SIBIUP
Biblioteca Int. Simón Bolívar
00254836

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

"PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN DOS GRUPOS DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL BANANO, PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO, MAYO Y JULIO DE 1996".

HERNÁN A. LUQUE S.

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

(ENFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA)

1996

APROBACION

TITULO DE LA TESIS

"Prevalencia de trastornos mentales en dos grupos de trabajadores de la industria del banano, Provincia de Bocas del Toro, Mayo y Julio de 1996"

PRESENTADA POR: Hernán A. Luque S.

APROBADA POR:

JURADOS

Dr. Alfredo Moltó

Dra. Rosalía Quintero

Dr. Cirilo Lawson

Dr. Carlos Brandariz Z.
Director de la Escuela de
Salud Pública.

Representante de Vice-Rectoría
Investigación y Postgrado



1996

TABLA DE CONTENIDO

		Pág.
I-	**INTRODUCCION**	1
II-	**MARCO CONCEPTUAL**	5
2.1-	Planteamiento del problema.	5
a)	Formulación del problema.	7
b)	Propósito de la investigación	7
2.2-	Justificación	8
a)	Magnitud y distribución	8
b)	Gravedad	10
c)	Trascendencia.	11
2.3-	Objetivos	12
a)	Objetivos Generales.	12
b)	Objetivos Específicos.	12
III-	**MARCO TEORICO**	14
3.1.	El concepto de la Salud Mental y el proceso salud-enfermedad mental.	14
a)	La Salud Mental.	14
b)	El concepto de enfermedad mental.	15
c)	El proceso de salud-enfermedad mental.	17
d)	Limitaciones en el estudio de lasenfermedades mentales y el metodo epidemiológico.	21
3.2.	La relación entre el trabajo y el proceso salud-enfermedadmental.	25
a)	Trabajo y salud.	25
b)	La carga laboral y el proceso de desgaste.	26
c)	Trabajo y salud-enfermedad mental.	29
d)	La organización del trabajo y la situación de conflicto	33
3.3-	Estado actual del problema	38
a)	Antecedentes.	38

b) Políticas, estrategias y prioridades de Salud Mental. 38
c) La estrategia de atención primaria y la Salud Mental. 44
d) Situación de la Salud Mental en las Américas. 47
d.1 La situación general de la salud de los adultos 47
d.2. La situación de la Salud Mental 50
d.3. Problemas específicos. 53
- El alcoholismo y consumo excesivo de alcohol. 54
- Suicidio y violencia. 55
- Psicosis, neurosis y otros cuadros clínicos. 56
d.4. Situación de los servicios de atención psiquiátrica. 57
d.5. Consideraciones sobre la situación de la Salud Mental en Panamá. 62
e) Situación de la salud de los trabajadores en las Américas. 67
e.1. Los cambios en la estructura laboral y en el poder adquisitivo. 68
e.2. Los cambios en los factores de riesgo del microclima laboral. 70
e.3. Los cambios en la organización del proceso de trabajo. 71
e.4. Consideraciones sobre la situación de la Salud Mental de los trabajadores en las Américas. 74
e.5. Aspectos sobre la situación de salud de los trabajadores de la industria del banano. 78

3.4. Hipotesis teórica y estadística de trabajo. 90

3.5. Definición de las variables del estudio. 91
a) Variable Principal 91
b) Otras Variables Consideradas 92
b.1 Tipo de trabajo. 92
b.2 Características del trabajador. 94

IV. MARCO METODOLOGÍCO 96

4.1. Tipo de Estudio 96
4.2. Area y Período del estudio 96

4.3. Definición de la población 97
a) Definición de los Grupos 97
b) Criterios de exclusión 98

4.4. Tamaño de la Muestra 99

4.5. Método e Instrumento de Recolección de los datos 100

4.6. Plan de Tabulación y Análisis de los datos. 102

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 109

5.1. Análisis de los resultados. 109
a) Descripción de las características de los dos grupos estudiados 109
b) Distribución de los sujetos de acuerdo a las características estudiadas según tipo de trastornos mentales. 115
c) Prevalencia según tipo de trastornos mentales en cada grupo de trabajadores 139
d) Prevalencia por grupo de edad según tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores 142
e) Prevalencia por nivel de ingreso según tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores 145
f) Prevalencia por años de antigüedad según tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores 149
g) Prevalencia por nivel de escolaridad según tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores. 152
h) Prevalencia por número de hijos según tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores 155

5.2. Discusión de los resultados. 158

VI. CONCLUSIONES 166

VII. RECOMENDACIONES 171

VIII ANEXOS 174

Anexo 1 Principales causas de egresos del servicio de psiquiatría en los hospitales del país. 175

Anexo 2 Consultas externas ofrecidas por el servicio de psiquiatría, según causa. 177
Anexo 3 Población de 15 a 64 años de edad, número de personas con ciertos trastornos mentales, tasa de prevalencia bruta en distintas subregiones y en toda America Latína y el Caribe durante el período 1985-2000. 179
Anexo 4 Cuestionario de Síntomas (Self Reporting Questionnaire-SQR) 180
Anexo 5 Presupuesto estimado 187

IX. BIBLIOGRAFIA 189

INDICE DE CUADROS

No.	DESCRIPCION	PÁG.
1	Descripción de las características de los dos grupos estudiados.	112
1A	Distribución de los embolsadores y empacadores por grupo de edad.	113
1B	distribución de los embolsadores y empacadores por nivel de ingresos	113
1C	Distribución de los embolsadores y empacadores por años de antigüedad.	113
1D	Distribución de los embolsadores y empacadores por años de escolaridad.	114
1E	Distribuición de los Embolsos y empacadores por numero de hijos	114
2	Distribuición por gurpo de Embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: trastornos leves	116
3	Distrubuición por ingresos de embolsadores y empacodores según tipo detrastorno mental: trastorno leves	118
4	Distribuición por años de antiguedad de embolsadores y empacodores según tipo de trastorno mental: trastornos leves	119
5	Distrubuición por nivel de escolaridad de embolsadores y empacadores seguún tipo de trastorno mental: trastornos leves	122
6	Distribuición por numeros de hijos de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: trastornos leves	123
7	Distribuición por grupo de edad de embolsadores y empacodores según tipo de trastorno mental: trastornos mental graves	125
8	Distribución por ingresos de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: trastornos graves	126
9	Distribuición por años de antiguedad de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: trastornos graves	128
10	Distribución por nivel de escolaridad de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: trastornos graves	129
11	Distribución por número de hijos de embolsadores y emapacadores según tipo de trastorno mental: trastornos graves	131
12	Distribución por grupo de edad de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: alcoholismo	132
13	Distribución por ingresos de embolsadores y empacodores según tipo de trastorno mental: alcoholismo	134
14	Distribución por años de antiguedad de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: alcoholismo	135

15	Distribución por nivel de escolaridad de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: alcoholismo	137
16	Distribución por número de hijos de embolsadores y empacadores según tipo de trastorno mental: alcoholismo	138
17	Distribución de la prevalencia de trastorno leve entre embolsadores y empacadores de fincas bananeras en la provincia de Bocas del Toro. Mayo a Junio. 1996.	140
18	Distribución de la prevalencia de trastorno grave entre embolsadores y empacadores de fincas bananeras en la provincia de Bocas del Toro. Mayo a Junio. 1996.	140
19	Distribución de la prevalencia de trastorno de alcoholismo entre embolsadores y empacadores de fincas bananeras en la provincia de Bocas del Toro. Mayo a Junio. 1996.	140
20	Distribución de la prevalencia en embolsadores y empacadores por grupo de edad, según tipo de trastornos	143
21	Distribución de la prevalencia en embolsadores y empacadores por nivel de ingresos, según tipo de trastornos.	146
22	Distribución de la prevalencia en embolsadores y empacadores por años de antigüedad, según tipo de trastornos.	150
23	Distribución de la prevalencia en embolsadores y empacadores por nivel de escolaridad, según tipo de trastornos	153
24	Distribución de la prevalencia en embolsadores y empacadores por número de hijos, según tipo de trastornos.	157

RESUMEN

El proceso laboral está compuesto de los objetos y los medios de trabajo, la actividad de los trabajadores y una forma de organización y división del trabajo. Según sea la forma en que se combinen estos elementos dependerá, en gran parte, las características de la salud y de la enfermedad de los trabajadores.

El análisis del comportamiento de los padecimientos psíquicos y psicosomáticos en relación con la organización del trabajo muestra que el tiempo de exposición necesario para la aparición de estos trastornos es bastante corto, contrario a lo que sucede con la mayoría de las enfermedades reconocidas como profesionales.

La existencia de situaciones de conflictos vivenciadas por el trabajador en manifestaciones de malestar, disconformidad, ansiedad, sentimientos de tristeza y alcoholismo, constituyen síntomas preliminares de enfermedad mental.

El presente estudio pretende determinar la prevalencia de los Trastornos Mentales en la población de "embolsadores" y "empacadores" de la industria del banano en Changuinola, provincia de Bocas del Toro.

Su ejecución se realizó en los meses de Mayo y Julio de 1996, en la Provincia de Bocas del Toro, Distrito de Changuinola. En fincas de dos empresas dedicadas al cultivo del banano: la Chiriquí Land Co.(Chirilanco), División de Bocas del Toro, en donde se seleccionaron trabajadores dedicados a la labor de "embolse" del banano y la Cooperativa Bananera del Atlántico (COBANA) en donde se seleccionaron trabajadores dedicados al proceso de "empaque".

El estudio permitió conocer la prevalencia de trastornos mentales en la población

de trabajadores embolsadores y empacadores indígernas del sexo masculino, de fincas bananeras en la Provincia de Bocas del Toro, con una tasa de 10.71% y 8.16% para trastornos leves en embolsadores y empacadores respectivamente. De igual forma para los trastornos graves la prevalencia se estimó en 8.74% y 2.04% en embolsadores y empacadores. Y para los trastornos de alcoholismo 24.11% y 29.59% en embolsadores y empacadores.

Se encontró una diferencia significativa a un nivel menor de 0.05 en la prevalencia observada para trastornos leves entre los embolsadores y empacadores de acuerdo al nivel de ingresos. De igual forma se observó diferencias significativas para los trastornos de alcoholismo entre embolsadores y empacadores de acuerdo al nivel de ingreso percibido, los años de antigüedad, el nivel de escolaridad y el número de hijos.

El estudio confirma la existencia de un consumo de bebidas alcoholicas entre la población trabajadora indígena de las bananeras, entre las edades de 15 a 44 años, sin poder llegar a la conclusión de que ello es debido a las condiciones y cargas laborales del tipo de actividad laboral que realiza.

El Cuestionario de Síntomas(SQR) de Climent y Aragón constituye un instrumento valioso para la identificación de casos sospechosos en nuestro país, su utilidad sería mayor si los casos identificados pueden ser confirmados mediante un diagnóstico clínico.

RESUME

The laboral process is composed of the laboral objects and means, the workers activitiy and a form of work organization and division. According to the form in which these elements are combined, in great measure it shall depend on the workers health characteristics and illnessess.

The analysis of the psychics and psychosomatics suffering behaviours in relation to the work organization shows that the necessary exposure time for appearance of these disturbances is quiet brief, opposite to what happens to the majority of illnessess recognized as professional.

The existance of conflicting situations experienced by the worker in malaise, discomfort, anxiety, sadness feelings and alcoholism manifestations, constitutes preliminaries symptoms of mental health.

The present study pretends to determine the prevalence of Mental Disturbances in the banana "bagging and packing" population industry in Changuinola, Province of Bocas del Toro.

Its execution was performed during the months of May and July 1996, in the Provinces of Bocas del Toro, Changuinola District. On the farms of two enterprises to banana plantations; the Chiriqui Land Co. (Chirilanco), Bocas del Toro Division, where dedicated to banana "bagging" were selected and at the Cooperativa Bananaera del Atlántico (COBANA) where the worked dedicated to "packing" process were selected.

The study made it possible to acknowledge the prevalence of mental disturbances in the indigenous bagging and packing population of male sex, on banana plantation farms in the Province of Bocas del Toro, with a rate of 10.71% and 8.16% for slight disturbances in

baggers and packers respectively. In the same manner for serious disturbances the prevalence was estimated in 8.47% and 2.04% in baggers and packers. And for alcoholism disturbances 24.11% and 29.59% in baggers and packers.

A significative difference was found at a level lower than 0.05 in the prevalence observed for slight disturbances among the baggers and the packers according to income level perceived, years of seniority, educational level and amount of children.

The study confirms the existance of alcoholic consumption among the idigenous worker population of the banana plantation, between ages 15 to 44, not being able to arrive to a conclusion that the same is due to the conditions and laboral hardship of the type of activities that they perform.

Climent and Aragon Symptoms Questionnare (SQR) constitutes a valuable instrument for identifying suspicious cases in our conuntry. It use could have been greater if identified cases could be confirmed through a clinical diagnoses.

I-. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCION

El desafío planteado por el compromiso de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud,1984) en relación con el aumento de la cobertura de los servicios de salud, abarca los servicios de salud mental no sólo por la elevada prevalencia e impacto de los desórdenes neuropsiquiátricos, sino por la importancia cada vez mayor de los componentes psicosociales en la promoción y recuperación de la salud.

La situación de la salud mental en América Latina(Levav et. Al., 1989) se caracteriza por un intenso grado de violencia que se refleja en altas tasas de homicidio, suicidio y accidentes. También es muy elevada la prevalencia del retraso mental, epilepsia, psicosis crónica y alcoholismo. En las zonas urbanas, predomina la ansiedad y la depresión, el aislamiento social, los problemas de la vejez y el abuso de sustancias psicoactivas. Se estima que aproximadamente el 10% de las personas que acuden al Médico General padecen de problemas asociados a trastornos mentales (Kroeger y Luna, 1992).

En una región en el que se está intentando ampliar la cobertura de los servicios con el objeto de alcanzar a los grupos de población menos privilegiados, el desarrollo de estudios que nos permitan conocer la magnitud, distribución y comportamiento de la enfermedad mental, así como los factores de riesgos y las intervenciones más eficaces y eficientes constituyen una estrategia prioritaria de los programas de salud mental en esa región para potenciar ese esfuerzo.

Poco son los resultados e investigaciones realizadas en el campo de la salud mental de los trabajadores, pese a que en las estrategias formuladas en la Región de las Américas, para el logro de las metas definidas en 1979 en Alma Ata, se presta especial atención a la salud de los trabajadores.

En nuestro país, uno de los aspectos considerados en la reorganización de los servicios de salud mental, consiste precisamente en el componente de los servicios de atención en el nivel primario, sin embargo, se carece de estudios y datos sobre la morbilidad psiquiátrica en la población en general y entre los pacientes que acuden a la consulta externa en los programas de dicho nivel. La mayoría de los estudios realizados en este campo se refieren a la prevalencia de morbilidad de trastornos psiquiátricos entre pacientes hospitalizados por dichas causas.

El método epidemiológico al abordar el estudio del proceso Salud Enfermedad Mental desde una perspectiva multicausal y biopsicosocial, permite realizar un análisis diferente al método clásico de las Ciencias del Comportamiento Humano y la psiquiatría, centrados muchas veces en la enfermedad y en la validación y construcción de teorías interpretativas. Para ello, la primera fase del método epidemiológico, describe la frecuencia y distribución del fenómeno, de manera tal que podamos orientar y dirigir los programas e intervenciones de manera más eficaz hacia los grupos más vulnerables (Jenicek et. Al, 1988). En este sentido, lo ideal sería poder realizar un estudio de la población, sin

embargo dada la magnitud de recursos que ello implicaría, es nuestra intención, desarrollar un modelo de investigación descriptiva para conocer la prevalencia de los trastornos mentales, en una población de interés para la salud pública, representados por un sector de la población trabajadora de las bananeras en la provincia de Bocas del Toro, la cual ha sido caracterizada, por el Programa de Salud Ocupacional de dicha área, como una población mayoritariamente expuesta a riesgos laborales.

En el capítulo II se define el problema a investigar, el propósito, la justificación y los objetivos de la investigación; en el capítulo III se realiza una amplia exposición del estado del problema, haciendo una reseña de las políticas, estrategias y prioridades en salud mental, la situación de la salud mental, la situación de salud de los trabajadores, el proceso de salud-enfermedad mental, la relación entre el trabajo y el proceso de salud-enfermedad y la identificación de las variables del estudio; en el capítulo IV se describe el marco metodológico de la investigación, el tipo de estudio, la localización, la definición y tamaño de la muestra, los instrumentos para la recolección de los datos y el plan de tabulación y análisis; el capítulo V se presentan y se describen los resultados así como el análisis y la discusión de los mismos; en el capítulo VI y VII se exponen las conclusiones así como las recomendaciones del estudio respectivamente.

II-. MARCO CONCEPTUAL

II. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Planteamiento del Problema

Los resultados de estudios realizados en varias regiones de la Organización Mundial de la Salud, indican que las alteraciones mentales afectan al menos al 1% del total de la población en un momento dado y al menos entre el 5 y 10% de los individuos en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, 1975). En México, Matrajt encontró en la población trabajadora de áreas industriales, una prevalencia de trastornos mentales del 24%, frente a un 18.6% en la población de áreas sin industrialización y una prevalencia de Trastornos Mentales del orden del 20 % como porcentaje nacional (Berman, 1993 EN: Laurell, 1993).

En Panamá, el número de consultas brindadas por los servicios de salud mental en el año 1994, representan el 1.3% del total de consultas médicas.

En Bocas del Toro, el número de consultas dadas en el año 1994, por el Servicio de Salud Mental, representaron el 0.76% del total de consultas médicas. De éstas, el 84.34% se brindaron en población asegurada y el 29.38% constituyeron causa de primera consulta. El número de pacientes que se hospitalizaron, referidos por salud mental, en ese año fue de 7 pacientes por

mes y el promedio de días estancias en el Hospital de Changuinola, se estimó en 4.7 días, a un costo de B/98.00 balboas el día cama.

El número de solicitudes de pensión anticipada recibidas en el Hospital de Changuinola, por algún tipo de diagnóstico psiquiátrico representó el 6.6% del total de solicitudes en 1994[1].

En la población trabajadora de las bananeras, el programa de Salud Ocupacional ha caracterizado como grupo expuesto a riesgo elevado, a los trabajadores de las **"empacadoras y "embolsadores[2] ,** dada las condiciones de trabajo y factores de riesgos químicos, físicos, biológicos y psicosociales a los que estan expuestos.

En una descripción de los riesgos expuestos en estos grupos de trabajadores, se identificaron los siguientes: riesgos físicos, riesgos químicos, riesgos biológicos, riesgos psicosociales, riesgos de inseguridad y riesgos de sobrecarga fisiológica[3] .

---

[1]Registro de solicitudes de Pensiones. Departamento de Trabajo Social, Hospital de Changuinola, Caja del Seguro Social, 1994. Provincia de Bocas del Toro.

[2]Evaluación de Actividades del Programa de Salud Ocupacional, Hospital de Changuinola, Caja del Seguro Social, 1994. Provincia de Bocas del Toro.

[3]Informe Anual del Programa de Salud Ocupacional. Hospital de Changuionola, Caja del Seguro Social, 1994. Provincia de Bocas del Toro.

Por lo que en este trabajo de investigación se intenta dilucidar en estos dos grupos la prevalencia de trastornos mentales, debido a la gran gama de riesgos a que se someten durante su desempeño laboral.

a) Formulación del Problema.

¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales en la población de trabajadores "embolsadores" y de las "empacadoras" de las empresas bananeras de Changuinola?

b) Propósito de la Investigación.

Contribuir a mejorar la prestación integral de los servicios preventivos en el programa de salud ocupacional del Sistema Integrado de Salud de Bocas del Toro dirigido a los trabajadores de la CHIRILANCO, en el área de Changuinola.

Promover la coordinación y articulación de los programas de salud mental y salud ocupacional, a través de la conformación de un componente de Salud Mental para el trabajador de las bananeras.

Contribuir con conocimientos que permitan sensibilizar a las empresas en la importancia de la salud mental en la población trabajadora y facilitar el desarrollo de programas de promoción y prevención en salud mental.

Igualmente contribuir con conocimientos que permitan promover la toma de conciencia, sensibilzar y educar a la población trabajadora acerca de los problemas e importancia de la salud mental en su vida laboral, social y familiar.

Interesar a las organizaciones de trabajadores en los temas de salud mental como parte de la salud integral de los trabajadores.

Promover el desarrollo de programas de capacitación a grupos de trabajadores y personal de salud del primer nivel de atención en técnicas de identificación, manejo y referencia de casos , así como en la promoción de la salud mental.

Contribuir con conocimientos y datos nacionales sobre el estado de la salud mental de los trabajadores de la industria del banano, que permitan desarrollar nuevas investigaciones relacionadas con los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales.

2.2. Justificacion.

a) Magnitud y distribución.

Los resultados de estudios realizados en varias regiones indican que las alteraciones mentales afectan al menos al 1% del total de una población en un momento dado y al menos entre el 5 y 10% de los individuos en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, op. Cit., 1975, p.8).

La prevalencia de las Psicosis es del orden de 1 a 3%. La incidencia anual de los episodios de enfermedades mentales se sitúa por debajo del 6% hasta la edad de 75 años (Jenicek. op. Cit., PAG 363).

Levav, Lima y otros (1989), en sus estudios sobre las enfermedades mentales en Centro América, revelan una prevalencia bruta para la población Centroamericana entre 15 y 64 añosde edad, en 1984, del orden del 1.5% para Trastornos Esquizofrénicos, de 7.6% para los Trastornos Afectivos, 12.54% para los Trastornos de Ansiedad, 10.77% para el abuso o dependencia del Alcohol y 2.3% para el Deterioro Cognositivo.

En Panamá, en el año 1994 se dieron en toda la República, 48.511 consultas en los Servicios de Psiquiatría. Esta cifra representa el 1.31% de todas las consultas dadas en los servicios de consulta externa de medicina del país. El número más alto de consultas en los Servicios de Psiquiatría se observó en los cuatro Hospitales Nacionales con un total de 4.682 consultas. La Región de San Miguelito con 5.846 consultas y la Región Metropolitana con un total de 11.007 consultas, representaron el 44.39% del total de consultas externas de Psiquiatría[4].

---

[4]Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría en la República de Panamá, año 1994. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de Panamá.

En la Provincia de Bocas del Toro el número de consultas de Psiquiatría dadas ese mismo año fué de 1.763 consultas, representando el 3.63% del total de consultas del país. De estas, el 29.38% fueron primeras consultas[5] .

En un estudio realizado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Changuinola en 1989, de 699 pacientes adultos atendidos por el servicio, el 43.1% pertenecían al sexo masculino y 56.9% al sexo femenino. Los cinco principales diagnósticos identificados por el servicio en dicha población fueron: los Trastornos Neuróticos (31%), los Trastornos Psicosomáticos (16%); Otros trastornos que incluyen Trastornos de Personalidad, Retardo Mental y Psicosis por Drogas(11%); Psicosis Esquizofrenica (9%) y Trastornos Depresivos (9%) , (Oliveros et. A., 1989).

b) Gravedad

Según las estadísiticas americanas en 1970, las muertes por enfermedades del Sistema Nervioso representan el 13.2% de todas las muertes y de estas el 10.3% se deben a problemas psiquiátricos, incluído el suicidio (Jenicek, op. Cit., PAG 363).

---

[5]Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría en la Provincia de Bocas del Toro, año 1994. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de Panamá.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud en 1985, las tasas brutas de mortalidad por causas con componentes psicosociales o psicopatológicos en America Latina y el Caribe, fueron: Enfermedades Cerebrovasculares 36.5 casos por 100.000 habitantes, Homicidios 19.6 casos por 100.000 habitantes, Accidentes de Tránsito 18.7 casos por 100.000 habitantes, Cirrosis 13.6 casos por 100.000 habitantes, Deficiencias Nutricionales 7.8 casos por 100.000 habitantes y Suicidio 3.9 muertes por 100.000 habitantes (Levav et. Al., op. Cit. PAG.202).

c) Trascendencia.

El costo directo e indirecto de estas enfermedades es más alto de lo que comunmente se estima. En 1975, los costos directos e indirectos del abuso del alcohol en los Estados Unidos, ascendieron a US$43 millones, los del uso indebido de drogas a US$10 millones y los de las enfermedades mentales a US$ 32 millones (Feldman, 1995).

Entre 1990 y 1995, en el Departamento de Trabajo Social del Hospital de Changuinola, se recibieron un total de 86 solicitudes de pensiones anticipadas por alguna causa psiquiátrica, representando dicho total el 6.6% del total de pensiones solicitadas en ese período en dicha instalación.

2.3. Objetivos.

a) Objetivo General

Determinar la prevalencia de los Trastornos Mentales en la población de "embolsadores" y "empacadores" de la industria del banano en Changuinola, provincia de Bocas del Toro.

b) Objetivos Específicos

- Describir algunas características de los trabajadores "embolsadores" y de las "empacadoras".
- Cuantificar la proporción de trastornos leves, graves, convulsiones y alcoholismo en la población de "embolsadores y "empacadores".
- Determinar si existen diferencias significativas en las proporciones de trastornos mentales encontradas entre los trabajadores de las "empacadoras" y los "embolsadores".

III-. MARCO TEÓRICO

III-. MARCO TEORICO

3.1. EL CONCEPTO DE LA SALUD MENTAL Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL.

a) Salud Mental

Para muchos profesionales y para la población, la salud continúa significando la ausencia de enfermedad. Nos sentimos "sanos" sino tenemos un resfriado, no padecemos de dolores, no sentimos ansiedad o "nervios", respondiendo de esta manera a un concepto basado en signos o síntomas observados de manera objetiva o percibidos como tales.

La Organización Mundial de la Salud ha otorgado un valor importante al concepto de Salud Mental y sus implicaciones en el estado de salud de la población al incorporarla como elemento constitutivo de esta. Esta organización define la Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"[6] .

El bienestar mental constituye de esta manera, un estado dinámico, que se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades mentales, las necesidades y expectativas del individuo, y las exigencias y oportunidades

---

[6]OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Documentos Básicos. 36 Edición. OMS, Ginebra, Suiza, 1988.

del medio ambiente. En en otras palabras, se trata de un estado que permite al organismo adaptarse y funcionar adecuadamente, acorde a las condiciones endógenas y los factores ambientales a los que está sometido.

De esta manera, como afirma Burstein (Bowden y Burstein,1990) , la definición dada constituye una concepción adaptacional del término normalidad, entendida como la flexibilidad y libertad para aprender a través de la experiencia, cambiar cuando cambian las circunstancias internas y externas. Esta definición supone un estado de felicidad general en el individuo, un placer en funcionar, la posibilidad de adaptación a la propia constitución biológica y fisiológica, la adaptación al medio externo, la adaptación a la realidad de la propia vida, moldeándola y siendo moldeado por ella.

Para Pichón Riviere es la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social.

b) El concepto de Enfermedad Mental.

Para Berman (Berman, 1993), la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad.

Según esta autora, el hombre debe ser considerado en constante interacción y como una unidad con el medio ambiente, por consiguiente no existe un hecho normal o patológico por si sólo. "Lo normal no surge de la norma, del promedio estadístico o de lo más frecuente sino de la posibilidad de alcanzar el equilibrio relativo con el medio ambiente, de acuerdo con las características particulares", de esta manera lo que es normal en una situación puede no serlo en otra.

En esta definición, parecería que la frontera entre lo normal y lo patológico fuese imprecisa, al punto de que se ignora dónde termina la salud y cuándo comienza la enfermedad. Sin embargo, en el individuo sucede un proceso paulatino de cambios que en un determinado momento, al acumularse, cambia su estado en una cualidad diferente. Estos cambios implican malestar y sufrimiento, disminución de la posibilidad de adaptarse y funcionar, lo cual es percibido por el paciente y expresado a través de su comportamiento, Es así por ejemplo que una depresión se transforma en melancolía, un recelo y desconfianza en delirio, o la alegría en hipomanía.

En este sentido la Salud Mental, constituye un estado relativo de adaptación y funcionalidad del hombre, sujeto a una permanente dinámica de cambio propiciada por multiples estímulos determinados por condiciones histórico sociales, existiendo grados de salud mental y grados de enfermedad que son percibidos de manera subjetiva por el propio individuo y reflejadas de manera

objetiva a tráves de su conducta. Para comprender mejor esta relación MEDIO-COMPORTAMIENTO-MEDIO, es importante explicar el concepto de Proceso Salud-Enfermedad Mental.

c) El proceso de salud enfermedad mental.

En el último medio siglo, el énfasis en el estudio de las enfermedades se ha desplazado de un enfoque unicausal de las enfermedades hacia un enfoque multicausal o de causa múltiple, tal es el caso de las enfermedades mentales (Jenicek, et. Al., op. Cit. PAG.364).

Las reacciones a estímulos del ambiente o factores endógenos colocan la salud y la enfermedad en un eje contínuo determinado por el equilibrio entre los factores que facilitan o permiten el funcionamiento efectivo y aquellos que lo trastornan o limitan.

La salud-enfermedad es la resultante del éxito o fracaso del individuo para adecuarse, física y mentalmente, cualitativa y cuantitativamente, a las condiciones variables del ambiente. De ahí que el estudio de las enfermedades mentales deba realizarse en el plano de lo biológico, lo psíquico y lo social; desconocer lo biológico significa desconocer la existencia de la base material y las leyes sobre los cuales se desarrollan los procesos psíquicos y desconocer lo social implica desconocer que esa base material, así como los procesos

psíquicos estan determinados por las condiciones sociales e históricas en las que el organismo se desarrolla.

En el campo de la Salud Mental el concepto de conflicto quizás sea la categoría más adecuada para explicar los fenómenos derivados del proceso salud-enfermedad mental en el individuo. José Bleger lo define como "la coexistencia de conductas contradictorias, incompatibles entre sí, es un estado relativo que vive y experimenta el individuo, de índole emotivo o doloroso producido por una tensión entre deseos opuestos y contradictorios" (Bleger, 1976)

Berman (Berman, op. Cit. PAG.214) señala al respecto que "el conflicto es inherente a la vida misma. No hay vida sin conflictos, carente de fermento para el cambio y el desarrollo. No debe temérsele ya que adecuadamente manejado y resuelto, promueve el desarrollo individual pero de su intensidad y duración, así como de la capacidad de resistencia individual, dependerá, en el paso de lo cuantitativo a lo cualitativo, que pueda transformarse en anormal o patológico". Visto de esta forma, el conflicto constituye más que un estado mórbido es un proceso en el cual entran en juego diversos factores orgánicos y funcionales del individuo, sus capacidades de equilibrio y asimilación, sus experiencias aprendidas, sus motivaciones y expectativas, así como las caracterísiticas e influencias del contexto físico, químico, biológico, social y cultural. Todos estos elementos constituyen una totalidad, la cual Berman denomina "situación de

conflicto", caracterizada como la serie de circunstancias que implican relaciones mutuamente antagónicas y que pueden llegar a ser coactivas o destructoras de individuos o grupos. De esta manera, para Berman, la conducta de los seres humanos, individualmente o en grupo, depende del contexto en que éstos actúan y de los factores intervinientes El análisis debe abarcar la experiencia histórica del individuo ya que al decir de Berman, el presente es el reflejo de factores determinantes histórico-genéticos, las expectativas futuras y las condicionantes del presente.

De la capacidad y posibilidades personales, grupales e institucionales para solucionar una situación de conflicto dependerá la reacción frente al mismo y la aparición de las primeras manifestaciones conscientes de conflicto: insatisfacción y frustración. De ahí que las situaciones de conflictos pueden y deben ser estudiadas de acuerdo a su naturaleza como un problema individual o psicosocial o como de grupo/institucional.

De acuerdo a Berman, las situaciones de conflicto pueden ser clasificadas según su duración en agudas, de nivel intermedio y crónicas. De acuerdo a la implicación de los diversos niveles de conciencia la situación de conflicto puede clasificarse como consciente o inconsciente, es decir que la persona conozca o no porqué actúa de determinada manera.

De esta manera, independientemente de la causa real o los factores objetivos intervinientes en una situación de conflicto, en el campo de la salud

mental, la enfermedad en sus estados iniciales, no necesariamente será percibida como tal por el individuo, de ahí que su estudio deba incorporar el elemento psicológico del individuo, es decir la estructura histórico-social y genética de su personalidad, así como las fortalezas y capacidades de la misma.

A nuestro entender la personalidad constituye una categoría que define la cualidad dinámica del ser humano de poder incidir sobre la realidad transformándola. Si bien la realidad y factores condicionantes ejercen una influencia y generan una reacción o respuesta en el individuo, lo cierto es que el individuo no es una maquinaria de conexiones nerviosas y órganos que reaccionan mecánicamente a estímulos; por el contrario dentro de las relaciones dinámicas hombre-medio, el individuo actúa sobre su propia realidad, crea nuevas situaciones y se adapta a ella.

Desde este punto de vista, la personalidad de todo individuo constituye su carácter, su temperamento, así como su potencial adaptativo y funcional el cual es condicionado a su vez, por la capacidad resultante de sus funciones nerviosas superiores genética, social y culturalmente determinadas (el pensamiento, la conciencia y el lenguaje) (Leontiev et. Al., 1970).

Es en este sentido, que entendemos cómo el proceso de disminución, deterioro y abandono de esta cualidad humana de actuar sobre la realidad y adaptarse a ella, constituye un factor primordial en el proceso de salud-

enfermedad mental en las situaciones de conflictos que experimentan progresivamente los individuos.

d) Limitaciones en el estudio de las enfermedades mentales y el método epidemiologico.

En repetidas ocasiones se han formulado críticas contra las exageradas pretensiones de ciertos psiquiatras y los fundamentos científicos de la psiquiatría. Esta situación se explica, según Tsung-Yi, (Tsung-Yi y Standley, 1964) , en parte por las dificultades inherentes a la investigación psiquiatrica. " Es sumamente dificil respetar en esta esfera, las exigencias del método científico, ya que el propio observador participa íntimamente en el proceso estudiado. Sólo las manifestaciones exteriores de ese proceso son accesibles al análisis y su interpretación sufre deformaciones, según los criterios adoptados por el observador. Los factores dinámicos que intervienen en las enfermedades mentales son tantos que es imposible reproducirlos experimentalmente".

El método clínico o estudios de casos, a pesar de haber generado innumerables teorías, muchas veces contradictorias, se ha visto imposibilitado de explicar el origen de la mayoría de los trastornos mentales y realizar definiciones precisas de los fenómenos tratados. Al respecto, Tsung-Yi señala que "aún no se sabe con certeza si la enfermedad mental puede describirse y estudiarse como un todo o si comprende varios trastornos específicamente

distintos unos de otros". Esta situación se hace más complicada cuando se analiza la diversidad de métodos y técnicas de diagnóstico, lo cual dificulta el registro y la comparación de los datos obtenidos en los diferentes estudios. Otra gran limitante lo constituye la imposibilidad de poder cuantificar o medir las distintas manifestaciones en que se expresan los trastornos mentales, así como su gravedad y momento de aparición.

En el trabajo realizado hace varios años por Tsung-Yi y Standley, aún gozan de plena vigencia algunas de las limitaciones más importantes en el estudio de los trastornos mentales. Entre éstas mencionaremos las siguientes:

- Diversidad de objetivos, se refiere a que las cifras de prevalencia obtenidas en las encuestas destinadas a evaluar las necesidades de una colectividad en servicios psiquiátricos no son siempre comparables con las obtenidas en las investigaciones sobre problemas etiológicos. Mientras, que para las primeras, basta tener en cuenta las perturbaciones mentales graves; en las segundas hay que realizar un inventario de todas y determinar su correlación con factores variables.
- Diferencias en la definición de "caso". En todo estudio se entiende por caso, cada presentación individual de la enfermedad que debe incluirse en la encuesta y su selección se realiza atendiendo a los caracteres específicos del fenómeno patológico objeto del exámen y del grado de incapacidad que produce. Sin embargo, en Psiquiatría es difícil adoptar definiciones

uniformes y aplicarlas de un modo consecuente para la localización de casos en el curso de una misma encuesta. Incluso, no es raro que se produzcan contradicciones entre los miembros de un mismo grupo de investigadores.

- Falta de uniformidad en la clasificación de los trastornos mentales. La confusión que reina actualmente en la clasificación de los trastornos mentales tiene tres causas principales: la disparidad de conceptos sobre la enfermedad mental, el cual varía según sea el punto de vista médico, psicológico o social; la diversidad de las teorías etiológicas; y la escasez de índices cuantitativos para expresar objetivamente las manifestaciones psicológicas anormales.

El método epidemiológico aplicado al campo de la medicina del trabajo y los trastornos mentales abre una perspectiva poco habitual para la psicología y la psiquiatria, centradas hasta ahora en el estudio del paciente individual o en las experiencias de laboratorio. El enfoque epidemiológico permite profundizar aspectos vinculados a la relación entre las condiciones de vida y trabajo y el proceso de salud enfermedad.

Al ser la Epidemiología el estudio de la distribución y determinantes de las enfermedades, permite diferenciar lo normal de lo patológico y prever la aparición, curso y resultado de las mismas, facilitando comparaciones significativas y el conocimiento de los factores que determinan su aparición; así como la evaluación del funcionamiento y resultados de los servicios de atención.

Desde este punto de vista, Tsung-Yi Lin y Standley, identifican como los objetivos de la Epidemiología en el campo de la salud mental los siguientes:

- Evaluar la prevalencia de los distintos tipos de enfermedades de una población, para servir de base a la prevención y el tratamiento de dichas enfermedades.
- Descubrir las relaciones entre ciertas características de la población y las enfermedades mentales, para tratar de precisar el origen de éstas.
- Comprobar las hipotesis etiológicas derivadas de los trabajos de laboratorio o de las observaciones clínicas.
- Evaluar índices de curación espontánea, para precisar la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas.
- Evaluar las condiciones de la atención médica y sanitaria, para la planificación estratégica y organización de los mismos.

3.2. La relacion entre el trabajo y el proceso salud-enfermedad mental.

a) Trabajo y Salud.

El proceso de trabajo es uno de los determinantes del proceso salud-enfermedad de las colectividades humanas (Laurell, 1993). Constituye el proceso social básico de toda sociedad, dado que por medio de él, el hombre entra en contacto con la naturaleza transformándola y transformándose así mismo y bajo una determinada relación, produce los bienes necesarios para la vida social.

Al respecto, Noriega, define el trabajo como "la actividad fundamental del ser humano, puesto que lo crea física y mentalmente, incluso hasta la forma de su cuerpo es producto de su propio esfuerzo. Desde un punto de vista individual y colectivo, el trabajo debería permitir, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas las capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas; además concebido de esta manera, no sólo es productor de enfermedad sino que posibilita la vida humana misma". (Noriega, 1993).

Este enfoque del proceso salud-enfermedad equivale a reconocer que los procesos biopsíquicos no son inmutables y ahistóricos sino que asumen formas históricas específicas que caracterizan a los distintos grupos sociales (Laurell, Op. Cit. PAG.16). En este sentido las formas históricas de la biología humana constituyen la expresión de la capacidad del cuerpo de responder con

plasticidad ante las condiciones específicas de desarrollo produciendo modalidades distintas entre los grupos humanos.

Entender cuáles son los determinantes del proceso laboral y sus caracterísiticas nos permite comprender la relación entre la máquina y el trabajador, el grado de separación entre la concepción y la realización del trabajo y cómo se trabaja. En otras palabras, las características que asume el proceso laboral derivan de la forma específica que asume su base técnica y la organización y división del trabajo, determinando aspectos del proceso de trabajo tales como: la duración de la jornada, el ritmo al que se produce, los mecanismos de supervisión a los trabajadores, el control del proceso, el contenido de la tarea, los "incentivos" para la producción, la complejidad y peligrosidad de la tarea elementos estos, necesarios para explicarnos su relación con el proceso salud-enfermedad.

b) La Carga Laboral y el Proceso de desgaste.

Con frecuencia se suele confundir o se tratan al mismo nivel de análisis los elementos derivados de los objetos o medios de trabajo, o sea , los riegos físicos, químicos y mecánicos de aquellos elementos derivados de la organización y división del trabajo y de la actividad del trabajador, es decir las exigencias del trabajo. Ambos constituyen lo que algunos autores han denominado estresores laborales; otros los denominan cargas laborales. Del

mismo modo, existe la necesidad de distinguir entre riesgos y exigencias, por una parte y, las manifestaciones fisiológicas y mentales, por la otra. Los primeros constituyen elementos derivados del proceso laboral que pueden causar daño o no a la salud del trabajador; en tanto que las manifestaciones fisiológicas y psíquicas que acarrean los elementos del proceso laboral son las formas como se expresan esos elementos en los trabajadores y que pueden ser nocivas o no al trabajador. Por ejemplo, la rotación de turnos es una exigencia derivada de la manera como está organizado el trabajo en un centro laboral, pero el estrés, el cansancio, los trastornos digestivos y del sueño son las manifestaciones psicofisiológicas de esa experiencia.

Para explicar mejor estas diferencias, es conveniente identificar los elementos que componen el proceso laboral. Al respecto, Noriega señala que "el proceso laboral está compuesto de los objetos y los medios de trabajo, la actividad de los trabajadores y una forma de organización y división del trabajo. Según sea la forma en que se combinen estos elementos dependerá, en gran parte, las características de la salud y de la enfermedad de los trabajadores".

Para explicarnos esta relación debemos considerar los conceptos de CARGA LABORAL y DESGASTE (Laurell, op. Cit.PAG.21). El primero se define como los elementos del proceso que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador(físicos, químicos, fisiológicos, etc) produciendo aquellos cambios en los procesos biopsíquicos que se manifiestan como desgaste,

entendiendo a éste como la pérdida de capacidades biopsíquicas potenciales o efectivas.

De esta manera, el concepto de carga laboral, permite distinguir aquellos elementos del proceso laboral que tienen la cualidad de poder transformar los procesos corporales y psíquicos y analizar cómo interactúan y se modulan entre sí. Las cargas laborales pueden clasificarse en función de sus caracterísiticas en aquellas que se materializan extrernamente al cuerpo humano: físicas, químicas, biológicas o mecánicas y, aquellas que se materializan a través del cuerpo humano al transformar sus procesos: fisiológicas y psíquicas.

El proceso de desgaste conceptualiza las transformaciones negativas en los procesos biopsíquicos, originados por la interacción dinámica de las cargas laborales. Este proceso de desgaste implica una pérdida de la capacidad biológica o psíquica del trabajador, ya sea de manera efectiva o potencial, puesto que no sólo se refiere al proceso de destrucción lenta o repentina, sino tambien a las limitaciones u obstáculos para el desarrollo de las potencialidades biológicas y psíquicas.

De esta manera, en el proceso laboral, de las formas específicas, antiguas o nuevas, que asume la organización y la división del trabajo se derivan factores que potencian las capacidades de los trabajadores o los limitan al punto de transformarse cualitativamente en elementos dañinos a su salud. Dichos factores se expresan de manera particular y específica según sea las

caracterísiticas de la actividad de los trabajadores, Noriega las ha denominado como las exigencias laborales y los componentes humanizantes del trabajo. Las exigencias constituyen las necesidades o requerimentos que impone el mismo proceso laboral a los trabajadores, tales como: el trabajo dinámico o estático, la rotación de los turnos, la monotonía, la repetitividad de la tarea, el alargamiento de la jornada o la intensidad del ritmo. Los componentes humanizantes del trabajo lo constituyen aquellos aspectos que están ausentes en el proceso laboral pero indispensables para desarrollar las potencialidades humanas del trabajo, como lo son la adecuada combinación del trabajo intelectual y manual, el desarrollo de potencialidades físiológicas y mentales, la creatividad del trabajo o del control sobre el mismo. De esta manera la conjunción de estos dos elementos, las exigencias laborales por un lado y la carencia de los elementos humanizantes del trabajo por el otro, en exceso o disminuidos, determinarán las caracterísiticas del perfil salud-enfermedad de un colectivo de trabajadores.

c) Trabajo y Salud-Enfermedad Mental.

Estudios citados por Berman (Berman, op. Cit.PAG.190) reportan que el 1.9% de los trabajadores hombres y 13% de las mujeres presentaban una franca neurosis invalidante y que el 19.2% de los hombres y el 23% de las mujeres padecian trastornos neuróticos menores, así como cuadros psicosomáticos. En México, Matrajt (Matraj, 1990 EN Berman, 1993) encontró

en la población trabajadora una prevalencia de trastornos mentales del 24%, frente a 18.6% en poblaciones de áreas sin industrialización y de 20% como promedio nacional. Estos datos permiten pensar que las condiciones imperantes en el medio laboral efectivamente, generan enfermedades físicas y psíquicas en los trabajadores y aparentemente en proporciones mayores al término medio de la población general. Sin embargo, tanto la medicina del trabajo tradicional que parte de la consideración de la enfermedad profesional y el enfoque psiquiátrico clásico el cual se estructura alrededor de la enfermedad mental, se ven imposibilitados de explicar la relación existente entre el proceso del trabajo y el proceso de salud-enfermedad mental.

Una concepción integradora debe considerar al hombre como una totalidad en permanente interacción con el ambiente que lo rodea, cualquier proceso psíquico, normal o anormal, presupone una modificación en el organismo, vinculados a determinadas funciones biológicas, que obedecen a leyes propias, en gran parte independientes de los factores orgánicos y fisiológicos.

En este sentido, con la introducción de la cadena de montaje, con la monotonía y pérdida de la individualidad que implica para el trabajador, se han desarrollado nuevas fuentes precursoras de enfermedades en los lugares de trabajo. Tales modificaciones en la organización y división del trabajo, han modificado su significado social, así para las personas el trabajo más que un

proceso creador, constituye un medio de ganarse la vida, de sobrevivencia, incluso el descanso es descanso para reponer las fuerzas perdidas.

Tradicionalmente la medicina del trabajo ha considerado, que la mayor parte de las enfermedades relacionadas con el trabajo aparecen después de un largo tiempo de exposición a agentes físicos o químicos. El análisis del comportamiento de los padecimientos psíquicos y psicosomáticos en relación con la organización del trabajo muestra que el tiempo de exposición necesario para la aparición de estos trastornos es bastante corto, contrario a lo que sucede con la mayoría de las enfermedades reconocidas como profesionales. Al respecto Noriega, enciona que se ha encontrado en estudios realizados en México que desde los cuatro años de antiguedad laboral ya aparecen como una patología importante los trastornos mentales (Noriega, 1993).

Las perturbaciones psicosociales surgen, cuando las condiciones de vida y trabajo están en oposición a las necesidades y recursos humanos. Las principales causas de tensiones y trastornos provienen de demandas inadecuadas y conflictivas para la capacidad del trabajador, de sus aspiraciones frustadas y de la insatisfacción de anhelos no logrados. De hecho en varios estudios se han relacionado una serie de estresores en la industria con el trabajo poco satisfactorio y las enfermedades físicas y mentales, entre estos se encuentran la sobrecarga de trabajo, escasez de trabajo, ambiguedad de roles,

roles conflictivos, poca responsabilidad, trabajo por turnos, relaciones sociales pobres en el trabajo y cambio o rotación de personal.

Berman (Berman, op. Cit.PAG.196), afirma que las variantes de reacción variarán de acuerdo a las características individuales, según sea la sensibilidad y resistencia de cada uno. Al potenciarse y actuar estos factores tensionantes, ya sea brusca e intensamente o de manera leve y prolongada, aparecen en el trabajador distintas expresiones de malestar que van desde manifestaciones subclínicas, en el área de la mente que pueden pasar inadvertidas (irritación, preocupación, tensión, depresión, insomnio) hasta cuadros patológicos como neurosis y psicosis y, expresiones en diversas áreas del cuerpo, es decir trastornos psicosomáticos como cardiopatías coronaria, hipertensión, jaqueca, trastornos gastrointestinales y dérmicos, asma, etc; en el área de la conducta los condicionantes de tensión y ansiedad pueden influir en la aparición de alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, obesidad, etc. A nivel de síndrome, se describen reacciones cognoscitivas que incluyen restricciones del campo perceptivo y de la capacidad de concentración y reacciones emotivas de ansiedad y depresión con altas frecuencias de suicidios. Entre las reacciones psicofisiológicas se observan reacciones neuroendocrinas y en el sistema inmunitario, síntomas musculares como tensión y dolor con repercusión en las estructuras oseas, así como afecciones orgánicas y funcionales.

d) La Organización del Trabajo y la Situación de Conflicto.

Para explicar de qué manera se desarollan los problemas mentales antes descritos en el trabajador, es necesario comprender la trascendencia de la organización del trabajo como fuente de conflictos entre los deseos del trabajador y el contenido del trabajo.

Para Dejour (Dejour, 1990), el malestar psíquico proveniente de las tareas monótonas y repetitivas, constituye una de las causas principales de sufrimiento psiquico del trabajo. Según él, "la vida no transcurre como un sistema en equilibrio estático sino dinámico, en permanente cambio, equilibrio y desequilibrio, expresado en los ritmos y ciclos biológicos. Esta constante vital se contrapone y entra en contradicción, con las tareas reiteradas y fragmentadas impuestas al hombre, por la organización del trabajo, como la línea de montaje, el trabajo a destajo y los horarios rotativos. Aunque la carga física o psíquica no sea exagerada agota al trabajador, creando la secuencia fatiga-astenia-depresión".

Para Dejours, ésta característica del trabajo, ocasiona limitación y empobrecimiento de la actividad psíquica; condicionando un círculo vicioso que termina en humillación y verguenza, acentuando la posibilidad de un cuadro depresivo o cuadros de enfermedad somática grave o complicación crónica en un breve lapso de tiempo, acompañado en muchos casos de alextimia, es decir, dificultades para experimentar y verbalizar los afectos.

En este sentido, vale retomar el concepto de conflicto expuesto anteriormente. Teóricamente se ha aceptado identificar básicamente tres tipos de conflictos psicológico (Berman, op. Cit.PAG.215).

- El conflicto atracción-atracción cuando, por ejemplo un trabajador se ve atraído por dos tareas que le interesan de manera equivalente.
- El conflicto rechazo-rechazo, cuando el trabajador se ve obligado a escoger entre dos actividades desagradables o peligrosas.
- El conflicto atracción-rechazo, cuando tendencias o actitudes contradictorias recaen sobre un mismo objeto, este tipo de conflicto se denomina comunmente ambivalencia, va acompañado de una gran tensión y ansiedad; crea inseguridad, porque es vivido como una situación de amenaza hacia el objeto deseado; constituye el origen de las diversas situaciones conflictivas y punto de partida de las conductas defensivas que se instrumentan para disminuir o resolver la tensión y ansiedad que acompañan el conflicto.

Para Berman, al tratar de establecer las dimensiones del concepto situacion de conflicto psicológico en relación con los aspectos vinculados a la organización del trabajo, es necesario identificar tres clases de conflictos fundamentales relacionados con la organización del trabajo estos son:

- Conflictos en la organización y estructura del trabajo, que lo hacen incomprensible y perturban su percepción cognoscitiva o intelectual de

manera ordenada y clara, congruente y estructurada por las características desordenadas, caóticas e imprevisibles de la tarea.

- Conflictos en el contenido y significación del trabajo, aspecto más vinculado al nivel afectivo y que analiza la existencia o no de capacidad de decisión, el grado de autonomía y control, la autoestima respecto al trabajo y la capacidad de relacionarse con los compañeros.
- Conflictos en relación con la disfuncionalidad de la tarea, su inmanejabilidad, la existencia de sobrecarga o carga escasa o subcarga, que conduce al aburrimiento, tedio y monotonía, su mayor o menor antiguedad en el puesto, los riesgos en el mismo.

Todos estos factores son motivo de conflicto e insatisfacción en el trabajador y situaciones muy concretas que al decir de Dejours, constituyen los aspectos decisivos para la salud mental del trabajador y que desde una perspectiva preventiva, podrían tratar de modificarse, para lo cual habrá que considerar en que ámbito se expresa el conflicto, a nivel individual, grupal o en la institución, así como evaluar su duración y los cambios sufridos tanto en el contexto laboral, familiar y social del trabajador.

Para efectos de nuestro estudio, diremos que la existencia de situaciones de conflictos vivenciadas por el trabajador en manifestaciones de malestar, disconformidad, ansiedad, sentimientos de tristeza y alcoholismo, constituyen síntomas preliminares de enfermedad mental.

BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE PANAMA

Estas situaciones de conflicto están definidas por un lado por la necesidad de ganarse un salario para vivir, la necesidad de preservar su trabajo, la necesidad de realizar sus capacidades y potenciales físicos, mentales y sociales. Estas necesidades pueden agudizarse o no dependiendo de factores personales del trabajador como la edad, a mayor edad pese a la experiencia, se disminuyen las capacidades y destrezas; los años de antiguedad, a mayor antiguedad mayor experiencia pero, mayor riesgo de ser eliminado; los años de escolaridad con lo cual aumentan las expectativas de vida y deseos de realización; el ingreso económico el cual constituye un medio para satisfacer las necesidades mínimas de alimentación, vestido, vivienda y salud; y el número de hijos o tamaño de la familia el cual determina la magnitud de las responsabilidades y de las necesidades básicas a las cuales debe hacer frente.

Y por otro lado las exigencias del proceso laboral, esto es los factores y elementos generados por la tecnología, el objeto de trabajo, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo y las relaciones laborales producidas por el modelo de producción. En este sentido los factores referidos lo constituyen el trabajo a destajo, la sobrecarga física, la repetitividad o monotonía del trabajo, la exposición a riesgos físicos, biológicos y químicos, el trabajo rotativo, la supervisión estrecha, la presión o ritmo del trabajo. En el caso de nuestro estudio diremos que los trabajadores de las empacadoras laboran en un medio cuyo modelo es el trabajo en cadena caracterísitico de un proceso altamente

segmentado, estático, repetitivo y automatizado, propio del modo de producción industrial moderno; lo cual constituye una fuente generadora de conflictos expresados a través de signos y síntomas preliminares de trastornos mentales. De igual manera en los "embolsadores" cuya organización y modelo de trabajo agrícola, es de tipo manual, artesanal, extensivo, móvil, con gran desgaste físico y expuesto a riesgos químicos y biológicos; esperamos encontrar manifestaciones preliminares de trastornos mentales.

La identificación de dichas manifestaciones preliminares es posible realizarla por medio de entrevistas y cuestionarios que nos permitan determinar la existencia de posibles casos de trastornos mentales, a partir del reconocimiento de sus signos y síntomas por parte del propio paciente. A efectos de nuestro estudio hemos considerado conveniente utilizar el Cuestionario de Síntomas(Climent y Arango, 1983), el cual ha sido diseñado para tales finalidades y probado en Colombia como parte de un estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud.

Un aspecto no considerado en el estudio consiste en determinar el nivel de conciencia del trabajador de su situación, así como la capacidad de adaptación para manejar y superar el conflicto, lo que nos exigiría realizar otro tipo de estudio relacionado con las caracterísiticas de la personalidad, los mecanismos de defensas utilizados y los potenciales del trabajador.

3.3. Estado actual del problema

a) Antecedentes

En 1977 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud, aprobó la política "Salud para todos en el año 2,000". Posteriormente en 1978, en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Alma Ata, Unión Soviética, se aprueba la estrategia de Atención Primaria para el logro de dicha política (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Ya en la Región de las América en 1977, en la Reunión de Ministros de Salud, se habían establecido las metas mínimas de la Atención Primaria para la Región y posteriormente en 1980 y 1982 se publican, respectivamente, las Estrategias y el Plan de Acción para el logro de las Estrategias Regionales (Organización Panamericana de la Salud, 1982).

b) Políticas, estrategias y prioridades de salud mental.

A partir de estas definiciones, se da a inicio un proceso de definición de Políticas, Objetivos, Estrategias y Planes, dirigidos a desarrollar la Atención Primaria en Salud Mental. Tanto los programas globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como las declaraciones de las reuniones de Ministros de Salud de las Américas han enunciado entre sus prioridades el enfrentar las condiciones psiquiátricas prevalentes, así como el utilizar los

aportes de la Salud Mental a las estrategias de Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1983).

En la región de las Américas, dichas orientaciones han estado enmarcadas en las "Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el logro de la Meta de Salud para todos en el 2.000". En las estrategias y prioridades definidas para el período 1990-1994 y 1995-1998 (Organización Panamericana de la Salud, 1990 y 1994), se definen las líneas de acción, en las cuales la Salud Mental juega un papel decisivo en:

- El fomento de enfoques psicosociales dirigidos a modificar los estilos de vida y promover el desarrollo y protección de la salud de los grupo de mayor riesgo, como lo son los niños, las mujeres, los trabajadores, los ancianos, así como grupos especiales que por su condición física, social, económica y culturalmente se encuentran en situaciones de marginalidad y postergación.
- La promoción de la participación social en salud para mejorar y elevar la calidad de vida y bienestar de toda la población.
- Impulsar acciones dirigidas a disminuir el consumo de drogas y alcohol, así como un marcado énfasis en la prevención de la violencia en todas sus formas.
- Realizar mayores esfuerzos en el campo de la prevención y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos y neurológicos más prevalentes en la región.

Dichas orientaciones han sido delineadas en el "Programa Regional de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud", el cual identifica tres grandes áreas de acción, a saber:

- La promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos psiquiátricos, dirigido por un lado a apoyar acciones tendientes a aumentar la importancia de la salud mental en la escala de valores de la sociedad, utilizando los recursos de la comunicación social, para lograr una mayor integración de la salud mental a las políticas, programas y servicios de otros sectores. Por otro lado, implica el fomento de cambios de conductas con el fin de adoptar estilos saludables de vida, reducir las conductas violentas y el estímulo a la convivencia pacífica.
- El control de los trastornos psiquiátricos y neurológicos, cuyo accionar se centra fundamentalmente en el proceso de re-estructuración de la atención psiquiátrica, estimulando el desarrollo de un modelo de atención integral y preventivo, basado en la acción y participación comunitaria. Las estrategias definidas en tal sentido delinean acciones en diversas áreas y campos, estos son:
  - Apoyo a las acciones de monitoreo del cumplimiento de normas vinculadas con los derechos humanos.

- Apoyo al fortalecimiento de toda la red de atención, lo cual incluye la activación de agentes comunitarios de dentro y fuera del sector salud, y la internación en el hospital general.
- Apoyo a las acciones tendientes a incorporar los usuarios en la atención.
- Promoción de cambios legislativos que provean el marco legal a la reorientación de los servicios y asegure la salvaguarda de los derechos humanos.
- Apoyo a las acciones tendientes a adecuar la enseñanza de pre-grado y postgrado y permanente con los principios de la re-estructuración.
- Apoyo al desarrollo de investigaciones operativas.
- Apoyo a la promoción de una cultura social y profesional cónsona con la re-estructuración.

• El desarrollo de acciones dirigidos a vincular los factores psicosociales en la salud y el desarrollo, promoviendo la inclusión de componentes conductuales en la capacitación del personal de salud, de manera de aumentar su efectividad en las intervenciones y en la difusión de conocimientos y técnicas que permitan a las comunidades estimular el desarrollo humano integral.

En el marco de las Orientaciones del Programa Regional de Salud Mental y a partir de 1985, se han realizado en la Región, un conjunto de acciones entre las cuales podemos destacar: la realización de la primera reunión del Grupo

Asesor del Programa Regional de Salud Mental para Centroamérica, Panamá y Belice llevada a cabo en Panamá en Abril de 1985 (Organización Panamericana de la Salud, 1986). Otro evento importante y de gran trascendencia para la Salud Mental en la Región, lo constituyó la reunión celebrada en Noviembre de 1990 en Caracas, en el que se congregaron dieciséis países y seis Organizaciones No Gubernamentales, que aprobaron y suscribieron "la Declaración de Caracas" , en la que se formaliza y se da un impulso decisivo al proceso de re-estructuración de la atención psiquiátrica en la subregión latinoamericana (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

Mas recientemente, en diciembre de 1994, en la tercera reunión del grupo de Acción en Salud Mental de Centroamérica, Panamá y Belice (Organización Panamericana de la Salud, 1995), se consideraron un conjunto de nuevas estrategias para promover la re-estructuración, entre los cuales se destacan:

- El establecimiento de políticas explícitas de Salud Mental.
- La constitución de un grupo nacional asesor.
- La movilización de la opinión pública, medios de comunicación y grupos claves.
- El desarrollo de recursos humanos.
- La provisión de un marco legal.
- La evaluación de los servicios de atención psiquiátrica.

- La inclusión de la atención en salud mental como componente de la canasta básica de servicios sociales.

Finalmente, en abril de 1995, durante la primera reunión del grupo de trabajo para la mejora de la salud mental de la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 1995), se delinearon orientaciones dirigidas a:

- Sensibilizar a los políticos y a la sociedad en general frente a los problemas mentales, mediante acciones multisectoriales orientadas a su prevención y tratamiento.
- Formular políticas nacionales de salud mental, desarrolladas en planes y programas de atención.
- Facilitar el acceso a los servicios de atención psiquiátrica mediante la reducción de las barreras psicológicas, culturales y organizacionales al encuentro del paciente con el sistema de salud. Se debe garantizar la oportunidad, equidad y calidad de los servicios, en una variedad de opciones alternativas en la comunidad.
- Fortalecer la rehabilitación psicosocial mediante el tratamiento oportuno y adecuado, la lucha contra la estigmatización, el fomento de las habilidades personales, y la promoción del respaldo de la familia y de las redes de apoyo social. El fortalecimiento del marco legal y del "apoderamiento" de los usuarios y sus familiares.

- Establecer alianzas y coaliciones con otros sectores, organismos y grupos interesados de la comunidad.

c) La Estrategia de Atención Primaria y la Salud Mental.

En Alma Ata se definió la Atención Primaria como "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS/UNICEF, 1978).

Esta definición de la Atención Primaria ha sido interpretada equivocadamente en algunas ocasiones como la Asistencia Básica de Salud, en otras como el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud, y en el peor de los casos como

la Atención Sanitaria de los pobres. Por ello consideramos que es importante aclarar el concepto.

La Atención Primaria implica la definición de un conjunto de actividades y recursos organizados en programas integrales de atención en salud, atendiendo tanto a la salud de la población como los factores de riesgos más prevalentes en una localidad, y haciendo énfasis no sólo en actividades curativas sino y sobre todo en actividades de fomento y prevención de la salud. Estas actividades son dadas en todos los niveles de atención en que se organiza el Sistema y como tales constituyen el primer medio conque cuenta la población para preservar su salud. Esta definición se complementa con Metas y Estrategias que en la Región de las Américas, han sido definidas en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994, antes citadas.

A partir de las consideraciones hechas podemos decir que la Salud Mental dentro de la estrategia de Atención Primaria debe desarrollar actividades de apoyo a la promoción de cambios en los estilos de vida de la población, desarrollar estrategias y métodos innovadores dirigidos a la educación para la salud, la participación social y la prevención de ciertas enfermedades asociadas a factores psicosociales. De igual manera debe impulsar acciones de prevención de los trastornos mentales con enfoque integral, es decir, que sus acciones no sólo sean curativas y rehabilitatorias, sino fundamentalmente

preventivas, procurando articularlas con los otros programas de salud que se prestan en los servicios del primer nivel de atención (Kroeger y Luna, 1992).

Para lograr estos objetivos los programas de salud mental deben readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de tal forma que funcionen de acuerdo a niveles ascendentes de complejidad, desde organismos de autoayuda o apoyo comunitario, Puestos de Salud, Sub centros, Centros de Salud, Hospitales Generales y Especializados; constituyendo una red de servicios para la atención de la población, con un sistema de referencia y articulado con los otros servicios de salud.

Algunas de las características generales que debe poseer e l Programa de Salud Mental en la estrategia de Atención Primaria son:

Deben garantizar el acceso y equidad de toda la población a los servicios. Esto implica, establecer como prioridades la atención a grupos rurales y urbano marginales y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos.

Deben acentuarse las acciones de promoción y prevención, combinándolas adecuadamente con las de tratamiento y rehabilitación.

Deben basarse en un diagnóstico epidemiológico y priorización de los problemas de salud mental más prevalentes, susceptibles de ser controlados, transformados o disminuídos con tecnología apropiada y eficaz.

Deben propiciar la participación social tanto en la planificación, ejecución como en la evaluación de las acciones.

Es en este marco, que se ubica la iniciativa de la re-estructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, buscando vincular estrechamente la atención psiquiátrica a la estrategia de Atención Primaria, mediante el desarrollo de redes comunitarias y de los servicios de salud mental, dentro del contexto de sistemas locales de salud en espacios geográficos y poblacionales determinados.

d) Situación de la Salud Mental en las Américas

d.1- La Situación General de Salud de los Adultos.

Existen en la región de las Américas, dos grandes perfiles de mortalidad y morbilidad cuyas tendencias se sobreponen, lo cual conforma un mosaico epidemiológico diverso y complejo. Entre países y aún en un mismo país suele encontrarse en ciertas áreas de bajos ingresos y sectores desfavorecidos, zonas rurales, indígenas y urbano marginales una combinación de enfermedades prevenibles y problemas propios de la pobreza como el alcoholismo y la desnutrición. Mientras que en los sectores de gran desarrollo comercial, industrial y urbanístico se observan enfermedades crónicas degenerativas, accidentes, trastornos mentales y las adicciones al alcohol y drogas, en su gran

mayoría relacionadas con estilos de vidas propios de estas zonas (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

En la publicación de la Organización Panamericana de la Salud sobre el estado de salud de la población adulta de las Américas, (Organización Panamericana de la Salud, 1990), la situación actual de la salud de los adultos se caracteriza por un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se encuentran en franco aumento como consecuencia de la mayor esperanza de vida al nacer y de la influencia de factores ambientales y de comportamientos en la producción de las mismas. Entre las enfermedades crónicas más frecuentes se encuentran las afecciones cardiovasculares, los tumores malignos, los trastornos de la salud mental, la diabetes, las enfermedades reumáticas y las enfermedades respiratorias crónicas. A ellas hay que agregar, las provocadas por el consumo excesivo de tabaco, alcohol y drogas, el aporte excesivo de calorías por la dieta así como también los accidentes de distinto tipo causados por situaciones de violencia familiar y social. Entre las principales causas de muertes prematuras están las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las enfermedades cerebro vasculares y las lesiones intencionales.

El informe citado sobre la salud de los adultos de la Organización Panamericana de la Salud, agrega que dentro de este conjunto de enfermedades mencionadas, existe un grupo, cuyo origen es de tipo psicológico

y, que merece especial atención por la escasez de recursos que se le destina, por la prevalencia de las diversas enfermedades que engloba, por el importante componente psicopatológico de muchas de las mismas, y por la trascendencia familiar y social que tienen.

Los componentes psicosociales o psicológicos de la mayoría de las enfermedades que afectan a la población adulta se manifiestan de manera directa en situaciones como la cirrosis, estrechamente relacionada con el excesivo consumo de alcohol; el suicidio, que en muchos casos suele ser la etapa final de serios trastornos psiquiátricos; los accidentes de tránsito, en los cuales tiene gran importancia causal el uso excesivo de alcohol y drogas; y los homicidios, que resultan en parte de dificultades en las relaciones interpersonales y de problemas emocionales.

Sin embargo es un hecho aceptado, que dichos componentes psicosociales constituyen importantes factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas, entre las cuales están las responsables de la mayoría de las muertes. Así por ejemplo entre los factores de riesgos de las enfermedades cardiovasculares están: alta presión arterial, altos niveles de colesterol, consumo de tabaco, excesiva ingesta de alcohol, situaciones de estrés repetidas.

Entre los factores de riesgo de las muertes por cáncer cuatro son los más comunes a la mayoría de los casos, estos son: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la dieta y la exposición laboral a agentes cancerígenos.

d.2- La Situación de la Salud Mental.

El informe sobre las Condiciones de Salud en las Américas de la Organización Panamericana Salud, señala que los problemas de Salud Mental son cada vez más notorios, aún cuando su frecuencia exacta es difícil de estimar debido a las variaciones que ocurren al clasificarlos. En los Estados Unidos de Norteamérica se calcula que alrededor de un 40% de la población sufre algún tipo de alteración mental en un momento de su vida. También se ha estimado, que alrededor de un 60% de las personas que murieron por suicidio presentaban un cuadro previo de depresión.

Agrega el informe que, al considerar la prevalencia de cinco alteraciones de la Salud Mental a saber: los trastornos esquizofrénicos, los problemas afectivos, los trastornos por ansiedad, el abuso o dependencia del alcohol y el deterioro cognoscitivo grave; se puede observar que el aumento de casos que se presentan es superior al crecimiento demográfico en América Latina y el Caribe.

En el estudio realizado por Levav y colaboradores (Levav et. Al., op. Cit.PAG.204-205), se llega a estimar que en el año 2,000 más de 80 millones de personas en América Latina y el Caribe sufrirán algunos de estos trastornos y se estima que se producirán más de 350.000 defunciones entre 1985 y el año 2.000 por causas que incluyen algún componente psicosocial o psicopatológico importante.

El informe de la OPS sobre las Condiciones de Salud en las Américas menciona que los estudios epidemiológicos llevados a cabo en las Américas, han reiterado que los trastornos mentales representan una notable carga para la sociedad. Por un lado el impacto de las enfermedades mentales en América Latina ha sido analizado por el Banco Mundial, estimandose que el 8.0% de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad son atribuibles a las mismas, siendo mayor la cifra que el cáncer (5.2%) y las enfermedades cardiovasculares 2.6% (Banco Mundial, 1993). Por otro lado, estudios realizados en Estados Unidos y Canadá, mostraron que la prevalencia en un año de algún tipo de trastorno psiquiátrico en la población mayor de 18 años, osciló entre 28% y 33.8% en hombres y mujeres. La tasa de prevalencia de vida de Trastornos Psiquiátricos, en un estudio realizado en Puerto Rico, alcanzó a 34% en los hombres y 22.8% en las mujeres. En Estados Unidos en 1990, sólo el costo anual de la atención de los estados depresivos representó una carga económica para el país, de $43 millones de dólares (Organización Panamericana de la Salud, op. Cit.).

Agrega el informe sobre las Condiciones de Salud de las Américas de la OPS, que las tasas globales de prevalencia de trastornos psiquiátricos encontradas en las subregiones de América Latina y el Caribe no difieren marcadamente de la encontrada en Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos. Los problemas encontrados con mayor frecuencia son el consumo excesivo de

alcohol en los hombres, entre 7.0 y 28.3%; las neurosis, entre 5.5 y 40.2%; los trastornos de la personalidad, entre 3.4% y 10.7%; la farmacodependencia, entre 1.7 y 7.7%; y el deterioro cognoscitivo, entre 2.9 y 3%. Estudios más recientes citados por el informe, revelan que en Chile la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos tanto en hombre como mujeres llega a 33.7%; en tanto que en Brasil se encontraron tasas ajustadas para 10 categorías diagnósticas en tres ciudades urbanas, entre 28.8% y 53.8% para las mujeres y entre 32.7% y 47% para los hombres.

Dentro de estas características de distribución del los trastornos psiquiátricos, el informe de la OPS, resalta el carácter selectivo que tienen los trastornos mentales en la población, al existir una relación inversa entre la clase social y los trastornos mentales cualquiera que sea la definición y clasificación usada. En este sentido, la vulnerabilidad general de la población económicamente baja, se ve agravada por una sobrecarga de problemas mentales.

Más recientemente en un informe del Director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, Dr. N. Sartorius[7] , se describen algunas de las tendencias más predominantes en la epidemiologia de las enfermedades mentales, entre las cuales reseña las siguientes:

---

[7]Organización Panamericana de la Salud. Informe Final de la Iiª Reunión de Directores de Programas Nacionales de Salud Mental de los países suramericanos. Río de Janeiro, Junio de 1993.

- El aumento progresivo en el número de personas afectadas por desórdenes mentales en todo el mundo se estima en 500 millones. Un tercio de las personas discapacitadas lo son por problemas neurológicos o mentales. Aunque las tasa globales no han aumentado, las cifras absolutas muestran un aumento considerable debido al crecimiento de la población y los cambios demográficos.
- Se ha observado cambios en el comportamiento epidemiológico y clínico de algunas enfermedades, tal es el caso de la esquizofrenia catatónica cuya frecuencia ha disminuido; la depresión ha experimentado aumentos considerables en su prevalencia con una disminución en la edad de inicio; también se ha observado un aumento en la incidencia y prevalencia de las fármaco dependencias y del consumo de alcohol y los problemas asociados al mismo en los países en desarrollo.
- La aparición de nuevas modalidades de trastornos mentales asociados al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, los cuales se estiman en un 7% de los casos.

d.3- Problemas Específicos.

A continuación presentaremos una breve descripción de algunos trastornos mentales de mayor interés para nuestro estudio.

El alcoholismo y consumo excesivo de alcohol.

El alcohol es una de las substancias más antiguas con capacidad de alterar el comportamiento, su consumo excesivo, es considerado como un problema con grandes repercusiones a la salud pública.

El tipo de alcohol que se consume varía en los distintos países de las Américas. En la zona de Centroamérica y el Caribe se consume la cerveza, el seco, el ron así como bebidas fermentadas domésticamente.

El alcohol afecta al organismo en forma directa e indirecta. Su efecto directo se traduce en enfermedades como la Cirrosis Hepática; su efecto indirecto es causa frecuente de accidentes y manifestaciones de violencia doméstica, de violaciones y de suicidios; además de contribuir a enfermedades como el Cáncer de Estómago.

Aunque no se cuentan con datos oficiales para la región, se conoce que en los Estados Unidos el alcoholismo afecta a casi el 5% de la población, en América Latina de acuerdo a los estudios realizados, la prevalencia del alcoholismo en la población oscila entre el 5 y el 10%. Si a esta cifra se le suman las personas que consumen alcohol de manera excesiva, la prevalencia global aumentaría a un 12%. Según encuestas de población realizadas en Centroamérica (Costa Rica, Guatemala y Panamá) las tasa de prevalencia de vida de consumo de alcohol alcanza cifras de 65% (Organización Panamericana de la Salud, op. Cit., 1990).

Los estudios realizados en la Subregión, en pacientes que acuden a los servicios de urgencias muestran tasas de prevalencia que fluctúan entre 43% y 77% de los casos.

Se acepta que el alcoholismo es una enfermedad producida por causas múltiples, con interacción de tres factores: los biológicos o genéticos, los psicológicos o del comportamiento y los del medio ambiente o económico-sociales, en estos últimos es evidente que el incremento en la producción, en especial de la cerveza ha contribuido al aumento del consumo observado en la población.

- **Suicidio y Violencia.**

Las defunciones por suicidio, homicidios y accidentes siguen siendo problemas de importancia en la región (Alarcón 1986), estas causas contribuyeron por sí solas con el 10-15% de todas las defunciones en 1979. Durante la década de 1970 los homicidios aumentaron, en particular en el área del Caribe, Centroamérica y en América del Sur tropical, oscilando entre el 1 y el 7%, siendo el sexo masculino el más afectado y los grupos de edad entre 25 a 34 años en América del Sur y 35 a 44 años en Centroamérica. Los porcentajes de muertes por accidentes de tránsito en la década de 1970 oscilaron entre uno y siete por 100.000; los accidentes "no especificados", es decir, causal o intencionalmente evidenciaron ser causa importante en niños de 1 a 4 años y de creciente importancia en el grupo de 5 a 14 años. En relación al suicidio, a

pesar del subregistro existente, parece ser responsable de más del 1% de todas las defunciones ocurridas en países como Cuba, El Salvador y el Uruguay, siendo el grupo de edad más afectado entre los 15 a 24 años de edad.

- **Psicosis, neurosis y otros cuadros clínicos.**

Las investigaciones epidemiológicas realizadas en América Latina, presentan resultados similares en cuanto a la prevalencia en la población general de trastornos clínicos tradicionales. Si bien las psicosis no presentan casi diferencias con las cifras de prevalencia a nivel mundial, entre el 1 y 3% (Jenicek et. Al., op. Cit.PAG.363), el estudio realizado por la OMS sobre las esquizofrenias (Alarcón, op. Cit.PAG.582), muestra un mejor pronóstico para las mismas en los países subdesarrollados, estimándose la prevalencia para la subregión latinoamericana en 1.5% (Levav et. Al., op. Cit.PAG.210), siendo más frecuente en segmentos pobres de la población.

En cuanto a los trastornos neuróticos, su prevalencia se estima en un 10%, (Organización Mundial de La Salud, 1995). Los diversos subtipos de neurosis, en especial la depresiva y la ansiosa, representan el 8% de la patología emocional prevalente (Alarcón, Op. Cit.PAG.582).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos seniles, que por ahora es relativamente baja, se espera que aumente a medida que aumente la expectativa de vida paralela con los cambios en la estructura demográfica. Los índices de prevalencia de la epilepsia obtenidos en ciertos países muestran ser

más elevados en países en desarrollo que en los desarrollados, oscilando entre 0.9 y 2.1% (Organización Panamericana de la Salud, op. Cit.PAG.9).

d.4- Situación de los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Una de las características generales de la situación de los servicios de salud mental en la región, lo constituye la ausencia, en una gran cantidad de países, de políticas nacionales de salud mental, y en aquellas pocas excepciones, los países no cuentan con los recursos necesarios para desarrollarlas. A esta marcada situación se agrega el hecho de que son pocos los países que cuentan con un Plan Nacional de Salud Mental que encare de manera sistemática y estratégica la asistencia y prevención psiquiátrica.

Las actividades de salud mental incluyen, además de la atención psiquiátrica, la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos psiquiátricos y la intervención sobre los factores psicosociales asociados con la salud y el bienestar. Dentro de la salud mental la atención psiquiátrica comprende tanto el tratamiento de las alteraciones del desarrollo psíquico y de la personalidad como el de las perturbaciones de base funcional u orgánica de la actividad mental.

En la Región de las América la salud mental se caracteriza por un desarrollo desigual entre sus componentes, siendo históricamente mayor el énfasis en la atención psiquiátrica. Esta es prestada fundamentalmente en los servicios especializados hospitalarios y en los servicios de salud de atención primaria.

En el trabajo de Renato Alarcón, "La salud mental en América Latina 1970-1985", se realiza una descripción sobre los recursos existentes en la subregión, en tal sentido se señala que los cinco sectores que han asumido la responsabilidad de la atención de la salud mental son: el sector público, la seguridad social, el sector privado, las instituciones de beneficencia o caridad y el sector de la medicina tradicional, siendo los servicios psiquiátricos del sector público los de mayor demanda. En cuanto al total de camas psiquiátricas, para 1985, se calculó entre 130.000 y 140.000, lo cual representaba un 15% aproximadamente del total de camas, distribuidas en unos 600 establecimientos hospitalarios. El número de centros de consulta externa ascendían a 1.000.

En cuanto a los recursos humanos se estimó que existían alrededor de 7.000 especialistas de los cuales el 80% se encuentra concentrado en zonas urbanas o metropolitanas. En cuanto al resto de profesionales afines al área se estimó la existencia de 15.000 psicólogos clínicos, 1.000 profesionales de enfermería dedicados exclusivamente a los servicios de psiquiatría, 300 trabajadores sociales y 150 terapeutas ocupacionales.

La cobertura brindada por estos servicios cubre sólo parcialmente las necesidades y demandas de la población, siendo una porción importante de estas atendidas por medios provistos por las propias comunidades, a través de grupos religiosos, organizaciones juveniles, empíricos, amistades, entre otros.

En un análisis más reciente realizado por un subcomité de la OPS sobre el Programa Regional de Salud Mental, se identificaron en la organización de la atención psiquiátrica y el estado de los servicios, pese a que varía a lo largo de la Región, "algunas deficiencias comunes, tales como: una atención psiquiátrica apoyada en acciones desarrolladas desde los hospitales mentales, instituciones de baja cobertura y accesibilidad frecuentemente estigmatizante. Es común que dichas instituciones se encuentren aisladas, geográfica, física o socialmente, y que en las mismas se violen los derechos humanos de los pacientes, por omisión o comisión. Su integración a los sistemas locales de salud es débil en el mejor de los casos" (Organización Panamericana de la Salud, 1995)

En el marco de las legislaciones en materia de salud mental y el respeto y la protección al enfermo mental, es de señalar que lo inadecuado e insuficiente de las mismas obstaculiza muchas veces, el desarrollo no sólo de formulaciones políticas, sino de organismos e instituciones dedicadas a la salud mental, así como en la asignación de recursos, funciones y coordinación intersectorial.

Más recientemente, entre las conclusiones de la Conferencia Regional para la Re-estructuración de la Atención Psiquiátrica, celebrada en Caracas, (Organización Panamericana de la Salud, 1991), se señala la ausencia en los 16 países participantes, de una legislación específica sobre salud mental, siendo la mayoría de las disposiciones existentes elementos

constitutivos de legislaciones más generales en materia de salud, o reglamentaciones aisladas que regulan aspectos muy particulares tales como Consejos Técnicos o reglamentos de entidades dedicadas a la atención de la salud mental. Por otra parte, en numerosas instancias los pacientes mentales ven sus derechos humanos restringidos en mayor o menor grado por obra de su condición, esta situación es más evidente en las instituciones psiquiátricas que poseen una alta proporción de pacientes crónicos y personas recluidas por razones no médicas y en donde con frecuencia son descuidados sus derechos, sin que exista en muchos casos una plena conciencia por parte del personal encargado de dichas violaciones.

Como consecuencia de la situación descrita en la región, se ha venido promoviendo un fuerte movimiento dirigido a producir transformaciones en las acciones de la salud mental, es así que se ha buscado fortalecer las acciones de salud mental dentro de la estrategia de Atención Primaria mediante el desarrollo y difusión de tecnologías sencillas dirigidas a identificar y manejar pacientes con trastornos emocionales en el primer nivel de atención; se ha dado igualmente un gran impulso a la capacitación y desarrollo de los recursos humanos del primer nivel de atención en los servicios ambulatorios, así como a la educación y fomento de la salud mental en la población.

Otro aspecto importante de este movimiento renovador, lo constituye la iniciativa adoptada a partir de 1990 por 14 países latinoamericanos, de llevar a

cabo un proceso de Re-estructuración de la Atención Psiquiátrica, la cual busca transformar la atención psiquiátrica actual, en su mayoría centrada en centros hospitalarios y manicomios, en una base comunitaria que procure maximizar los potenciales restaurativos de la salud mental con que cuenta la comunidad, impulsando redes de apoyo social y la promoción de grupos de autoayuda; así como desarrollar nuevas modalidades de atención como casas de medio camino y hospitales diurnos.

Dicha iniciativa a sido complementada con estrategias para su implantación y desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 1995), así como de un marco legislativo (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1990), dirigido a promover los derechos y la protección de los enfermos mentales, entre los cuales por el interés de nuestro estudio, resaltamos los siguientes:

El derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propias de su condición de persona.

Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas técnicas y éticas.

Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.

Derecho a recibir educación y capacitación adecuada a su estado.

Derecho a trabajar y recibir la remuneración correspondiente.

Derecho a personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por la ley al efecto.

Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud.

d.5- Consideraciones sobre la situación de la salud mental en Panamá.

Si bien no se cuenta con información completa, fidedigna y comparable, la información existente consiste fundamentalmente en el número de consultas atendidas y el número de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas. De esta manera de acuerdo a las Estadísticas recopiladas por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud[8] , en 1994 se dieron en toda la República un total de 48,511 consultas en los Servicios de Psiquiatría, representando dicha cifra el 1.3% de todas las consultas dadas en los servicios de consulta externa de medicina del país. Siendo mayor el número de consultas en los servicios de psiquiatría de los cuatro hospitales nacionales con 4,682 consultas, la Región de San Miguelito con 5.846 consultas y la Región Metropolitana con un total de 11.007 consultas; representando dichas cifras el 44.39% del total de consultas externas de Psiquiatría.

---

[8]Ministerio de Salud, Departamento de Registros Médicos y Estadísiticas de Salud. 1994.

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás en 1994, de un total de 1.004 consultas, el 83.86% correspondió al diagnóstico de Psicosis Afectiva, el 5.6% a el diagnóstico de Trastorno Depresivo y 3.9% al diagnóstico de Trastornos de Ansiedad. En la Región de Panamá Oeste, de 817 consultas atendidas, el 11.9% correspodió al diagnóstico de Trastorno Depresivo, el 9.3% presentó el diagnóstico de Trastornos de Ansiedad, el 8.4% fueron diagnosticados como Epilepsia y el 7.9% presentaron el diagnóstico de Esquizofrenia. En el Hospital de Chepo de un total de 1.610 consultas, el 29.5% tuvieron diagnóstico de trastornos de ansiedad, el 25.4% fueron diagnósticos de esquizofrenia y el 22% fueron diagnosticados como trastornos depresivos.

En relación a los egresos del Servicio de Psiquiatría en los hospitales del país (Ministerio de Salud, op. Cit.) en 1994, de un total de 2.664 egresos, el 38.1% se dio en el Hospital Psiquiátrico Nacional, seguido del Hospital Anita Moreno con el 37.3% de los egresos, el Hospital Santo Tomás con el 9.8% y finalmente el Rafael Hernández con 7.9% de los egresos.

En el Hospital Psiquiátrico Nacional de 1,016 de egresos en 1994, el 20% fueron casos de Esquizofrenia, 12.1% fueron casos de Esquizofrenia Paranoide, el 18% fueron casos de Dependencia a Drogas, 12% Psicosis Afectivas y un 30% otros diagnósticos. En el Hospital Santo Tomás, las principales causas de los egresos fueron: Psicosis Afectivas sin especificar 30.1% y el 20.6% Psicosis Maniaco Depresiva.

En un estudio realizado en seis países del Istmo Centroamericano sobre la salud mental en el nivel primario de atención en áreas urbanas y rurales, (Saraceno et. Al., 1993), encontró que en el caso de Panamá, de un total de 3.496 consultas atendidas en los servicios de medicina general en mayores de 14 años, el 5.6% fueron identificados como casos psiquiátricos según el criterio clínico del médico general, siendo la prevalencia encontrada para el área urbana de 0.9% y el área rural de 2%. El 13% de los casos fueron diagnosticados como alcoholismo y farmacodependencia, 3% de los casos habían presentado intentos o ideas suicidas, el 58% de los casos tuvo diagnóstico de depresión, el 35% trastornos neuróticos y un 7% trastornos mayores. De acuerdo a la ocupación de los pacientes el 51% eran amas de casa o jubilados, el 31.5% eran obreros, agricultores, técnicos o profesionales, el 5.5% eran peones o empleados domésticos, 5% estudiantes y personas desocupadas y 1.5% vendedores.

En un estudio realizado más recientemente en cinco comunidades panameñas sobre la percepción y actitudes hacia los desórdenes mentales, (Da Costa et. Al., 1996 EN: OPS, 1996), con 227 informantes claves, se obtuvieron los siguientes hallazgos:

- Los médicos tradicionales son un recurso tanto para la atención de problemas de psiquiatría menor (ansiedad, depresión), epilepsia, psicosis

aguda y otros desórdenes mentales como el "ojeado", los trastornos de conducta, fiebres trastornos del sueño y cefaleas.

- Se busca en primera instancia por problemas de salud física los servicios de salud. Sin embargo ante sus problemas mentales se utilizan otros recursos de la comunidad, como los curanderos, sacerdotes, religiosos, farmacias y amigos. Aunque no se dan cifras un alto número reporta no pedir ayuda.
- Se percibe la epilepsia, la esquizofrenia, el alcoholismo y la adicción a drogas como enfermedades severas, mientras que la neurosis depresiva, el episodio de manía o hipomanía y la depresión psicótica se perciben como problemas y no enfermedad.
- El pronostico para los problemas es mejor que para las consideradas enfermedad, con una correlación directa sobre la posibilidad de vivir en familia, posibilidad de trabajar, de casarse o vivir en pareja.
- Se identificó el alcoholismo y la adicción a otras drogas, el retardo mental y la epilepsia como los trastornos mentales más frecuentes. Y la esquizofrenia como la enfermedad mental más severa.

En cuanto a la situación de los servicios, aunque en la actualidad las políticas generales de salud contemplan la salud mental como un componente importante de la salud de la población no se cuenta con un Plan Nacional de Salud Mental. El 80% de los servicios de salud mental son provistos por el sector público, un 15% por el sector privado y un 5% por el sector privado sin fines de lucro.

En relación a los recursos existentes, el Programa Nacional de Salud Mental tanto del Ministerio de Salud como de la Caja del Seguro Social, cuentan con una asignación presupuestaria limitada.

En el país existen dos instituciones psiquiátricas de carácter nacional, el Hospital Psiquiátrico Nacional y el Hospital Anita Moreno, aunque en comparación con el año 1990, el número de camas ha tendido a disminuir en un 33%. En la actualidad hay 670 y 380 camas, respectivamente. Existe, en el resto de las instalaciones hospitalarias de las provincias, un aproximado de 75 camas en total para pacientes de los servicios de psiquiatría, con excepción de Colón, Herrera, Darién, Veraguas y San Blas. Adicionalmente, existe una clínica privada especializada en pacientes de psiquiatría con disponibilidad entre 10 a 20 camas. Desde el punto de vista médico funcional y arquitectónico, la mayoría de los servicios de psiquiatría y hospitalización no reúnen las condiciones y estructuras físicas y ambientales adecuadas para la atención de los pacientes, lo cual constituye un elemento propiciador de las violaciones a los derechos humanos del enfermo mental. Cabe resaltar, que un considerable número de camas, estimado en un 20% aproximadamente, de los Hospitales Psiquiátricos es ocupada por pacientes crónicos, muchos por causas ajenas a la enfermedad mental.

En relación a los recursos humanos, según datos de 1994 del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, existen en el país laborando en las

instituciones públicas un total de 92 Psiquiatras, 45 Psicólogos Clínicos, 64 Enfermeras y 10 Trabajadores Sociales. La mayoría de los recursos se encuentra concentrado en la Región Metropolitana y San Miguelito, en centros Hospitalarios y Policlínicas de la Caja del Seguro Social.

En cuanto a la legislación vigente, los aspectos relacionados con la salud mental consignados en la Constitución de la República, el Código Sanitario y el Código Civil son insuficientes, inadecuadas y en algunos casos obsoletas.

Sin embargo, frente a esta situación descrita existen aspectos importantes que resaltar, siendo el más relevante las acciones que desde 1980 se vienen realizando en nuestro país de cara a impulsar la re-estructuración de los servicios de atención psiquiátrica, así como el desarrollo de acciones de la salud mental en el campo de la promoción de la salud (Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud, 1996).

e) Situación de la salud de los trabajadores en las Américas.

De acuerdo al informe de la Organización Panamericana de la Salud(OPS), sobre las Condiciones de Salud en las Américas, entre 1980 y 1990 la situación de salud de los trabajadores se vio afectada fundamentalmente por tres procesos: los cambios en la estructura laboral y de salarios, los cambios en los factores de riesgo en el microclima laboral y los cambios en la organización del proceso de trabajo.

e.1- Los cambios en la estructura laboral y en el poder adquisitivo.

En los últimos decenios han ocurrido cambios muy significativos en el mercado laboral de América Latina y el Caribe.

Según el informe mencionado de la OPS, el crecimiento de los grandes centros urbanos se debió en parte a las corrientes migratorias provenientes de las zonas rurales, lo cual se tradujo en una reducción de la población dedicada a la producción agrícola y subsistencia.

El empleo en actividades no agrícolas pasó de 44% en 1950 a 67% en 1980 y a 74% en 1990; sin embargo en términos absolutos se estima que existen en la subregión aproximadamente unos 40 millones de personas realizando actividades agrícolas.

El 75% de las familias que viven en zonas rurales no disponen de tierras cultivables. Una buena porción de las personas en las áreas rurales se dedica ha actividades asalariadas en unidades de producción modernas o empresas agroindustriales de manera permanente, pero existe una gran mayoría que combina la producción de subsistencia con trabajos temporales en este tipo de empresas desarrolladas.

Las condiciones de trabajo que generalmente acompañan a los trabajadores agrícolas se caracteriza por ser altamente riesgosas, relacionados sobretodo con accidentes e intoxicaciones por plaguicidas; acceso limitado a servicios de

salud; viviendas precarias, dieta no balanceada, cohabitación con animales domésticos y baja remuneración

A nivel urbano, el mercado laboral ha cambiado significativamente con el surgimiento y crecimiento acelerado de importantes sectores a la llamada economía informal, una proporción creciente de la población económicamente activa al trabajo en industrias y servicios, y una incorporación creciente de mujeres asalariadas, además de importantes corrientes migratorias de trabajadores productivos.

Citando el informe sobre las Condiciones de Salud de las Américas, "en los últimos 10 años el poder adquisitivo de los trabajadores sufrió un gran deterioro como consecuencia de las crisis inflacionarias, el atraso de los reajustes y el desequilibrio entre el monto de los reajustes salariales y el costo real de la canasta básica. Las remuneraciones reales de los trabajadores medidas por los salarios agrícolas e industriales, cayeron en la década de 1980 en un 10% en términos reales, los salarios mínimos y los de la construcción lo hicieron en 15% y en el sector informal en un 40%". Este deterioro del salario conjuntamente con el aumento del desempleo han contribuido al crecimiento de la pobreza y a las migraciones de trabajadores productivos de la Región hacia otros países y regiones.

Y continúa diciendo el informe, que como consecuencia de esta situación la población trabajadora, ha tendido ha nivelar sus ingresos con acciones como la

extensión de la jornada de trabajo con horas extras y el multiempleo; otra manera ha sido incorporando otros miembros de la familia en el mercado de trabajo como lo son los niños, las mujeres y las personas de edad avanzadas; limitando así las posibilidades de actividades de recreación, salud física, educación, con los consiguientes problemas de deterioro de la salud.

e.2- Los cambios en los factores de riesgo del microclima laboral

De acuerdo al informe sobre las Condiciones de Salud de las Américas, este aspecto se refiere a los factores de riesgo presentes en el ambiente laboral, tales como los riesgos químicos, biológicos, físicos o mecánicos, de la organización y psicosociales.

Los cambios en el mercado de trabajo urbano y rural han significado cambios sustanciales en la estructura de riesgos laborales, a los cuales se encuentra expuesta la población económicamente activa y sus familiares. Si bien no existe información suficiente sobre el impacto de estos cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad, dichos riesgos continúan latentes en los puestos de trabajo con muy escaso control sobretodo en las actividades agrícolas y la minería. De ahí que se considere que los factores de riesgo laboral constituyen una prioridad para muchos de los países de la región, la mayoría de los cuales no han desarrollado todavía la capacidad para atender adecuadamente las necesidades de promoción y protección de la salud de los trabajadores.

e.3- Los cambios en la organización del proceso de trabajo.

En este componente se identifican los sistemas de salarios-incentivos y la transferencia tecnológica.

Los sistemas de salarios están en función de aumentar la productividad y eficiencia de los trabajadores acelerando el ritmo o frecuencia del trabajo, en muchos casos ello ha incidido en un aumento de los movimientos repetitivos o forzados y las malas posiciones corporales, afectando entre otros el sistema osteomuscular.

La transferencia de tecnología ha contribuido al desarrollo de la capacidad de producción de los países y con ello a un incremento de la producción nacional, pero ha traído también un incremento en los riesgos para la salud y el ambiente, tal es el caso por ejemplo de la introducción de agroquímicos, pesticidas y plaguicidas, así como la introducción de maquinarias y sistemas de montaje lineal que muchas veces ocasionan problemas ergonómicos, del sistema osteomusculatorio, fatiga, estrés, problemas acústicos o dérmicos.

La acción sinérgica de estos tres procesos: los cambios en la estructura laboral, en los factores de riesgo y en la organización del proceso laboral; se ha reflejado en un incremento de los accidentes de trabajo, así como de las enfermedades ocupacionales y el estado general de salud de los trabajadores.

Las estadísticas sobre accidentes y mortalidad por accidentes de trabajo en América Latina y el Caribe han reportado un aumento en el sector de la

construcción y minería. Los accidentes han estado asociados a caídas, electrocuciones, intoxicaciones y accidentes causados por maquinaria y equipo de trabajo, ahogamiento, sofocación mecánica e incendio.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que el costo de los daños causados por accidentes de trabajo representa entre el 1 y 4% en los países desarrollados y que hasta un 10% del Producto Interno Bruto (PIB) en los países en desarrollo.

Basado en información de la seguridad social en 14 países latinoamericanos, se calcula que la pérdida de días de trabajo por accidentes entre 1982-1989 fue de 38 millones de días por año.

El costo de estas pérdidas es oneroso para los países, en Colombia por ejemplo se calculó que el costo promedio que tiene un accidente de trabajo es de alrededor de $180.00 dólares, mientras que en Estados Unidos de Norteamérica se estimó que en 1990 se gastaron alrededor de 6.3 millones en accidentes que ocasionaron incapacidad, siendo un alto porcentaje de estas, aproximadamente entre 30 y 31%, lesiones de la espalda.

En cuanto a las enfermedades ocupacionales, las más comunes son: pérdida de la capacidad auditiva, intoxicaciones por metales, plaguicidas y disolventes, silicosis, bisinosis, enfermedades dermatológicas y del sistema osteomuscular.

La silicosis es muy común en los trabajadores de la minería, construcción y actividades que producen polvo, estimandose que la población en riesgo en América Latina es de 8.5 millones de trabajadores.

La bisinosis es una enfermedad que en estado avanzado provoca bronquitis crónica y efisema, calculándose en Colombia una prevalencia de 28% entre 191 trabajadores expuestos y 60 examinados.

El uso de plaguicidas se incrementó de 1.5 millones de toneladas en 1970 a 3 millones en 1985 y se estima que en los próximos 10 años las ventas se dupliquen especialmente en los países en desarrollo. Se estima que anualmente la cifra de casos de intoxicaciones ocupacionales por plaguicidas es de 25 millones en el mundo; en Centroamérica, en cinco países del istmo, durante 1980-1988 el total de casos de intoxicaciones por plaguicidas fue de 27.745 sujetos, los plaguicidas más comúnmente relacionados a estos casos fueron los organofosforados y carbamatos, siendo el grupo más afectado entre los 19 y 34 años de edad. Junto a Panamá, México, Colombia y Brasil los países Centroamericanos constituyen las zonas de mayor problema de salud ambiental por el uso de plaguicidas agrícolas en América (Molina, 1993).

Sin embargo, existen limitantes en la Región para un mejor conocimiento de estos problemas entre la población trabajadora, entre estos podemos señalar los siguientes:

Existe un subregistro de enfermedades ocupacionales alto, se estima que en América Latina aproximadamente un 1 % de los casos de enfermedades ocupacionales se notifica anualmente, ello se debe entre otras causas a la falta de preparación del personal de salud, las limitaciones existentes para el diagnóstico y notificación, la deficiente información a los trabajadores y el desconocimiento por parte de estos acerca de los efectos de los factores de riesgo.

Otro aspecto importante lo constituye la inadecuada legislación laboral y la deficiente aplicación de las mismas en materia de salud laboral. En este sentido por ejemplo el derecho compensatorio sigue basado en el salario devengado y primando sobre la prevención; la valoración de la pérdida de la capacidad laboral sólo considera los daños anatomofisiológicos ignorando los psicosociales y trastornos mentales.

Finalmente podemos decir que la investigación sobre salud y trabajo en Latinoamérica es precaria, y no se han activado mecanismos para la articulación de recursos financieros, técnicos y humanos para la producción, difusión y formación en esta área.

e.4- Consideraciones sobre la situación de la salud mental de los trabajadores en las Américas.

La información sobre el estado de la Salud Mental de los trabajadores en la subregión latinoamericana es muy escasa, existen estudios parciales que parecen indicar que la proporción de enfermedades psiquiátricas en los trabajadores es mayor que el promedio de la población general (Berman, 1993) De igual manera se desconoce la asociación existente entre los riegos derivados del proceso laboral y trastornos mentales severos, cuya importancia por las repercusiones que tiene constituyen un reto para la salud pública, tal es el caso por ejemplo del suicidio en la población trabajadora. Al respecto en un análisis realizado por Gustavo Molina (Molina, op. Cit.PAG.279) acerca de diversos estudios sobre la utilización de plaguicidas en la subregión de Centroamérica en las zonas de desarrollo agroindustrial, se llegó a determinar que "el comportamiento de las defunciones por intoxicación directa es diferente del de los casos que se recuperan. Algunos son accidentes, especialmente en niños, pero en otros, en porcentajes de 10-60%, son intentos de suicidio, siendo las sustancias más frecuentes los insecticidas organofosforados y los herbicidas como el Paraquat". El análisis continúa señalando que si bien el mecanismo de la intoxicación es diferente, se produce en un contexto en el cual los casos son trabajadores agrícolas que tienen fácil acceso a plaguicidas, de ahí que el problema deba ser abordado de manera integral.

El estudio de las enfermedades mentales en la población trabajadora en Latinoamérica no ha sido muy extenso, en gran medida la influencia de los enfoque tradicionales de la medicina del trabajo y de la psiquiatría centrados fundamentalmente en los riesgos físico-químicos y en la enfermedad mental han determinado en el mejor de los casos estudios sobre patologías muy específicas tales como el Alcoholismo (Caetano, 1984). Al respecto Berman señala que dichos estudios "profundizan cada vez más hacia dentro del individuo, hacia los niveles biológicos y psicológico pero no más allá de éstos, o sea, en las condiciones sociales y económicas que determinen ese estado de enfermedad".

De lo antes expuesto se desprende la importancia de considerar en los estudios de los trastornos mentales la multifactorialidad en las determinaciones del binomio salud-enfermedad, así como las condiciones particulares del proceso laboral en que transcurre dicha relación; corresponde, por tanto que sea estudiada desde distintos campos teóricos, con una perspectiva interdisciplinaria e histórica. La salud mental debe ser abordada en el campo integral de la vida humana y de la salud, abandonando el enfoque tradicionalde la psiquiatría".

Sin embargo a pesar de la deficiencia en la información disponible es posible suponer que los cambios en los procesos de trabajo, reflejados fundamentalmente en cambios tecnológicos y las modificaciones en la organización del trabajo en la región latinoamericana, han producido cambios en

los perfiles epidemiológicos de la población trabajadora colocando en primer plano los problemas relacionados con los trastornos mentales, las enfermedades psicosomáticas y la fatiga patológica.

Por otro lado pese al aumento progresivo que experimentan estos problemas, aún no se reconoce su origen en el proceso laboral y se siguen tratando de ocultar. El surgimiento de dichos problemas y su reconocimiento en el ámbito laboral implica reconocer la importancia que tienen los factores de riesgo ocasionados por la organización laboral, las relaciones sociales de producción, las condiciones de trabajo, así como la actividad laboral en sí, y por ende la importancia de introducir cambios dirigidos a promover la humanización del trabajo, lo cual muchas veces es un fin contradictorio con los fines económicos de quienes detentan la propiedad de los medios de producción.

Según Noriega (1993) "las consecuencias de los cambios producidos así como su negación se expresan en cuatro planos: a) El surgimiento de nuevas o la agudización de antiguas exigencias laborales; b) La carencia, disminución, ausencia o desaparición de muchos elementos básicos para el desarrollo del trabajo humano; c) el estrés agudo y crónico y la fatiga como elementos mediadores de la patología vinculada a las nuevas formas de organización laboral y; d) La patología indisolublemente vinculada a estos cambios como son los trastornos mentales, psicosomáticos, la fatiga patológica y la sobre

morbilidad en ciertos grupos, el incremento de la mortalidad y el consecuente acortamiento en la esperanza de vida".

e.5- Algunos aspectos sobre la situación de salud de los trabajadores bananeros.

En nuestro país una de las actividades productivas importantes lo constituye la explotación agroindustrial del banano la cual emplea un volumen grande de mano de obra. En su proceso de surgimiento y desarrollo se pueden identificar cinco fase (Hernández, 1991) :

- 1ª fase (1860-1899) inicios de la producción y comercialización con la Frank Brother Co.
- 2ª fase (1899-1930) se constituyen los enclaves bananeros con establecimiento de la United Fruit Co. y la Standard Fruit Co.
- 3ª fase (1931-1946), crecimiento, expansión y consolidación de los monopolios extranjeros.
- 4ª fase (1946-1954), con el desarrollo de los Estados Nacionales, se inician los intentos de exigir a las empresas extranjeras un aumento en los impuestos de importación.
- 5ª fase (1954-1975), se forman las empresas multinacionales. A partir de esa época hasta nuestros días, se dá inicio a un proceso progresivo de decadencia de los grandes consorcios extranjeros y surgimiento de los

productores nacionales que venden su producción y alquilan sus tierras a las compañias extranjeras. Tal es el caso de la Cooperativa Bananera del Atlántico (COOBANA), empresa cooperativa dedicada a la producción de banano desde Agosto de 1992 y cuyo producto es comprado y comercializado por la CHIRILANCO, su antecedente inmediato fué la Corporación Bananera del Atlántico (COBANA) empresa estatal fundada en los años de 1970, como consecuencia de un proceso de nacionalización de dicha industria y que posteriormente cierra sometiendo sus propiedades a venta pública, dándo origen a la empresa COOBANA.

En el trabajo realizado por Hernández, se describen, entre las causas más importantes de deterioro de la salud de los trabajadores bananeros las siguientes: prolongación de la jornada de trabajo, las condiciones del medio físico en que se ejecuta el trabajo, el uso incontrolado de plaguicidas, la insuficiente capacitación del trabajador, la relativa falta de medios de protección, el trabajo a destajo y los bajos salarios.

En cuanto a sus condiciones de salud, Hernández señala lo siguiente: "en la década de 1920, la lucha contra las enfermedades tropicales se extiende hacia las regiones bananeras de Bocas del Toro. No obstante en 1931, las tasas de mortalidad por malaria alcanzan un 9.4 por mil empleados de las bananeras, y en Puerto Armuelles el plasmodium en la sangre aparecía entre un 35% a 58% de la población. Las afecciones más comunes en el área bananera (en

especial entre los indígenas) son: la Desnutrición, la Tuberculosis, las Intoxicaciones por Plaguicidas y los Accidentes de Trabajo.

La atención sanitaria es brindada mediante la creación de una red de dispensarios ubicados en las fincas bananeras, reduciéndose la actividad a dar servicios básicos o primarios al trabajador enfermo. Posteriormente, con la construcción de los Hospitales de Almirante y Changuinola en Bocas del Toro y el Hospital de Puerto Armuelles en Barú, así como la red de Centros de Salud, los servicios de salud han logrado aumentar la cobertura de los programas de salud ocupacional".

El trabajo realizado por Gustavo Molina (Molina, 1993), sobre la situación de salud de los trabajadores rurales, permite proporcionar un marco general dentro del cual ubicar las características particulares del trabajador de las bananeras.

Según Molina el desarrollo y expansión de la industrialización en el campo ha determinado un proceso de proletarización que se traduce en inestabilidad en el empleo, subempleo y migraciones del campo a la ciudad o intrarrurales, sujetas al carácter estacional de los cultivos. Sin embargo, la estructura agraria polarizada resultante de este proceso, ha dado lugar a formas y condiciones de trabajo muy disímiles para la población agrícola, pudiéndose identificar al menos dos procesos productivos presentes:

La forma agroindustrial, intensivo de exportación, que se caracteriza por la utilización de tecnología moderna, fertilizantes y plaguicidas. En esta forma de

producción se integran las fases agrícola, industrial y comercial. Supone contratación de mano de obra asalariada permanente o temporal y transforma a grandes grupos de campesinos e indígenas en asalariados de hecho.

La forma tradicional de producción de autoconsumo o cuasi subsistencia, caracterizada por procesos de trabajo artesanales, participación de todo el grupo familiar en las labores productivas y poca integración de la producción al mercado. En esta forma se concentra a un gran número de jornaleros agrícolas temporales que trabajan indistintamente como asalariados estacionales o en sus pequeñas parcelas.

A partir de estos dos modelos de producción agrícola, Molina identifica tres grandes grupos de trabajadores del campo:

- Los campesinos propietarios, trabajadores permanentes en sus pequeñas parcelas y sometidos a una sobrecarga de trabajo y a remuneraciones exiguas en condiciones de vida precaria.
- Los asalariados permanentes, que dependiendo del tipo de cultivo, pueden realizar faenas fabriles, de preparación de terrenos, siembras y fumigaciones y son los que enfrentan más comúnmente los riesgos de la mecanización y los plaguicidas.
- Existe un tercer grupo, el de los trabajadores temporales o estacionales, que en cierta medida están incorporados a los dos grupos anteriores.

Tomando en consideración las características de ambos modelos de producción y las características de las fuerzas de producción (hombre y tecnología), Molina señala las posibilidades de plantear la existencia de riesgos para la salud comunes a la población de trabajadores agrícolas tales como: una situación alimentaria-nutricional deficiente, malas condiciones de vivienda y saneamiento básico, bajo nivel de educación y aislamiento socio-cultural, trabajo estacional con largas jornadas laborales, exposición a plaguicidas de todo tipo, accidentes por instrumentos de trabajo agrícola y maquinaria.

Sin embargo, el autor también señala la posibilidad de identificar características del perfil de los trabajadores asalariados de la agroindustria diferentes a las de los campesinos de agricultura de subsistencia.

- **Perfil epidemiológico del asalariado agrícola.**

Los problemas de salud de estos trabajadores se asocian con:

Largos períodos de desempleo, malas condiciones de trabajo y bajos salarios, con lo cual se estimula la migración.

El manejo de maquinarias y tractores con su secuela de accidentes de trabajo y problemas ergonómicos y del sistema osteomusculatorio.

Exposición permanente a plaguicidas, con su secuela de problemas de intoxicación, trastornos neurológicos, cáncer, mutaciones o malformaciones congénitas, envenenamientos, problemas dérmicos y esterilidad masculina.

Enfermedades infecciosas y la desnutrición.

Desgaste físico con sus secuelas de alcoholismo y enfermedades asociadas al estrés.

- Perfil epidemiológico del pequeño propietario de autoconsumo.

En este grupo los problemas se asocian a:

Trabajo físico pesado.

Alto consumo calórico.

Malas condiciones de vida y alimentación.

Morbimortalidad determinada por enfermedades infecciosas, enfermedades por vectores, envenenamiento por picaduras y desnutrición.

En el caso particular de los trabajadores de las empresas bananeras de Bocas del Toro, el programa de Salud Ocupacional de la Caja del Seguro Social en dicha región, ha logrado realizar un seguimiento de algunos grupos de trabajadores que por la naturaleza de su trabajo y la exposición a los riesgos laborales expuestos, son considerados como grupos de alto riesgo. Entre estos se encuentran los manipuladores de sustancias organofosforadas, los manipuladores de herbicidas y los embolsadores.

El mapa descriptivo (Palmer, 1988), elaborado por el Programa de Salud Ocupacional, sobre los riesgos y condiciones laborales de los trabajadores "embolsadores" nos permite obtener una idea de la situación en que estos trabajadores desarrollan sus faenas cotidianas. Entre los factores de riesgos señalados en el Mapa se encuentran los siguientes:

Riesgos Físicos.

- Medio ambiente caluroso y húmedo, con lluvias frecuentes.
- Terreno accidentado, mojado que propicia la caída y posibles accidentes.
- Recorrido de 4 a 5 hectáreas diarias caminando, con instrumentos pesados de trabajo, aproximadamente 40 libras de carga(bolsas, escalera, machete, chuza y cuchillo).
- Peso exagerado del racimo de la fruta.
- Peso exagerado y continuo de la escalera de trabajo.
- Heridas cortantes por los instrumentos de trabajo.
- Traumas del sistema osteomuscular como consecuencia del peso y posiciones inadecuadas de trabajo.

Riesgos Químicos.

- Alteraciones dermatológicas por el manejo de bolsas, impregnadas en químicos, como el Dursban.
- Exposición a Mercaptano y látex del banano.
- Accidentes o lesiones de la vista como consecuencia de la exposición a los químicos.
- Exposición a riego aéreo de Imasalil, Tilt, Dipel, Aceite Agrícola.

Riesgos Biológicos.

- Picaduras de animales ponzoñosos e insectos.

Riesgos relacionados con la organización del trabajo.

- Trabajo a destajo.
- Horarios prolongados de 8 a 10 horas diarias.
- Supervisión estrecha.
- Ausencia de control sobre la faena.

Riesgos Psicosociales.

- Alto consumo de bebidas alcohólicas.

La faena diaria de los embolsadores es similar para todos, recorriendo grandes extensiones de terreno a campo abierto, cada uno tiene la responsabilidad de cubrir 25 hectáreas en 6 días, con sus instrumentos de trabajo a cuestas, siendo su remuneración a base de número de hectáreas cubiertas. En la actualidad existen en total un aproximado de 700 trabajadores laborando como embolsadores entre todas las empresas existentes en la provincia.

El grupo de las empacadoras está caracterizado por realizar un trabajo en cadena, es decir su organización es el diseño típico de una cadena de montaje, en la cual 70 trabajadores realizan cada uno una actividad diferente, especializada, repetitiva, prácticamente estática sin muchos movimientos de traslado respecto a los embolsadores. En estas condiciones la descripción de los riesgos a que están expuesto los trabajadores de las empacadoras, se diferencia de acuerdo a la labor que realiza dentro de la empacadora. Podemos identificar los siguientes:

- El que quita los plásticos: está expuesto a la inclemencia del tiempo y de animales ponzoñosos que estan entre los racimos, además de heridas cortantes o lesiones de la vista.
- El que tira o jala los racimos de fruta: está expuesto a sufrir lesiones por caídas o accidentes con el medio de transporte el cual puede ser un animal o tractor. Los que realizan esta labor a pie sufren de problemas osteomusculares ocasionados por las posiciones y el esfuerzo que deben realizar.
- El que desengancha: tiene posibilidades de sufrir lesiones con las varillas al momento de soltarlas y malestares del sistema osteomuscular por posiciones incorrectas e inadecuadas de trabajo.
- El desmanador: tiene riesgos de sufrir heridas cortantes y traumas con los "roller" al bajar los pizotes, de igual manera tiene posibilidades de sufrir caídas y esguince al poder resbalar de las plataformas mojadas sobre las cuales están parados.
- El varillero o amarra roller: el riesgo principal es el de sufrir algún trauma ocasionado por las varillas u objetos de trabajo.
- Los seleccionadores: están expuestos a herbicidas, lesiones en la vista por contacto con objetos o sustancias impregnados de químicos como el latex, heridas cortantes, micosis de manos y uñas, reacciones alérgicas a químicos, traumas o esguinces al resbalar o caer por el piso húmedo.

- El que clasifica: está sujeto al contacto con sustancias químicas, con riesgos de sufrir problemas de la piel, alergias y lesiones en la vista; además de la exposición a un ambiente de humedad contínua, con problemas de micosis y enfermedades respiratorias.
- Etiquetador: está expuesto a sufrir de fatiga muscular por movimientos contínuos y repetitivos, además de fatiga visual por movimiento giratorio del paraguas o mesa giratoria.
- Empacador: realiza sobre esfuerzo por malas posiciones en el manejo de las cajas, lesiones ungueales, contacto químico y trauma por caídas o heridad cortantes.
- El cosedor de cajas: tiene riesgos de sufrir traumas y heridas por accidentes con la maquinaria de trabajo.
- El armador de cajas: está expuesto a malestares y lesiones en el sistema osteomuscular por movimiento repetitivo de flexo-extensión de la columna.
- Estibadores: están sujetos a sufrir lumbalgias, trastornos ergonómicos y caídas.

Cabe señalar que todas estas labores son realizadas, bajo un sistema de compensación o salario por destajo. La producción óptima es de aproximadamente 6,000 cajas diarias en 10 horas, por planta empacadora. Cuando se requiere de un rendimiento extraordinario, como por ejemplo la producción entre 8,000 y 10,000 cajas diarias, se establecen jornadas con 15

minutos de receso entre jornada y 30 minutos de almuerzo; lo cual hace que el trabajador deba realizar el trabajo con gran presión, destreza, concentración, pericia, de manera rápida y semiautomatizada y bajo estrecha supervisión. En la actualidad se estima en 2,100 trabajadores los que laboran en toda la provincia en plantas empacadoras de banano.

En relación a las lesiones y traumas por riesgos profesionales más comúnmente atendidos en el Programa de Salud Ocupacional (Palmer, 1988), en la población trabajadora de las zonas bananeras durante 1988, se reportaron los siguientes datos:

- En lesiones ortopédicas de un total de 252 casos, el 28.9% fueron lumbalgias, 65.8% fracturas y esquinces.
- De un total de 179 lesiones oftalmológicas, el 8.3% fueron heridas, 15.6% traumas y 75.9% contacto con sustancias químicas.
- En lesiones dermatológicas excluyendo las heridas de un total de 153 lesiones, 90.1% fueron dermatosis por contacto químico, 9.8% por quemaduras.
- Se reportaron 35 casos de intoxicaciones, de los cuales 77.1% por ponzoña animal, 8.5% por nematicidas organofosforados, 8.5% por gas clorado y 5.7% por paraquat.

- En relación a heridas, de un total de 1.289 heridas, el 56.9% fueron en los dedos de las manos, 8.5% en la palma de la mano, 6.9% en las piernas, 5.9% en los pies, 5.7% en las rodillas, 4.4% en la cabeza.
- De un total de 919 casos traumatológicos, el 10.5% fue en las rodillas, 10.2% en el tórax y abdomen, 9.9% en las manos, 8% en los hombros, 7.1% en los pies, 6.7% en las piernas, 6.4% politraumatismos y 5.6% en la cabeza.

Más recientemente, durante 1994, el Programa de Salud Ocupacional[9] reportó un total de 107 casos de enfermedad profesional, en su mayoría relacionados con trastornos alérgicos cutáneos y respiratorios por agroquímicos, lumbalgias secundarias y osteoartrosis por movimientos repetitivos y por manejo manual de cargas inapropiadas, hipoacusias secundaria, trauma acústico de origen industrial y síndrome del túnel carpal secundario.

Durante ese año, se dieron 3.673 consultas por accidentes laborales y sus secuelas, reportando 1.859 casos nuevos en un total de 22.000 trabajadores, para una tasa de incidencia de 0 . 845 de trabajadores expuestos, siendo el 96% de los casos trabajadores de sexo masculino. El grupo de edad con mayor frecuencia de accidentes fue el comprendido entre 30 a 39 años con 16.5% de los casos, seguido del grupo entre 20 a 29 años con 15.7% y el de 40 a 49 años con 10.9% de los casos.

---

[9]Esther Palmer. Evaluación de actividades del Programa de Salud Ocupacional de la Caja del Seguro Social en la Provincia de Bocas del Toro, 1994.

En relación a los problemas de Salud Mental en los trabajadores bananeros, aunque en opinión del personal del Programa de Salud Ocupacional los casos de crisis de ansiedad y depresión son muy comunes y en mayor frecuencia los relacionados con el consumo de alcohol, no existen datos estadísticos que permitan analizar la magnitud de los mismos, los casos detectados son referidos al servicio de psiquiatría para su diagnóstico y tratamiento.

3.4. Hipótesis teorica y estadística de trabajo.

Dado que nuestro estudio es descriptivo no amerita la formulación de hipótesis sin embargo, del objetivo de la investigación es posible formular una hipótesis sustantiva en los siguientes términos: se desconoce la prevalencia de trastornos mentales en la población de embolsadores y empacadores de las empresas bananeras de Bocas del Toro.

En forma estadística nuestras hipótesis son:

H_0 La prevalencia de trastornos mentales encontrados entre los empacadores y los embolsadores es 0.

H_1 La prevalencia de trastornos mentales encontrados entre los empacadores y los embolsadores es mayor a 0.

3.5. Definición de las variables del estudio.

Para el desarrollo del estudio hemos considerado las siguientes variables:

a) Variable principal

a.1. Definición de trastorno mental o psiquiátrico

Todo trastorno manifiesto de las funciones mentales bastante específico desde el punto de vista clínico para que pueda identificarse con seguridad refiriéndolo a un patrón claramente definido, y bastante grave para que origine una pérdida de capacidad profesional o de adaptación social en grado tal que determine una ausencia del trabajo o la aplicación de medidas judiciales o sociales.

b) Otras variables consideradas.

Como variables consideradas para describir la variable principal se identificaron dos grupos de variables, aquellas relacionadas con el tipo de trabajo y aquellas referidas a las características del trabajador.

b.1. Tipo de trabajo:

Definición:

De acuerdo al marco teórico y conceptual existen ciertos factores determinados por la organización, el objeto y la tecnología de trabajo que dan como resultado un conjunto de caracterísiticas del proceso laboral y de las condiciones de trabajo. Para efectos de nuestro estudio en la población de trabajadores investigada dichas caracterísiticas se diferencian según el tipo de trabajo que realiza, en nuestro caso los trabajadores que laboran en el área de empacadoras y los que laboran en las fincas como embolsadores.

Así pues definimos las categorías:

- **Embolsadores**: entendiendo por ello el trabajador que labora en las fincas bananeras, realizando como tarea el recorrer de 3 a 5 hectáreas diarias a campo abierto, cargando una escalera, bolsas de plásticos impregnadas de químicos y cuhillo; su actividad consiste en embolsar los racimos de bananos con bolsas plásticas para proteger el banano. Está expuesto a sufrir lesiones, traumas y heridas por cortadas, caídas, posiciones inadecuadas de trabajo, sobreesfuerzo físico al cargar 40 libras aproximadamente y caminar grandes extensiones; la exposición y contacto con sustancias químicas lo hace sufrir comunmente problemas en la piel, la vista y reacciones alérgicas; aunque posee estrecha supervisión tiene libertad para organizar su rutina

diaria, es recompensado a destajo, es decir por el número de hectáreas cubiertas.

Empacadores: es aquel trabajador que labora en un área denominada Empacadora, la cual está diseñada para limpiar, seleccionar, clasificar, empacar y estibar las cajas a un furgón; existe una gran división del trabajo compuesto por 12 puestos específicos en los cuales la productividad depende uno del otro. El trabajador se caracteriza por realizar un trabajo repetitivo, semiautomatizado, de muy poca movilidad dentro del área, de acuerdo al trabajo específico que realiza. Dependiendo del trabajo que realiza el trabajador está expuesto a riesgos como el contraer enfermedades de la piel y respiratorias por el ambiente húmedo de las empacadoras y el contacto con objetos y sustancias con químicos; como consecuencia de las herramientas e instrumentos de trabajo puede sufrir lesiones cortantes y traumas por caídas; dadas las condiciones ergonómicas, movimientos repetitivos y sobre esfuerzo físico en el peso de las cajas sufre de problemas osteomusculatorios o de fatiga física; además de laborar bajo presión y en estracha supervisión existe muy poca posibilidad de introducir o realizar cambios en la rutina de trabajo lo cual limita su capacidad intelectual o creatividad.

b.2. Características del trabajador.

Entre las variables o características del trabajador dada las facilidades de su medición, se consideraron las siguientes:

Edad: Edad cronológica o años de vida de la persona.

Número de Hijos dependientes: toda persona que es producto de un acto de procreación, de un acto legal o que es acogida como tal y es mantenida en la satisfacción de sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, salud y vestido.

Nivel de Ingresos: la totalidad neta de dinero, que se percibe como producto del trabajo realizado.

Nivel de Escolaridad: estudios realizados formalmente en un centro educativo.

Años de Antigüedad: tiempo cronológico de estar realizando una misma ocupación o labor.

IV-. MARCO METODOLÓGICO

IV. MARCO METODOLOGÍCO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación por sus objetivos es de tipo descriptiva, ya que persigue analizar el comportamiento de los Trastornos Mentales en un momento dado, en una población con características específicas, su frecuencia en términos de tasa de prevalencia, describe su distribución de acuerdo a variables del estudio.

Por el tratamiento de los datos y el análisis de las variables, el estudio es comparativo ya que se plantea agrupar y comparar los datos en función de dos grupos según el tipo de actividad laboral: empacadores vs embolsadores.

4.2. ÁREA Y PERÍODO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en los meses de Mayo y Julio de 1996, en la Provincia de Bocas del Toro, Distrito de Changuinola. En fincas de dos empresas dedicadas al cultivo del banano: la Chiriquí Land Co.(Chirilanco), División de Bocas del Toro, en donde se seleccionaron trabajadores dedicados a la labor de "embolse" del banano y la Cooperativa Bananera del Atlántico (COBANA) en donde se seleccionaron trabajadores dedicados al proceso de "empaque".

4.3. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

El universo de referencia del estudio lo constituyeron los 387 trabajadores con 1 o más de un año de estar laborando como EMBOLSADOR en las 40 fincas de la CHIRILANCO en el Distrito de Changuinola, que estaban activos durante el período de aplicación del instrumento. Y los 208 trabajadores con un año o más de estar laborando en el área de la EMPACADORAS en las 3 fincas de COBANA, que estaban activos durante el período de aplicación del instrumento.

a) Definición de los grupos.

EMBOLSADORES: grupo de trabajadores cuya tarea en el proceso de producción del banano, es colocar una bolsa de plástico impregnada en químicos para proteger los racimos de banano en la planta, debiendo recorrer a pie entre 4 a 5 hectáreas diarias a campo abierto, con 40 libras de cargas aproximadamente.

EMPACADORES: grupo de trabajadores cuya tarea en el proceso de producción del banano, consiste en recibir diariamente los racimos de banano cosechados, desgajarlos en racimos más pequeños, limpiarlos, clasificarlos y seleccionarlos, etiquetarlos, empacarlos en cajas de cartón dentro de bolsas plásticas y embarcarlos en un furgón. Esta labor se realiza en un local semi abierto, con una línea continua operada mecánicamente, estanques de agua,

área para armar las cajas y un área para embarque. Por el tipo de organización del trabajo existe una división de las labores especializada por áreas o secciones.

Operacionalización

Para su operacionalización se definirá como "embolsador" aquel trabajador que además de estar inscrito en la planilla de la empresa como tal, declare en la entrevista que realiza dicha labor. "Empacador" aquel que además de estar inscrito en la planilla como tal, declare laborar en el área de la empacadora. En tal sentido la variable es de tipo discreta, será agrupada según escala nominal en embolsador o empacador y descrita en términos de frecuencia relativa.

b) Criterios de exclusión

Con el fin de controlar el sesgo en las respuestas a la encuesta, se excluyeron del estudio los trabajadores que tenían menos de un año de estar laborando, aquellos que estaban aspirando a cambiar de puesto de trabajo, así como aquellos que hubieran sufrido algún tipo de accidente o trauma en los últimos doce meses al momento del estudio.

Con el fin de uniformar lo más posible las muestras también fueron excluidos los trabajadores no indígenas, así como tambien los del sexo femenino de las empacadoras, ya que entre los embolsadores la gran mayoría era indígena y no existían mujeres trabajadoras.

4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Como referencia del tamaño ideal de la muestra se calculó la misma mediante el Programa para Análisis Epidemiológico (PEPI), con el subprograma para la comparación de dos proporciones independientes de PM. Gahlinger y Abramson(1993-95), versión 2.0.

La respuesta a la pregunta de cuál es el tamaño ideal de la muestra dependió de la especificación de cuatro valores:

a. Valores previstos de las proporciones de la población (P_1 y P_2).

b. Nivel de significación deseado. 100 %

c. Potencia de la prueba, 100(1-)%

Si asumimos que la proporción prevista para los empacadores P_1 =0.24 y para los embolsadores P_2 =0.18[10] , con un nivel de significancia de 0.05 y un poder de la prueba de 80%, el tamaño ideal de la muestra para cada uno de los grupos es de 54 sujetos.

Sin embargo como desconocíamos inicialmente cuántos sujetos iban a ser excluidos del universo y cuántos se negarían a contestar el cuestionario, optamos para la realización del muestreo y selección de los sujetos por seleccionar 120 trabajadores embolsadores y 120 trabajadores de las

---

[10]Matrajt, M. : "en un estudio realizado en México encontró en la población trabajadora una prevalencia de trastornos mentales del 24%, frente a 18.6% en población de ciudades sin industrialización". En el estudio de Silvia Berman sobre la Salud Mental en relación con el trabajo. 1993.

empacadoras, definiéndose como unidad de muestreo y de observación a los trabajadores embolsadores de la CHIRILANCO y los trabajadores de las empacadoras de COBANA.

El procedimiento para su selección consistió en realizar un muestreo aleatorio, mediante las planillas de las Empresas se obtuvo el total de trabajadores que realizan la labor de embolsadores y de las empacadoras, se excluyeron aquellos que tenían menos de 1 año de labor y en base al total de trabajadores embolsadores y de las empacadoras se procedió en cada grupo a enlistar y enumerar a cada trabajador y mediante una bolsa que contenía todos los números para cada grupo por separado, se procedió a sortear uno por uno y anotar sus nombres hasta lograr cubrir la totalidad de la muestra.

En aquellos casos de exclusión, ausencia del sujeto o negación para responder al instrumento no se utilizó reemplazos. De esta manera se les aplicó el cuestionario a un total de 112 embolsadores y 98 empacadores.

4.5. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La recolección de los datos se realizó durante la segunda semana del mes de Mayo y última semana de Julio, para lo cual se sostuvieron reuniones previas con cada empresa para explicar el objetivo de la investigación y coordinar los permisos necesarios, la notificación previa a los sujetos de la muestra, así como

la organización y logística de la actividad. En el caso de los "embolsadores" de la Chirilanco, los cuestionarios fueron aplicados por el propio investigador en un área habilitada para tal fín en el Hospital de Changuinola y entre los empacadores de COOBANA por el investigador y una enfermera entrenada previamente, en un área habilitada en las mismas plantas empacadoras.

En el caso de los embolsadores hubo que utilizar como justificación la realización de una actividad de promoción del programa de salud ocupacional en el Hospital de Changuinola, ya que la empresa no mostró interés en la realización del estudio; de esta forma a los trabajadores se les citó en grupos de 15 y mediante entrevista individual se les aplicó el cuestionario.

El método para la recolección de los datos fué la entrevista individual y el instrumento para la recolección de los datos lo constituyó el Cuestionario de Síntomas (SQR), al cual se le adicionaron algunos ítems con el fin de completar la información respecto a las características de la persona y el trabajo que realiza. (ver referencias del SQR en el Anexo No. 3)

Previamente, el instrumento fué probado en una población del medio ambiente laboral, con el fin de realizar ajustes, entrenar a la enfermera que apoyó en la aplicación del instrumento y controlar las ambigüedades de interpretación de los ítems.

6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Para la tabulación y presentación resumida de los datos los mismos fueron agrupados en función del tipo de variable antes descrita en escalas nominales y de razón.

Los datos fueron analizados estadísticamente de acuerdo a los objetivos y la hipótesis planteada por la investigación. En este sentido el estudio consideró como variable principal la categoría de **trastornos mentales,** siendo esta subcategorizada en **trastornos leves, trastornos graves, trastornos de convulsión y trastornos de alcoholismo.** La hipótesis de trabajo supone que dadas determinadas características en la organización del trabajo y los riesgos a los que se exponen se desconoce la magnitud de los trastornos mentales entre los "embolsadores" y "empacadores" de las empresas bananeras.

Para efecto de operacionalización, se consideraron las definiciones de casos utilizados por el Cuestionario de Síntomas (SQR) y el Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria (Climent y Arango, 1983). Entendiendo que un síntoma es un modo de vivenciar y de comportamiento, reconocible como tal, que destaca de lo habitual y cotidiano propio de las personas de una determinada esfera cultural; el Cuestionario de Síntomas (SQR), identifica cuatro grupos de trastornos:

- Trastornos Leves, serían aquellos casos en los cuales el sujeto responde afirmativamente a más del 55% de los síntomas descritos por el SQR.
- Trastornos Graves, son aquellos casos que responden afirmativamente a cualquiera de los cuatro síntomas descritos en el Cuestionario.
- Trastornos Convulsivos, considerados aquellos sujetos que responden afirmativamente al síntoma descrito en el Cuestionario.
- Trastornos de Alcoholdependencia, son aquellos sujetos que responden afirmativamente a cualquiera de los cinco síntomas descritos para tal fin.

De acuerdo al Manual de Psiquiatría, el Cuestionario permite identificar los Síntomas más frecuentes detectados en los Centros, Puestos Sanitarios y Dispensarios. Para la medición de la variable principal, la cual constituye una variable de naturaleza cualitativa, se utilizó una escala nominal y se describió en términos de frecuencias, proporciones, tasa de prevalencia del momento.

Se consideraron otras variables las cuales se definieron operacionalmente con el fin de describir su distribución como las siguientes:

Edad:

Número de años cumplidos a la fecha del estudio, según lo conteste el sujeto. Se agrupará en intervalos y descrita en términos de Frecuencia Relativa y estadísticamente por medio del Promedio y su Desviación Estándar. Los intervalos serán los siguientes:

15 - 24
25 - 34
35 - 44
45 - 54
55 o más

Escolaridad:

Se refiere al último año de estudios formales cursado, según lo exprese el sujeto, se clasificará en intervalos, se describirá en términos de Frecuencia Relativa, su Mediana y Desviación Estándar. Los intervalos seran los siguientes:

0
1 - 3
4 - 6
1er ciclo
2do ciclo
Universidad

Antigüedad:

Se refiere a los años y meses cumplidos en el ejercicio de la ocupación a la fecha del estudio, según lo exprese el sujeto, se clasificará en intervalos y se describirá en términos de Frecuencia Relativa, Promedio y su Desviación Estándar. Los intervalos seran los siguientes:

1 - 10
11 - 20
21 o más

Ingresos:

Se refiere al salario mensual percibido por la persona, se clasificará en intervalos de acuerdo a lo que exprese el sujeto y se describirá en términos de Frecuencia Relativa, Mediana y su Desviación Estándar. Los intérvalos serán los siguientes:

menos de 100
100 - 249
250 - 399
400 o más

Número de hijos:

Total de individuos que dependen económicamente de la persona, para satisfacer sus necesidades básicas, según lo exprese el sujeto, se clasificará en intervalos y descrita en términos de Frecuencia Relativa, Mediana y su Desviación Estándar. Los intervalos para su clasificación serán los siguientes:

1 - 3
4 - 6
7 o más
ninguno

Para el análisis de prevalencia de trastornos mentales de cada grupo se calculó la Tasa de Prevalencia del momento mediante la fórmula:

$$\frac{\text{Total de Casos identificados al momento del estudio}}{\text{Total de la Muestra de Embolsadores al momento del estudio}} \times 100$$

Para el análisis crudo de las diferencias observadas entre los grupos, se realizó el análisis cruzado de las variables de interés y pruebas de significación estadística utilizando para ello, la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significación de 0.05. Con el fin de realizar el análisis los datos fueron organizados en una tabla de contingencia de 2x2 y cuyo formato es el siguiente:

Efecto

Tipo de Trabajo	con trastorno	sin trastorno	total
Empacadores	a	b	a+b
Embolsadores	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	n

En donde:

a= Empacadores con trastornos mentales.

b= Empacadores sin trastornos mentales.

c= Embolsadores con trastornos mentales.

d= Embolsadores sin trastornos mentales.

a+c= total de sujetos con trastornos mentales.

b+d= total de sujetos sin trastornos mentales.

Las combinaciones de variables utilizadas para el análisis fueron:

tipo de trabajo/tipo de trastorno, tipo de trastorno/trabajo/edad, tipo de trastorno/tipo de trabajo/ingreso, tipo de trastorno/tipo de trabajo/años de antiguedad, tipo de trastorno/tipo de trabajo/escolaridad, tipo de trastorno/tipo de trabajo/hijos.

Como herramienta técnica de apoyo para efectuar la sistematización de los datos y el análisis estadístico se utilizó el Programa de Epi Info versión 4.0.

V-. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Análisis de los resultados

a) Descripción de las características de los dos grupos estudiados

Se aplicaron un total de 210 cuestionarios, de los cuales 112 eran trabajadores embolsadores y 98 eran empacadores; todos los trabajadores encuestados eran indígenas del sexo masculino.

En el **cuadro No. 1** podemos observar que la edad promedio en el grupo de embolsadores fué 37.86 años y en los empacadores fué de 34.7 años. Al observar la probabilidad del análisis de variación la misma es de 0.019, lo que indica que la diferencia observada en las edades promedio en ambos grupos es significativa.

El ingreso promedio fué mayor entre los embolsadores con B/289.97 mientras que en el grupo de empacadores fué de B/233.28. Al observar la probabilidad del análisis de variación en el promedio de ingresos en ambos grupos la misma es de 0.000001, lo que indica que las diferencias observadas en el promedio de los ingresos en ambos grupos es significativa.

En cuanto a los años de antiguedad el promedio de edad en los embolsadores fué mayor con 11.28 años que en los empacadores con 6.94 años. Al observar la probabilidad del análisis de variación en el promedio de los años de

antigüedad la misma es de 0.000014, lo que indica que las diferencias observadas en el promedio de años de antigüedad en ambos grupos es significativa.

Respecto a la manera como se distribuyeron los sujetos según los grupos de edad, en el **cuadro 1A**, podemos observar que en ambos grupos de trabajadores la mayoría se concentró en el intervalo entre 25 y 34 años de edad, sinembargo, puede observarse que entre los embolsadores la mayoría de los trabajadores se concentró entre los 25 y 54 años de edad, en tanto que entre los empacadores se concentró entre los 15 y 44 años de edad, siendo más joven el grupo de sujetos que laboran en las plantas empacadoras.

En relación al nivel de ingreso en el **cuadro 1B** podemos observar que el grupo de embolsadores mostró un nivel de ingreso superior al grupo de empacadores, ubicándose la mayoría de los embolsadores entre B/250.00 y B/399.00, mientras que en los empacadores la mayoría de los sujetos se ubicó entre los B/100.00 y B/249.00.

Respecto a los años de antiguedad en el **cuadro 1C** podemos observar que ambos grupos la mayoría de los trabajadores se ubicó entre 1 y los 10 años de antiguedad, sinembargo, en el grupo de 11 a 20 años la proporción de trabajadores embolsadores fué mayor que entre los empacadores.

Si observamos el **cuadro 1D** la distribución de los sujetos en ambos grupos según el nivel de escolaridad la mayoría de los embolsadores se ubicó en el grupo de los que no poseían ningun nivel de instrucción formal, en tanto que entre los

empacadores se ubicaron en el grupo de 4to y 6to grado. De manera global el grupo de los empacadores presentó un mayor nivel de escolaridad que los embolsadores.

CUADRO Nº 1
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS: "EMBOLSADORES Y EMPACADORES DE LAS FINCAS BANANERAS DE LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	POBLACION TOTAL	GRUPO DE TRABAJADORES BANANEROS	
		EMBOLSADORES	EMPACADORES
PROMEDIO DE EDAD	36.39	37.86	34 70
DESVIACIÓN ESTANDAR	9.84	9.96	9.47
		ANALISIS DE VARIACION P= 0 019	
PROMEDIO DE INGRESO	259.78	282.97	233.28
DESVIACIÓN ESTANDAR	57.43	54.22	49.10
		ANALISIS DE VARIACION P= 0.000001	
PROMEDIO DE ANTIGUEDAD	9.25	11.28	6.94
DESVIACIÓN ESTANDAR	6.33	6.47	5.32
		ANALISIS DE VARIACION P= 0.000014	

CUADRO 1A
DISTRIBUCION DE LOS EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR GRUPOS DE EDAD. PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO- JULIO DE 1996.

EDAD	EMBOLSADOR		EMPACADOR	
	TOTAL	%	TOTAL	%
	112	100.0	98	100.0
15 - 24	4	3.6	15	15.3
25 - 34	41	36.6	36	36.7
35 - 44	32	28.6	33	33.7
45 - 54	29	25.9	11	11.2
55 o +	6	5.4	3	3.1

CUADRO 1B
DISTRIBUCION DE LOS EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR NIVEL DE INGRESOS PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO- JULIO DE 1996.

INGRESO	EMBOLSADOR		EMPACADOR	
	TOTAL	%	TOTAL	%
	112	100.0	98	100.0
100-249	38	33.9	72	73.5
250-399	73	65.2	26	26.5
400 o +	1	0.9	-	--

CUADRO 1C
DISTRIBUCION DE LOS EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR AÑOS DE ANTIGÜEDAD. PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO- JULIO DE 1996.

ANTIGUEDAD	EMBOLSADOR		EMPACADOR	
	TOTAL	%	TOTAL	%
	112	100.0	98	100.0
1-10	59	52.7	75	76.5
11-20	40	35.7	21	21.4
21 o +	13	11.6	2	2.0

CUADRO 1D
DISTRIBUCION DE LOS EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR AÑOS DE ESCOLARIDAD. PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO- JULIO DE 1996.

ESCOLARIDAD	EMBOLSADOR		EMPACADOR	
	TOTAL	%	TOTAL	%
	112	100.0	98	100.0
NINGUNA	48	42.9	5	5.1
1° - 3°	19	17.0	10	10.2
4° - 6°	23	20.5	38	38.8
1ERCICLO	22	19.6	29	29.6
2DOCICLO	--	--	16	16.3

CUADRO 1E
DISTRIBUCION DE LOS EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR NUMERO DE HIJOS PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO- JULIO DE 1996.

HIJOS	EMBOLSADOR		EMPACADOR	
	TOTAL	%	TOTAL	%
	112	100.0	98	100.0
1 - 3	29	25.0	50	51 0
4 - 6	57	50.9	23	23.5
7 o +	23	20.5	7	7.1
NINGUNO	3	2.7	18	18.4

Finalmente respecto a la distribución de los sujetos según el número de hijos dependientes, en el **cuadro 1E** podemos observar que el grupo de embolsadores presentó mayor número de hijos que los empacadores, siendo la proporción más alta entre 4 y 6 hijos entre los embolsadores, en tanto que en los empacadores la mayoría se ubicó entre 1 y 3 hijos.

b) Distribución de los sujetos de acuerdo a las características estudiadas según tipo de trastornos mentales.

b.1. Distribución de los embolsadores y empacadores por gupo de edad para trastornos leves.

En el **cuadro No. 2** podemos observar que según los grupos de edad de 112 trabajadores embolsadores la mayoría de los sujetos sin sospecha de trastornos mentales leves se ubicaron entre los 25 y 54 años de edad, siendo el grupo de 25 a 34 años el de mayor proporción con 37%. Mientras que la mayoría de los sujetos con sospecha de trastorno leve se ubicó entre los 45 y 54 años de edad.

En el grupo de empacadores la mayoría de los sujetos sin sospecha de trastornos mentales leves se ubicó entre los 15 y 44 años de edad, siendo el grupo de mayor proporción el de 25 y 34 años. En tanto que los sujetos con sospecha de trastorno mental leve la mayoría se ubicó entre los 25 y 54 años, siendo la mayor proporción en el grupo de 45 a 54 años.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES.

EDADES	TRASTORNO LEVE				
	TOTAL	SANOS		ENFERMOS	
		FREC	%	FREC	%
TOTAL	112	100	100.0	12	100.0
15-24	4	4	4.0	--	--
25-34	41	37	37.0	4	33 3
35-44	32	30	30.0	2	16.7
45-54	29	23	23.0	6	50.0
55 o +	6	6	6.0	--	--

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES

EDADES	TRASTORNO LEVE				
	TOTAL	SANOS		ENFERMOS	
		FREC	%	FREC	%
TOTAL	98	90	100.0	8	100.0
15-24	15	14	15.6	1	12.5
25-34	36	34	37.8	2	25.0
35-44	33	31	34.4	2	25.0
45-54	11	8	8.9	3	37.5
55 o +	3	3	3.3	--	--

b.2. Distribución de los embolsadores y empacadores por nivel de ingresos para trastornos leves.

En el **cuadro No. 3** se observa que según el nivel de ingreso entre los embolsadores la mayoría de los sujetos sin sospecha de trastorno mental leve se ubicó en el nivel intermedio, entre los 250.00 y 399.00 balboas con 64.0%. Del mismo modo entre los sujetos con sospecha de trastorno leve, el 75% se ubicó entre los que tienen ingresos entre 250.00 y 399.00 balboas.

En relación a los empacadores la mayoría de los sujetos sin sospecha de trastorno leve, es decir el 72.% se ubicó entre los 100.00 y 249.00 balboas. De manera similar entre los sujetos con sospecha de trastorno mental leve, el 87% de los sujetos se ubicó entre los 100.00 y 249.00 balboas.

b.3. Distribución de los embolsadores y empacadores por años de antiguedad para trastornos leve.

En el **cuadro No. 4** se observa que según los años de antiguedad en los embolsadores, el 54% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental leve se ubicó entre 1 y 10 años de labor, en tanto que entre los sujetos con sospecha de trastorno leve el 83% se ubicó entre 1 y 20 años de trabajo.

Entre los empacadores en ambos casos la mayoría de los sujetos se ubicó entre los 1 y 10 años de trabajo, con el 75.6% de los sujetos sin sospecha de trastorno y el 87.5% de los sujetos con sospecha de trastorno leve .

Cuadro No.3

DISTRIBUCION POR INGRESOS DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES.

INGRESOS	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	100	**100.0**	12	100.0
100-249	38	35	**35.0**	3	25 0
250-399	73	64	**64.0**	9	75.0
400 O +	1	1	**1.0**	--	--

DISTRIBUCION POR INGRESOS DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES.

INGRESOS	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	90	**100.0**	8	100 0
100-249	72	65	**72.2**	7	87.5
250-399	26	25	**27.8**	1	12 5
400 o +	--	--	--	--	--

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR AÑOS DE ANTIGUEDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES.

ANTIGUE-AD	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	100	**100.0**	12	100.0
1- 10	59	54	**54.0**	5	41.7
11- 20	40	35	**35.0**	5	41.7
21 o +	3	11	**11.0**	2	16.7

DISTRIBUCION POR AÑOS DE ANTIGUEDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES.

ANTIGUE-DAD	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	90	**100.0**	8	100.0
1- 10	75	68	**75.6**	7	87.5
11- 20	21	21	**23.3**	–	–
21 o +	2	1	**1.1**	1	12 5

b.4. Distribución de los embolsadores y empacadores por nivel de escolaridad para trastorno leve.

En el **cuadro No. 5** se observa que entre los embolsadores el 42% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental leve se ubica entre los que no poseen ningún nivel de instrucción formal, de igual manera entre los casos con sospecha de trastorno mental leve el 50% de los sujetos se ubicó en el mismo nivel sin instrucción formal.

Sinembargo entre los empacadores el 80% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental leve se ubicó entre aquellos que habían logrado cursar hasta un nivel entre 1er grado y 1er ciclo, en tanto que el 87% de los sujetos con sospecha de trastorno mental leve se ubicó en algún niovel entre ningún grado de instrucción y el 6to grado.

b.5. Distribución de los embolsadores y empacadores por número de hijos dependientes para trastorno leve.

En el **cuadro No. 6** es posible observar que entre los embolsadores según el número de hijos dependientes, tanto en los sujetos sin sospecha de trastorno leve como en los sujetos con sospecha de trastorno declararon tener entre 4 y 6 hijos dependientes, ubicándose el 51% y 50% de los sujetos respectivamente.

En tanto que entre los empacadores tanto los sujetos sin sospecha de trastorno como los casos sospechosos de trastorno leve declararon el 51.1% y el 50% respectivamente tener entre 1 y 3 hijos pendientes.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES

ESCOLARIDAD	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	100	**100.0**	12	100.0
NINGUNA	48	42	**42.0**	6	50.0
1º- 3º	19	18	**18.0**	1	8.3
4º- 6º	23	19	**19.0**	4	33.3
1ER CICLO	22	21	**21.0**	1	8.3

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES

ESCOLARIDAD	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	90	**100.0**	8	100.0
NINGUNA	5	2	**2.2**	3	37 5
1º- 3º	10	10	**11.1**	--	--
4º- 6º	38	34	**37.8**	4	50 0
1ER CICLO	29	28	**31.1**	1	12.5
2DO CICLO	16	16	**17.8**	--	--

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES

HIJOS	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	100	**100.0**	12	100.0
1-3	29	27	**27.0**	2	16.7
4-6	57	51	**51.0**	6	50.0
7 o +	23	20	**20.0**	3	25.0
NINGUNO	3	2	**2.0**	1	8.3

DISTRIBUCION POR NÚMERO DE HIJOS DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS LEVES

HIJOS	TOTAL	TRASTORNOS LEVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	90	**100.0**	8	100.0
1- 3	50	46	**51.1**	4	50 0
4 - 6	23	21	**23.3**	2	25.0
7 o +	7	6	**6.7**	1	12.5
NINGUNO	18	17	**18.9**	1	2.5

b.6. Distribución de los embolsadores y empacadores por grupo de edad para trastornos graves.

En el **cuadro No. 7** se observa que entre los embolsadores la mayoría de los sujetos sin trastorno mental grave se ubica entre los 25 y 34 años de edad con 37.9%, en tanto que entre los casos con sospecha de trastorno grave se ubican entre los 35 y 44 años con 33.3%.

Entre los empacadores el 69% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental grave se ubica entrre los 25 y 44 años de edad, en tanto que entre los sujetos con sospecha de trastorno el 100% se ubica entre los 25 y 34 años de edad.

b.7. Distribución de embolsadores y empacadores por nivel de ingresos para trastornos graves.

En el **cuadro No. 8** se observa que entre los embolsadores el 63.1% de los sujetos sin sospecha de trastorno grave y el 88.9% de los sujetos con sospecha de trastorno grave se ubica entre los 250.00 y 399.00 balboas de ingreso mensual.

Sinembargo entre los empacadores el 74% de los sujetos sin sospecha de trastorno grave se ubica entre los 100.00 y 249.00 balboas , en tanto que entre los sujetos con sospecha de trastorno mental el 100% se ubica entre los 100.00 y 399.00 balboas mensuales.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

EDADES	TOTAL	TRASTORNO GRAVE			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	103	**100.0**	9	100.0
15-24	4	3	**2.9**	1	11.1
25-34	41	39	**37.9**	2	22.2
35-44	32	29	**28.2**	3	33 3
45-54	29	27	**26.2**	2	22.2
55 o +	6	5	**4.9**	1	11 1

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES.

EDADES	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	96	**100.00**	2	100 0
15-24	15	15	**15.6**	--	--
25-34	36	34	**35.4**	2	100.0
35-44	33	33	**34.4**	--	--
45-54	31	31	**11.5**	--	--
55 o +	3	3	**3.1**	--	--

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION POR INGRESOS DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES.

INGRESOS	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	103	**100.0**	9	100 0
100-249	38	38	**36.9**	--	--
250-399	73	65	**63.1**	8	88 9
400 o +	1	--	--	1	11.1

DISTRIBUCION POR INGRESOS DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

INGRESOS	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	96	**100.0**	2	100.0
100-249	72	71	**74.0**	1	50.0
250-399	26	25	**26.0**	1	50.0
400 o +	--	--	--	--	--

b.8. Distribución de embolsadores y empacadores por años de antiguedad para trastornos graves.

En el **cuadro No.9** es posible observar que entre los embolsadores el 54.4% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental grave tienen entre 1 y 10 años de antiguedad en el trabajo, en tanto que entre los sujetos con sospecha de trastorno graves el 44.4% de los casos posee entre 11 y 20 años de antiguedad.

Entre los empacadores el 76% de los sujetos sin sospecha de trastorno grave, así como el 100% de los casos sospechosos con trastorno grave manifestaron tener entre 1 y 10 años de antiguedad en el trabajo.

b.9. Distribución de embolsadores y empacadores por nivel de escolaridad para trastornos graves.

En el **cuadro No. 10** se observa que entre los embolsadores el 42.% de los sujetos sin sospecha de trastorno grave y el 44.4% de los casos con sospecha de trastorno no poseen ningún grado de instrucción formal.

En relación a los empacadores el 79% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental grave manifestó tener un nivel de instrucción entre 1er grado y el 1er ciclo y el 100% de los sujetos con sospecha de trastorno se ubicó entre el 4to grado y 2do ciclo.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION POR AÑOS DE ANTIGUEDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

ANTIGUE-DAD	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	103	**100.0**	9	100 0
1- 10	59	56	**54.4**	3	33.3
11- 20	40	36	**35.0**	4	44.4
21 o +	13	11	**10.7**	2	22 2

DISTRIBUCION POR AÑOS DE ANTIGUEDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

ANTIGUE-DAD	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	96	**100.0**	2	100.0
1- 10	75	73	**76.0**	2	100 0
11- 20	21	21	**21.9**	--	--
21 o +	2	2	**2.1**	--	--

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

ESCOLARIDAD	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	103	**100.0**	9	100.0
NINGUNA	48	44	**42.7**	4	44.4
1º- 3º	19	17	**16.5**	2	22.2
4º- 6º	23	21	**20.4**	2	22.2
1ER CICLO	22	21	**20.4**	1	11.1

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

ESOCLARIDAD	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	96	**100.0**	2	100.0
NINGUNA	5	5	**5.2**	--	--
1º- 3º	10	10	**10.4**	--	--
4º- 6º	38	37	**38.5**	1	50.0
1ER CICLO	29	29	**30.2**		
2DO CICLO	16	15	**15.6**	1	50.0

b.10. Distribución de embolsadores y empacadores por número de hijos dependientes para trastornos graves.

En el **cuadro No. 11** es posible observar que para los trastornos graves entre los embolsadores, el 51.5% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental grave y el 44.4% de los sujetos con sospecha de trastorno grave declararon tener entre 4 y 6 hijos dependientes.

En tanto que entre los empacadores el 50% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental grave y el 100% de los sujetos con sospecha de trastorno grave declaró tener entre 1 y 3 hijos dependientes.

b.11. Distribución de los embolsadores y empacadores por grupo de edad para trastornos de alcoholismo.

En el **cuadro No. 12** se observa que entre los embolsadores la mayoría de los sujetos sin trastorno de alcoholismo se ubica entre los 25 y 34 años de edad con 38.8%, en tanto que entre los casos con sospecha de trastorno alcoholismo se ubican entre los 45 y 54 años con 37.0%.

Entre los empacadores el 37.7% de los sujetos sin sospecha de alcoholismo se ubica entrre los 35 y 44 años de edad, en tanto que entre los sujetos con sospecha de trastorno el 44.8% se ubica entre los 25 y 34 años de edad.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

HIJOS	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	103	**100.0**	9	100 0
1-3	29	27	**26.2**	2	22.2
4-6	57	53	**51.5**	4	44.4
7 o +	23	21	**20.4**	2	22.2
NINGUNO	3	2	**1.9**	1	11.1

DISTRIBUCION POR NÚMERO DE HIJOS DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: TRASTORNOS GRAVES

HIJOS	TOTAL	TRASTORNOS GRAVES			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	96	**100.0**	2	100 0
1- 3	50	48	**50.0**	2	100.0
4 - 6	23	23	**24.0**	--	--
7 o +	7	7	**7.3**	--	--
NINGUNO	18	18	**18.8**	--	--

CUADRO No. 12

DSTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO

EDADES	TOTAL	TRASTORNOS DE ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	85	**100.0**	27	100.0
15-24	4	2	**2.4**	2	7.4
25-34	41	33	**38.8**	8	29.6
35-44	32	25	**29.4**	7	25.9
45-54	29	19	**22.4**	10	37 0
55 o +	6	6	**7.1**	--	--

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO.

EDADES	TOTAL	TRASTORNOS DE ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	69	**100.0**	29	100 0
15-24	15	13	**18.8**	2	6.9
25-34	36	23	**33.3**	13	44.8
35-44	33	26	**37.7**	7	24.1
45-54	11	5	**7.2**	6	20 7
55 o +	3	2	**2.9**	1	3.4

b.12. Distribución de embolsadores y empacadores por nivel de ingresos para trastornos de alcoholismo.

En el **cuadro No. 13** se observa que entre los embolsadores el 62.4% de los sujetos sin sospecha de alcoholismo y el 74.1% de los sujetos con sospecha de trastorno de alcoholismo se ubica entre los 250.00 y 399.00 balboas de ingreso mensual.

Sinembargo entre los empacadores el 72.5% de los sujetos sin sospecha de alcoholismo y el 75.9% de los sujetos con sospecha de alcoholismo se ubican entre los 100.00 y 249.00 balboas.

b.13. Distribución de embolsadores y empacadores por años de antiguedad para trastornos de alcoholismo.

En el **cuadro No.14** es posible observar que entre los embolsadores el 56.5% de los sujetos sin sospecha de trastorno de alcoholismo tienen entre 1 y 10 años de antiguedad en el trabajo, en tanto que entre los sujetos con sospecha de trastorno de alcoholismo el 51.9% de los casos posee entre 11 y 20 años de antiguedad.

Entre los empacadores el 72.5% de los sujetos sin sospecha de trastorno de alcoholismo, así como el 86.2% de los casos sospechosos con trastorno de alcoholismo manifestaron tener entre 1 y 10 años de antiguedad en el trabajo.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION POR INGRESOS DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO.

INGRESOS	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	85	**100.0**	27	100.0
100-249	38	31	**36.5**	7	25.9
250-399	73	53	**62.4**	20	74.1
400 o +	1	1	**1.2**	--	--

DISTRIBUCION POR INGRESOS DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO.

INGRESOS	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	69	**100.0**	29	100.0
100-249	72	50	**72.5**	22	75 9
250-399	26	19	**27.5**	7	24 1
400 o +	--	--	--	--	--

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION POR AÑOS DE ANTIGUEDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO

ANTIGUE-DAD	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	85	**100.0**	27	100.0
1- 10	59	48	**56.5**	11	40.7
11- 20	40	26	**30.6**	14	51.9
21 o +	13	11	**12.9**	2	7.4

DISTRIBUCION POR AÑOS DE ANTIGUEDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO

ANTIGUE-DAD	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	69	**100.0**	29	100.0
1- 10	75	50	**72.5**	25	86.2
11- 20	21	17	**24.6**	4	13.8
21 o +	2	2	**2.9**	--	--

BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE PANAMA

b.14. Distribución de embolsadores y empacadores por nivel de escolaridad para trastornos de alcoholismo.

En el **cuadro No. 15** se observa que entre los embolsadores el 37.6% de los sujetos sin sospecha de trastorno de alcoholismo y el 59.3% de los casos con sospecha de trastorno no poseen ningún grado de instrucción formal.

En relación a los empacadores el 84.0% de los sujetos sin sospecha de trastorno de alcoholismo el 86.2% de los sujetos con sospecha de trastorno se ubicó entre el 4to grado y 2do ciclo.

b.15. Distribución de embolsadores y empacadores por número de hijos dependientes para trastornos de alcoholismo.

En el **cuadro No. 16** es posible observar que para los trastornos de alcoholismo entre los embolsadores, el 51.9% de los sujetos sin sospecha de trastorno mental grave y el 48.1% de los sujetos con sospecha de trastorno grave declararon tener entre 4 y 6 hijos dependientes.

En tanto que entre los empacadores el 53.6% de los sujetos sin sospecha de trastorno de alcoholismo y el 44.8% de los sujetos con sospecha de trastorno de alcoholismo declaró tener entre 1 y 3 hijos dependientes.

CUADRO No. 15

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO

ESCOLARIDAD	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	85	**100.0**	27	100.0
NINGUNA	48	32	**37.6**	16	59.3
1º- 3º	19	14	**16.5**	5	18.5
4º- 6º	23	20	**23.5**	3	11 1
1ER CICLO	22	19	**22.4**	3	11.1

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO

ESCOLARIDAD	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	69	**100.0**	29	100 0
NINGUNA	5	3	**4.3**	2	6.9
1º- 3º	10	8	**11.6**	2	6.9
4º- 6º	38	26	**37.7**	12	41.4
1ER CICLO	29	21	**30.4**	8	27.6
2DO CICLO	16	11	**15.9**	5	17.2

CUADRO No. 16

DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS DE EMBOLSADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO

HIJOS	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	112	85	**100.0**	27	100.0
1-3	29	23	**27.1**	6	22.2
4-6	57	44	**51.8**	13	48.1
7 o +	23	16	**18.8**	7	25.9
NINGUNO	3	2	**2.4**	1	3.7

DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS DE EMPACADORES SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL: ALCOHOLISMO

HIJOS	TOTAL	ALCOHOLISMO			
		SANOS		ENFERMOS	
		FREC.	%	FREC.	%
TOTAL	98	69	**100.0**	29	100.0
1- 3	50	37	**53.6**	13	44.8
4 - 6	23	14	**20.3**	9	31.0
7 o +	7	7	**10.1**	--	--
NINGUNO	18	11	**15.9**	7	24 1

c) Prevalencia según tipo de trastornos mentales en cada grupo de trabajadores.

Para trastornos leves el **cuadro No. 17** nos permite observar en el grupo de embolsadores que de 112 sujetos el 89.29% no presentaron sospecha de trastorno y el 10.71% si presentó sospecha de trastorno. En tanto que en el grupo de empacadores el 91.84% no presentó sospecha de trastorno, el 8.16% si presentó sospecha de trastorno.

Al observar el Chi cuadrado calculado para ambos grupos el mismo es de 0.39 con una probabilidad de 0.53, lo que nos indica que la diferencia observada entre ambos grupos no es significativa.

En relación a los trastornos graves en el **cuadro No 18** se observa que entre los embolsadores la proporción de sujetos que no presentaron sospecha de trastornos graves fué de 91.26% y el 8.74% si presentó sospechas de trastornos; mientras que en los empacadores el 97.96% no presentó sospecha de trastornos y el 2.04% si presentó sospecha de trastorno.

Al observar el Chi cuadrado calculado para ambos grupos el mismo es de 3.77 con una probabilidad de 0.05, lo que nos indica que la diferencia observada entre ambos grupos no es significativa.

Para los trastornos de alcoholismo el **cuadro No. 19** nos permite observar que la proporción de sujetos que no presentaron sospecha de trastorno entre los embolsadores fué de 75.89% y 24.11% si presentaron sospecha de trastorno.

CUADRO Nº 17

DISTRIBUCION DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNO LEVE ENTRE EMBOLSADORES Y EMPACADORES DE FINCAS BANANERAS EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996.

		TRASTORNO		TASA	X^2	P
TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL	NO	SI			
	210	190	20		0.39	0.53
EMBOLSADOR	112	100	12	10.71		
EMPACADOR	98	90	8	8.16		

CUADRO Nº 18

DISTRIBUCION DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNO GRAVE ENTRE EMBOLSADORES Y EMPACADORES DE FINCAS BANANERAS EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996.

		TRASTORNO		TASA	X^2	P
TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL	NO	SI			
	210	199	11		3.77	0.052
EMBOLSADOR	112	103	9	8.74		
EMPACADOR	98	96	2	2.04		

CUADRO Nº 19

DISTRIBUCION DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ALCOHOLISMOENTRE EMBOLSADORES Y EMPACADORES DE FINCAS BANANERAS EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996

		TRASTORNO		TASA	X^2	P
TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL	NO	SI			
	210	154	56		0.80	0.369
EMBOLSADOR	112	6985	27	24.11		
EMPACADOR	98	69	29	29.59		

En empacadores el 70.41% no presentó sospecha de trastorno y el 29.59 si presentó sospecha de trastorno.

Al observar el Chi cuadrado calculado para ambos grupos el mismo es de 0.80 con una probabilidad de 0.36, lo que nos indica que la diferencia observada entre ambos grupos no es significativa.

d) Prevalencia por grupo de edad segun tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores.

Al observar el **cuadro No. 20** podemos observar que para los trastornos mentales leves en ambos grupos la mayor prevalencia se ubicó en las edades comprendidas entre los 45 y 54 años de edad con 20.7 casos sospechos de trastornos leves por cada 100 trabajador embolsador y 27.3 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajador empacador.

Al observar el Chi cuadrado calculado para todas las edades en ambos grupos, el mismo es de 1.94 con una probabilidad de 0.58 lo que nos indica que las diferencias observadas entre los grupos de acuerdo a la edad no es significativa.

Para los trastornos graves podemos observar que la prevalencia de casos sospechosos en los embolsadores fué mayor en los grupos extremos con 25% entre los 15 y 24 años y 16.7% entre los mayores de 55 años entre los

embolsadores. En tanto que en los empacadores los dos casos observados que representan una prevalencia de 5,6% se ubicaron entre los 25 y 34 años.

CUADRO Nº 20
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA EN EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN TIPO DE TRASTORNOS, EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996

TRASTORNOS LEVES

EDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	12		98	8			
15 - 24	4	--	--	4	1	6.7	1.94	0.58
25 - 34	41	4	9.8	41	2	5.6		
35 - 44	32	2	6.3	32	2	6.1		
45 - 54	29	6	20.7	29	3	27.3		
55 o +	6	--	--	6	--	--		

TRASTORNOS GRAVES

EDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	9		98	2			
15 - 24	4	1	25.0	15	--	--	4 28	0 369
25 - 34	41	2	4.9	36	2	5.6		
35 - 44	32	3	9.4	33	--	--		
45 - 54	29	2	6.9	31	--	--		
55 o +	6	1	16.7	3	--	--		

ALCOHOLISMO

EDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	27		98	29			
15 - 24	4	2	50.0	15	2	13.3	3.12	0.537
25 - 34	41	8	19.5	36	13	36.1		
35 - 44	32	7	21.9	33	7	21.2		
45 - 54	29	10	34.5	11	6	54.5		
55 o +	6	--	--	3	1	33.3		

Al observar el Chi cuadrado calculado para todas las edades en ambos grupos, el mismo fué de 4.28 con una probabilidad de 0.36 lo que nos indica que las diferencias observadas entre los grupos no son significativas.

Para los trastornos de alcoholismo podemos observar que entre los embolsadores la mayor prevalencia se ubicó en el grupo comprendido entre los 15 y 24 años con 50.% de casos sospechosos, en tanto que entre los empacadores el grupo comprendido entre los 45 y 54 años de edad presentó la prevalencia más alta con 54.5% casos sospechosos de alcoholismo. Por otra parte en ambos grupos la prevalencia entre los 35 y 44 años fué similar con 21.9% en los embolsadores y 21.2 en los empacadores.

Sinembargo al observar el Chi cuadrado calculado para todos los grupos de edad el mismo es de 3.12 con una probabilidad de ocurrencia de 0.53 lo que indica que la diferencia observada en ambos grupos no es significativa.

e) Prevalencia por nivel de ingreso segun tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores.

Al observar el **cuadro No. 21** podemos observar que para los trastornos mentales leves en los embolsadores la mayor prevalencia fué entre los que ganaban ingresos entre 250.00 y 399.00 balboas, con 12.3 casos sospechosos de

trastornos leves por cada 100 trabajadores embolsadores. En tanto que entre los empacadores la mayor prevalencia se ubicó en el grupo con ingresos entre los

CUADRO Nº 21
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA EN EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR NIVEL DE INGRESOS, SEGÚN TIPO DE TRASTORNOS, EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996

TRASTONOS LEVES

INGRESO	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	12		98	8			
100-249	38	3	7.9	72	7	9.7	7.13	0.007
250-399	73	9	12.3	26	1	3.8		
400 o +	1	--	--	--	--	--		

TRASTORNOS GRAVES

INGRESO	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	9		98	2			
100-249	38	--	--	72	1	1.39	5.02	0.081
250-399	73	8	11 0	26	1	3 84		
400 o +	1	1	100 0	--	--	--		

ALCOHOLISMO

INGRESO	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	27		98	29			
100-249	38	7	18.4	72	22	30.5	13.71	0.000
250-399	73	20	27.4	26	7	26.9		
400 o +	1	--	--	--	--	--		

100.00 y 249.00 con 9.7 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajador empacador.

Al observar el Chi cuadrado calculado para todos los niveles de ingresos en ambos grupos, el mismo es de 7.13 con una probabilidad de 0.007 lo que nos indica que las diferencias observadas entre los grupos son significativas.

Respecto a los trastornos graves podemos observar que entre los embolsadores, a excepción del grupo con ingresos mayores de 400.00 balboas donde sólo hubo un sólo caso y el único sujeto observado, el grupo con ingresos entre los 250.00 y 399.00 balboas presentó una prevalencia de 11.%; siendo este mismo nivel de ingreso entre los empacadores el que mayor prevalencia mostró con 3.84 casos sospechosos de trastorno grave por cada 100 trabajadores empacadores.

Al observar el Chi cuadrado calculado para todos los niveles de ingreso el mismo es de 5.02 con una probabilidad de ocurrencia de 0.081lo que indica que las diferencias observadas entre los grupos no es significativa.

En relación a los trastornos de alcoholismo entre los embolsadores la mayor prevalencia se ubica en los que obtienen ingresos entre los 250.00 y 399.00 balboas con 27.4%, en tanto que entre los empacadores la prevalencia más alta se ubicó en los que tienen ingresos entre los 100.00 y 249.00 balboas.

Al observar el Chi cuadrado para todos los niveles de ingresos el mismo es de 13.71 con una probabilidad de 0.0002, lo que indica que efectivamente las

diferencias observadas, en la prevalencia entre los dos grupos de trabajadores es significativa.

f) Prevalencia por años de antigüedad segun tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores.

Al observar el **cuadro No. 22** podemos observar que para los trastornos mentales leves en ambos grupos de trabajadores la mayor prevalencia fué entre los que tienen más de 21 años de antigüedad, con 15.38 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajadores embolsadores y 50.0 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajador empacador.

Al observar el Chi cuadrado calculado para todos los años de antigüedad en ambos grupos, el mismo es de 5.07 con una probabilidad de 0.07 lo que nos indica que las diferencias observadas entre los grupos no son significativas.

Respecto a los trastornos graves podemos observar que entre los embolsadores, la mayor prevalencia se ubicó entre los que poseían más de 21 años de antigüedad con 15.4%. En tanto que entre los empacadores todos los casos sospechosos observados tenían entre 1 y 10 años dando una prevalencia de 2.67%.

Al observar el Chi cuadrado calculada para todos los años de antigüedad el mismo es de 2.93 con una probabilidad de ocurrencia de 0.23 lo que indica que las diferencias observadas entre los grupos no es significativa.

CUADRO Nº 22
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA EN EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR AÑOS DE ANTIGÜEDAD, SEGÚN TIPO DE TRASTORNOS, EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996

TRASTORNOS LEVES

ANTIGUEDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	12		98				
1-10	59	5	8.47	75	7	9 33	5.07	0 079
11-20	40	5	12.5	21	--	--		
21 o +	13	2	15.38	2	1	50.0		

TRASTORNO GRAVE

ANTIGUEDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	9		98	2			
1-10	59	3	5.08	75	2	2.67	2.93	0.23
11-20	40	4	10.0	21	--	--		
21 o +	13	2	15.4	2	--	--		

ALCOHOLISMO

ANTIGUEDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	27		98	29			
1-10	59	11	18.6	75	25	33.3	12 95	0.001
11-20	40	14	35.0	21	4	19.0		
21 o +	13	2	15.4	2	--	--		

En relación a los trastornos de alcoholismo entre los embolsadores la mayor prevalencia se ubica en los que tienen entre 11 y 20 años de antigüedad con 27.4%, en tanto que entre los empacadores la prevalencia más alta se ubicó en los que tienen entre los 1 y 10 años de antigüedad con 33.3% de casos sospechosos.

Al observar el Chi cuadrado para todos los años de antigüedad el mismo es de 12.95 con una probabilidad de 0.001, lo que indica que efectivamente las diferencias observadas, en la prevalencia entre los dos grupos de trabajadores es significativa.

g) Prevalencia por nivel de escolaridad segun tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores.

Al observar el **cuadro No. 23** podemos observar que para los trastornos mentales leves en los embolsadores la mayor prevalencia se ubicó en el grupo de los que habían logrado cursar entre el cuarto y sexto grado de instrucción formal, con 17.4 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajadores embolsadores. En tanto que entre los empacadores la mayor prevalencia se ubicó en el grupo de los que no tenían un nivel de instrucción formal con 60.0 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajador empacador.

Al observar el Chi cuadrado calculado para todos los niveles de escolaridad en ambos grupos, el mismo es de 1.25 con una probabilidad de 0.74 lo que nos indica que las diferencias observadas entre los grupos no son significativas.

CUADRO Nº 23
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA EN EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE TRASTORNOS, EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996

TRASTORNOS LEVES

ESCOLARIDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	12		98	8			
NINGUNA	48	6	12.5	5	3	60.0		
1º - 3º	19	1	5.3	10	--	--	1.25	0.74
4º - 6º	23	4	17.4	38	4	10.5		
1^{ER}CICLO	22	1	4.5	29	1	3.4		
2^{DO}CICLO	--	--	--	16	--	--		

TRASTORNOS GRAVES

ESCOLARIDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A.CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	9		98	2			
NINGUNA	48	4	8.3	5	--	--	6.52	0.16
1º - 3º	19	2	10.5	10	--	--		
4º - 6º	23	2	8.7	38	1	2.6		
1^{ER}CICLO	22	1	4.5	29	--	--		
2^{DO}CICLO	--	--	--	16	1	6.25		

ALCOHOLISMO

ESCOLARIDAD	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	27		98	29			
NINGUNA	48	16	33.3	5	2	40.0	24.81	0.000
1º - 3º	19	5	26.3	10	2	20.0		
4º - 6º	23	3	13.0	38	12	31.6		
1^{ER}CICLO	22	3	13.6	29	8	27.6		
2^{DO}CICLO	--	--		16	5	31.3		

Respecto a los trastornos graves podemos observar que entre los embolsadores, la prevalencia más alta fué de 10.5% ubicada en el grupo que había logrado cursar entre el primer y tercer grado de instrucción formal. En tanto que entre los empacadores la mayor prevalencia fué de 6.25 casos sospechosos de trastorno grave por cada 100 trabajadores empacadores, ubicados en el grupo que había logrado cursar hasta un segundo ciclo.

Al observar el Chi cuadrado calcualdo para todos los niveles de escolaridad el mismo es de 6.52 con una probabilidad de ocurrencia de 0.16 lo que indica que las diferencias observadas entre los grupos no es significativa.

En relación a los trastornos de alcoholismo tanto en los embolsadores como en los empacadores la mayor prevalencia se ubica en los que no tienen un nivel de instrucción formal con 33.3% y 40% de casos sospechosos respectivamente.

Al observar el Chi cuadrado para todos los niveles de escolaridad el mismo es de 24.81 con una probabilidad de 0.00005, lo que indica que efectivamente las diferencias observadas, en la prevalencia entre los dos grupos de trabajadores es significativa.

h) Prevalencia por número de hijos dependientes segun tipo de trastorno mental en embolsadores y empacadores.

Al observar el **cuadro No. 24** podemos observar que para los trastornos mentales leves en los embolsadores la mayor prevalencia fué entre los que no

tenían hijos, con 33.3 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajadores embolsadores. En tanto que entre los empacadores la mayor prevalencia se ubicó en el grupo que tenía más de 7 hijos con 5.6 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajador empacador.

Al observar el Chi cuadrado calculado para todos los niveles de número de hijos en ambos grupos, el mismo es de 2.99 con una probabilidad de 0.39 lo que nos indica que las diferencias observadas entre los grupos no son significativas.

Respecto a los trastornos graves podemos observar que entre los embolsadores, la prevalencia más alta fué de 33.3% ubicada entre los que no tienen hijos, En tanto que entre los embolsadores todos los casos sospechosos se ubicaron entre los que tienen entre 1 y 3 hijos para una prevalencia de 4% de casos sospechosos de trastornos graves.

Al observar el Chi cuadrado calculado para todos los niveles de número de hijos dependientes el mismo es de 4.28 con una probabilidad de ocurrencia de 0.23 lo que indica que las diferencias observadas entre los grupos no es significativa.

En relación a los trastornos de alcoholismo entre los embolsadores la mayor prevalencia se ubica en los que no tienen hijos con 33.3% casos sospechosos, en tanto que entre los empacadores la prevalencia más alta se ubicó en los que tienen de 4 a 6 hijos con una prevalencia de 39.1 casos sospechosos de alcoholismo por cada 100 trabajadores empacadores.

Al observar el Chi cuadrado para todos los niveles de número de hijos el mismo es de 14.75 con una probabilidad de 0.002, lo que indica que efectivamente las diferencias observadas, en la prevalencia entre los dos grupos de trabajadores es significativa.

CUADRO Nº 24
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA EN EMBOLSADORES Y EMPACADORES POR NUMERO DE HIJOS, SEGÚN TIPO DE TRASTORNOS, EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. MAYO-JUNIO 1996

TRASTORNOS LEVES

HIJOS	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	12		98	8			
1 - 3	29	2	6.9	50	4	8 0		
4 - 6	57	6	10.5	23	2	8.7	2.99	0.394
7 o +	23	3	13.0	7	1	14.3		
NINGUNO	3	1	33.3	18	1	5 6		

TRASTORNOS GRAVES

HIJOS	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A. CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%		
	112	9		98	2		4.28	0.23
1 - 3	29	2	6.9	50	2	4.0		
4 - 6	57	4	7.0	23	--	--		
7 o +	23	2	8.7	7	--	--		
NINGUNO	3	1	33.3	18	--	--		

ALCOHOLISMO

HIJOS	EMBOLSADOR			EMPACADOR			A CRUDO	
	TOTAL	FREC	%	TOTAL	FREC	%	X^2	P
	112	27		98	29			
1 - 3	29	6	20.7	50	13	26.0	14.75	0.002
4 - 6	57	13	22.8	23	9	39.1		
7 o +	23	7	30.4	7	--	--		
NINGUNO	3	1	33.3	18	7	38.9		

5.2. Discusión de los resultados

Los resultados observados en relación a las diferencias en la edad promedio en los grupos nos permiten afirmar que efectivamente la población que trabaja en las plantas empacadoras es más joven que aquella que labora como embolsador, adicional a ello la diferencia registrada en los años de antigüedad e ingreso parecen indicar que el grupo de trabajadores en las empacadoras presenta menos años de antigüedad y un menor nivel de ingresos o salario percibido. Estos resultados parecen coincidir con el hecho de que el sistema de organización del trabajo, así como el sistema de pago a destajo, configuran las diferencias encontradas, de manera tal que el trabajador embolsador tiene mayor libertad para organizar su labor y trazarse metas acorde al ritmo de trabajo que él mismo define, cosa contraria a la que ocurre entre los empacadores en donde el ritmo de trabajo depende del ritmo colectivo de todos los que intervienen en el proceso de trabajo, todo lo cual determina el nivel de producción y salario percibido. Por otra parte el trabajo en las empacadoras requiere de un alto grado de atención, tolerancia al estrés y destrezas psicomotoras que con el pasar de los años tienden a disminuír, lo que hace que se prefiera contratar a trabajadores de edades más jóvenes.

Por otra parte, al observar la distribución por años de escolaridad pareciera que es posible la existencia de alguna relación en el sentido de que se prefiere seleccionar y contratar trabajadores con mayor nivel de escolaridad en las plantas

empacadoras dada la naturaleza del trabajo y el hecho de que es en esas plantas donde se centra la labor más especializada del proceso de producción.

Al observar la distribución del número de hijos el hecho de que los empacadores tengan menos hijos puede estar relacionado con el hecho de que poseen mayor nivel de instrucción, menos ingreso y menos años de estar trabajando lo cual pareciera desarrollar una actitud hacia el hecho de tener gran número de hijos.

Al observar las prevalencias de trastornos leves entre los embolsadores y empacadores, si bien no existen diferencias significativas en las prevalencias observadas, es importante resaltar que las mismas fueron las más altas después de los trastornos de alcoholismo, los resultados observados son importantes si tomamos en consideración que estamos hablando de personas que manifestaron vivenciar diversos síntomas asociados a trastornos leves en los últimos 30 días. Las prevalencias observadas en ambos grupos ante la ausencia de significancia estadística pudieran explicarse en el sentido de que la presencia o no de los trastornos leves no depende únicamente de las características de cada actividad laboral sino de la conjunción de otras variables que configuran un proceso patológico. Al observar la frecuencia relativa y la prevalencia de los casos sospechosos de trastornos leves podemos analizar que no se muestra una tendencia a que aumenten los casos a medida que aumenta la edad en los dos grupos, además no existen diferencias significativas como para afirmar que la edad

puede estar influyendo en la diferencia observada entre los dos grupos. Sinembargo cabe resaltar que en ambos grupos el mayor número de casos se ubicó entre los 45 a 54 años, lo cual sugiere la posibilidad de que efectivamente, a partir de estos años el individuo empiece a dar mayor importancia a los síntomas que afectan su salud en general y manifestar su malestar.

De acuerdo a la distribución de los sujetos y la prevalencia de trastornos leves por nivel de ingreso, las diferencias existentes nos sugieren la posibilidad de que efectivamente el nivel de ingreso recibido de acuerdo al tipo de trabajo que realiza puede tener alguna relación con las diferencias de prevalencia observadas entre los grupos, lo cual coincide con la literatura revisada en el sentido de que la nueva orientación de la economía mundial ha determinado nuevos modelos de gestión para la producción y de organización de las industrias siendo una de sus características el trabajo a destajo y los bajos salarios, lo cual constituye una fuente permanente de inconformidad colectiva y malestar individual.

Respecto a los años de antigüedad, años de escolaridad y número de hijos si bien las diferencias entre los grupos no fueron significativas como para afirmar la posibilidad de que pudiesen influir en las diferencias observadas de trastornos leves, cabe señalar que la prevalencia por años de antigüedad en cada grupo pareciera aumentar a medida que aumentan los años, lo cual pudiera explicarse desde el punto de vista de que la acumulación de malestares de diverso origen y la posibilidad de enfermar o sufrir un accidente que lo incapacite hace con que el

individuo exprese más preocupación por su salud. En relación a los años de escolaridad y número de hijos nuestro supuesto teórico era que a mayor escolaridad y mayor número de hijos la posibilidad de presentar trastornos leves aumentaba como consecuencia de un mayor nivel de expectativas e intereses sociales, así como de responsabilidades económicas, sinembargo pareciera ser que en el caso de la escolaridad la relación es en sentido inverso y la escasa o ninguna instrucción formal constituye la característica más prevalente en los casos observados. No así para la variable número de hijos donde pareciera existir una posible relación a medida que aumentan con el número de casos observados en cada grupo. En todo caso valdría la pena determinar mediante un estudio prospectivo en el cual se incluyesen estas variables como parte del estudio, para determinar su peso relativo.

En cuanto a los hallazgos relacionados a los trastornos graves, si bien no fueron significativas las diferencias observadas entre los embolsadores y empacadores, las tasas observadas están dentro de lo observado en estudios similares siendo importante el número de casos identificados; sinembargo es recomendable realizar un diagnóstico clínico para todos los casos a fin de confirmar los casos sospechosos. Por otra parte, aunque tampoco se encontrarton diferencias significativas entre los grupos para todas la variables del estudio, vale la pena hacer algunos comentarios respecto al comportamiento de la edad, años de antigüedad y número de hijos en el grupo de embolsadores.

Si analizamos las prevalencias por grupo de edad observaremos un grupo importante de trastornos leves entre los 25 y 44 años de edad, lo cual es coincidente con lo que se reporta a nivel mundial respecto a que los trastornos psicóticos o graves son procesos acumulativos que afloran alrededor de las edades más productivas de la población, restando años importantes de edad productiva.

En relación a los años de antigüedad en el grupo de embolsadores pareciera ser similar el comportamiento a los trastornos leves en el sentido de que a medida que aumentan los años, la tendencia en la actitud del trabajador hacia su salud general es a manifestar una mayor preocupación por sus malestares. En este sentido lo importante en este caso sería descartar mediante diagnóstico clínico la posibilidad real de trastornos psicoticos en los casos observados.

En cuanto al número de hijos dependientes en el grupo de los embolsadores, pareciera observarse una tendencia a aumentar los trastornos a medida que aumenta el número de hijos, ello pudiese ser explicado en el sentido de que ante la ausencia de un diagnóstico clínico positivo de trastorno grave, el aumento de los hijos conlleva un aumento en las responsabilidades familiares, mayor estrechez económica, habitacional y mayor disconformidad, lo cual lleva al individuo a desarrollar mecanismos de defensa y medios para canalizar su angustia, propios más bien de los trastornos neuróticos.

En relación a los trastornos de alcoholismo, si bien no se encontraron diferencias significativas en las prevalencias observadas entre ambos grupos, es

importante resaltar el hecho de que las mismas son altas, siendo mayores que las encontradas para los trastornos leves y graves, estos hallazgos coinciden con otros estudios realizados en la región latinoamericana entre trabajadores, reflejando la existencia de un hábito de consumo de bebidas alcoholicas importante dentro de la cultura y estilo de vida de la población.

Al analizar la distribución de las frecuencias relativas y prevalencia de alcoholismo por grupos de edad si bien no existen suficientes elementos como para afirmar que las diferencias observadas en las prevalencias entre embolsadores y empacadores son producto de la edad, si es posible observar, que en cada grupo existe un número importante de casos entre los 15 y 44 años de edad, lo cual de acuerdo a la literatura revisada pudiese ser reflejo del hábito de consumo; no así los sujetos en edades mayores en los cuales es muy probable que los casos ante un diagnóstico clínico positivo sean propiamente cuadros de alcoholismo crónico.

En relación a los trastornos de alcoholismo y las variables del estudio niveles de ingreso, antigüedad, escolaridad y número de hijos las diferencias observadas en las prevalencias entre los embolsadores y empacadores parecieran estar relacionadas con dichas variables. Los hallazgos encontrados son coincidentes con los supuestos teóricos esperados y la literatura revisada, el alcoholismo en la region latinoamericana constituye un hábito y además un mecanismo para canalizar las ansiedades de la vida cotidiana culturalmente aceptado, es de esperar por lo

tanto que la accesibilidad a bebidas alcoholicas así como su nivel de consumo tenga alguna relación con hechos contradictorios como el no tener ingresos suficiente para hacer frente a las responsabilidades familares y expectativas e interes sociales y el poseer lo suficiente para adquirir, comprar, compartir y consumir bebidas alcoholicas que hacen con que el individuo exprese de alguna forma sus angustias e inconformidades. En todo caso dado los hallazgos observados, vale la pena realizar estudios retrospectivos específicos sobre los trastornos de alcoholismo que permitan determinar entre otras cosas el valor relativo de dichas variables.

5.3. Dificultades y Limitaciones del estudio

Entre los problemas encontrados y repercutieron en el desarrollo de la investigación podemos señalar los siguientes:

1- El estudio no incluyó muestras de trabajadores de diversas áreas o secciones como lo son oficinistas, estibadores, aplicadores de plaguicidas, entre otros; así como a trabajadores no indígenas y del sexo femenino, dadas las dificultades de contar con la anuencia de la Empresa Chirilanco S.A.

2- Los casos identificados por el Cuestionario de Sintomas, no pudieron ser confirmados por un diagnóstico clínico, dadas las limitaciones de recurso humano en Salud Mental disponible en Changuinola.

3- Aunado a lo antes señalado, es muy probable la existencia de sesgos en las respuestas, en particular de los trabajadores Embolsadores, dado el nivel de desconfianza existente y/o la actitud de los mismos de conseguir beneficios secundarios de los servicios de salud.

4- Existe muy poca información sobre el estado de la salud mental en la población panameña y casi ninguna en relación a la población trabajadora, lo cual aunado al hecho de no contar con gran información a nivel de la región, hizo difícil el proceso de identificar y elaborar el Marco Teórico de la Investigación.

VI.-CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

1- Se observaron diferencias significativas a un nivel de confianza de 95% entre los promedios de edad, promedio de ingresos y años de antigüedad entre trabajadores embolsadores y empacadores de las fincas estudiadas; siendo menor en todos los promedios el grupo de empacadores respecto a los embolsadores.

2. El estudio permitió conocer la prevalencia de trastornos mentales en la población de trabajadores embolsadores y empacadores indígernas del sexo masculino, de fincas bananeras en la Provincia de Bocas del Toro, con una tasa de 10.71 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajadores y 8.16 casos sospechosos de trastornos leves por cada 100 trabajadores respectivamente. De igual forma para los trastornos graves la prevalencia se estimó en 8.74 casos sospechosos de trastornos graves por cada 100 trabajadores embolsadores y 2.04 casos sospechosos por cada 100 trabajadores empacadores. Y para los trastornos de alcoholismo con 24.11 casos sospechosos de alcoholismo por cada 100 trabajadores embolsadores y 29.59 casos sospechosos de alcoholismo por cada 100 trabajadores empacadores. Utilizando el Cuestionario de Síntomas (SQR) de Climent y Aragón, para la detección de casos sospechosos de trastornos mentales en los centros del primer nivel de atención y trabajadores de atención primaria.

3. No se encontraron diferencias significativas a un nivel de 0.05 en las tasas de prevalencia observadas en el estudio para cada tipo de trastorno en el grupo de trabajadores embolsadores y empacadores.

4. Se encontró una diferencia significativa a un nivel menor de 0.05 en la prevalencia observada para trastornos leves entre los embolsadores y empacadores de acuerdo al nivel de ingresos. De igual forma se observó diferencias significativas para los trastornos de alcoholismo entre embolsadores y empacadores de acuerdo al nivel de ingreso percibido, los años de antigüedad, el nivel de escolaridad y el número de hijos.

5. Para ambos grupos de trabajadores los trastornos leves presentaron una tasa mayor del 20% de casos sospechosos en el grupo comprendido entre los 45 y 54 años de edad. Y existe un número importante de casos comprendidos entre los 25 y 44 años de edad, lo cual nos hace suponer que son grupos de edad en los cuales la preocupación por los problemas de su salud y el reconocimiento de los mismos tiende a aumentar a medida que aumentan los años.

6. Para ambos grupos de trabajadores a medida que aumentan los años de antigüedad y el número de hijos pareciera aumentar el número de casos de trastornos leves, en sentido contrario a medida que disminuye el nivel de

escolaridad pareciera aumentar el número de hijos. Razón por la cual nos parece razonable sugerir la realización de estudios prospectivos que permitan determinar el peso relativo de dichas variables.

7. En relación a los trastornos graves, aunque el número de casos sospechosos en los empacadores fué de 2 casos, lo cual no permitió realizar mejor comparaciones; sin emabargo vale resaltar algunas observaciones del estudio relacionado con los embolsadores y la variables de edad. Aunque los resultados no pueden ser concluyentes los hallazgos observados por grupo de edad son coincidentes con la literatura revisada en el sentido de los trastornos psicóticos suelen aparecer en las edades comprendidas entre los 25 y 54 años, lo cual constituye una potencial pérdida de años de vida productiva importante.

8. El estudio confirma la existencia de un consumo de bebidas alcoholicas entre la población trabajadora indígena de las bananeras, entre las edades de 15 a 44 años, sin poder llegar a la conclusión de que ello es debido a las condiciones y cargas laborales del tipo de actividad laboral que realiza.

9. Si bien el estudio determinó la existencia de diferencias significativas en las prevalencias observadas de alcoholismo, entre embolsadores y empacadores para los años de antigüedad, nivel de escolaridad y número de hijos las mismas no son

concluyentes como para determinar en que sentido influyen y cuál es el peso relativo de cada una de ellas.

10. El Cuestionario de Síntomas(SQR) de Climent y Aragón constituye un instrumento valioso para la identificación de casos sospechosos en nuestro país, su utilidad sería mayor si los casos identificados, sobretodo los trastornos graves pueden ser confirmados mediante un diagnóstico clínico.

VII-. RECOMENDACIONES

VII. RECOMENDACIONES

1. Estimular el desarrollo de investigaciones que enriquezcan el conocimiento de los trastornos mentales en la población y no únicamente de casos institucionalizados, ya sea mediante la aplicación de cuestionarios o encuestas diseñados para tal fín, como es el caso del Cuestionario de Síntomas o uno diseñado nacionalmente.

2. Promover el desarrollo de investigaciones sobre los factores de riesgo dirigido a facilitar la identificación de grupos en riesgo y la prevención de dichos trastornos; así como el registro de dichos factores como parte del sistema de información en salud.

3. Promover la articulación del programa de salud ocupacional y salud mental mediante un componente que desarrolle la promoción de la salud mental, la prevención y atención de los problemas de salud mental en los trabajadores, mediante actividades de capacitación.

4. Promover en los grupos de trabajadores sobretodo aquellos comprendidos entre los 25 y 54 años de edad, programas dirigidos a promover el cuidado de la salud

mental como parte de su salud general, la identificación de problemas y acciones de apoyo o autoayuda.

5. Apoyar las actividades dirigidas a fortalecer la capacidad técnica de apoyo de los funcionarios del equipo de salud en la identificación, manejo y atención de los problemas mentales de menor complejidad y de mayor prevalencia en la población.

6. Incorporar en los contenidos de los programas de prevención de Salud Ocupacional el tema del Alcoholismo como factor de riesgo psicosocial de accidentes de trabajo.

7. Promover el desarrollo de acciones tendientes a fortalecer el sistema de referencias y contrareferencias entre los servicios de salud ocupacional y salud mental, sobretodo para la detección y tratamiento de los casos de alcoholismo y trastornos graves.

8. Promover la coordinación de acciones de fomento y prevención con organismos e insituciones existentes en la Provincia tales como: Cruz Blanca y Alcoholicos Anónimos.

9. Apoyar las actividades del equipo de salud mental y proporcionar los recursos necesarios dirigidos a ampliar la cobertura de los servicios en el primer nivel de atención, capacitar a los equipos de salud y funcionarios del primer nivel, así como la organización y promoción de grupos en la población capaces de dar apoyo a pacientes o casos psquiátricos que no requieran hospitalización.

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION DE SALUD

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS AÑO: 1993 - 1994

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA EN LOS HOSPITALES DEL PAIS

CUADRO N° 4

CODIGO	DIAGNOSTICO	* 1993 1994 HOSPITALREGIONAL DE AZUERO		1 9 9 4					
				PSIQUI.NAC. HOSPITAL	SANTO.TOMAS HOSPITAL	CHEPO HOSPITAL	AQUILINO T. HOSPITAL	MARCOS ROBLES HOSPITAL	RAFAEL HERN. HOSPITAL
	TOTAL	* 976	994	1016	262	78	95	7	212
295.9	ESQUIZOFRENIA	12	-	203	-	12	-	-	-
295.3	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	206	-	123	-	-	-	-	-
295.6	ESQUIZOFRENIA CRONICA	-	-	25	-	-	-	-	-
295.9	ESQUIZO.S/ESPECIFICAR	-	-	55	-	-	-	-	-
304.9	DEPENDEND. A DROGAS	-	-	178	-	20	-	-	-
296.9	PSICOSIS AFECTIVAS	-	-	124	-	-	-	-	-
296.9	PSICOSIS AFEC.S/ESPEC.	-	-	-	79	-	-	-	-
296.6	PMD PSICOSIS MAR.DEPRES.	-	-	62	54	18	-	-	-
296.9	OTRAS PSICOSIS	-	-	62	5	-	-	-	-
298.2	PSICOSIS REACTIVA	-	-	-	12	-	-	-	-
345.	EPILEPSIA	63	-	34	-	-	-	-	-
294.9	SCO CON PSICOSIS	-	-	62	-	-	-	-	-
310.9	SCO	-	-	18	-	-	-	-	-
303.	ALCOHOLISMO	74	-	27	-	-	-	-	-
317.	RETARDO MENTAL	-	-	29	6	-	-	-	-
298.9	PSICOSIS NO ORGANICA	-	-	54	5	-	-	-	-

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION DE SALUD

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS AÑO: 1993 - 1994

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA EN LOS HOSPITALES DEL PAIS

CUADRO N° 4

CODIGO	DIAGNOSTICO	* 1993 HOSP. REGIONAL DE AZUERO	1994	1 9 9 4					
				PSIQUIA. NACIONAL HOSPITAL	SANTO TOMAS HOSPITAL	CHEPO HOSPITAL	AQUILINO TEJEIRA HOSPITAL	MARCOS ROBLES HOSPITAL	RAFAEL HERNANDEZ HOSPITAL
780.3	CONVULSION	52	-	-	-	-	-	-	-
	INTENTO AUTOLITICO	-	-	-	-	-	-	-	-
300.1	HISTERIA	-	-	-	5	-	-	-	-
311.	DDEPRESION	-	-	-	-	5	-	-	-
311.	TRASSTORNO DEPRESIVO	-	-	13	-	-	-	-	-
303.	SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	-	-	-	5	-	-	-	-
	RESTO	469	-	287	78	-	-	-	-

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTRO MEDICOS Y ESTADISTICAS DE LOS HOSPITALES. * DIAGNOSTICOS CORRESPONDIENTE AL AÑO 1993.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION DE LA SALUD
DEPTO. DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADÍSTICA CUADRO 4-A
N° DE CONSULTA OFRECIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA SEGUN CAUSA

1994

CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL	REGION PANAMA OESTE	HOSP. SANTO TOMAS	HOSP. NICOLAS SOLANO	HOSP. DE CHEPO	HOSP. DEL NIÑO	REGION DE AZUERO
	T O T A L	5954	817	1,004	2,029	1,610	143	351
300.0	TRASTORNO DE ANCIEDAD		76	40	-	475	-	25
300.4	DEPRESION NEUROTICA		14	-	-	-	-	-
295.0	EQUIZOFRENIA		65	13	-	409	-	29
295.6	PSICOSIS RESIDUAL		2	-	-	-	-	-
296.6	PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA		7	5	-	183	-	-
296.9	PSICOSIS AFECTIVA		2	842	-	-		-
290.9	DEMENCIA SENIL		5	-	-	-	-	-
311.	TRASTORNO DEPRESIVO NOOP		98	57	-	355	-	-
301.1	TRASTORNO AFECTIVO DE LA PERSONALIDAD		-	11	-	-	-	-
309.9	REACCION DE ADAPTACION		35	-	-	-	-	-
310.9	SINDROME CEREBRAL ORGANICO		2	-	-	-	-	-
312.9	TRASTORNO DE CONDUCTA		18	-	-	-	-	214
315.2	TRASTORNO DE APRENDIZAJE		25	-	-	-	-	-
315.9	TRASTORNO SELECTIVO DEL DESARROLLO		47	-	-	188	-	-
314.9	HIPERACTIVIDAD		38	-	-	-	-	-
345.	EPILEPSIA		69	-	-	-	-	-
E960.0	POLITRALMASTICO		-	-	74	-	-	-
	INTRODUCCION AL USO DE DROGAS		-	-	-	-	3	-
E904.0	ABANDONO		-	-	-	-	3	-
E960.1	VIOLENCIA SEXUAL		-	-	17	-	91	-
995.5	MALTRATO AL MENOR		-	-	15	-	35	-
298.2	REACTIVACION PSICOTICA		-	-	-	-	-	51

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION DE LA SALUD
DEPTO. DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADÍSTICA CUADRO 4-A
N° DE CONSULTA OFRECIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA SEGUN CAUSA
1994

CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL	REGION PANAMA OESTE	HOSP. SANTO TOMAS	HOSP. NICOLAS SOLANO	HOSP. DE CHEPO	HOSP. DEL NIÑO	REGION DE AZUERO
	INTENTO AUTOLITICO		-	-	81	-	-	-
	MALTRATO PSICOLOGICO		-	-	-	-	10	-
	MALTRATO AL HOMBRE		-	-	2	-	-	-
	MALTRATO A LA MUJER		-	-	40	-	-	-
	INTENTO DE VIOLACION		-	-	15	-	-	-
V.17	TRASTORNO PSIQUIÁTRICO		-	36	-	-	-	-
	PERTURBACION EMOSIONAL		62	-	-	-	-	-
	DEPRESION EMOSIONAL		7	-	-	-	-	-
	H.I.V.		-	-	-	-	1	-
	ADOLECENTES EMBARAZADAS		11	-	-	-	-	-
	ALCOHOLISMO		-	-	-	-	-	-
	RESTOS		226	-	1785	-	-	-

CUADRO 10. Población de 15 a 64 años de edad, número de personas con ciertos trastornos mentales, tasa de prevalencia bruta de esos trastornos y porcentaje de variación en distintas subregiones y en toda América Latina y el Caribe, durante el período 1985–2000

Región geográfica, población y trastornos mentales	Casos			Tasa de prevalencia bruta (%)		
	1985 (No.)	2000 (No.)	Variación (%)	1985	2000	Variación (%)
América Latina						
(Población)	(229 064 000)	(330 328 000)	(44,2)			
Trastornos esquizotrénicos	3 582 013	5 480 366	53,0	1,56	1,65	5,8
Trastornos afectivos	16 682 989	24 645 331	47,7	7,28	7,46	2,5
Trastornos por ansiedad	29 177 877	42 868 999	46,9	12,73	12,97	1,9
Abuso o dependencia del alcohol	25 465 361	38 258 170	50,2	11,11	11,58	4,2
Deterioros cognoscitivos	5 835 617	8 988 581	54,0	2,54	2,72	7,1
Cualquiera de los trastornos precedentes	58 863 073	87 183 443	48,1	25,69	26,39	2,7
Zona Andina						
(Población)	(46 361 000)	(69 015 000)	(48,9)			
Trastornos esquizotrénicos	714 485	1 134 098	58,7	1,54	1,64	6,5
Trastornos afectivos	3 342 606	5 119 709	53,2	7,20	7,41	2,9
Trastornos por ansiedad	5 842 423	8 902 132	52,4	12,60	12,89	2,3
Abuso o dependencia del alcohol	5 064 397	7 907 692	56,1	10,92	11,45	4,9
Deterioros cognoscitivos	1 154 210	1 851 965	60,5	2,48	2,68	8,1
Cualquiera de los trastornos precedentes	11 764 721	18 079 576	53,7	25,37	26,16	3,2
Cono Sur						
(Población)	(30 090 000)	(38 060 000)	(26,5)			
Trastornos esquizotrénicos	506 264	646 818	27,8	1,68	1,69	0,8
Trastornos afectivos	2 293 882	2 925 739	27,5	7,62	7,68	0,8
Trastornos por ansiedad	4 013 924	5 104 803	27,2	13,33	13,41	0,6
Abuso o dependencia del alcohol	3 615 236	4 598 092	27,2	12,01	12,08	0,6
Deterioros cognoscitivos	851 018	1 088 541	27,9	2,82	2,86	1,4
Cualquiera de los trastornos precedentes	6 173 086	10 394 064	27,2	27,16	27,30	0,5
Brasil						
(Población)	(80 372 000)	(112 782 000)	(40,3)			
Trastornos esquizotrénicos	1 267 620	1 901 389	50,0	1,57	1,68	7,0
Trastornos afectivos	5 854 630	8 500 012	45,2	7,28	7,53	3,4
Trastornos por ansiedad	10 237 794	14 758 934	44,2	12,73	13,08	2,7
Abuso o dependencia del alcohol	8 979 112	13 231 963	47,4	11,17	11,73	5,0
Deterioros cognoscitivos	2 063 730	3 130 914	51,7	2,56	2,77	8,2
Cualquiera de los trastornos precedentes	20 693 680	30 059 577	45,3	25,74	26,65	3,5
América Central						
(Población)	(13 630 000)	(22 077 000)	(62,0)			
Trastornos esquizotrénicos	205 404	345 594	68,3	1,50	1,56	4,0
Trastornos afectivos	976 418	1 599 976	63,9	7,16	7,24	1,1
Trastornos por ansiedad	1 709 654	2 787 281	63,0	12,54	12,62	0,6
Abuso o dependencia del alcohol	1 467 990	2 425 372	65,2	10,77	10,98	1,9
Deterioros cognoscitivos	331 404	557 202	68,1	2,43	2,52	3,7
Cualquiera de los trastornos precedentes	3 430 521	5 622 304	63,9	25,16	25,46	1,2
México						
(Población)	(42 868 000)	(67 328 000)	(57,1)			
Trastornos esquizotrénicos	642 675	1 091 237	69,8	1,49	1,62	8,7
Trastornos afectivos	3 057 978	4 911 551	60,6	7,13	7,29	2,2
Trastornos por ansiedad	5 351 896	8 551 127	59,8	12,48	12,70	1,8
Abuso o dependencia del alcohol	4 583 439	7 581 261	65,4	10,69	11,26	5,3
Deterioros cognoscitivos	1 032 694	1 763 543	70,8	2,40	2,61	8,8
Cualquiera de los trastornos precedentes	10 732 200	17 369 617	61,8	25,03	25,79	3,0
Caribe latinoamericano						
(Población)	(15 743 000)	(21 066 000)	(33,8)			
Trastornos esquizotrénicos	245 565	361 230	47,1	1,55	1,71	10,3
Trastornos afectivos	1 157 479	1 588 344	37,2	7,35	7,53	2,4
Trastornos por ansiedad	2 022 188	2 764 722	36,7	12,84	13,12	2,2
Abuso o dependencia del alcohol	1 755 187	2 511 800	43,1	11,14	11,92	7,0
Deterioros cognoscitivos	402 561	596 418	48,2	2,55	2,83	11,0
Cualquiera de los trastornos precedentes	4 068 885	5 658 305	39,1	25,84	26,85	3,9
Caribe no latino						
(Población)	(3 007 000)	(4 117 000)	(36,9)			
Trastornos esquizotrénicos	44 071	71 979	63,3	1,46	1,74	19,2
Trastornos afectivos	213 659	309 367	44,8	7,10	7,51	5,8
Trastornos por ansiedad	376 038	532,576	41,6	12,50	12,93	3,4
Abuso o dependencia del alcohol	320 407	483 973	51,0	10,65	11,75	10,3
Deterioros cognoscitivos	71 329	116 491	63,3	2,37	2,82	19,0
Cualquiera de los trastornos precedentes	752 052	1 092 409	45,3	25,01	26,53	6,1
Total: América Latina y el Caribe						
(Población)	(232 071 000)	(334 445 000)	(44,1)			
Trastornos esquizotrénicos	3 626 084	5 552 345	53,1	1,56	1,66	6,4
Trastornos afectivos	16 896 648	24 954 698	47,7	7,28	7,46	2,5
Trastornos por ansiedad	29 553 915	43 401 575	48,9	12,73	12,97	1,9
Abuso o dependencia del alcohol	25 785 788	38 740 143	50,2	11,11	11 58	4,2
Deterioros cognoscitivos	5 906 946	9 105 062	54,1	2,54	2,72	7,1
Cualquiera de los trastornos precedentes	59 615 125	88 275 852	48,1	22,68	26,39	2,8

Fuente: Referencia *14* y Organización de las Naciones Unidas *World Population Prospects. Estimates and Projections as Assessed in 1994.* Nueva York, 1986.

ANEXO No 4

CUESTIONARIO DE SINTOMAS (SELF REPORTING QUESTIONNAIRE-SQR)

GENERALIDAD

La necesidad de extender la cobertura de atención primaria en salud mental, precisa de desarrollar instrumentos que faciliten dicho objetivo, en tal sentido como parte de un estudio sobre estrategias para extender los servicios de salud mental se diseño el Cuestionario de Síntomas (SQR) desarrollado por Harding T., colaboradores, 1980 y Climent C., colaboradores, 1981 con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud.

El Cuestionario posee una sección de datos generales del entrevistado y posteriormente presenta 30 preguntas, las mismas han sido representadas gráficamente mediante dibujos para facilitar su aplicación a personas de bajo nivel educativo.

El Cuestionario es de fácil aplicación, las respuestas son cerradas de dos alternativas "SI" y "NO", facilita la identificación de la enfermedad mental y por ende de pacientes que pueden ser atendidos en los servicios de salud. Facilita el entrenamiento de quienes lo van administrar y su tiempo de aplicación es de un máximo de 15 minutos por sujeto.

La capacidad para identificar "casos" mediante el Cuestionario está validada, no así la capacidad para discriminar los síndromes específicos, motivo por lo cual dichas conclusiones deben ser tomadas como hipótesis.

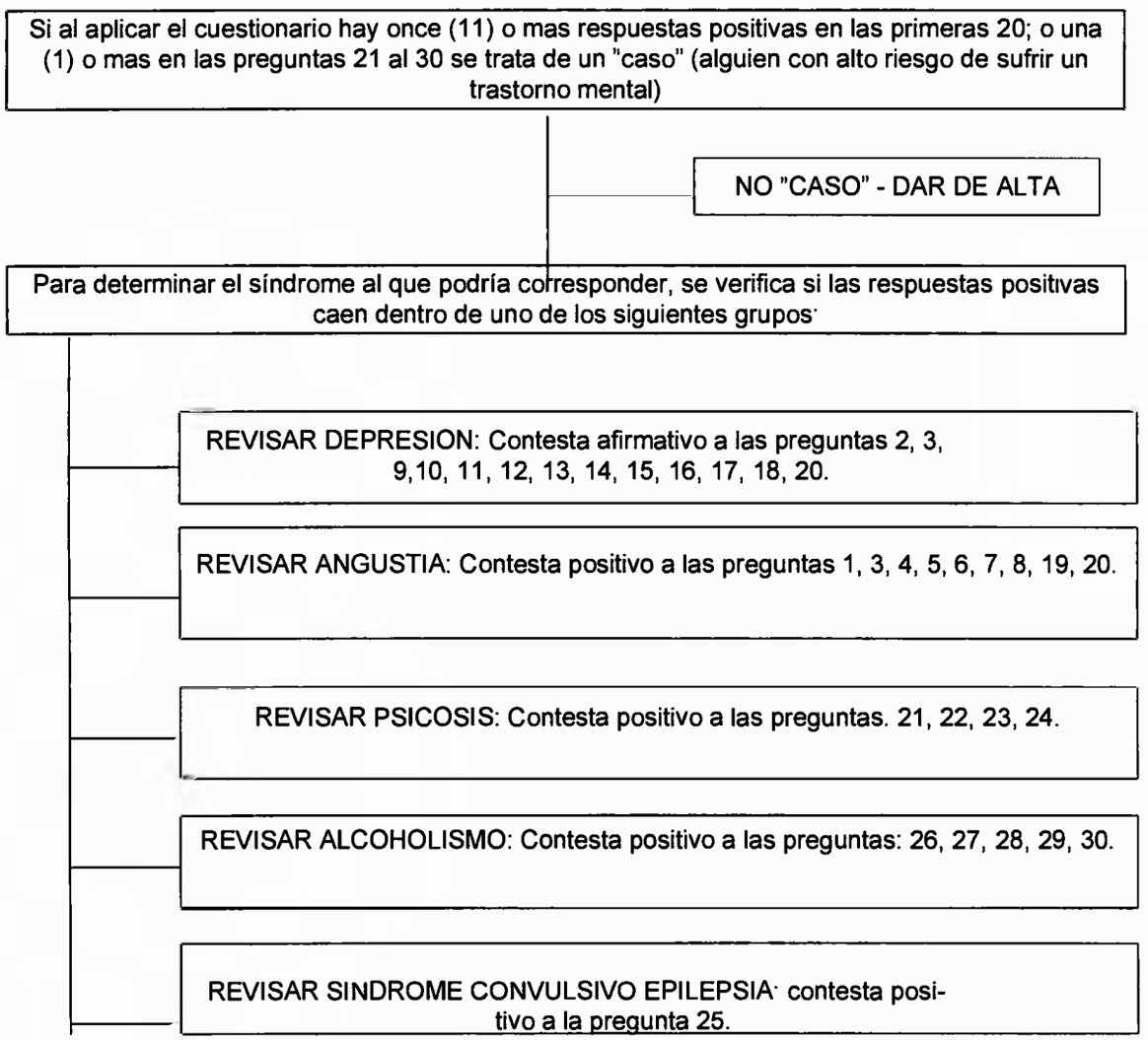
DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE CASOS

Las primeras 20 preguntas corresponden a aquellos sintamos que implican una gravedad menor (los que son frecuentes en los **Trastornos Depresivos** y de **Angustia**), once o mas respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir una enfermedad mental y por tanto se le considera un **caso**.

Las preguntas 21 a 24 corresponden a síntomas de mayor gravedad y cuando se contestan afirmativamente probablemente indican la existencia de un trastorno mental muy importante relacionado a las **Psicosis**, una sola respuesta afirmativa determina también un **caso**.

La respuesta afirmativa a la pregunta 25 determina un **caso de Trastorno Convulsivo**.
las preguntas 26 a 30 se refieren a los hábitos de beber alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene el riesgo de sufrir **Alcoholismo**.
En algunas ocasiones el sujeto presenta síntomas variados, lo que sugiere que existen problemas de diferentes aspectos, o que el caso presenta una dificultad mayor, en este caso se anotará como **No Específico.**

FLUJOGRAMA DEL CUESTIONARIO DE SINTOMAS



CUESTIONARIO DE SINTOMAS

FECHA_____ ENTREVISTA No._____

ENTREVISTADOR_____

INSTITUCION Y AREA
DEL ESTUDIO_____

1. NOMBRE DE LA PERSONA:-
_____

2. EDAD: AÑOS_____MESES_____ **3. SEXO**: M_____ F_____

4. DIRECCION HABITUAL:
_____
PROVINCIA DISTRITO CORREGIMIENTO COMUNIDAD

5. OCUPACION
LABORAL U OFICIO._____

6. SALARIO:_____ (MENSUAL, QUINCENAL, SEMANAL)

7. LUGAR DE TRABAJO:_____

8. TIEMPO DE ESTAR LABORANDO:_____ **9.GRUPO**: INDIGENA___
LADINO ___
10. No. DE HIJOS QUE DEPENDEN:_____ OTRO ___

11. ULTIIMO NIVEL DE ESTUDIO: NINGUNO____
1º - 3º ____
4º - 6º ____
1er CICLO____
2do CICLO____

1.	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	SI	NO
2	¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3	¿Duerme mal?	SI	NO
4	¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5.	¿Sufre de temblor de manos?	SI	NO
6.	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	SI	NO
7	¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8.	¿No puede pensar con claridad	SI	NO
9.	¿Se siente triste?	SI	NO
10.	¿LLora usted con mucha frecuencia?	SI	NO
11.	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	SI	NO
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
16.	¿Siente que usted es una persona inútil?	SI	NO
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
19.	¿Tlene sensaciones desagradables en el estómago?	SI	NO
20.	¿Se cansa con facilidad?	SI	NO
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SI	NO
22.	¿Es usted una persona mucho mas importante que lo que piensan los demás?	SI	NO
23.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
25.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo,con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?	SI	NO
27.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
28.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o escuela o faltar a ellos?	SI	NO
29.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
30.	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	SI	NO

SI EL PACIENTE NO RESPONDIO EL CUESTIONARIO, EXPLIQUE LA RAZON SELECCIONANDO UNA DE LAS ALTERNATIVAS SIGUIENTES:

a. El paciente no quiso cooperar _____
b. El paciente no entiende las preguntas _____
c. El paciente no puede hablar claramente _____
d. Otra razón (especifíquela)_____

HOJA DE CALIFICACION MANUAL

INFORMACION GENERAL DEL SUJETO:

EDAD	INGRESO	ANTIGUE-DAD	ESCOLARIDAD	GRUPO ETNICO	No. DE HIJOS
15-24	100-249	1-5	NINGUNA	INDIGENA	1-3
25-34	400-549	6-10	1°-3°	LADINO	4-6
35-44	550 o +	11-15	3°-6°	OTRO	7 o +
45-54		16-20	1er CICLO		
55 o +		21-25	2do CICLO		
		26 o +	UNIVERS.		

PARTE A (ITEMS 1 A 20): TOTAL DE PUNTOS_____

Menos d

e 11 puntos: NO CASO

Más de 11 puntos: CASO

SINDROME PROBABLE:

ITEMS CLAVE	TOTAL DE PUNTOS	SINDROME
2-3-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-20		DEPRESIVO
1-3-4-5-6-7-8-19-20		ANGUSTIA
COMBINADOS		NO ESPECIFICO

PARTE B (ITEMS 21 A 24) TOTAL DE PUNTOS_____

0 Puntos: NO CASO

1 o Más puntos: CASO

PARTE C (ITEM 25) TOTAL DE PUNTO:_____

0 Punto: NO CASO

1 Punto: CASO

PARTE D (ITEM 26 A 30) TOTAL DE PUNTOS:_____

0 Punto: NO CASO

1 o Más puntos· CASO

RESUMEN DE CALIFICACION:

1. LEVE
2. GRAVE
3. CONVULSIVO
4. ALCOHOLISMO

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN.

1. Antes de aplicar el cuestionario, es importante explicarle al entrevistado que le hará algunas preguntas referentes a ciertos síntomas o molestias que ha sufrido o sentido durante los últimos 30 días.

2. El cuestionario consta de dos secciones. una referente a información y datos generales del entrevistado y la segunda que contiene 30 preguntas cada una con una columna de "SI" o "NO". El paciente contestará a cada pregunta con una de las dos afirmaciones y usted marcará rayando claramente sobre la respuesta, con un marcador rojo.

3. Si al hacer una pregunta el paciente contesta que "SI", pregunte "¿Cuando lo sintió o padeció y por cuántos días?". La respuesta permitirá valorar si es un problema reciente y frecuente, y por consiguiente se debe marcar "SI".

4. Para los casos en que dude si una respuesta es "SI" o "NO", anote exactamente lo que dice el paciente "entre comillas", pues permitirá posteriormente revisarla y valorar la respuesta como afirmativa o no de manera más segura

5. Al aplicar la encuesta debe hacerlo en tono amable, para evitar aumentar los temores y la resistencia del entrevistado a dar sus respuestas. Es recomendable que se aclare al entrevistado la finalidad del cuestionario, con el fin de justificar porqué razón es necesario que responda con precisión, contestando solamente "SI" a aquellas preguntas que se refieren a sintomas que en realidad viene sufriendo.

6. Si el paciente no entiende una pregunta y le pide repetirla, es muy importante hacerlo para que pueda comprender perfectamente qué es lo que se le está preguntando. Si va utilizar el cuestionario con los dibujos, es conveniente aplicarlo leyendo cada una de las preguntas valiéndose de las expicaciones que aparecen al pie de los dibujos, las cuales deben ser estudiadas previamente. Cuando el entrevistado muestre o exprese dificultad para comprender la pregunta, o se sospeche que no la ha comprendido, se le puede mostrar los dibujos.

7. Cuando el entrevistado no puede responder el cuestionario es preciso anotar la razón por la cual no lo hizo, en estos casos al final del cuestionario hay una seccion para tal fin con 4 alternativas, usted anota o selecciona sólo una.

DETERMINACION DE LA PUNTUACION, IDENTIFICACION DE CASO E INTERPRETACION

1. Las preguntas del cuestionario se dividen en 4 partes:

a.- Las primeras 20 preguntas se refieren a trastornos leves o de moderada intensidad, como los depresivos o angustia; se suman las respuestas "SI" si la puntuación en esta parte es 11 o más "SI", se le considera un "CASO SOSPECHOSO" con altas posibilidades de sufrir enfermedad mental leve.

b.- Las preguntas 21 a 24 se refieren a sintomas de mayor gravedad, una sóla respuesta "SI" en este grupo identifica una "CASO SOSPECHOSO" o con altas posibilidades de sufrir algún trastorno mental psicótico.

c.- La pregunta 25 se refiere a trastornos convulsivos o epilepsia, la sola respuesta "SI" es indicativo de un "CASO SOSPECHOSO".

d.- Las preguntas 26 a 30 se refieren a problemas relacionados con el consumo de alcohol, una sola respuesta "SI" en este grupo identifica un "CASO SOSPECHOSO" o con altas posibilidades de sufrir un problema de alcoholismo.

2 Como apoyo para la identificación e interpretación utilice el Flujograma Maestro, del mismo modo puede utilizar la hoja de Calificación Manual y los Cuadros diseñados para la presentación resumida de los datos.

NOTA: ante un caso sospechoso es recomendable aconsejar o referir al sujeto a una consulta con un psicólogo o psiquiátra.

ANEXO NO. 5

PRESUPUESTO ESTIMADO

DESCRIPCION	COSTOS
FOTOCOPIAS E IMPRESION	275.00
ADQUISICIÓN DE TEXTOS	130.00
ADQUISICIÓN DE COMPUTADORA E IMPRESORA	1.600.00
MATERIAL DE COMPUTADORA E IMPRESORA	75.00
PAPELERIA	50.00
EMPASTADO Y EDICION FINAL	400.00
4 VIAJES A BOCAS DEL TORO	400.00
HOSPEDAJE Y ALIMENTACION	200.00
APOYO DE SECRETARIA	200 00
REVISION DE ESPAÑOL	125.00
MISCELANEOS	300.00
TOTAL	**3.555.00**

IX. BIBLIOGRAFIA

IX. BIBLIOGRAFÍA

ARANDA, Pastor. 1971. Epidemiología General. Tomo I, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

ALARCÓN, Renato. 1986. La Salud Mental en América Latina:1970-1985. En Boletín de la OPS 101(6), pags. 567-589

BADÍA, Roberto, 1985. Salud ocupacional y riesgos laborales. En Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, 98(1) pags. 20-31. E.U.A.

BANCO MUNDIAL. 1993. Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud. E.U.A.

BERMAN,Silvia. 1993 "en" Investigación sobre salud de los Trabajadores. Serie Paltex, Salud y Sociedad 2.000, Nº 3. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. , E.U.A.

BLEGER, José. 1976. Psicología de la Conducta. Editorial paídos. Argentina.

BOWDEN, Charles y Alvin G. Burstein. 1990, Bases Psicosociales de la Atención Médica. 1ra Edición, Editorial Limusa S.A. México.

CAETANO, Raúl. 1984. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en América Latina: revisión bibliográfica. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud 97(6) págs 491-494. E.U.A.

CAJA DEL SEGURO SOCIAL. 1994, Registro de Solicitudes de Pensiones. Departamento de Trabajo Social, Hospital de Changuinola, Bocas del Toro,

Panamá.

CAJA DEL SEGURO SOCIAL. 1994, Informe Anual del Programa de Salud Ocupacional. Hospital de Changuinola, Bocas del Toro, Panamá.

CAJA DEL SEGURO SOCIAL. 1994, Informe Anual del Servicio de Salud Mental-Psiquiatría. Hospital de Changuinola, Bocas del Toro, Panamá.

CANALES, F.H. y otros. 1989, Metodología de la Investigación. 2da reimpresión. Organización Panamericana de la Salud. Colombia.

CANCRINI, Luigi y Marisa Magoli T. 1988, Psiquiatría y relaciones Sociales. 2da edición Editorial Nueva Imagen. México.

CLIMENT, Carlos E. y María V. de Arango. 1983, Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria. Serie Paltex No. 1. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A.

DA COSTA, Dora de y otros. Estudio sobre la percepción y actitudes hacia los desórdenes mentales en cinco comunidades panameñas. En Panamá: la reestructuración de la atención psiquiátrica 1991-1995. Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud. Panamá

DEVER, G.E.Alan. 1991, Epidemiologia y Administración de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., E.U.A.

DEJOUR, Christophe. 1990. Trabajo y desgaste mental. Publicado por OPS, Argentina.

DILIGUENSKI, G.G. y otros. 1987, Psicología Social de las Clases . Editorial

Cartago. Argentina.

FELDMAN, Saul. 1995, Enfermedad Mental y Economía, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 98(3). Washington, D.C., E.U.A.

GALLO, Joseph. 1994. Epidemiology of mental disorders in middle age and late life. Epidemiologic Reviews 17(1). E.U.A.

GOLDBERG, David. 1994. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. En Epidemiologic Reviews, 17(1). Págs 182-190

HERNÁNDEZ, Anibal. 1991; Perfil epidemiológico de la empresa estatal de Cemento Bayano. Tesis de graduación. Universidad de Panamá, Panamá , Panamá.

HIRSCH, Robert y Richard Riegelman. 1992. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba. Publicación Científica No. 531. Organización Panamericana de la Salud. E.U.A.

JENICEK, Milos y Robert Cleroux. 1988, Epidemiologia: principios, técnicas y aplicaciones. 2da reimpresión. Editorial Salvat. España.

KALINO, Raija y otros. 1988, Los Factores Psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

KERLINGER, Fred. 1988, Investigación del Comportamiento. 2da Edición en Español, Editorial Mc Graw Hill. México.

KROEGER, Axel y Ronaldo Luna. 1992. Atención Primaria en salud. Serie Paltex No.10, Segunda edición. OPS, E.U.A.

LAURELL, Asa Cristina. 1993, Investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie Paltex Nº3, Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., E.U.A.

LENON, Mary Clare. 1994. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomica status, gender and psychological disorders. En Epidemiologic Reviews, 17(1), pag 120-127. E.U.A.

LEONTIEV. A.N. y otros. 1970. Psicología. Editorial Grijalbo, México.

LEVAV, Itzhak y otros. 1989, Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud, 107(3), Washington, D.C., E.U.A.

LEVAV, Itzhak y otros. 1993. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 39(4), págs 285-293. Argentina.

LILIENFELD, Abraham y David Lilienfeld. 1982, Fundamentos de Epidemiologia. Fondo Educativo Interamericano S.A., E.U.A.

LIN, Tsung-Yi y C.C. Standley. 1964, Importancia de los Métodos Epidemiológicos en Psiquiatría. Cuadernos de Salud Pública Nº16. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

PALMER, Esther.1988. Situación de salud de los trabajadores agroindustriales en la Provincia de Bocas del Toro. Panamá.

MARI, Jair de Jesus. 1988. Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria.

En Boletín de la OPS. 104(2) pags 171-180. E.U.A.

MEDINA, Ernesto y otros. 1987. Encuestas de morbilidad y atención médica, como método de análisis de situación de la salud. En Boletín de la OPS 102(6) págs 594-605. E.U.A.

MINISTERIO DE SALUD. 1994, Cifras Preliminares, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Panamá

MINISTERIO DE SALUD. 1996, Panamá: la reestructuración de la atención psiquiátrica 1991-1995. Publicación del Departamento de Salud Mental, Panamá.

MOLINA, Gustavo. 1993. Trabajadores rurales en América Latina, estudio sobre sus condiciones de salud. En La investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie Paltex No.3. OPS, E.U.A.

OLIVEROS, Waldemar y otros. 1989, Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en el Hospital de Changuinola, Bocas del Toro, Panamá.

NORIEGA, Mariano. 1993. Organización laboral, exigencias y enfermedad. En la investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie Paltex No. 3. OPS/OMS, E.U.A.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. 1960. Epidemiología de los trastornos mentales. Octavo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de informes técnicos No. 185. Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1975, Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo. 16 Informe del Comite de Expertos en

Salud Mental, serie de informes Técnicos Nº564, OMS. Ginebra, Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.1978. Atención Primaria: Informe conjunto del director de la OMS y el director ejecutivo del Fonfo de las Naciones Unidas para la Infancia. Serier Salud para Todos, No. 1. Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.1983. Programa mundial a mediano plazo, protección y fomento de la salud mental. Suiza.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. 1984. Atención de salud mental en los países en desarrollo; análisis crítico de los resultados de las investigaciones. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie de informes técnicos No.698, Siuza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1991, Informe del Grupo Científico sobre Tratamiento de Trastornos Psiquiátricos. Serie de Informes Técnicos 812. Ginebra, Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1992, Décima Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Traducido y editado por J.J. López Ibor y Meditor. España.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1982. Salud para todos en el año 2,000, Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Documento oficial No.179. E.U.A.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1986. Primera reunión del grupo asesor regional de salud mental. En Boletín de la OPS 101(6)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 1990. Condiciones de Salud del adulto en las Américas. OPS/OMS. E.U.A.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 1990. Las Condiciones de Salud en las Américas. Volumen 1, publicación científica No. 549. E.U.A.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1991-1998. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas. E.U.A.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1991. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación: conferencia regional para la re-estructuración de la atecnión psiquiátrica; Caracas, Venezuela. Editores R. González Uzcategui y I. Levav. E.U.A.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 1993. Informe final de la II reunión de Directores de Programas Nacionales de Salud Mental de los países suramericanos. Documento mimeografiado. Brazil.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 1995. Informe de la 3 reunión del grupo de acción en salud mental de Centroamerica, Panamá y Belice, realizada en Panamá en Diciembre de 1994. E.U.A.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1995. Análisis del programa regional de la salud mental. 24 reunión del subcomité de Planificación y Programación. Documento mimeografiado ssp24/9. E.U.A.

SARACENO, Benedetto, Aida L. de Rivera y otros. 1993. Salud Mental en el nivel primario de atención: estudio en una muestra de pacientes en seis países

centroamericanos. Documento mimeografiado, Instituto Mario Negri, Italia.

URZUA, Ramón. 1986. Prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y neurológicos. En Boletín de la OPS101(6) págs 593-607.

STACK S., Harry. 1992, La Entrevista Psiquiátrica. 2da edición, Editorial Nueva Imagen. México.

YUNES, Joao. 1993; Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. En Boletín de la OPS 114(4) págs 302-315. E.U.A.