- La Prevención y control del alcoholismo, y la farmacodependencia, a objeto de prevenir y controlar los problemas relacionados con el uso indebido del alcohol y las drogas, así como desarrollar tecnologías apropiadas para el tratamiento y manejo de los problemas que se presentan. (OMS, 1984 - 1989).

## 2.6 Objetivo de la evaluación

Las evaluaciones se llevan a cabo por diversas razones:

- para juzgar el valor de los programas en marcha y determinar la utilidad de los esfuerzos por mejorarlos;
- para apreciar la utilidad de programas innovadores o de iniciativas concretas;
- para incrementar la eficacia de la administración o de la gestión de programas. De este modo, las evaluaciones pueden aportar conocimientos substanciales y metodológicos sobre las ciencias sociales. (Módulo sobre la evaluación de los Programas de salud, 1985).

Para Weiss, C. (1978), el objeto de la investigación evaluativa es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para mejorar la programación futura.

Para la OMS (1981), el objeto de la evaluación es mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria para su ejecución y orientar la distribución de los recursos entre las diversas actividades ya emprendidas o que puedan emprenderse en el futuro.

La evaluación es un medio sistemático de aprender y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las

actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Debe ser pues, un proceso permanente encaminado a aumentar la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. (Normas fundamentales,OMS,1981).

Por otro lado, en el campo de la Salud Pública, el término "evaluación" incluye distintos procedimientos de medición y comparación que son indispensables tanto para la planificación como para la ejecución y reajustes en los programas. Podemos señalar entonces que el objetivo primordial de la evaluación es probar en términos positivos y cuantitativos el progreso en salud conseguido por la acción. (Pastor, V. y San Martín, H. ,1988).

Los autores antes citados, consideran igualmente que la evaluación de los programas de salud, consiste en confrontar lo realizado después de cierto período, o al final del programa con los objetivos trazados para ese período o para la totalidad. Por consiguiente es fundamental describir en forma precisa los objetivos y de manera cuantitativa para poder medir hasta donde se está logrando. Sin embargo la evaluación puede hacerse de forma cualitativa, es decir, se utiliza para reconocer la eficiencia con que se está ejecutando el programa, y hasta donde éste, está justificado. (Pastor y San Martín,1988).

La Organización Panamericana de la Salud (1982), señala que la evaluación busca determinar el valor o utilidad social del

cambio conseguido en relación al cambio programado. El acto de evaluar consiste en la emisión de un juicio de valor que resulta de la comparación de las características observadas en un sujeto con un patrón de referencia y del análisis explicativo de las coincidencias y diferencias detectadas en dicha comparación.

Moreno de Rivera (1989), establece que el objetivo de la evaluación en el proceso de desarrollo de la Salud es, mejorar los programas de salud y los servicios que han de ejecutarlos, y orientar la distribución de los recursos humanos y financieros. Un sistema de monitoría y evaluación proporciona, por un proceso continuo de retroalimentación, la información que permita adoptar las medidas pertinentes para la reorientación y perfeccionamiento del proceso de salud.

Según la FAO, (1984), la evaluación se usa con distintos fines:

1. para fines operacionales (corrección a mitad del camino y acción consecutiva),

- comprobando el grado en que el programa está logrando o ha logrado el producto y los efectos previstos, y determinando los factores limitantes involucrados;
- proporcionando justificaciones para la continuación, modificación o suspensión del trabajo que se realiza;
- procurando información objetiva y analítica para un informe de balance de la situación.

2. como instrumento analítico para mejorar el diseño del programa:

- para mejorar y precisar los objetivos y el diseño del programa; éste es a menudo un uso importante de la evaluación;
- para comprobar los supuestos del programa y rendirlos más explícitos;
- como marco para examinar todo el proceso de medios y fines, a fin de lograr los objetivos deseados.

### 2.7 Definiciones

**Evaluación** es el conjunto de acciones destinadas a medir el logro de objetivos predeterminados de una actividad o programa. Consiste principalmente en cuestionamiento o análisis de los objetivos y estrategias decididas, y de los valores subyacentes que determinaron la selección de esos objetivos y estrategias. (IMPLAN/8,1982).

Para la FAO, 1982, la evaluación es un análisis crítico de las realizaciones y resultados de un programa en relación con los objetivos previstos, los supuestos y estrategias fundamentales, y la asignación de recursos. La evaluación es un proceso mediante el cual se compara retrospectivamente la pertinencia de lo que se quería hacer, cómo quería hacerse, por qué, y por quién, con

lo que de hecho se ha realizado.

**Programa** es el conjunto organizado de actividades, proyectos, procesos o servicios orientados al logro de objetivos específicos. (FAO,1984).

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo de Estudio.

El tipo de estudio que se realizó fué descriptivo evaluativo donde el sujeto de estudio corresponde al Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional. Este programa tiene como objetivo principal el de brindar Rehabilitación al paciente tomando en cuenta al individuo como un ser biopsicosocial y espiritual, integrando a la familia y a la comunidad. (Programa de Dependencia Química, Hospital Psiquiátrico Nacional, 1990).

En este trabajo se siguió principalmente una evaluación formativa, la cual va dirigida a los programas en marcha o a los que acaban de iniciarse, la cual tiene por objeto ofrecer una retroalimentación a los planificadores de programas, una indicación de la manera como están funcionando. (Pastor, V. y San Martín, H., 1988).

#### 3.2 Población o muestra.

En este estudio se trabajó con todos los pacientes que fueron atendidos en el Programa de Dependencia Química, desde su inicio, en agosto de 1987, hasta diciembre de 1990, en otras

palabras, se utilizó el universo.

### 3.3 Fuentes de Información.

La información se recopiló de los Libros de Registro del paciente que lleva el Departamento de Enfermería, de la Sala de Ingreso, Consulta Externa y Admisión.

De los Libros de Registro y Censo de la Sala A y D, de los pacientes que son atendidos en el Programa de Dependencia Química; y en el Departamento de Estadística, donde se utilizaron las tarjetas con los Datos y Movimientos Generales de los pacientes.

Se efectuaron entrevistas personales al equipo de salud que que tiene bajo su responsabilidad el desarrollo del Programa de Dependencia Química; igualmente fueron entrevistados algunos pacientes egresados del Programa, como también médicos psiquiatras ajenos al Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional.

Por último se llevaron a cabo observaciones directas de algunas de las actividades que se desarrollan en el Programa de Dependencia Química.

Se recopiló la información general de los pacientes, tales como la edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia,

ocupación y diagnóstico.

Se cuantificó las terapias individuales, grupales, familiares y ocupacionales que fueron aplicadas durante el período de nuestro estudio.

#### 3.4 A quiénes va dirigido el Programa.

El Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, va dirigido a todo paciente que sufra la enfermedad de alcoholismo o de farmacodependencia, que quiera o desee rehabilitarse por sí mismo, independientemente del sexo y la edad. El paciente que acude al Programa no debe tener doble diagnóstico o sea, no debe padecer de otro daño mental, ya que, está comprobado que un segundo diagnóstico de este tipo, no permite la recuperación del paciente.

#### 3.5 Definiciones Operacionales.

Se emplearon en este trabajo términos que se definen a continuación:

**Programa Completo:** se define como la asistencia y participación del paciente, en las diversas actividades del Programa de Dependencia Química, durante seis semanas

consecutivas.

**Programa Incompleto:** se define como la interrupción del Programa de Dependencia Química debido a expulsión, por violación de normas, evasión, indolencia y salidas voluntarias.

**Primer Ingreso:** admisión de pacientes por primera vez en la Institución (Hospital Psiquiátrico Nacional).

**Reingreso:** pacientes que han sido admitidos dos o más veces en la Institución (Hospital Psiquiátrico Nacional).

**Sala A y D:** Sala de Tratamiento para pacientes con problemas de Alcohol y Drogas.

#### 4. RESULTADOS

##### 4.1 Descripción del Programa de Dependencia Química.

El Programa de Dependencia Química es esencialmente de tratamiento del enfermo con problemas de adicción. Este tratamiento es principalmente a nivel de prevención secundaria (Diagnóstico y Tratamiento).

La filosofía del programa, se basa entre otras cosas, en que la adicción como tal es una enfermedad, de carácter insidiosa, progresiva, familiar, crónica, incurable y mortal si no se atiende a tiempo. Considera el programa la espiritualidad en la recuperación del paciente, ésta se fundamenta en los doce pasos y doce tradiciones de Alcohólicos Anónimos.

El proceso de tratamiento es más que todo reeducativo, confrontador y respetuoso de la dignidad humana, fomenta la honestidad como recurso de aceptación de la enfermedad y guía para el subsecuente cambio de conducta.

Igualmente el Programa de Dependencia Química considera que la adicción como problema de Salud Mental, tiene componentes biopsicosociales muy concretos, por lo que en el manejo del programa se contempla la combinación de esa tríada.

El Programa maneja la dependencia química como una enfermedad, sin agente etiológico específico, no obstante la

enfermedad se localiza en el cerebro, fundamentalmente en el Hipotálamo, centros del placer en donde estos hacen que el instinto predomine sobre lo cortical, todo mediado por neurotransmisores y síntesis bioquímica de sustancias que marcan la incurabilidad de la enfermedad.

Desde el punto de vista de la conducta, el programa considera que es una enfermedad en donde se observa obsesión, compulsión y consumo, a pesar del daño; el individuo se puede iniciar por un sin número de causas y progresa hasta perder el control, luego aparece la enfermedad con todos sus signos y síntomas.

El programa es sólo una propuesta basada en experiencias que han dado resultados en otras latitudes, por lo que se aplica y es adaptado a la realidad sociocultural de nuestro país.

El Programa de Dependencia Química lleva a cabo una serie de actividades, que se describen a continuación:

- **Atención integral:** atención directa al paciente dependiente químico tomando en cuenta su integridad biológica, psíquica, social y espiritual; coordinación interdisciplinaria con la técnica de diferentes disciplinas del Hospital Psiquiátrico Nacional y grupos de la comunidad que tienen los mismos objetivos, tales como la **CRUZ BLANCA Panameña, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y otros.**
- **Promoción:** se realiza con los grupos de autoayuda.

- **Atención ambulatoria:** se realiza con las visitas a la comunidad de los grupos egresados.
- **Hospitalización:** es la base de este programa, se realiza desde que el paciente entra a la Sala de Ingreso a desintoxicarse, hasta que cumpla sus seis semanas o más en el programa.
- **Rehabilitación:** continúa dentro y fuera del hospital, y va dirigida al paciente y a la familia. Fuera del área hospitalaria deberán asistir a los grupos de Autoayuda.
- **Docencia:** es la educación impartida a los Técnicos del equipo para que estén actualizados, a los pacientes para aumentar sus conocimientos en relación a su enfermedad y poder rehabilitarse por medio de herramientas que se le dará en esta actividad.
- **Administración:** organizar, planear, programar, ejecutar y evaluar las actividades realizadas.
- **Investigación:** serán de acuerdo a las necesidades presentadas.

El Programa de Dependencia Química tiene una Estructura General que implica el ingreso de familiares, el ingreso de pacientes y las modalidades y acciones terapéuticas.

**ESTRUCTURA GENERAL DEL PROGRAMA.-**

El programa consta de las siguientes etapas en la administración del mismo a saber:

INGRESO DE FAMILIARES

- Entrevista preliminar al familiar.
- Orientación y Educación.
- Reuniones en el Hospital.
- Visitas Domiciliarias.
- Reuniones en **ALANON**.
- Reuniones en Familias Anónimas.

INGRESO DE PACIENTES

- Desintoxicación de 2 a 5 días.
- Orientación un día.
- Bienvenida y explicación del Programa.

MODALIDADES Y ACCIONES TERAPEUTICAS

- Evaluación Psicológica.
- Terapia del Abrazo
- Terapia Grupal
- Charlas
- Terapia Ocupacional
- Terapia Individual

- Reflexión
- Meditación
- Video Debate
- Terapia Recreacional
- Terapia de Indiferencia
- Terapia del Silencio
- Reuniones en A.A. y N.A.
- Testimonio del primer paso
- Comunidad Terapéutica
- Encuentros del Retorno
- Centros de Salud \_\_\_ A.A.
- Centros de Salud \_\_\_ N.A.
- Investigación Estadística
- Otros.

Como puede observarse en la Estructura General del Programa de Dependencia Química, la familia juega un papel muy importante en el tratamiento y recuperación del enfermo adicto al alcohol u otras drogas. La familia participa en diversas acciones tanto dentro, como fuera del hospital.

El paciente que participa en el Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, es atendido desde que se interna en la Sala de Ingreso; esta es la primera fase del programa, es el periodo de desintoxicación, el cual puede durar

de 2 a 5 días. Luego que el paciente ha sido desintoxicado, éste es transferido a la Sala A y D, en esta sala se desarrolla el programa de tratamiento, del enfermo adicto.

Una vez el paciente llega a la Sala A y D, debe permanecer por lo menos 6 semanas o más, allí recibe atención individual y diversas terapias como, la Terapia Grupal, Ocupacional, Recreacional y otras modalidades y acciones terapéuticas.

Entre las actividades que se le imparten a los pacientes que participan del tratamiento de recuperación para adictos al alcohol y otras drogas, están:

-La **Evaluación psicológica**, donde se pretende en forma general llevar a cabo un estudio de las condiciones del paciente al ingresar al hospital. Con esta evaluación se conoce el grado de deterioro que tiene el paciente, a nivel emocional, al iniciar y al finalizar el tratamiento.

Al paciente se le aplican pruebas de inteligencia a nivel mínimo, medio y superior, según sea el caso; las pruebas son de personalidad y pruebas especiales de dependencia química.

-**Charlas**; En relación a las charlas, estas consisten en la participación que tienen los miembros de Alcohólicos Anónimos, personal del equipo del Programa de Dependencia Química, el personal administrativo del hospital e

invitados especiales que no pertenecen a la institución.

La charla juega un papel muy importante en el conocimiento que el adicto debe tener, de modo que adquiriera todos los elementos necesarios para defenderse así mismo y tener el valor de cambiar, haciendo de la recuperación un nuevo estilo de vida libre de drogas.

En esta actividad se le recalca al adicto que él no es culpable de ser un enfermo, pero que si es responsable de su recuperación; para esto se le brinda información clara y precisa sobre la naturaleza de su enfermedad o sus implicaciones biológicas, psicológicas y sociales; además una serie de datos sobre desintoxicación, sobre el tratamiento en sí, como mantenerse y vivir con sobriedad, y es este el objetivo principal de esta actividad.

-**La Terapia del Abrazo** es una modalidad que se hace diariamente después de terminar otras acciones terapéuticas como la orientación, la charla etc., se dice la oración de la Serenidad y todos los presentes se dan un abrazo en señal de amistad, con esto se cierra la sesión. (Smith, C., 1991).

-**Reflexión:** en esta acción terapéutica, el paciente reflexiona sobre sus 24 horas antes, lo que hizo, como se sintió, como lo trató el día, esta reflexión se hace diariamente. Luego leen la biblia.

-**Meditación:** en esta modalidad se medita sobre las

experiencias vividas mientras consumían drogas, también sobre qué sentimientos han tenido en sus 24 horas de abstinencia, esto se hace diariamente.

**-Terapia Recreacional:** esta modalidad se realiza dos veces a la semana. Esta terapia le permite al paciente prepararse física y emocionalmente, comprende actividades deportivas como foot-ball, basket-ball, voley-ball y también gimnasia.

**-Terapia de Indiferencia:** Esta terapia se utiliza con aquellos pacientes que tienen el ego muy inflado. En estos casos no le permiten al paciente participar en las sesiones donde el grupo se reúne, el paciente no tiene ni voz ni voto, no puede hablar; esto puede durar de 2 a 3 días generalmente, en algunas ocasiones hasta cinco días hasta que el paciente cambie de actitud. (Marten, M., 1991).

**-Terapia del Silencio:** Esta modalidad se aplica a los pacientes que hablan demasiado durante las sesiones, ellos no esperan que llegue su turno para hablar, interrumpen etc., a estos pacientes se les prohíbe hablar durante la sesión hasta que cambien de actitud. (Marten, M., 1991).

**-Testimonio del primer paso:** en esta modalidad el paciente hace referencia al primer paso de los doce pasos y doce tradiciones de Alcohólicos Anónimos.

El paciente escribe una autobiografía con una guía que se le dá, en donde él expresa el grado de impotencia que él siente para afrontar el problema y como su vida se volvió ingobernable. También en esta modalidad el paciente describe el Dolor que para él representa el consumo de drogas; cuando ésto repercute en sus relaciones familiares, laborales, sociales, económicas etc. (Smith,C.,1991).

-**Encuentros del Retorno:** Consiste en una reunión con los egresados del Programa para que compartan su vida en un estado de sobriedad. Los pacientes comparten sus vivencias diarias y la forma como las herramientas que le suministraron van ayudándoles a vivir sus 24 horas, con alegrías, con tristezas etc. (Smith,C.,1991).

-**Comunidad Terapéutica:** En esta modalidad se realiza una reunión de comunicación, la cual es una terapia grupal de sala en donde la enfermera dirige la dinámica grupal de todos los pacientes.

Esta reunión consta de tres etapas que son:

-La etapa de **apertura de la reunión**, donde se realiza el saludo a los pacientes, la autopresentación del terapeuta y la presentación individual de los pacientes acompañados de los refuerzos positivos que se le ha dado a cada uno.

-La segunda etapa es la **terapia expresiva abierta**, en la cual cada paciente es motivado para que exprese

libremente sus preocupaciones y problemas. Por último, la tercera etapa que es finalmente donde se enfatiza el agradecimiento y la importancia terapéutica de la participación de los pacientes en la reunión. (Bullen,A.,1987).

En esta acción terapéutica se ventilan todos los problemas domésticos de las últimas 24 horas, los pacientes expresan los sentimientos y problemas que han tenido con sus compañeros en relación a los oficios domésticos que deben realizar y a las fricciones que se dan entre ellos en las 24 horas antes de la terapia. (Marten,M.,1991).

-**Video Debate:** esta sesión se le presentan películas al paciente, principalmente relacionadas con la recuperación de enfermos adictos a las drogas. Luego que se termina la cinta, se somete a un debate o discusión de la película por parte de los pacientes y terapeutas. (Smith,C.,1991).

-**Terapia Grupal:** Es una de las actividades más importantes del conjunto que componen el programa de tratamiento, aquí se pretende que el paciente comparta su sentir, su estado de ánimo, aquella cosa íntima con el grupo durante la sesión, el paciente aprende a escuchar, compartir y recibir retroalimentación conforme a pautas precisas establecidas previamente.

La Terapia Grupal además persigue estremecer los cimientos

de la conducta adictiva llevando al paciente por senderos de Honestidad sugiriéndole el trabajar en plazos de abstinencia un día a la vez. En esta terapia el paciente alcanza a comprender mediante el ejemplo de sus compañeros y técnicos la importancia de tener una mente abierta y una buena voluntad para su recuperación.

En esta actividad también se le dá mucha importancia a la espiritualidad, porque confronta al paciente con el concepto de un poder superior como cada paciente lo conciba.

-Terapia Ocupacional: Aquí al paciente se le incentiva para que tenga buena comunicación con los demás pacientes y el personal del programa, estimula al dependiente químico para que mejore su aseo y arreglo personal, como también reforzar el sentido de la responsabilidad. En esta terapia igualmente se refuerza la actividad de trabajo de cada paciente para su reincorporación a la sociedad.

Cuando el paciente termina con las seis semanas de tratamiento que establece el programa, se le encamina hacia los grupos de Autoayuda como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, según sea el caso. El paciente egresado también tiene la oportunidad de ir al Centro de Salud más cercano a su comunidad cuando lo necesite, igualmente puede regresar al hospital y se le dá atención periódicamente para ayudarle a mantenerse en recuperación.

El Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional atiende al paciente integralmente, para saber si padece alguna otra enfermedad además de la enfermedad adicta, de esta manera si el paciente tiene otro padecimiento es tratado antes de comenzar el tratamiento de la adicción con el propósito de que no lo abandone por este motivo.

El Hospital Psiquiátrico Nacional le brinda atención al paciente enfermo adicto a las drogas y al alcohol, y a la vez le sirve de Puente para encaminarlos hacia los grupos de AutoAyuda, como también a los familiares.

**-Terapia Familiar:** El Programa de Dependencia Química a través de la Trabajadora Social, realiza reuniones con los familiares de los pacientes que van al programa como también a aquellas personas que desean hospitalizar algún pariente que está abusando de las drogas.

Con la ayuda terapéutica, los familiares pueden enfrentar y aprender a manejar su situación, aceptar que están afectados, enfermos por la adicción del paciente y deben hacer un alto para dedicarse a su recuperación.

Estas Terapias Familiares, tienen como meta fundamental lograr que el familiar se integre a algún grupo de autoayuda para la familia en la comunidad, donde continuará su tratamiento de recuperación para poder entender y ayudar al paciente, una vez egrese del hospital al terminar su tratamiento.

#### **4.2 Información General de la población por Dependencia Química. ( 1987- 1990).**

La población que se atendió en el Hospital Psiquiátrico Nacional por problemas relacionados con las drogas, en el período que va de enero de 1987 a diciembre de 1990, fué de 1433 pacientes, de este total 386 (26.9%), fueron atendidos más de una vez en ese periodo. De los 1,047 pacientes que se atendieron solo una vez durante esos años; el 60% (627) de los pacientes fueron de primer ingreso y el 40% (420) de los pacientes fueron de reingreso.

##### **4.2.1 Clasificación según Sexo.**

En relación al sexo, encontramos que en nuestro período de estudio, el 84% (881) de los pacientes pertenecían al sexo masculino, y el 16% (166) de los pacientes pertenecían al sexo femenino. (ver cuadro N01, Fig.N01).

##### **4.2.2 Procedencia según provincia.**

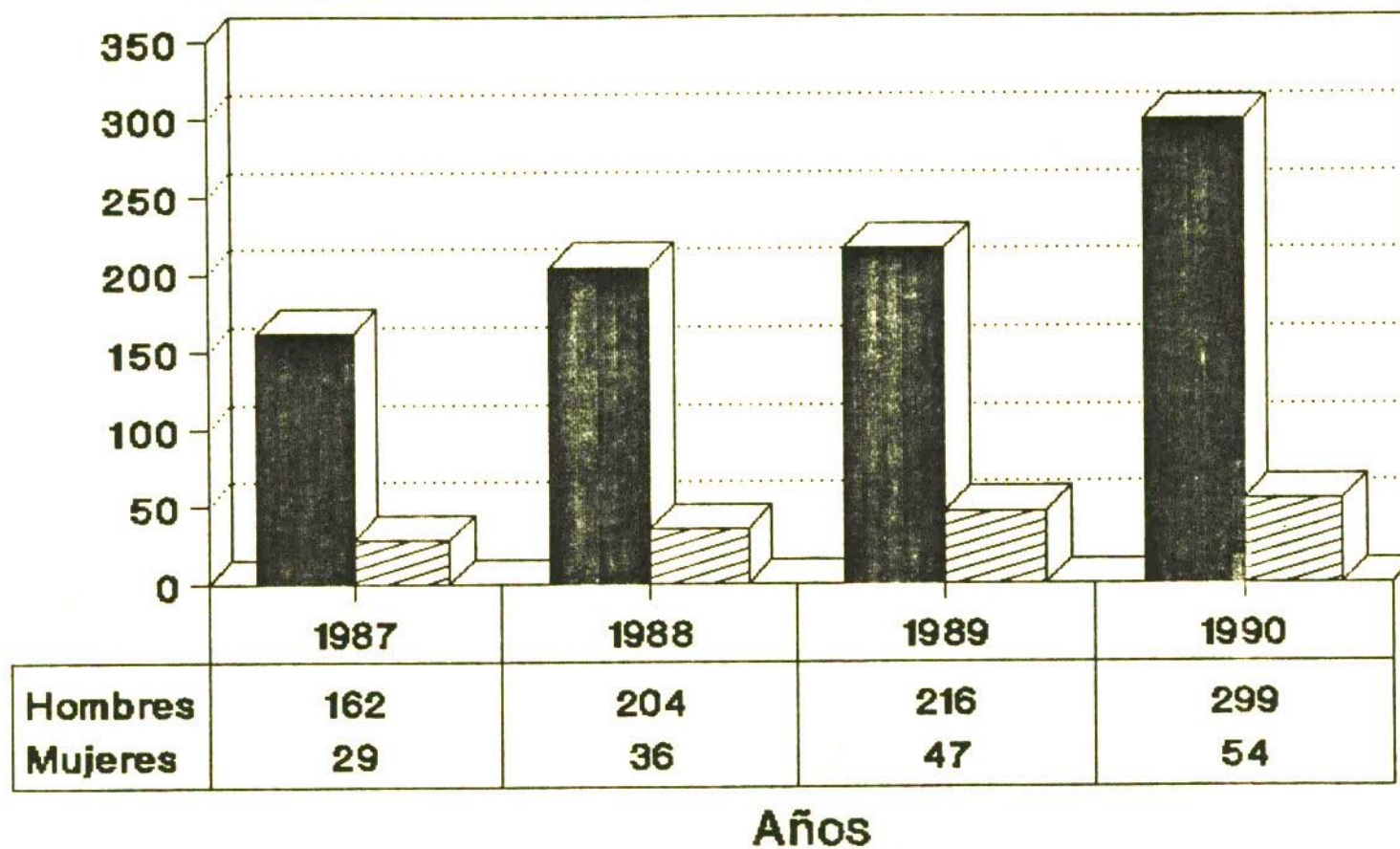
De acuerdo a la provincia de donde provenían los pacientes encontramos que el 83.8% (878) de los pacientes eran de la provincia de Panamá; el 10% (105) eran de la provincia de Colón;

Cuadro N°1. POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN RELACION A PROBLEMAS DE DEPENDENCIA QUIMICA, POR SEXO: AÑOS 1987-1990

| AÑO   | HOMBRES | MUJERES |
|-------|---------|---------|
| TOTAL | 881     | 166     |
| 1987  | 162     | 29      |
| 1988  | 204     | 36      |
| 1989  | 216     | 47      |
| 1990  | 299     | 54      |

Fuente: Sala de ingreso, departamento de enfermería, Hospital Psiquiátrico Nacional.

**Gráfica N°1**  
**Población atendida en el H. Psiquiátrico Nacional, en relación a problemas de Dep. Química, por sexo: Años 1987-90**



**Hombres**
 **Mujeres**

**Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Nacional**

el 1.2% (13) procedían de la provincia de Chiriquí; el 0.6% (6) eran de la provincia de Veraguas; el 0.5% (5) procedían de la provincia de Coclé; el 0.4% (4) eran de la provincia de Bocas del Toro; un 0.1% (1) procedían de la provincia de Los Santos; un 0.1% (1) procedían de la provincia de Herrera; un 0.1% (1) eran de la provincia de Darién y el 0.1% (1) procedían de la Comarca de San Blas. (ver cuadro NQ2, Fig.NQ2).

#### 4.2.3 Procedencia Distrital para la provincia de Panamá.

En relación a la procedencia por distritos de la provincia de Panamá, la población estaba distribuida de la siguiente manera:

- 65% (540) de los pacientes procedían del distrito de Panamá; 24% (209) procedían del distrito de San Miguelito; 3.8% (33) venían del distrito de La Chorrera; 3.1% (27) procedían del distrito de Arraiján; 2.3% (20) venían del distrito de Chepo; 0.6% (6) provenían de Capira; 0.2% (2) procedían del distrito de Balboa; 0.1% (1) venían del distrito de Chimán; 0.1% (1) procedían del distrito de Chame y 0.1% (1) provenían de San Carlos. (ver cuadro NQ3, Fig.NQ3).

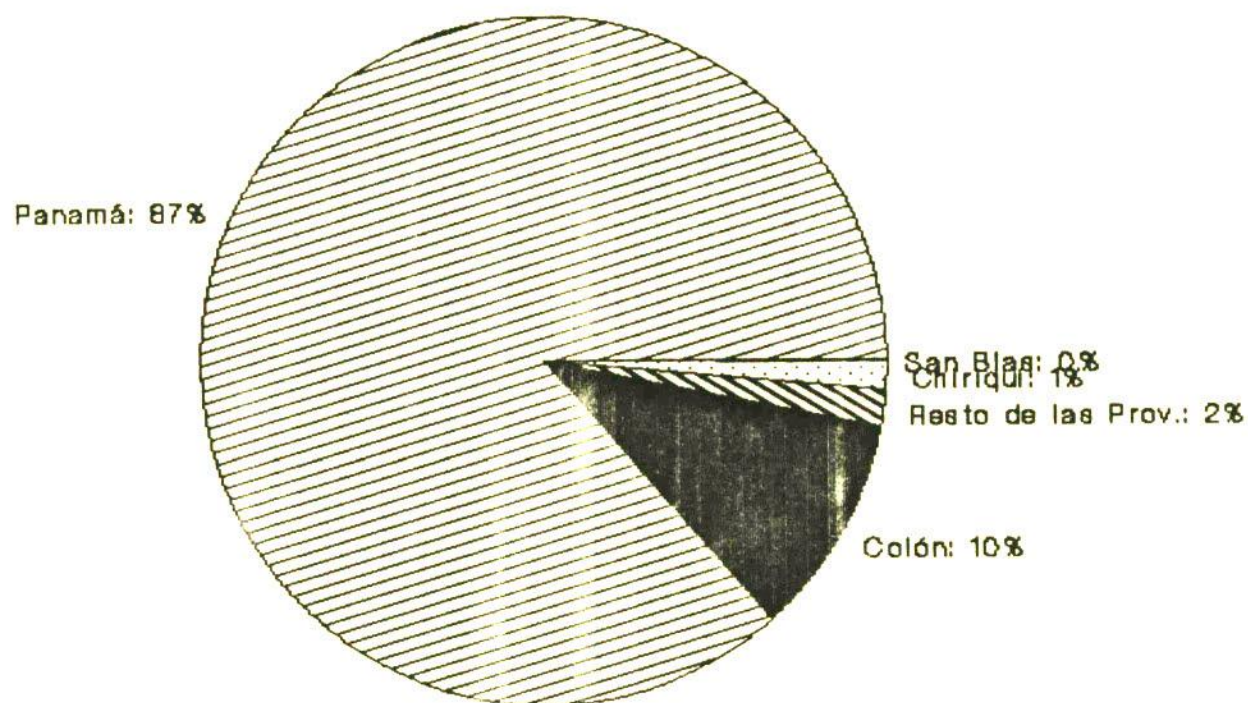
Cuadro Nº2. POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN RELACION A PROBLEMAS DE DEPENDENCIA QUIMICA, SEGUN PROVINCIAS: ANOS 1987-1990

| PROVINCIA      | Nº    | %      |
|----------------|-------|--------|
| TOTAL          | 1,015 | 100.00 |
| Panamá         | 878   | 86.5   |
| Colón          | 105   | 10.3   |
| Chiriquí       | 13    | 1.3    |
| Veraguas       | 6     | 0.6    |
| Coclé          | 5     | 0.5    |
| Bocas del Toro | 4     | 0.4    |
| Los Santos     | 1     | 0.1    |
| Herrera        | 1     | 0.1    |
| Darién         | 1     | 0.1    |
| San Blas       | 1     | 0.1    |

NOTA : En 32 de los registros no se especificó la provincia  
Fuente: Sala de ingreso, departamento de enfermería, Hospital Psiquiátrico Nacional.

## Gráfica N°2

**Población atendida en el H. Psiquiátrico Nacional, en relación a problemas de Dep. Química, según provincias:  
Años 1987-90**



**Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería del  
Hospital Psiquiátrico Nacional**

Cuadro Nº3. POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN RELACION A PROBLEMAS DE DEPENDENCIA QUIMICA, SEGUN DISTRITO PROVINCIA DE PANAMA: AÑOS 1987-1990

| PROVINCIA     | Nº  | %      |
|---------------|-----|--------|
| TOTAL         | 840 | 100.00 |
| Panamá        | 540 | 64.3   |
| San Miguelito | 209 | 24.9   |
| Chorrera      | 33  | 3.9    |
| Arraijan      | 27  | 3.2    |
| Chepo         | 20  | 2.4    |
| Capira        | 6   | 0.7    |
| Balboa        | 2   | 0.2    |
| Chimán        | 1   | 0.1    |
| Chame         | 1   | 0.1    |
| San Carlos    | 1   | 0.1    |

NOTA : En 38 de los archivos no se especificó el distrito.  
Fuente: Sala de ingreso, departamento de enfermería, Hospital Psiquiátrico Nacional.

### Gráfica N°3

Población atendida en el H. Psiquiátrico Nacional, en relación a problemas de Dep. Química, según distrito:  
Años: 1987-90



Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Nacional.

#### 4.3 Datos Especificos del Programa de Dependencia Química (PDQ).

El Programa De Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, se inició con quince pacientes en agosto de 1987, el número de pacientes se fué incrementando en los siguientes años, que ya para 1990 , las listas de espera eran largas, debido a que en la Sala donde se desarrolla este Programa sólo cuentan con 15 camas para varones y en la Sala F sólo tienen 5 camas para mujeres.

La cantidad de pacientes que recibieron tratamiento en el Programa de Dependencia Química corresponde a un 48% del total de pacientes atendidos en ese período por problemas relacionados con drogas, o sea, se atendieron un total de 458 pacientes. De esta población el 73.2% (334), eran pacientes de primer ingreso y el 26.8% (122) eran pacientes de reingreso.

A continuación presentaremos los resultados de los datos personales de los pacientes que participaron en el PDQ:

##### 4.3.1 EDAD

En relación a la edad de los pacientes se encontró que 5% estaban entre los 13 - 17 años, 75% entre los 18 - 37 años, mientras que el 19.8% entre los 38 - 72 años y

el 0.2% no tenía registro de edad.

Encontramos que dentro del 75% de los pacientes en edades de 18 - 37 años, 41.7% correspondían a edades de 18 - 27 años. La edad promedio de estos pacientes era de 30.06, con una desviación estandar de 10.55. (ver cuadro N04, Fig.N04a y 4b).

#### 4.3.2 Sexo

Del total de pacientes tratados en el Programa 85.8% (393) correspondían al sexo masculino y 14.% (65) correspondían al sexo femenino. (ver cuadro N05, Fig.N05).

#### 4.3.3 Estado Civil

En relación al estado civil de los pacientes, el 63.5% eran solteros; 19.5% eran casados; 14.1% eran unidos; 1.4% eran divorciados; 0.85% eran separados; y 0.56% eran viudos. En los libros de registros de los pacientes se encontró que 22.7% (104) no tenían la información sobre su estado civil. (ver cuadro N0.6, Fig.N06).

#### 4.3.4 Lugar de Procedencia

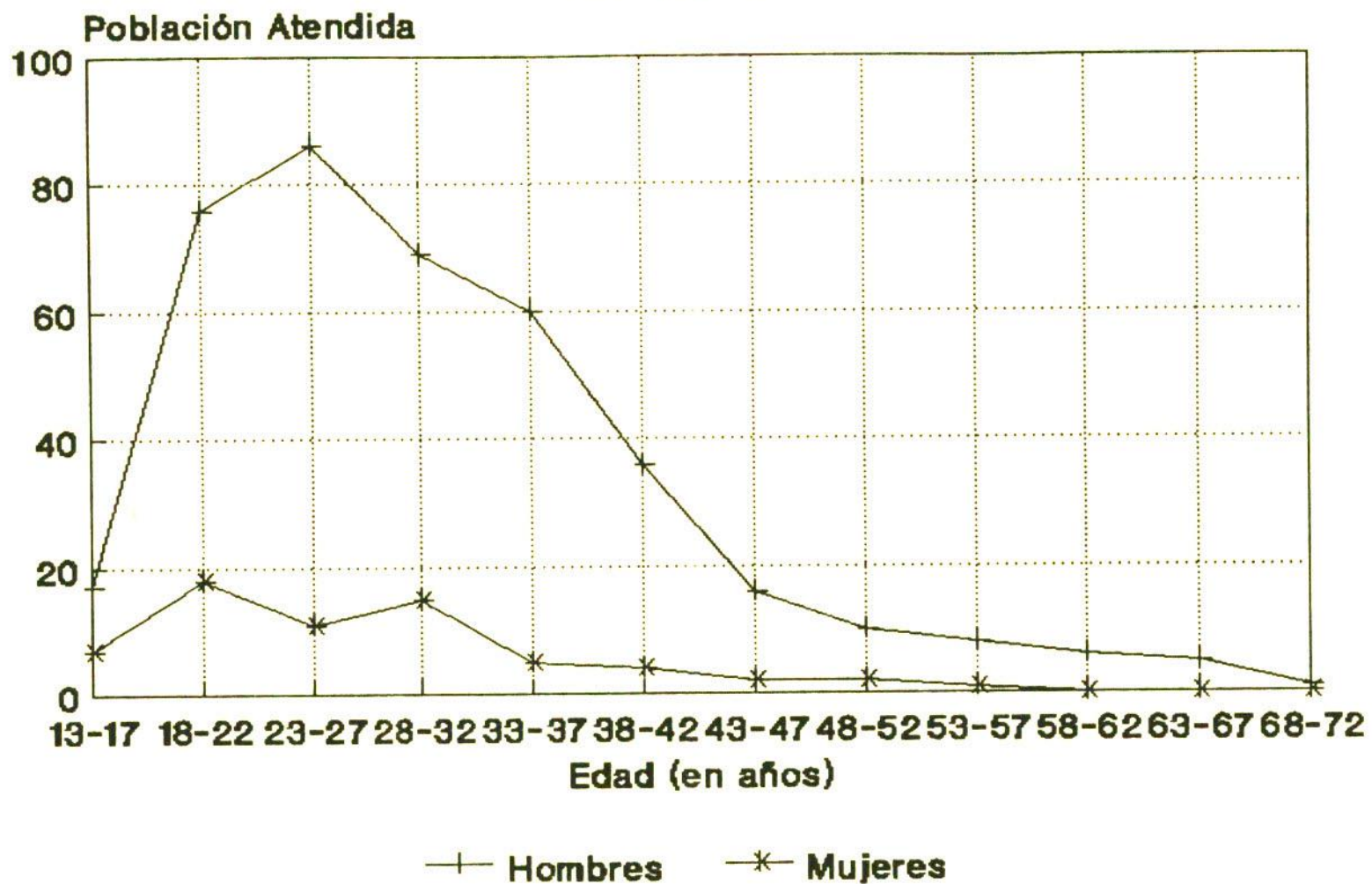
Los pacientes que han participado en el Programa de

Cuadro Nº4. POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN EL PROGRAMA DE DEPENDENCIA QUIMICA, POR SEXO, SEGUN EDAD: AÑOS 1987-1990

| EDAD  | TOTAL |       | HOMBRES | MUJERES |
|-------|-------|-------|---------|---------|
|       | Nº    | %     | Nº      | Nº      |
| TOTAL | 455   | 100.0 | 390     | 65      |
| 13-17 | 24    | 5.3   | 17      | 7       |
| 18-22 | 94    | 20.7  | 76      | 18      |
| 23-27 | 97    | 21.3  | 86      | 11      |
| 28-32 | 84    | 18.5  | 69      | 15      |
| 33-37 | 65    | 14.3  | 60      | 5       |
| 38-42 | 40    | 8.8   | 36      | 4       |
| 43-47 | 18    | 4.0   | 16      | 2       |
| 48-52 | 12    | 2.6   | 10      | 2       |
| 53-57 | 9     | 2.0   | 8       | 1       |
| 58-62 | 6     | 1.3   | 6       | 0       |
| 63-67 | 5     | 1.2   | 5       | 0       |
| 68-72 | 1     | 0.2   | 1       | 0       |

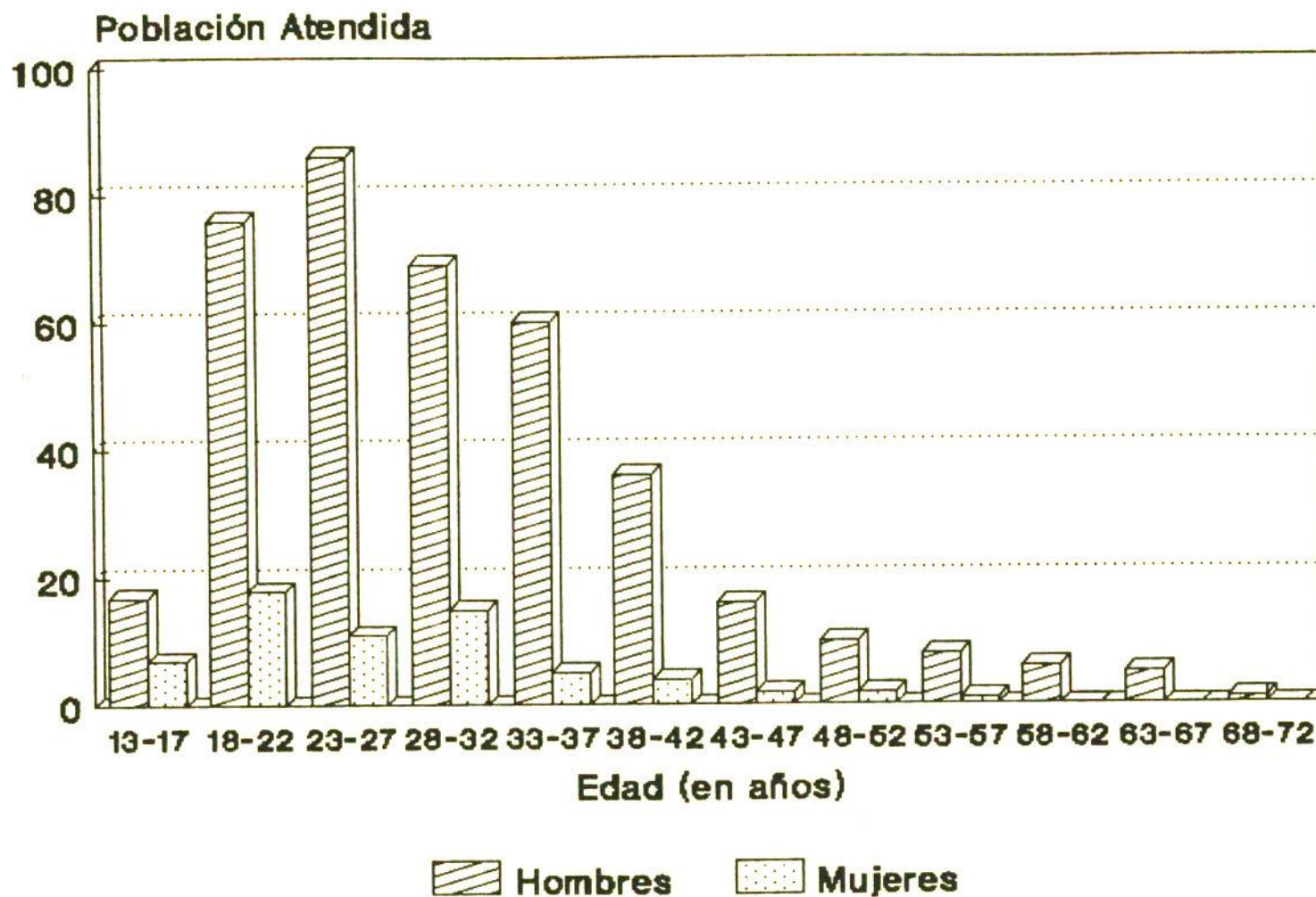
NOTA: En tres de los registros no se especificó el sexo.  
Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería, Hospital Psiquiátrico Nacional.

**Gráfica N° 4.a**  
**Población atendida en el H. Psiquiátrico Nacional, en el**  
**Programa de Dependencia Química, por sexo, según edad:**  
**Años 1967-80**



**Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Nacional**

**Gráfico N° 4.b**  
**Población atendida en el H. Psiquiátrico Nacional, en el**  
**Programa de Dependencia Química, por sexo, según edad:**  
**Años 1987-90**



**Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Nacional.**

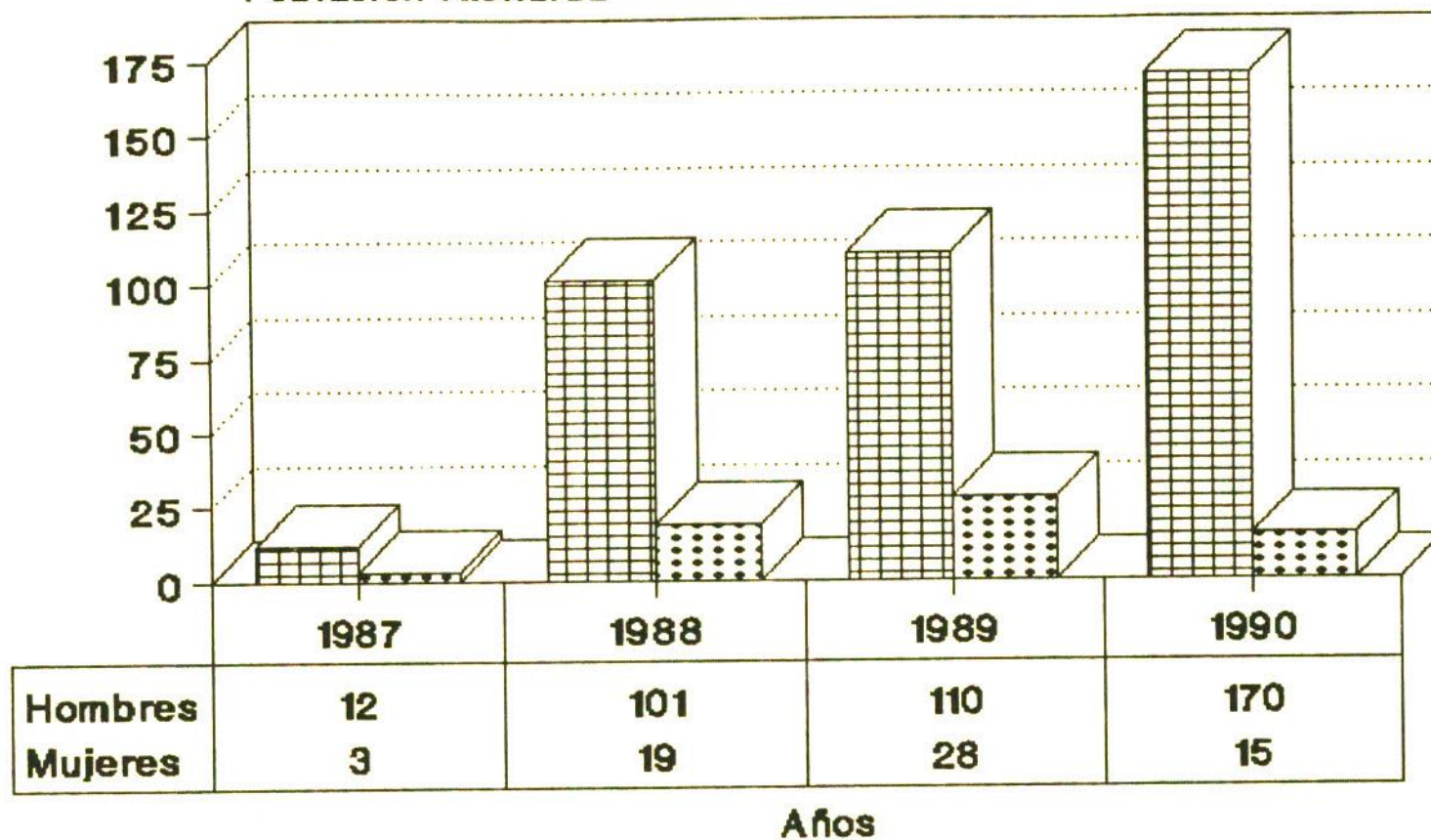
Cuadro N°5. POBLACION ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE DEPENDENCIA QUIMICA, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, POR SEXO: AÑOS 1987-1990

| AÑO   | HOMBRES | MUJERES |
|-------|---------|---------|
| TOTAL | 393     | 65      |
| 1987  | 12      | 3       |
| 1988  | 101     | 19      |
| 1989  | 110     | 28      |
| 1990  | 170     | 15      |

Fuente: Sala de ingreso, Departamento de Enfermería y Departamento de Estadística del Hospital Psiquiátrico Nacional.

**Gráfica N°6**  
**Población atendida en el Programa de Dependencia Química del**  
**Hospital Psiquiátrico Nacional, por sexo: Años 1987-90**

**Población Atendida**



**Hombres**
 **Mujeres**

**Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería y Departamento de Estadística del Hospital Psiquiátrico Nacional.**

Cuadro Nº6. POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN RELACION A PROBLEMAS DE DEPENDENCIA QUIMICA, SEGUN ESTADO CIVIL: AÑOS 1987-1990

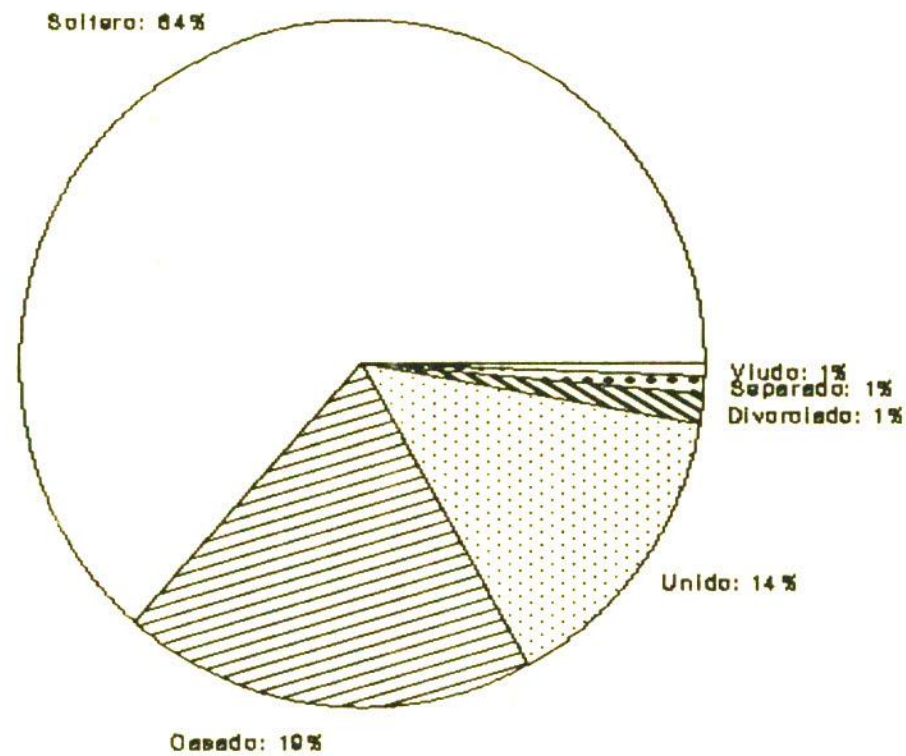
| ESTADO CIVIL | Nº  | %     |
|--------------|-----|-------|
| TOTAL        | 354 | 100.0 |
| Soltero      | 225 | 63.6  |
| Casado       | 69  | 19.5  |
| Unido        | 50  | 14.1  |
| Divorciado   | 5   | 1.4   |
| Separado     | 3   | 0.8   |
| Viudo        | 2   | 0.6   |

NOTA: En 104 de los registros no se especifico el Estado Civil.

Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería; Departamento de Estadística, Hospital Psiquiátrico Nacional.

### Gráfico N°6

**Población atendida en el H. Psiquiátrico Nacional, en relación a problemas de Dep. Química, según Estado Civil:  
Años 1987-90**



**Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería y Departamento de Estadística del Hospital Psiquiátrico Nacional.**

Dependencia Química, básicamente provienen de toda la República, la distribución fué la siguiente:

-De la provincia de Bocas del Toro 0.22% (1); de la Provincia de Colón el 11.14% (51); de la provincia de Chiriquí el 2.2% (10); de la provincia de Herrera el 0.22% (1); de la provincia de Los Santos el 0.44% (2); de la Provincia de Panamá el 80.3% (368) y de la provincia de Veraguas el 1.3% (6); Coclé 0.4% (2); el 3.7% (17) no tenía Registro. (ver cuadro N<sup>o</sup>7, Fig.N<sup>o</sup>7).

Con respecto a la distribución por distritos, correspondiente a la provincia de Panamá, la población estaba distribuida así: del distrito de Arraiján el 2.2% (8); del distrito de Balboa el 0.27% (1); de Chepo el 2.4% (9); del distrito de Chorrera el 4.1% (15); de San Miguelito el 24.46% (90); y el 66.58% (245) del distrito de Panamá. (ver cuadro N<sup>o</sup>8, Fig.N<sup>o</sup>8).

La distribución de los pacientes en relación a los corregimientos del distrito de Panamá, se dió de la siguiente manera:

Corregimiento de Juan Diaz 12.24% (30); corregimiento de Pedregal el 11.02% (27); del Chorrillo 10.20% (25); de Río Abajo 9.39% (23); de Santa Ana 8.98% (22); de Calidonia 8.98% (22); de Parque Lefevre 6.94% (17); de San Felipe 5.71% (14); de Bella Vista 4.89% (12); de San Francisco

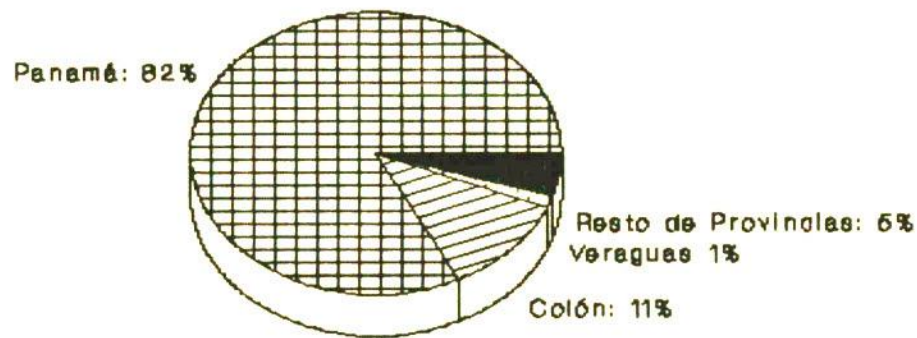
Cuadro N°7. POBLACION ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE DEPENDENCIA  
 QUIMICA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL,  
 SEGUN PROVINCIA :AÑO 1987-1990

| PROVINCIA      | Nº  | %     |
|----------------|-----|-------|
| TOTAL          | 441 | 100.0 |
| Panamá         | 368 | 83.4  |
| Colón          | 51  | 11.6  |
| Chiriquí       | 10  | 2.3   |
| Veraguas       | 6   | 1.4   |
| Coclé          | 2   | 0.4   |
| Los Santos     | 2   | 0.4   |
| Herrera        | 1   | 0.2   |
| Bocas del Toro | 1   | 0.2   |

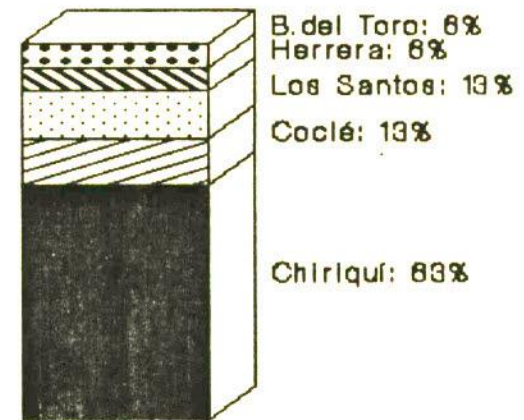
**NOTA:** En 17 pacientes no se registró la procedencia.  
**Fuente:** Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería; Departamento de Estadística, Sala A y D del Hospital Psiquiátrico Nacional.

### Gráfica N°7

**Población atendida en el Programa de Dependencia Química del H. Psiquiátrico Nacional, según provincia: Años 1987-90**



Panamá, Colón y el Resto de las Provincias



Resto de las Provincias

**Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería, Departamento de Estadística, Sala A y D del Hospital Psiquiátrico Nacional.**

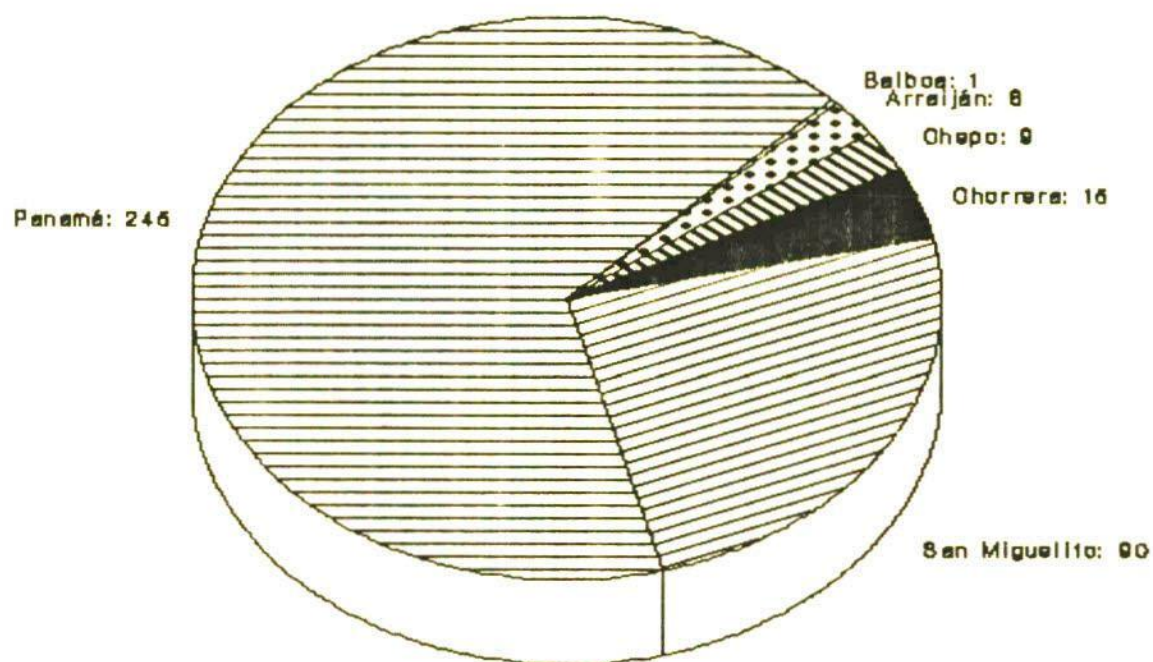
Cuadro Nº8. POBLACION ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE DEPENDENCIA QUIMICA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, SEGUN DISTRITO, PROVINCIA DE PANAMA: AÑOS 1987-1990

| PROVINCIA     | Nº  | %     |
|---------------|-----|-------|
| TOTAL         | 368 | 100.0 |
| Panamá        | 245 | 66.6  |
| San Miguelito | 90  | 24.4  |
| Chorrera      | 15  | 4.1   |
| Chepo         | 9   | 2.4   |
| Arraiján      | 8   | 2.1   |
| Balboa        | 1   | 0.3   |

Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería; Departamento de Estadística; Sala A y D del Hospital Psiquiátrico Nacional.

### Gráfica N°8

**Población atendida en el Programa de Dependencia Química del H. Psiquiátrico Nacional, según distrito: Años 1987-90**



Provincia de Panamá (distritos)

Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería, Departamento de Estadística, Sala A y D del Hospital Psiquiátrico Nacional.

4.49% (11); de Curundú 4.49% (11); de Betania 4.49% (11); de Pueblo Nuevo 3.26% (8); de Chilibre 2.85% (7); y de Ancón 0.82% (2). (ver cuadro N<sup>o</sup>.9, Fig.N<sup>o</sup>9).

#### 4.3.5 Ocupación

Las diversas ocupaciones que tenían los pacientes al participar en el tratamiento de dependencia química eran las siguientes:

Profesionales 4.37% (20); Comerciantes 1.31% (6); Obreros Calificados 7.86 % (36); Obreros Semi Calificados 12.01% (55); Obreros no Calificados 22.05% (101); Estudiantes 4.80% (22); Pensionados 0.87% (4). (ver cuadro N<sup>o</sup>.10, Fig.N<sup>o</sup>.10).

#### 4.3.6.-Diagnóstico de los pacientes del Programa.

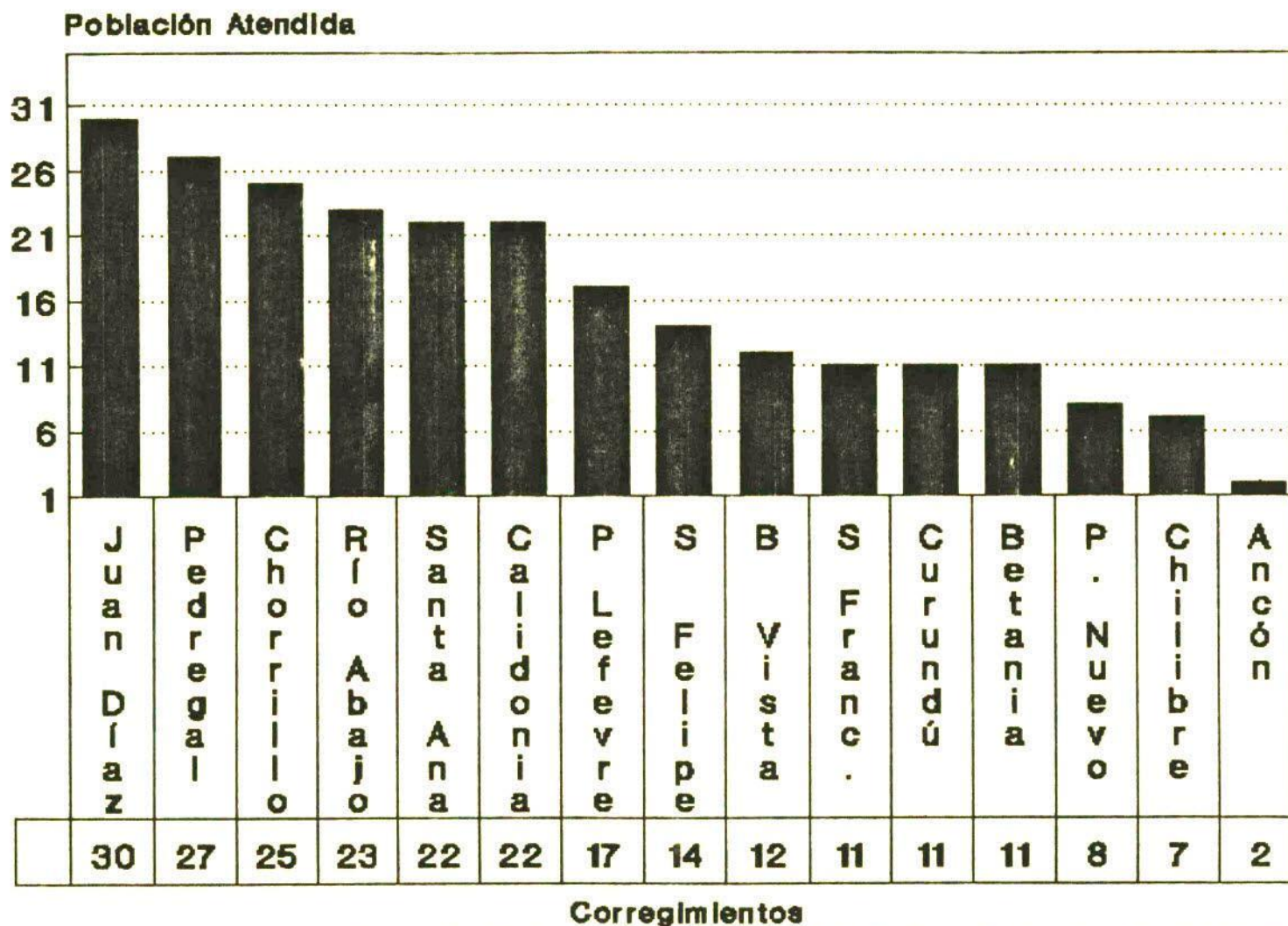
Las drogas o sustancias utilizadas por los pacientes que participan en el Programa de Dependencia Química son diversas, estos pacientes utilizan alcohol, marihuana, cocaína, bazuco, crack, thiner, barbitúricos, anfetaminas, heroína, rohinol, akinetón y cola. Es común que estos pacientes utilicen hasta cinco drogas diferentes, se observa que las combinaciones más frecuentes que ellos hacen son por ejemplo, Marihuana, Cocaína, Alcohol y Bazuco; Alcohol, Cocaína, Bazuco y Anfetamina; Bazuco, Marihuana, Cocaína, Crack y Heroína.

Cuadro Nº9. POBLACION ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE DEPENDENCIA  
 QUIMICA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, SEGUN  
 CORREGIMIENTO, POR DISTRITO DE PANAMA :AÑO 1987-1990

| PROVINCIA      | Nº  | %     |
|----------------|-----|-------|
| TOTAL          | 242 | 100.0 |
| Juan Díaz      | 30  | 12.4  |
| Pedregal       | 27  | 11.2  |
| Chorrillo      | 25  | 10.3  |
| Rio Abajo      | 23  | 9.5   |
| Santa Ana      | 22  | 9.1   |
| Calidonia      | 22  | 9.1   |
| Parque Lefevre | 17  | 7.0   |
| San Felipe     | 14  | 5.8   |
| Bella Vista    | 12  | 5.0   |
| San Francisco  | 11  | 4.5   |
| Curundú        | 11  | 4.5   |
| Betania        | 11  | 4.5   |
| Pueblo Nuevo   | 8   | 3.3   |
| Chilibre       | 7   | 2.9   |
| Ancón          | 2   | 0.8   |

Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería, Departamento de Estadística, Sala A y del Hospital Psiquiátrico Nacional.

**Gráfica N°9**  
**Población atendida en el Programa de Dependencia Química del**  
**H. Psiquiátrico Nal., según Corregimiento: Años 1987-90**



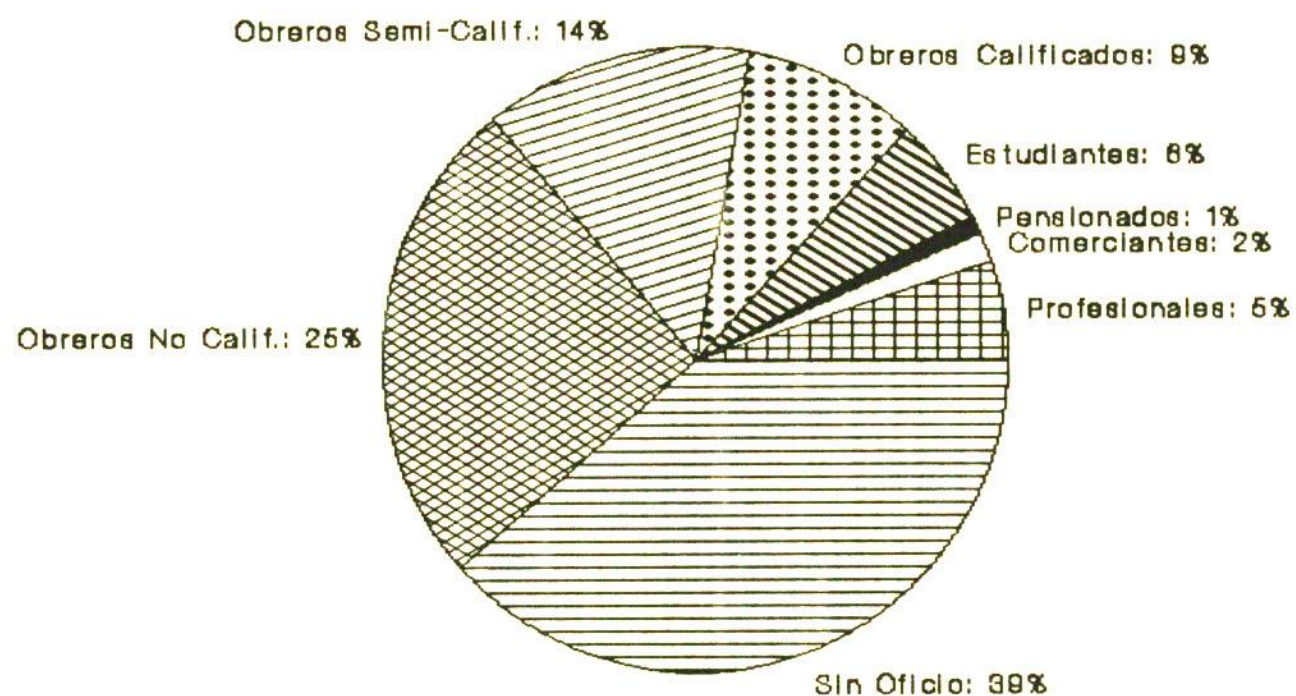
**Fuente: Sala de Ingreso, Dep. de Enfermería, Dep. de Estadística, Sala A y D del H. Psiquiátrico Nacional**

Cuadro Nº10. POBLACION ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE DEPENDENCIA  
 QUIMICA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL,  
 SEGUN OCUPACION :AÑO 1987-1990

| PROVINCIA                  | Nº  | %     |
|----------------------------|-----|-------|
| TOTAL                      | 397 | 100.0 |
| Profesionales              | 20  | 5.0   |
| Comerciantes               | 6   | 1.5   |
| Pensionados                | 4   | 1.0   |
| Estudiantes                | 22  | 5.5   |
| Obreros Calificados        | 36  | 9.1   |
| Obreros<br>Semicalificados | 55  | 13.8  |
| Obreros No<br>Calificados  | 101 | 25.4  |
| Sin Oficio                 | 153 | 38.5  |

NOTA : En 61 registros no se especificó la ocupación.  
 Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería; Departamento de Estadística, Sala A y del Hospital Psiquiátrico Nacional.

**Gráfica N°10**  
**Población atendida en el Programa de Dependencia Química del**  
**Hospital Psiquiátrico Nal., según ocupación: Años 1987-90**



**Fuente: Sala de Ingreso. Departamento de Enfermería, Departamento de Estadística, Sala A y D del Hospital Psiquiátrico Nacional.**

Hay un alto porcentaje de pacientes que padecen de alcoholismo crónico.

#### 4.3.7 Duración del Programa.

Hemos señalado que en nuestro período de estudio se atendieron en el Programa de Dependencia Química 458 pacientes, de esta población el 47.45% (214) permanecieron en el tratamiento las seis semanas reglamentarias, en otras palabras estos pacientes hicieron el programa completo; por otro lado el 52.55% (237) no hicieron el programa completo, en este caso muchos de estos pacientes estuvieron unos pocos días en el programa y algunos permanecieron hasta dos y tres semanas solamente.

#### 4.3.8 Frecuencia de Recaídas

Se registraron un total de 50 recaídas, un 11.09% entre los pacientes egresados, estos pacientes regresaron al hospital a buscar ayuda. De los 50 recaídos el 30% (15) terminaron el tratamiento, estos pacientes hicieron el Programa Completo; el otro 70% (35) no terminaron el tratamiento, por lo que su Programa fué Incompleto.

Se realizó un cruce de variables para ver la relación que

tenía la recaída con el hecho de que los pacientes recaídos, terminaran o no el tratamiento; para un grado de libertad el chi cuadrado tabulado corresponde a 3.84 y nuestro chi cuadrado calculado fue de 6.86, luego de aplicar la corrección de Yates el nuevo chi cuadrado calculado fue de 6.10. (ver cuadro N011, Fig. N011).

#### 4.3.9 Cantidad de terapias aplicadas

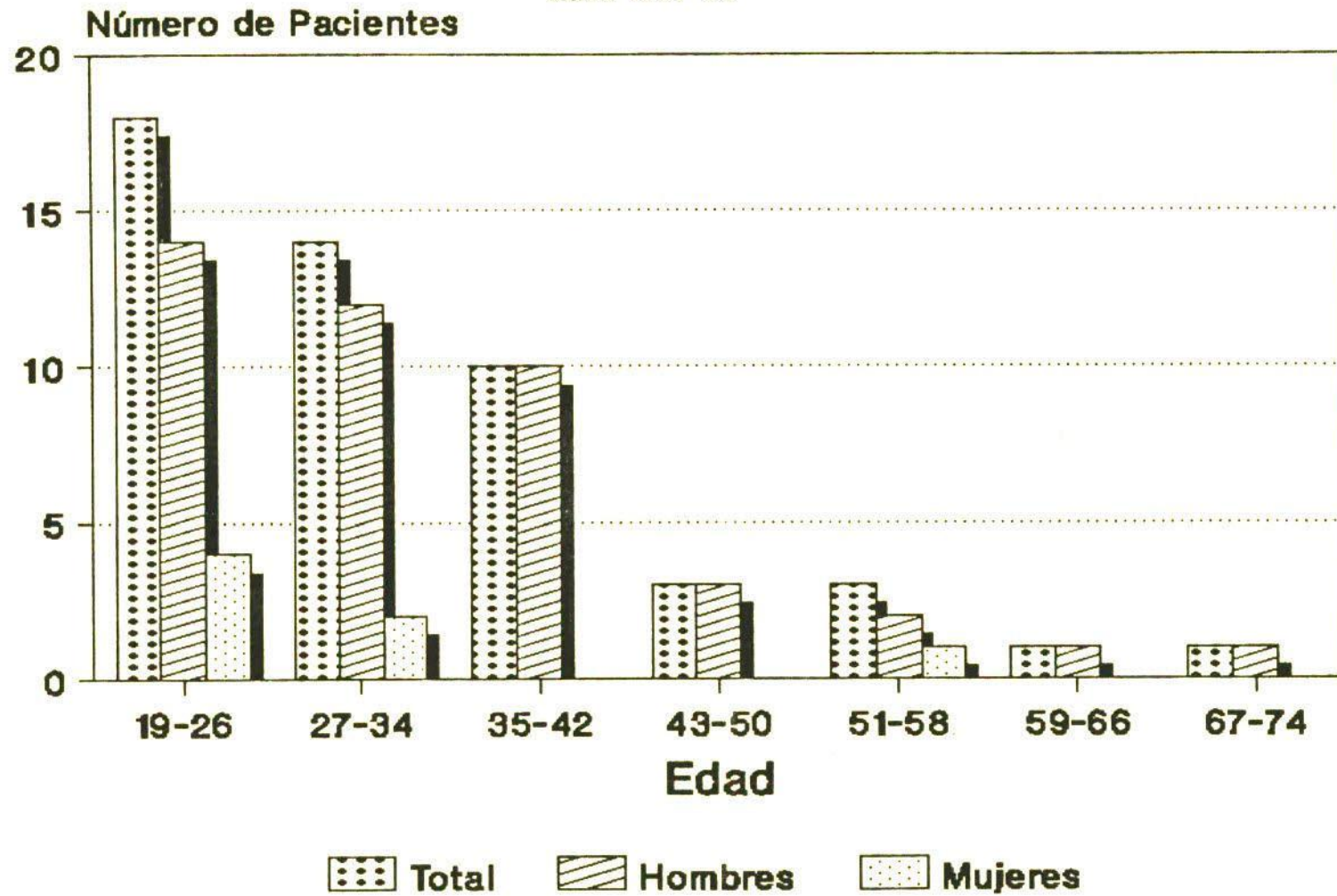
En el periodo de nuestro estudio se impartieron un total de 731 Terapias Grupales, 250 Terapias Ocupacionales, 134 Terapias Familiares, en relación a las Terapias Individuales, solo tenemos el registro de los años de 1989 y 1990, en estos dos años el total de terapias fué de 301 terapias individuales. (ver cuadro N012, Fig. N012a y 12b).

Cuadro Nº11. NUMERO DE PACIENTES RECAIDOS EN EL PROGRAMA  
DE DEPENDENCIA QUIMICA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO  
NACIONAL POR EDAD, SEGUN SEXO: ANOS 1987-1990

| EDAD  | TOTAL |        | HOMBRES | MUJERES |
|-------|-------|--------|---------|---------|
|       | Nº    | %      | Nº      | Nº      |
| TOTAL | 50    | 100.00 | 43      | 7       |
| 19-26 | 18    | 36.00  | 14      | 4       |
| 27-34 | 14    | 28.00  | 12      | 2       |
| 35-42 | 10    | 20.00  | 10      | 0       |
| 43-50 | 3     | 6.00   | 3       | 0       |
| 51-58 | 3     | 6.00   | 2       | 1       |
| 59-66 | 1     | 2.00   | 1       | 0       |
| 67-74 | 1     | 2.00   | 1       | 0       |

Fuente: Sala de Ingreso, Departamento de Enfermería, Departamento de Estadística, Hospital Psiquiátrico Nacional.

**Gráfica N°11**  
**Número de Pacientes recibidos por edad, según sexo, en el**  
**Programa de Dependencia Química del H.P. Nacional:**  
**Años 1987-90**



Fuente: Sala de Ingreso de Enfermería, Departamento de Estudios, Hospital Psiquiátrico Nal.

Cuadro Nº12. PARTICIPACION DE LOS PACIENTES EN LA ACTIVIDADES  
 REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE DEPENDENCIA QUIMICA, DEL  
 HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL: AÑOS 1987-1990.

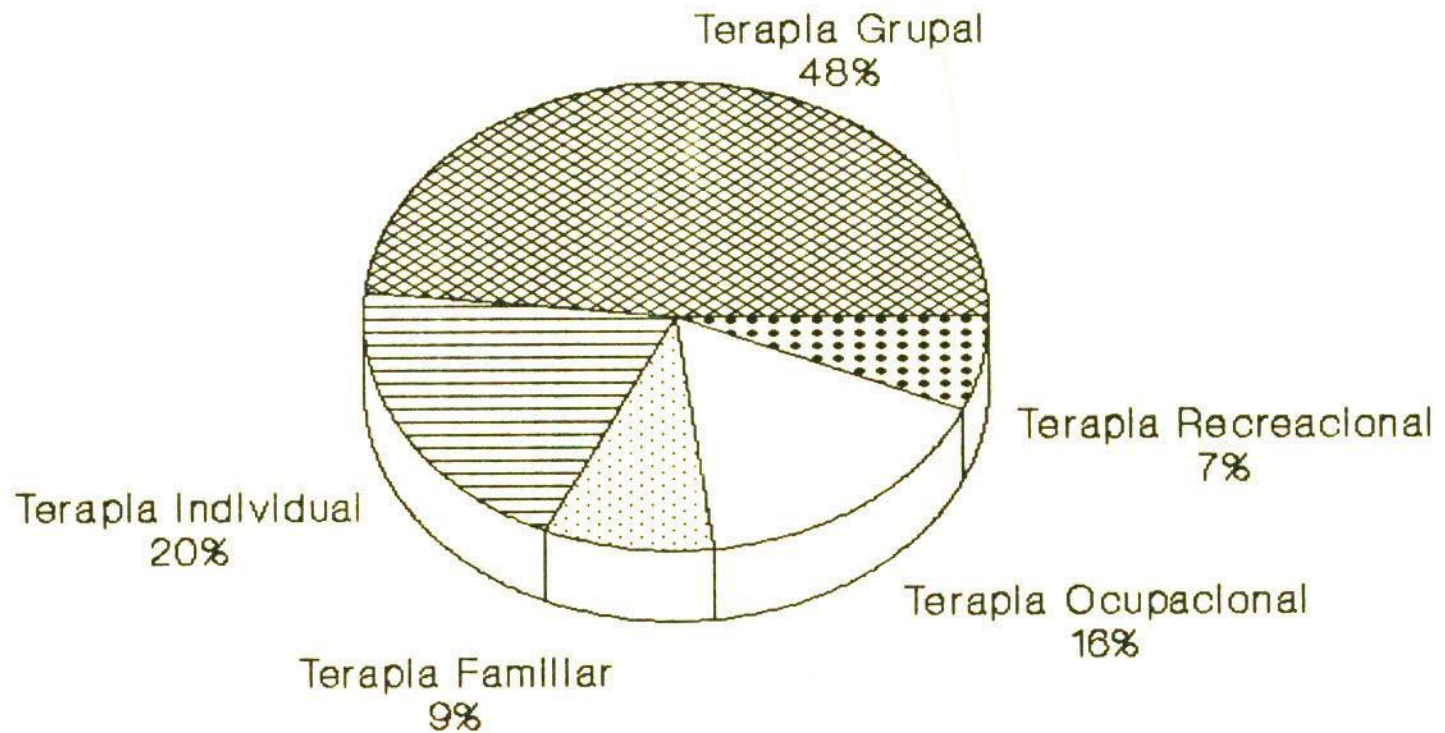
| Actividades Terapéuticas | Nº  |
|--------------------------|-----|
| Terapia Grupal           | 731 |
| Terapia Individual*      | 301 |
| Terapia Familiar         | 134 |
| Terapia Ocupacional      | 250 |
| Terapia Recreacional*    | 100 |

\*Solo se cuantifica 1989 y 1990

Fuente: Sala A y D, Hospital Psiquiátrico Nacional.

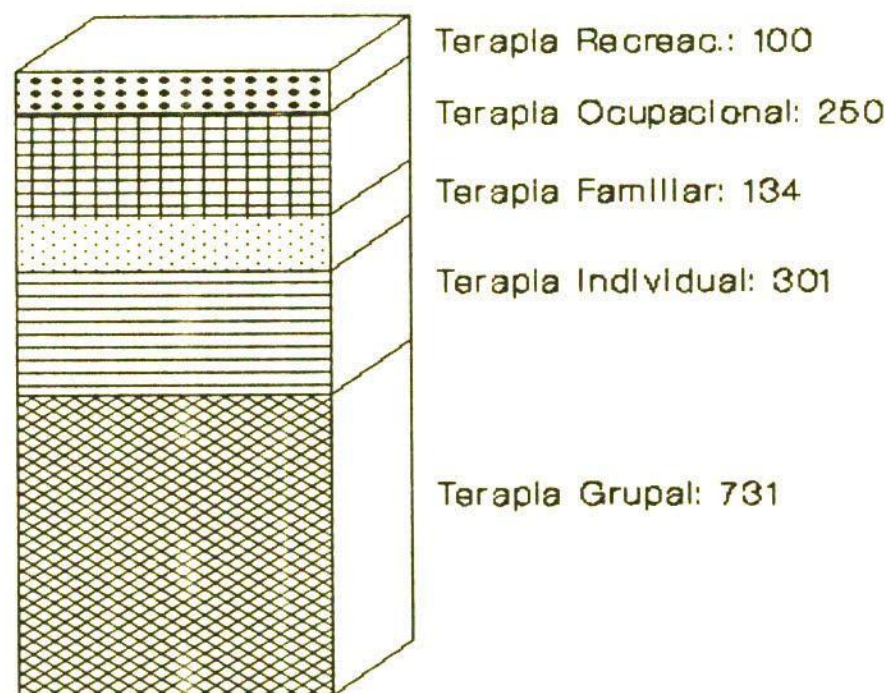
**Gráfica N° 12a**

**Participación de los pacientes en las actividades realizadas  
en el Programa de Dep. Química, del H. Psiquiátrico Nal.:  
Años 1987-90**



**Fuente: Sala A y D Hospital Psiquiátrico Nacional.**

**Gráfica N° 12b**  
**Participación de los pacientes en las actividades realizadas**  
**en el Programa de Dep. Química, del H. Psiquiátrico Nal.:**  
**Años: 1987-90**



**Fuente: Sala A y D, Hospital Psiquiátrico Nacional.**

## 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

### 5.1 Actividades del Programa de Dependencia Química.

El Programa de Dependencia Química se basa principalmente en Psicoterapia, ésta es un proceso mediante el cual un ser humano, dentro de un medio terapéutico, intenta conscientemente influir en otro para que evolucione hacia la madurez. Esa madurez consiste en mayor organización e integración, mayor capacidad para el trabajo, relaciones sociales, creatividad, responsabilidad y control de impulsos; una mayor flexibilidad y versatilidad y una percepción más clara del yo y de otras personas dentro del medio, así como una percepción más clara de nuestros objetivos y capacidades.

La Psicoterapia se basa en principios bien fundamentados que tienen que ver especialmente con el desarrollo humano. Estos principios están relacionados con el hecho de que:

- el hombre y todos los sistemas biológicos, crecerán con un vigor considerable hasta que alcancen la madurez;
- los sistemas biológicos tienen una gran capacidad para reparar daños y regenerarse cuando sufren lesiones;
- el crecimiento y la regeneración ocurren de una manera ordenada y se producen en una secuencia predeterminada. El desarrollo de la personalidad hacia la madurez progresa de

una forma similar, paso a paso, sigue adelante de una manera ordenada, si las condiciones son favorables y nada bloquea el camino.

- otro principio corresponde al problema del estancamiento. En nuestra vida emocional, hay normalmente un flujo considerable, pero se puede producir estancamiento y enfermedad.
- un último principio, está relacionado con el tiempo. Mientras más temprano en la vida se sufra un trauma, mayor será la esfera de la personalidad susceptible de ser afectada.

Las terapias también tienen sus metas las cuales consisten por un lado en conseguir que se reanude o acelere el crecimiento y la evolución personal del paciente hacia la madurez, como resultado de la terapia. Aún más, las terapias persiguen el hecho de que el paciente tenga una idea clara de sus propias capacidades y limitaciones y que se dé cuenta que tipo de apoyo y estímulo necesita del medio para lograr una maduración óptima. (James ,M.,A. y Wilson M.,J., 1979).

Dentro de las actividades propiamente del Programa de Dependencia Química tenemos que la primera actividad que se realiza, es la desintoxicación, una vez el paciente es hospitalizado, esta etapa dura de dos a cinco días. Después de esta primera etapa, el paciente es transferido a la Sala A y D (Sala de Alcohol y Drogas), donde se realizan las otras actividades del programa.

En esta sala el paciente recibe el tratamiento que se basa en modalidades y acciones terapéuticas. De éstas, hacemos referencia a las que hemos cuantificado en nuestro periodo de estudio por ser de gran utilidad para el paciente.

- **Terapia Grupal:** En esta actividad se pretende que el grupo procese las emociones y sentimientos de cada paciente; se estimula al paciente para la autocrítica, identificando conductas que de por sí lo condujeron a beber o consumir drogas. También se quiere inculcar en el paciente la buena voluntad, sinceridad y apertura mental con miras a su recuperación. (Programa de Dependencia Química, 1990).

Algunos pacientes egresados del Programa consideran que la Terapia Grupal es una de las actividades más importantes de todas las modalidades terapéuticas que componen el programa. Durante nuestro periodo de estudio se impartieron unas 731 terapias grupales.

En relación a la importancia de las terapias grupales en un estudio realizado en el Instituto sobre Alcoholismo y Faramacodependencia de Costa Rica sobre la eficacia del Tratamiento Psicosocial del Alcoholismo, mediante una encuesta se encontró, que el 70.8% respondió que la terapia de grupo fué la más beneficiosa para los pacientes, en relación a las demás terapias del programa.

Solé Puig (1989), señala que la terapia de grupo proporciona

buenos resultados en espacios cerrados como el hospital, y que alcanza su máximo rendimiento en las Comunidades Terapéuticas, pero en relación a los adictos a narcóticos, está formalmente contraindicado en el dispensario y otros ámbitos abiertos, puesto que la recaída de uno solo, arrastra indefectiblemente a los demás, por mucho tiempo que lleven recuperados.

- **Terapia Ocupacional:** En esta modalidad se quiere lograr en el paciente, actitudes importantes como por ejemplo la Responsabilidad. En relación a esta actividad, el Dr Penna Franco, M. (1981), señala: " La Terapia Ocupacional es un arma sumamente efectiva en el tratamiento de los pacientes mentales, ya que ayuda al paciente a salir más rápidamente de sus crisis psicóticas y además porque bien llevada capacita al enfermo en algún oficio para que así pueda reincorporarse a la vida productiva y no ser una carga onerosa para su familia y el estado. Entonces, no se trata de hacer campañas para recoger a los alcohólicos, adictos y demás enfermos mentales que están en la calle, no se trata tampoco de pedirle al director médico del hospital que cierre las puertas para que no se escape ningún "loco", se trata de hacer campaña educativa a todos los niveles comenzando por la familia y la comunidad, para que no abandonen a sus

parientes enfermos; se trata de que haya un presupuesto adecuado para poner en marcha los programas de Terapia Ocupacional que tanta falta hacen ".

**-Terapia Familiar:** Con esta terapia se busca principalmente recuperar al coadicto, estimulándolo a compartir y discutir sus propias experiencias, igualmente lo motiva al estudio de la enfermedad a través de la literatura de Narcótico Anónimos, Alcohólicos Anónimos y los Grupos de Familia AL-ANON que es una hermandad de hombres y mujeres cuyas vidas han sido perturbadas por el beber compulsivo de otro. **(El dilema del Matrimonio con un Alcohólico).**

La Terapia Familiar se lleva a cabo una vez por semana con un promedio de 25 personas por sesión, en el período de este trabajo se realizaron unas 134 terapias familiares.

Según Solé Puig, (1989), la terapia familiar cabe en todas partes, en el sistema ambulatorio, en el hospital y en las comunidades terapéuticas. Está encaminada al restablecimiento del principio de autoridad y de la constitución de un poder consecuente en el seno del grupo natural llamado familia. En la terapia familiar se trata menos de recrearse en el pasado y mucho más de mirar adelante en busca de soluciones.

- **Terapia Individual:** En esta actividad se evalúa a cada paciente, para conocer el grado de deterioro a nivel emocional que presenta tanto al iniciar como al finalizar el tratamiento. También se relaciona al paciente con la enfermedad en base a la honestidad, aceptando aquellas cosas que no puede cambiar y valor por las que sí puede cambiar, tener fé en el Ser Superior para que le ayude a reconocerlas.

Además, se le insiste al paciente la necesidad de pertenecer a los grupos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. (Programa de Dependencia Química, 1990).

En la mayoría de los programas de Tratamiento Ambulatorio sin fármacos son esenciales las terapias individuales, estas provienen generalmente de un psiquiatra, un psicólogo o un trabajador social clínico, aunque a veces también de personal paraprofesional. Esta terapia se centra en hechos como la adaptación social, relaciones con familiares y amigos, dificultades en los estudios o en el trabajo, y otros objetivos. (Mothner, I. y Weitz, A., 1986).

La Terapia Individual cabe en muchos lugares como en el hospital, comunidades terapéuticas y ambulatorio. (Solé, P., 1989).

En relación a la cantidad de terapias que se impartieron en nuestro período de estudio, solo pudimos cuantificar los años de 1989 y 1990, en ese período se realizaron 301 terapias individuales, las cuales no son diarias.

## 5.2 Datos Sociodemográficos

### 5.2.1 Edad.

La población objeto de este estudio, está constituida por personas jóvenes, ya que el 74.24% cuenta con edades que van de 18 - 37 años. La edad promedio fue de 30 años, con una desviación estandar de 10.55, por consiguiente, observamos que una característica importante de estos pacientes es el de pertenecer al sector de plena capacidad productiva.

Otro aspecto importante que queremos resaltar es que los pacientes parecen haber iniciado su consumo a edades muy tempranas. La literatura destaca que el inicio del uso de marihuana y de inhalantes, ocurre en alto porcentaje en edades que están por debajo de los 10 años, mientras que con la cocaína el inicio ocurre en gran proporción, después de los 21 años. Los tranquilizantes se consumen la primera vez, preferiblemente, entre los 16 y los 20 años, y los

alucinógenos, aunque corresponde a un diverso espectro de edades, se destaca un porcentaje importante entre los 11 y los 15 años. (Alfaro,E. y Martínez,P.,1990).

El grupo de edad de mayor riesgo corresponde a la población de 18 - 27 años, dentro del cual se encuentra el 41.7% de todos los pacientes atendidos en el Programa de Dependencia Química. Observamos que esta edad es bastante vulnerable ya que en un estudio que se realizó en Costa Rica más de la mitad, el 58% de los consumidores tienen entre 20 y 29 años (Alfaro,E., y Martínez,P.,1990). Igualmente en otro estudio realizado en Colombia, se encontró que la prevalencia del consumo de drogas es más alta en los grupos de edad mediana, que va de 16 - 37 años. (Torres de Galvis,Y., y Murrelle,L.,1989).

#### 5.2.2 Sexo

Con respecto al sexo, la mayor parte de los pacientes que recibieron tratamiento con el Programa de Dependencia Química, correspondió al sexo masculino, observándose un porcentaje importante de 85.8% y un 14.2% que correspondió al sexo femenino, en razón de 6:1. Esta información es frecuente en casi todos los estudios que se realizan al respecto; así vemos que en un estudio sobre la prevalencia

del consumo de Drogas en Costa Rica, se encontró que los consumidores del sexo masculino sobrepasaron a los del sexo femenino en razón de 11:1, (Alfaro,E., y Martínez, P. 1990).

En otro estudio realizado en Colombia, se encontró que con excepción de los tranquilizantes, todas las demás drogas estudiadas eran mayormente consumidas entre los varones.(Torres,de Galvis, y Murrelle,L.).

En un estudio que se realizó en la Ciudad de Panamá, en el Tribunal Tutelar de Menores, encontró que el 96% de los consumidores era del sexo masculino y apenas el 4% correspondió al sexo femenino. En este mismo trabajo la autora señala que " el problema de las drogas en el sexo femenino es menos evidente, debido a que probablemente las mujeres utilicen la droga en lugares y en ocasiones de mayor dificultad para ser descubiertas".(Palacios,A.S.de).

Otro hecho que confirma lo dicho hasta ahora, fue una recopilación de datos que se hizo en la Contraloría General de la República de Panamá, en el período 1984 - 1988; donde se observó que los egresos hospitalarios del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social, del Hospital Santo Tomás y del Hospital Psiquiátrico Nacional, en todos los años se registró un mayor porcentaje de hombres en todos los diagnósticos relacionados con el consumo de

drogas. (Ledezma, M. y Melgar, R.)

Igualmente en otro estudio realizado en México, sobre el Desarrollo del Sistema de Registro de Información sobre Drogas, el autor señala que en general, la mayoría de los usuarios de las drogas estudiadas eran hombres. (Ortiz, A. 1989).

### 5.2.3 Estado Civil

En relación al estado civil de los pacientes el mayor porcentaje estuvo representado por los solteros (63.8%), seguido por los casados (19%). Torres de Galvis, y Murrelle, (1987), señalan que el análisis del uso y abuso de las sustancias consideradas ilegales en función del estado civil, indica que las personas solteras presentan un exceso de riesgo con respecto a las casadas.

En un estudio que realizó el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en Costa Rica, se encontró que el grupo de personas casadas estuvo representado en mayor porcentaje, 44.4% de los casos, seguido por los solteros y divorciados. Por otro lado se encontró en este mismo estudio que de todos los sujetos que permanecieron en abstinencia un año o más, los casados representaron el mayor porcentaje (Bejarano, J. y Solano, S. 1988).

#### 5.2.4 Lugar de Procedencia

Al Programa de Dependencia Química, llegan pacientes básicamente de toda la República, lo que cumple con uno de los objetivos del Programa que dice:

" Brindar tratamiento a todo paciente dependiente químico hospitalizado en Hospital Psiquiátrico Nacional ó referido desde cualquier punto del país para iguales propósitos ".(Programa de Dependencia Química, Hospital Psiquiátrico Nacional,1990).

El mayor porcentaje de los pacientes atendidos en el Programa de Dependencia Química, viven en la provincia de Panamá, especialmente en los distritos de Panamá y San Miguelito, este hecho tiene mucha relación con las grandes migraciones que se dan del interior hacia las ciudades, buscando mejores condiciones de vida y lo que encuentran es desempleo, lo que induce con mucha frecuencia a la delincuencia y como consecuencia a enredarse en el problema de las drogas.

De todos los paciente hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Nacional, durante nuestro periodo de estudio, solo recibió tratamiento el 48% en el Programa de Dependencia Química; esto de cierta forma nos hace reflexionar sobre el 52% restante que no se le brindó

atención. Cabe señalar que en este caso muchos de estos pacientes presentan dobles diagnósticos, y los pacientes que tienen una grave enfermedad mental, además de su adicción, lo que los psiquiatras llaman "diagnos dual", podrían no recobrase de las drogas, no importa la clase de tratamiento que reciban, si no se atiende adecuadamente su condición psicológica (Libro Blanco,1990)

Desde el punto de vista racional, la manera preferible de tratar al "farmacopsicótico" debe tener como objetivo aliviar el estado afectivo que implica sufrimiento y que originalmente lo predispuso a responder positivamente al uso de la droga (Kolb y Brodie,1985).

Es importante señalar que otra de las razones que tienen que ver con el 52% de pacientes no atendidos en el Programa de Dependencia Química se debe al hecho de que el paciente no acepta su enfermedad, por consiguiente no quiere ir al Programa, y éste, es totalmente voluntario, aquí no se obliga a nadie a participar si el paciente no lo desea.

#### 5.2.5 Ocupación

Con respecto a la ocupación de los pacientes que se sometieron a tratamiento, observamos que el mayor porcentaje se registra en la clasificación de Obreros no Calificados,

(22.05%); se trata de aquellas personas que realizan diversos oficios, pero que no han recibido ninguna instrucción, se han formado por sí mismos; aquí ubicamos a pacientes que trabajan de soldadores, chapisteros, saloneros, conductores, agricultores, domésticos, llanteros, lavacoches, etc.

Una gran cantidad de pacientes que participaron en el programa, no tenían oficio al momento de internarse en el Hospital (33.4%); esto tiene mucho que ver con el hecho de que la falta de empleo es un riesgo importante para el consumo de drogas.

El porcentaje de profesionales que fueron al Programa, en este periodo, fue bajo (4.37%), cuando sabemos que la realidad es otra, es conocido por estudios y estadísticas, que la enfermedad de la adicción está distribuida en todos los niveles sociales, sin distinción alguna; sin embargo es obvio que muchos profesionales y personas económicamente bien estables, buscan tratamiento en otros lugares, ya sea fuera del país o principalmente en clínicas privadas.

Sobre este particular el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en Costa Rica, ha desarrollado una serie de investigaciones con respecto a la ingesta de alcohol, y señala lo siguiente: " La mujer campesina que posee bajo

nivel educativo y que sigue roles tradicionales, se mantiene abstemia, mientras que la mujer que labora y que posee mayor educación, no se le censura la ingestión de bebidas alcohólicas "; se observa que la categoría de profesionales es menor entre los abstemios y sobresale con mayor porcentaje las bebedoras moderadas y excesivas, esto indudablemente también involucra a los hombres. (Manejo Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica, 1990).

### 5.3 Duración del Programa de Dependencia Química.

El Programa de Dependencia Química, tiene un periodo de duración de seis semanas ó más, como ya se ha señalado; pero muchos de los pacientes que fueron hospitalizados para recibir el tratamiento no lo completaron, tenemos que de los 458 pacientes atendidos, el 47.45% (214) completaron el programa y el 52.55% (237) no lo completaron. Observamos pues que los pacientes que no completaron el programa son los más.

De los pacientes que no terminan el programa, algunos se fugan, otros deciden pedir su salida, y se reporta como " salida voluntaria ", y en otros casos ocurre que el paciente rompe las normas que establece el programa y de

esta forma es expulsado. La expulsión se ha dado porque el paciente consumió drogas durante el tratamiento, o porque provocó riñas o peleas entre los compañeros.

#### 5.4 Registro de Recaídas en pacientes del PDQ.

De los pacientes que egresaron del programa ya sea con Programa Completo o con Programa Incompleto, el 11.09% tuvo recaídas, 50 pacientes regresaron al hospital donde el 14% eran mujeres y el 86% eran hombres. Sin embargo, no descartamos el hecho de que el número reportado sea real, con seguridad muchos pacientes recaen pero no regresan al hospital ya sea porque no lo requieren ó porque van a otro lugar si llegan a intoxicarse.

##### 5.4.1 Período promedio entre el egreso y la recaída.

Observamos que el tiempo transcurrido entre el egreso del paciente del programa y el regreso al hospital (recaída) fué entre 2 y 12 meses; siendo mayor el número de recaídas hacia los doce meses que hacia los dos meses. Resaltamos el hecho de que se dieron casos de pacientes que regresaron al hospital a los 29 meses con 15 días, como también se dió el

caso de un paciente que regresó al día siguiente de su salida.

Las recaídas correspondieron a pacientes que procedían de Programa Completo, como a pacientes que procedían de Programa Incompleto.

Crew (1974), señala que miembros de Alcohólicos Anónimos han reincidido después de tres, diez, y hasta veinte años de una exitosa sobriedad total, como también dice que hay quienes nunca han podido disfrutar de sobriedad después de su enfermedad.

Un estudio realizado por Heather y colaboradores (1982), el cual se realizó en el Reino Unido, encontraron que el 72% recayó y el 27% se mantuvo en abstinencia, sin embargo ellos no consideraron que había un fracaso, ya que el estudio demostró que algunos " tomaron, pero mejoraron en otras áreas."

#### 5.4.2 Distribución de las recaídas según la edad.

De los pacientes que tuvieron recaídas el más joven tenía 19 años, y el mayor tenía 72 años; observamos que el 79.6% de los pacientes recaídos eran menores de 40 años, y la gran mayoría de éstos, estaban entre los 20 y 35 años, o sea el 65%.

En relación a las variables, índices de recaídas en función de la edad, en un estudio realizado en Costa Rica se observó que las recaídas aumentaban conforme disminuía la edad (Bejarano, J. y Solano, S., 1988).

#### 5.4.3 Diagnóstico de las Recaídas.

Un 45.8% de las recaídas eran pacientes que tenían problemas de alcohol o de alcohol y otras drogas; y el 37.5% eran pacientes con problemas de cocaína ó de cocaína y otras drogas. Dentro de este grupo encontramos que muchos pacientes no tenían un diagnóstico definido, por ejemplo en algunos casos en el Libro de Registro y Tarjetas de los pacientes decía , abuso de drogas ó dependencia química, etc.

Queremos hacer hincapié en el hecho de que las recaídas son características del alcoholismo y que los médicos que tratan a estos enfermos, deberán evitar la ira o el pesimismo excesivo cuando las recaídas ocurran. (Goodwin, D., et al, 1978).

Una larga definición de alcoholismo usada por la Asociación Americana de Médicos, incluye un párrafo que dice que el alcoholismo es " caracterizado por su tendencia a la

recaída." Todas las indicaciones nos confirman el hecho de que esto es verdad y que la tendencia a recaer debería recibir tanta atención como la recuperación inicial; el que recaer puede aumentar su agonía. (Kolb y Brodie,1985).

#### 5.4.4 Factores relacionados con las recaídas.

Según Solé Puig (1989); " existen factores que tienen mucha relación con las recaídas de los pacientes que han recibido un tratamiento antidroga, entre los cuales se encuentran:

- Deseo de la droga;
- Problemas Psiquiátricos, como ansiedad, depresión;
- Presión social por grupo de edad, por problemas familiares, por desempleo;
- Síndrome de abstinencia condicionado, signos y / o síntomas sutiles de deprivación, tras meses de período libre de drogas.

Igualmente señala que existen estímulos precipitantes de recaídas como son:

- Ver drogas;
- Disponer de suficiente dinero para adquirirlas;
- Ver a alguien " picándose " ;
- Ver a alguien que se halla " colocado " ;

- Hablar de drogas;
- Volver a los escenarios de la droga, barrios, ambientes;
- Enfadarse, discutir con la pareja;
- Ver películas sobre drogas;
- Ver posters antidrogas."

Otro de los factores que contribuyen a la recaída de los pacientes, es la tendencia de ver la farmacodependencia y el alcoholismo como un crimen y no como una enfermedad, esto provoca una reacción desfavorable para el buen éxito de estos tratamientos. La discriminación profesional y social que experimenta el enfermo adicto después de abandonar el hospital tiende a hacerlo reincidir. (Kolb Y Brodie,1985).

#### 5.5 Efecto de la duración del Programa con el registro de Recaídas.

En base a los índices de recaídas, en relación al tratamiento, si el paciente lo terminó o no (Programa Completo ó Incompleto), hicimos un cruce de variables, utilizando la tabla de contingencia 2 x 2, donde el Chi cuadrado resultó en 6.86, al aplicar la corrección de Yates, el nuevo Chi cuadrado corregido fue 6.10, por lo que inferimos que los pacientes egresados del Tratamiento con Dependencia Química, y no Completan el Programa tienden a tener más recaídas que aquellos que sí Completan el

Programa, en ese sentido señalamos que hay significancia estadística entre el Programa Incompleto y las recaídas.

#### 5.6 Eficacia del Programa de Dependencia Química.

En la planificación del Programa de Intervención Social se insiste más particularmente en el alcance y la gravedad de los problemas que requieren una intervención de esa naturaleza, así como en el desarrollo de programas para remediarlos. Se procura que los programas lleguen a poblaciones a las que van dirigidos y que produzcan los recursos, servicios y beneficios previstos.

A medida que se proceda a las intervenciones y mientras continúen, es preciso averiguar si son eficaces y en qué grado determinan la magnitud de su impacto.

La evaluación no tiene simplemente por objeto, determinar si se han alcanzado o no los objetivos de un programa, sino que debe tratar de saber cómo funciona el programa y en qué contexto, cuáles son los problemas o cuestiones que plantea, cuales son los efectos indeseable que produce y cuales son los elementos que favorecen o

entorpecen su éxito. (Organización Mundial de la Salud, Bond, L., 1985).

Las evaluaciones tienen sus limitaciones, muchos programas no tienen objetivos generales y específicos bien definidos, a menudo es preciso emitir un juicio cualitativo apoyado siempre que sea posible, por datos seguros y numéricos; así tenemos que:

- hay una cierta resistencia instintiva a la evaluación y a sus resultados;
- la evaluación es costosa;
- las restricciones tienen muchas veces un origen político y ético;
- no siempre hay tiempo para realizar una evaluación y;
- a veces no se tienen los recursos necesarios para llevarla a cabo.

En otro sentido, en la fase de Planificación de un programa ya deben incluirse indicadores y criterios. Los criterios son normas a los que se recurre para medir acciones y que tienden a suscitar una reflexión para emitir un juicio; estos criterios pueden ser:

- Criterios técnicos, específicos de un programa y ;
- criterios sociales, difíciles de cifrar.

Con frecuencia se recurre a criterios cualitativos más bien

que a criterios cuantitativos. (Organización Mundial de la Salud, Bond, L., 1985).

Los indicadores son variables que ayudan a medir los cambios que pueden ser directamente determinados. Se trata de instrumentos de evaluación que pueden medir directa o indirectamente los cambios.

Los indicadores sirven para determinar la eficacia y el impacto de los programas. Debemos recordar que los indicadores deben ser;

válidos, confiables objetivos, sensibles y específicos.

En el caso que nos compete, los indicadores estarán ubicados en la categoría:

-Indicadores del estado de Salud, específicamente en

Indicadores de la Patología Social y Mental, tales

como:

- tasas de suicidio;
- tasas de farmacodependencia;
- tasas de criminalidad;
- tasas de delincuencia juvenil;
- tasas de alcoholismo;
- tasas de tabaquismo;
- tasas de obesidad;
- tasas de consumo de tranquilizantes. (OPS, OMS, Bond, L., 1985).

5.6.1 Requisitos para un buen diseño de programas.

Un buen diseño de un programa debe especificar los elementos esenciales que se requieren para crear un buen sistema de seguimiento para la ejecución del programa y la evaluación consecutiva de los efectos e impacto del mismo. En otras palabras un buen diseño debe explicar;

- cuáles son las razones por las que se necesita el programa (fundamentación lógica y justificación);
- establecer el fin al cual cada objetivo inmediato del programa deberá contribuir (objetivo de desarrollo);
- que se espera obtener del programa en caso de que termine con éxito (objetivo inmediato);
- a quien va dirigido el programa (beneficiarios inmediatos y últimos);
- qué es lo que debe producir el programa para crear las condiciones básicas para que se realice el objetivo inmediato (productos);
- con qué acciones se generarán los productos (actividades);
- qué recursos se necesitan para obtener el producto y lograr el objetivo inmediato (insumos);
- quién ejecutará el programa (responsabilidad y estructura de administración);

- cómo se ejecutará el programa (modalidades de operación);
- en cuánto tiempo se realizarán los productos y el objetivo inmediato (calendario);
- cuáles son los factores externos que deben existir para asegurar el éxito del programa (supuestos).

En un buen diseño también se deben estipular las realizaciones en una escala temporal. Esto implica que se deben establecer metas sobre los resultados, los objetivos y los productos. Deben fijarse las metas específicamente en términos de tipo, cantidad y tiempo para que reflejen los cambios producidos por el programa. (FAO, 1984).

Tomando en consideración todos los puntos que se han señalado, podemos observar que el Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional, tiene formulado sus objetivos generales y específicos ,pero estos últimos no están bien definidos.

El primer objetivo dice: " Brindar tratamiento a todo paciente dependiente químico hospitalizado en el Hospital Psiquiátrico Nacional ó referido desde cualquier punto del país." Tal como reza el objetivo, no todos los pacientes hospitalizados con problemas de dependencia química son atendidos en el Programa, ya que muchos de ellos tienen dobles diagnósticos y ya se ha señalado que no funciona ningún tratamiento en

este tipo de paciente, a menos que se le trate el problema psiquiátrico primero. Ocurre también que muchos de esos pacientes simplemente no quieren rehabilitarse, y otros probablemente no saben que el programa existe, etc.

El segundo objetivo dice así: " Trabajar en forma sistemática en la recuperación del enfermo dependiente químico con miras a su reinserción en el medio social e incorporarlo a la actividad productiva ". En realidad este objetivo parece más bien una actividad ya que no se especifica que es lo que se quiere lograr.

Es necesario señalar que la evaluación de la eficacia de un programa, debe consistir principalmente en un análisis del logro de los objetivos, expresándolo, si es posible, como el porcentaje de la reducción de un problema de salud.

En relación a la meta que tiene establecido el Programa de Dependencia Química, observamos que según como está definida y la citamos " Integrar el 70% de los pacientes con este diagnóstico ". (se refiere a la dependencia química); nos deja un poco confundida; es una meta aparentemente mensurable, sin embargo no se logró obtener información o los elementos necesarios para verificar el logro de la misma ya que no hay registro de cuántos pacientes egresados tienen seguimiento, no hay registro de cuántos tienen empleo o cuántos de esos pacientes trabajaban antes de ir al Programa

y continuaron trabajando, e igualmente no hubo manera de encontrar la cantidad de pacientes que verdaderamente han tenido recaídas y cuántos se han mantenido en abstinencia.

Por otro lado, el decir que se quiere integrar el 70% de los pacientes, no sabemos si se trata de integrarlo a la familia, al trabajo, a un nuevo estilo de vida ó si es a la sociedad, ya que es propio de los problemas de abuso de drogas que todas estas áreas estén trastocadas en el individuo. Igualmente podría ser un poco ambicioso querer lograr la recuperación de pacientes en una cifra bastante elevada, si se sabe que estos problemas de dependencia son tan complejos que algunos consideran que un paciente que se rehabilite dentro de un grupo que está en tratamiento, ya es bastante.

Por otro lado queremos señalar que aún con algunos inconvenientes que tiene el Programa, vemos que cada año la demanda del Tratamiento va en aumento, esto se ha observado en las largas listas de espera que registra el Departamento de Enfermería, en la Sala de Ingreso del Hospital. Y como señala el documento Estrategia Nacional para el Control de las Drogas de la Casa Blanca en los Estados Unidos; " Si los pacientes saben que el lugar en su localidad donde se ofrece el tratamiento de drogas tiene una lista de espera de semanas o de meses, quizás desistan hasta de anotarse.

Muchas veces estos programas no tienen el lugar o los recursos necesarios para satisfacer la demanda de tratamiento de drogas ".

Por otro lado el equipo de trabajo de este Programa ofrece adiestramiento a personal relacionado con salud, que trabaja en otras instituciones, para que puedan ofrecer alguna ayuda o tratamiento a personas con estos problemas, en lugares como cárceles, por ejemplo. Y así desde 1987, incluyendo 1991 se ha ido implementando poco a poco el Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional en Chiriquí, Los Santos, en la Ciudad de Panamá tanto en cárceles, como en hospitales brindándole atención al enfermo alcohólico ó farmacodependiente, en estos otros lugares.

El equipo de trabajo del Programa, ha estado interesado en que los egresados del tratamiento participen en sus comunidades formando nuevos grupos de autoayuda y es así como ya se han logrado varios de ellos en distintos lugares como: Río Abajo, Chorrera, San Miguelito, Colón, Chiriquí y dentro del mismo Hospital Psiquiátrico Nacional; estos son logros y de alguna manera tienen relación con la eficacia del Programa.

5.7 Problemas y dificultades encontradas.

- Información dispersa: esto motivó un ir y venir a diferentes unidades administrativas, muchas veces para no encontrar la información deseada ó bien para completarla.
- Falta de coordinación administrativa: el desconocimiento de la funcionabilidad e importancia del Programa por las diversas unidades Administrativas del Hospital, no permitió un trabajo esmerado lo cual se tradujo en demoras constantes para la obtención de la información a través de las unidades responsables de proporcionar la misma.
- Veracidad y precisión de la información: la falta de una asignación presupuestaria no ha permitido proporcionarle al Programa una adecuada estabilidad administrativa, así como una jerarquización de las actividades. Todo ello se traduce en una deficiencia en la toma de datos de los pacientes afectando la confiabilidad de la información.

## 6. CONCLUSIONES

Después de haber realizado una serie de acotaciones en relación a nuestro trabajo, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La determinación de la Eficacia de un Tratamiento para personas con problemas de ALcoholismo y Farmacodependencia, resulta una tarea bien compleja debido a que la situación misma tiene causas y consecuencias múltiples.
- En el período de este estudio, el Programa de Dependencia Química atendió el 48% de la Población total hospitalizada por problemas relacionados con drogas ó alcohol, lo que consideramos un porcentaje significativo.
- Los pacientes que han recibido tratamiento con el Programa de Dependencia Química son personas en su gran mayoría del sexo masculino, solteros, en edades que corresponden a una plena capacidad productiva, cuya edad promedio es de 30 años.
- El Programa de Dependencia Química atendió a personas provenientes de toda la República de Panamá, especialmente de la Provincia de Panamá y de los Distritos de Panamá y San Miguelito; esto cumple con uno de los objetivos del Programa.

- La gran mayoría de los pacientes que fueron atendidos en el Programa de Dependencia Química, eran Desempleados y otro porcentaje considerable tenía ocupaciones temporales o eventuales.
- Más de la mitad de los pacientes que se atendieron en el Programa, no lo terminaron, y la mayor cantidad de Recaídas se produjo entre estos pacientes; con un mayor porcentaje de recaídas en los hombres, cuyas edades están entre 20 a 35 años en su gran mayoría. Estos pacientes tenían problemas de alcohol ó alcohol y otras drogas en un porcentaje importante y otro porcentaje tenía problemas de cocaína ó cocaína y otras drogas.
- Este estudio corrobora que las recaídas son características de la enfermedad de la adicción, y que la cantidad de pacientes recaídos que volvieron al hospital, después del tratamiento, no es la cifra real, el porcentaje de recaídas es mucho mayor.
- Los pacientes que no terminan el Programa, están más expuestos a tener recaídas que aquellos pacientes que sí logran terminarlo.
- Los pacientes que fueron atendidos en el Programa de Dependencia Química, eran adictos en un 7.9% a cuatro drogas y más, y cuyas edades estaban entre los 16 y 21 años.
- El Programa de Dependencia Química cumple con la mayoría

de las actividades que están descritas en el Programa, especialmente con todas las terapias como la Terapia Grupal, la Terapia Individual, la Terapia Ocupacional, la Terapia Recreacional, la Terapia Familiar y las charlas de docencia, etc. Pero las visitas domiciliarias y a la comunidad fueron suspendidas desde 1989, por falta de recursos económicos.

-El equipo que trabaja en el Programa se preocupa porque los pacientes egresados del hospital, se incorporen a los Grupos de Autoayuda, como también los familiares.

-El Programa de Dependencia Química en la actualidad se ha extendido hacia otros lugares de la República como David, Chiriquí a la Sala de Psiquiatría del Hospital Regional Rafael Hernández; a la cárcel de David; a la Granja Arturo Miró en Potrerillos; al Centro Femenino de Rehabilitación, Cecilia Orillac de Chiari; al Tribunal Tutelar de Menores y al Hospital Regional de Azuero en Los Santos.

-Los pacientes egresados del Programa han fundado grupos de autoayuda en diferentes lugares del país, en David, Chiriquí el Grupo de Narcóticos Anónimos; en Chorrera un Grupo de Narcóticos Anónimos; en Colón un Grupo de Narcóticos Anónimos y Familias Anónimas; en Río Abajo el Grupo La Solución. Dentro del Hospital se estableció un Grupo de Narcóticos Anónimos y otro de Alcohólicos Anónimos, También se están formando actualmente otros grupos en San Miguelito

y otros lugares.

- El personal del equipo que trabaja en el Programa de Dependencia Química, recibe adiestramiento sobre la Adicción, todos los años desde que se inició el Programa.
- La falta de Recursos humanos, equipo y materiales, no permite mantener registrada una información completa y actualizada de los pacientes del Programa de Dependencia Química.

## 7. RECOMENDACIONES.

Una vez concluido nuestro trabajo hacemos las siguientes recomendaciones:

- Volver a formular los objetivos y las metas del Programa, para que puedan reflejar los cambios que se producen, al realizar nuevas evaluaciones.
- Elaborar un instrumento para que el equipo que trabaja en el Programa pueda evaluar, los objetivos y las actividades del Programa de Dependencia Química, periódicamente.
- Elaborar un programa que señale los objetivos y las metas que se quieren alcanzar con la docencia o actualización al personal del equipo que trabaja en el Programa de Dependencia Química.
- Realizar periódicamente una evaluación de la Eficiencia del Programa de Dependencia Química, apoyado por personal adiestrado en Administración (Salud Pública).
- Mejorar el Registro de Información del paciente, en cada uno de los Departamentos del Hospital Psiquiátrico Nacional donde se recoge. Esa información debe ser completa y confiable para futuras investigaciones, para ello es necesario elaborar formularios destinados para este fin, los cuales deberán ser revisados, aprobados, actualizados y custodiados por el Departamento de Estadística para un mejor

control de la información.

- Centralizar toda la información pertinente al Programa, ó bien mantener varias unidades administrativas donde la información (con la misma calidad y precisión) pueda ser obtenida por cualquier investigador.

- Una mayor atención de las Autoridades de Salud correspondiente, para que brinden más apoyo económico no solo al Programa de Dependencia Química, sino al Hospital en general que está necesitando de muchos recursos, principalmente de materiales, equipo y de estructuras.

- Agilizar el flujo de Información a través de los Departamentos donde circula dentro del Hospital, y verificar que en cada departamento el registro del dato sea confiable y válido.

- Valorar con más atención el período de internamiento de cada individuo en el Programa de Dependencia Química, y buscar las mejores estrategias para mantener al paciente en seguimiento una vez egresa del tratamiento.

- Procurar la incorporación del mayor número posible de Trabajadores de la Salud, al Programa de Salud Mental, a fin de que éstos se conviertan en agentes multiplicadores de las bondades del Programa.

- Divulgar las bondades del Programa de Dependencia Química dentro y fuera de la Institución.

- Procurar que el Programa tenga una mayor vinculación con los diferentes Centros de Salud y con la Comunidad, para que haya una mejor atención de los pacientes que van al Programa ó para los que han salido del Programa.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- AL ANON FAMILY GROUP- El Dilema del Matrimonio con un Alcohólico.-4ª ed.-USA.-1981.
- ALFARO,E ; MARTÍNEZ, P.-Informe preliminar sobre l a Prevalencia del consumo de drogas en Costa Rica.in: Manual Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica.- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.(IAFA).-1990.
- ARANGO,A.-1991.- (Entrevista personal).
- BEJARANO,J. ; SOLANO,S.-Tratamiento Psicosocial de Alcoholismo. Un estudio de su Eficacia bajo condiciones de Internamiento.-IAFA.-Costa Rica.-1988.-pág. 19 -46
- BOND,L.- Módulo sobre la Evaluación de los Programas de Salud. Programas de Formación de Personal y Programas de prestación de servicios.-OPS/OMS.-USA.-1985.
- BRODIE,H.K. ; KOLB,L.C.-Psiquiatría Clínica.-10ª ed.-Edit- Interamericana.-México.-1985.-625ps.
- BULLEN,N.A.-Capacitación en Servicio para Enfermeras Generalistas.-in:Terapias Psicodinámicas de Enfermería Psiquiátrica .- Universidad Interamericana de Educación a distancia de Panamá.-1987.
- CREW, CH.-Un vistazo a la Recaída.-Hazelden.-USA.-1974.

- **CHERY, E. M.**- No basta con decir no a la Droga- Hay que apoyar centros como Hogar CREA.-in:Panorama Católico.-Año 6.Nº210.- 1990.
- **LA ESTRELLA DE PANAMA.**-Agosto/1980.
- **FAO.**-Pautas para la Evaluación de Proyectos de Cooperación Técnica.-in:Servicio de Evaluación.- 1984.
- **GALVIS, Y.T. de ; MURRELLE, L.**-Consumo de sustancias que producen Dependencia en Colombia.in: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.-Vol.107. Nº6.-1989.
- **GOODWIN, D. ET. AL.**-El Diagnóstico Psiquiátrico.-Edit.El Manual Moderno, S.A.-México.-1978.
- **HEATHER, N. ET. AL.**-Psychological Change Among Inpatient Alcoholics and its Relationship to Treatment Outcome.-Brt. Jou. Alc. and Alc. 17(3).-1982.
- **IAFA.**-Situación del Alcoholismo en Costa Rica en la Década de los ochenta. Síntesis Epidemiológica.-in:Manejo Integral de la Farmacodependencia en Costa Rica. -1990.
- **JAMES, M.A. ; WILSON, M.J.**-La Práctica de Enfermería de Salud Mental: Un enfoque comunitario.-Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud.-Colombia-1979.
- **LEDEZMA, M.S. ; MELGAR, R.B. de.**-Epidemiología de la Dependencia Química.-Universidad de Panamá.-Facultad de Medicina.- Escuela de Salud Pública.-1990.-pág.32 - 38.

- MINISTERIO DE SALUD.-Hospital Psiquiátrico Nacional.-  
Programa de Dependencia Química.-(Alcoholismo y  
Farmacodependencia).- Panamá.1990.
- MARTEN, M.-1991.-(Entrevista Personal)
- MOTHNER, I.; WEITZ, A.-Cómo abandonar las drogas.-Ediciones  
Martínez Roca. Libros universitarios y profesionales.-  
España.-1986.
- OFICINA DE POLÍTICA NACIONAL DE CONTROL DE DROGAS.-  
Comprensión del tratamiento de drogas.in:Libro Blanco  
de la.-USA.-1990. -
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.-Informe Epidemiológico  
sobre el uso y abuso de sustancias Psicoactivas en 16  
países de América Latina y el Caribe.-in:BOLETIN  
DE:.vol.107.Nº6.USA.- 1989.
- OMS.-Evaluación de los programas de salud. Normas  
fundamentales.-in:Serie:Salud para todos.-Nº6.-  
Ginebra.- 1981.
- .-Séptimo Programa de Trabajo. -MNH/MTP/83.19. 1984 -  
1989.
- OPS.-El Proceso de Monitoría y Evaluación de las  
Estrategias y el Plan de acción.-IMPLAN/8.-USA.-1982.
- -.-Salud para todos en el año 2,000. Plan de acción para  
la Instrumentación de las Estrategias Regionales.-  
in:Documento oficial.-Nº179.-USA.-1982.

- Manual sobre métodos y procedimientos para los Programas Integrados.-in: BOLETIN DE: Nº498.-1987.
- ORTÍZ, A.-Desarrollo del Sistema de Registro de Información sobre drogas en México.in: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.-Vol.107.Nº6.-1989.
- PALACIOS, A.S. de.-Aspectos Sico-Sociales del menor usuario de drogas:Tribunal Tutelar de menores.-Instituto de Criminología.- Universidad de Panamá.-1988.-pág. 26 -30.
- Pastor, V. ; San Martín, H.-Salud Comunitaria. Teoría y y Práctica.-Edit. Díaz Santos.-España.-1988.
- PENNA FRANCO, M.-Periódico" Crítica.-Panamá.-Mayo, 1981.
- RIVERA, A. L. M. de.-Bases para el Proceso de Monitoria y Evaluación del Programa Nacional de Salud Mental de Panamá.-Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad de Panamá.- 1989.
- SOLE PUIG, J.R.-Terapia Antidroga.-Salvat Editores, S.A.- España, 1989.-248ps.
- SMITH, C.-1991.- (Entrevista Personal)
- WEISS, C.H.-Investigación Evaluativa.-Editorial Trillas.Mexico.- 1978.