Revista Médica Hondureña



ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

DR. NICOLÁS NAZAR H. Director

DR. GUSTAVO A. VALLEJO Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. CARLOS H. GARCÍA C. DR. RAFAEL ZELAYA M. DR. NELSON VELÁSQUEZ G. DR. SAMUEL F. GARCÍA O.

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS Apartado Postal No. 810 Tegucigalpa, Honduras. Tel. 22-5466.

Análisis de la Situación del Desarrollo de la Salud en Honduras

Tal como lo prometimos en el editorial anterior del No. 1, volumen 52 del presente año, nos daremos a la tarea en forma más extensa de lo que acostumbramos, de analizar desde un punto de vista serio y crítico, nuestra situación actual de salud.

Salud no significa simplemente erradicar una enfermedad, como crear la infraestructura básica que permita al hombre entre otros factores tener un techo que lo cobije, un vestido que le proteja, adecuadas vías de comunicación, agua potable, programas sanitarios, y tener una nutrición que permita que en un cuerpo sano y vigoroso florezca la luz del pensamiento nuevo, única carne donde pueden injertarse con éxito los programas de paz y de progreso. Esto requiere indudablemente un esfuerzo tesonero intersectorial pues es preciso qué todos los sectores involucrados unan criterios y voluntades para lograr ese don inconmensurable que significa la salud.

Desde su creación el Colegio Médico de Honduras ha sido una institución que ha estado presente en aquellos campos de la vida nacional que son de su competencia, y tanto por esa circunstancia histórica como por el deber ineludible que tenemos como ciudadanos de aportar nuestra cuota de ayuda en la solución de la problemática nacional, es que hemos creído oportuno realizar este análisis con sus factores condicionantes. Dicho análisis adquiere en la hora presente un carácter especial por cuanto es muy probable que nos encontremos en presencia de las últimas oportunidades que tiene el sistema que nos rige para aceptar la participación de quienes ansiamos la renovación sin extremismos, y la creación

de un clima que nos permita trazar con firmeza una línea de desarrollo que consolide nuestros asomos democráticos y ofrezca soluciones tangibles a corto, mediano y largo plazo.

Dentro de los compromisos que como nación tiene el estado Hondureño, está el de alcanzar metas como es la fijada en Alma-Ata de "Salud para todos en el año 2,000", y debemos sinceramente definir si el curso de nuestro actual desarrollo nos permitirá lograr ese objetivo, y si no es así, es impostergable fijar las metas que sí podemos alcanzar, para que la comunidad otorgue credibilidad y confianza a las autoridades encargadas de desarrollar todo ese complejo concepto de salud, porque cuando pensamos que solo faltan 16 años para el año 2,000 y analizamos el nivel de desarrollo de otros países tan cercanos hasta hace poco tiempo a nuestro nivel de atraso y sub-desarrollo, nos empezamos a preguntar: ¿Qué hemos hecho en este siglo? y comprendemos que nuestra situación actual es nuestra responsabilidad histórica, y que el esfuerzo de todo el sector profesional sea de una vez por todas tomada en cuenta, para las definiciones y decisiones de nuestros gobernantes.

El actual Estado de Desarrollo de Honduras no es un hecho aislado, es el resultado de su Desarrollo histórico, el cual es planteado a través del análisis cíe la situación de salud y de los elementos que la condicionan utilizando para ello un corte transversal analítico de dicho desarrollo.

Los parámetros o indicadores que nos perfilan el Estado de Salud de los Hondureños (1980) son la esperanza de vida al nacer que oscila entre los 58.8 años, la mortalidad general que es de 10.8 por 1,000 habitantes, la mortalidad materna que es de 2.7 por 1,000 niños nacidos vivos y la mortalidad infantil que es de 87.0 por 1,000, con predominio de la enfermedad infecto contagiosas como causas de enfermedad y muerte agravadas por el sustrato de Desnutrición en que se desarrollan, se estima que un 80o/o de los niños menores de 5 años tienen algún grado de desnutrición, situación también evidente en la población adulta A todo esto hay que agregar que por cada 10,000 habitantes existen 3.9 médicos, 9.7 enfermeras, 0.7 Odontólogos, 9.5 camas hospitalarias, concentrados en los Centros Urbanos.

Como se observa el perfil de Enfermedad de Honduras, mostrado por los indicadores anteriores, corresponde al de un país sub-desarrollado y dependiente, con deprimentes condiciones sociales y económicas que como condicionantes a la Salud merecen ser analizados para comprender en todo su contexto el concepto de Salud.- Al analizar el condicionante Político a través del actual tipo de Gobierno, podemos decir que es un Gobierno Democrático y representativo del cual el pueblo mantienen múltiples expectativas y cuya organización y funcionamiento requieren de evaluaciones continuas para determinar el cumplimiento de sus metas y objetivos y evitar con ello que la ideología liberal del Gobierno Actual sea distorsionada al momento de ponerla en práctica. El plan adoptado es de tipo estratégico para lo cual el Estado no está conformado ya que la Actual estructura de poder es la No formal, es decir que algunas decisiones trascendentes son tomadas en ámbitos que no corresponden a la cúpula de la organización del Estado. Existen dificultades para la caracterización de la problemática general del país y más para la implementación de correctivos estructurales, los recursos no se distribuyen racionalmente, tal es el caso del Sector Salud, y la comunidad organizada participa escasamente en la toma e implementación de las decisiones.

Al analizar el condicionante Económico encontramos un país sumido en la pobreza y la baja productividad, hechos que pueden ser atribuidos a circunstancias internas y externas. El P.I.B. (1982) fue de 2.053 millones de lempiras, sí la distribución fuere equitativa el ingreso percápita sería de L. 500.00 al año. La participación de los sectores de la producción en la generación del P.I.B. es de un 31.50/o para el sector primario (Agropecuario v Minería), de un 22.50/o para el sector secundario (Industria y Construcción) y el 46.00/o para el terciario (Servicios, comercio y transporte), y como se observa los sectores económicos que producen realmente riqueza intervienen en menor grado o su producto es menos valorado. El problema de la desocupación es grave, algunos calculan el 40o/o de la población económicamente activa está desocupada. La dependencia a la inversión externa ha generado algún tipo de dependencia política. Aparentemente con las medidas adoptadas las diferencias cuantitativas entre las importaciones y las exportaciones han disminuido a pesar de que las segundas, prácticamente no han crecido, cabe mencionar que la inflación real cada día va en ascenso.

La falta de una Reforma Agraria integral, de la disminución de los lati y minifundios, úe la conformación de Empresas mixtas Agrícolas Productivas, de la utilización racional de los recursos naturales (el Bosque, el Mar, la Tierra, etc.) de la diversificación de la producción y del turismo, la falta de esas políticas nos pueden impedir salir del actual estancamiento económico. La situación de la vivienda en el país es precaria, se calculan que se necesitan más de medio millón de viviendas. Los índices de hacinamiento es de aproximadamente de un 420/o, casi el 500/o de la población no tiene acceso a los servicios básicos de agua, disposición sanitaria de excretas y basuras. Las comunicaciones de todo tipo aunque han mejorado todavía no son la respuesta a lo que el país necesita.

Las condicionantes de la educación, como son las bajas coberturas en calidad y en cantidad de los servicios básicos educacionales generando con ello un 40o/o de analfabetismo, la pérdida de la conciencia escolástica por parte de los sectores educadores, la falta de una educación orientada hacia el abordaje y solución de las necesidades del país, aunado a la baja accesibilidad de ciertos sectores de la población a los niveles superiores de educación. Culturalmente somos un país con poco estímulo hacia los valores nacionales y con residuos importados que han impedido la conformación de un concepto de nacionalidad que motive una actitud favorable hacia el desarrollo, hacia la solidaridad, hacia la defensa de un sistema real de democracia,

Se calcula que somos más o menos cuatro millones de Hondureños con un 40o/o de ellos concentrados en las zonas urbanas agudizando la demanda de servicios, el resto de la población se encuentra dispersa en las zonas rurales de Honduras. La mitad de nuestra población es menor de quince años que sumados a los desocupados agravan su estado de dependencia hacia la población económicamente activa.

Las fuertes migraciones observadas en los últimos años, de las zonas rurales a las urbanas y de los países vecinos hacia el nuestro han generado y/o agudizado las zonas de marginamiento económico y social generando una mayor dependencia hacia los servicios estatales. El crecimiento vegetativo poblacional es de los más altos de la América Latina alcanzando el 3.4o/o dándose este incremento en los sectores poblacionales más desfavorecidos agudizando mas su marginalidad y pobreza.

Para concluir el medio ambiente físico es lo suficientemente desfavorable por lo tanto es de tomarse en cuenta como otro condicionante más de la difícil situación de la salud de los Hondureños.

La respuesta estatal a la problemática antes mencionada está dada a través de la estrategia nacional de desarrollo y específicamente a través del plan nacional de salud 82-86 cuyo propósito fundamental es el de mejorar el nivel de salud de los hondureños. Aparentemente la respuesta se instrumentaliza a través del sector salud, sector que jurídicamente no está conformado ni están identificados todos los organismos a participar. Normalmente se reconocen como instituciones del sector al Ministerio de Salud Pública, al Instituto Hondureno de Seguridad Social, al SANAA, etc. organismos que presentan fallas en sus esquemas organizativos y funcionales ya que no responden a sus políticas, programas y recursos y asimismo, a las necesidades de salud del país por la falta de una conceptualización técnica de dicha problemática y la

poca agilidad de las instituciones para implementar mecanismos correctivos en su organización y funcionamiento, situación que trasciende de los mismos ámbitos de las instituciones a través de la incipiente y esporádica coordinación interinstitucional. Existen dificultades en la utilización, distribución y productividad de los recursos por las interferencias de diversa índole lo cual genera subutilización, ineficacia y el poco impacto en los problemas de salud. La cobertura en calidad y cantidad dificilmente puede ser medida pero hay cálculos que manifiestan que un tercio de la población no tiene acceso a los, servicios de salud, consideramos que en aras de esa accesibilidad los servicios básicos de salud deben ser gratuitos. Las metas parcialmente se logran y hasta el momento hay dificultad para atribuirles un impacto directo sobre el problema, los mecanismos de control de las políticas, objetivos, recursos y metas son rudimentarios lo cual genera confusión, anarquía, ineficiencia, ineficacia e inefectividad. Existe dependencia hacia ciertos organismos técnicos financieros internacionales los cuales en muchos casos imponen políticas. criterios para la utilización ae ciertos recursos, etc. con la aprobación de los funcionarios nacionales decisiones que en la mayoría de las veces no son las más favorables para el país.

Los hechos anteriormente descritos, configuran la situación de salud de Honduras, en resumen son las de un país sub-desarrollado y dependiente con deprimentes condiciones ambientales, ue vivienda, de disposición de excretas y basuras, insectos vectores de enfermedades, agua y alimentos, deficiente estado nutricional, precarias condiciones sociales, económicas y educativas y una respuesta estatal parcial por la falta de planificación, de recursos de todo tipo, de la participación consciente de la comunidad y todo ello es exacervado por la lucha entre el Este y el Oeste, el Norte y el Sur,

Tal es nuestro punto de vista de la situación actual de salud en Honduras.

Efectos de CF4. Sobre los movimientos Pendulares de Yeyuno de Conejo

Dr. Pablo J. Cambar.

Dr. Mario V. Mendoza M.

Br. Benigno Alonzo Bueso

INTRODUCCIÓN

El objeto primordial de este trabajo fue determinar los efectos de CF4, sobre los movimientos pendulares del yeyuno de conejo: tono, amplitud y frecuencia de las contracciones. Constituye la parte inicial de una serie de experimentos destinados a dilucidar si CF4 produce efectos farmacológicos a un nivel gastrointestinal; se detectó una inhibición de la contractibilidad del yeyuno con mínimos efectos en tono y en frecuencia de las contracciones intestinales.

La fracción CF4 inhibió parcialmente la hipertonicidad producida por nicotina, de ahí que se sospeche que posee efectos bloqueadores ganglionares, hipótesis que necesita someterse a prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para estudiar los efectos de CF4 sobre la motilidad intestinal se utilizaron 14 conejos de 1.5 a 3.0 Kg. de peso corporal en ayunas. Después de sacrificar el conejo se removió un segmento de yeyuno a partir de unos 5 a 10 cms. del estómago hacia el ciego y se colocó en un baño termorregulado de 100 ce de capacidad lleno con Tyrode oxigenado. El lumen del segmento de yeyuno fue limpiado con Tyrode mediante una pipeta pequeña usando un

UNIDAD DE FARMACOLOGÍA
"INDUSTRIAS QUÍMICAS CONRAD" EL
PICACHO, APARTADO POSTAL 1448,

mínimo de presión hidrostática. Se eliminó con cuidado el mesenterio y se cortaron 3 piezas de yeyuno proximal de 2.5 cms. de longitud cada una. Se suturó un hilo en cada extremo de cada pieza de intestino insertando la aguja desde la mucosa hacia la serosa, teniendo el cuidado de no obliterar el lumen intestinal. Las piezas de yeyuno fueron colocadas individualmente en baños de 50 ce de capacidad con camisa de vidrio {Scientific Instrumentation Inc.) llenos con Tyroide oxigenado manteniendo a 37oC por medio de dos bombas termorreguladoras Haake F.E. Los extremos libres de los hilos fueron fijados, uno al sostén del baño y el otro a la palanca de la cabeza detectora del miógrafo de contracciones isotónicas (Narco Bio-System Inc.) acoplado a un fisiógrafo CPM de Narco Bio System Inc.

Se construyó una curva dosis respuesta de CF4 agregándolo al baño y lavando entre las dosis, utilizando las de 6.25, 12.5, 25, 50, 100 y 200 mcg/ml; también se implemento otra curva de tipo acumulativo. Además se estudió el efecto de la droga sobre la estimulación intestinal producida por acetilcolina, 0.01, 0.025 y 0.05 mcg/ml; serotonina 0.04 0.08 y 0.16 mcg/ml; histamina 0.64, 1.28, 1.92 y 2.56 mcg/ml; Cloruro de bario 125, 250 y 500 mcg/ml y nicotina 0.125, 0.25, 0.5 y 1 mcg/ml.

RESULTADOS

La administración de CF4 inhibió la amplitud de los movimientos pendulares del yeyuno y disminuyó ligeramente el tono basal, sin afectar la frecuencia de las contracciones intestinales (tabla No. 1).

La respuesta máxima fue obtenida con 200 a 400 microgramos/ml de CF4 en los baños. La inhibición de la amplitud de las contracciones intestinales es leve, inconstante y sujeta a Taquifilaxis (Ver tabla No. 2).

Se notaron variaciones en la respuesta biológica de acuerdo al lote de droga usada, fenómeno que no ocurrió tanto con las drogas de referencia donde el nivel de predicción de los efectos fue mayor. Dosis mayores de 400 mcg/ml ocasionalmente producen

aumento de la amplitud de las contracciones del yeyuno.

La droga no modificó los efectos estimulantes producidos en el yeyuno por acetücolina, serotonina, histamina y cloruro de bario, sin embargo disminu-yó la hipertonicidad intestinal producida por dosis bajas de nicotina 0.125 y 0.25 microgramos/ml cuando se agregó a los baños con antelamiento usando 200, 400, 800 y 1600 mcg/ml; desafortunadamente no existe una buena relación dosis respuesta. A las dosis de 1 mcg/ml de nicotina el efecto inhibitorio de 400 mcg/ml de CF4 desapareció. Para mayores detalles ver tablas No. 3 a No. 5.

Los datos representan el promedio y + error standard del promedio La dosis se administran a un diseño escuadra latina.

TABLA No. 1

RESUMEN DE LOS EFECTOS DE CF4 SOBRE LOS MOVIMIENTOS PENDULARES DEL YEYUNO DEL CÓNEJO

	Tono Inte (línea ba	- CONTROL OF LOCK	The state of the s	Contracciones ns)	Frecuencia de las (Número/	VILLEGAL TO THE PARTY OF THE PA
Dosis mcg/ml (Número de ensayos)	CONTROL.	∆o/o	CONTROL	∆ o/o	CONTROL	∆o/o
6.25 meg/ml	5.1	_ 6.7	3	THE RESERVE	10.4	+ 0.82
(6)	+ 0.6	+ 13.2	± 0.3	_ 3.3 _ 5.1	<u>+</u> 1.6	± 2.3
12.50 mcg/ml	4.7	0 -	4.1	- 0.000	12	+ 0.27
(3)	± 2.7	± 0	± 1.6	= 8.6 ± 2.9	± 1.15	± 1.17
25 mcg/ml	5.4	+ 7.3	3.6		10.7	- 1.13
(9)	± 0.5	± 5.3	± 0.6	= 8.4 ± 5.0	± 0.3	± 1.15
50 mcg/ml	5.0	_ 6.2	3		10.5	+ 2.5
(4),	+ 0.4	- 6.2 + 6.2	+ 0.3	_ 17.13 ± 5.4	÷ 0.3	± 2.5
100 mcg/ml	5.3	_ 16.7	3.8		11.5	+ 2.8
(6)	+ 0.4	± 8.7	± 0.5	₹ 27.22 2.8	± 0.3	<u>+</u> 1.8
200 mcg/ml ,	ACCEPTAGE OF	_ 9.6	3.5	Foreses	10.3	+ 1.7
(6)	± 0.68	± 9.7	± 0.3	_ 37.6 + 5.6	± 0.8	± 1.6
400 meg/ml	6.3	_ 11.5	3.1	2000000	10.6	- 0.3
(9)	± 0.5	+ 4.5	± 0.3	= 37.6 ± 2.8	+ 0.5	± 3.4

TABLA No. 2

RESUMEN DE LOS EFECTOS DE CF4 SOBRE LOS MOVIMIENTOS PENDULARES DEL YEYUNO DE CONEJO (Dosis Acumulativa)

	Tono Inte (línea basa		Amplitud de las (gms)			as Contracciones o/minuto)
Dosis mcg/ml (Número de ensayos)	CONTROL		CONTROL	Δο/ο	CONTROL	Δο/ο
6.25 meg/ml	5.54	_ 1.8	2.7	_ 11.8	9.5	+ 0.05
(11)	+ 0.43	± 3.8	± 0.24	+ 2.9	± 0.88	± 1.5
12.5 mcg/ml	5.53	_ 2.5	2.8	- 9.5	9.4	+ 1.68
(12)	+ 0.41	_ 2.7	± 0.2	+ , 3.1	± 0.86	± 2.0
25 meg/ml	5.0	= 3.4	2.8	_ 12.6	10	+ 0.9
(11)	+ 0.53	+ 5.1	± 0.3	+ 2.2	± 0.78	± 1.4
50 meg/ml	5.8	- 1.9	2.6	_ 12.8	9.4	+ 1.6
(9)	+ 0.5	+ 5.9	+ 0.3	+ 2.7	± 0.9	± 1.6
100 mcg/ml	5.6	= 4.3	2.4	_ 11.1	0.9	± 0
(10)	± 0.4	± 4.8	± 0.3	+ 7.8	± 0.8	
200 mcg/ml	5.8	_12	2.4	_ 28.	9.7	1.3
(13)	± 0.35	+ 3.3	± 0.2	+ 7.8	± 0.7	± 1.8

Los datos representan el promedio y + error standard del promedio Las dosis se administran a un diseño escuadra latina.

TABLA No. 3
EFECTO DE LA NICOTINA SOBRE LOS MOVIMIENTOS PENDULARES DEL YEYUNO
ANTES Y DESPUES DE CF4

Historical Court C	Tono Inte	estinal	Amplitud (Contracci		Frecuencia Contraccion minute	es por
Procedimiento	CONTROL (mm)	∆0/0	CONTROL (mm)	∆0/0	CONTROL	Δο/ο
Nicotina	5.05	+ 236	12.95	_ 8.04	10.47	+ 11.84
(0.125 meg/ml)	+ 0.42	± 39.29	+ 1.24	+ 8.87	+ 0.22	+ 2.83
CF4 (220 mcg/ml) +	6.25	+108	10.5	+ 24.13	11.0	0.00
Nicotina (0.125 mcg/ml)	+ 1.25	+ 71.91	+ 1.85	+ 9.73	+ 0.41	+ 3.71
CF4 (400 mcg/ml) +	6.75	+108	12.75	_ 33.58	10.0	8.05
Nicotina (0.125 mcg/ml)	+ 0.75	+ 38.72	± 2.69	+ 19.75	± 0.70	+ 269
CF4 (800 mcg/ml) +	5.50	+ 79	11.5	+ 3.77	11.0	+ 9.32
Nicotina (0.125 mcg/ml)	± 1.04	± 21.72	± 0.29	± 7.84	+ 0.41	+ 3.72
CF4 (1600 meg/ml +	6.40	+105	11.7	* 1.08	10.6	+ 7.64
Nicotina (0.125 mcg/ml)	± 1.29	+ 52.84	± 0.97	+ 5.43	± 0.24	+ 3.69

los datos representan el promedio y ± error standard del promedio las dosis se administran a un diseño escuadra latina.

TABLA No. 4

EFECTO DE LA NICOTINA SOBRE LOS MOVIMIENTOS PENDULARES DEL YEYUNO ANTES Y DESPUES DE CF4

	Tono Int	estinal	Amplitud Contrace		Frecuencia Contraccion minut	nes por
Procedimiento	CONTROL (mm)	_∆₀/₀	CONTROL (mm)	∆0/0	CONTROL	 ▼ 0/0
Nicotina	5.34	+ 374.	13.47	_ 19.24	11.21	+ 6.89
(0.25 meg/ml0	± 0.38	+ 60.1	± 1.34	+ 13.34	+ 0.29	+ 3.02
CF4 (200 mcg/ml)	6.12	+ 243	12.25	_ 9.92	10.25	+ 7.77
Nicotina (0.25 mcg/ml)	+ 0.65	+ 59.7	± 3.85	+ 12.6	± 0.63	+ 4.88
CF4 (400 mcg/ml)	8.50	+196	9.50	_ 59.60	10.25	+20.4
Nicotina (0.25 mcg/ml)	± 0.50	+ 44.35	± 239	* 18.66	+ 0.62	+ 5.1
CF4 (800 mcg/ml)	6.7	+339	20.1	_ 32.13	10.8	+ 3.84
Nicotina (0.25 meg/ml)	+ 1.3	+ 151.7	± 2.64	± 13.51	+ 0.37	+ 2.34
CF4 (1600 meg/ml)	9.75	+ 50.82	9.6	_ 9.02	11.25	+ 4.3
Nicotina (0.25 mcg/ml)	+ 1.43	± 8.10	<u>+</u> 0.95	+ 9.01	± 0.47	+ 25

Los datos representan el promedio y <u>+</u> error standard del promedio Las dosis se administran a un diseño escuadra latina.

TABLA No. 5
EFECTO DE LA NICOTINA SOBRE LOS MOVIMIENTOS PENDULARES DEL YEYUNO
ANTES Y DESPUES DE CF4

	Tono Inte	stinal	Amplitud d Contraccio		Frecuencia Contraccion minuto	es por
Procedimiento	CONTROL (mm)	_∆o/o	CONTROL (mm)	Δ0/0	CONTROL	∆ 0/0
Nicotina	5.5	+321	10.6	_ 42.3	11.7	+ 6.4
(0.5 mcg/ml)	+ 0.38	+ 39.8	± 1.17	± 7.7	± 0.3	+ 3.4
CF4 (400 mcg/ml)	7	+ 263	7.5	_ 15.2	12.2	+ 4.7
Nicotina (0.5mcg/ml)	<u>+</u> 1.43	±104	± 1.2	+ 23.3	± 0.7	+ 3.5
CF4 (800 mcg/ml)	7.2	+215	10.4	- 55.5	11.2	+11.7
Nicotina (0.5 mcg/ml)	+ 0.85	+ 87.5	± 1.0	± 10.9	÷ 0.6	+ 5.9
CF4 (1600 mcg/ml)	12	∓204	7.7	_ 56.2	11.7	+ 5.6
Nicotina (0.5 mcg/ml)	+ 1.0	+ 43.3	+ 1.4	+ 8.5	+ 0.9	+ 5.5

Los datos representan el promedio y ± error standard del promedio Las dosis se administran a un diseño escuadra latina.

TABLA No. 6

EFECTO DE LA NICOTINA SOBRE LOS MOVIMIENTOS PENDULARES DEL YEYUNO ANTES Y DESPUES DE CF4

anaqunik Dalan isin	Tono Intestinal		Amplitud de las Contracciones		Frecuencia de las Contracciones por minuto	
Procedimiento	CONTROL (mm)	0/0	CONTROL (mm)	0/0	CONTROL	0/0
Nicotina	5.90	+ 373	7.9	_ 71.2	12.1	+ 2.5
(1.0 mcg/ml)	+ 0.55	+ 60.1	<u>+</u> 2.0	+ 8.97	+ 0.66	+ 4.43
CF4 (400 mcg/ml)	5.70	+ 391	8.4	_ 62.77	12.2	+ 4.2
Nicotina (1mcg/ml)	± 0.71	+ 141.48	+2.0	+ 9.67	+ 0.6	+ 3.0

Los datos representan el promedio y + error standard del promedio Las osdis se administran a un diseño escuadra latina.

COMENTARIO

La administración de CF4 disminuyó la amplitud de las contracciones y el tono del yeyuno de conejo. Dichos cambios son leves e inconstantes observándose algunas variaciones en la respuesta biológica cuando se usan diferentes lotes de la fracción CF4. Cuando se administró la droga en forma acumulativa rápidamente se observó disminución de la respuesta inhibitoria.

La fracción carece de efectos antiserotonínicos, antihistamínicos o atropínicos, hallazgo en concordancia con previos estudios a nivel cardiovascular; tampoco antagonizó el efecto espasmogénico de dosis elevadas de cloruro de bario. La nicotina en el tracto gastrointestinal activa los ganglios parasimpáticos y las terminaciones nerviosas colinér-

gicas; en nuestros experimentos aumentó el tono intestinal observándose a dosis elevadas que la amplitud de los movimientos intestinales se redujo. La administración de CF4 a los baños redujo la hipertonicidad producida al agregar nicotina, por lo tanto sería interesante establecer si la fracción posee efectos bloqueadores ganglionares. En otra serie de experimentos intentaremos establecer el tipo de efectos que las fracciones CF4 V CF3 poseen in vivo.

BIBLIOGRAFÍA

 Perry, W. L. M. Staff: Univ. Edinbuig. Dept Pharmacol Pharmacological Experiments on Isolated Preparations, 1 st. Edn., Edinburg. London. E. &. S. Livingstone LTD. 1970. pp 60.

Estudio a Doble Ciego comparando Anapsos V Placebo en el Tratamiento de Psoriasis

Dr. Hernán Corrales Padilla (1) Dr. Nolberto A. Cerellino (2), Dr. Héctor Lainez (1), Ora. Virginia de Espinoza (1), Dra. Ofelia de Sierra -{I), Dra. Noemy Alvarez (1), Dr. Jorge A. Pacheco (1), Dr. Francisco Aluarado (3), Dr. Pedro Portillo (1,3), Dr. Mario Mendoza (3).

El presente estudio tuvo como objetivo comparar la actividad terapéutica de Anapsos (Extracto de Calaguala) con placebo para determinar la eficacia del primero en el tratamiento de la Psoriasis.

Los antecedentes de la investigación de helecho Calaguala (Polypodium leucotomos) pertinentes a éste estudio pueden ser enumerados como sigue:

1) Hallazgo de dos (2) fracciones químicas en el extracto, una hidrosoluble y una liposoiuble(1).

2) Efecto favorecedor sobre la incorporación invitro de ciertos aminoácidos en proteínas en dife rentes órganos y tejidos de la rata, así como un efecto antianabólico en ciertos tumores (2).

3) Efecto favorecedor sobre la síntesis y madura ción del tejido colágeno (3,4). 4) Aumento de la permeabilidad de la membrana celular para carbo hidratos y ciertos aminoácidos (5). 5) Resultados favorables en el tratamiento de pacientes psoriáticos con Calaguala(6,7,8).

METODOLOGÍA.

Se incluyó pacientes psoriáticos de todas las edades y con cualquier tipo de Psoriasis. Dichos pa-

- Profesores de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH Honduras.
- 2) Director de Investigaciones Médicas de Laboratorios bagó, Buenos Aires, Argentina.
- Investigadores clínicos, Centro de Investigación y de sarrollo, Industrias químicas CONRAD, Tegucigalpa, Honduras.

cíentes fueron azarizados y actuaron como su propio control ya que efectuaron ciclos droga-placebo o placebo-droga según resultara al azar. El tratamiento con droga y con placebo, cada uno de seis (6) meses de duración, fue administrado en cápsulas completamente idénticas, las de droga conteniendo 100 mg de Extracto de Calaguala. La azarización se efectuó en lotes de 10 pacientes para evitar posibles agrupaciones irregulares. Las claves de azarización quedaron en sobres cerrados en poder de personal no médico que no intervino en el ensayo.

Todos los pacientes fueron adecuadamente fotografiados, especialmente en las zonas afectadas, para poder así tener un punto de referencia. Seguidamente se procedió a la evaluación ciega de los resultados a los 6 meses de cumplir cada tratamiento (placebo-droga). Para ello se compararon las fotografías iniciales de las lesiones con ias fotografías finales, agrupándose los datos en 3 categorías: mejor, igual o peor. Posteriormente se hizo la apertura de las claves. Los datos fueron sometidos a la prueba de Chi Cuadrado (X2) de Orden en Proporciones (9).

RESULTADOS.

Sobre un total de 75 pacientes que se hallaban en tratamiento, solamente 46 fueron evaluados pues los restantes habían interrumpido por su cuenta el tratamiento. Sobre estos 46 pacientes evaluables

los resultados del ensayo fueron los siguientes (cuadro 1 y cuadro 2).

Cuadro No. 1 Resultado según ciclos completos de tratamiento al final de un año.

Mejor Anapsos — Peor - Placebo	10 pacientes.
Mejor Anapsos—Igual Placebo	22 pacientes.
Igual Anapsos — Peor Placebo	4 pacientes.
Igual Anapsos — Igual Placebo	8 pacientes.
Peor Anapsos — Peor Placebo	2 pacientes.

Cuadro No. 2 Resultados según cada ciclo de tratamiento al final de 6 meses.

RESULTADO	A N A P Pacientes		P L A C Pacientes	
	No.	o/o	No.	0/0
Mejor	32	69.6	0	0.0
Igual	12	26.1	30	65, 2
Peor	2	4.3	16	34.8
TOTAL	46	100.0	46	100.0

Sumados los pacientes que mejoraron con droga, Independientemente de su respuesta al placebo, tenemos un subtotal de 32 pacientes lo cual arroja una cifra del 69.6o/o de mejorías. Al inicio de los tratamientos hubo respuestas positivas al placebo las cuales fueron transitorias y no duraron más allá de 2 ó 3 meses. El análisis estadístico de los datos según un test de Orden en Proporciones (9) produjo un valor de X2—44.20, y se encontró que la diferencia entre ambos tratamientos es estadísticamente significativa a un nivel de probabilidad de p<0.01.

La dosis utilizada varió entre 4 y 6 cápsulas diarias con placebo o con Anapsos. El tiempo de administración de cada uno de los tratamientos (Anapsos o placebo) fue de 6 meses y el de cada ciclo completo (Anapsos-placebo o placebo-Anapsos) fue de 12 meses.

No se detectó ningún tipo de intolerancia, efectos indeseables ni adicción psíquica o física.

Conclusión.

Según este estudio clínico doble ciego, cruzado y azarizado, Anapsos es superior al placebo en el tratamiento médico de la Psoriasis, produciendo mejoría en el 69.60/o de los casos y siendo la diferencia entre ambos tratamientos estadísticamente significativa. De ésta manera se encuentra un nuevo medicamento efectivo e inocuo para el tratamiento de la Psoriasis.

ANEXO 1

CALCULO DE X² MEDIANTE UN TEXT DE ORDEN EN PROPORCIONES (9)

PROCEDIMIENTO DEL	TEXT.	CATEG	ORIAS	Total
	peor	igual	mejor	
Anapsos, ("A")	2	12	32	46
Placebo ("P")ç (No. de pacientes).	16	30	0	46
Total No. de Pacientes,	2000		- CO 10	The Was
(a).	18	42	32	92
o/o de "P" en cada cate- goría, (o/o "P")	88.88	71.43	0.00	
o/o promedio de "P" (o/o "P")	50.00	50,00	50.00	
o/o "P" — o/o "P" (c)	38.88	21.43	50.00	
Puntaje asignado a cada categoría, (PAC)	-1	0	1	
Puntaje promedio de las categorías de todos los sujetos, (PPC)	0.152	0.152	0.152	
PAC - PFC, (b)	- 1.152	0.152	0.884	

Categorías	а	ь	c	axbxc	b ²	axb2
peor	18	-1.152	38.88 -	806.22	1.327	23.89
igual	42	-0.152	21.43-	136.81	0.023	0.97
mejor	32	+0.848	-50.00 -	1356.80	0.719	23.01
2000 CONT.	92		-	2299.83		47.87
-		2			m 100	
	()	axb2)	(o/o * P	(10	0-0/0"	P°')
				-	2 12 14	
$X^2 = 44$						
A - ++	.20					
Grados de		ertad =	1			

BIBLIOGRAFÍA:

- Alvarado, Z. Ney de. Estudios químicos sobre algunos extractos de Calaguala. Tesis de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1968.
- Horvath, A; Alvarado S.F.; Szocs, J; Alvarado, Z Ney de; Padilla, G. Metabolic effects of Calagualine, an antitumoral saponine of Polypodium leucotomos— Nature, Vol. 214, No. 5094, pp 1256-1258. 1967.
- Tabora, E. Efecto de la fracción CF4 de Polypodium leucotomos sobre el metabolismo del colágeno en la

- rata albina. Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma de Honduras 1970.
- 4) Horvath, A; Tabora, E. Alterations of collagen im psoriatic skin. Dermatológica, 144;83-91. 1972.
- Seaman, I. Estudio metabólico in-vitro de Polypodium leucotomos (Calaguala) en hígado de rata. Tesis de gra do. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1971.
- 6) Corrales Padilla, H. A new agent (hidrophilic fraction of Polypodium leucotomos) for the management of psoriasis. Opening Discussion, Proceedints of the XIV International Congress of Dermatology, Padua-Venice. Excerpta Médica, Amsterdam. 1972.
- Corrales Padilla, H; Laínez, H; Pacheco, J. Polypodium leucotomos, a new agent for the management of Pso riasis. International Joyrnal of Dermatology, Vol. 13, No. 5,pp 275-82.1974.
- 8. Corrales Padilla, H; Laínez, H; Pacheco, J. Calagualina: Su ensayo en el tratamiento de la Psoriasis. Revista Médica Hondurena, Vol. 40, No. 7, pp 253-63. 1972.
- 9) Bradford Hill, A. A Short Textbook of Medical Statistics, pp 156-60. Ed. Unibook, Hodder and Stroughton, London. 1977.

¿Es la Prostitución un Problema?

II - PARTE

Dr. Dagoberto Espinoza Murra* Lic. Ruth Espinoza Guzmán**

ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS:

INTRODUCCIÓN:

Como lo habíamos anunciado, el presente trabajo se orientará al estudio de algunos rasgos psicopatológicos de aquellas mujeres que ejercen la prostitución. También aseverábamos, en el mismo trabajo, que aquellas no exhibían un patrón uniforme en cuanto a las manifestaciones de patología mental.

Este complemento (que en sentido estricto es independiente del anterior en cuanto a la muestra) nos permitirá aproximarnos al conocimiento del mundo patológico de mujeres que, ya por enfermedad o por la injusticia de un sistema social, se ven obligadas a vender su carne para sobvevivir.

PROPOSITO:

La finalidad del presente trabajo está orientada a detectar alguna patología que se presume impulsa a estas mujeres a dedicarse a la prostitución.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:

El procedimiento que se utilizó en esta investigación, fue el siguiente:

 Profesor del Depto. de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas. ** Psicóloga del Hospital Psiquiátrico
 "Dr Mario Mendoza"

- 1.- Selección de la Muestra
- II.- Selección de la prueba psicológica adecuada para la muestra.

III.- Administración de la Prueba. IV.- Análisis e interpretación de los datos V.- Gráficas de los resultados obtenidos de la Investigación.

I.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Para el logro de ésta investigación, se escogió un universo constituido por 800 mujeres que se dedican a la prostitución en nuestra capital, del cual se determinó una muestra aleatoria que corresponde al 80/0 de ese universo formado por 100 prostitutas comprendidas entre las edades de 15 a 50 años, que trabajan en los prostíbulos de las ciudades de Comayagüela y Tegucigalpa. Los datos fueron obtenidos de las Estadísticas procesadas en 1983 por el Centro de Salud "Las Crucitas", dependiente del Ministerio de Salud Pública.

II. SELECCIÓN DE LA PRUEBA PSICOLÓGI-CA ADECUADA PARA LA MUESTRA.

Dos factores muy importantes influyeron en la selección de la prueba psicológica. A.) Disponibilidad del tiempo B.) El bajo nivel cultural del universo seleccionado. Fue necesario escoger entre varias pruebas de personalidad, una que fuera la más adecuada

y sencilla para su administración, seleccionándose el "Test Proyectivo de la personalidad de Karen Machover (Test del Dibujo de la figura humana).

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA MACHOVER.

Esta prueba puede ser de utilidad práctica especialmente al estudiante por la sencillez de su aplicación. La prueba de Machover es uno de los mejores instrumentos para la evaluación de la personalidad total; la persona evaluada a través de esta prueba proyecta en el dibujo de la figura humana toda una gama de rasgos importantes de la personalidad y es útil para un mejor diagnóstico, tanto dinámico como nosológico.

La prueba consiste en proporcionar al sujeto una hoja de papel blanco sin raya de 8*/2 x 11 (tamaño carta) y un lápiz grafito suave con borrador; se le dice que dibuje una persona, luego si dibujó un hombre se le pide que dibuje el sexo contrario y viceversa.

III. ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA.

La administración de la prueba se realizó exclusivamente por 20 estudiantes de medicina que cursan psicología médica. La totalidad de la muestra se recopiló en tres semanas consecutivas.

Los 20 estudiantes fueron organizados en 5 grupos, cada grupo de 4 estudiantes y cada estudiante fue responsable de 5 casos cubriendo la muestra seleccionada (100 mujeres).

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

Para el análisis cualitativo e interpretación de la prueba, se tomó en cuenta las 3 zonas básicas del cuerpo que son:

A.) La cabeza, que indica el control racional B.) El tronco superior hasta la cintura, que señala el poder físico

C.) De la cintura para abajo, que destácalos impulsos sexuales.

Si estas 3 zonas se dibujan separadas o desviadas de su línea natural, puede ser un índice de una personalidad mal integrada o sugerir algún conflicto en relación al área más distorsionada.

A continuación, y teniendo como propósito el análisis de los datos, se procedió a la tabulación de la muestra, sobre aquellos aspectos importantes que se obtuvieron de la entrevista, como ser: edad, lugar de procedencia, nivel de educación y estado civil; calculándose, su respectivo porcentaje para obtener un panorama más amplio de la muestra investigadora. De las 100 muestras, 2 entrevistas fueron anuladas, no así las pruebas psicológicas.

1.- La edad de la muestra está comprendida entre los 15 a 50 años, distribuyéndose de la siguiente forma (ver gráfica No. 1),

EDADES	F	0/0
15 - 20	19	19.39
21 - 25	41	41.84
26 - 30	27	27.55
31 - 35	5	5.10
36 - 40	5	5.10
41 - 45	0	0.00
45 - 50	1	1.02
	EN 98	100.00o/o

 El lugar de procedencia se distribuyó por zonas, en la forma siguiente. (Ver gráfica No. 2).

Zona Sur	F	0/0
Choluteca	12	12.24
Valle	4	4.08
	EN 16	16,820/0

Zona Norte	F	0/0	
Cortés	23	23.47	
Atlántida	6	6.12	
Yoro	3	3.06	
EN	32	32.650/0	
Zona Occiden	tal F	o/o	
Sta. Bárbara	4	4.08	
Copán	2	2.04	
Lempira	1	1.02	
Intibucá	2	2.04	
Intibucá EN		9.180/0	
-	9		
EN	F	9.180/0	
EN Zona Central	F	9.180/0	
EN Zona Central Feo. Morazán	F 22	9.18o/o o/o 22.45	
En Zona Central Feo, Morazán La Paz Comayagua	F 22 2	9.18o/o o/o 22.45 2.04	
En Zona Central Feo, Morazán La Paz Comayagua	F 22 2 3 27	9.18o/o 0/o 22.45 2.04 3.06	
EN Zona Central Feo, Morazán La Paz Comayagua EN	F 22 2 3 27	9.18o/o 0/o 22.45 2.04 3.06 27.55o/o	
EN Zona Central Feo. Morazán La Paz Comayagua EN Zona Orienta.	F 22 2 3 27	9.18o/o 0/o 22.45 2.04 3.06 27.55o/o	

	3,-	El nivel de educación se siguiente forma. (Ver gráf		
		Nivel de Educación	F	0/0
		Analfabetas	19	19.39
		Primaria Incompleta	44	44.90
		Primaria Completa	28	28.57
		Nivel Medio Incompleto	6	6.12
		Profesional	1	1.02
		EN	98	100.00o/c
	4	El estado civil está forma siguiente. (Ver gráfica No.		e la manera
		Estado Civil	F	0/0
T		Solteras	79	80.61
		Casadas	6	6.12
		Otras (viudas, divorciadas	13	13.27
		EN	98	100.090/0

Resultados de la Prueba

En los párrafos siguientes describiremos los pasos del análisis cualitativo del dibujo de la figura humana de las 100 muestras obtenidas en términos de encontrar la psicopatología del mismo. En primer lugar, consideraremos la secuencia de la figura, en segundo lugar, desarrollo de signos de ansiedad agrupados en categorías de agresividad, hostilidad e inseguridad - habilidad de acuerdo al rol social esteriotipado de su medio ambiente y en tercer lugar, otros rasgos importantes de la personalidad que proyectaron los dibujos de la muestra.

Primer lugar: Secuencia del Dibujoj

¿Qué dibujaron primero las examinadas: el hombre o la mujer?

De las 100 mujeres, un 6O0/0 dibujó primero la figura de su propio sexo, el 40o/o dibujó el sexo contrario. En nuestro estudio se esperaba, según el patrón del test, que las 100 mujeres dibujaran su propio sexo de acuerdo al rol sexual en que se desenvuelven, por lo contrario un grupo de mujeres (40o/o) dibujó el sexo contrario, y algunas de las explicaciones que se han encontrado para estos

casos, en los que la primera figura dibujada era el sexo opuesto, son los siguientes: Inversión sexual, confusión de identificaciones sexuales, gran dependencia del padre del sexo opuesto o intensa fijación a él y gran dependencia de alguna otra persona del sexo opuesto o intensa fijación a ella.

Segundo Lugar: Desarrollo de signos de ansiedad agrupados en categorías de agresividad - hostilidad, e inseguridad - labilidad.

Agresividad — Hostilidad	F
extremidades asimétricas	84
línea gruesa y/o pesada (Sombreada)	83
brazos desproporcionadamente largos	33
transparencias	25
manos desproporcionadamente largas	11
omisión de brazos	10
genitales	8
dientes	6

Estos fueron los signos importantes que más sobresalieron de las pruebas, y que podemos apreciar la existencia de fuertes elementos de agresividad hastilidad anulas personalidades de la saciente su brende del cuadro anterior que se van según se desi os diferentes signos que aparecieron acentuando l olos de las pruebas.

		- (4)
- Labilidad	F	Inseguridad -
anos o dedos	81	omisión de m
es (o zapatos)	71	omisión de pi

A través de todos éstos signos se puede apreciar que hay fuertes elementos de inseguridad - labilidad en la personalidad de las mujeres, según se desprende del cuadro anterior y que se van acentuando los diferentes signos que aparecieron en los protocolos de las pruebas (Ver gráfica No. 6).

Tercer Lugar: Otros rasgos importantes de la personalidad que proyectaron los dibujos de la muestra.

Otros rasgos que proyectan las pruebas y que se considera de vital importancia por haberse presentado con mucha frecuencia en los dibujos de la figura humana, son los siguientes:

- lo. De los 100 protocolos, 58 mujeres dibujaron figuras primitivas y vacías, indicativo de escaso sentido de la realidad, de un bajo nivel mental evidente con juicio y dicernimiento pobre o que padecen de algún trastorno físico o mental profundo y no pueden moverse con la adecuada soltura en relación a su medio ambiente.
- 2.- 54 hicieron línea gruesa y pesada, indicativo de agresividad y personas alcohólicas con rasgos paranoides.
- 46 realizaron las figuras con brazos abiertos, indicativo de inseguridad y necesidad de cariño.
- 4.- 42 dibujaron ojos vacíos, indicativo de inmadurez emocional, egocentrismo, soledad, que se alejan del mundo adulto deseando que otros miren por ellos, a veces sugiere regresión psicótica.
- 5.- 30 hicieron énfasis en las orejas, indicativo de ideas de referencia, sospecha o bien ligera reacción a la crítica u opinión social (hasta llegar a tener alucinaciones auditivas).
- 6.- 26 hicieron líneas vellosas, quebradas o temblorosas, lo cual es indicativo de personas alcohólicas con rasgos esquizoides.
- 7.- 17 dibujaron ojos amenazantes, indicativo de agresividad con rasgos paranoides,

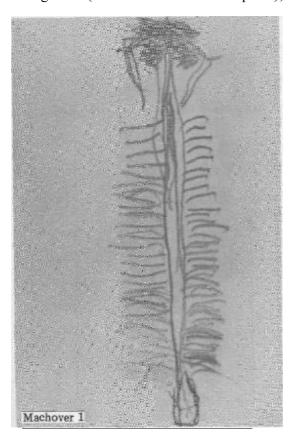
Los conflictos sexuales fueron proyectados en los dibujos de las mujeres con los indicadores que se presentan en el cuadro siguiente:

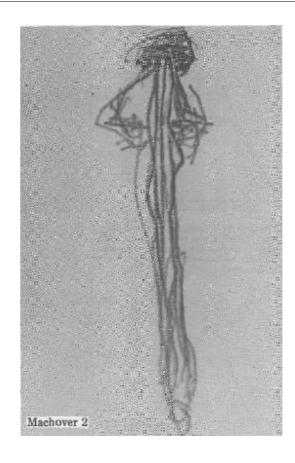
Indicadores	F
Cabello desordenado	58
No cerrar la parte inferior del tronco	17
Manos, dedos sombreados y/o manos en los	
bolsillos	15
Destacar la lengua	y

Los conflictos sexuales que fueron proyectados en los dibujos de la muestra, nos da una indicación de su frigidez sexual, dado a que para ellas es una práctica donde no se mezclan sus emociones, es meramente mecánico; ésto en sí representa ya una patología severa.

Por otra parte, existen conflictos sexuales que posiblemente se deba a la privación de una buena orientación sexual adecuada y a temprana edad, que contribuyera a tener un buen concepto de si mismo y pudieran llegar a dedicarse a otro tipo de trabajo.

La mayoría de éstas mujeres proceden de hogares desintegrados (como se deduce de la I parte), de





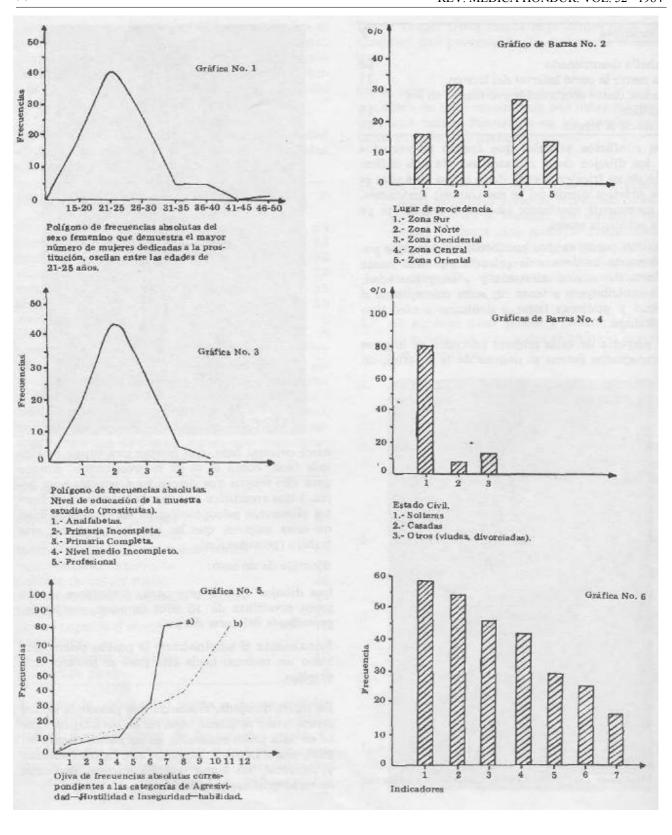
nivel cultural bajo, que buscan una forma de vida más fácil, como es el de la prostitución, aunque para ello tengan que descender a estratos muy bajos. Estos resultados sugieren la existencia de fuertes elementos psicopatológicos en la personalidad de estas mujeres, que las impulsan a ejercer este trabajo (prostitución).

Ejemplo de un caso:

Los dibujos que se presentan, pertenecen a una joven prostituta de 18 años de edad, analfabeta, procedente del norte del país.

Inicialmente al administrarse la prueba psicológica hubo un rechazo hacia ésta pues se mostró muy suspicaz.

La figura dibujada, evidencia una patología sexual severa como se puede observar en los dibujos; existe en esta joven confusión en su identificación sexual, añade rasgos masculinos a la figura femenina y viceversa, así como posibles núcleos psicóticos de características esquizofrénicos.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Caso, Agustín. Psiquiatría.- Edit. Limusa México 1981.
- 2.- Dallayrac; Dominique. Dossier Prostitución. Edit Ayma, S. A-- España -1968.
- Espinoza y Col.- ¿Es la prostitución un problema médico social?. Revista Médica Hondureña Vol. 51 No. 3-1983.
- 4.- Font, José M. Test de la Familia.- Edit Eikos-Tau, S. A. España-1978.
- 5.- Hammer, Emanuel F. Test Proyectivos gráficos.-3er Ed. Argentina Edit. Paidós-1978.
- 6.- Koppitz, Wlizabeth M. El dibujo de la figura humana en los niños. 5a. Ed. Argentina.- Edit.- Guadalupe 1976.
- 7.- Leigh, Denis y Col.- A Concise encyclopedia of Psychiatry.- M. T. D.
- 8.- Portuando, Juan A.- Test proyectivo de Karen Machover.- Edit Biblioteca Nueva 1973.
- Stanley, C. D. S. Figure Drawing as an Expression of self - estoem.O Journal-pasanality Assessment, Vol. 40 No. 4- 1976.

Análisis de aspectos Socioculturales del Alcohol en América Latina

DWIGHTB. HEATH*

El propósito de este articulo es proveer una revisión resumida de los trabajos que tratan de la perspectiva sociocultural del alcohol en América Latina. Se cita una lista de libros y artículos, tanto de divulgación general como científicos, referentes a los temas que se reúnen en este trabajo, que tratan específicamente, sobre América Latina. Dentro de ésta, se incluye a América Central, Sudamérica, Méjico y las islas del Caribe. Respecto de las "perspectivas socioculturales", el autor se refiere al contexto que abarca lo ideológico, lo evaluativo, lo económico, lo político, lo religioso y otros aspectos sociales y culturales que diferencian a las poblaciones unas de otras, en términos de creencias y de conductas.

Nadie podría poner en duda que el alcohol es la droga más bastamente empleada a lo largo de toda la historia de la humanidad con propósitos de "alterar la conciencia". Es, probablemente, la droga más antigua usada para tal fin, la más ampliamente distribuida. y, también, la más versátil, sirviendo a veces tanto como anestésico, afrodisíaco, energético, alimento, medicamento y narcótico, en varios contextos, durante milenios.

Es elemental, pero importante, reconocer que el etanol (que por conveniencia, aquí denominaré "alcohol"), es un producto natural. La ferménta-

ción al alcohol, prefiero prestar mayor alcohol y no al alcoholismo. Es cierto coholismo es un tema muy important parece más fructífero considerar el alcohol y no solamente un aspecto de un campo

ción es un proceso que tiene lugar, en la mayor parte del mundo habitado, en frutas, vegetales, cereales, miel, leche y otras sustancias comunes, sin necesidad de intervención humana. Por tal razón, el alcohol se produce en forma relativamente simple y a bajo costo. Además, se produce a menudo en asociación con alimentos muy nutritivos. Debido a que es rápidamente oxidado en el organismo humano, no es pernicioso cuando se lo emplea con moderación. Por todas estas razones, no es sorprendente que haya siao, a través de la historia, la droga más popular del mundo.

Existe un sentido en el cual uno puede referirse legítimamente a "estudios sobre alcohol" como un campo de importante interés para científicos, investigadores, terapeutas, educadores y otros, en una variedad de profesiones y disciplinas académicas. Pero no hay duda de que el punto de interés en la mayoría de los "estudios sobre alcohol" no es justamente el alcohol en sí, sino que el enfoque está en la conducta relacionada al alcohol.

En vista de la indispensable necesidad de considerar tanto la conducta normal como la anormal, en "relación al alcohol, prefiero prestar mayor atención ai alcohol y no al alcoholismo. Es cierto que el alcoholismo es un tema muy importante, pero me parece más fructífero considerar el alcoholismo como solamente un aspecto de un campo más amplio que es merecedor de estudio en su totalidad, el alcoholismo puede enfocarse como un aspecto que se relaciona con problemas resultantes del abuso del alcohol.

te Profesor de Antropología Universidad de Brown, Rhode Island, E.U.A.

^(**) Trabajo presentado en el XXVLI Congreso Ordinario Nacional en febrero 1984, Choluteca.

Mi propósito principal, en este artículo es proveer una revisión resumida de los trabajos que tratan de la perspectiva sociocultural del alcoholen América Latina. Podría citarse una lista de libros y artículos tanto de divulgación general como científicos, referentes a cualquiera de los temas que se reúnen en este artículo, pero para interés de los lectores de esta revista, resulta apropiado mencionar solo aquellos que tratan específicamente sobre América Latina. Cuando hago referencia a "América latina", no incluyo sólo a América Central y Sudamérica, sino también Méjico y las islas del Caribe. Cuando hago referencia a las "perspectivas socio culturales" me refiero al contexto que abarca lo ideológico, lo evaluativo, lo económico, lo político, lo religioso y otros aspectos sociales y culturales que diferencian a las poblaciones unas de otras, en términos de creencias y conductas.

Perspectivas so ció culturales. Es obvio que los diversos alcoholes pueden analizarse en términos de su composición química. Es también importante reconocer que ciertas propiedades físicas de esas sustancias merecen diversos análisis técnicos. Además el alcohol ejerce una amplia gama de efectos sobre cualquier organismo viviente, de modo que otro aspecto del estudio sobre alcohol, trata con bioquímica, fisiología, etc. En los últimos años, sin embargo, los investigadores en el campo general de estudios sobre alcohol han anotado, con creciente frecuencia, la importancia de ocuparse de aspectos so ció culturales junto con las perspectivas ofrecidas por otras ciencias.

La principal razón para la incorporación de las ciencias sociales a los estudios sobre el alcohol, es el reconocimiento de un hecho que tiene crucial importancia: entre los seres humanos, las actitudes y los valores afectan fuertemente todas las conductas. Esto significa que los factores socioculturales afectan no sólo la decisión de si un individuo beberá o no alcohol, sino también, qué clase de alcohol beberá (o no), dónde, cuándo, cómo, en compañía de quién, con qué utensilios y en asociación con qué palabras, gestos, actitudes, etc. y ~con evidencia creciente— aún (en un grado significativo) cómo será afectado por el alcohol.

Es gratificante que, durante la pasada década, este tema haya sido difundido por sociólogos y antropólogos, hasta tal punto que ahora es generalmente aceptado como una de las perspectivas (entre muchas), que deben tenerse en cuenta en cualquier análisis global o cualquier evaluación sobre el alcohol o el alcoholismo, con referencia a cualquier comunidad, clase, grupo social u otra población humana. La importancia general de las perspectivas socioculturales fue estudiada con especial referencia a América Latina, por Mariátegui (1967), Efron (1969), Bozzoli (1973) y Negrete (1973), entre otros

Es conveniente, al resumir todo lo que ha sido escrito acerca de las perspectivas socioculturales sobre alcohol en Latinoamérica, tratar las vastas y dispersas fuentes bajo los siguientes rubros: Epidemiología e investigaciones nacionales. Fases del alcoholismo. Alcoholismo en relación con otras drogas. Prehistoria e historia. La bebida entre diferentes poblaciones. Alcohol y otros aspectos de la cultura.

Epidemiología e investigaciones nacionales. Los extensivos métodos epidemiológicos difieren en algunos aspectos significativos de los métodos de investigación más intensivos, que son típicos de la mayoría de los trabajos antropológicos, etnológicos y sociológicos. No obstante, los datos recolectados, son pertinentes para nuestra comprensión de los modelos de conducta y creencias con referencia al alcohol. Sobre la base de tales estudios, a menunudo es posible estimar, en términos generales, no sólo normas morales de conducta, sino también la amplitud de la variación en ambos lados de la moda estadística, variación entre subgrupos dentro de una población (por edad, sexo y a veces, otras categorías socialmente significativas) y varias otras informaciones valiosas.

Una destacada introducción a la importancia de los estudios epidemiológicos, es la de Horwitz (1967); ese trabajo aparece en un importante libro (Horwitz et al. 1967), un compendio del tema, que incluye una serie de breves investigaciones nacionales y también contribuciones temáticas, constituyendo, en conjunto, un verdadero punto de referencia en el desarrollo de los estudios sobre alcohol en América Latina.

Algunos estudios más detallados han sido conducidos posteriormente en varios países: Costa Rica

(Chassoul et al. 1970, 1973; Morales et al. 1969, 1971, 1972); Brasil (Owen, 1965; Pastore, 1965); estudios anteriores constituyen presumiblemente, valiosas fuentes para comparación histórica (por ejemplo, Almeida (1959) sobre Perú; Araujo(1955) sobre Venezuela, etcétera).

Fases del alcoholismo. Tal como los estudios estadísticos pueden proporcionar información que tiene inesperado valor en términos de perspectivas socioculturales, a veces sucede también que los esfuerzos clínicos con respecto al alcoholismo en los individuos pueden también proveer interrogantes o respuestas imprevistos que son importantes en términos de perspectivas sociológicas. Un buen ejemplo de esto es el análisis de "estadios" o "fases" del alcoholismo como enfermedad progresiva. Basándose en las autobiografías de una larga lista de miembros norteamericanos de Alcohólicos Anónimos, E. M. Jellinek, postuló una secuencia más o menos uniforme de síntomas en el desarrollo del alcoholismo (ver Horwitz 1965). Una de las pruebas más convincentes de la importancia de los factores socioculturales con respecto al alcohol), es el hecho de que esta "secuencia típica" no ocurre ecuánimemente en la trayectoria vital de los alcoholistas en otras partes del mundo. Es necesario mucho mayor número de evidencias de otras poblaciones, y comparaciones sistemáticas de esos datos. En la actualidad, es digno de mencionar que la evolución del alcoholismo no mantiene la misma frecuencia, o la misma duración de sus etapas, entre los pacientes alcohólicos que fueron estudiados en el Perú (Almeida 1962) o en Chile (Várela y Marconi, 1952).

El alcohol en relación con otras drogas. En el comienzo de este artículo enfática que el alcohol es una de las tantas drogas que han sido usadas por los seres humanos con el propósito de modificar sus estados de conciencia. Durante los próximos años, indudablemente, veremos un grsn cambio en la costumbre predominante entre los investigadores, de estudiar únicamente el alcohol o únicamente algunas otras drogas en particular. Los problemas que atraen la atención pública son notablemente similares, sea por su naturaleza económica, psicológica, legal, moral, social, u otra naturaleza —con respecto a la gran mayoría de drogas que se usan para modificar los estados de conciencia

Algunos de los pioneros que realizaron tal investigación integrada, merecen mención. Aunque los detalles de sus interpretaciones farmacológicas y fisiológicas ahora puedan haber perdido actualidad, esos investigadores, al enfatizar la similitud entre adicción alcohólica y otras formas de adicción, han estado básicamente acertados (por ejemplo, Mardones 1953, Liberman 1959, Herrera 1962). Baldus (1950) proporcionó una lista de preguntas como una guía para la investigación sobre alcohol y otras drogas entre la población india, y Cooper (1949), reseñó la literatura etnográfica pertinente para todas las tribus de Sudamérica y el Caribe juntos. Un nuevo intento para tratar las diversas clases de adicciones desde una perspectiva sociocultural coherente, es ejemplificada en el trabajo de Beaubrun (por ejemplo, 1971), Yawney (1969) y otros, incluyendo investigaciones populares en Costa Rica, por William True et al.

Prehistoria e historia. Es siempre importante, cuando se consideran las perspectivas socioculturales, tener presente que los modelos actuales son, en grado sumamente importante, los resultados y productos de un largo proceso evolutivo. Este hecho es igualmente cierto tanto con referencia a la relativamente homogénea, aislada y "primitiva" tribu de indígenas. La naturaleza y escala de la historia pueden ser diferentes para cada población humana, pero la importancia de la historia de ciertos grupos para entender el ambiente sociocultural de dicho grupo es incuestionable.

Con respecto a la población de América latina, existen varias fuentes de datos valiosos. Parece que el proceso de destilación era desconocido a lo largo de las Américas en la época precolombina (ver Cooper 1949; Bruman 1944; comparar con Bourke 1893-1894). Las bebidas fermentadas, sin embargo, eran variadas e importantes. Una voluminosa literatura referente a los modelos nativos prehistóricos trata principalmente de América Central y la "zona andina, los dos centros de "alta civilización" en la América precolombina. Méjico ha sido el tema de numerosos estudios (por ejemplo, Beaks 1932; Calderón 1938; Genin 1924; Martín 1938); algunos autores han prestado especial atención a los mayas (por ejemplo, Barrera 1941) o a los aztecas (por ejemplo, Goncalves, s.f.). El antiguo Perú fue estudiado por Bejarano (1950) y Herrero (1940), entre otros.

Durante la época colonial, las fuentes de documentación se multiplicaron, los pueblos nativos eran sometidos a una variedad de nuevas presiones, y los misioneros de Europa traían al Nuevo Mundo sus perspectivas socioculturales extranjerizantes. Los resultados fueron un nuevo conjunto de "problemas" en relación af alcohol de los cuales ningunos se había manifestado previamente. Entre algunos útiles y perspicaces resúmenes de informaciónsobre alcohol en América Latina, están los de Mesa (1959), Piga (1942), F. Rojas (1942), U. Rojas (1960)yRuiz(1939).

La bebida en diferentes poblaciones. A lo largo de la historia moderna —vale decir, postcoloniat- la cantidad y variedad de publicaciones que se refieren a modelos de creencias y conductas con respecto al alcohol se expandieron poderosamente. En ese contexto, parece apropiado mencionar sólo aquellas que tienen al alcohol como su foco de estudio, aun cuando un significativo número de trabajos, más generales, podría también revestir importancia para el tema.

Entre los autores cuyas contribuciones ofrecen valiosas revelaciones con referencia a las perspectivas socioculturales sobre alcohol en América latina, se pueden encontrar no sólo antropólogos y sociólogos, sino también dietistas, psiquiatras, geógrafos, etc. Obviamente, es importante para profesionales de diferentes disciplinas incluir al alcohol dentro de un contexto más amplio que el previsto por cualquier tratamiento tradicional de cualquier disciplina o profesión singularmente.

Algunos estudios sobre modalidades de bebida tienen como límites específicos, jurisdicciones políticas tales como estados, provincias, departamentos, etc.; tales estudios a-menudo proveen información valiosa de naturaleza epidemiológica, pero raramente dan ideas provechosas que puedan ser consideradas en el campo sociocultural.

En contraste, algunos estudios de la clase trabajadora (por ejemplo, J. Gómez 1914-15; Gutiérrez 1956; Rosenblat et al. 1955), de poblaciones femeninas (Kattan et al. 1973), de los miembros de determinados cultos religiosos (por ejemplo, Leacoc 1964; Bourgignon 1964) o de minorías étnicas tales como los de las Indias Orientales (Angrosino

s.f.), nos ofrecen ricas anotaciones sobre valores, actitudes, estratificación, y una variedad de otras perspectivas socioculturales. Este tipo de estudio demuestra cuanta variación puede hallarse con respecto al rol del alcohol en la conducta humana aun dentro de poblaciones urbanas que comparten la mayor parte de sus rasgos distintivos y tienen un mismo espíritu comunitario.

Una variación aun más pronunciada puede hallarse con respecto a creencias y conductas referentes al alcohol cuando se considera otra población que no comparte muchos de los supuestos cosmológicos y tradiciones, tanto históricas como intelectuales. En relación con esto, la literatura etnográfica sobre varias poblaciones indígenas —denominadas comúnmente "indios"— es excepcionalmente rica.

Uno de los primeros estudios sistemáticos sobre alcohol en perspectiva sociocultural es aun uno de los más completos. Bunzel (1940) no sólo descubrió los usos y abusos de alcohol en Chamula (Méjico) y Chichicastenango (Guatemala), sino que también estableció relaciones entre aquellas pantas y las de organización social, educación infantil, creencias religiosas, actividades económicas, tensiones psicológicas y otros aspectos del contexto sociocultural.

Desde entonces, varios estudiosos hicieron trabajos importantes para incluir situaciones locales específicas. Una serie de artículos de Simmons (1959-1968), se ocupan de aprendizaje, ambivalencia, y otros temas en una comunidad peruana, siempre enfocando el alcohol. Lomnitz (1969) continúa analizando la bebida de los mapuches, desde diferentes puntos de vista. La chicha es tratada como un punto crucial de las relaciones inter personales entre los tarahumara (Kennedy 1963, Zingg 1942), y como un importante componente en la nutrición en los otomi, también de Méjico (Anderson et al. 1946). Algunos autores enfatizan los problemas que el alcohol ocasiona a los indios (por ejemplo, Maynard et al. (1965) en Colombia, Rodríguez (1945) en Ecuador, Marroquín (1943) en Perú, y, con referencia a todas las Américas América Indígena (1954) y Oficina Internacional del Trabajo (1953). En contraste, algunos otros autores están convencidos en igual grado del valor positivo de la bebida entre otras poblaciones indígenas (por

ejemplo, Mangin 1957-58, Heath 1958-62, Metzger 1964). Unos pocos esfuerzos ambiciosos para compilar datos de diferentes orígenes, han producido estudios que ilustran la distribución de varias bebidas alcohólicas y costumbres a ellas asociadas (por ejemplo, Cooper 1949, Hartmann 1958-58, Webe s.f.)-

Indudablemente, hay otros numerosos y detallados estudios etnográficos que ofrecen valiosas perspectivas so cío culturales sobre el alcohol. Algunas de ellas se mencionan aquí con el objeto de ilustrar la amplitud de las fuentes que son verificables; la bibliografía de este artículo incluye muchas más que no están específicamente mencionadas en el texto.

El alcohol y otros aspectos de la cultura. Unas de las principales preocupaciones a lo largo de este artículo, ha sido acentuar la importancia que tiene el observar otros aspectos de una cultura, si deseamos entender el rol que juega en ella el alcohol, dentro de un cierto ámbito. Varios autores han tratado, en esos términos, diversos aspectos culturales. A lo largo de una discusión sobre psicología en Perú, Caravedo et al., por ejemplo (1963) hacen frecuente referencia al alcohol y al alcoholismo; y al examinar diferentes comunidades peruanas, varios autores han tomado al alcohol como el centro de estudio (por ejemplo, Simmons, 1959-68 Holmberg 1971; Doughty 1971). El alcohol provee de un valioso medio para una mejor comprensión de las relaciones interétnicas en algunas regiones (por ejemplo Heath, 1971, en Bolivia; Sayres, 1956 en Colombia). Las interrelaciones con el folklore están enfatízadas entre otros, por Mariani (1964); los vínculos con el lenguaje son vividamente demostrados por Bambaren (1973) y la relación con otras formas de comunicación r3or Adis (1973) y Marconi (1969). Hasta las diferencias entre los modelos típicos de brujería y asesinato en dos comunidades indias mejicanas han sido correlacionadas de manera muy convincente con las diferencias en las pautas de bebidas de ambas (Viqueira y Palerm 1954). La religión y la cosmología también están intimamente vinculadas con las creencias y conductas acerca del alcohol (por ejemplo, Madsen y Madsen 1969; Kearney 1970; Leacock 1964).

Sería incorrecto imaginar que las culturas "primitivas" no sufren cambios, aun cuando tal creencia

es popular. Por el contrario, es importante reconocer que la historia de cualquier pueblo es una crónica de los cambios que han sufrido, y ninguna población humana carece de su propia historia. En años recientes, una de las preocupaciones de las creencias sociales era describir y comprender esos cambios en menor escala. Con respecto a las pautas de bebida, los cambios han sido descriptos y analizados en varias situaciones. En Chile, Lomnitz (1969) estudió la migración mapuche a las ciudades; en Bolivia, Heath (1965-71) estudió el impacto que una "revolución" tenía con respecto al alcohol en diferentes pequeñas comunidades; Lundberg (s.f.) está tratando de evaluar el cambio en Belize.

Notas finales. La importancia de las perspectivas socioculturales ha sido reconocida durante muchos años por muchos de quienes consagraron su atención a estudios sobre el alcohol en relación con el comportamiento humano. Desde mediados del siglo xx tales perspectivas han sido aplicadas, con creciente frecuencia, a investigaciones emprendidas en América latina por profesionales de diversas disciplinas, incluyendo no sólo las ciencias sociales.

Las investigaciones epidemiológicas nacionales a menudo ofrecen valiosos resultados sobre las perspectivas socioculturales, aunque tales conclusiones no son más que accesorias para sus fines. De manera similar, los trabajos clínicos demuestran a menudo, la importancia del contexto so cío cultural, como puede verse en las discusiones acerca de los "estadios" o "fases" en el desarrollo del alcoholismo como una enfermedad. Sea cual fuere .el valor que tenga el tratar de entender la amplitud de la conducta humana en lo que ella afecta al alcohol y en lo que es afectada por el mismo, el valor del conocimiento científico aumenta en la medida en que se hace posible considerar al alcohol en relación con otras drogas, que son usadas a menudo para propósitos similares.

Para comprender algunos de los aspectos de las perspectivas socioculturales contemporáneas, es aconsejable revisar las creencias y conductas con respecto al alcohol a lo largo de la trayectoria de la prehistoria e historia. Los estudios modernos que enfatizan las perspectivas socioculturales, normalmente incluyen estudios de varias poblacio-

nes que ilustran pautas contrastantes. Ejemplo de ello son algunos grupos religiosos, como grupos de inmigrantes y, en algunas naciones, comunidades aisladas con características distintivas indígenas o de otros tipos. En tales poblaciones minoritarias, es dramáticamente evidente que, no sólo los poderes de ingestión y uso alcohólico varían, sino que las variadas formas, funciones, sentidos, usos e interpretaciones del alcohol están íntimamente unidos con otros aspectos de la cultura, tales como ia organización social, la filosofía, la psicología, la economía, la tecnología, la comunicación, el folklore y aun la brujería.

Los trabajos acerca de perspectivas socioculturales sobre el alcohol han aumentado rápidamente y también han madurado en unas pocas décadas. Es de desear que una apreciación de la importancia fundamental de las perspectivas socioculturales sea ahora generalmente reconocida por todos aquellos que trabajan en el campo del alcohol y el alcoholismo. Y también es de esperar que todos los investigadores que logren nueva información en ese sentido contribuyan con su aporte a este relativamente nuevo, pero importante e interesante, cuerpo de teoría y dato.

BIBLIOGRAFÍA

ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN. Proposiciones de ia Academia sobre el alcoholismo. Ant. Med. (Medellín), 1953, 3,

ADIS CASTRO G. "Alcoholismo y comunicación". Leído en una mesa redonda: Definiciones sobre Alcoholismo. San José, Costa

ADÍS CASTRO G., FLORES I. M. de. "Costa Rica". En: Epidemiología del Alcoholismo en América latina, Horwitz J., Marconi

J., Adis Castro G. Buenos Aires, ACTA, 1967.

AGUILERA A. "Guatemala". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina.

Buenos Aires, ACTA, 1967. ALBA MARTÍNEZ de The maguey and pulque. Mexican folkwayn

2,1926,4, 12. ALMEIDA V. Estudios sobre consumo del alcohol en el Perú. Rev. sanidad militar del Perú, 1959, 95, 1.

ALMEIDA V. Investigación clínica sobre la evolución del alcoholismo. Rev. neuropsiquiat, 1962. 25, 07.

AMERICA INDÍGENA. El alcohol y el indio. Amér. índig., 1954.

ANDERSON R. K., CALVO J., SERRANO G., PAYNE G. A study o(the nutritional status and food habits of Ótomi indians in the Mezquita! Valley of México. Amer. j. publ. health., 1946, 36, 883. ANGROSINO M. Outside is death; alcoholism, idcology and comraunity organization among the East Indians of Trinidad. Wake Forest University Overseas Research Center. Medical behavioral science monographs. Winston Salem, N. C. (expected 19 74). ANONYMOUS. The tequila story. Americas, 1953, 11, 24. ARAUJO R. L. Consideraciones estadísticas sobre el consumo de bebidas alcohólicas por la población de Venezuela. Rev. de sanidad yasist-soc.,

1955, 20, 39. ARRIÓLA J. L. "Introducción al estudio del alcoholismo como problema social. En: Primera reunión regional centroamericana sobre alcoholismo. Guatemala, Patronato Antialcohólico de Gua-

AZOUBEL NETO D- Contribucao para o estudio epidemiológico do alcoholismo. Brasil, Riberao Preto (mimeografiado), 1964. AZOUBEL NETO D. "Brasil". En: Horwitz J., Marconi, J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967.

AZOUBEL NETO D,, RIBEIRO DE COSTA M. Contribucao para o estudo epidemiológico de alcoholismo - levan lamento de Ribeirao Préto Sao Paulo 1967

Baldus H. Bebidas e narcóticos dos indios do Brasil: Sugestoes para pesquisas etnográficas. Sociol., 1950, 12, 161. BANBAREN V1GIL C. "Historia de la lucha antialcohólica en el

Perú". Informe final de la Conferencia nacional de alcoholismo. Li-

Perú". Informe final de la Conferencia nacional de alcoholismo. Lima, 1957 (multigrafiado).

BANBAREN VIGIL C. Consumo de alcohol y habla popular peruana. Lima, Univ. peruana Cayetano Heredia, 1973.

BARRERA VASQUEZ A. El pulque entre los mayas. Cuadernos Mayas 3. México, 1941.

BEALS R. The Coniparative Ethnology of Northern México before 1750. Berkeley, Univ. of California Press, 1932.

BEAUBRUN M. H. Alcoholism and drinking practices in a Jamaican suburb. Alcohol., 1968, 4, 21.

BEA*BRUM M. H. The influence of socio-cultural factors in the treatment of alcoholism in the West Indies. En: Kiloh L., Bell D. (eds.). Congress on Alcohol and Drug Dependence. Sydney, Butter-(eds.). Congress on Alcohol and Drug Dependence. Sydney, Butterworths. 1971.

BEAUBRUN M. H. Problems of drug use and abuse: their significance for the Carribean, and some throughts about prevention. Paper read at the 8th. Caribbean Conference for Mental Health, Surinam, 1971.

BREAUBRUN M. II-, FIRTH H. "A transcultural analysis of Alcoholic Anonymous: Trinidad-London". Leido durante el encuende la American Psychiattic Association. Jamaica, Ocho Ríos,

BEJARANO J. La de un Vicio: Origen e Historia de la Chddd. Bogotá, Iqueima, 1950. Bejaraño J. "La experiencia colombiana en la campaña contra la chicha y la coca". En: Informe final de !a Conferencia Nacional de Alcoholismo. Lima, 1957.

ferencia Nacional de Alcoholismo. Lima, 1957.

BEJARANO M. J. Tres aspectos del problema nutrición y alcoholismo. Rev. colomb. pediat. puericult, 1954, 14, 31. BESPALI DE CONSENS V. Some aspects of alcoholism in Uruguay Alcoholism, Zagreb, 1972, 3. BLOM F. On Slotkin's fermented drinks in México". Amer. Athropol., 1956, 58, 185. BOURGUINON E. E. Comment on Leacock's "ceremonial drinking in an Afro-Brazilian cult". Amer. Anthropol., 1964, 66, 1393. BOURKE J. Primitive distillation among the tarascoes. Amer. anthropol., 1893, 6, 65. BOURKE J. Distillation by early American Indians. Amer. Anthropol., 1894, 7, 297.
BOZZOLLI DE VWILLE M. Factores culturales en la ingestión de

bebidas alcohólicas (manuscrito), 1973. BRUMAN H. "Aborigina] drink áreas in New Spain". Disertación. Universidad de California, 1940.

BRUMAN H. Asían origin of the Huichol still. Geographical review, 1944. 34. 418.

BUNZEL R. The role of alcoholism in two central American cultures. Psychiat, 1940, 3, 361. (En español: Bol. del Inst. Indigenista Nac. (Guatemala), 1956. 2, 3).

BUSCH C- E. Consideraciones médico-sociales sobre la chicha. Excelsior (Unía), 1952, 217, 25.
CABILDO H. M. Consideraciones epidemiológicas sobre el alcoho-

lismo en la república mexicana. Rev. neurol. neurocirug. psiquiat.

(México), 196&, 6, 21.

CABRERA F. J., BONET F. Alcoholism in Puerto Rico. Bol. Asoc. Méd. de Puerto Rico, 1966, 58, 539.

CALDERÓN NARVAEZ G. Consideraciones acerca del alcoholismo

entre los pueblos pre-hispánicos de México, Rev. Inst. Nac. neuro-biol.,1968, 3, 5.
CALDERÓN NARVAEZ G. "Consecuencias sociales y económicas

de la ingestión anormal de alcohol". Trabajo presentado al Grupo de Estudios sobre la investigación epidemiológica del alcoholismo en América latina. San José Costa Rica, 1966.

CALDERÓN NARVAEZ G-, CABILDO H. M. "México". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo e» América latina, Buenos Aires, ACTA, 1967. CANELOS S. P-, CEVALLOS R. Manifestaciones psicológicas y psiquiátricas del alcoholismo crónico de la población indígena. Ecuador, 1967 (manuscrito).

CARAVEDO B., ALMEIDA M. "El alcoholismo: problema de salud pública: investigación de algunos aspectos en el Perú". Informe del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dpto. de Higiene Mental. Lima, 1956 (mimeografiado).

CARAVEDO B., ROTONDO H., MARIATEGÜI J. (eds.). Estudios de Psiquiatría Social en el Perú. Lima, Ediciones del Sol, 1963.

CARVAJAL M. Contribución a la lucha antialcohólica: alcohol, alcoholismo y locura. Rev. Med. (Bogotá), 1919, 37, 176.

CARVAJAL M. Alcohol y alcoholismo. Rev. Med. cir. (Barranquilla), 1939, 6, 11.

CHASSOUL M., Guaro de contrabando en Costa Rica. Leído en el 38th. Congreso Médico Nacional, San José, Costa Rica, 1969. CHASSOUL M-, et al. Algunas características de la ingestión de alcohol en Santa Bárbara de Heredia. Leído en el 3er. Seminario Nacional sobre alcohol y alcoholismo, San José, Costa Rica, 1969. CHASSOUL M. Ch. Guaro de contrabando. Comisión sobre alcoholismo. San José, Costa Rica, 1971

CHASSOUL M., Ch. PÉREZ GUEVARA I., ADIS CASTRO G., HEATH D. B., ELLIECER VALVERDE J. Encuesta nacional sobre hábitos de ingestión de alcohol (versión preliminar). San José, Costa Rica, Comisión sobre alcoholismo, 1970.

CHASSOUL M., Ch. PÉREZ GÚEVARA I., ADIS CASTRO G., HEATH D. B., ELIECER VALVERDE J. Encuesta nacional sobre hábitos de ingestión de alcohol (versión preliminar revisada y aumentada). Monog. cientif. no. 1, San José, Costa Rica, Centro de estudios sobre alcoholismo, 1973

CHASSOUL M., Ch. HEATH D. B. Research of driuking in several communities of Costa Rica (en preparación).

CINQUEMANI D. Research ou drinking and alcoholism in Middle America (en preparación)

COMISIÓN SOBRE ALCOHOLISMO. Diagnóstico: Alcoholismo en Costa Rica. San José, Comisión sobre alcoholismo, 1971. COMISIÓN SOBRE ALCOHOLISMO. Programa nacional sobre

Alcoholismo para 1973. San José, Comisión sobre alcoholismo,

COOPER J. M. "Stimulants and narcotics". In: Steward J. H. (ed). Handbook of South American Indians: 5 comparative ethnology of South American Indians. Washington, Bureau of American Etnology Bulletin 143, 1949.

CRIST R. E. Some geographic aspects of the manufacture of mezcal The scient. month., 1940, 50, 234. CUTLER H. C, CÁRDENAS M. Chicha: a native south american

beer. Harvard Univ. Botánica! Museum Association Leaflet., 1947, 13 33

DELGADO M. Alcoholes. Lima, Talleres gráficos de la Escuela de Guardia Civil y Policía, 1935. DOBYNS H. F. "Drinking patterns in Latin America: a review'!.

Leído en el encuentro de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia. Berkeley, California, 1965.

DOUGHTY P. L. La cultura, la bebida y el trabajo en un distrito mestizo andino. Amér. Indig., 1967, 27, 667.

DOUGHTY P. L. The social uses of alcoholíc beverages in a Peruvian

community. Human organization, 1971, 30, 187. EFRON V. Factores sociológicos y culturales en la ingestión excesiva de alcohol. Archivos de biología y medicina experimentales (Santiago), Suplemento, 1969, 3, 251. ENDARA J. "Ecuador". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G.

(eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos

(eds.). Epidemiologia dei Alconolismo en America latina. Bueno: Aires, ACTA, 1967.

EZELL P. H. "A comparison of drinking patterns in three hispanic cities". Leído en el encuentro de la Asociación Americana para el Avance de la ciencia. Berkeley, California, 1965. FERRERA F. Alcoholismo en América. Buenos Aires, Palestra, 1961.

GALEANO MUÑOZ J. "Uruguay". En: Horwitz J-, Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Bases para una Epidemiología del Alcoholismo en América Luting Pueno Aires. ACTA 1067. GABCÍA.

mo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. GARCÍA ALCARAZ A. El maguey y el pulque en Tépetlaoxtoc. Comunidad (México), 1972, 7, 461.

GARCÍA M. P. La alimentación de nuestra clase obrera en relación con el alcoholismo. Rev. Med. (Bogotá), 1911, 29, 107. GENIN A M. A. La cerveza entre los antiguos mexicanos y en la actualidad

(sin imprenta), México, 1924. GOLDENBERG M., SLUZKI C. E., KORN F., TARNOPOLSKY A. Actitudes frente al alcohol, el alcoholismo y el alcoholista. Es, 1965,

GOMEZ H. D. El alcoholismo. An. acad. med. (MedeUín), 1912,

GOMEZ HUAMAN N. Importancia social de la chicha como bebida popular en Huamanga. Wamani, 1966, 1, 33. GOMEZ J. Chichismo: estudio general, clínico y anatomopatológico

de los efectos de la chicha en la clase obrera de Bogotá. Repertorio de medicina y cirugía (Bogotá), 1914-1915, 5:302, 424, 483, 640, 588, 652,6:179.

GONCALVEZ DE LIMA O. El magney y el pulque

mexicanos. México, Fondo de Cultura Económica, 1956. GONZÁLEZ V. M. "Colombia". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América Latina. Buenos Aires, ÁCTA, 1967

GRIFF C. de A propósito del alcoholismo. An. acad. med. (Mede-Uín), 1968, 11, 228.

Grupo de estudios sobre la investigación epidemiológica del alcoho-

Grupo de estudios sobre la investigación epidemiológica del alcoholismo en América latina. Informe final. San José, Costa Rica, Oficina Panamericana de Salud, 1966.
GUTIÉRREZ de P. V. Alcohol y cultura en una clase obrera. CIN-VA, Bogotá, 1956 (mimeografiado).
HARTMANN G. Alkoholiscke Getranke bei den Naturvolkera Südamerikas. Berlín, Freien Universitát Berlín, 1958. HARTMANN G. Destillieranlagen bei südamerikanischen Naturvol-kem. Zeitschrift für Ethnologic, 1968, 93, 225.
HEATH D. B. Normas de beber del Camba boliviano. Rev. univ. autón. "Gabriel Rene Moreno", 1961, 8, 112.
HEATH D. B. Drinking patterns of the Boliviana Camba. Quart. j.

HEATH D. B. Drinking patterns of the Boliviana Camba. Quart. j. stud. ale, 1958, ,19, 491 (versión revisada en Pittman & Snyder,

HEATH D. B. Comment on D. Mandelbaum's "Alcohol and culture' Current anthropoL, 1965, 6, 289.

HEATH D. B. Peasants, revolution and drinking: interethnic drinking patterns in two Bolivian communities. Human organization, 1971.30, 179.

HEATH D. B. "A critical review of ethnographic studies of alcohol use". En: Gibbins R. J., Israel Y., Kalant H., Popham R. E., Schmidt W., Smart R. Research Advances in Alcohol and Drug Problems (vol. 2), New York, John WÜey and Sons (a publicarse en 1974 a). HEATH D. B. "Anthropological perspectives on alcohol: an historical review". En: Everett M. W., Waddell J. O., Heath D. B. (eds.). Cross-Cultural Studies on Alcohol. The Hague, Mouton (a publicarse

HERRERA J. J. Aspectos médico-legales y sociales del Alcoholismo y otras toxicomanías. Acta psiquát. psicol. Amér. lat., 1962, 8, 118. HERRERA L. F. Influenia alcohólica y criminalidad en Venezuela. Tomas neuropsiquiat. y psicol., 1962, 1, 7. HERRERO M. Las viñas y los vinos del Perú. Rev. de Indias, 1940,

HOLMBERG A. R. The rythms of drinking in a Peruvian coastal mestizo community. Human organization, 1971, 30, 198. HORZITZ A. Seminario latinoamericano sobre alcoholismo. Viña del Mar (Chile), nov. 1960.

HORWITZ J. Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile (alcoholismo, epilepsia, psicosis, neurosis). Rev. psiquiat peruana, 1959, 2, 7. HORWITZ J. La obra de Elwin Morton Jellinek y su importancia para

el conocimiento del alcoholismo en Chile. Acta psiquiat psicol.

Amér. lat, 1965, 11, 81. HORWITZ J. "Introducción". En: Horwitz J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos

(eds.). Epidemiologia del Alconolismo en America latina. Buenos Aires, ACTA, 1967.
HORWITZ J., ADIS CASTRO G. "Comentario final". En: Horwitz J., Maiconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967.
HORWITZ J., HONORATO L. Importancia del alcoholismo y los problemas del alcohol. Leido en el Simposio sobre al alcohol y problemas del alcohol. Mantiago, Chile, 1957.

HORWITZ J., MARCONI J. Estudios acerca del hábito de beber, los problemas del alcohol y del alcoholismo en América latina. Leído en el Grupo de estudio sobre investigación epidemiológica del alcoholismo en América latina. San José, Costa Rica, 1966. HORWITZ J., MARCONI J., ADIS CASTRO G. (eds.). Epidemiología del alcoholismo en América latina, Buenos Aires, ACTA,

HORWITZ J., MUÑOZ L. C. Investigaciones epidemiológicas acer-

ca de morbilidad mental en Chile. Rev. serv. nac. sal. (Santiago), 1958, 3, 277.

INTERNATIONAL LABOR OFFICE. "Alcoholism and the mastication of coca in South America". En: Indigenous Populations. Geneva, I. L. O., 1953.

JACKSON CH. Some situational and psychological correlates of

drinking behavior in Dominica. Leído durante el Encuentro de la Asociación Antropológica Americana, San Diego, 1970. JARMUSS As. Encuesta de consumo de bebidas alcohólicas en La Paz (Bolivia). La Paz, Dirección nacional de Informaciones, 1964. KATTAN L., HORWITZ J., CABALLERO E., CORDUA M., MARAMBIO C. Características del alcoholismo en la mujer y eva-MARAMBIO C. Caracteristicas del alcoholismo en la mujer y evaluación del resultado de su tratamiento en Chile. Acta psiquiat. psicol. Amér. lat, 1973, 19, 194.

KEARNEY M. Drunkenness and religión conversión in a Mexican village. Quar. j. stud. ale, 1970, 31, 132.

KENNEDY J. G. Tesguino complex: the role of beer in Tarakumara culture. Amer. anthropol., 1963, 65, 620.

KUCZYNSK G., PAZ SOLDÁN C. E. Disección del indigenismo personal propries del control del

ruano: un examen sociológico y médico social. Publicaciones del Instituto de Medicina Social. Lima, 1948. LEACOCK S. Ceremonial drinking in an Afrobrazilian cult Amer.

anthropol., 1964, 66, 344.
LEJARZA F. de. Las borracheras y el problema de las conversiones en Indias. Aren. íbero-amer., 1941, 1, 111, 229.
LIBERMAN D. Psicoanálisis del alcoholismo y de la adicción a las

drogas. Acta neuropsiquiát. arg., 1959, 5, 161. LIMA H. O alcoholismmo no Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1914.

LIMA H. O alcoholismmo no Rio de Janeiro, Río de Janeiro, 1914. LINES J. A. Chicha in aboriginal Costa Rica: Historical references and sketches (en preparación).

LITTLE M. A. Effects of alcohol and coca on foot temperature tesponses of highland peruvians during a localized cold exposure. Amer. j. phys. anthropol., 1970, 32, 233.

LOMNITZ L. Patrones de ingestión de alcohol entre migrantes mapuches en Santiago. Amér. indíg.. 1969, 29, 43. LOMNITZ L. Función del alcohol en la sociedad mapuche. Acta psiquiat psicol. Amér. lat, 1969, 15, 157.

LOMNITZ L. Pattems of alcohol consumption among the Mapuches Human organiz. 1960, 28, 287

Human organiz., 1960, 28, 287. LOMNITZ L. Patrones de ingestión de alcohol entre migrantes mapuches en Santiago. Amér. indíg., 1969, 29, 43. LOMNITZ L. Influencia de los cambios políticos y económicos en

la ingestión del alcohol: el caso mapuche. Amér. indíg., 1973, 33,

LOMNITZ L. "Alcohol and culture: the historical evolution of drinking pattern among the Mapuche". En: Everett M. W., Waddell 1. O., Heath D. B. (eds.). Cross-Cultural Studies on Alcohol. The Hague, Mouton (a publicarse en 1975). LONG J. K. Drinking and witchraft as Índices of tensión in Laun

América (en preparación). LÓPEZ de M. L. El problema del alcoholismo y su posible solución. Repertorio de Medicina y Cirugía (Bogotá). 1915, 7. 113.

LUNDBERG G. Sociocultural change and drinking patterns in British. Honduras (en preparación).

MACCOBY M. El alcoholismo en una comunidad campesina. Rev.

psicoanal psiquiat. psicol., 1965, 1, 38.

MACCOBY M- "Alcohoüsm in a Mexican village". En: McLelland D., Davis W., Kalin R., Wanner E. (eds.). The Drinking Man. New York, The Free Press, 1972.

MADSEN W. The alcoholic agringado. Amer. anthropol., 1964, 66,

MADSEN W., MADSEN C. The cultural structure of mexican drinking behavi. Quart j. stud. ale, 1969, 30, 701.

MANFREDINI J. A incidencia do alcoholismo psicopático no Brasil, no lustro de 1950-54. J. brasil, psiquiat, 1956, 5, 141.

MANGIN W. Drinking among Andean Indians. Quart. i. stud. ale, 1957, 18, 55

1957, 18, 55.
MANGIN W. La bebida entre los indios de los Andes. Perú indígena,

1958, 7, 14. MARCONI J. El concepto de enfermedad en alcoholismo. Acta psi-

marconi J. El concepto de enterinedad en alconolismo. Acta psiquiat Psicol. Amér. lat, 1965, 11, 330.

MARCONI J. "Definiciones básicas". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967.

MARCONI J. "Delimitación del alcoholismo y los problemas del alcoholismo para entidad en alcoholismo." El alcoholismo per entidad en alcoholismo.

alcohol para estudios epidemiológicos en América latina". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. MARCONI J. "Ingestión de alcohol y factores fisiopatológicos" En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiolog-ia del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. MARCONI J. "Chile". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos

Aires, ACTA, 1967.

MARCONI J. "Modelos de investigación a nivel local". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en^América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967.

MARCONI J. Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención del alcoholismo. Acta psiquiat psicol. Amér. lat, 1969, 15, 351.

MARCONI J., ADIS CASTRO G. "Análisis de los métodos y resul-

tados de algunas investigaciones epidemiológicas y socio antropológicas latinoamericanas". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967

MARCONI J., ADIS CASTRO G. "Aspectos metodológicos y técnicos de investigaciones multinacionales acerca de la epidemiología y socioantropología del alcoholismo y problemas del alcohol en Amé rica latina". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA

MARCONI J., HORWITZ J., TAPIA I., GAETE J., TRUCCO M. "Estudio esploratorio de lasubcultura del alcohol en Chile". En: Evaluación de definiciones transculturales para estudios epidemio-lógicos en salud mental. Santiago de Chile, Servicio Nacional de

lógicos en salud mental. Santiago de Chile, Servicio Nacional de Salud, 1965 (mimeografiado).

MARCONI J., VÁRELA A., ROSENBLAT E., SOLARI G., MAR—CHESSE I., ALVARADO R.. ENRIQUEZ W. A survey of the prsvalence of alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago. Quart j. stud. ale, 1955, 16, 438.

MARCONI J., PÓBLETE M., PALESTINI M., MOYA L., GUZMAN S, Un nuevo enfoque del tratamiento del alcoholismo grave recidirente del alcoholismo grave recidirente del alcoholismo grave recidirente del alcoholismo.

wante, Actapsiquiát psicol. Amér. lat., 1966.
MARDONES J., VÁRELA A. Enfoque farmacológico de las toxico-

manías y en especial del alcoholismo. Rev. psiquiat. Chile, 1957,

MÁRIANI C. "Alcoholismo y giros folklóricos chilenos". En: Anales del III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Lima, 1964. MARÍATEGUI J. Estudios de morbilidad por alcoholismo. Presentado por el Grupo de Estudio sobre Investigación Epidemiológica del alcoholismo en América latina. San José, Costa Rica, 1966. MARIATEGUI J. "Ingestión de alcohol y factores sociocultural es". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. MARIATEGUI J. "Perú". En: Horwitz J., Marconl J., Adis Castro G. (eds. >. Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos

Akès, ACTA 1967.

MARIATEGUI J. Alcoholismo y sociedad: sobre la investigación epidemiológica del alcoholismo en América launa. Acta psiquiát

epidemiológica del alcoholismo en América launa. Acta psiquiát psicol Amér. lat, 1967, 13, 221.

MARROQUIN J. Alcoholismo entre los aborígenes peruanos. Crón. méd. (Lima), 1943, 60, 226.

MARTIN DEL CAMPO R. El pulque en México precortesiano. Anal Inst. Biol (México), 1938, 9, 5.

MAYNARD E. "Drinking pattems in the Colta Lake Zone (Chimborazo)". En: Maynard E., Froland B., Rasmussen C. Drinking Pattems in Highland Ecuador. Comell University, Dpt. of Anthropology,' 1965.

MAYNARD E., BJARKE, FROLAND, RASMUSSEN CH. Drinking Pattems in Highland Ecuador. Andean indian community research and development program. Cornell University, Dpt. od Anthropology, 1965 (mimeogranado). MEDIAN C, MARCONI J. Prevalencia de distintos tipos de bebe-

dores en adultos mapuches de zona rural en Cautín. Acta psiquiát psicol. Améri lat, 1970, 16, 273.

MERA J. En el Mundo de la Borrachera. México, Ed. México Uni-

dos, 1964. MESA y P. S., A. Historia del alcohol y el alcoholismo en Europa y en América. Orientaciones médicas (Medellín), 1959, 8, 107.

METZGER D. G. "Interpretations of drinking performances in Aguacatenango" (disertación). Univ. de Chicago (anthropology), 1964.

METZGER D. G., WILLIAMS G. "Drinking patterns in Aguacate-

MELZGER D. G., WILLIAMS G. "Drinking pattems in Aguacatenango: code and contení" (manuscrito), 1963.

MONTOYA y F., J. B. El alcoholismo entre los aborígenes de Antioquía. Anal. Acad. Med. (Medellín), 1903, 12, 132. MORA C. F. Problemas psicológicos peculiares al aborigen guatemalteco. En: Primera Reunión Regional Cent o americana sobre Alcoholismo. Guatemala, Patronato antialcohólico de Guatemala, 1962.

MORALES DE FLORES I. Alcoholismo: Diferentes aspectos de la enfermedad y su tratamiento en Costa Rica. Leído en el 6o. Congreso Centroamericano de Psiguiatría 1961

so Centroamericano de Psiquiatría, 1961. MORALES DE FLORES I-, CHASSOUL CH. Diagnóstico de alcoholismo en Costa Rica: resumen y conclusiones. San José, Comisión sobre alcoholismo, 1972

MORALES DE FLORES I., HEATH D. B., VALVERDE E. Alcoholismo en Costa Rica. San José, Comisión sobre alcoholismo, 1969. MORALES DE FLORES I., HEATH D. B. VALVERDE E-, CHA—SSOUL CH. Alcoholismo en Costa Rica. San José, Comisión sobre Alcoholismo, 1971.

Alcoholismo, 1971.

MORENO HENRIQUEZ A. El alcoholismo y sus secuelas en el ambiente psiquiátrico de Concepción (Chile). Rev. neuropsiquiat (Lima), 1961, 24, 310.

MORÓTE BEST E. Chicha. Impulso, 1952, 1, 3. MOYA N. El alcoholismo en los trabajadores del Centro Minero Julcani. Lima, Escuela de Servicio Social del Perú, 1964 (tesis). MUELLE J. C. La chicha en el distrito de San Sebastián. Rev. musco nac. (Lima) 1945

(Lima), 1945.

NEGRETE J. C. Quelques données epidemiologiques sur Faleoolisme en Amérique latine. Toxicom. (Québec), 1969, 2, 217.

NEGRETE J. C. Factores so ció-culturales en el alcoholismo. Leído en el Curso Internacional sobre Alcoholismo. San José, Costa Rica, 1973.

NISSLY CH. Chicha en Perú (en preparación).

NISSLY CH. Chicha en Peru (en preparacion).

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Poblaciones indigenas: condiciones de vida y de trabajo de los pueblos autóctonos de los países independientes. Ginebra, 1953.

OLIVEIRA W. I. O. alcoholismo en Peraambuco. Aren, neuropsiquiat, 1945, 3, 15.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alcohol y Alcoholismo. Serie de Inf. Técn. no. 94, 1955.

OWEN R. Alcohol use in urban Brazil: religions and ethnic factors. Leido para la Asociación. Americana para el Avance de la Ciencia.

Leído para la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia. Berkeley, California, 1965. OWEN R. Alcohol consumption and use in several Brazilian popu-

lation segments: an evolutionary approach (en preparación). OWEN R., PASTORE J. Alcohol use in Brazil: introduction. Leído

en el encuentro de la American Anthropological Associatíon, Denver 1965

PACHECO E SILVA A. C. Intoxicación crónica en América Latina. I Rev. psiquiát peruana, 1959, 2, 159.
PAREDES A., JOLYON WEST L., SNOW C. C. Biosocial adaptation and correlatos oí acculturation in the Tarahumara Ecosystem. Int. I j. soc. psychiat. (Londres), 1970, 16, 163.
PARREIRAS D. Recenseamento de toxicómanos no Brasil em 1962. Psiliagora de Cerrisora Nicipral de Fiscalização de Enter

1962. Publicacao de Comissao Nacional de Fiscalizacao de Entorpecentes 19, Rio de Janeiro, 1964. PARREIRAS D., LOLLI G., GOLDER G. M. Choice of alcoholk

beverages among 500 alcoholics in Brazil. Quart. j. stud. ale, 1956, 17, 629

PASTORE J. The use of alcoholic beverages in Brazil: Sex and Class factors. Leído para la Asociación Americana para el Avance 1 de la Ciencia. Berkeley, California, 1965.
PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA. Primera

Reunión Regional Centroamericana sobre Alcoholismo. P.A.G., j Guatemala, 1962.

PAZ OTERO G. Alcohol y delito. Rev. Unix, de Cauca (Popayán),

1953,18-19:9.
PELICIER Y. Des mots sur l'alcoolisme. Confrontations psychiat,

PEREIRA J. M. M. A psicose alcoólica no Ceará. Rev. cent, estud.

dpto. estadual de saúde (Fortaleza), 1958, 3, 6.
PÉREZ R. La chicha y el chichismo: bibliografia. Anal. acad. med. (Medellín), 1889, 2, 136.
PIGA PASCUAL A. La lucha antialcohólica de los españoles en la

época colonial. Rev. de Indias, 1942, 3, 711. PINTO DE MIRANDA. Hábitos de beber en determinada populacho

brasil eirá. Arq. bras. med. naval, 1955, 16.

POPLEWSKI H., CATANZARO R. "Treatment of alcoholism in the Bahama Islands". En: Catanzaro R. J. (ed.). Alcoholism: the total treatment approach, Sprinsfield, Charles C. Thomas, 1968. POZAS ARCINIEGAS R. El alcoholismo y la organización sociaL La

RASMUSSEN CH. "Drinking patterns in Peguche (Imbabura)". En: Maynard E., Frolland B., Rasmussen G. Drinking Patterns in Highland Ecuador. Cornell University, Dept. of Anthropology,

REICHE C, CARLOS ENRIQUE. Estudios sobre el patrón de em- i briaguez en la región rural altaverapacense. Guatemala indígena, 1970, 5, 103.

RIBEYRO J. R. Los hombres y las botellas. Lima, Populibros perua-

ROCA W. Apuntes sobre la chicha. La verdad, 1953, 42, 2004. RODRÍGUEZ SANDOVAL L. Drinking motivations among the indians of the Ecuadorean sierra. Primitive man, 1945, 18, 39. ROJAS GONZÁLEZ F. Estudio historie o-etnográfico del alcoholismo entre los indios de México. Rev. mex. sociol., 1942, 4, 111. ROJAS U. (comp.). La lucha contra las bebidas alcohólicas en la época de la colonia. Repertorio boyacense, 1960, 46, 877. ROMERO H. El alcoholismo en Chile. Rev. Med. de Chile, 1969,

ROSENBLAT E., SOLARI G., MARCHESSE 1., MARCONI J., ALVARADO R., ENRIQUEZ W. Estudio de algunas condiciones socioeconómicas en relación con alcoholismo de una población de Santiago.

Int j. of, ale. and alcholism-, 1955, 1, 163.
ROUFS T-, BREGENZER J. "Some aspects of the ptoduction of pulque". En: MillerF., Pelto P. (eds.). Social and Cultural Aspect of Modemization in México. Univ. de Minnesota, Dept. of Anthro-

pology, 1968 (mime o grafía do). RUIZ MORENO A. La lucha antialcohólica de los jesuítas en la época colonial. Estudios (Buenos Aires), 1939, 62, 339; 423. SAAVEDRA A, MARIATEGUI J. Epidemiología del alcoholismo en América latina. Rev. neuropsiquiat. (Lima), 1967, 30, 3. SAN MARTIN H., MERINO R. "Epidemiología e implicancias sociales del alcoholismo en Chile". En: Actas del IX Congreso Médico Social Panamericano. Lima, Federación Médica Peruana, 1966. SARIOLA S. Drinking customs in Rural Colombia. Alkohopólitik, 1961, 24,

SAYRES W. C. Ritual drinking, ethnic status and inebriety in rural Colombia. Quart j. stud. ale, 1956, 17, 53. SILÍCEO PAUER P. El pulque Ethnos, 1920, 2, 60.

SIMMONS O. G. Drinldng pattern and interpersonal performance SIMMONS O. G. Drinldng pattern and interpersonal performance in a Peruvian mestizo community. Quart. i. stud. ale, 1959, 20, 103. SIMMONS O. G. Ambivalence and the leaming of drinking behavior ina peruvian community. Amer. anthropol., 1960, 62, 1018. SIMMONS O. G. The sociocultural integration of alcohol use; a peruvian study. Quart. j. stud. ale, 1968. 29, 15Z SILVERTS H. "Drinking patterns in highland Chiapas". En: Siverts H. (ed.). Approach to the Study of Semantics through Etnography Bergen, Universitatsforlaget, 1972.

SLOTKIN J. S. Fermented drinks in México. Amer. anthropol., 1954, 56, 1089.
SLUZKI C. E. Estudio preliminar y esquema metodológico para una investigación sobre el grupo familiar del alcohólico. Leído en la Conferencia Argentina sobre Alcoholismo. Córdoba, 1961. STEGEN

Conterencia Algentina sobre Alconolismo. Coldoba, 1901. STEGEN G. Consumo de bebidas alcohólicas en la población infantil. Rev. chil. pediat, 1959, 30, 53.

TAPIA P., GAETE J., MUÑOZ C, SERCOVITCH S., MIRANDA I., MINGUEL J., PÉREZ G-, ORELLANA G. Patrones socioculturales de la ingestión de alcohol en Chiloé: informe preliminar, algunos problemas metodológicos. Acta psiquiat. psicol. Amér. lat, 1966, 12, 232.

TAYLOR W. Research on Indian dninkenness in colonial México

(en proceso).
TRUE W. et al, Research on cannabis use in Costa Rica (en proceso)
TJRIBE COALLA G. Problemas sociales de la comunidad en Colom-

bia. Rev. psiquiát. peruana, 1959, 2, 64.

VALENZUELA ROJAS B. Apuntes breves de comida y bebidas de la región de Carahue. Arch. folk., 1957, 8, 90.

VÁRELA A-, MARCONI J. Adicción al alcohol: estudio de la evo-

lución de la enfermedad en pacientes chilenos. Rev. psiquiát. (Santiago), 1952, 17, 19.

VASQUEZ M. La chicha en los países andinos. Amér. indíg., 1967, 27, 265.

VELAPATIÑO O. ALFREDO y ALFREDO GARCÍA BONILLA. Alcohol and drugs in eastem Perú)en preparación). VIDAL G. "Estado actual de la epidemiología del alcoholismo y problemas del alcohol en algunos países de América Latina". En: Horwitz J.; Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. VIDAL G., SLUZKI C. "Ingestión de aclohol y factores psicopatoJógicos". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. VIDAL G., SLUZKI C. "Ingestión de aclohol y factores psicopatoJógicos". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. (eds.). Epidemiología demiología del Alcoholismo en América latina. Buenos Aires, ACTA

VIDAL G. "Argentina". En: Horwitz J., Marconi J., Adis Castro G. Epidemiología del Alcoholismo en América latina. Buenos

Aires, ACTA, 1967. VIDAL G. et al. Estudio de una población de alcoholistas en Buenos Aires, 1967 (manuscrito). VILLARROEL G.E1 alcoholismo. VIÑAS TELLO E. La composición química de las diferentes variedades de chicha que se consumen en el Perú. Lima, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dpto. de Nutrición, 1951. VIQUTRA C, PALERM A. Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades rurales de México. Amér. indíg., 1954, 14, 7. WEBE G. A. dis tribu tional study of drinking among South Ameri-

webber. A distributional study of drinking among south American Indians (en preparación).

WILSON G. C. Drinking and drinking customs in a Mayan Community. Cornell-Columbia-Harvard-Illinois summer field studies program in México. Harvard UniversUy, 1963 (mimeografiado).

YAWNEY C. D. Drinking patterns and alcoholism in Trinidad. McGill stud. in Carib. anthropo, l. ocass. papers, 1969, 5, 34. ZINNGG R. M. The genuine and spurious values in Tarahumara Culture. Amer, anthropol., 1942, 44, 78.

El Enfermo alcohólico: Consideraciones Etiológicas y Terapéuticas

Dr, Osear Armando Rivera Reyes (*)

El uso inmoderado de bebidas alcohólicas crea muchos problemas en la sociedad moderna, y su importancia puede juzgarse por el constante interés que sobre este tema han puesto las publicaciones contemporáneas, tanto literarias como científicas, así como los departamentos de acción social y salubridad pública, algunos grupos religiosos, y los medios de divulgación.

Estos problemas se dividen en tres categorías: psicológicos, médicos y sociológicos.

El problema psicológico consiste en averiguar la razón por la cual una persona bebe en exceso, a menudo con pleno conocimiento de que tal actitud le perjudica físicamente, además de que le causa un daño irreparable a su familia.

El problema médico abarca todas las enfermedades que se relacionan con el abuso de las bebidas alcohólicas.

El problema sociológico comprende los perjuicios sobre la familia y la sociedad.

Hasta hace poco, el alcoholismo era considerado como un vicio, una trasgresión a la ley, una concupiscencia, una debilidad de carácter, una depravación, una degeneración, etc., y quién lo padecía corría el riesgo de ser clasificado como tal. Los historiadores del viejo Egipto y de los imperios Griegos y romanos consideraban que era un voluntario

 (*) Médico Anestesiólogo
 (**) Presentado en el XXVII Congreso Médico Nacional en febrero de 1984 en Choluteca. exceso de indulgencia en la bebida. Asociado de alguna forma con la debilidad de carácter y degradación moral. Siendo la ingestión de alcohol considerada como un acto voluntario y que la persona podía escoger entre hacerlo o no hacerlo, el concepto de tratar a alguien que voluntariamente tomaba en exceso y, por consiguiente, voluntariamente estaba arruinando su vida, era inaceptable (1). Por desgracia, aún ahora existe suficiente miseria humana y ceguera mental como para negar al alcohólico su condición de enfermo y, por consiguiente, las posibilidades de su recuperación.

Hace algunos años la Organización Mundial de la Salud hizo un estudio encaminado a determinar cuales eran las entidades nosológicas de más alto índice de mortalidad. El grupo técnico encargado de ello llegó a la conclusión de que el alcoholismo, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, y la tuberculosis, eran las entidades que ocupaban los primeros lugares de la lista. Sin embargo, al alcoholismo no se le prestó la atención que se le dio a las otras entidades, por tal motivo, los avances terapéuticos no han sido tan espectaculares como en aquellas.

El primero en hacer girar el rumbo de las apreciaciones del problema fue el Dr. E. M. Jellinek, quien hizo un estudio de las fases de la enfermedad, estudio que se conoce como "TABLA DE LA AL—COHOLOMANIA". En ella se hace énfasis en que el paso de la fase prodrómica a la fase crítica lo constituye la pérdida del control de la bebida, que consiste en la incapacidad de abstenerse de ingerir alcohol y en la incapacidad de parar de beber cuando ya se empezó a hacerlo. "Aleonó-

lico es el que bebe cuando no es conveniente, y no puede parar de beber cuando debe hacerlo". Jellinek, en su estudio "El concepto del alcoholismo como una enfermedad" (2), considera cinco formas de alcoholismo, usando cinco letras del alfabeto griego: alpha, beta, gamma, delta, y epsilón.

Gracias a los estudios del Dr. Jellinek, la Asociación Médica Americana, en 1956, reconoció que el alcoholismo es una enfermedad que debe ser estudiada y tratada por la profesión médica. Los textos de medicina estudiados actualmente en todas las universidades del mundo dedican varias páginas a la enfermedad del alcoholismo. Algunos consideran que es una enfermedad mental y la clasifican en el grupo de trastornos del comportamiento o enfermedades conductuales (3). Oíros la incluyen en el capítulo de enfermedades debidas a factores ambientales adversos y a agentes físicos y químicos (4). Otros la clasifican en el grupo de enfermedades por dependencia, toxicomanía (adicción), e intoxicación medicamentosa (5).

Sea cual sea el lugar en que se clasifique al enfermo, las opiniones coinciden en que el alcoholismo es una enfermedad que puede ser tratada por la medicina, que debe ser tratada por el médico, y que vale la pena ayudar al enfermo alcohólico.

DEFINICIONES

"Alcoholismo es el abuso de bebidas alcohólicas. Enfermedad ocasionada por tal abuso, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica; esta última produce trastornos graves y suele trasmitir por herencia otras enfermedades, especialmente del sistema nervioso" (6).

"El alcoholismo es una enfermedad crónica y un desorden del comportamiento, caracterizado por la ingestión de alcohol en cantidades que sobrepasan a las costumbres de la comunidad y que interfiere con la salud, relaciones interpersonales, y condición socio-económica del individuo" (7).

"El alcoholismo se define como una condición en la cual el repetido uso de bebidas alcohólicas tiene un efecto adverso en la salud general del bebedor, en su ajuste vocacional y en su ajuste social" (8). "Alcoholismo es el término aplicado al estado producido por el abuso de bebidas alcohólicas, con los consiguientes trastornos clínicos" (9).

"Alcohólico es el individuo cuya dependencia al alcohol es de tal magnitud que interfiere con su salud, sus relaciones interpersonales, y su posición social y económica" (10).

"Alcoholismo es cualquier uso de bebidas alcohólicas que pueda causar daño al individuo, a la sociedad, o a ambos" (11).

"El alcoholismo es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, con síntomas definidos que dan un carácter imperativo al concomitante deseo de beber alcohol" (12).

Existen otras definiciones menos científicas pero bastante elocuentes:

"El abuso del alcohol es una forma lenta de suicidio".

"La intoxicación alcohólica es una forma inicialmente reversible de locura".

"El alcoholismo es un vicio piadoso".

"El alcoholismo es remedio peor que la enfermedad".

"El alcoholismo es la huida de la realidad".

"Alcohólico es el hombre que ha resuelto dejar de ser hombre".

DEPENDENCIA MEDICAMENTOSA Y ALCOHOLISMO

El alcohol es una droga medicamentosa similar a la morfina, los barbitúricos, el meprobamato, las benzodiacepinas, la cocaína, el ácido lisérgico, la marihuana, etc.- Por consiguiente, el alcoholismo se puede considerar como una dependencia, drogadicción, o toxicomanía. Su principal acción farmacológica consiste en la depresión del sistema nervioso central.

La dependencia al alcohol consiste en la aparición de características desviaciones del comportamiento Estudios recientes han podido comprobar ciertas diferencias químicas sanguíneas entre alcohólicos y no-alcohólicos. Especialmente en la producción de norepinefrina que aparece en los estados de ansiedad, de acetilcolina cuando hay tensión, y otra sustancia no identificada que aparece en el resentimiento. Parece que hay una reducción del estado de resentimiento cuando se administra alcohol.

Mientras no se descubra el factor "X" hereditario, nosotros seguiremos opinando que no se hereda la enfermedad sino la predisposición a la misma.

Teorías psicológicas.

En vista de que las peculiaridades biológicas no han sido comprobadas a pesar de los numerosos esfuerzos realizados, es muy probable que las raíces del alcoholismo estén en ciertos factores psicológicos relacionados con el ambiente familiar y con la personalidad del alcohólico.

El estudio del ambiente familiar, desde el nacimiento hasta la tumba, resulta bastante interesante (14). La alcoholomanía familiar existe, no por razones genéticas, sino por factores interpersonales relacionados con la convivencia y los mecanismos de identificación e imitación. En los hogares donde crecen y se educan los futuros alcohólicos se hallan las siguientes particularidades:

- 1.- Una estructura familiar desintegrada, por. la falta de uno de los progenitores.
- 2.- Una estructura personal de los progenitores con frecuencia anómala, que conduce al niño a elaborar unos sentimientos filiales profundamente conflictivos, en cuya trama suelen dominar los elementos propios de la hostilidad, el temor o la indiferencia, por lo que su personalidad queda fijada en unas condiciones deficitarias para tolerar las frustraciones y comunicarse con otras personas.
- Un miembro de la familia alcohólico, que recae la mayor parte de las veces en la figura paterna.
- 4.- Un miembro de la familia neurótico que para satisfacer sus necesidades neuróticas necesita

- de la existencia de un alcohólico dentro del grupo familiar.
- 5.- Actividades competitivas a nivel escolar y social inducidas por los padres, en las que se involucran otros niños de la familia o del medio ambiente social. Tales actividades y comparaciones hechas sin tomar en cuenta las diferencias vocacionales, habrá de frustrar al niño que no pueda alcanzar las metas que le han impuesto sus progenitores.

Mediante estudios psicométricos se han obtenido análisis estructurales de la personalidad del alcohólico, que han sido de útil aplicación, especialmente con fines terapéuticos.

La personalidad del alcohólico, llamada también "personalidad adictiva", ha sido descrita por los investigadores de la conducta humana. Algunos consideran que los adictos son fundamentalmente escapistas, personas que no pueden afrontar y resolver los problemas siempre presentes de la realidad y prefieren huir, encontrando en la intoxicación alcohólica una falsa puerta de escape para liberarse de la ansiedad y de la depresión. Otros los describen como personas esquizoides, temerosas, tímidas, inhibidas y deprimidas y que tienen antecedentes de intentos de suicidio o de otras actividades autodestructivas. Hay alcohólicos que son básicamente dependientes y posesivos en sus relaciones; ellos muestran rasgos evidentes o discretos de inmadurez sexual, ptros investigadores enfatizan su marcada, usualmente generalizada, ansiedad social y su tendencia a exagerar las relaciones interpersonales con obvia ignorancia de los límites de las mismas, exhibiendo exageradas y permanentes dependencias, y, en términos psicoanal íticos, una regresión a caracteres pregenitales con mecanismos psicológicos de defensa primitivos, obviamente orales o anales, depresión severa, y sexualidad pregenital. La dependencia del alcohólico se manifiesta por la necesidad de ser protegido, a solicitar apoyo y afecto, a sentirse fácilmente desamparado e inseguro y a depender aún económicamente de los demás; a esta dependencia se agrega una actitud indolente, de autocastigo, a humillarse y a sentirse con frecuencia criticado y castigado.

Estos tres rasgos (dependencia, pasividad, y culpa), junto a pesimismo, hostilidad, aislamiento, soledad,

timidez, esquivez, indiferencia, desapego, tendencia a la depresión, etc., son los elementos que caracterizan lo que la escuela psicoanalítica ha llamado "rasgos orales de carácter o personalidad oral".

Ha sido en realidad el psicoanálisis la escuela que ha buscado la comprensión de las alteraciones de la personalidad, entendiéndolas como conflictos neuróticos condicionados a trastornos en el desa-. rrollo de las energías instintivas. Fue Freud quien primero abordó el problema en forma incidental afirmando que el alcohol "disuelve las represiones y hace regresar las sublimaciones". Poco tiempo después, Karl Abraham analizó las relaciones entre alcoholismo y sexualidad y, entre otras cosas, afirmó que "los hombres se orientan al alcoholismo debido a que éste les confiere un aumentado sentimiento de hombría que halaga su complejo de masculinidad". Pero Mendelson (15) opina que el alcohol "provoca el deseo pero impide la ejecución" (it provokes the desire but away the performance).

Como puede apreciarse, las primeras hipótesis psicoanalíticas buscaron más bien la explicación del alcoholismo en el complejo de Edipo, que no habiendo sido resuelto satisfactoriamente, llevaría a la búsqueda del alcohol como una fuente de actividad y potencia viril.

Paulatinamente, el interés de los psicoanalistas fue centrándose en la importancia de los impulsos orales en la etiología de alcoholismo. La frustración en la fase oral en el desarrollo de la libido, provocaría una fijación en esa etapa. El impulso oral a incorporar alimentos sobrepasa o rebasa las puras necesidades alimenticias; esta fuerza instintiva pasa más allá de la ingestión de alimentos y se manifiesta en el adulto en las llamadas manifestaciones orales entre las cuales estaría que el recibir o darse alimento o bebida tiene el significado de recibir afecto. Así, el ingerir alcohol equivaldría a recibir afecto, pero al mismo tiempo, sería una autoagresión dirigida a la madre frustradora en el intento de destruirla dentro de sí mismo. A este respecto, autores contemporáneos (1) consideran que uno de los más grandes conflictos del alcoholismo es la confusión respecto a la sexualidad, fallas en la masculinidad o femineidad. En la consulta psiquiátrica, los pacientes repiten una y otra vez que el alcohol los hace

sentir la clase de hombres (o mujeres) que ellos siempre quisieron ser. Junto con el "machismo" viene la promiscuidad (síndrome de Don Juan). La problemática sexual del alcohólico es debida más bien a inmadurez sexual que a homosexualidad.

En nuestra opinión, el alcoholismo es una forma d« evasión al sentimiento de culpa causado por *e* conflicto subconciente no resuelto generado poi la hostilidad contra la figura paterna frustradora, especialmente si la frustración es debida a que lo; instintos primarios fueron bloqueados totalmentí en lugar de ser encauzados en una forma racional

El daño emocional, la vergüenza, la devaluación, j el desprecio social que el alcohólico lleva a su cons telación familiar puede ser una revancha tardía *f* las frustraciones sufridas en su primera infancia poi las experiencias desgraciadas, por las barreras im puestas al curso normal de las corrientes instintivas y por las normas erróneas de conducta impuestas por los padres, los mentores, los dirigentes espiri tuales, religiosos, cívicos, y morales.

Como veremos más adelante, el factor ambienta familiar que rodea al niño desde su vida intra-uteri na hasta la formación del superego, tiene más im portancia que las cosas materiales del medio ambiente en la predisposición a la droga-adicción (alcohol inclusive), a la delincuencia, a las desviaciones sexuales, y a ciertas enfermedades de tipc neurótico y psicótico. Actualmente el más elevado índice de alcoholismo, homosexualidad, y prostitución se presenta en los adolescentes provenientes de familias económicamente privilegiadas.

Otros rasgos de la personalidad alcohólica son el perfeccionismo, la compulsividad y el "delirio de grandeza". El alcohólico tiene que probar que es mejor que los demás a fin de reprimir el complejo de culpa que aflora del subconciente. No se conforma con lo bueno, tiene que ser lo mejor, lo máximo. La búsqueda de "el mito de la perfección" cuesta un elevado desperdicio de tiempo y de energías físicas y síquicas. La grandiosidad está presente en el alcohólico tanto si está sobrio o bebido. Todo mundo conoce al alcohólico que desde el asiento de un bar habla

del fabuloso negocio que está a punto de realizar, de sus proyectos multimillonarios, de sus logros fantásticos, de sus ilimitadas posibilidades, etc-Pero al día siguiente es la otra cara de la moneda y le dice a su esposa: "yo soy la peor persona del mundo; he fallado en todo lo que he hecho; soy indigno de tí; merezco morir". El delirio de grandeza es una defensa contra el complejo de inferioridad y los sentimientos de culpa.

Teorías socioeulturales

Existe una estrecha relación entre los patrones culturales aceptados por un grupo étnico con respecto a la ingestión de alcohol y la incidencia de alcoholismo. El papel determinante de los factores socioculturales toma un gran relieve en todas las clases de alcoholismo. La costumbre de beber en cualquier lugar y en cualquier momento; la frecuente búsqueda de los efectos farmacológicos del ■alcohol sobre la propia personalidad, sobre todo la euforia y la facilitación del control social (si el alcohol es el "lubricante social por excelencia" entonces ¿por qué el alcohólico es descuidado, agresivo, y hostil cuando maneja carro en estado de ebriedad?); la actitud ante la embriaguez demasiado condescendiente o permisiva, y la amplia convivencia con enfermos alcohólicos, facilita la identificación del sujeto al medio que le rodea.

El adolescente pre-alcohólico busca la droga por las siguientes razones:

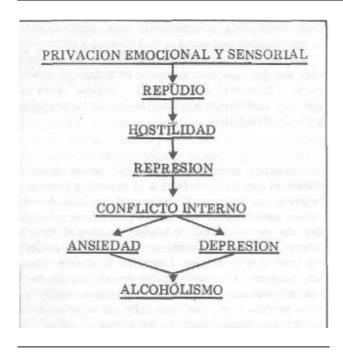
- a) Curiosidad
- b) Imitación
- c) Reconocimiento de grupo
- d) Oposición y rebeldía
- e) Escapismo
- f) Frustración
- g) Desadaptación individual y social

Recordemos que un ambiente familiar contaminado por el alcoholismo de uno o ambos padres, con las secuelas concomitantes de miseria, privación afectiva, promiscuidad, hacinamiento, violencia^ repudio, hostilidad, etc., será el lecho de una sitúación conflictiva subconciente que, clínicamente, se manifestará por estados de ansiedad y depresión. Y que estos estados de ánimo negativos e intolerables son los que más adelante obligarán al adolescente a buscar el alcohol como "muleta" para aliviar sus sentimientos de ambivalencia (amor-odio) y sus frustraciones.

En nuestro medio ambiente del tercer mundo, donde el alcoholismo lleva a la miseria y viceversa, la privación emocional y sensorial por falta de estímulos maternos es uno de los problemas más agudos del período oral (0-1 año) ya que el niño lo interpreta como repudio por algo que él todavía no llega a comprender. Luego de sentirse rechazado, reacciona con hostilidad y resentimiento hacia sus progenitores. La hostilidad puede ser abierta o estar enmascarada por una falta de adaptación al medio ambiente familiar. Al crecer el niño (3-6 años), su ego va tomando conciencia de la ambivalencia de sus sentimientos y del conflicto que de eso se deriva; teniendo entonces que recurrir mecanismo psicológico de defensa más usado en la primera infancia: la represión. Sin embargo, con eso lo único que logra es convertir el conflicto abierto en conflicto interno, y en ei subconciente continuará la lucha entre las energías psíquicas represoras y los impulsos prohibidos expulsados del campo de la conciencia. La manifestación clínica de esta turbulencia subterránea será la ansiedad, la depresión, o ambas (depresión-ansiedad). Finalmente, el adolescente habrá de buscar un camino de salida para escapar a sus problemas mentales no resueltos, y ese camino lo encontrará en las neurosis, en los trastornos del comportamiento, en las desviaciones sexuales, y en las psicosis

En los estratos socio-económicos pobres de nuestro ambiente, el alcohol es el recurso más accesible para aquellos que quieran evadir la realidad.

Presentamos a continuación un cuadro sinóptico de la relación causal entre el síndrome de privación materna y alcoholismo:



CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad polifasética que ataca al individuo y a la sociedad desde todos los frentes disponibles, causando daños físicos, mentales, emocionales, y espirituales. Por consiguiente, el tratamiento debe de planificarse en forma global, recurriendo a todos los recursos humanos disponibles: salubridad, educación, economía, medios de difusión, etc.

Creemos que la conversión del ambiente familiar y social sería la mejor medida preventiva.- El diagnóstico precoz confiere mejor pronóstico y más posibilidades de recuperación por cuanto, mientras más corta sea la evolución de la enfermedad, menos posibilidades de daños orgánicos y sistémicos existirán.

Sería imposible abarcar en el presente trabajo todos los aspectos del tratamiento integral, por tal motivo, nos concretaremos a señalar uno de los esquemas de tratamiento general, y luego sugeriremos una solución que, actualmente, está resolviendo el problema personal, familiar y social del alcoholismo.

El paciente alcohólico es un enfermo mental con un trastorno conductual llamado alcoholismo. Una evaluación médica completa es necesaria para detectar cualquier enfermedad intercurrente y cualquier daño físico que pueda ser enmascarado por el síndrome de abstinencia. Por consiguiente, debe ser internado en un hospital que llene todos requisitos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones, incluyendo el servicio de terapia intensiva para el tratamiento del coma alcohólico, del delirium tremens, y del estado parano ide agudo.

Si el internamiento se hace en un hospital psiquiátrico se corre el riesgo de que el paciente establezca una división entre el alcohólico y el psicótico y se ubica entre el psicótico y el personal, colaborando como enfermero y, a veces, como psiquiatra. Esto es un obstáculo que impide que el enfermo adquiera conciencia de su enfermedad.

En la primera fase del tratamiento se busca la desintoxicación del paciente y varía según la condición del mismo. Generalmente consiste en rehidratación, tranquilizantes, vitaminoterapia, neuro-lépticos, hipnóticos, dieta hiperproteica, reposo, y tratamiento sintomático de los trastornos orgánicos de cada caso. A criterio del médico se usa disulfirán y carbonato de litio. El litio es una droga de comprobada eficacia antidepresiva y contribuye eficazmente en la recuperación permanente cuando la depresión es el factor desencadenante de la adicción.

En la segunda fase se procura que el enfermo adquiera conciencia de su enfermedad. Para ello es necesario prolongar el internamiento el tiempo necesario para iniciar procedimientos de psicoterapia, ya sea individual o de grupo.

La tercera fase es la más importante fase del tratamiento. Consiste en mantener la abstinencia fuera del hospital y convertirla después en sobriedad para toda la vida, porque el enfermo alcohólico nunca podrá volver a ser un bebedor "normal". La diferencia entre abstinencia y sobriedad es bien sencilla: "el abstinente quiere pero no puede, el sobrio puede pero no quiere". La abstinencia es obligada, la sobriedad es voluntaria.

La psicoterapia individual en centros privados es un recurso que no está al alcance de muchos pacientes.

El tiempo largo de tratamiento y el costo del mismo es una barrera para la mayoría de los alcohólicos. A este respecto dice elDr. Ford (16): "Hay un programa gratuito y permanente que ha dado bien resultado en la recuperación del alcohólico. -

Ofrece ayuda a los que no cuentan con medios para encontrarla en otra parte. Es una lamentable equivocación el dar a los pacientes la impresión de que la recuperación depende de ellos mismos. Es mejor decirles que padecen de una enfermedad insidiosa, progresiva, e incurable, pero que puede detenerse y conseguirse una regresión aceptable hacia la salud mediante una ayuda continua del exterior. Los médicos deben ser lo suficientemente listos para indicarles donde pueden obtenerla: EL PROGRAMA DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS ES EL QUE DA LOS MEJORES RESULTADOS".

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Ningún otro recurso ha beneficiado con tanta eficacia a tantos alcohólicos como el que ellos prestan a sí mismos a través de Alcohólicos Anónimos (AA). El paciente puede escoger el grupo que sea de su agrado. De preferencia uno en el cual puedan existir intereses comunes e igual condición socioeconómica y cultural. Esto es conveniente para una mejor identificación con sus compañeros, pero no es forzosamente necesario. Estos grupos ofrecen al paciente amigos que están siempre disponibles para prestar ayuda al que la necesita y lugares donde poder emplear el tiempo en forma agradable sin tener que seguir frecuentando las tabernas. El paciente también puede escuchar a otros con mayor experiencia que él, confesar ante el grupo (catarsis) todas las racionalizaciones que han sido empleadas para justificar la bebida. Finalmente, la ayuda que más adelante él proporciona a otros alcohólicos, ayuda a levantar su propio estado de ánimo, su

auto estimación, la confianza que él antes solo encontraba en el alcohol, y le permite sentirse nuevamente útil y productivo.

Alcohólicos Anónimos figuró entre los veinte que recibieron los premios del Presidente de Acción Voluntaria en ceremonia que se llevó a cabo en Washington, D.C., el 13 de abril de 1983. El Dr. William E. Flynn (no-alcohólico), en representación de toda la Fraternidad, recibió el diploma y una medalla de plata (17).

El poder de atracción de AA. fue evidente durante las ceremonias cuando otros participantes y ganadores (muchos de los cuales eran miembros de AA y de ALAnon -grupo formado por esposas de los AA—) compartieron en privado sus propias experiencias. Muchos de los participantes que no conocían los principios de AA, quedaron profundamente impresionados con la Tradición de autosostenimiento y rechazo de cualquier ayuda económica del exterior y, especialmente, con eí principio espiritual de anonimato que se respeta en la fraternidad.

PREMIOS RECIBIDOS POR LA SOCIEDAD DE AA:

- 1.- Medalla Poverello (1950)
- 2.- Premio Lasker (1951).

Este premio es otorgado por la Asoc. Med. Norteamericana de Salud Pública a las personas o instituciones que mayores beneficios han reportado a la salud del pueblo de norteamérica.

- 3.- Premio Franciscano (1967).
- 4.- Premio de la conferencia industrial de la salud (1972).
- 5.- Premio del Presidente de Acción Voluntaria (1983).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- catanzaro, R.J., M.D.: Alcoholism. 13/1977
- Jellinek, E.M.: El concepto del alcoholismo como enfermedad.
- 3.- Franz Alexander, M.D., Helen Ross, M.D.: Dynamic Psychatry. 134/1952
- 4.- Harrison, T.R., M.D.: Internal Medicine. 1285/1966
- 5.- Cecil, M.D-, Loeb, M.D.: Tratado de Medicina Interna 146/1972
- 6.- Diccionario de la Lengua Española. 55/1970.
- 7.- Harrison, T.R., M.D.: Medicina Interna. 824/1979
- 8.- León Gómez, Francisco, M.D.: Psicopatología General 346/1977
- 9.- Autor Anónimo: El enfermo alcohólico. 12/1974
- 10.- Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 1950
- 11.- Jellinek, E.M.: El concepto de enfermedad del alcoholismo (p. 35)
- 12.- Marconi, J.T.: El concepto del alcoholismo.
- Feinstein, R.J.: Early Diagnosis is Crucial in Alcoholi Disease. The Miami Herald.
- Monografías Médicas: XIII Congreso Nacional de Medicina Interna. 370/1978.
- 15.-Mendelson, J., M.D., Nancy K.M., Ph. D.: Biologic concomitants of alcoholism. The new England Journal of Medicine. Oct. 25, 1979.
- 16.- Ford, J.C.: The General Practitioner's role in Alcoholism. The National Council on Alcoholism, Inc.
- 17.- The AA Grapevine Inc.: We are all volunteers. 23/1983

Complicaciones Neurológicas del alcoholismo

Dr. Edgardo Girón (*)

Las complicaciones neurológicas del alcohol comprenden varios aspectos que se irán discutiendo oportunamente.

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA.

La intoxicación alcohólica consiste en grados variables de:

Excitación y risa. Comportamiento irregular Locuacidad. Lenguaje escandido Incordinancia de movimientos y de la marcha Irritabilidad, mareos: Estupor y coma, "Intoxicación Patológica" "Estados Paranoide alcohólico agudo".

El alcohol actúa sobre los nervios similar a los anestésicos generales, sin embargo el margen entre la dosis de alcohol que produce anestesia quirúrgica y lo que deprime el S.N.C. es muy angosta y este hecho es puesto en evidencia en los casos fatales de narcosis alcohólica (1). Los signos de intoxicación alcohólica son distintivos y en la mayoría de los casos no hay problema a su diagnóstico y su manejo; pero el coma alcohólico puede presentar dificultades a su diagnóstico diferencial.

El coma alcohólico no es hecho en las bases clínicas, de cara roja, estupor, olor a alcohol, sino después de la acusiosa exclusión de otras causas de coma, específicamente las enfermedades que causan coma sin signos de focalización y ni alteración del Líquido Cefalorraquídeo Ejemplo:

(*) Neurólogo del Hospital Escuela y Profesor de la Facultad de Medicina. (**) Presentado en el XXVII Congreso Médico Nacional en febrero 1984, Choluteca.

- 1) Intoxicación por alcohol, barbitúricos, opio.
- 2) Disturbios metabólicos, diabetes, acidosis, uremia, coma hepático, hipoxia, hipoglicemia.
- 3) Infecciones sistémicas severas: Pneumonía, tifoidea, paludismo.
- 4) Shock por colapso circulatorio de cualquier causa, descompensación cardíaca en adultos.
- 5) Epilepsia, Eclampsia, Encefalopatía Hipertensiva
- 6) Hipertermia, Hipotemia, Convulsión.

Los grados medianos y moderados de intoxicación alcohólica no requieren especial tratamiento, ciertos remedios caseros como duchas de agua fría, café fuerte, actividad forzada, o inducción del vómito pueden ser de ayuda pero ninguno de ellos modifica la velocidad de eliminación.

"El coma por el alcohol representa una emergencia médica" El objeto principal es prevenir la depresión respiratoria, y sus consecuencias, no debe de bajar rápidamente los niveles de alcoholemia pero la administración de glucosa, fructuosa e insulina son de poco valor práctico.

Drogas analépticas como la anfetamina, Pentilentetrazol y mezclas de cafeína y pirotoxinas son antagonistas con el alcohol son poderosos estimulantes de la corteza pero no terminan con la combustión del alcohol.

2) SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

Es bastante frecuente y consiste en:

- 1) Pacientes temblorosos e irritables.(2)
- 2) Síntomas gastrointestinales, náuseas y vómitos.
- 3) Sus síntomas aparecen después de varios días

de estar bebiendo y por la mañana después de un corto período de abstinencia que ocurre durante el sueño.

El paciente luego quiere calmar sus nervios con unos pocos tragos y en efecto los síntomas se mejoran pero recurren en la siguiente mañana más intensos.

Esto dura más de dos semanas y luego por falta de dinero, debilidad, enfermedad, injuria, dejan este círculo vicioso y caen en el llamado Síndrome de Abstinencia en el cual llega una etapa en que los síntomas aumentan llegando su intensidad 24-36 horas después de dejar de beber. Para este entonces el paciente tiene un cuadro clínico diferente que consiste: alerta y asustadiso fácilmente, cara roja, inyección conjuntival, taquicardia, anorexia, náuseas, insomnio, desorientado en tiempo, poca memoria.

Están conscientes de lo que los rodean y de su enfermedad. Poca memoria.

El temblor. Es el síntoma principal es rápido 6-8 cada segundo es irregular y variable disminuye cuando el paciente está quieto, aumenta con la actividad motora o stress emocional; puede ser violento en el sentido de que el paciente no se puede parar sin ayuda, no puede hablar claro o alimentar-se por si solo y tiene una duración de 10-14 días.

3) HALUCINOSIS.

(Visuales, auditivas, táctiles, olorosas.)

Síntomas de desórdenes de la percepción: Ocurren en 1/4 de los pacientes temblorosos. Los sonidos y las sombras son mal interpretadas. Los objetos familiares son distorcionados o asumen formas irreales.

Las alucinaciones son más comúnmente animadas y comprende varias formas de vida humana, animal y de insectos.

4) CONVULSIONES:

90o/o de las convulsiones ocurren de 7 - 44 horas del período de abstinencia (13+24) durante el pe-

ríodo de actividad convulsiva, el E.E.G. es anormal, vuelve a lo normal en días, aunque el paciente entre en la fase de delirium tremens. Son muy sensitivos, a la estimulación stroboscópica ("fotomioclonus)"

Las convulsiones son aisladas en brotes de 2-6 o menos. Puede ocurrir status epiléptico, son de tipo gran Mal con pérdida de la conciencia.

Las convulsiones focales: deben sugerir lesiones focales, hematoma subdural.

Un tercio de los pacientes con actividad convulsiva continúan en delirium tremens (Rum-fits): Sirve para distinguir este tipo de actividad convulsiva que ocurre solamente en el inmediato período de abstinencia.

Delirium Tremens.

La más dramática y grave de las complicaciones alcohólicas Confusión profunda (3)
 Ilusiones, alucinaciones vividas. Temblor, agitación, sopor y aumento de la actividad del S.N.A. dilatación pupilar, fiebre, taquicardia, respiración profusa.

Duración en episodios aislados de 72 horas: en el 80o/o. 5-15o/o terminan fatalmente por complicaciones: Infección, trauma, hipertemia, colapso circulatorio.

EXAMEN PATOLÓGICO:

No edema cerebral a menos que haya shock, hipoxia terminal o imbalance electrolítico.

Patogénesis: Materia de controversia, no hay evidencia de que alteraciones endocrinas o nutricionales jueguen un papel en el delirium tremens.

La lesión es de naturaleza bioquímica y aún obscura, posiblemente relacionada con la caída del magnesio sérico, subida del pH arterial, con alcalosis respiratoria.

TRATAMIENTO

Corrección del desequilibrio electrolítico e hídrico.

Administración de **glucosa por** hipoglicemia . Vitamina B* Clorpromazine.

4) MIOPATIA ALCOHÓLICA.

- 1) Síndrome miopatico focal o generalizado..
- 2) Comienzo agudo de dolor severo-
- 3) Edema de los músculos, mioglobinuria.
- 4) Daño renal, Hiperpotasemia.

5) POLINEUROPATIA ALCOHÓLICA.

- 1) Antecedente de ingesta alcohólica crónica o aguda.
- 2) Debilidad de tipo distal en manos y pies.
- 3) Parestesias y disestesias, en bota y guante cortos o largos.

- 4) Arreflexia os te o tendinosa, cambios tróficos autonómicos.
- 5) Degeneración axonal, segmentaría.
- 6) Disminución de la velocidad de conducción, de nervios motores y sensitivos.
- 7) EMG de tipo denervativo.

6) **AMBLIOPIA** (TABACO ALCOHÓLICA)

- 1. Neuritis óptica, Bulbar, Atrofia óptica.
- 2. Disminución de la agudeza visual con movi mientos oculares dolorosos.
- 3. Escotoma para cecal o para central.
- 4. Alteración nervio óptico, durante potenciales visuales evocados.
- Antecedentes de ingesta alcohólica crónica y derivados tóxicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Adams R.D..- The effect of alcohol on the nervus System in metabolic and toxic diseases of the nervus System.- Res. Publ. Assoc.- Res Nerv. Ment. Dis. 32:526,1953.
- 2. Víctor M.- Treatment of Alcoholic Intoxication and with Chawal Syndrome.- Psychosom. Med., 28:636, 1966.
- 3. Hope A.- The Phenomerom of auditory haJlucination in Chronic Alcoholism.- *J.* Nerv. Mant. Dis. 126:451, 1958.

neuropatía alcohólico (**)

Dr. Nicolás Nazar H. (*)

INTRODUCCIÓN:

La Neuropatía Alcohólica en algunos países es la forma más frecuente de polineuropatía (3) y en nuestro medio donde la ingesta crónica de alcoholes es importante, cada día cobra más interés la presentación clínica de esta entidad que debemos conocer, diagnosticar y tratar en forma adecuada. Todavía es más importante cuando en nuestro país se encuentra funcionando la primera Unidad de Alcoholismo, en el Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita, donde he hecho una revisión preliminar del tema. El objeto que persigo es hacer una definición clínica de la Neuropatía Alcohólica.

CUADRO CLÍNICO:

La incidencia de Neuropatía en los alcohólicos varía en diferentes estudios, que va desde el 90/0 (5) al 200/0 (2).- A pesar de que hay un predominio marcado de alcoholismo en hombres, diversas investigaciones (1) (4), revelan solo un discreto predominio de presentación en varones.

Al realizar la historia clínica encontramos que el paciente es un bebedor crónico, con una dieta desequilibrada y muchas veces asociado a un cuadro severo de desnutrición, aunque debemos anotar, que se han reportado casos de neuropatía alcohólica sin compromiso nutricional (2) (4).

La Signología clínica involucra siempre a los miembros y nunca se ha encontrado participación esfinteriana, de tronco, abdominal o toráxica.- También es característico que haya predilección por los miembros inferiores donde la sintomatología aparece en un 65-750/o de los casos, pero también puede afectar los cuatro miembros en un 25-350/o de los pacientes, pero siempre con predominio de manifestaciones en los miembros inferiores. Muy raramente se comprometen solo los miembros superiores.- Es conocido también el hecho que el cuadro sigue la evolución de un ataque polineurítico, es decir: es simétrico, bilateral y de predominio distal.

Las manifestaciones clínicas se dan con debilidad muscular, alteraciones sensitivas y abolición de reflejos osteotendinosos, pero su participación y evolución es variable dependiendo directamente del grado y extensión de la lesión. También es importante anotar que en un porcentaje no despreciable (20-250/o) el diagnóstico de Neuropatía alcohólica, puede hacerse como un hallazgo en la exploración neurológica sin que el paciente manifieste algún síntoma. Otras veces los síntomas son larvados y lentos, o pueden debutar como un cuadro agudo rápidamente progresivo (2).

Desde el punto de vista motor, lo más importante es la pérdida de fuerza en la musculatura anterolateral de ambas piernas, que compromete luego los músculos de las pantorrillas llevando a discreta atrofia muscular e hipotonia.

La participación motora es en grados avanzados y siempre se acompaña de arreflexia y alteraciones de la sensibilidad.- Al comprometerse los reflejos

^(*) Profesor de Semiología Neurológica de la Facultad de Medicina U.N.A.H. Interconsultor de Neurología y Neurocirugía del Hospital Psiquiátrico Nacional (Santa Rosita).

^(**) Tema Libre presentado en el XXVII Cogreso Médico Nacional, Choluteca, Febrero, 1984.

estos están siempre abolidos en especial los aguilianos en forma simétrica.- El compromiso sensitivo puede ser la única manifestación en más de la mitad de los casos y se manifiesta con parestesias y algias. Los dolores pueden ser de carácter punzante, lancinante o urente y se ubican fundamentalmente en las plantas de los pies, constituyéndose en una Neuropatía dolorosa conocida como: "Síndrome del pie quemado". (3).- El paciente puede también manifestar sensación de frialdad, parestesias dolorosas que se agravan por la noche y al contacto superficial leve con la ropa o manualmente, pero que no se presentan al presionar fuertemente la planta del pie.

En consecuencia, la mayoría de los casos serán de tipo sensorial y en grados más avanzados, de tipo mixto sensitivo-motriz.- No debemos olvidar que pueden presentarse trastornos tróficos en la piel de los pies, e incluso llevar a úlcera plantar.

La Neuropatía Alcohólica es la más frecuente complicación Neurológica del alcoholismo que se presenta en forma aislada, pero también puede encontrarse asociada a otras complicaciones como en los casos de Síndrome de Wernicke —Korsakoff (820/0), o con complicaciones sistémicas como: Cirrosis Alcohólica (430/0) hepatitis alcohólica, Miocardiopatía alcohólica, ambliopía alcohólica, pelagra y otras (1) (3) (4) (5).

Es importante recalcar que la administración de soluciones glucosadas sin vitamina puede desencadenar una neuropatía aguda en un paciente alcohólico.

SUMARIO:

Se ha descrito en una forma consisa el cuadro clínico de la neuropatía alcohólica, con el propósito de dar una orientación práctica de su diagnóstico y clasificación a nivel general.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bronisch F.W.- important aspects of Alcoholism. Neuroc. vol. 6, p.p. 31,1982.
- 2.- Panikarskiy V.O. Neuromorphological Disords of peripheral (Nerve thmnks in experimental alcoholic paralysis.- Stiar46.p.p. 112-116.- 1978.
- 3.- Sibley. William.- Polineuritis.- Clin. Med. de N. A.-Edit ínter, pp. 1229 -1320, nov. 1972.
- 4.- Sagar Steven.- Toxic and metaboiic Disorders. Manual of Neurologic therapeutics, edited by Martin A. Samuels, Ch. 14, p.p. 275-319, 1978.
- Sánchez Portera.- Complicaciones Neurológicas del alcohol Monografía Médica del XIII Congreso Nac. de la Soc. Esp. de Med. Int. Editorial Granada p.p. 327-353,1978.

La Evaluación en un Programa de Residencias Quirúrgicas: ¿Sola de los Residentes?

PorelDr. Alejandro A. Membreño-Padilla, F.A.C.S.(*)

Al iniciar yo mis "reflexiones" sobre los Programas de Post-Grado en Cirugía comentaba y concluí, en la primera parte de ellas (1), que el éxito de estos dependía de varios factores -todos ellos esenciales e indispensables— finalizando con el inciso h) que literalmente dice:.....de una evaluación periódica, honesta y realística de los Médico-Resiaentes; así como de los Docentes y del Programa en si, para mantener con ello el prestigio y la serie dad deseados".....Posteriormente, en las partes segunda (2) y tercera (3), analicé los otros dos factores que en mi concepto contribuyen al éxito de cualquier Programa de Residencias en Cirugía, es decir: la "selección" de los candidatos a ingreso al Programa y la "enseñanza" que este último debe brindar a los Residentes; sin embargo, la realidad es que si no se hace una buena "evaluación" en cualquier Programa de Residencias Quirúrgicas será imposible saber si éste camina y/o funciona bien, o está "entrenando" adecuadamente a los Residentes.

Si analizamos detallada y cuidadosamente ese inciso h), mencionado previamente, se verá con claridad que el principal objetivo de la evaluación en un Programa de Post-grado en Cirugía debe ser el de averiguar si los "alumnos" están aprovechando o no las enseñanzas y la oportunidad que se les está brindando de "entrenarse y/o educarse en ci-

rugía mientras trabajan". Al mismo tiempo, otro objetivo básico es el de utilizar esa o esas evaluacio nes periódicas de los Residentes para promocionarlos de un año a otro. Asimismo, esa o esas eva luaciones debe(n) ser—como lo dice el mencionado inciso— periódica(s), honesta(s) y realística(s) con el objeto de que se cumplan los dos objetivos básicos mencionados. Talvez debería haber agrega do yo la palabra "justa" —como otro adjetivo más— en el sentido de que lo evaluable y/o evalua do en el Residente debería de ser ante todo los co nocimientos básicos y esenciales sobre Patología, Diagnóstico y Tratamiento de aquellas enfermeda des quirúrgicas que él ve y trata comunmente en nuestro medio. Sin embargo, creo yo que este otro objetivo se logra con la inclusión del adjetivo "rea lística" aunque la otra palabra mencionada— es decir "justa"— podría en realidad ser la más indi cada, en especial si se considera el hecho de que ella podría también abarcar ciertos otros paráme tros de evaluación como la correlación adecuada y correcta entre el año (o los semestres) y las rotacio nes que se estén evaluando, y también el hecho de que nosotros —los Docentes involucrados en el Programa— evaluemos en esa forma (además de "honesta") al o los Residentes asignados a nuestra Sala, para no caer —como lo dice el Dr. Polk (4) en el error de ser demasiado blandos o condescen dientes con ellos (¿por amistad o simpatía?) como para decir:.... "nunca he visto un mal Resi dente"..... o ser demasiado duros, rígidos o es trictos con ellos como para decir:"nunca he vuelto a ver otro Residente tan bueno como lo era tal o cual" sino que ser precisamente 'justos" en nuestras evaluaciones con todos ellos.

^{*} Cirujano General Jefe de Sala y de Guardias, Profesor de Cirugía y Ex Coordinador del Programa de Residencias en Cirugía General del Hospital-Escuela de Tegucigalpá, Honduras, C. A.

Por otro lado, el mismo inciso h) dice claramente que no sólo debe evaluarse a los Residentes sino que también hay que hacerlo con los Docentes y el Programa en sí, con el objeto de. . . "mantener con ello el prestigio y la seriedad deseados"..... lo cual directamente contesta la interrogante planteada en el título de este artículo. Sin embargo, conviene aclarar ahora que la evaluación de los Docentes es secundaria, aunque siempre es necesario, hacerla "ocasionalmente", ya que todas las opiniones de los expertos en la materia así lo dicen en base al concepto de que en realidad el éxito del Programa depende esencialmente de la "calidad" del grupo de Residentes, y no necesariamente de la del grupo de Docentes. Es más, muchos opinany yo así lo creo— que es conveniente y/o recomendable que todo Programa de Residencias Quirúrgicas cuente con cirujanos de varios tipos de "categorías de calidad" —como así resulta siendo siempre, por razones obvias— para que los Residentes tengan la oportunidad de trabajar con todos ellos así como de aprender tanto de sus éxitos como de sus errores. ¡Tal vez se aprenda más de los errores de un mediocre o mal cirujano que de los éxitos de los otros!

También podría ser aceptable que "ocasionalmente" el Programa fuera evaluado seria y objetivamente por los mismos Residentes —y en algunos hospitales así lo hacen— como lo ha demostrado y recomienda un estudio hecho recientemente por el Dr. Cohn (5) al analizar él la opinión de 601 Residentes Quirúrgicos, que estaban por finalizar su entrenamiento, en relación a las experiencias de ellos, como médicos en entrenamiento quirúrgico, tanto en el campo de la investigación como en relación a las enseñanzas obtenidas. Sin embargo, hay que enfatizar ahora que el Programa en sí debe ser evaluado "periódicamente" -y no ocasionalmente— no sólo por el Coordinador y/o el Director sino que también por el o los Comité(s) que exista(n) para su organización, funcionamiento y/o supervisión, así como también "ocasionalmente" por otros Comités que se constituyan —o ya existan— para ese fin aunque no necesariamente tengan que ver con la organización, funcionamiento y/o supervisión del Programa.

Ahora bien, ¿Cómo se podría evaluar si un Programa funciona adecuadamente o está cumpliendo

con sus objetivos? En mi opinión, la manera más sencilla de hacerlo debería de ser, además del método de las encuestas sugeridas por el Dr. Cohn, con el uso periódico de estudios de investigación, del tipo prospectivo, que evalúen los resultados de la atención del paciente- en relación al manejo brindado por Residentes —incluyendo la realización del o los acto(s) quirúrgico(s)— en comparación a la brindada por cirujanos especialistas del mismo hospital, si manejan ellos personalmente —también incluyendo la realización del o los acto(s) quirúrgico(s)— a sus pacientes. Esto ha sido demostrado claramente con los resultados obtenidos en un estudio, hecho recientemente por los Dres. Kurtz y Wise (6), en el cual se evaluó la calidad de cirugía hecha por Residentes al comparársele con la hecha por especialistas, en un mismo hospital de los E.U. de A., en relación a parámetros básicos como mortalidad, morbilidad y transfusiones usadas en pacientes a los que se les practicó colecistectomía por diversas razones y en el que se colocó a los pacientes en tres grupos, el primero como control y los otros dos como grupos en estudio, en la siguiente forma: grupo 1) el de pacientes operados por un especialista, asistido por un residente con cierta experiencia; grupo 2) el de pacientes operados por un residente de bastante experiencia, supervisado directamente por un especialista; y grupo 3) el de pacientes operados exclusivamente por residentes de bastante experiencia, sin supervisión directa. Los resultados de este interesante estudio se resumen en la tabla No. 1 y con ellos se concluye fácilmente que la cirugía practicada por los Residentes, con o sin supervisión, tuvo idénticos resultados —o hasta mejores, si se quiere— a la practicada por el grupo de especialistas, lo cual indica que aquellos han sido o están siendo "adecuadamente entrenados" y también por ello se deduce lógicamente que el Programa está funcionando bien. Este tipo de estudios también podrían servir para evaluar una de las cualidades básicas del Residente, es decir la "destreza o habilidad operatoria", ya que al analizar los resultados de operaciones hechas por los Residentes se está evaluando esencialmente esa habilidad.

Por otro lado, si lo primordial a evaluar en un Programa de Residencias Quirúrgicas es el Residente, ¿Qué es lo que. debemos evaluar en él? —Según el Dr. Lawrence (7), las áreas básicas a evaluaren los

Residentes pueden acomodarse en tres categorías; a) habilidades, b) actitudes y c) conocimientos. La primera incluye varias habilidades psicomotoras pero ante todo la va mencionada "destreza, habilidad o técnica quirúrgica"-observables en el quirófano o en otras áreas hospitalarias al realizar ellos —los residentes— actos quirúrgicos mayores y/u otros tipos de procedimientos de cirugía menor, de diagnóstico o auxiliares para el diagnóstico y/o tratamiento —es decir el manejo— del paciente quirúrgico. Un ejemplo importante de esto último lo constituye el hecho de que recientemente, en los E.U. de A., el llamado "American Board oí Surgery" está exigiendo la rotación obligatoria por el Ser /icio de Endoscopías Quirúrgicas (8) como parte del entrenamiento básico para los Residentes de los Programas de Cirugía General, con el objeto de que ellos aprendan a realizar bien todo tipo de endoscopías gastrointestinales. La segunda incluye aquellos parámetros de evaluación, o cualidades evaluables, que realmente no son medibles por ser cualitativos o cualitativas -por lo tanto esencialmente subjetivos o subjetivas— y podrían ser incluidos o incluidas en el grupo de los llamados por nosotros "factores imponderables" (2); es decir, "actitudes" como dedicación, responsabilidad, motivación, disciplina, humildad, compasión, relaciones humanas, etc. etc. Finalmente, la tercera está orientada a "conocimientos teóricos básicos" sobre Patología, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico, con énfasis en la patología hondurena para cualquier Programa que se realice en nuestro país. En base a este "curriculum quirúrgico básico" que debe evaluarse en los Residentes, es que el Dr. Lawrence y sus colaboradores hicieron una encuesta enviando 1683 cuestionarios (del tipo autoevaluación) a Directores de Programas, Profesores, Especialistas y Residentes de los cuales 775, es decir un 460/o, fueron contestados. El objeto del estudio fue el de investigar el grado de importancia que estas personas le otorgaban a la primera y la tercera de las áreas mencionadas —es decir, a 46 tipos de habilidades y 84 áreas de conocimintos teóricos— así como para determinar cuáles de éstas creían ellos podrían servir más para la preparación de los Residentes. Un estudio como éste podría servir también para indagar que es lo más importante- y por lo tanto en lo que debemos o deberíamos enfatizar-en relación a la evaluación de esas dos áreas básicas.

Ahora bien, ¿Cómo llevar el control de la evaluación periódica de las áreas básicas mencionadas como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje de los Residentes? La realidad es que la única forma posible de hacerlo es con el uso de las llamadas "hojas de evaluación", de las cuales existen numerosos ejemplos (4,9,10) en las que se les incluye, pero fácilmente se podría afirmar que ninguna de ellas es perfecta y/o completa ya que existen diversas opiniones en su elaboración, así como discrepancias en relación a cual de las áreas evaluables —o a evaluar— darle más importancia o como calificarlas. Cada Coordinador de Programa debe elaborar la hoja de evaluación que él crea o estime sea la mejor y/o la más apropiada para su Programa, para que sea aprobada por el Director del Programa o por el o los Comités supervisores de éste, si es necesario. Lo esencial es que en dicha hoja se incluyan, dándoles la importancia necesaria a cada una de ellas y el puntaje de calificación justo, esas áreas básicas mencionadas así como la otra cualidad básica e indispensable —y posiblemente la más importante (3)— que debe adquirir todo Cirujano en formación, es decir: el "juicio o criterio quirúrgico". Esta cualidad, en muchas hojas de evaluación consultadas (4,9,10) no es tomada muy en cuenta o aún hasta es olvidada por otro autor (7). Ha sido, sin embargo, el Dr. Clarke uno de los pocos autores que si le ha dado la importancia que se merece esa otra cualidad básica —como evaluable— al analizar en un artículo publicado (11) recientemente por él, los resultados de un estudio que evaluó a 72 Residentes (Tabla No. 2) del Programa de Post-Grado en Cirugía General del Hospital de la Universidad de Pennsilvania, en relación al papel e importancia de la "toma de decisiones" —es decir, la base del juicio o criterio quirúrgico— mediante la comparación de los porcentajes de decisiones correctas de los Residentes (Tabla No. 3) al resolver ellos un examen escrito con cinco problemas quirúrgicos solucionables, si se tomaba la decisión correcta, con los porcentajes de decisiones correctas de 50 especialistas —al resolver estos los mismos 5 problemas— obtenidos en los cuestionarios devueltos y contestados por todos ellos. Otro estudio que ha enfatizado la importancia que puede tener el "criterio quirúrgico", en la enseñanza y evaluación de los Residentes Quirúrgicos, es uno hecho recientemente en Inglaterra por el Dr. Ruckley y Colaboradores (12) en el que se evaluó el criterio o la

RESULTADOS DE COLEC

AMETROS EVALUADOS	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	TOTALES
MODELLIDAD	0/90	2/199	0/41	2/330
MORTALIDAD	0 0/0	1 o/o	0 0/0	0.6 o/o
MODBILLIDAD	15/90	30/199	6/41	51/330
MORBILIDAD	16.70/0	15.2o/o	14.60/0	15.40/0
TO AMODICIONEO	5/90	11/199	3/41	19/330
TRANSFUSIONES	60/0	6 0/0	7 0/0	6 0/0
E.V.B.*	20/90	36/199	9/41	65/330
	22 0/0	18 0/0	21 o/o	20 o/o

Exploración de vías biliares: factor técnico agregado que podría afectar en todos los grupos los resultados de los parámetros evaluados.

TABLA No. 2

EVALUACION DE RESIDENTES DE CIRUGIA GENERAL SEGUN SU NIVEL Y LAS RESPUESTAS DADAS POR ELLOS A CASOS PROBLEMAS (11)

NIVEL DE LOS RESIDENTES (1)	NUMERO DE RESIDENTES	NUMERO DE OPÍNIONES	NUMERO DE OPINIONES CORRECTAS	PORCENTAJES OPINIONES CORRECTAS
			DATE OF THE PARTY OF	
R-1	35	170	126	74 o/o
R-2	23	110	76	69 o/o (2)
R-3	14	68	54	79 o/o
TOTALE	S: 72	348	256	73 0/0

⁽i) Modificados del trabajo de Clarke, para adaptarlos a un Programa de 3 años como el nuestro.

TABLA No. 1

RESULTADOS DE COLECISTECTOMIAS HECHAS POR RESIDENTES EN COMPARACIÓN A AQUELLAS HECHAS POR CIRUJANOS ESPECIALISTAS (6)

Según este resultado, se observa un descenso de las habilidades cognoscitivas en el nivel intermedio que posteriomente se mejoran y/o recuperan.

TA	BLA	No	4
177	DLA	MO.	4

COMPARACION DE RESULTADOS ENTRE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN RELACION A LA TOMA DE DECISIONES CORRECTAS EN 5 CASOS PROBLEMAS (11)

PROBLEMAS CLINICOS		PORCENTAJES DE DECISIONES CORRECTAS		
No. 1 No. 2 No. 3 (*)	and a large	RESIDENTES (1)	ESPECIALISTAS (2)	
No. 1		61 o/o	84 o/o	
No. 2		82 o/o	85 o/o	
No. 3 (*)		58 o/o	52 o/o	
No. 4 (**)		37 o/o	59 o/o	
No. 5		82 o/o	98 0/0	

- (1) Porcentajes adaptados, según mis cálculos, del trabajo de Clarke.
- (2) En general se puede decir que el juicio quirúrgico de los Especialistas es superior al de los Residentes, lo cual es lógico y de esperarse.
- (*) Caso problema raro, del cual se supone deben estar más al tanto los residentes que los Especialistas.
- (**) Caso problema dificil, tanto para Residentes como para Especialistas.

toma de decisiones que un grupo de Cirujanos del Hospital del Oeste de Londres tuvo en varios aspectos relacionados con la atención de 1045 pacientes que fueron ingresados y operados en el Servicio de Cirugía General.

Sin embargo, autores como los Drs. Zuidema (13) y Eiseman (14) —ambos de renombre mundial—son los que, en mi opinión, han recalcado la importancia de esa cualidad básica e indispensable de todo cirujano en formación, la cual debe ser "definitivamente evaluada periódicamente" de alguna manera, talvez en la forma objetiva que ha sugerido el Dr. Clarke. Vale la pena anotar y enfatizar ahora que el método evaluativo sugerido por este último autor no sólo evalúa el criterio quirúrgico del grupo de Residentes, sino que también sirve para evaluar esa cualidad en el grupo de Docentes involucrados en el Programa; y es más, también podría decirse que evalúa al mismo tiempo al propio Programa ya que si los porcentajes obtenidos por los Residentes

están muy por debajo de los obtenidos por los Docentes —o viceversa— se podría deducir que "algo" está fallando en el proceso de enseñanza aprendizaje de éste. Asimismo, dicho método evaluativo también podría servir para evaluar la habilidad cognoscitiva de los Residentes en relación a si ellos están realmente en contacto con la bibliografía, ya que es en base a ella que las respuestas correctas a problemas clínicos —en relación a la toma de decisiones— son formuladas y aceptadas por la mayoría deios expertos.

De todo lo expuesto se deduce, en forma lógica y razonable, que la evaluación de los Residentes Quirúrgicos debe hacerse en relación a los cuatro parámetros básicos involucrados en el proceso de enseñanza-aprendizaje de ellos, es decir: a) el juicio o criterio quirúrgico, lo que en la práctica significa "la toma de decisiones"; b) la habilidad o técnica quirúrgica —es decir: "la destreza"— que tenga, demuestre y/o desarrolle progresivamente cada resi-

dente; c) los llamados "factores imponderables"; y d) los "conocimientos teóricos", así como el interés y la asistencia demostrada en las sesiones clínicas por los Residentes.

Entonces, ¿Cómo podríamos nosotros los Cirujanos-Docentes evaluar esos parámetros básicos? En primer lugar, la manera más adecuada con que nosotros contamos— aunque infortunadamente essubjetiva— para evaluar el primer parámetro es "definitivamente" el contacto diario y directo para intercambio de opiniones— con el o los Residente(s) asignado(s) a nuestras Salas o Servicios. Secundariamente, la revisión periódica de los expedientes clínicos nos permitirá leer, analizar, aprobar y/o criticar las notas de progreso relacionadas con opiniones de ellos sobre el manejo de cada caso. También, la evaluación de ese primer parámetro podría hacerse con la inclusión de "casos problemas", para resolverlos mediante la toma —es decir la escogencia— de la decisión correcta, en los exámenes escritos periódicos que se les hacen a los Residentes. Finalmente, los mismos Residentes podrían "autoevaluarse", en relación a ese primer parámetro, como lo ha sugerido —con mucha lógica y razón— el Dr. Bartlett en su clásico artículo sobre la enseñanza del juicio quirúrgico (15) al afirmar que todo Programa de Residencias en Cirugía debería de realizar "periódicamente" —anualmente, por lo menos; o mejor después de cada rotación, si es posible, sugeriría yo- este tipo de autoevaluaciones, para lo cual él ha diseñado una hoja especial (Fig. No. 1) a la cual yo le he hecho ciertas modificaciones para adecuarla a nuestro medio hospitalario y tipo de Programa. Dicha autoevaluación debe ser posteriormente cotejada con la que el Cirujano haga del Residente sobre el mismo o cada caso. En segundo lugar, la única manera que existe de parte nuestra para evaluar en forma honesta y justa, así como correcta, periódica y adecuadamente —aunque también infortunadamente en forma subjetiva— a los Residentes, en relación al segundo parámetro básico mencionado, es "definitivamente" con nuestra observación directa y periódica del desenvolvimiento de cada residente en aquellos actos quirúrgicos en los que estos actúen como ayudantes nuestros o como cirujanos, aclarando que en este último caso debe ser con nuestra ayudantía y supervisión directa -- preferiblemente— o por lo menos con una supervisión indirecta, según el nivel o la experiencia del Residente. Si nosotros no hacemos esto será imposible evaluar este parámetro en la forma que se ha sugerido. En tercer lugar, vale la pena aclarar y enfatizar que posiblemente la evaluación de los llamados "factores imponderables" sea la más difícil, y a la vez controversial, de llevar a cabo ya que todas esas cualidades —o actitudes, como las llama el Dr. Lawrence— imponderables son esencialmente subjetivas o cualitativas, como ya se ha dicho en varias ocasiones, y por lo tanto es muy difícil medirlas lo que las hace igualmente difíciles de calificar objetiva o cuantitativamente en forma justa, honesta e imparcial. Sin embargo, se debe aclarar ahora que talvez, y en cierta forma, la evaluación de estas cualidades básicas del Cirujano en formación sea la única manera posible de diferenciar y/o catalogar a los Residentes para así poder encontrar y/o distinguir al o los residentes "excelentes, sobresalientes o superiores".de un determinado grupo, generación o Programa como lo razona con lógica el Dr. Bosk en su excelente análisis filosófico, en un artículo suyo recientemente publicado (16), al referirse a los que él llama los "residentes superiores" como aquellos que durante su entrenamiento sólo cometen errores llamados por él"comprensibles y/o aceptables", y que también se caracterizan por tener la "humildad" para reconocerlos, aceptarlos y además notificarlos a tiempo para ser corregidos.

Finalmente, el último parámetro básico a evaluar en los Residentes Quirúrgicos —es decir: los conocimientos teóricos adquiridos, o "habilidades cognoscitivas"— probablemente sea el más.sencillo y justo de realizar, como lo reconoce el Dr. Wiíman (17), ya que es un factor verdaderamente objetivo y/o cuantitativo y por lo tanto fácil de medir y/o calificar mediante el uso periódico de exámenes escritos —del tipo de respuesta múltiple— elaborados, supervisados y calificados por el Coordinador del Programa. Vale la pena aclarar en este momento, sin embargo, que al evaluar esos conocimientos teóricos se debe ser "realista" en el sentido de tratar de evaluar ante todo conocimientos sobre Patología Quirúrgica que se ve con frecuencia en nuestro medio ambiente y, por el contrario, evaluar menos aquellas patologías o enfermedades quirúrgicas que no se observan o son muy raramente vistas en nuestro país. Por otro lado, la asistencia y el interés que los Residentes demuestran por

FIG. No. 1

	HOJA DE AUTOEVALUACION PARA EL U ALQUIERA DE RESIDENCIAS EN CIRUGIA			
60,	ALQUIERA DE RESIDENCIAS EN CIRCOIS	i, adartada	DE LA DEL DR. BARTLE	11. (15)
NOM	MBRE DEL RESIDENTE:			
NIV	EL DE RESIDENCIA:			
CAS	O No.: CIRUJANO	ENCARGADO	DEL CASO:	
DIA	GNOSTICO INICIAL DEL CASO:			
OPE	RACION(ES) PRACTICADA(S):			
COM	MPLICACIONES:			
EVO	LUCION DEL CASO:			
DIA	GNOSTICO FINAL DEL CASO:			
	INTERROGANTES	SI	PARCIALMENTE	NO
1	¿Llegué al diagnóstico correcto			
	preoperatorio?			_
2	¿Razoné bien ese diagnóstico?			~
3	¿Orienté y planifiqué bien el manejo y			
	tratamiento(s) de este caso?			
4	¿Me dí cuenta del o los posibles riesgos			
	operatorios en este caso?			
5	¿Estaba el paciente en su mejor estado			
	posible como para minimizar el o los			
	posibles riesgos operatorios?			
6	¿Estaba calificado yo para hacer la			
	operación planeada en este caso?			
7	¿Erré en el diagnóstico, en el manejo o			
	en el acto quirúrgico en este caso?	-		-
8	¿Anticipé y/o previne las posibles			
	complicaciones en este caso?			
9	¿Atendí al paciente rápida y eficazmente			
	cuando fué necesario?		-	
10	¿Me di cuenta, reconoci y notifiqué			
	rápidamente los errores o fallas (si			
	los o las hubo) en este caso?			

las sesiones clínicas, que periódicamente se llevan a cabo —según un calendario bien planificado— en las Salas o Servicios del Departamento Quirúrgico del o los Hospitales involucrados en el desarrollo del Programa, también son fáciles de medir y/o calificar —es decir evaluar— periódicamente sí el Coordinador lleva el control adecuado, tanto de la asistencia a las sesiones como del interés y participación activa de cada uno de los Residentes en ellas, así como también de la calidad de las presentaciones que ellos hagan en la discusión de casos clínicos y/o en charlas, o conferencias científicas, que se les asigne.

En resumen, estos cuatro parámetros o cualidades básicas deben ser "definitivamente" evaluados en forma periódica, honesta y justa por nosotros, usando para ello —como control de las evaluaciones— la o las hojas de evaluación que elabore el Señor Coordinador o el Comité Departamental encargado de la supervisión del funcionamiento de cualquier Programa de Residencias en Cirugía.

NOTA DE AGRADECIMIENTO: Por este medio dejo constancia de mi agradecimiento a la Sra. Trinidad Pineda por su eficaz y desinteresada cooperación sin la cual, la publicación de los cuatro artículos sobre este tema no hubiera sido posible. El autor.

BIBLIOGRAFÍA

- -Membreño-Padilla, A.A.: "Reflexiones sobre lo que en realidad es un Programa de Residencias en Cirugía; Rev. Med. Hond., 51:117,1983.
- 2.- Membreño-Padilla, A.A.: "¿Cómo seleccionar candidatos a ingreso en un Programa de Residencias en Cirugía?"; Rev. Med. Hond., 51:208,1983.
- 3.- Membreño-Padilla, A.A.: "¿Qué debemos enseñarle al Residente de Cirugía?¹¹; Rev. Med. Hond., 52: 46, 1984.
- 4.- Polk, H.C.: "The evaluation of Residents"; Bull. Am. Coll. Surg., 68/3: 7, 1983.
- Ritchie, W. P. and Cohn, L. H.: "Surgical residencies reviewed by surgical residents"; SURGERY, 88/2: 315, 1980.

- 6.- Kurtz, L. M. and Wise, L.: "A Study of the impact of resident participation on the results of surgery for cholecystitis"; SURGERY, 86/4:530, 1979.
- 7.- Lawrence, P. F. and Cols.: "Determining the content of a Surgical curriculum"; SURGERY, 94/2: 309, 1983.
- 8.- Smale B.F., Reber H.A., Terry B.E. and Silver D.: "The creation of a surgical endoscopy training program. Is there sufficient clinical material?. SUR—GERY, 94/2: 180,1983.
- 9.- Lazar H- L., DeLand E. C. and TompKins R. K.: "Clinical performance versus in-training examination as measures of surgical competence"; SURGERY, 87/4: 357,1980.
- Albo D., Taylor C. W., Page B., Chang F. C. and Moody F. G.: "Multa factor evaluations of surgical trainess and teaching services"; SURGERY, 80/1: 115,1976.
- 11. Clarke, J. R.: "The role of decisión skills and medical knowledge in the clinical judgement of surgical residents"; SURGERY, 92/2:153,1982.
- Ruckley C. B., Ferguson J.B.P. and Cuthbertson G: "Surgical decisión making"; Brit. J. Surg., 68:837, 1981.
- 13. Rutkow I. M., Gittelsohn A. M. and Zuidema G. D.: "Surgical decisión making: the reliability of clinical judgement"; Ann. Surg., 190/3:409, 1979.
- Eiseman B. and Wotkins R. S.: "Surgical Decisión Making"; W. B. Saunders Company, Philadelphia, 197&
- Bartlett, R. M: "The teaching of surgical judgement" Am.J. Surg., 121:220,1971.
- 16. Bosk, Ch. L.: "Superior surgical residents; who are they?";Bull. Am, Coll. Surg., 68/3:11, 1983.
- 17. Willman, V. L.: "Teaching and measuring core knowledge in surgery"; Bull. Am. Coll. Surg., 63/3:6.1978.

Canto a la Enfermera

»Mujer Dios te Bendiga«

POR EL DR. HECTOR LAINEZ N. (TEGUCIGALPA, HONDURAS, C. A.)

DIOS TE BENDIGA MUJER, PORQUE ERES SANTA DIOS TE BENDIGA EN EL CARIÑO QUE PRODIGAS; SALUD Y BIENESTAR DONDE HAY DOLIENTES. . . ENFERMERA QUE OFRENDAS LO QUE SABES. ¡BENDICIONES OH REINA Y NOBLE AMIGA!

EN EL FLUIDO DE ENFERMOS Y HOSPITALES Y EN EL TIEMPO AGOBIANTE DE TUS DIAS, LA MUERTE SE APACIGUA ENTRE TUS MANOS Y EL DOLOR RETROCEDE Y SE MITIGA.

¡QUE EL MILAGRO DEL INFIERNO QUE QUEBRANTAS!
BENDIGA EN LA PENUMBRA DE TUS NOCHES. . .
AL CUIDAR DE UN ENFERMO QUE SE EXTINGUE,
ENFERMERA DE PERFILES PRODIGANTES,
SUAVIZANDO LA INQUIETUD DE TUS PACIENTES.

LA FIEBRE QUE EN TUS ENCANTOS, SE HACE ALMIBAR. ACOPIA TODO UN VIENTO QUE DA VIDA, AL PALPAR Y AUSCULTAR CON TUS SENTIDOS UN JARDIN HECHO POEMARIO QUE HOY RECIBAS. GLADIOLAS AL DOLOR ENNEGRECIDO.

LIRIOS QUE SE ADQUIEREN EN RACIMOS, AMOR HACIA EL HERMANO ADOLORIDO, ¡OH QUERIDA MUJER VESTIDA EN BLANCO! AGOBIADA ENTRE ENFERMOS Y DOCTORES.

¡BENDIGOTE... MIL VECES TE BENDIGO, ANTE UN COSMOS DE ANGUSTIA Y SINSABORES! AL MIRAR TU ABNEGACION... TAN SOLO ESPERO... UN CIELO ENTRONIZADO AL DIOS QUE QUIERO.

¡EMBLEMA DE MUJER, SOMBRA DE CRISTO! LIMPIA COMO EL DIAMANTE EN TRANSPARENCIA Y A LA VEZ, EL TIMBRE DE MI VOZ HECHO CONCIENCIA; MUJER CANTO DE PAZ. . . ¡DIOS TE BENDIGA!

> Dr. Héctor Lainez N Hospital-Escuela Tegucigalpa, D. C. Honduras, C. A. 1 de Junio de 1983

Organismo de Gobierno del Colegio medito de Honduras

En las elecciones practicadas en la sesión de la XXIIIa. Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras", celebrada en la ciudad de Choluteca, los días 8 y 9 de febrero de 1984, se seleccionaron los profesionales que integran los organismos de gobierno de esta institución en el período 1984-1986, así:

JUNTA DIRECTIVA:

Presidente:

Dr. César A. Castellanos Madrid

Vice Presidente:

Dr. Arístides Soto Alcerro

Secretario de Actas y Correspondencia:

Dr. Wilfredo Cruz Campos

Secretario de Finanzas:

Dr. Víctor Manuel Tercero Flores

Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales:

Dra. Hena Ligia Madrid de Torres

Secretario de Acción Social:

Dr. José Salvador Pineda P.

Secretario de Colegiaciones:

Dr. Marcial Rodolfo Valeriano

Fiscal:

Dr. Pedro Orlando Fiallos M.

Vocal:

Dra. Olga Margarita Salgados.

TRIBUNAL DE HONOR:

Propietarios:

Dres. Jorge A. Rivera Miyares, Ricardo Ochoa Alcántara, Sergio A. Murillo Elvir, Edgardo Navarrete Melghem, Gustavo A. Zúniga Alemán, J. Adán Cueva Villamil y José Ramón Pereira Aguilar. Suplentes:

Dres. Juan Rene Valladares Lemaire y César A. Zúniga.

COMITÉ DE VIGILANCIA:

Dres. Carlos Ernesto Vargas Pineda y Francisco Octavio Girón Pérez.

NOMBRAMIENTOS

La Junta Directiva que tendrá a su cargo la dirigencia del "Colegio Médico de Honduras" en el actual período ha emitido los nombramientos correspondientes para integrar los siguientes Comités:

COMITÉ DE AUXILIO MUTUO

Dres. Marco Antonio Molina M., Wilfredo Cáceres Morales, Mario A. Melara R., Edwin Aronne Guillen y Gustavo A. Vallejo. Este Comité se completa con los Sres. Secretario de Finanzas y Fiscal de la Junta Directiva, Dres. Víctor M. Tercero y Pedro O. Fiallos, respectivamente.

COMITÉ PERMANENTE DE CLASIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES

Coordinador:

Dr. Marcial Rodolfo Valeriano, en su carácter de Secretario de Colegiaciones.

Medicina Interna:

Propietario: Dr. Manfredo Turcios

Raudales

Suplente

Dr. Hugo Castro Sierra

Cirugía General

Propietario:

Dr. César A. Henríquez Izaguirre

Suplente:

Dr. Máximo López Suazo

Ginecología y Obstetricia

Propietario:

Dr. Tito Livio Funes Palma

Suplente:

Dr. Norman Gustavo Morales R.

Pediatría

Propietario:

Dr. Carlos Enrique Gallardo A.

Suplente:

Dr. Carlos H. García Casanova

COMITÉ ENCARGADO DE LA INSCRIPCIÓN DE TÉCNICOS Y AUXILIARES PARAMEDICOS

Coordinador:

Dr. Marcial Rodolfo Valeriano, en su carácter de Secretario de Colegiaciones del "Colegio Médico de Honduras".

Miembros:

Dres. Jaime Haddad Q. y Ramón E. Boquín Nolasco.

COMITÉ DIRECTIVO DEL FONDO DE PRES-TAMOS PARA ESTUDIOS DE CIENCIAS ME-DICAS-

Presidente: Dr. Ricardo Teodoro

Madrid Lizardo

Secretario: Dr. José Rubén

Pineda Cobos *Vocales:*

Dres. Said Asmabeth Mejía L., Ricardo Corrales Sandoval y Sandra Carolina Mejía de Osorio

COMITÉ DE AYUDA PARA COLEGIADOS

Coordinador:

Dr. José Salvador Pineda en su carácter de Secretario de Acción Social del "Colegio Médico de Honduras".

Miembros:

Dres. Diana Carolina Rivera de Gómez Márquez Ch., Elias Antonio Handal H., Gustavo A. Alvarez Molina y Wilfredo Ynestroza Urrutia.

COMITÉ ECONÓMICO

Integrado por miembros de la Junta Directiva en funciones.

Dres. César A. Castellanos Madrid, Víctor Manuel Tercero F., Wilfredo Cruz Campos y Pedro Orlando Fiallos M., Presidente, Secretario de Finanzas, Secretario de Actas y Correspondencia y Fiscal del "Colegio Médico de Honduras", respectivamente.

COMISIÓN DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUADA

Coordinadora:

Dra. Hena Ligia Madrid de Torres, en su carácter de Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales del "Colegio Médico de Honduras".

Miembros:

Dres. Nelson Velásquez G., Mario Germán Castejón, Flora C. Duarte, Tulio Rigoberto Nieto Landa, Emilso A. Zelaya Lozano, Jorge Aníbal González C. y Alirio López Aguilar.

Mediante los nombramientos respectivos se designaron los siguientes Representantes:

—Se renovaron los nombramientos de los Dres. Francisco Cleaves Tomé y Nicolás Nazar H. como Representantes Propietario y Suplente — respectivamente — del "Colegio Médico de Honduras" ante la Junta Directiva del "Instituto Hondureno de Seguridad Social", por el bienio 1984-1986.

—Dres. Marcial Rodolfo Valeriano en su carácter de Secretario de Colegiaciones, y Julio César Serra-

- no Licona, Representante Propietario y Suplente, respectivamente, ante el Comité Ejecutivo del Servicio Social.
- —Dres. Yanuario García y Cornelio Escoto U._t Representantes Propietario y Suplente, respectivamente, ante la Junta de Control de Drogas Heroicas y Estupefacientes.
- —Dres. César A. Castellanos Madrid y Arístides Soto Alcerro, Representantes Propietario y Suplente, respectivamente, para integrar la Comisión Encargada de la Selección del Personal Docente Asistencial de los Hospitales Estatales para la Docencia.
- —Dr. José Salvador Pineda P., en su carácter de Secretario de Acción Social, Representante ante el Consejo Nacional de la "Cruz Roja Hondurena".

- —Dres. César A. Castellanos Madrid y Hena Ligia M. de Torres, Representantes Propietario y Suplente, respectivamente, del "Colegio Médico de Honduras" ante la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud.
- —Dres. Hena Ligia Madrid de Torres y César A. Castellanos Madrid como Representantes Propietario y Suplente, respectivamente, ante el Comité Técnico Académico del Postgrado de Medicina.
- —Dr. Nicolás Nazar H. fue ratificado como Director de la Revista Médica Hondurena.

La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" electa por la XXIIIa. Asamblea General Ordinaria, que inició sus funciones en febrero de 1984, presenta su respetuoso saludo a todos los Médicos colegiados del país.

Pronunciamiento de la KKIII Asamblea General Ordinaria del Colegio médico de Honduras

La XXIII Asamblea General Ominaría del Colegio Médico de Honduras, reunida en la ciudad de Choluteca los días 8 y 9 de febrero del año en curso, consciente de la importancia que tiene la unidad del gremio médico nacional para el logro de los fines científicos, éticos, sociales y gremiales de nuestra institución; consciente de la importancia de esa unidad para la vida misma del colegio y sus efectos en la vida de nuestra sociedad en la cual participamos, forjando con nuestro esfuerzo individual y colectivo las bases de una sociedad cada día más justa y democrática, conscientes del esfuerzo personal y familiar que significa ser miembro de una Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, Considera: Que es preciso honrar la labor desarrollada por todos y cada uno de los miembros de la Junta Directiva actuante en el período de 1982-1984, quienes han demostrado una elevada capacidad en la dirigencia de nuestro colegio y han sabido sortear los diferentes obstáculos con un amplio espíritu democrático y un profundo respeto a nuestras leyes, creando el clima propicio para el mantenimiento de la unidad de todos los médicos de Honduras- Por lo tanto, esta asamblea hace un público reconocimiento a esta Junta Directiva integrada por los siguientes colegas:

PRESIDENTE
Dr. César A. Castellanos
VICE-PRESIDENTE
Dr. Rigoberto Cuéllar Alvarenga
SRIO. DE ACTAS Y CORRESPONDENCIA
Dr. Víctor M. Vallejo L.
SRIO. DE FINANZAS
Dr. Tulio R. Nieto

SRIO. DE COLEGIACIONES
Dr. Allan Leonel Pineda
SRIO. DE ACCIÓN SOCIAL
Dr. Mario Erazo
SRIA. DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y
CULTURALES
Dra. Flora Duarte
FISCAL
Dr. Samuel Feo. García Díaz
VOCAL
Dr. Santos Darío Ayestas

Se hace también un público reconocimiento a todas las juntas directivas que han dirigido nuestra organización desde su fundación hasta la fecha, ya que todas han puesto una cuota extra de sacrificio

en pro del engrandecimiento de nuestro colegio.

Esta Asamblea del Colegio Médico de Honduras hace asimismo un llamado a todos los médicos de Honduras a mantenernos siempre unidos alrededor de los principios fundamentales que dan vida y rigen nuestra organización, y a mantener incólumes los altos valores científicos y éticos que dignifican el ejercicio de nuestra profesión dentro de la soberanía del marco jurídico que nos conceden nuestra Ley Orgánica, Normas y Reglamentos y olvidarnos de las pequeñas diferencias que nos separan para exaltar las grandes coincidencias que nos unen y que sea una auténtica realidad nuestra permanente aspiración de ser un gremio fuerte, unido, y en constante superación.

Dado en los salones del Banco Central de Choluteca, a los 9 días del mes de febrero de 1984.

Pronunciamiento de la XXIII asamblea General Ordinaria del Colegio médico de Honduras en apoyo de la Sociedad de Ginecología V Obstetricia de Honduras

La XXIIIa. Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras" ante conceptos vertidos en nota de redacción por el Diario El Heraldo y con fecha 8 de los corrientes y en la cual se refiere en términos injuriosos y despectivos para los representantes de la Junta Directiva de dicha Sociedad. expresiones que laceran profundamente a todo el gremio médico nacional y ofenden la dignidad de la mujer hondureña en cuya defensa en forma caballerosa pero enérgica se levantó la voz de protesta de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, condenando el uso de fotografías deshonrosas y el contenido de artículos tales como: "SE LE HIZO TARDE A MAMA" y "MUJER PARE NIÑO Y BOLA DE CARNE", por lo tanto acuerda:

- Solidarizarse con la Sociedad de Ginecología y Obstetricia en sus justas apreciaciones y respaldarlos en todos los pasos encaminados a lograr que la información que se transmite al pueblo hondureño a través de los medios de comunicación tenga como norma funda mental el respeto al pudor y a la dignidad de mujer hondureña.
- Condenar los términos en que fue escrita la nota de redacción por considerarla ofensiva y denigrante para una organización que goza de un merecido prestigio dentro y fuera de nuestras fronteras patrias.

- Excitar cordialmente a la Dirección y redac ción de El Heraldo a una rectificación de los conceptos vertidos y a mantener incólume la tradición de respeto que el Gremio Médico de Honduras ha mantenido con la prensa hablada y escrita de nuestro país.
- 4. Sugerir que en el futuro las noticias que se transmiten al pueblo hondureño y más aún las que van acompañadas de un reportaje grá fico guarden el supremo respeto que se mere ce el hermoso y sublime acto de la maternidad.

Asimismo esta Asamblea aprovecha esta oportunidad para hacer una excitativa respetuosa a todos los medios de comunicación para que se analicen con la debida seriedad todas las noticias que se publican o se transmiten sobre diversas actividades médicas para que estas se ajusten a la realidad de los hechos y no sean versiones parciales o erróneas de los acontecimientos, recordándoles que el ejercicio de la medicina está íntimamente ligado con la imagen pública del médico, y que cualquier información que deforme esta imagen provoca un daño irreparable en un grupo de hondureños que han invertido lo mejor de sus esfuerzos y sacrificios en un campo de la actividad humana tan necesario y tan pocas veces comprendido o valorado.

Choluteca 9 de Febrero de 1984.



SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO

Hospital Escuela. Tegucigalpa, D. C. Honduras, C. A.

PRESIDENTE Dr. Rene A. Henríquez E.

SECRETARIO Dr. Gustavo A. Vallejo

TESORERO Dr. Marco A. Sarmiento

VOCAL
Dr. Manfredo Turcios

FISCAL Dr. Rafael Zeiaya M.

PRIMERA JORNADA ENDOCRINOLOGICA

DIABETES MELLITUS PARA EL MEDICO GENERAL

Estimado Dr.

En nombre de la Sociedad Hondurena de Endocrinología y Metabolismo y de la Compañía Química HOECHST de Guatemala S. A., nos complace invitarlo muy cordialmente a la Primera Jornada Endocrinológica: DIABETES MELLITUS PARA EL MEDICO GENERAL, que se llevará a cabo en el Hotel Villas "Telamar", en Tela Atlántida, el día sábado 28 de julio de 1984 a partir de las 8:00 a.m.

Dicho Curso tiene como principal objetivo la actualización de la diabetes Mellitus bajo el punto de vista práctico para beneficio tanto del médico general, como del paciente diabético. Tendrá una duración de un día y la inscripción será gratuita. Los temas científicos serán impartidos por médicos hondureños miembros de la Sociedad. Esta jornada es co-patrocinada por el Colegio Médico de Honduras a través de la Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales y al final se hará entrega de un diploma de asistencia.

En una próxima circular se enviará el programa de trabajo y desde ya le rogamos enviar su inscripción a:

Sociedad Hondureña de Endocrinología Hospital-Escuela, Depto. de Medicina Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A. TeL: 32-23-22, Ext. 324.

Esperando contar con su presencia que le dará mayor realce a la actividad científica, nos suscribimos de Ud.

Atentamente,

COMITÉ ORGANIZADOR.

DAONIL (GLIBENCLAMIDA 5 mas.)

CONTENIDO

I)	EDITORIAL 1, Análisis de la Situación del Desarrollo de la Salud én Honduras	81 84
II)	TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES1. Efectos de CP4 sobre los Movimientos Pendulares de Yeyuno de Conejo	
	Dr. Pablo Cambar y Cois.2. Estudio a Doble Ciego comparando Anapsos y Placebo en el tratamiento de Psoriasis	85
	Dr. Hernán Corrales Padilla y Cois. 3. ¿Es la Prostitución un problema Médico-Social	90
	Dr. Dagoberto Espinoza M. y Cois.	93
III)	SECCIÓN ALCOHOLISMO 1. Análisis de Aspectos Socioculturates del Alcohol en América Latina Dr. Dwight B. Heath	100
	 El Enfermo Alcohólico: Consideraciones Ecológicas y Terapéuticas Dr. Osear Armando Reyes Complicaciones Neurológicas de! Alcoholismo 	110
	Dr. Edgardo Girón	119
IV)	EDUCACIÓN MÉDICA DE POST-GRADO 1. La Evaluación en un programa de Residencias Quirúrgicas: ¿Sólo de los Residentes? Dr. Alejandro Membreño	
V)	SECCIÓN LITERARIA 1. Canto a la Enfermera (Mujer Dios te Bendiga) Dr. Héctor Lainez	132
	 Organismo de Gobierno del Colegio Médico de Honduras Pronunciamiento de la XXIII Asamblea General Ordinaria 	
	del Colegio Médico de Honduras	136
	de Ginecología v Obstetricia de Honduras	137