

ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO EN LA PROVINCIA DE CADIZ

I PARTE

JOSE M. MARTIN FARFAN

Profesor Salud Pública Escuela Universitaria de Enfermería

JOSE MIRA GUTIERREZ

Director del Departamento

Director Escuela Universitaria de Enfermería

Departamento de Microbiología e Higiene

Facultad de Medicina

Universidad de Cádiz

PREAMBULO

Se han estudiado algunos aspectos epidemiológicos del alcoholismo en la provincia de Cádiz, tomando como fuente de datos el Hospital Psiquiátrico Provincial, Residencias Sanitarias de la Seguridad Social, Servicios Médicos de Empresa, Jefaturas de Tráfico y estadísticas de mortalidad por cirrosis hepática, tratando dicha información a fines de evaluación del problema y sus consecuencias económicas y preventivas.

1. ESTUDIO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO

1.1. Ingresos anuales

El análisis de las historias clínicas del Hospital Psiquiátrico nos permite conocer que en 1977 ingresaron 218 personas (ingresos personas = I. P.) (tabla n.º 1), causando un número total de ingresos de 266 (ingresos totales = I. T.), mientras que en 1978 se registran 222 y 274, respectivamente. La incidencia al ingreso (tabla 2 A) es de 138 y 137 en estos dos años. En la tabla 2 B se recogen los ingresos según su vía de llegada, bien por orden facultativa, bien por orden judicial, debiendo hacerse constar que estos últimos no se contabilizan al evaluarse los días de estancia hospitalaria.

1.2. Edad

Este parámetro, por el contexto del que está extraído, nos orienta sobre la época de la vida en la que se presentan cuadros alcohólicos que implican un importante grado de impregnación etílica, si se exceptúan, y no todos, los episodios de embriaguez aguda. La media registrada sobre el total de ingresos es de 42'5 años, con una desviación típica de 12 años, lo que pone de manifiesto el inicio de consumo alcohólico en la segunda o tercera década de la vida, que viene a coincidir con la época en la que el individuo es socialmente tomado como adulto (2) (3), siendo posible colegir que el alcohol viene a "confirmar" el status adulto. A este respecto, es curioso reseñar que en EE. UU. y otros países el consumo alcohólico está vedado hasta la "mayoría de edad".

Las edades registradas (tabla 3) confirman las descritas en los textos clásicos, pero es preciso llamar la atención respecto a la presentación cada vez más pronta de cuadros graves de alcoholismo crónico, constatándose incluso la presentación de seis casos de "delirium tremens" en la tercera década de la vida, de los que la mitad de ellos se dieron en pacientes de 21 a 25 años, lo que corrobora clínicamente las llamadas de atención realizadas a partir de las encuestas epidemiológicas de población general de varios autores (6) (45) (51) (52), que detectan probables alcohólicos, desde el punto de vista epidemiológico, a edades muy tempranas. Este consumo etílico precoz y de considerables proporciones debe ser tenido en cuenta si se pretende plantear medidas preventivas eficaces en la lucha antialcohólica, obligando a poner en cuestión y revisar los actuales presupuestos teóricos de tipo asistencial, social y preventivo a nivel de la problemática alcohólica.

1.3. Estado civil

El análisis de este parámetro, para algunos baladí, puso de manifiesto una relación de ingresos entre solteros-casados de 2'5-3, digna de considerar y que ha sido objeto de estudio. En la tabla n.º 4 se consigna la distribución de los hospitalizados bajo la condición IP e IT, observándose gran similitud entre los valores registrados en los dos años.

Se han calculado las tasas de morbilidad al ingreso, tomando como base el censo elaborado por el I. N. E., resultando los valores que se exponen en la tabla n.º 5, en la que figura el promedio de los ingresos en ambos años, distribuidos según el atributo soltero, casado, separado y viudo. Al tomarse como base el censo de población provincial, sólo serán considerados en este estudio a los ingresos de esta naturaleza.

En la tabla n.º 5 se observa que los solteros causan un mayor número de ingresos que los casados, medido según el índice de

morbilidad (‰) hecho que se pone más de manifiesto cuando se consideran sólo aquellos intervalos de edad en los que la casuística es más frecuente (31-60 años), superando cada intervalo el 10 % del total de ingresados.

En la tabla n.º 6 se recoge la distribución de los ingresados naturales de esta provincia según el atributo del estado civil y según intervalos de edad, expresando los resultados número absoluto de ingresos (núm.), morbilidad al ingreso (‰) y el resultado del cociente de los índices alcanzados por solteros y casados (S/C). Es posible comprobar cómo en todos los intervalos el valor del cociente es superior a 3'77 y que para el intervalo 51-55 años es aproximadamente 7.

Igual sistemática se ha seguido para revisar uno a uno los principales síndromes, corroborándose los resultados obtenidos, por lo que a falta de datos bibliográficos al respecto en las revistas profesionales, cabe pensar que se trata de un resultado inédito y significativo, que sería muy interesante confrontar con otros obtenidos de estudios en semejante sentido, bien en el estricto ámbito que aquí se analiza, o en otros.

Cabe explicar este fenómeno si se considera el planteamiento de las relaciones sociales de los solteros, que giran a menudo en torno al alcohol y donde se expende, utilizándolo como factor de ruptura de inhibiciones, sobre todo en las relaciones interpersonales entre sexos, siendo además muy difícil escapar al influjo de esta droga institucionalizada, por un mecanismo de mimesis social preponderante en nuestro medio.

Respecto a los separados y viudos, debido a su escaso número, se ha obviado el estudio comparativo por poco significativo, pero es preciso señalar el papel que juega el alcohol en las causas de separación (primera causa de divorcio en EE. UU.) (6) (29), por lo que cabe pensar que en un país tan tradicionalmente familiar como el nuestro, para que se produzca esta separación hace falta que la situación familiar sea de todo punto insostenible.

1.4. Según procedencia

Los resultados se expresan en las tablas 7 y 8, según el número de ingresos absolutos (núm.), en porcentajes (%) y nos ha parecido también de interés expresarlo en índices de morbilidad al ingreso (‰) según los distintos pueblos, tomando como base los censos oficiales de población del I. N. E. A partir de los resultados de estos listados es posible delimitar claramente tres áreas:

- a) **RURAL.** De condiciones climáticas y laborales especialmente duras, de estructura social eminentemente agrícola y ganadera (43), carente de lugares de esparcimiento y en los que la taberna ha sido y quizás siga siendo, el nexo común del

ocio y el alcohol el vehículo de relación de los individuos. Los índices de morbilidad alcanzados por algunos de los pueblos pertenecientes a esta comarca (ejemplo El Gastor) superan en ambos años, desde una valoración estadística, la suma de la media más la desviación típica.

Posiblemente, la tolerancia social respecto al consumo anormal de alcohol, a diferencia de los núcleos urbano-industriales y la falta de la adecuada infraestructura sanitaria, haga que el alcoholismo sólo sea atendido cuando la situación llega a ser realmente insostenible, lo que condiciona su ineludible hospitalización psiquiátrica.

- b) **URBANO-INDUSTRIAL.** Estos colectivos, situados alrededor de los polos industriales provinciales, reúnen las mayores cifras de población, por lo que, lógicamente, también depa- ran los mayores índices de ingresos absolutos y en porcenta- je (ejemplo Cádiz, Jerez). Quizás por su mejor infraestruc- tura sanitaria en todos los órdenes (Servicios Médicos de Empresa, dispensarios, etc.), los índices de morbilidad al in- greso sólo superan ligeramente a la media.
- c) **OTROS.** Esta área, constituida fundamentalmente por el lito- ral, de clima benigno y de condiciones laborales poco ansió- genas, contabiliza los índices de morbilidad más bajos, pró- ximos a la media menos la desviación típica. Esta división hecha a partir de los parámetros obtenidos, resulta coinci- dente con la división geográfica, industrial, etc., y se corro- bora con el estudio de las tasas de fallecimientos por cirrosis hepática a nivel provincial (ver más adelante).

1.5. Profesión

Dentro de este parámetro se realiza un análisis según la rama de actividad y la cualificación.

- a) **ACTIVIDAD.** Se agrupan bajo este epígrafe a los enfermos según las normas internacionales y seguidas por el I. N. E., clasificándolas en **ACTIVOS** (tabla 9 A) y **NO ACTIVOS**, y a los primeros, a su vez, según la rama de producción a la que se dedican (tablas 9 B y C):
 - Agricultura y pesca. Supone a nivel provincial el 20'5 % de los trabajadores en activo. Por la significación que tie- ne en nuestro medio, en las tablas 9 B y C se ha desglo- sado el subsector pesca.
 - Industria. Ocupa aproximadamente al 18 % de la pobla- ción laboral activa, existiendo en esta provincia tres gran- des polos; fuera de ellos el sector queda configurado por pequeñas industrias, con un área de influencia restringida.

- **Construcción.** Se trata de un sector muy diseminado, que ocupa al 11 % de la población activa.
- **Servicios.** Es el gran cajón de sastre. Ocupa a cerca del 50 % de la población laboral activa, englobando muchas profesiones, algunas de ellas muy ligadas al alcohol, como viajantes, agentes, etc., que instrumentalizan el alcohol como vehículo de contacto profesional. En este sector se ha desglosado alimentación y bebidas, por su importancia a nivel provincial.

En el año 1977, los sectores de construcción y servicios arrojan los mayores porcentajes de ingresos, mientras que en el año siguiente son preponderantes los señalados y el sector agrícola.

A partir de las cifras oficiales de las encuestas de población activa del I. N. E. (23) se han elaborado los índices de morbilidad al ingreso (tabla n.º 10 y lámina n.º 1). Se advierte que el sector de construcción es el que ocasiona proporcionalmente el mayor número de hospitalizaciones, hecho que coincide con los descritos por las compañías de seguros de EE. UU. y con las descripciones clásicas sobre el alcoholismo, que expresan: "Las profesiones realizadas al aire libre y que exigen gran esfuerzo físico se acompañan de mayor ingesta alcohólica" (13) (19) (20). Obsérvese que agricultura y pesca figuran en segundo lugar.

- b) **CUALIFICACION.** En este apartado se considera a los ingresados según el grado de cualificación que posean. Los NO ACTIVOS (tabla 11 A) comprende a los parados, población inactiva (escolares, amas de casa, etc.) y pensionistas, quedando solamente recogidos en este estudio los enfermos pertenecientes al primer y tercer grupos.

Es posible advertir que así como los pensionistas causan pocos reingresos, no ocurre lo mismo con los parados, siendo uno de los grupos que mayor número de reingresos ocasiona (cociente IP/IT), quizás por el círculo cerrado que forma el alcohol con la frustración, el ocio y las dificultades económicas y sociales.

En la tabla n.º 11 B se consigna la distribución de los hospitalizados ACTIVOS según el grado de cualificación, tomando como base para ello la sistemática de uso común.

Si bien no se poseen cifras de población general según el grado de cualificación a partir del cual establecer los índices de morbilidad, es posible observar en la tabla reseñada una disminución gradual del número de ingresos a medida que se asciende en la escala de cualificación, hecho también recogido por otros autores (48), quizás debido a las evidentes connotaciones peyorativas que tienen estos

centros, que harían eludir el ingreso a los estratos de población que pudiesen costear la estancia en un centro privado. Igualmente, al poseer en general una más correcta formación sanitaria, detectarían el alcoholismo en sus estadios iniciales, suceptible aún de una acción terapéutica "extramuros".

1.6. Mes de ingreso

A partir de este parámetro, los datos sólo vendrán referidos por ingresos totales (IT), que carece de sentido el estudio según las personas hospitalizadas (IP), puesto que un mismo paciente puede haber ingresado en meses distintos, causando variadas estancias y no siempre bajo el mismo diagnóstico. En la distribución obtenida (tabla n.º 12) no es posible observar ningún mes de claro predominio para los ingresos por causa alcohólica, oscilando los porcentajes en límites tan estrechos que es imposible establecer una relación causa-efecto, como se ha apuntado en algún trabajo.

1.7. Días de estancia

Dada la gran variabilidad que puede tomar este parámetro, pero siendo éste de gran interés (36), ha obligado a elegir unos intervalos regulares de 5 días hasta los 45, quedando recogido el 95'9 % de los ingresados, porcentaje similar al obtenido por otros (15), y a partir de aquí se han elegido intervalos arbitrarios de 46 a 60, 61-100 y más de 100 días de estancia (tabla n.º 13). Obviamente se han excluido los remitidos por orden judicial, ya que su permanencia depende de este poder. El 60 % de los ingresados causan estancias inferiores a los 11 días, al objeto de evitar la cronificación y el hospitalismo de estos enfermos, de los que se ha dicho que el hospital era un callejón sin salida (13). En una revisión de los distintos síndromes según este parámetro, se apreciaron estancias anormalmente elevadas que, investigadas, resultaron ser tanto por problemas orgánicos (polineuritis, cirrosis, etc.), como psíquicos y/o de marginación social y familiar, que imposibilitan o hacen fracasar el alta de ensayo (32) (46).

1.8. Causa fundamental de ingreso

Como método de trabajo sugerido por la O. M. S. se ha tabulado la frecuencia con que se registran las consecuencias específicas del consumo en determinados períodos de tiempo (36). La complejidad que supone la posibilidad de la coexistencia en un mismo individuo, en el momento del ingreso, de varios síndromes de la enfermedad alcohólica ha obligado, en aras a la simplicidad en la sistemática, a clasificarlas según el cuadro fundamental que ocasionó la hospitalización. En la tabla n.º 14 se consignan los porcentajes promedios registrados para los distintos cuadros etílicos diagnosticados, apreciándose que el alcoholismo crónico y el "delirium tremens" son los más frecuentes (\approx 30 % del total de ingresados).

Por otra parte, es posible advertir que el 80-85 % de los hospitalizados son enfermos de larga historia alcohólica, lo que sitúa realmente el contexto de este estudio. También quedan recogidos en la tabla 14 otros síndromes físicos o psíquicos que de manera superficial fueron diagnosticados al ingreso.

2. INGRESOS EN HOSPITALES GENERALES

El estudio epidemiológico de los ingresos registrados en un hospital general puede resultar un perfecto indicador de lo que ocurre en su entorno (efecto iceberg) (18).

El número de alcohólicos que ingresan en un hospital general varía según los distintos autores, oscilando desde 19'5-27 % (53), hasta 40-45 % para varones y 15 % para mujeres (44).

Según el antiguo reglamento de la Seguridad Social, vigente hasta 1965, se excluía la asistencia del alcoholismo y cuando queda incluido, Santodomingo Carrasco encuentra que el 22 % en varones y el 1'3 % en mujeres de los ingresados en un hospital general de la Seguridad Social son alcohólicos y que en el Servicio de Medicina Interna, los alcohólicos llegan a ser el 33 % del total de los ingresados (17). Este mismo autor observa que sólo el 1 % de los alcohólicos son tratados de su problema de dependencia (47).

En el presente estudio, se ha pretendido evaluar los ingresos de los enfermos alcohólicos en los hospitales generales, tomando como indicadores los ingresos habidos en los hospitales de la Seguridad Social, conscientes de que el paso de éstos por los citados centros es más fugaz que en los centros concertados.

Para recabar los datos comentados se acudió personalmente a cada uno de los hospitales de la Seguridad Social existentes en esta provincia, tomando una muestra significativa de los ingresos habidos en 1979, recogiénose en la tabla n.º 15 los resultados obtenidos. De esta distribución de los ingresados por causa alcohólica se puede deducir:

1.º El porcentaje de enfermos alcohólicos ingresados en hospitales generales es del 0'24 al 3'38 %, mientras que la revisión bibliográfica antes reseñada da unos porcentajes que oscilan entre el 20 y el 40 % del total de ingresos.

2.º La estancia media hospitalaria de los enfermos alcohólicos supera en todos los casos la media del total de los ingresados.

3. ALCOHOL Y TRAFICO

Desde que un editorial del "Quaterly Journal of Inebriety", 1904, relacionara 25 accidentes de automóvil con el consumo de "bebidas

espirituosas" en la hora precedente al siniestro (49) hasta hoy, numerosos estudios epidemiológicos, forenses, de laboratorio, etc., han puesto de manifiesto los efectos nocivos de la ingestión de alcohol entre los conductores (1) (26).

En nuestro país, el problema alcohol-tráfico es regulado por primera vez por un decreto (1.890/73, de 26 de julio) en el que se modifican los artículos 49 y 292 del Código de Circulación, que hacen referencia a las normas a seguir en caso de accidente y las circunstancias que motivan la inmovilización inmediata del vehículo (4), ordenando la investigación del grado de impregnación alcohólica en conductores (5), fijándose el límite legal en 80 mg/100 ml., como en la mayoría de los países occidentales.

En el plan de Seguridad Vial propuesto para el año 1980, el alcohol figura como el tercer causante de accidentes (9), existiendo la certeza de la propia Dirección General de Tráfico de que la incidencia es mucho más alta.

En la bibliografía consultada se señala que el alcohol es responsable del 30-50 % de los accidentes mortales y que el 80-85 % de los conductores que superaron los límites legales de velocidad eran personas de historia alcohólica larga, hechos que se pusieron de manifiesto mediante la determinación de la gamma glutamil transpeptidasa (50).

En la tabla n.º 16 se expresa el número de accidentes registrados a nivel de la provincia de Cádiz y nacional, desglosados en los ocurridos en carreteras y zonas urbanas, así como entre conductores y personas implicadas.

4. EL ALCOHOL EN EL MEDIO LABORAL

A pesar de las considerables proporciones sociales, económicas y familiares que presenta el alcoholismo, los aspectos laborales han sido ignorados o tabú en nuestra sociedad (12).

Ha sido principalmente en Francia, país muy afectado por el problema etílico y en EE. UU. donde se han realizado numerosos trabajos sobre la perspectiva laboral de esta enfermedad, estableciéndose correlaciones aisladas entre alcoholismo y profesión.

En efecto, es innegable que existen empleos que "predisponen" al individuo a un consumo excesivo de alcohol: trabajos de fuerza, faenas al aire libre, actividades profesionales ligadas con el sector vitivinícola, vendimiadores, arrumbadores, distribuidores detallistas, camareros, representantes y contratistas y actividades que imponen una separación o un desplazamiento periódico y/o frecuente (marinos, camioneros, viajantes, etc.), si bien es posible que el alcohó-

lómo se sienta inclinado hacia estas profesiones para satisfacer sus deseos de cambio y de huida de la realidad monótona (13).

En los países en los que se ha estudiado epidemiológicamente el alcoholismo en el medio laboral, se ha visto que del 3 al 20 % de los trabajadores tienen clara problemática ligada a la ingestión alcohólica. En Francia, Le Go obtiene índices del 30 %, siendo víctimas del 70 % de los accidentes "in itinere".

En nuestro medio se ha comprobado que los niveles de consumo según las condiciones laborales fluctúan según sexo, trabajos físicos intensos, número de horas trabajadas diariamente, pluriempleo, ambiente afectivo laboral y sin correlación con la edad (19).

Una reciente encuesta epidemiológica hecha en Cádiz, que incluía el medio laboral, detectó que el 8'5 % de nuestros trabajadores se podrían considerar probables alcohólicos a efectos epidemiológicos, predominando los varones, 9'3 %, frente a las mujeres, 5'8 %. Entre los productores la cifra de los probables alcohólicos se eleva al 12'4 %, índice suficientemente significativo como para justificar el estudio de la vertiente laboral del alcoholismo.

Para evaluar la perspectiva laboral del etilismo en nuestra provincia y las pérdidas de producción debidas a esta enfermedad (7), se intentó contactar con los 72 servicios médicos de empresa existentes, garantizando el anonimato, procurando el contacto por término medio en dos o tres ocasiones, con el resultado que se expone en la tabla n.º 17.

De los servicios médicos que dijeron no registrar alcoholismo, una gran parte de ellos no aportando más comentario, un 15 % dicen conocer casos de consumo excesivo, pero que al no dar problemas en la empresa no toman más medidas. De todo lo anterior se puede deducir:

1.º El alcoholismo en el medio laboral tiene, en un gran número de casos, un tratamiento más represivo que preventivo.

2.º En las empresas en que se ha registrado, sólo el 9 %, los porcentajes de obreros afectados sobre el total es anormalmente bajo.

3.º Sólo se estima que un sujeto es alcohólico cuando sus bajas laborales por enfermedad superan ampliamente los 50 días por término medio, e incluso los 100 días/año.

4.º Mientras Santodomingo Carrasco evaluó, en 1975, 150.000 accidentes laborales achacables al alcohol y Le Go afirma que el 70 % de los accidentes "in itinere" registrados por él son también de causa alcohólica, los servicios médicos de empresa de la provincia no recogen ningún caso de accidente de trabajo, ya sea durante él o en el camino.

Todo lo anterior lleva a pensar que el alcoholismo constituye un tabú en el mundo laboral, particularmente en lo relativo a accidentalidad.

5. ALCOHOL Y CIRROSIS HEPATICA

El alcohol, como agente etiológico o exacerbador de enfermedades orgánicas, ha sido exhaustivamente estudiado a nivel clínico y experimental, hecho que no debe extrañar si se considera que el alcohol en muchos países supone la tercera causa de mortalidad (28) (37) y en España el cuarto (47), si bien recientemente Santodomingo Carrasco opina que en nuestro país también ocupa el tercer lugar (35).

Desde una perspectiva epidemiológica de todas las enfermedades causadas por el alcohol, la cirrosis hepática supone el paradigma para evaluar los efectos del consumo alcohólico sobre la población.

El papel del alcohol, como elemento responsable de enfermedades hepáticas, fue descrito por primera vez por Vesalio (siglo XVI), pero no es hasta nuestro siglo cuando Jollife y Jellineck (1941) publican los primeros datos científicos relacionando la mortalidad por cirrosis hepática con el consumo alcohólico, a partir de un estudio llevado a cabo en 45 Estados de EE. UU. (lámina n.º 2) (25).

Posteriormente, también en EE. UU., se corroboró esta relación al observarse el considerable descenso en el número de fallecidos por cirrosis hepática que sigue a la promulgación del acta de Volstead, más conocida como "Ley Seca" (1916) (33) y que se mantiene en índices bajos hasta que, por masivo referéndum popular es derogada en 1932, incrementándose desde entonces constantemente (lámina n.º 3), a pesar de que los métodos para tratar la cirrosis y sus complicaciones mejoraron ostensiblemente (25). Conviene reseñar que esta época prohibicionista fue promovida por razones ético-morales de los partidarios de la templanza y no por razones sanitarias.

En Canadá, en la provincia de Ontario, evaluando R. E. Pophan (1975) el precio relativo de las bebidas alcohólicas en función del poder adquisitivo, el consumo alcohólico por habitante y las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, encuentra una correlación negativa entre precio y consumo y positiva entre consumo y mortalidad por cirrosis (lámina n.º 4) (37) (38), haciéndose patente que el alcohol, como bien de consumo en una economía de mercado, posee elasticidad en la demanda en función del precio, hecho que puede tener una importante proyección al planificar las medidas preventivas.

Estudios llevados a cabo en nuestro país han puesto de manifiesto que el 52 % de las cirrosis hepáticas son de origen alcohólico (47), por lo que una revisión de este parámetro a partir de los datos del I. N. E. es muy interesante.

En las tablas n.º 18 y 19 y lámina n.º 5 se recogen los fallecidos por cirrosis hepática a nivel provincial y nacional, expresados en números absolutos y tasas de mortalidad (‰) para ambos sexos. En ellos se puede observar el incremento notable que registran las tasas a partir de los años 60, que puede ser explicado porque en esta época se produce en España un "despegue económico" que, en la vertiente que nos ocupa, conlleva un aumento de la disponibilidad de bebidas alcohólicas, aumento de producción e importación (47) y, consecuentemente, aumento en el consumo de alcohol e incremento de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, ya referido.

Asimismo, es posible advertir que los índices de morbilidad de la provincia de Cádiz, a partir del año 1951, supera a la media nacional, tanto en hombres como en mujeres (31).

El análisis de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática en los años 1977 y 1978, información recabada a los Ayuntamientos de esta provincia, si bien es incompleto por falta de contestación de algunos de ellos, permite observar paralelismos significativos con los datos obtenidos a partir de los ingresos en el Hospital Psiquiátrico, coincidencia que establece a la comarca correspondiente a la Sierra Norte, anteriormente mencionada, como la que arroja las tasas de morbimortalidad más altas (tabla n.º 20).

TABLA I

AÑO 1978

Ingresado	6 veces	1 persona:	total	6 ingresos
"	5	"	—	"
"	4	"	2	"
"	3	"	8	"
"	2	"	21	"
"	1	"	186	"
TOTAL			218 personas	266 ingresos

AÑO 1977

Ingresado	4 veces	1 persona:	total	4 ingresos
"	3	"	10	"
"	2	"	29	"
"	1	"	182	"
TOTAL			222 personas	274 ingresos

TABLA II

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
SEGUN FORMA DE INGRESO

A) Distribución de Ingresos y reintegros en los años 1977 y 1978

AÑO 1977					
INGRESOS	REINGRESOS				
Núm.	%	Núm.	%	TOTAL	
I. P.	138	63'30	80	36'69	218
I. T.	138	51'87	128	48'12	266

B) Distribución según parte de ingreso en los años 1977 y 1978

AÑO 1977					
MEDICO	JUDICIAL				
Núm.	%	Núm.	%	TOTAL	
Ingresos	132	95'65	6	4'34	138
Reingresos ...	126	98'43	2	1'56	128

AÑO 1978					
INGRESOS	REINGRESOS				
Núm.	%	Núm.	%	TOTAL	
137	61'71	85	38'28	222	
137	50'00	137	50'00	274	

AÑO 1978					
MEDICO	JUDICIAL				
Núm.	%	Núm.	%	TOTAL	
134	97'81	3	2'18	137	
127	92'70	10	7'29	137	

TABLA III

DISTRIBUCION DE INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL
SEGUN EDAD DEL INGRESO

EDAD	AÑO 1977				AÑO 1978			
	I. P.		I. T.		I. P.		I. T.	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
16-20	2	0'91	2	0'75	4	1'80	4	1'45
21-25	7	3'21	9	3'38	25	11'26	31	11'31
26-30	11	5'04	17	6'39	8	3'60	11	4'01
31-35	25	11'46	26	9'77	24	10'81	30	10'94
36-40	31	14'22	34	12'78	25	11'26	29	10'58
41-45	46	21'10	52	10'54	44	19'81	55	20'07
46-50	47	21'55	63	23'68	42	18'91	53	19'34
51-55	23	10'55	32	12'03	18	8'10	20	7'29
56-60	15	6'88	19	7'14	17	7'65	23	8'39
61-65	6	2'75	6	2'25	5	2'25	5	1'82
66-70	4	1'83	5	1'87	6	2'70	8	2'91
71-75	1	0'43	1	0'30	2	0'90	3	1'09
76-80	—	—	—	—	—	—	—	—
81-85	—	—	—	—	2	0'90	2	0'72

TABLA IV

DISTRIBUCION DE INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
SEGUN ESTADO CIVIL

		SOLTEROS		CASADOS		SEPARADOS		VIUDOS	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1977	I. P.	90	41'28	121	55'50	2	0'90	5	2'29
	I. T.	115	43'23	143	53'75	3	1'32	5	1'87
1978	I. P.	91	40'99	123	55'40	3	1'35	5	2'25
	I. T.	115	41'01	148	54'01	5	1'82	6	2'18

TABLA V

E. civil	Ingresos	%
Solteros	110	9'1
Casados	144	7'7
Separados	3	49'6
Viudos	4'5	6'7

TABLA VI

INTERVALO DE EDAD	SOLTEROS		CASADOS		SEPARADOS		VIUDOS		S/C
Años	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	
31-35	12	21'5	14	5'7	2	800	—	—	3'8
36-40	12	26'4	19'5	6'6	—	—	—	—	4
41-45	22'5	71	31	11'9	—	—	—	—	6
46-50	17'5	73'4	40	17'4	—	—	1	20'9	4'2
51-55	9	60'8	15	8'9	—	—	0'5	10'4	6'8
56-60	6	41'7	13'5	8'9	—	—	1'5	17'7	4'7

TABLA VII

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL

SEGUN PUEBLO DE PROCEDENCIA - AÑO 1977

	I. P.			I. T.		
	Núm.	%	‰	Núm.	%	‰
1. Alcalá de los Gazules.	—	—	—	—	—	—
2. Alcalá del Valle	1	0'47	3'7835	1	0'38	3'7835
3. Algar	—	—	—	—	—	—
4. Algeciras	12	5'66	2'6366	12	4'61	2'6366
5. Algodonales	2	0'94	5'7587	3	1'15	8'6380
6. Arcos de la Frontera.	3	1'41	2'2510	3	1'15	2'2510
7. Barbate	—	—	—	—	—	—
8. Los Barrios	—	—	—	—	—	—
9. Benaocaz	—	—	—	—	—	—
10. Bornos	4	1'88	10'2437	5	1'92	12'8172
11. El Bosque	—	—	—	—	—	—
12. Cádiz	45	21'22	6'0211	54	20'76	7'2253
13. Castellar de la Fra. ...	—	—	—	—	—	—
14. Conil de la Frontera .	1	0'47	1'5204	1	0'38	1'5204
15. Chicliana de la Fra. ...	6	2'83	3'3538	7	2'69	3'9128
16. Chípiona	2	0'94	3'4240	2	0'76	3'4240
17. Espera	—	—	—	—	—	—
18. El Gastor	2	0'94	14'5560	3	1'15	21'8340
19. Grazalema	1	0'47	7'6335	1	0'38	7'6335
20. Jerez de la Frontera.	54	25'47	6'0791	74	28'46	8'3307
21. Jímena de la Fronra.	—	—	—	—	—	—
22. La Línea de la Conc.	7	3'30	2'5215	7	2'69	2'5215
23. Medina Sidonia	—	—	—	—	—	—
24. Olvera	2	0'94	3'3008	2	0'76	3'3008
25. Paterna	—	—	—	—	—	—
26. Prado del Rey	2	0'94	8'0547	2	0'76	8'0547
27. Puerto de Sta. María.	8	3'77	3'1419	8	3'07	3'1419
28. Puerto Real	6	2'83	5'2255	7	2'69	6'0964
29. Puerto Serrano	2	0'94	6'6225	2	0'76	6'6225
30. Rota	5	2'35	4'7682	7	2'69	6'6755
31. San Fernando	22	10'37	6'6445	27	10'38	8'1546
32. Sanlú. de Barrameda.	11	5'18	4'6224	14	5'38	5'8830
33. San Roque	1	0'47	1'8844	1	0'38	1'8844
34. Setenil de las Bdgas.	—	—	—	—	—	—
35. Tarifa	1	0'47	1'3515	2	0'76	2'7030
36. Torre Alháquime	—	—	—	—	—	—
37. Trebujena	1	0'47	3'0892	1	0'38	3'0892
38. Ubrique	4	1'88	5'0645	5	1'92	6'3307
39. Vejer de la Frontera.	3	1'41	3'8764	4	1'53	5'1686
40. Villaluenga del Rosar.	—	—	—	—	—	—
41. Villamartín	1	0'47	1'5179	1	0'38	1'5179
42. Zahara de la Sierra ...	—	—	—	—	—	—
Ceuta	1	0'47	—	1	0'38	—

TABLA VIII

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL
SEGUN PUEBLO DE PROCEDENCIA - AÑO 1978

	I. P.			I. T.		
	Núm.	%	‰	Núm.	%	‰
1. Alcalá de los Gazules.	1	0'50	2'7932	1	0'40	2'7932
2. Alcalá del Valle	—	—	—	—	—	—
3. Algar	1	0'50	8'5763	1	0'40	8'5763
4. Algeciras	8	4'06	1'7450	10	4'06	2'1813
5. Algodonales	—	—	—	—	—	—
6. Arcos de la Frontera.	7	3'55	5'2017	10	4'06	7'4310
7. Barbate	4	2'03	3'5672	4	1'62	3'5672
8. Los Barrios	1	0'50	1'8559	1	0'40	1'8559
9. Benaocaz	—	—	—	—	—	—
10. Bornos	2	1'01	5'1163	2	0'81	5'1163
11. El Bosque	—	—	—	—	—	—
12. Cádiz	35	17'76	4'6019	49	19'91	6'4427
13. Castellar de la Fra. ...	—	—	—	—	—	—
14. Conil de la Frontera.	—	—	—	—	—	—
15. Chiclana de la Fra. ...	5	2'53	2'7092	6	2'43	3'2511
16. Chipiona	—	—	—	—	—	—
17. Espera	1	0'50	4'1084	1	0'40	4'1084
18. El Gastor	2	1'01	14'3884	2	0'81	14'3884
19. Grazalema	—	—	—	—	—	—
20. Jerez de la Frontera.	48	24'38	5'2985	64	26'01	7'0647
21. Jimena de la Fronra.	—	—	—	—	—	—
22. La Línea de la Conc.	8	4'06	2'8480	8	3'25	2'8480
23. Medina Sidonia	5	2'53	7'5216	5	2'03	8'7752
24. Olvera	2	1'01	3'2948	2	0'81	3'2948
25. Paterna de Ribera ...	2	1'01	8'9565	3	1'21	13'4348
26. Prado del Rey	1	0'50	3'9824	1	0'40	3'9824
27. Puerto de Sta. María.	11	5'58	4'2089	12	4'87	4'5915
28. Puerto Real	4	2'03	3'4352	5	2'03	4'2940
29. Puerto Serrano	—	—	—	—	—	—
30. Rota	2	1'01	1'8613	2	0'81	1'8613
31. San Fernando	19	9'64	5'6103	26	10'56	7'6773
32. Sanlú. de Barrameda.	13	6'59	5'2925	15	6'09	6'1067
33. San Roque	1	0'50	0'9288	1	0'40	0'9288
34. Setenil de las Bdgas.	—	—	—	—	—	—
35. Tarifa	1	0'50	1'3390	1	0'40	1'3390
36. Torre Alháquime	—	—	—	—	—	—
37. Trebujena	—	—	—	—	—	—
38. Ubrique	1	0'50	1'2440	1	0'40	1'2440
39. Vejer de la Frontera.	3	1'52	3'8431	3	1'21	3'8431
40. Villaluenga del Rosar.	—	—	—	—	—	—
41. Villamartin	5	2'53	7'5323	5	2'03	7'5323
42. Zahara de la Sierra ...	1	0'50	8'1366	1	0'40	8'1366
Benalup de Sidonia .	1	0'50	*	2	0'81	*
S. Enrique del Guad.	1	0'50	*	1	0'40	*
San José del Valle ...	1	0'50	*	1	0'40	*

* Los índices de morbilidad de estas localidades están recogidos en el municipio a que pertenecen.

TABLA IX

DISTRIBUCION DE INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
SEGUN LA ACTIVIDAD

A) Distribución según empleo

		NO ACTIVOS		ACTIVOS	
		Núm.	%	Núm.	%
1977	I. P.	44	20'18	174	79'81
	I. T.	52	19'54	214	80'45
1978	I. P.	30	13'15	192	86'48
	I. T.	40	14'59	234	85'40

B) Distribución según rama actividad en 1977

Actividad	I. P.		I. T.	
	Núm.	%	Núm.	%
Agricultura	28	16'09	38	17'75
Pesca	12	6'89	17	7'94
Construcción	51	29'31	61	28'50
Alimentación y bebidas	17	9'77	17	7'94
Industria	18	10'34	18	8'41
Servicios	48	27'58	63	29'43

C) Distribución según rama actividad en 1978

Actividad	I. P.		I. T.	
	Núm.	%	Núm.	%
Agricultura	41	21'35	47	20'08
Pesca	16	8'33	19	8'11
Construcción	39	20'31	46	19'65
Alimentación y bebidas	25	13'02	31	13'24
Industria	25	13'02	33	14'10
Servicios	46	23'95	58	24'78

TABLA X

NUMERO DE INGRESOS TOTALES EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL
SEGUN ACTIVIDAD, TANTO PORCENTAJE Y MORBILIDAD

	AÑO 1977			AÑO 1978		
	Núm.	%	%	Núm.	%	%
1. Agricultura y pesca . . .	55	25'70	10'7579	66	28'20	13'5454
2. Industria	18	8'41	4'1426	33	14'10	6'9952
3. Construcción	61	28'50	23'1718	46	19'65	17'5405
4. Servicios y alimentación.	80	37'38	6'8186	89	38'03	7'4321

LAMINA I

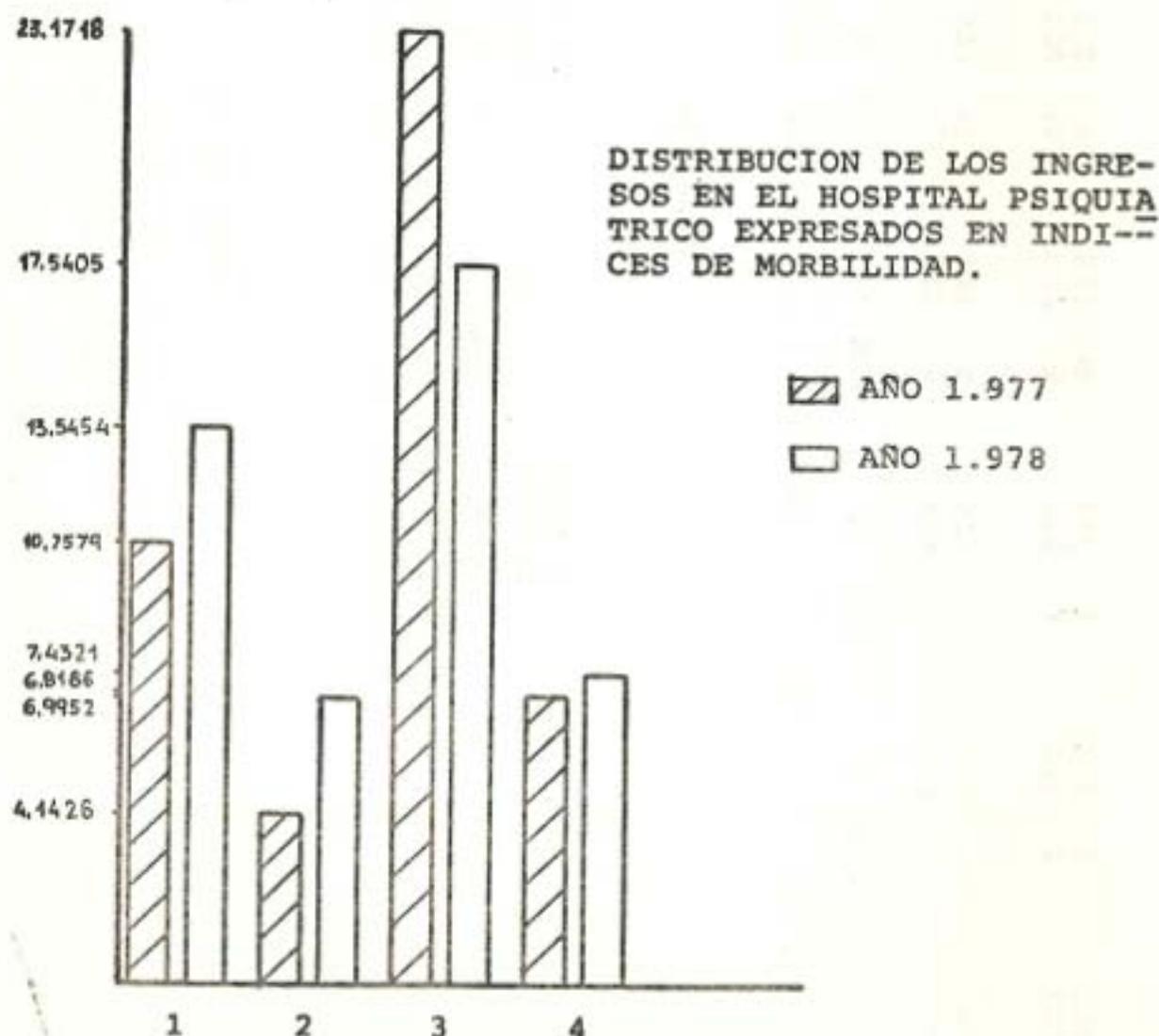


TABLA XI

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
SEGUN CUALIFICACION

A) No activos

	AÑO 1977				AÑO 1978			
	PARADOS		PENSIONISTAS		PARADOS		PENSIONISTAS	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
I. P.	34	77'27	10	22'72	14	46'66	16	53'33
I. T.	42	80'76	10	19'23	23	57'50	17	42'50

B) Activos

	PEONES		ESPECIALIST.		OBR. CUALIF.		OFICIALES		TIT. MEDIOS		TIT. SUP.	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1977												
I. P.	142	81'60	5	2'87	15	8'62	8	4'59	4	2'29	—	—
I. T.	178	83'17	8	3'73	16	7'47	8	3'73	4	1'86	—	—
1978												
I. P.	164	85'41	2	1'04	13	6'77	8	4'16	3	1'56	2	1'04
I. T.	198	85'47	4	1'28	17	6'83	10	4'27	3	1'28	2	0'85

TABLA XII

DISTRIBUCION DE INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

ATENDIENDO AL MES EN QUE SE PRODUJO EL MISMO

	1977		1978	
	Núm.	%	Núm.	%
Enero	16	6'01	24	8'75
Febrero	16	6'01	28	10'25
Marzo	34	12'78	17	6'20
Abril	22	8'27	24	8'75
Mayo	16	6'01	30	10'94
Junio	26	9'77	23	8'39
Julio	24	9'02	28	10'21
Agosto	22	8'27	27	9'85
Septiembre	26	9'77	15	5'47
Octubre	17	6'39	18	6'56
Noviembre	21	9'89	23	8'39
Diciembre	26	9'77	17	6'20

TABLA XIII

DISTRIBUCION DE INGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

ATENDIENDO A LOS DIAS DE ESTANCIA

	1977		1978	
	Núm.	%	Núm.	%
1-5	74	28'68	94	36'25
6-10	82	31'78	87	33'20
11-15	29	11'24	30	11'45
16-20	15	5'81	13	4'96
21-25	17	6'58	8	3'05
26-30	7	2'71	9	3'43
31-35	7	2'71	4	1'52
36-40	7	2'71	—	—
41-45	3	1'16	3	1'14
46-60	6	2'32	7	2'67
61-100	5	1'93	3	1'14
Más de 100	6	2'32	3	1'14
Orden judicial	8	—	13	—

TABLA XIV

**CAUSA FUNDAMENTAL DE INGRESO POR ALCOHOLISMO EN EL HOSPITAL
PSIQUIATRICO PROVINCIAL**

ALCOHOLISMO CRONICO (A. C.)	32'4 %
TRASTORNOS MENTALES AGUDOS Y SUBAGUDOS DEL A. C.:	
Delirium tremens	29'4 %
Delirio sub-agudo	13'3 %
INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA:	
Etilismo agudo	5'7 %
Embraguez patológica	12'0 %
FORMAS DELIRANTES CRONICAS DE A. C.:	
Estados de alucinosis alcohólica	1'7 %
Delirios alcohólicos crónicos:	
Celopatía alcohólica	0'6 %
Delirio paranoide	2'8 %
EPILEPSIA ALCOHOLICA	1'7 %
SINDROME DE KORSAKOFF	0'4 %

OTRAS ENFERMEDADES

PARAMETROS EST.

NEUROSIS	10/18
OLIGOFRENIA	9/6
EPILEPSIA	4/2
DEPRESION	4/7
P. PSICOPAT.	3/2
P. C. E.	1/2
HOSPITALISMO	1/2
POLITOXICOMANIAS	1/4

COMARCA
ACTIVIDAD
CUALIFICACION
ESTADO CIVIL
FORMA DE INGRESO
EDAD
MES
DIAS DE ESTANCIA

TABLA XV

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS DE CAUSA ALCOHOLICA EN LOS HOSPITALES
 GENERALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE CADIZ. AÑO 1979

	N.º enfermos afectos	%	Estancias afectos	%	Estancias medias alcohólicas	Estancias medias total enf.	Coste estimativo anual
Jerez de la Frontera	55	3'38	890	4'37	16'33	12'64	8.014.026'—
Algeciras	16	0'24	340	0'69	20'88	6'46	1.699.150'—
La Línea de la Concepción ...	26	0'25	141	0'27	5'4	4'99	978.772'—
Cádiz (*)	—	—	—	—	—	—	—
TOTALES	97		1.371				10.691.948'—

(*) No ha sido posible el acceso a estos datos.

TABLA XVI

ACCIDENTES DE TRAFICO DEBIDOS AL ALCOHOL DURANTE LOS AÑOS
1977 Y 1978

		CARRETERA			ZONAS URBANAS		
		Prov.	Nac.	%	Prov.	Nac.	%
1977	Conductores	6	314	1'91	2	353	0'56
	Personas implicadas	17	630	2'69	7	624	1'12
1978	Conductores	10	393	2'54	—	374	—
	Personas implicadas	19	753	2'52	3	636	0'47

TABLA XVII

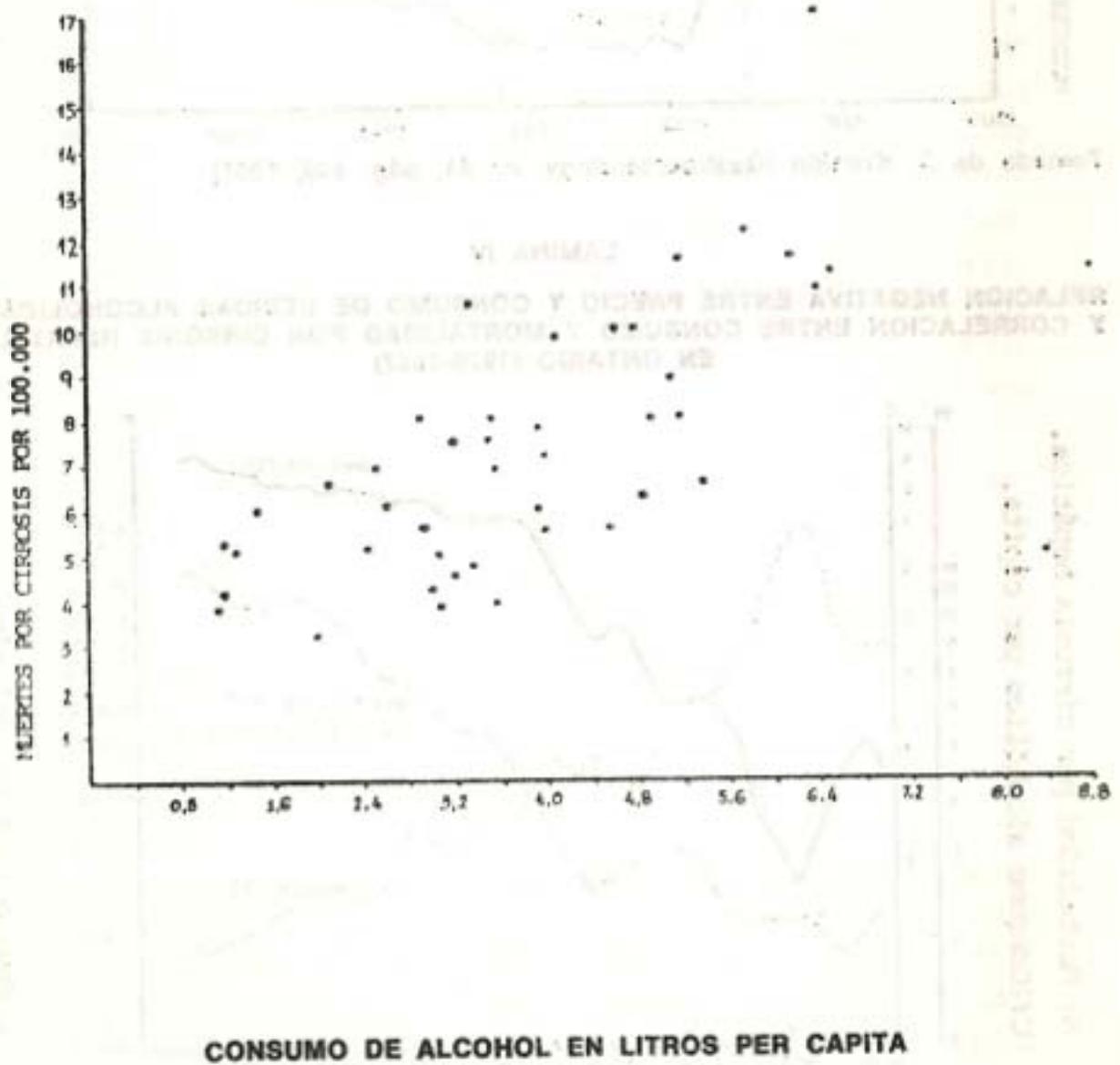
ALCOHOLISMO REGISTRADO POR LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMPRESA
DE LA PROVINCIA DE CADIZ

S. M. E.	% obreros afectados	Jornadas perdidas *	Pérdidas económicas *
N.º 1	1'81	153	230.000'—
N.º 2	0'28	339'5	585.786'—
N.º 3	1'73	147'2	225.918'—
N.º 4	1'20	45	69.041'—
N.º 5	0'33	48	82.849'—
Valor medio	1'23	126'3	206.194'—

(*) Medias expresadas por individuo y año.

LAMINA II

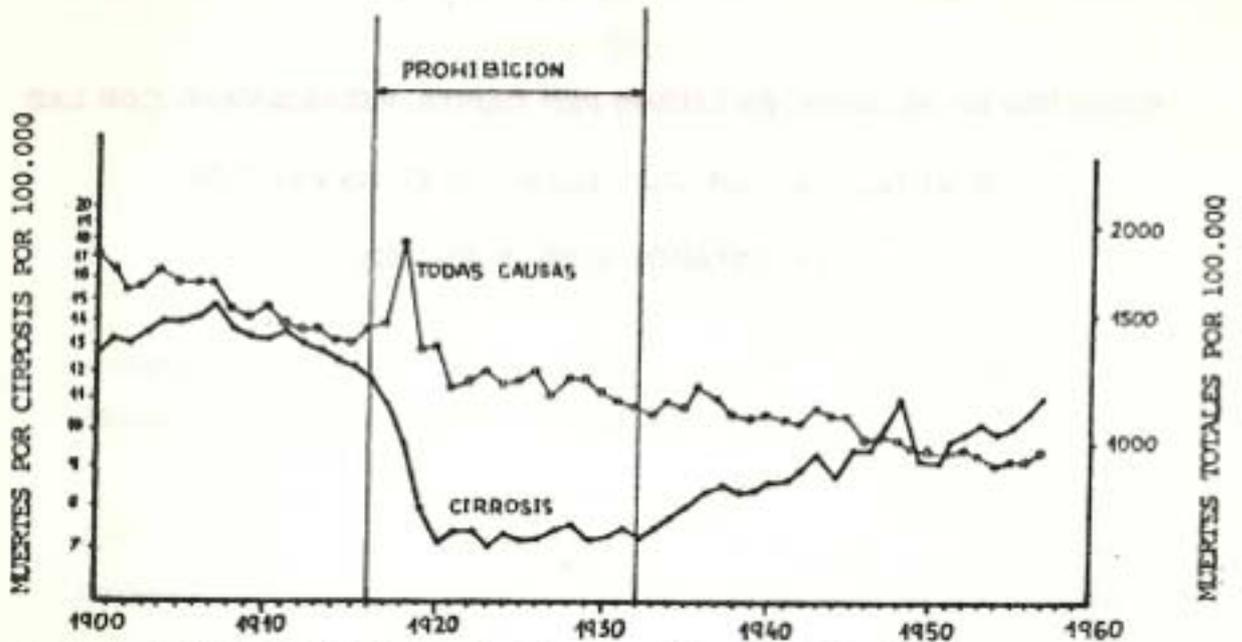
CONSUMO DE ALCOHOL EN LITROS PER CAPITA. RELACIONADO CON LAS
MUERTES POR CIRROSIS HEPATICA EN 45 ESTADOS
DE ESTADOS UNIDOS EN 1939



Tomado de G. Klastskin (Gastroenterology, n.º 41, Págs. 444. - 1961)

LAMINA III

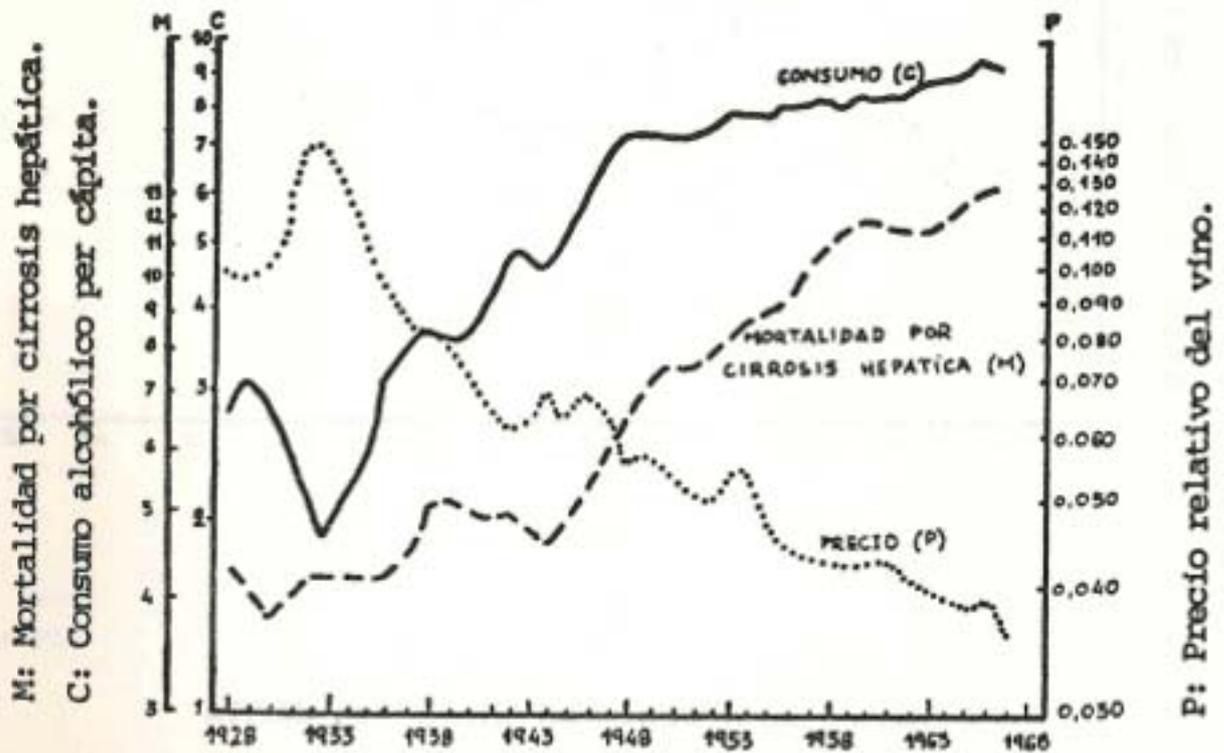
MORTALIDAD POR CIRROSIS EN ESTADOS UNIDOS DE 1900 A 1959
COMPARADA CON LA MORTALIDAD GLOBAL



Tomado de G. Klatskin (Gastroenterology, n.º 41, pág. 445, 1961)

LAMINA IV

RELACION NEGATIVA ENTRE PRECIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
Y CORRELACION ENTRE CONSUMO Y MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA
EN ONTARIO (1928-1967)



R. Popham, W. Schmidt y J. de Lint - O. M. S. Serv. Inf. Tec. n.º 551, pág. 71

TABLA XVIII

**FALLECIDOS POR CIRROSIS HEPATICA A NIVEL PROVINCIAL Y NACIONAL
DESDE 1951 A 1976**

	HOMBRES		MUJERES	
	Cádiz	Nacional	Cádiz	Nacional
1951	43	1.570	30	1.282
1952	49	1.623	33	1.220
1953	62	1.800	40	1.320
1954	51	1.971	31	1.522
1955	61	2.276	38	1.568
1956	79	2.555	46	1.688
1957	88	2.595	41	1.647
1958	75	2.398	47	1.593
1959	38	2.636	32	1.779
1960	83	2.847	48	1.717
1961	95	2.963	50	1.800
1962	96	3.235	48	1.898
1963	100	3.480	47	1.921
1964	116	3.468	49	2.013
1965	119	3.780	56	2.032
1966	120	4.050	55	2.105
1967	121	4.310	61	2.307
1968	125	4.699	61	2.348
1969	140	4.980	79	2.664
1970	147	4.733	79	2.486
1971	160	5.127	89	2.620
1972	175	5.063	70	2.514
1973	165	5.205	81	2.507
1974	162	5.306	82	2.530
1975	184	5.436	74	2.534
1976	178	5.790	77	2.632