

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y**  
**SALUD MENTAL**

“Valoración de un programa de Educación médica para la Prevención y  
Tratamiento de los problemas relacionados con el uso del alcohol.”

Palas Atenea Martínez Salazar

**TUTOR TEORICO**

**TUTOR METODOLOGICO**

Dr. Carlos Campillo Serrano

Dr. Carlos Campillo Serrano

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE “ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA”**

**AÑO: 1998**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

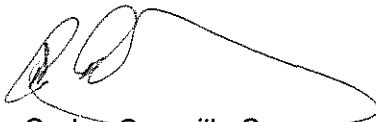
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y  
SALUD MENTAL

"Valoración de un programa de Educación médica para la Prevención y  
Tratamiento de los problemas relacionados con el uso del alcohol."

Palas Atenea Martínez Salazar

TUTOR TEORICO

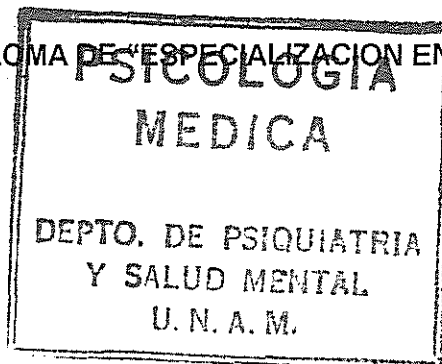
  
Dr. Carlos Campillo-Serrano

TUTOR METODOLOGICO

  
Dr. Carlos Campillo-Serrano

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN "PSIQUIATRIA"





AÑO: 1998

## INDICE

<i>JUSTIFICACION</i> .....	
<i>ANTECEDENTES</i> .....	
1. <i>El alcohol como problema epidemiológico</i> .....	
2. <i>El papel del médico como instrumento de prevención de la población en riesgo</i> .....	
3. <i>La enseñanza del alcoholismo y los problemas relacionados con el alcohol en las escuelas de Medicina</i> .....	
4. <i>Propuesta de un curso para docentes</i> .....	
<i>OBJETIVOS</i> .....	
<i>MATERIAL Y METODOS</i> .....	
<i>RESULTADOS</i> .....	
<i>CONCLUSIONES</i> .....	
<i>REFERENCIAS</i> .....	
<i>Agradecimiento</i> .....	

## JUSTIFICACIÓN

Los médicos deben conocer y manejar los problemas de alcohol y drogas en la clínica diaria, ya que el número de bebedores problema y en riesgo que acuden a la consulta médica alcanza una prevalencia entre el 25 y 30%. La manera de lograrlo es que desde la escuela de medicina sean educados para ello, por lo tanto el presente trabajo pretende conocer o investigar dos aspectos fundamentales en la educación médica sobre problemas de adicciones:

1. Conocer cuales son los planes de estudio de las Escuelas de Medicina del País.
2. Evaluar estrategias para mejorar la enseñanza de estos temas entre los profesores de las Escuelas de Medicina.

## I. EL ALCOHOL COMO PROBLEMA EPIDEMIOLOGICO

La definición de alcoholismo (indicando abuso o dependencia al OH) es diferente del diagnóstico formal para éste síndrome. Estas aproximaciones indican una evidencia de daño repetido a consecuencia del alcohol, y que a pesar de esto el paciente vuelve a beber. La diferencia entre una definición y los criterios diagnósticos han estado enfatizados en la serie de definiciones que ha manejado por años la National Council on Alcoholism, en EU. La definición de alcoholismo de 1992 es: Enfermedad crónica y progresiva caracterizada por una pérdida de control sobre el uso del alcohol, con las subsecuentes consecuencias sociales, legales, psicológicas y físicas.

Un elemento clave en este padecimiento es la capacidad para reconocer y admitir los problemas causados por el uso del alcohol.

Es importante que los médicos reconozcan que una elevada proporción de los pacientes han tenido aunque sea temporalmente, importantes problemas relacionados con el alcohol.

En Estados Unidos, el 90% de la población ha bebido alcohol alguna vez en su vida, y la mayoría inician el consumo en la juventud o en la adolescencia media.

Dos de cada 3 hombres actualmente son bebedores, con una relación en el consumo persistente de 31.1 hombres por 1 mujer. Un bebedor actual se define como aquel que ha utilizado alcohol en los últimos 1 a 3 meses. La edad de más alta prevalencia de bebedores y de más alto consumo de alcohol es en la adolescencia media o tardía o la mitad de la tercera década de la vida.

Tabla 1. Epidemiología del Consumo de Alcohol

Condición	Población (%)
Alguna vez bebió	90
Bebedor Actual	60 - 70
Problemas temporales	+ 40
Abuso	Hombres: 20 Mujeres: 10
Dependencia*	Hombres: 10 Mujeres: 3-5

\*20 - 30 % de pacientes psiquiátricos.

Fuente: Schuckit, M.A. en Kaplan. *Comp. Textbook of Psychiatry*/VI. W&W. 1995

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) , el consumo de sustancias psicoactivas se divide en:

#### I. Intoxicación aguda.

Estado transitorio consecutivo a la ingestión de una sustancia psicoactiva. Se manifiesta por alteración del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, el comportamiento o de otras funciones fisiológicas.

#### II. Consumo peligroso.

Consumo ocasional, repetido o persistente de una sustancia psicoactiva y que lleva a un gran riesgo de provocar daño futuro en el usuario ya sea consumo dañino, síndrome de dependencia o complicaciones psiquiátricas. Con fines prácticos relacionados con el alcohol, se define para los hombres como el consumo mayor del equivalente de 60 gr de alcohol por ocasión, o el consumo del equivalente de 12 gr en menos de una hora. Para las mujeres se define como el consumo mayor del equivalente de 24 gr de

alcohol por ocasión, o el consumo del equivalente de 12 gr de alcohol en menos de una hora.

### III. Consumo dañino.

Condición en que el consumo de la sustancia ha provocado alteración física o mental, y donde aún no se presenta el síndrome de Dependencia.

### IV. Síndrome de Dependencia.

Fenómeno múltiple con cambios en áreas fisiológica, cognoscitiva y conductual. Toma prioridad en la vida del sujeto orientada hacia una búsqueda continua. Además de 3 de las siguientes:

1. Deseo intenso de experimentar los efectos de la sustancia psicoactiva.
2. Pérdida del control al beber. Conciencia subjetiva de incapacidad para controlar el consumo.
3. Síndrome de supresión. Síntomas neurovegetativos.
4. Utilización de la sustancia para aliviar los síntomas de supresión con la certeza de que esta estrategia es efectiva.
5. Tolerancia.
6. Rigidez en el patrón de consumo.
7. Desinterés por las actividades habituales.
8. Consumo persistente a pesar de la evidencia clara de consecuencias perjudiciales francas.
9. A pesar de tiempos prolongados de abstinencia el síndrome se vuelve a presentar si se vuelve a consumir la sustancia.

Según los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones en 1993, en México el 80% de los hombres y el 55% de las mujeres consumen alcohol, de éstos, 40 al 45% de los hombres y 2.5 a 3% de las mujeres son bebedores excesivos. El 19.2% de los hombres y del 1.2 al 1.5% de la mujeres cumplen con los criterios para síndrome de dependencia.



**Tabla 2. Tipos de bebedores en México**

**1 9 8 8**

**1 9 9 3**

	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
Consumen alcohol	80	45	80	55
Bebedores excesivos	10 - 30	1.5	40 - 45	2.5 - 3
Bebedores con dependencia	12	0.5	19.2	1.2 - 1.5

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 1988 y 1993. Secretaría de Salud.

De acuerdo con éstas cifras se observa el aumento en el consumo de alcohol, que de no prevenirse se espera que siga aumentando.

La cirrosis hepática también es el indicador indirecto más fidedigno del consumo de alcohol, y en México ésta entidad constituye la primera causa de muerte en varones entre 35 y 55 años. Además de que ocupa una de las diez primeras causas de muerte general.

**Tabla 4. Diez principales causas de mortalidad general. República mexicana, 1987.**

<b>Causa</b>	<b>Orden</b>	<b>Tasa*</b>
Padecimientos cardíacos	1	67.8
Accidentes	2	55.5
Tumores malignos: pulmonar (6.0); estomacal (5.1); cérvix (5.1)	3	48.5
Enfermedades infecciosas intestinales	4	38.7
Diabetes mellitus	5	31.2
Influenza y neumonía	6	27.4
Afecciones del periodo perinatal	7	26.5

Enfermedad cerebrovascular	8	23.7
<b>Cirrosis hepática</b>	<b>9</b>	<b>21.2</b>
Homicidio	10	20.4
Otras		166.1

Fuente: Consejo Asesor en Epidemiología, *Información prioritaria en Salud*, México. Secretaría de Salud, 1992.

\*Tasa / 100 000.

Los problemas de alcohol en México son elevados por varias razones entre las que se encuentran la permisividad al consumo y el fácil acceso a la sustancia, así como un alto consumo por ocasión, se estima que el 25% de la población en México consume el 80% del alcohol disponible en tan sólo 3 días (fin de semana), consumo que es muy diferente si se compara por ejemplo con algunos países europeos donde éste ocurre en un mayor número de gentes y durante todos los días de la semana. El elevado índice de embriaguez es otro de los problemas causados por el consumo de alcohol, ya que por ejemplo, los accidentes automovilísticos o la violencia intrafamiliar ocurren con mayor frecuencia bajo estados de intoxicación etílica.

De acuerdo con Campillo y cols. un programa preventivo debe incluir: 1. El apego a un marco teórico y de principios generales. 2. Regular y limitar el consumo de alcohol. 3. Favorecer el consumo moderado y responsable. 4. Sensibilizar a la población para que apoye medidas de regulación y control. 5. Acciones médico - asistenciales oportunas y adecuadas.

Se propone tipos de prevención, según el modelo clásico de Leavel y Clark.

- Prevención Primaria: Medidas educativas, y políticas dirigidas a la población general. Cuya meta sería prevenir a la población no afectada.
- Prevención Secundaria: Dirigida a la población en riesgo. Es decir, jóvenes que aun no presentan dependencia al alcohol, mujeres embarazadas y

consumidores peligrosos. Con la estrategia que ha demostrado mejores resultados que es el consejo breve.

- Prevención Terciaria: Dirigida a la población afectada. Con centros de tratamiento y rehabilitación.

Es posible que en México la dificultad para la aplicación de medidas preventivas se deba a:

1. Prioridad a otros programas de salud.
2. Ausencia de movimientos de temperancia.
3. Fuertes intereses económicos y políticos.
4. Existencia de un gobierno no autocrático con tres niveles administrativos (Gobierno Central, Estatal y Municipal).
5. Tendencia a no cumplir leyes y reglamentos.
6. Dificultad para controlar el tráfico ilegal.
7. Carencia de estudiosos profesionales del tema.

A lo largo de los años y del estudio de los costos del tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol, los estudiosos han llegado a la conclusión de que el tratamiento oportuno es efectivo y reduce los costos de la enfermedad. Este tratamiento debe enfocarse hacia la conducta alcohólica y no hacia sus complicaciones, debe haber correspondencia entre el enfermo (tipo de bebedor) y el programa de tratamiento utilizado y se debe elegir la opción más sencilla, breve y económica.

## **II. EL PAPEL DEL MEDICO COMO INSTRUMENTO DE PREVENCION DE LA POBLACION EN RIESGO.**

El daño que el alcohol produce a la sociedad es extenso y diverso. En México y otros países, el alcohol es la sustancia más ampliamente utilizada, es una sustancia que causa dependencia y su uso prolongado es tóxico para el cuerpo humano. Los efectos patológicos sobre el bebedor son muy variados y no se limitan solo a los bebedores. Se extiende a los familiares, vecinos, y a la sociedad en su totalidad.

Inevitablemente, por lo tanto, una gran variedad de profesionales y agrupaciones se han involucrado en intentos de minimizar los efectos nocivos del alcohol: médicos, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadoras sociales, organizaciones de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y muchos otros.

Es un hecho bien reconocido que los problemas de salud que se asocian a los hábitos de bebida, el gremio médico los vea como ajenos. En todas las ramas de la medicina frecuentemente los trastornos relacionados con el alcohol pasan desapercibidos o por lo menos el papel del alcohol como causa de algún problema, y mientras ésto permanece así, es comprensible que las acciones tomadas no sean adecuadas.

Por otro lado los educadores de la Medicina evitan el abordaje del paciente con problemas relacionados con el alcohol, ya que éste se considera un paciente difícil, que generalmente recae y su atención es poco efectiva. Además de que se observa una intolerancia social ya que existe una imagen estereotipada y falsa de que el alcoholismo es una es un trastorno de indigentes o de sectores sociales marginados, de los que en muchas ocasiones los médicos se sienten alejados.

Los trastornos relacionados con el alcohol son muy variables, pueden ser sociales más que médicos y el paciente con la queja y la persona que bebe no es siempre la misma persona.

El otro problema importante es que la gente que bebe excesivamente generalmente minimiza o niega el alcance y las consecuencias nocivas de su forma de beber.

Por ésto es muy importante que los médicos, cualquiera que sea su disciplina, estén lo suficientemente educados y experimentados para comprender la importancia de pequeños indicios tales como heridas menores repetidas, obesidad en varones, peticiones repetidas de justificantes médicos de enfermedad los lunes, fracturas antiguas observadas en radiografías de tórax, y conyuges que contemplan el divorcio.

En años recientes se ha sugerido que los bebedores excesivos podrían detectarse más efectivamente por la medición rutinaria de volúmen corpuscular medio, niveles de  $\gamma$ -glutamiltanspeptidasa, uratos séricos y la relación aspartato/alanina aminotransferasa. Sin embargo, también es conocido que éstos índices son menos útiles en el diagnóstico inicial.

En la mayoría de los pacientes la forma más efectiva de conocer el papel del alcohol en la etiología de los problemas es investigando acerca de sus hábitos de bebida y sus consecuencias, y si es posible, obtener la misma información de un familiar o un amigo cercano. Para ésto pueden utilizarse cuestionarios como el MAST (Michigan Alcohol Screening Test), o el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, o el CAGE (cuestionario corto, con 4 preguntas), o simplemente investigar acerca del consumo de alcohol durante los últimos 7 días.

El examen físico también puede proporcionar información importante: enrojecimiento conjuntival, telangiectasias, hígado palpable, golpes prominentes, taquicardia y temblor distal. La retinoscopía resulta de gran utilidad ya que permite percibir el aliento del paciente.

En cuanto al tratamiento es conocido que los resultados de los tratamientos establecidos para la dependencia alcohol no son muy alentadores, aunque muchos alcohólicos alcanzan la abstinencia o logran beber nuevamente de manera social.

Los resultados en el tratamiento de las complicaciones médicas de los bebedores excesivos tampoco son alentadores. No hay un tratamiento efectivo para la cirrosis alcohólica, para la pancreatitis crónica, el carcinoma de esófago, la psicosis de Korsakoff, la miocardiopatía alcohólica o la neuritis periférica alcohólica.

Además de algunos cánceres relacionados con el alcohol los tratamientos son en su mayor parte paliativos e ineficaces si el paciente continua bebiendo.

Por esta razón, actualmente el interés de los médicos ha cambiado, del tratamiento de los pacientes alcohólicos a la detección y tratamiento de la gente que está bebiendo en forma excesiva pero que aún no presenta dependencia ni daño cerebral o hepático irreversible.

En Inglaterra existen dos estudios que han sido de gran influencia para este cambio. El primero, realizado en 1985 por Chick y cols. en el piso de varones de la Enfermería Real de Edimburgo, en pacientes admitidos de rutina. Se identificó al menos a 22% de esos pacientes como bebedores excesivos o bebedores problema por una enfermera que realizaba una entrevista estructurada. La misma enfermera eligió al azar al 50% de los sujetos y les proporcionó un folleto y un consejo breve diseñados para persuadirlos de beber en menor cantidad. El otro 50% recibió tratamiento médico de rutina en el que se incluyó el aviso de beber en menor cantidad. Después de un año de seguimiento ambos grupos reportaron

un consumo menor de alcohol, pero sólo los pacientes que recibieron únicamente consejo mostraron una reducción importante de sus problemas relacionados y una disminución en los niveles de gamma-glutamyl-transpeptidasa.

El segundo estudio reportado por Wallace y cols. en 1988 se realizó en consultorios de medicina general. Se admitieron a novecientos pacientes en quienes a través de un cuestionario se detectó un consumo mayor de 35 U de alcohol en varones y mayor de 21 U en mujeres en la semana previa. Fueron agrupados en dos grupos, uno de ellos no se alteró; el otro recibió una sesión de consejo breve de su médico familiar en la que además se les proporcionó un folleto de consejo, un diario de consumo y otra cita un mes después. Ambos grupos se siguieron de manera ciega durante 12 meses. Hombres y mujeres del segundo grupo reportaron una reducción importante en su consumo de alcohol, en los hombres también se encontró una disminución en los niveles plasmáticos de gamma-glutamyl-transpeptidasa.

En ambos estudios, el primero en un hospital y el segundo en la consulta externa general, se observó la reducción en el consumo de alcohol, así como la reducción modesta de los efectos adversos asociados, sin embargo, en cada caso el tiempo requerido por los profesionales para su intervención y los costos necesarios fueron aún más modestos. Así, estos dos estudios son fácilmente reproducibles como parte de procedimientos rutinarios sin necesidad de recursos adicionales costosos.

De esta manera cada vez más se sugiere que el papel del médico en el tratamiento debe enfocarse principalmente a intervenciones breves y sencillas diseñadas para persuadir a los bebedores excesivos a que reduzcan su consumo de alcohol antes de que desarrollen Síndrome de dependencia y requieran estrategias de tratamiento de éste.

Los médicos en la práctica familiar y de hospital deberían observar esto como una parte importante de su trabajo y como una habilidad profesional básica. Cuando un paciente se encuentra preocupado por su estado de salud es más susceptible para que el consejo breve sea útil. Pos supuesto que para llevar a cabo esta estrategia es indispensable reconocer a los bebedores excesivos, y esto se puede lograr a través de preguntas específicas y dirigidas o por el uso rutinario de algún cuestionario apropiado.

Una de las falsas creencias en la medicina es que la prevención es más costosa que el tratamiento. Para los trastornos relacionados con el alcohol esto es particularmente cierto, ya que carecemos de tratamientos efectivos y porque el agente causal es conocido y evitable. Se pueden identificar muchos grupos de poblaciones blanco incluyendo a los bebedores excesivos, la población general, políticos, legisladores, adolescentes, mujeres embarazadas, etc. Las medidas preventivas dirigidas a aquellos que beben excesivamente dependen de la detección y del consejo oportuno.

A pesar de que hay entidades como la encefalopatía de Wernicke y la psicosis Korsakoff que se podrían prevenir con la adición de tiamina a las bebidas alcohólicas la mayoría de las medidas preventivas apuntadas a la población general dependen de alterar el comportamiento del beber. A veces se argumenta que es innecesario tratar de cambiar los hábitos de consumo de alcohol de la población ya que la mayoría de la gente son "bebedores sociales" normales y su consumo es inofensivo . Desafortunadamente, esto no es del todo real, aunque el riesgo de daño aumenta al aumentar el consumo, una gran proporción del daño, médico y social, que ocurre en una población es generado por aquellos cuyo consumo se encuentra dentro de los límites culturalmente aceptados, simplemente porque los bebedores moderados son más numerosos que los bebedores excesivos. Así, para esperar una reducción sustancial en los daños



relacionados con el alcohol es necesario un cambio en los hábitos de consumo de la población en su totalidad.

Persuadir a la comunidad en su totalidad para beber menos es primariamente una tarea de para los departamentos de educación para la salud y se piensa que esta tarea se logra con más efectividad mediante "campañas de Vida Saludable" que mediante exhortaciones para beber menos. Aún así, hay muchas maneras importantes en que los médicos pueden contribuir individualmente y en equipo ya que la autoridad del médico y su poder para influir en el comportamiento es todavía considerable en materia de salud y enfermedad.

### **III. LA ENSEÑANZA DEL ALCOHOLISMO Y LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA.**

Hasta ahora aunque se reconoce abiertamente el hecho de que los problemas relacionados con el alcohol son un asunto importante de salud pública, ésto no se refleja en el tiempo que el curriculum médico le dedica a estos asuntos, sobre todo si se comparan el número de horas que en los planes de estudio de la carrera se dedican a otros problemas también importantes, pero no más que el consumo de drogas, como son la Hipertensión Arterial Sistémica, la Diabetes mellitus y la Fiebre Reumática. A pesar de que el abuso de sustancias es uno de los problemas más comunes encontrados por los médicos, ninguno de los procesos de acreditación de la escuela de medicina o de los consejos de certificación de especialidad requieren la enseñanza acerca del abuso de sustancias, sin embargo, en Estados Unidos existe un esfuerzo, sobre todo en las dos últimas décadas, para incrementar la enseñanza del tratamiento del abuso de sustancias a residentes y estudiantes de medicina. Al principio de los años 70s se reconoció que había pocas experiencias educativas válidas para los estudiantes y residentes sobre los cuidados de personas con trastornos relacionados con el alcohol o las drogas, así, la Asociación Médica Americana (AMA) y el Instituto Nacional para el Alcoholismo y el Abuso de Alcohol (NIAAA) documentaron la necesidad de la educación en ésta área clínica. Desde 1976 Pokorny realizó el primer estudio sobre cómo se enseña el alcoholismo y los problemas de sustancias en las escuelas de medicina de Estados Unidos, posteriormente Davis realizó un segundo estudio en 1986-87. Para 1991 se realizó un tercero en la Universidad de Wisconsin. Posteriormente se hicieron 3 trabajos de seguimiento, de 1986 a 1992 por el Comité de Enlace en Educación Médica; de 1987 a 1992 por medio del Cuestionario de Graduación de la Asociación Americana de Colegios Médicos., y de 1986 a 1992 por Galanter. En 1994 Fleming y cols. publican un estudio comparativo de los estudios previos en el que muestran los cambios en el curriculum y en los profesores entre 1976 y 1992.

En Canadá también se ha trabajado en la importancia que tienen las Escuelas de Medicina en la preparación de sus alumnos sobre todo para prevenir los problemas relacionados con el alcohol, concluyendo que las Facultades de Medicina deben preparar adecuadamente a sus estudiantes para enfrentar las responsabilidades específicas que todos los médicos deben presumir.

Habilitarlos para intervenir de manera temprana en el caso de un trastorno progresivo como la dependencia del alcohol.

Prepararlos para dirigir el espectro completo de las probables complicaciones, ya que el consumo crónico y excesivo de alcohol involucra una sucesión de alteraciones físicas y psicológicas que son predecible y pueden pronosticarse con cierto grado de exactitud.

En los últimos 20 años se han hecho una considerable cantidad de trabajos para identificar y definir las necesidades educativas de los médicos relacionadas con el alcoholismo. Los expertos han encontrado documentos en los que se presentan los puntos de vista al respecto. En 1970 el Consejo Nacional en alcoholismo de Estados Unidos (CNA) revisó la educación médica en este rubro y encontró carencias. Una de las recomendaciones más importantes que emanan de éste análisis fue la necesidad de incrementar la disponibilidad de lugares clínicos donde estudiantes de medicina y aquellos en entrenamiento de postgrado pudieran recibir una adecuada exposición con pacientes.

Dos años después, la Fundación Macy organizó una conferencia que reunió a 30 expertos, en el informe de sus conclusiones se acentuaba la necesidad de extender la educación médica del alcohol más allá del estudiante universitario hacia los programas de residencia en los que se encontró que la enseñanza era particularmente inadecuada. El mismo año el Consejo de Salud Mental de la Asociación Médica Americana (AMA) planteó la revisión de los contenidos del curriculum básico de la carrera de medicina y propuso que el abuso de alcohol

debería enseñarse dentro de los programas de ciencias básicas como de temas clínicos.

Los documentos más recientes incluyen el informe de 1980 de la Asociación para la Investigación y Educación Médica en Abuso de Sustancias de Estados Unidos durante la reunión de la Organización Mundial de Salud sobre educación médica en abuso de sustancias en Europa y la declaración del consenso de la Conferencia de Estados Unidos sobre alcohol, drogas y atención primaria en la educación de los médicos en 1985. Estos informes coinciden en que debe educarse sobre el alcoholismo y otros trastornos originados por el abuso de sustancias psicoactivas, ya que estas condiciones justifican objetivos comunes del currículum, particularmente en lo que se refiere al desarrollo de habilidades clínicas efectivas y a una actitud adecuada acerca de la materia. Si todas estas contribuciones se sintetizan y se orientan en principios comunes, llega a ser evidente que la educación médica apropiada en el abuso de sustancias debería cubrir por lo menos tres áreas: el conocimiento, actitudes personales y habilidades clínicas.

Los médicos deben estar familiarizados con el perfil epidemiológico del alcoholismo y las tendencias actuales en el predominio de otras sustancias de abuso. Deben saber acerca de los factores de riesgo sociales y familiares así como de la vulnerabilidad individual y sobre la comorbilidad de alcoholismo con el abuso de otras sustancias y con ciertos trastornos médicos y psiquiátricos. Es necesario que tengan una conciencia adecuada de la historia natural del alcoholismo y sus manifestaciones en las diferentes etapas. Es necesario un conocimiento adecuado de la fisiología y bioquímica de la dependencia, de las reacciones de neuroadaptación, de la tolerancia cruzada y de las interacciones farmacológicas. Así como los principios generales de la farmacoterapia en este tipo de pacientes. Deben aprender las bases del diagnóstico y la guía para el manejo de casos tanto agudos como crónicos resultados del abuso del alcohol. Es conveniente que estén familiarizados con los recursos especializados de

rehabilitación y de tratamiento que actualmente se encuentran disponibles, así como contar con el criterio suficiente para hacer uso de ellos. Así mismo, deben recibir instrucción sobre la forma más adecuada de iniciar y monitorizar la promoción de alcohol y educación para la salud tanto en el paciente como en los que le rodean.

La enseñanza médica relacionada con el alcohol debe proporcionar una consideración especial a las necesidades de los estudiantes y en el entrenamiento de actitudes personales. Es de suponer que una percepción negativa del alcoholismo terminaría con la motivación para aprender y puede influir adversamente en el juicio clínico y finalmente demerita el desempeño global con estos pacientes. Muchos de los problemas de actitud ante el paciente alcohólico se derivan de la naturaleza del padecimiento que como ya se ha comentado, es de curso crónico y con una pobre respuesta a corto plazo, además de que la estrategia de intervención depende de la etiología. Así, la enseñanza de los problemas relacionados con el alcohol representa un vehículo ideal para la enseñanza de las actitudes generales del médico frente al paciente.

Los médicos deben aceptar al alcoholismo como un problema que requiere de la misma atención y cuidados que otros trastornos de la salud, deben aprender a rechazar las reacciones que los cuidadores experimentan hacia una situación tan poco gratificante. Deben demostrar que la conducta de auto-intoxicación es una condición irregular que merece su interés e intervención. Es necesario también desarrollar una tolerancia a la frustración que producen las constantes recaídas e incapacidad de los pacientes para lograr metas terapéuticas. En conclusión, deben entender que su aporte profesional es muy necesario aunque parezca poco exitoso. Finalmente deben examinar objetivamente sus propios modelos y hábitos de consumo de alcohol para determinar si éste influye en su juicio clínico.

Los médicos deben aprender a detectar el abuso del alcohol cuando éste se está ocultando. Deben tener la habilidad para reconocer los mecanismos de defensa comunes y las diversas tácticas que frecuentemente utilizan los pacientes

alcohólicos y sus familias cuando son sobreprotectoras. Deben aprender a utilizar procedimientos de diagnóstico como pruebas de laboratorio y exámenes de gabinete y tener en mente la probable relación entre el abuso del alcohol y los padecimientos, daños traumáticos o quejas crónicas que frecuentemente llevan al paciente a consultar. Los médicos deben desarrollar la capacidad para comunicarse con pacientes poco cooperadores, para poder estimular en ellos un deseo de cambio y que los ayude a asumir la responsabilidad de su propia recuperación, para tranquilizarlos cuando tienen retrocesos y para hacer uso del reforzamiento cada vez que logran algún objetivo para ayudarlos a mantener el progreso. También deben aprender a establecer expectativas terapéuticas razonables de acuerdo con las limitaciones del paciente. Finalmente los médicos deben aprender a trabajar con los familiares de los pacientes, así como con profesionales no médicos y con trabajadores legos del alcoholismo y otros servicios comunitarios que se involucran frecuentemente con estos pacientes.

Aunque todos los médicos deberían estar expuestos a éste amplio conjunto de conocimientos es evidente que las necesidades educativas son variables dependiendo del trabajo que realizan. Y aunque hay áreas de la medicina en las que el contacto con estos pacientes es relativamente más frecuente, ningún médico debe sentirse exento de la responsabilidad de atender a un paciente con problemas relacionados con el alcohol. Por ésto, el consejo sobre Asuntos Científicos de la Asociación Médica Americana reconociendo los niveles de atención de los médicos, definieron los requisitos esenciales de habilidades y conocimientos en tres tipos: Nivel 1) Todos los médicos dentro de la práctica clínica deben ser capaces de diagnosticar el trastorno y hacer una referencia adecuada. Nivel 2) Aquellos que aceptan la responsabilidad del cuidado directo pero en forma limitada. Nivel 3) Aquellos que tienen responsabilidades continuas de tratamiento. Aquellos que se encuentran en los niveles 2 y 3 requieren de educación adicional.

A pesar de los continuos esfuerzos por elevar la educación, en estados Unidos, desde 1970, cuando se reconoció la deficiencia de enseñanza en éste rubro, las evaluaciones recientes han reportado un progreso en general considerable, sin embargo, concluyen que aún el abordaje es muy superficial.

Se han hecho observaciones en otras partes como Chile y Suecia donde se observa que la enseñanza médica sobre el alcoholismo sigue la línea tradicional de abordaje restringido en su mayor parte al curriculum de psiquiatría.

En México no existe un estudio previo de cómo se proporciona la enseñanza en éste rubro, a pesar del impacto en la salud pública que tiene el alcoholismo y a pesar de que el mayor contacto de éstos pacientes se dá en los niveles primarios de atención, es decir en la consulta general.

#### IV. PROPUESTA DE UN CURSO PARA DOCENTES

El asunto de la enseñanza no puede resolverse a través del aumento de horas al ya de por sí recargado programa curricular de las escuelas de medicina se debe de pensar en estrategias que sin agregar más horas curriculares capaciten a los profesores en la enseñanza de ésta materia, dentro de su mismo programa académico.

En Estados Unidos se han desarrollado al menos seis modelos, de índole nacional para profesores que se han enfocado en mejorar sus habilidades clínicas y pedagógicas. El primer programa era el de Profesor de Carrera que se condujo de 1971 a 1983. Este programa tenía como expectativa que entrenar a un profesor de la mayoría de las escuelas de medicina serviría como un nido para cambios institucionales en los médicos que enseñan acerca de problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Los efectos a largo plazo de este programa fueron cambios en el curriculum de un número considerable de escuelas de medicina y que reportó Pokorny en 1983, así como el desarrollo de una organización nacional dedicada a la educación de profesionales de la salud (Association for Medical Education and Research in Substance Abuse).

Otra actividad que se desarrolló para profesores fue un grupo de tiempo parcial durante un año para 10 profesores de medicina familiar, mismo que después se modeló para profesores de la Universidad de Carolina del Norte y de la Universidad de Michigan. Los mejores resultados que se le atribuyeron a ésta actividad fueron los cambios en el curriculum de 10 instituciones en el programa de Profesor de Carrera y la fundación de una organización nacional de educadores de medicina familiar con competencia en medicina de las adicciones.

El tercer modelo nacional fue el del Instituto Nacional para el Alcoholismo y el Abuso del Alcohol / Instituto Nacional para el Abuso de Drogas / Oficina para la



Prevención del Abuso de Sustancias (NIAAA / NIDA / OSAP) iniciativa interdisciplinaria con base en la premisa que para hacer cambios institucionales las escuelas de medicina necesitaban un número importante de profesores de clínica de diferentes áreas que se comprometieran a trabajar en el área del abuso del alcohol y drogas. Este proyecto favoreció que las escuelas de medicina, enfermería, trabajo social y psicología tuvieran la oportunidad de aumentar las habilidades de tres a cinco profesores de al menos tres departamentos clínicos dentro de una misma escuela profesional de la salud.

Un cuarto modelo desarrollado por Barnes y Bigby en 1993 estuvo centrado en un curso de aprendizaje patrocinado por la Sociedad de Medicina Interna General, llevado a seis lugares de Estados Unidos entre 1988 y 1990. Utilizando apoyo no federal se enfocaron en proporcionar la oportunidad de incrementar las habilidades clínicas y de enseñanza a un grupo de 87 profesores de las escuelas de medicina. El único aspecto importante de este modelo fue implementar el programa y proporcionar apoyo continuo.

El quinto modelo fue desarrollado por el Centro para Estudio del Alcohol y Sustancias de la Universidad de Brown en 1990. Su objetivo era proporcionar a dos maestros de todas las escuelas de medicina de Estados Unidos con las habilidades pedagógicas mínimas en medicina de las adicciones.

El sexto modelo fue el Proyecto SAEFP (Educación sobre el Abuso de Sustancias para los Médicos Familiares), un curso intensivo de 5 días desarrollado por la Sociedad de Maestros del Grupo de Trabajo en Abuso de Sustancias de Medicina Familiar. Se llevaron a cabo 10 cursos a lo largo de Estados Unidos durante 1990. El objetivo primario de éste proyecto fue incrementar la cantidad de enseñanza en adicciones en 178 programas de residencia de medicina familiar, recibiendo apoyo de los Recursos de Salud y Servicios de Administración (HRSA) en 1989 - 90.

En 1992 Fleming y sus colaboradores publicaron información acerca de la evaluación de éste curso demostrando los importantes aumentos en las actividades clínicas y de enseñanza de los participantes 3 meses después de haber asistido al curso. En 1994 publicaron los resultados de la evaluación del curso doce meses después de su realización, donde nuevamente encontraron incremento, ahora a largo plazo, en las actividades de enseñanza, la práctica clínica y consultas proporcionadas por profesores de medicina familiar que participaron en éste proyecto.

El curso "Modelo Internacional de Educación médica para la Prevención y Tratamiento de los Problemas Relacionados al Alcohol" tiene como meta principal incrementar las habilidades clínicas y de enseñanza del profesorado de las escuelas de medicina a través del mundo que imparten temas de prevención y tratamiento en problemas de alcohol a residentes y estudiantes de medicina. Se espera que el proyecto facilite el desarrollo de programas educacionales de fácil comprensión en facultades médicas y centros de entrenamiento de posgraduados.

#### OBJETIVOS PRIMARIOS DEL CURRÍCULUM Y LOS CURSOS DE ENTRENAMIENTO:

1. Incrementar las habilidades clínicas de los participantes en la prevención y tratamiento de problemas de alcohol.
2. Incrementar en los participantes el entendimiento de la metodología de investigación.
3. Mejorar la capacidad de los participantes para interpretar la literatura científica.
4. Mejorar los métodos de enseñanza.
5. Desarrollar relaciones de colaboración entre los participantes y otros clínicos y educadores.

#### OBJETIVOS A LARGO PLAZO:

1. Incrementar la cantidad y calidad de los programas para médicos en la prevención y tratamiento de problemas de alcohol.
2. Incrementar el número de bebedores en riesgo, problema o dependientes que son identificados por un médico en atención primaria.
3. Incrementar el número de bebedores en riesgo, problema o dependientes que reciben un tratamiento de intervención breve por parte de un médico en atención primaria.
4. Aumentar el número de investigaciones clínicas y científicas básicas conducidas por el profesorado a nivel de atención primaria.

Este curriculum fue desarrollado basado en diez habilidades principales que se desarrollaron para la Conferencia Macy 1944 sobre Educación Médica y Trastornos por el Uso de Sustancias.

Habilidad 1.- Tamizaje de pacientes para uso de alcohol y drogas.

Los médicos deben tamizar a todos los pacientes para el uso de tabaco, alcohol u otras sustancias. Las pruebas de tamizaje recomendadas se utilizan para estimar la cantidad y frecuencia del uso de sustancias.

Habilidad 2.- Verificar los problemas relacionados con el alcohol y uso de sustancias.

- Personas que marcan positivo para uso de tabaco, deben ser evaluadas por el tipo de producto de tabaco que utilizan, así como su nivel de dependencia/adicción.

- Personas que beben por arriba del punto de corte establecido (8 tragos o más por semana para mujeres, 15 ó más por semana para hombres, ó 4 ó más tragos por ocasión) o que presentan problemas relacionados con el alcohol deben ser evaluados por problemas de uso de alcohol y síntomas de dependencia/abuso.

- Personas que marcan positivo para el uso de sustancias adictivas de prescripción deberán ser evaluadas por síntomas de dependencia/adicción.
- Personas que marcan positivo para sustancias ilícitas (cinco ó más veces en su vida) deben ser evaluadas sobre el nivel de uso, problemas relacionadas con el uso y síntomas de dependencia/adicción.

#### Habilidad 3.- Tratamiento en el consultorio.

Los médicos deben ser capaces de asistir a pacientes identificados con un desorden de alcohol o de sustancia potencial por medio del uso de diferentes tratamientos estratégicos que incluyen técnicas de intervención breve, servicio prolongado de consejo y farmacoterapia.

#### Habilidad 4.- Farmacoterapia.

Los médicos deben ser hábiles en el tratamiento farmacológico de la dependencia a la nicotina, alcohol u otras sustancias.

Esto incluye el manejo del síndrome de supresión, de postsupresión y de abstinencia, mantenimiento y condiciones co-mórbidas.

#### Habilidad 5.- Referencia a tratamientos especializados y a otros programas comunitarios.

#### Habilidad 6.- Manejo del dolor.

#### Habilidad 7.- Indicaciones clínicas para pruebas de sustancias.

Los médicos deben saber utilizar adecuadamente las pruebas de uso de sustancias para el cuidado de las personas afectadas por el uso de alcohol o sustancias.

#### Habilidad 8.- Atención a miembros de la familia afectados.

Habilidad 9.- Médico afectado.

Los médicos deben ser capaces de reconocer y ayudar a colegas que pudieran tener un problema de alcohol o sustancias.

Habilidad 10.- Cuidado de Poblaciones Especiales.

Los médicos deben ser capaces de asistir a un número de poblaciones especiales con necesidades clínicas únicas, por ejemplo, mujeres embarazadas.

La evaluación del curso tanto inicial como de seguimiento incluyen los mismos aspectos:

1. Actividades de enseñanza.
2. Implementación de un curriculum o la utilización de los módulos del curso.
3. Cambios en la práctica clínica.

## OBJETIVOS

1. Conocer los programas de enseñanza sobre adicciones en las escuelas y facultades de medicina del país.
2. Conocer el tiempo que se dedica a este rubro.
3. Conocer si son cursos aislados o forman parte de alguna materia y de cuál.
4. Evaluar un curso cuyo objetivo es incrementar la enseñanza de los problemas relacionados con el alcohol.
5. Establecer la posibilidad de estrategias de enseñanza y evaluación en materia de adicciones en profesores de las escuelas de medicina.

## METODO Y PROCEDIMIENTOS

### **a. Para el proyecto de Escuelas de Medicina.**

Para obtener la información de las Escuelas de Medicina relacionada con el tipo de programa académico y el tiempo que se utiliza para la enseñanza de los problemas relacionados con el alcohol, se envió una encuesta a 49 escuelas y facultades de medicina del país que se encuentran afiliadas a la ANFEM (Asociación Nacional de Escuelas y Facultades de Medicina). La encuesta utilizada fue desarrollada por Pokorny y cols. en 1983, y utilizada posteriormente para hacer los estudios comparativos sobre los cambios en el curriculum de la educación médica en cuanto al abuso de sustancias en las escuelas de medicina de Estados Unidos (Fleming y cols. 1994). Esta encuesta proporciona información acerca del número de Unidades de Curriculum en las que se aborda el tema de problemas relacionados con alcohol y sustancias, la materia de la cuál forma parte o si es un curso independiente, nivel de licenciatura en el que se imparte, y qué recursos pedagógicos se utilizan para su enseñanza, se describen algunas características de los docentes que participan y el porcentaje de tiempo que dedican a la enseñanza de este tema.

### **b. Para el proyecto Valoración de una estrategia.**

Del 8 al 10 de Junio de 1996 se realizó el curso "Modelo Internacional de Educación Médica para la Prevención y Tratamiento de los Problemas Relacionados con el Alcohol" basado en el proyecto SAEFP, al que acudieron 30 invitados relacionados con la enseñanza de la medicina de diferentes escuelas del país. Para su realización se tradujo al español el manual del curso y se establecieron cuestionarios y criterios de evaluación para los profesores y alumnos, mismos que ya han sido evaluados por sus autores (Fleming y cols. 1992 y 1994).

Se estableció una evaluación inicial, otra al final del curso y una última evaluación de seguimiento seis meses después. Ambas evaluaciones incluyen los mismos aspectos: 1. Actividades de enseñanza. 2. Implementación de un curriculum o la utilización de los módulos del curso, y 3. Cambios en la práctica clínica.

#### LUGAR DONDE SE DESARROLLARA EL PROYECTO

1. Escuelas de Medicina de la República mexicana.
2. Dependencias donde laboran los asistentes al curso.



## RESULTADOS

### a. Encuestas a Escuelas de Medicina.

Logramos reunir las encuestas de 22 escuelas del País, de las cuales 5 son escuelas de medicina que dependen de la Iniciativa Privada, y 17 que dependen del Gobierno Federal o Estatal..

El 100% de las escuelas reportan que dentro de su programa de estudios se lleva a cabo al menos una unidad de curriculum que incluye información sobre los trastornos provocados por el uso de las sustancias. Entendiéndose como Unidad de Curriculum todas las modalidades de enseñanza que se utilizan, es decir, una conferencia, un curso, un taller, prácticas clínicas y otras.

El 100% de éstas Unidades son parte de otra materia, ya sea de los ciclos básicos o de los ciclos clínicos. El 87.7% son unidades obligatorias, y sólo 12.2% son optativas. En la tabla 1 se muestran las materias a las que pertenecen éstas unidades.

**Tabla 1. Escuelas que incluyen una unidad de curriculum dentro de cada materia.**

Materia a la que pertenece la Unidad	% de escuelas que la incluyen (n = 22)
Psiquiatría	76
Psicología Médica	33.3
Salud Pública	28.5
Neurología	19.0
Medicina Familiar	14.2
Gastroenterología	14.2
Medicina Legal	9.5
Farmacología	9.5
Semiología Médica	9.5
Epidemiología	9.5
Neumología	4.7
Anatomía patológica	4.7

## RESULTADOS

### **b. Valoración de una estrategia de Enseñanza.**

La muestra consistió en 31 participantes del curso "Modelo Internacional de Educación Médica para la Prevención y Tratamiento de los Problemas Relacionados con el Alcohol" a los cuales se aplicó el cuestionario "pre-curso". De éstos, la muestra final a quienes se aplicó el cuestionario "post-curso" (seis meses después) fue de 19, ya que 8 cuestionarios no fueron respondidos, 3 participantes cambiaron de domicilio y no fue posible localizarlos y 1 más correspondía a un enfermero que no cumplía con los requisitos para el proyecto.

De los 19 participantes 57.8% eran mujeres y 42.1% hombres. Su edad promedio fue de 43 años. En promedio, sus actividades profesionales incluían 31.5% a la enseñanza de la medicina. 52% atendía pacientes, 21% utiliza más del 25% de su tiempo a la investigación y 15.7% incluye actividades de administración.

57.8% realiza su práctica clínica en Hospitales gubernamentales, 42.1% en Hospitales Privados. 52.6% atiende pacientes por consulta externa en Instituciones gubernamentales y el 73.6% atiende a pacientes en consulta externa privada.

### RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA

Los participantes reportaron un incremento en sus actividades de enseñanza relacionadas con el abuso de sustancias durante los seis meses posteriores al curso. Estos cambios no se dieron en un ámbito global, sino en algunas áreas específicas. Durante los 12 meses previos al curso, sólo el 10.5% de los médicos habían realizado alguna conferencia formal con estudiantes de medicina, seis meses después del curso, ésta cifra se incrementó a un 15.7%. Así como enseñanza individual a estudiantes de medicina o residentes 12 meses previos al curso sólo la reportaban un 15.7% de los participantes, seis meses después del curso esta cifra se incrementó al 21% de los participantes. Las conferencias formales a residentes no representaron cambio. Esto muestra que

los participantes mantuvieron la enseñanza formal a nivel de residencia, sin embargo sí incrementaron ésta con los estudiantes de medicina, así como los encuentros personales con residentes.

#### RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DE UNA UNIDAD DE CURRICULUM Y DE LA UTILIZACION DE LOS MODULOS DEL CURSO.

Al final del curso, cada participante realizó un plan de enseñanza para desarrollar posteriormente. Seis meses después fueron cuestionados específicamente sobre éste plan de enseñanza y sobre el desarrollo de al menos una Unidad de Curriculum relacionada con el abuso de sustancias. Los resultados de la entrevista reportaron que un 88.8% de los participantes habían realizado al menos parcialmente su plan de enseñanza y todos reportaron haber utilizado por lo menos uno de los módulos originales del curso.

#### RESULTADOS DE LOS CAMBIOS EN LA PRACTICA CLINICA

Los cambios en la práctica clínica se enfocaron en dos áreas principales: las preguntas que se hacen en la historia de un paciente de primera vez y la referencia o tratamiento una vez que se ha detectado el problema. Los participantes respondieron en forma abierta a la pregunta *Cuando en un paciente de primera vez usted investiga sobre su historia de consumo de alcohol ¿Qué preguntas formula?* en ambos cuestionarios y los resultados reflejan un incremento en el conocimiento y uso del cuestionario CAGE, ya que el 100% de los participantes refieren utilizarlo seis meses después del curso. El número de referencias a programas de tratamiento para problemas de alcohol y sustancias también se vió incrementado en un 10%.

## CONCLUSIONES

Los trastornos relacionados con el uso del alcohol y sustancias se encuentran entre los problemas clínicos más comunes encontrados por los médicos. La prevalencia actual de los problemas por consumo de alcohol en los escenarios clínicos se encuentra por arriba del 10% y se asocia con una amplia variedad de problemas médicos como la hipertensión arterial sistémica, enfermedades hepáticas, accidentes, suicidios, depresión, ansiedad y dependencia a sustancias. La utilización de sustancias ilícitas es menos frecuente que el uso del alcohol pero también dejan importantes secuelas médicas y psiquiátricas. El abuso de sustancias de prescripción médica también es un problema frecuente al que se enfrentan los médicos. Es por esto que está bien reconocido que los médicos deben estar preparados para manejar estos problemas. A pesar de esto, aún recientemente, el abuso de sustancias ha sido una de áreas poco cuidadas en los programas de educación médica.

Los datos aquí presentados muestran que las Unidades de enseñanza en las que se aborda el tema aún son pocas. Por otro lado, en su mayor parte se encuentran en las áreas de psiquiatría y psicología médica, por lo que es frecuente que el médico de otras especialidades vean estos temas como ajenos. Los estudiantes de medicina tienen pocas oportunidades para obtener experiencia opcional en el abordaje de éstos temas, ya que prácticamente no se encontró un plan que fuera opcional e independiente. Todas las unidades de curriculum son parte de otra materia y la gran mayoría son obligatorias. Los lugares de entrenamiento clínico en ésta área son escasos, ya que son pocas las unidades en las que se valoran a pacientes directamente. Los resultados de éste trabajo muestran que los estudiantes de medicina tienen pocas oportunidades aprender el cuidado de los pacientes con trastornos por el uso de alcohol o drogas, sin embargo también es comprensible que los programas de las escuelas de medicina se encuentran ya muy saturados por lo que además este trabajo tiene la intención de proponer una estrategia de enseñanza alternativa como lo es el curso *Modelo Internacional de*

## *Educación Médica para la Prevención y Tratamiento de los Problemas Relacionados con el alcohol.*

Los participantes reportaron un incremento en sus actividades de enseñanza con residentes y estudiantes de medicina. Un gran porcentaje de ellos realizó un plan de enseñanza basado en el programa del curso. Se observó un incremento importante en el uso del cuestionario CAGE por todos los participantes, así como se incrementó el interés en remitir a los pacientes a tratamiento especializado. A pesar de lo difícil que es evaluar los cambios en la práctica médica utilizando medidas de autoreporte, hay algunos datos indirectos que nos pueden ayudar a observar los cambios, tales como el uso del cuestionario CAGE y la referencia a tratamiento. La evaluación de este proyecto tiene algunas limitaciones metodológicas y de validez. La validez de la evaluación del proyecto incluye los cambios positivos consistentes en tres resultados, la utilización de instrumentos de evaluación y procedimientos aceptados previamente en los reportes originales y la colección de datos previos al curso. Las limitaciones del estudio incluyen la utilización de datos de autoreporte y la necesidad de hacer evaluaciones de seguimiento para observar en lo posible cambios institucionales.

Los datos obtenidos en este estudio son similares a los reportados en estudios previos, lo que muestra la posibilidad de que esta estrategia pueda ser adecuada.

Es necesario que la educación para los profesionales de la salud sea más amplia en éste campo, por lo que el desarrollo de programas para educadores puede ser una forma de incrementar las oportunidades de enseñanza del tema.

## REFERENCIAS

1. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. 1994.
2. Ashley MJ., Brewster JM., Chow YC., Rankin JG., Single E., Skinner HA. *An agenda for action*. Canadian Medical Association Journal. 143 (10):1097-8, 1990.
3. Ashley MJ., Brewster JM., Chow YC., Rankin JG., Single E., Skinner HA. *Preventing alcohol problems: the challenge for medical education*. Canadian Medical Association Journal. 143 (10):1004-5, 1990.
4. Bigby J., and Barnes H. *Evaluation of a faculty Development Program in Substance Abuse Education*. J. Gen. Intern. Med. 8 (1993): 301-305.
5. Bowen OR., Sammons JH: *The alcohol-abusing patient: a challenge to the profession*. JAMA 1988; 260: 2267-2270.
6. Brewster JM., Single E., Ashley MJ., Chow YC., Skinner HA., Rankin JG. *Preventing alcohol problems: survey of Canadian medical schools*. Canadian Medical Association Journal. 143 (10):1076-82, 1990.
7. Cahalan D., RoomR., *Problem drinking among american men (monograph no. 7)*. Rutgers Centre of Alcohol Studies, New Brunswick, NJ, 1974.
8. Campillo C., Medina Mora M., Villalpando JJ., Nicolini H., Rosovsky H. *Alcoholismo y toxicomanía (Asuntos de competencia médica)*. Simposio de la Academia Nacional de Medicina en las XXXIII Jornadas médicas Nacionales. 1996.
9. Council Scientific Affairs: *Guidelines for Alcoholism Diagnosis, Treatment and Referral*. Am Med Assoc. Chicago, 1979.
10. Chick J. Lloyd G., Crombie E. *Couselling problem drinkers in medical wards: a controlled study*. Br Med J 1985; 290: 965-967.
11. Davis A K., Cotter F., Czechowicz D. *Substance abuse units taught by four specialties in medical schools and residency programs*. J Med Educ 1988; 63 (10): 739-46.
12. De la Fuente J.R., Gutierrez L.M., River F., García G., Rojkind M., Kersenobich D. *Detección precoz de alcoholismo en una población Hospitalaria*. Rev. Invest. Clin. (Méx). 34: 1-6, 1982.
13. Fleming M. *Screening and brief intervention for alcohol disorders*. The journal of Family practice, Vol. 37, No. 3, 1993.
14. Fleming M., Barry K., Davis A., Kropp S., Kahn R., Rivo M. *Medical Education about substance abuse: Changes in curriculum and faculty between 1974 and 1992*. Academic medicine. Vol 69. No. 5. May, 1994. 362-369.
15. Fleming M., Lawton K., Baier L., Johnson K., London R., *A trial of Early Treatment (Project TrEAT). A randomized trial ob brief physician advice in community-based primary care practices*. The journal of Family Practice, Vol. 29, No. 3, 1985.
16. Fleming MF. *Sreening and brief intervention*. In: Eight special report to the US Congress on alcohol and health from the Secretary of health and Human services. Rockville, Md: US Department of Health and Human Serves. Public Health Services. National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1993.

17. Fleming MF., Kristen LB., Ardis D., Kahn R., Rivo M., *Faculty development in addiction Medicine: Project SAEFP, a One-year Follow-up Study*. Fam Med 1994; 26 (4): 221-25.
18. Galanter M., et al. *The current status of Psychiatric Education in Alcoholism and Drug Abuse*. Am J. Psychiatr. 146 (1989): 35-39.
19. Gladstone W., Webster IW., Rotem A. *An initiative for teaching about alcohol and other drugs in Australian medical schools*. Medical Journal of Australia. 147 (7): 339-41, 1987.
20. Glass I. *Undergraduate Training in Substance Abuse in the United Kingdom*. British Journal of Addiction (1989) 84, 197-202.
21. Gonzalez ER. *Medical school uncorks alcoholism education*. JAMA. 248 (14) 168-8, 1992.
22. Holden C. *The neglected disease in medical education*. Science 1985; 22: 741-742.
23. Jessee WF. *The medical student's view of alcoholism education*. Annals of the New York Academy of sciences. 178: 24-7, 1971.
24. KAPLAN, H. *Comprehensive textbook of psychiatry / VI*. Sixth edition. Williams & Wilkins, 1995.
25. Kendell R. *The physician's role*. Canadian Medical Association Journal. 143 (10):1005-10, 1990.
26. Lewis DC. *Medical education for alcohol an other drug abuse in the United States*. Canadian Medical Association Journal. 143 (10):1054-59, 1990.
27. Long P., Gelfand G., McGill D. *Inclusion of alcoholism and drug abuse content in curricula of varied health care professions*. Journal of the New York State Nurses Association. 22 (1): 9-12, 1991.
28. Moore RD., Bone L., Geller G., *Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospital patients*. JAMA 1989; 261 (3): 403—7.
29. Morgan F. *Alcohol and Drug Abuse Curriculum guide for Pharmacology Faculty*. Dept of Health and Human Services. Rockville, Md. 1985.
30. Negrete JC. *The role of medical schools in the prevention of alcohol-related problems*. Canadian Medical Association Journal. 143 (10):1048-53, 1990.
31. O'Donnell JJ. *An alcohol and drug abuse minimester model in a medical school*. Maryland State Medical Journal. 26 (12): 31-2, 1977.
32. OMS. *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Décima edición.
33. Pokorny A.D., and Solomon J.A., *Follow-up survey of drug abuse and alcoholism teaching in U.S. Medical Schools*. J. Med. Educ. 58 (1983): 316-321.
34. Popper H. *The program at Mount Sinai School of Medicine and implications for teaching alcoholic liver disease*. Annals of the New York Academy of sciences. 178: 39-42, 1971.

Report of the WHO *Meeting on Undergraduate Medical Education in Substance Abuse in Europe*. WHO. Geneva. 1988.

35. Schwatz RH., Lewis DC., Hoffmann NG., Kyriazi N. *Cocaine and Marijuana use by medical students before and during medical school*. Arch Int Med. 150 (4): 883-6, 1990.
36. Seixas FA. *Professional training on alcoholism. Introduction*. Annals of the New York Academy of sciences. 178: 4-6, 1971.
37. Skinner HA. *Spectrum of drinkers and intervention opportunities*. Canadian Medical Association Journal. 143 (10):1017-25, 1990.
38. Sutton JY. *Site visits to six active alcoholism programs in the New York City Area*. Annals of the New York Academy of sciences. 178: 101-108, 1971.
39. Villalpando JJ. *La educación Medica en México*. Gac Med Méx. 124 (5-6): 217-226. 1988.
40. Wallace P., Cutler S., Haines A. *Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption*. Br Med J 1988; 297: 663-668.
41. Willard WR. *Luncheon address: Medical education and the problem of alcoholism*. Annals of the New York Academy of sciences. 178: 17-22, 1971.
42. Williams K. *The alcoholism program at Yale-New Haven Medical Center*. Annals of the New York Academy of sciences. 178: 28-31, 1971



## *Agradecimiento*

*..... A todos aquellos que contribuyeron para la terminación de  
este trabajo .....*

Nombre \_\_\_\_\_

**Programa Internacional de Educación Médica**  
**Cuestionario Pre Curso**

1. Fecha: \_\_\_\_\_

2. Posición Académica: \_\_\_\_\_

3. Cuál es su especialidad médica: \_\_\_\_\_

4. Año en que término la residencia: \_\_\_\_\_

5. Sexo                    M                                        6. Edad: \_\_\_\_\_

6. Que porcentaje de su tiempo se dedica a:

- \_\_\_\_\_ Atención a Pacientes
- \_\_\_\_\_ Enseñanza
- \_\_\_\_\_ Investigación
- \_\_\_\_\_ Tareas Administrativas
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

7. ¿En donde lleva a cabo su atención a pacientes? (marque todas las que sean aplicables a Ud.)

- \_\_\_\_\_ Atención hospitalaria gubernamental
- \_\_\_\_\_ Atención hospitalaria privada
- \_\_\_\_\_ Consulta externa
- \_\_\_\_\_ Consulta privada
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

8. ¿Que porcentaje de su tiempo lo dedica a trabajar en un programa de tratamiento para el uso de alcohol y drogas?

\_\_\_\_\_ %

9. ¿Durante el año académico, hasta la fecha y/o durante el último año académico. Ha enseñado temas sobre el abuso de alcohol y drogas en las siguientes situaciones? (marque todas las que sean aplicables).

esta	No	Si, alcohol	Si. Alcohol y otras drogas	No enseño en situación.
a. Conferencia en la enseñanza formal en residencia-	_____	_____	_____	_____
b. Conferencia en la enseñanza formal a estudiantes de Med.	_____	_____	_____	_____
c. En seminarios con revisión	_____	_____	_____	_____
d. Supervisión clínica	_____	_____	_____	_____
e. Durante visita a pacientes hospitalizados.	_____	_____	_____	_____
f. Mientras superviso en el departamento de emergencia :	_____	_____	_____	_____
g. Individualmente un RESIDENTE	_____	_____	_____	_____
h. Individualmente un ESTUDIANTE	_____	_____	_____	_____
i. Individualmente con un COLEGA	_____	_____	_____	_____
j. Educación médica continua	_____	_____	_____	_____

## AUTOPERCEPCIÓN DE COMPETENCIA/INTERÉS EN ABUSO DE SUBSTANCIAS

Por favor evalúe su nivel de competencia e interés en cada una de las áreas que se mencionan a continuación. Para cada calificación, utilice la escala a continuación:

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

NO MUY  
COMPETENTE/  
INTERESADO

MODERADAMENTE  
COMPETENTE/  
INTERESADO

MUY  
COMPETENTE/  
INTERESADO

Competencia  
(1-10)

Interés  
(1-10)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Definiciones que se usan en los trastornos de uso de alcohol y drogas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Epidemiología e historia natural de los trastornos de uso de alcohol y drogas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teorías genéticas actuales en relación a los trastornos de uso de alcohol y drogas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La relación de los problemas de uso de alcohol y drogas y trastornos familiares.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prevención de los trastornos de uso de alcohol y drogas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La farmacología de drogas más comúnmente usadas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La fisiología de la intoxicación, dependencia, tolerancia y síndrome de supresión

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Complicaciones médicas de el uso agudo y crónico de alcohol y drogas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tamizaje para problemas de uso de alcohol y drogas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Llevar a cabo una historia diagnóstica para uso de alcohol y drogas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NO MUY COMPETENTE/ INTERESADO				MODERADAMENTE COMPETENTE/ INTERESADO				MUY COMPETENTE/ INTERESADO		
_____		_____		Identificar hallazgos físicos que sugieran abuso de sustancias.						
_____		_____		Llevar a cabo una intervención de "consejo breve"						
_____		_____		Motivar a los pacientes para tratamiento						
_____		_____		Proveer tratamiento de rehabilitación						
_____		_____		Tratamiento de sobredosis						
_____		_____		Tratamiento del síndrome de supresión						

Unidades Existentes en el Currículum Sobre Abuso de Substancias en su Escuela de Medicina o Programa de Entrenamiento de Posgrado.

Por favor complete las siguientes preguntas para cada unidad existente de el currículum sobre problemas en el uso de alcohol y drogas en su escuela de medicina, programa de residencia o centro clínico. Ejemplos de una unidad de el currículum son experiencia clínica, seminarios educativos o talleres, una clase, una experiencia de investigación sobre abuso de sustancias. Las unidades de currículum pueden estar solas como cursos separados o pueden ser incorporadas a materias más amplias o rotaciones.

Se ha dado espacio en este cuestionario para que usted describa una unidad del currículum. Si usted tiene unidades de enseñanza adicionales, por favor saque las copias necesarias de la forma para cada una de las unidades como sea necesario para describir su currículum.

### Unidad de el currículum 1

a. Título de la Unidad del Currículum: \_\_\_\_\_

b. ¿Esta unidad es? (marque uno):

- \_\_\_\_\_ Curso independiente/rotación especializada  
 \_\_\_\_\_ Parte de un curso más amplio/rotación clínica

c. Substancias que se cubrieron en la unidad:

- Alcohol solamente
- Solamente otras drogas (especifique droga (s)) \_\_\_\_\_)
- Combinación de alcohol y otras drogas combinadas

d. ¿Esta unidad de curriculum es? (marque una):

- Obligatorio
- Optativa
- Selectiva (una de muchas opciones de un grupo de cursos requeridos/rotaciones)

e. ¿Aproximadamente cuantas horas de el tiempo de el curriculum se dedican a está unidad?

(Por favor recuerde que el número de horas se refiere a aquellas que específicamente hablan de el abuso de substancias.)

horas de instrucción sobre abuso de substancias que se ofrecen en está unidad

f. ¿A que nivel de el entrenamiento esta unidad de curriculum es ofrecida?

(marque todas las que sean aplicables)

- Interno rotatorio
- R1
- R2
- R3
- Estudiantes de medicina (especifique año: \_\_\_\_\_)
- Para profesores

g. ¿Cual de los siguientes métodos/formatos de enseñanza son usados en esta unidad de curriculum? (marque todas las que sean aplicables)

- Clases
- Seminarios
- Lecturas supervisadas
- Auto-enseñanza (ej. enseñanza por computadora)
- Películas, videos
- Demostraciones clínicas
- Clínica supervisada
- Investigación supervisada
- Asistir a reuniones del programa de Alcohólicos Anónimos

h. ¿La unidad del curriculum incluye experiencia clínica directa en abuso de substancias?

- No
- Si

i. Si SI , a la pregunta h. por favor complete las siguientes preguntas.

Si NO , pase a la j

Marque todos los escenarios clínicos donde el entrenamiento en problemas de uso de alcohol y drogas se lleva a cabo en esta unidad del curriculum:

- Hospitalización
- Sala de emergencias
- Consulta externa
- Centros de especialidades de alcohol y drogas

j. ¿Cual de los siguientes tópicos se cubren en esta unidad del curriculum? (marque todas las que correspondan)

- Ciencias básicas (farmacología, bioquímica, genética)
- Epidemiología (prevalencia, historia natural)
- Diagnóstico
- Intervención breve en el consultorio
- Papel de AA o Al Anon
- Manejo agudo médico (desintoxicación, sobredosis)
- Manejo de complicaciones medicas
- Prevención
- Aspectos legales
- Colegas médicos con problemas de alcohol y drogas

k. ¿Existe algún mecanismo formal de evaluación para esta unidad de curriculum?

- NO
- SI, por favor describa en pocas palabras los métodos usados:

---

l. ¿Quiénes son las personas principalmente responsables de enseñar esta unidad? (marque todas las aplicables)

- Usted
- Otro médico docente de su programa
- Docentes de la ciencia de la conducta, en su programa
- Otros médicos docentes fuera de su programa (especifique la especialidad: \_\_\_\_\_)
- Terapeutas/consejeros en abuso de sustancias fuera de su programa
- Otros (especifique: \_\_\_\_\_)

Si tiene unidades de enseñanza adicionales por favor haga copias de esta forma.

**Gracias por completar este cuestionario**

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

Lugar de el curso \_\_\_\_\_  
Entrevistador \_\_\_\_\_

### Modelo Internacional de Educación Médica Entrevista de Evaluación Pre Curso

Al apego a las metas científicas de este proyecto, estamos conduciendo varias actividades de verificación y evaluación con nuestros participantes. Esperamos que Usted nos apoye a lo largo de estas actividades. Hemos intentado estructurar estas actividades para que sean del mayor beneficio para usted al adaptar este curso a sus propias necesidades y a las de su programa.

Apreciamos su paciencia con nosotros. Por favor siéntase libre de preguntarme cualquier pregunta sobre el proyecto o sobre los cuestionarios.

Esta entrevista cubrirá cuatro áreas: 1) su entrenamiento pasado en abuso de sustancias; 2) la percepción de otros sobre su experiencia en abuso de sustancias; 3) su propia actividad clínica en abuso de sustancias y 4) lo que usted percibe como las barreras más importantes para la enseñanza de el abuso de sustancias en su programa.



Parte 1 - Resumen de entrenamientos previos

Escuela de Medicina/Entrenamiento Profesional

1. Nos gustaría saber sobre cualquier enseñanza formal en abuso de sustancias que usted recibió durante la escuela de medicina. Primero, me puede Ud. decir si:

(MARQUE UNA DE LAS TRES OPCIONES A CONTINUACIÓN)

- \_\_\_\_\_ No se mencionaron los problemas de uso de sustancias en ninguno de sus cursos.  
\_\_\_\_ Se mencionó de una manera informal en algunas de las clases.  
\_\_\_\_\_ Ud. recibió enseñanza formal por medio de una clase separada, seminario o curso específico en el uso de sustancias o una instrucción específica de un preceptor.

	<u>Años pre-clínicos</u> (número de horas)	<u>Años clínicos</u> (número de horas)
Clases/seminarios	_____	_____
Parte de el trabajo clínico o rotación en un servicio de especialización	_____	_____
Separado de el trabajo clínico	_____	_____
Seminarios con supervisión	_____	_____
Asistencia a reuniones de grupos de auto-ayuda como (AA) como parte de otros cursos o por iniciativa propia	_____	_____
Enseñanza tutorial de un instructor clínico	_____	_____

Entrenamiento de Residencia

2. Ahora, I. Nos gustaría saber sobre cualquier enseñanza formal en abuso de sustancias que usted recibió durante su entrenamiento de residencia. Primero, nos pudiera Ud. decir si:

(MARQUE UNA DE LAS TRES OPCIONES A CONTINUACIÓN)

- No se mencionaron los problemas de uso de sustancias en ninguno de sus cursos/rotación
- Se mencionó de una manera informal en algunas de las clases.
- Ud. recibió enseñanza formal por medio de una clase separada, seminario o curso específico en el uso de sustancias o una instrucción específica de un preceptor.

	<u>Internado</u> <u>Rotatorio</u>	<u>R 2-3</u>
Clases/seminarios	_____	_____
Parte de la rotación clínica	_____	_____
Rotaciones clínicas separadas	_____	_____
Asistió a reuniones de grupos de auto-ayuda como parte de otro curso o por iniciativa propia	_____	_____
Educación médica continua	_____	_____

3. Durante la escuela de medicina o los años de residencia, ¿llevó a cabo por su cuenta algún programa en abuso de sustancias que no fue parte de su programa oficial de entrenamiento?

SI

NO

Si afirmativo, de manera corta diga qué y cuando.

\_\_\_\_\_

POST RESIDENCIA

4. Desde que terminó su residencia, ¿ha recibido alguna enseñanza formal o se ha involucrado por su cuenta en algún programa sobre abuso de sustancias?

SI

NO

SI NEGATIVO, IR A PREGUNTA 5

SI POSITIVO, COMPLETAR LA SIGUIENTE TABLA. MARQUE TODOS LOS ÍTEMS QUE SEAN APLICABLES Y ESCRIBA CUANDO. ALGUNOS ÍTEMS PREGUNTAN FRECUENCIA (por ejemplo el codificar una respuesta como "asistir" a seminarios aproximadamente dos veces al año, por los últimos cinco años" se leería así: 1985-1990 1-2 veces/año)

	<u>Año/Años</u>	<u>Frecuencia</u> (si se aplica)
Conferencia en el hospital	_____	_____
Talleres de un día	_____	_____
Talleres de 2-5 días	_____	_____
Experiencias de inmersión en Centros de Tratamiento (más de un día entero en el lugar)	_____	_____
Lecturas	_____	_____
Educación por computadora	_____	_____
Trabajo clínico actual en un centro para abuso de sustancias	_____	_____
Asistencia a reuniones de grupos de autoayuda como parte de el papel de docente o por cuenta propia	_____	_____
Otros (explique):	_____	_____

Parte II- Cómo perciben su experiencia otros docentes y residentes

1. ¿Le han consultado sobre algún paciente afectado por el uso de alcohol u otras drogas?, durante los últimos meses

\_\_\_\_\_ SI

\_\_\_\_\_ NO

Si es positivo, me gustaría saber quién lo consultó y aproximadamente cuantas veces.

(ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS QUE SEAN APLICABLES Y ANOTE EL NÚMERO DE VECES).

- a. docente \_\_\_\_\_ veces
- d. residente \_\_\_\_\_ veces
- c. médico activo \_\_\_\_\_ veces
- d. estudiantes de medicina \_\_\_\_\_ veces
- e. Otros profesionales No Médicos \_\_\_\_\_ veces
- f. Otros (especifique): \_\_\_\_\_ veces

¿por que clase de problemas médicos fue Ud., consultado?

(ENLISTAR TÓPICOS CLÍNICOS)

---

---

2. ¿Le han pedido que conduzca actividades de enseñanza en la prevención y tratamiento de los problemas de uso de alcohol?, durante los tres meses pasados

\_\_\_\_\_ SI

\_\_\_\_\_ NO

(SI POSITIVO, ENTREVISTADOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION)

- a. su propio programa en la escuela de medicina \_\_\_\_\_ veces
- b. otros programas de el departamento \_\_\_\_\_ veces
- c. la comunidad \_\_\_\_\_ veces
- d. reuniones regionales \_\_\_\_\_ veces
- e. reuniones nacionales \_\_\_\_\_ veces
- f. otros, especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuales fueron los tópicos que presento?

---

---

### Parte III- Actitud Clínica por autoreporte

(sáltese esta parte para aquellos participantes que no están involucrados en el cuidado de pacientes)

Las siguientes preguntas son sobre su propia actitud hacia pacientes afectados adversamente por el abuso de sustancias.

1. Me gustaría saber que tan frecuentemente Ud., toma la historia de abuso de sustancias a un paciente nuevo y que es visto por una variedad de problemas. Me gustaría que me dijera aproximadamente el porcentaje de veces que Ud. toma ambas historias, tanto la de alcohol como la de drogas en uno de sus pacientes nuevos (no en los pacientes de sus estudiantes o residentes).

(ENTREVISTADOR CODIFIQUE LOS PORCENTAJES DE ACUERDO AL SIGUIENTE ESQUEMA DE CODIFICACIÓN Y ESCRIBA EL NÚMERO DE CÓDIGO 1-4 EN LOS ESPACIOS VACÍOS)

1= <25%      2= 25%      3= 50-75%      4= >75%

	Alcohol	Drogas
un buen examen físico en un	_____	_____
examen físico para un seguro	_____	_____
síntomas de depresión en la primer consulta	_____	_____
hipertensión en la primer consulta	_____	_____
problemas mínimos de corto plazo:		
accidente automovilístico	_____	_____
lesión durante act. deportiva	_____	_____
accidente en la cocina/hogar	_____	_____

garganta irritada/infección \_\_\_\_\_

2. ¿Que preguntas le hace a un **paciente nuevo** cuando toma su historia de uso de alcohol?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Que preguntas le hace a un **paciente nuevo** cuando toma su historia de uso de drogas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. De aquellos pacientes en los que Ud. descubrió un problema con el uso de sustancias en los últimos 12 meses, me gustaría que me dijera como reconoció el problema. Tengo un conjunto de opciones que me gustaría leerle. Ud. me pudiera decir cual de ellas se aplica o si alguna otra es aplicable. (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- a. el paciente lo menciona
- b. diagnosticado por medio de la historia de rutina, el paciente vino por un problema sin relación
- c. diagnosticado por un problema actual como hipertensión, ulcera, diabetes
- d. reconocido por medio de un familiar afectado
- e. otros \_\_\_\_\_

5. De aquellos pacientes que Ud., reconoció un problema con el uso de sustancias en los últimos doce meses, me gustaría ahora saber que hizo en el momento en que lo reconoció. Otra vez tengo una lista de opciones que le voy a leer. Ud. me puede decir si alguna aplica o si hizo algo diferente. (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- a. prefirió esperar a la siguiente consulta antes de confrontar al paciente
- b. Ud. intervino por medio de discutir el uso de alcohol y drogas de el paciente durante una consulta de rutina
- c. hizo un contrato verbal o escrito para reducir o dejar el uso
- d. recomendó un grupo de autoayuda o algun otro tipo de tratamiento
- e. decidió no hacer nada ya que el paciente no iba a escuchar
- f. otro \_\_\_\_\_

Esto concluye nuestra entrevista. Me gustaría agradecerle de nuevo por su tiempo  
Gracias otra vez.

**MODELO INTERNACIONAL DE EDUCACION  
MEDICA**

**CUESTIONARIO POST-CURSO**

**CALIFICACIÓN DEL GRADO DE COMPETENCIA E INTERÉS EN EL ABUSO DE  
SUSTANCIAS**

Califíquese usted mismo su nivel de competencia e interés de acuerdo a una escala de 1 a 10, en cada una de las áreas que a continuación se mencionan:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No muy competente / interesado			Moderadamente competente / interesado				Muy competente / interesado			
Competencia (1-10)			Interés (1-10)							
3-4 _____			5-6 _____				Definiciones utilizadas en temas relacionados con problemas con el alcohol y otras drogas			
7-8 _____			9-10 _____				Epidemiología e historia natural del abuso del alcohol y otras sustancias			
11-12 _____			13-14 _____				Teorías genéticas actuales relacionadas con el abuso del alcohol y otras sustancias			
15-16 _____			17-18 _____				La relación entre el alcohol y otras drogas con trastornos familiares			
19-20 _____			21-22 _____				Prevención			
23-24 _____			25-26 _____				Farmacología de las sustancias más frecuentemente utilizadas			
27-28 _____			29-30 _____				La fisiología de la intoxicación, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia			
31-32 _____			33-34 _____				Complicaciones médicas provocadas por el abuso agudo y crónico de drogas y alcohol			

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No muy  
competente /  
interesado

Moderadamente  
competente /  
interesado

Muy competente /  
interesado

Competencia  
(1-10)

Interés  
(1-10)

35-36 \_\_\_\_\_

37-38 \_\_\_\_\_

Aspectos legales de la utilización de pruebas de sangre, orina y aliento como métodos de tamizaje

39-40 \_\_\_\_\_

41-42 \_\_\_\_\_

Familiaridad con las leyes y regulaciones concernientes al uso de sustancias controladas

43-44 \_\_\_\_\_

45-46 \_\_\_\_\_

Tamizaje de las manifestaciones tempranas y tardías del abuso de sustancias (incluyen manifestaciones de conducta)

47-48 \_\_\_\_\_

49-50 \_\_\_\_\_

Elaborar una historia diagnóstica de alcohol y drogas

51-52 \_\_\_\_\_

53-54 \_\_\_\_\_

Identificar huellas físicas que sugieran un trastorno por el abuso de sustancias

55-56 \_\_\_\_\_

57-58 \_\_\_\_\_

Llevar a cabo intervenciones en forma de consejos breves y sencillos

59-60 \_\_\_\_\_

61-62 \_\_\_\_\_

Motivar a los pacientes para que acepten un tratamiento

63-64 \_\_\_\_\_

65-66 \_\_\_\_\_

Ofrecer tratamiento en forma de asistencia social

67-68 \_\_\_\_\_

69-70 \_\_\_\_\_

Tratamiento de intoxicación por sobredosis

71-72 \_\_\_\_\_

73-74 \_\_\_\_\_

Tratamiento del síndrome de abstinencia



## 6- POST CUESTIONARIO AL CURSO

### Sección 1-ACTUALIZACION DE ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA

1.- Desde que asistió usted al Taller " Modelo Internacional de Educación Médica para la Prevención y Tratamiento de los Problemas relacionados al Alcohol" , ¿En cuáles de las siguientes modalidades pedagógicas ha usted enseñado el tema?

	No	Si alcohol	Si alcohol y otras drogas
	1	2	3
4 a. Clases teóricas a médicos residentes	_____	_____	_____
5 b. Clases teóricas a estudiantes de medicina	_____	_____	_____
6 c. Durante la Supervisión Clínica en consulta externa	_____	_____	_____
7 d. Durante la visita médica a los pacientes hospitalizados	_____	_____	_____
8 e. Durante la supervisión de casos en los servicios de emergencia	_____	_____	_____
9 f. En la enseñanza tutorial con médicos residentes	_____	_____	_____
10 g. En la enseñanza tutorial con estudiantes de medicina	_____	_____	_____
11 h. durante el intercambio profesional con un profesor	_____	_____	_____
12 i. En programas de educación médica continua	_____	_____	_____
13 j. Otros (especifique)	_____	_____	_____

DENTRO DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR EXISTE EL TEMA, LO QUE SE TRATO CON EL PROFESOR ES UTILIZAR EL ABORDAJE QUE SE PROPONE EN ESTE CURSO.

## SECCION 2: Revisión de Adiestramiento Reciente

14 1.- Desde que asistió al Taller, ¿Ha usted tomado algún programa formal de entrenamiento en la prevención y tratamiento de trastornos provocados por el abuso del alcohol?

2= \_\_\_\_\_ Si  
1= \_\_\_\_\_ Nox no

En caso negativo por favor pase a la pregunta No 2

En caso positivo, ¿ Cuanto tiempo dedicó el programa a las modalidades terapéuticas que se mencionan en la siguiente tabla?

	Tiempo aproximado
15. Visitas médicas hospitalarias	_____
16. Talleres con 1 día de duración	_____
17. Talleres de 2-5 días de duración	_____
18. Visitas a centros especializados de tratamiento	_____
19. Lectura de bibliografía	_____
20. Utilización de programas de computación	_____
21. Trabajo clínico en centros especializados para adictos, asistencia a juntas de grupos de autoayuda , (como AA ) ya sea como una responsabilidad propia de su calidad de profesor o como una iniciativa individual	_____
OTROS (explique):	_____

### PARTE III : INFORMACION SOBRE SU DESEMPEÑO CLINICO

Las siguientes preguntas se refieren a la manera en que usted se desempeña con pacientes afectados por el abuso de sustancias.

Nos gustaría conocer con qué frecuencia investiga y cuánto tiempo dedica a averiguar sobre la historia de uso de alcohol y drogas . (Nos interesa conocer el desempeño de usted y no de sus residentes).

1.- Con ese propósito, por favor indique la frecuencia y el tiempo que usted dedica a elaborar una historia clínica que investigue el abuso de sustancias en un paciente de primera vez , que acude a consulta por diferentes motivos.

De acuerdo con el código de porcentajes que se designan abajo, anote el número correspondiente.

1= menor a 25%      2= 25%-50%      3= 50-75%;      4= mayor a 75%

	ALCOHOL	DROGAS
Consulta de una mujer físicamente sana	22 _____	23 _____
Examen médico a un paciente para una compañía aseguradora	24 _____	25 _____
Paciente en el que se identifican síntomas depresivos desde el inicio de la consulta	26 _____	27 _____
Paciente en el que se identifica hipertensión desde el principio de la consulta	28 _____	29 _____
Paciente con problemas médicos menores (Gripe, mareos, diarrea)	30 _____	31 _____
Paciente con accidente automovilístico	32 _____	33 _____
Paciente con lesiones provocadas en accidente deportivo	34 _____	35 _____
Paciente con accidente en la cocina o la casa	36 _____	37 _____
Paciente con inflamación e infección de garganta	38 _____	39 _____

2.- Cuando en un paciente de primera vez, usted investiga sobre su historia de alcohol, ¿ Qué preguntas formula?

---

---

3.- Cuando en un paciente de primera vez, usted investiga sobre una historia de abuso de sustancias ¿ Qué preguntas formula?

---

---

4.- De aquellos pacientes en que usted descubrió que en el último mes sufrían de algún problema relacionado con el abuso de sustancias, nos gustaría que nos dijera como logró reconocer este problema. Para ello le presentamos un grupo de opciones para que las lea con cuidado. Díganos cuales de ellas utilizó o si utilizó alguna otra. (Marque todas aquellas que considere pertinentes)

38 a.- El mismo paciente lo sacó a relucir espontáneamente . \_\_\_\_\_

39 b.-El paciente consultó por un problema diferente, usted lo diagnosticó al tomar la historia de rutina. \_\_\_\_\_

40 c.- Se diagnosticó debido a la presencia de un problema sugestivo como hipertensión, úlceras ,diabetes. \_\_\_\_\_

41 d.- Se identificó a través de un miembro de la familia \_\_\_\_\_

42 e.-Otros (explique): \_\_\_\_\_

5.- De aquellos pacientes con problemas en el abuso de sustancias que usted identificó, nos gustaría saber que fué lo que hizo una vez ya identificado el problema. Igual que en el inciso anterior, marque las opciones que se le presentan.

43 a.- Decidió esperar a la siguiente visita antes de confrontar al paciente. \_\_\_

44 b.- Durante una consulta de rutina posterior usted discutió con el paciente sobre el uso de alcohol y drogas \_\_\_\_\_

45 c.- Durante una consulta de rutina posterior se estableció un convenio verbal o escrito con el paciente para disminuir o dejar el uso de alcohol y drogas \_\_\_\_\_

46 d.- Recomendó un grupo de autoayuda como AA o lo refirió a otro lugar para tratamiento \_\_\_\_\_

47 e.- Decidió no hacer nada, como sabía que el paciente no lo iba a escuchar \_\_\_\_\_

48 f.- Otros ( explique ) \_\_\_\_\_

**Sección 4:** Progresos en el desarrollo de un Plan de Enseñanza.

Como usted recordará, al final del taller " Modelo Internacional de Educación Médica para la Prevención y Tratamiento de los Problemas relacionados al Alcohol " usted elaboró una serie de unidades de enseñanza para poner en práctica en su Escuela de Medicina o en su servicio asistencial.

49.-¿ Llevó usted a cabo esta unidad de enseñanza?.

\_\_\_\_\_ Si                  \_\_\_\_\_ No                  \_\_\_\_\_ Parcialmente

50.- Si su respuesta es afirmativa, ¿Qué fué lo que llevó a cabo, en qué módulo? Describa brevemente su contenido fundamental.

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

51.- ¿ A quien enseñó?:

1 estudiantes de medicina \_\_\_\_\_                  2 médicos residentes \_\_\_\_\_  
3 profesores \_\_\_\_\_                  4 médicos. \_\_\_\_\_

52.- Dé una descripción detallada del proceso, lugar y número de horas

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

53.- ¿Quién estuvo a cargo de la unidad de enseñanza?

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

54.- ¿ Qué datos hay sobre su evaluación?

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

Si su respuesta es negativa indiquenos en que punto se encuentran sus planes para desarrollar las unidades de enseñanza.

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

**SECCION 5: Evaluación sucesiva de 6 meses.**

1.- En los últimos 6 meses, ¿Qué tan útil le ha sido el taller, en su trabajo clínico y en el desarrollo de un programa de enseñanza? Por favor califique en la siguiente escala de 5 puntos.

Escala: 1= Extremadamente útil, 2= Muy útil, 3= útil, 4= Poco útil, 5= No me fue útil

55.- Trabajo clínico	1	2	3	4	5
56.- Desarrollo un programa de enseñanza	1	2	3	4	5

2.- Por favor califique en la siguiente escala de 1-5, que tan útiles le han sido las unidades de curriculum que usted recibió en el taller en el desarrollo de sus actividades de enseñanza.

Escala: 1= Extremadamente útil 5= No me fue útil

2 3 4 5

¿Qué encontró más útil?

\_\_\_\_\_

¿Qué cambios sugeriría para hacerlo más útil?

\_\_\_\_\_

3.- En estos 6 meses, ¿Ha tenido contacto con alguno de sus compañeros participantes en el taller, o con alguno de los ponentes?

\_\_\_\_\_ Si  
\_\_\_\_\_ No

En caso positivo: Numero de participantes \_\_\_\_\_ Número de ponentes \_\_\_\_\_

4.- ¿Recomendaría usted este taller a colegas de su misma área?

\_\_\_\_\_ Si  
\_\_\_\_\_ No

5.- ¿Recomendaría este taller a colegas de otras áreas?

\_\_\_\_\_ Si  
\_\_\_\_\_ No

6.- Después de asistir al taller y sabiendo lo que ahora conoce, si usted pudiera tomarlo otra vez, ¿Asistiría ?

\_\_\_\_\_ Si  
\_\_\_\_\_ No

7.- ¿Tiene algún otro comentario, con respecto al taller al que asistió?

---

---

---

---

¡Muchas gracias por su tiempo!

## ENCUESTA A LAS ESCUELAS DE MEDICINA CON RESPECTO A LA ENSEÑANZA DE LOS TRASTORNOS PROVOCADOS POR EL ABUSO DE SUSTANCIAS

El Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Academia Nacional de Medicina, en colaboración con el National Institute for Abuse of Alcoholism, están llevando a cabo un estudio sobre la enseñanza de los trastornos ocasionados por el uso y abuso de sustancias como nicotina, alcohol, drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína y otras) así como drogas de uso médico .

Para fines prácticos y con el objeto de poder cuantificar las respuestas a cada una de estas modalidades las hemos denominado **unidades de curriculum** por lo que vamos a suplicarle que nos conteste en función de este concepto.

Un ejemplo de unidad de curriculum en los trastornos por el abuso de sustancias es una conferencia, un curso, un taller, prácticas clínicas y otras.

Esta encuesta solicita información sobre unidades de curriculum en su escuela de medicina que incluyen información sobre los trastornos provocados por el uso de sustancias.

Por favor marque la casilla indicando la respuesta correcta o escriba la respuesta correcta si así lo requiere.

### 1. 0 DATOS DE QUIEN CONTESTA EL CUESTIONARIO:

1.1 Nombre y Profesión: \_\_\_\_\_

1.2 Dirección y teléfono . \_\_\_\_\_

1. 3 Nombre de la Institución, Escuela o Facultad \_\_\_\_\_

1.4 Nombramiento y/ o posición que ocupa dentro de la escuela \_\_\_\_\_



**2.0 Número de Médicos y Profesores docentes que enseñan en su escuela.**

2.1 Número de Médicos docentes de tiempo completo. \_\_\_\_\_

2.2 Número de Médicos docentes de asignatura. \_\_\_\_\_

2.3 Número de docentes no médicos de tiempo completo. \_\_\_\_\_

2.4 Número de docentes no médicos de asignatura. \_\_\_\_\_

**3.0 Información de Enseñanza en Uso y Abuso de Sustancias**

3.1 ¿Dentro del curriculum oficial de su escuela de medicina se enseña sobre los trastornos provocados por el uso y abuso de sustancias?  Si  No

En caso de que no se enseñe, ha usted terminado con este cuestionario y le agradecemos su tiempo y cooperacion.

En caso positivo, por favor siga adelante.

4.0 La forma de enseñar este tema en las escuelas de medicina puede adoptar las siguientes modalidades: talleres, conferencias, practicas hospitalarias, rotacion en servicios especializados, enseñanza tutorial, consulta externa, consulta durante la hospitalizacion etc. Además, la enseñanza puede ser parte de una materia más amplia o bien constituirse en una materia independiente.

4.1 En los últimos 12 meses, ¿ Cuántas Unidades de Curriculum se llevaron a cabo en su escuela o facultad?

Número total de Unidades de Curriculum \_\_\_\_\_

Por favor, describanos tres de estas unidades, las que mejor conozca o mejor representen la enseñanza de este tema en su escuela.

### Unidad de curriculum 1

Descripcion breve del contenido de la unidad.

Esta unidad de curriculum es :  obligatoria  optativa

Esta unidad de curriculum:

¿ Es un curso independiente?  SI  No

¿ Forma parte de una materia?  SI  No

¿ De qué materia forma parte? - \_\_\_\_\_

¿ En qué nivel de la licenciatura se imparte? \_\_\_\_\_

¿ Cual de estas modalidades de enseñanza se utilizan en esta unidad? ( Marque todas las que se apliquen)

Conferencia \_\_\_\_\_ Clase teorica \_\_\_\_\_ peliculas-videos \_\_\_\_\_ Dramatización de situaciones y personajes (rolplaying) \_\_\_\_\_ Práctica clinica (entrevistas con pacientes visitas hospitalarias, rotaciones) \_\_\_\_\_ Asistencia a grupos o juntas de alcoholicos anónimos \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

¿ Esta unidad de curriculum incluye contacto personal con pacientes?  SI  No

## Unidad de curriculum 2

Descripcion breve del contenido de la unidad.

Esta unidad de curriculum es :  obligatoria  optativa

Esta unidad de curriculum :

¿ Es un curso independiente?  SI  No

¿ Forma parte de una materia?  SI  No

¿ De qué materia forma parte? \_\_\_\_\_

¿ En qué nivel de la licenciatura se imparte? \_\_\_\_\_

¿ Cual de estas modalidades de enseñanza se utilizan en esta unidad? ( Marque todas las que se apliquen)

Conferencia\_\_\_ Clase teorica\_\_\_ peliculas-videos\_\_\_ Dramatización de situaciones y personajes (rolplaying)\_\_\_ Práctica clinica (entrevistas con pacientes, visitas hospitalarias, rotaciones)\_\_\_ Asistencia a grupos o juntas de alcoholicos anónimos\_\_\_ otros\_\_\_

¿Esta unidad de curriculum incluye contacto personal con pacientes?  SI  No

### Unidad de curriculum 3

Descripción breve del contenido de la unidad.

Esta unidad de curriculum es :                      obligatoria                      optativa

Esta unidad de curriculum:

¿ Es un curso independiente?                      SI                      No

¿ Forma parte de una materia?                      SI                      No

¿ De qué materia forma parte? \_\_\_\_\_

¿ En qué nivel de la licenciatura se imparte? \_\_\_\_\_

¿ Cual de estas modalidades de enseñanza se utilizan en esta unidad? ( Marque todas las que se apliquen)

Conferencia \_\_\_\_\_ Clase teórica \_\_\_\_\_ películas-videos \_\_\_\_\_ Dramatización de situaciones y personajes (rolplaying) \_\_\_\_\_ Práctica clínica (entrevistas con pacientes, visitas hospitalarias, rotaciones) \_\_\_\_\_ Asistencia a grupos o juntas de alcohólicos anónimos \_\_\_\_\_ otros. \_\_\_\_\_

¿ Esta unidad de curriculum incluye contacto personal con pacientes?                      Si                      No

5.0 De las unidades de curriculum que usted ha descrito, díganos cuántos docentes participan, e indiquenos qué porcentaje aproximado de su tiempo total en la escuela dedican a la enseñanza de este tipo de unidades:

**Docentes médicos**

número de docentes involucrados \_\_\_\_\_ Porcentaje de tiempo \_\_\_\_\_

**Consejero o terapeuta especializado en el abuso de sustancias:**

número de docentes involucrados \_\_\_\_\_ Porcentaje de tiempo \_\_\_\_\_

**Profesores de Ciencias Del Comportamiento:**

número de docentes involucrados \_\_\_\_\_ Porcentaje de tiempo \_\_\_\_\_

**Otros: (Especificar) \_\_\_\_\_**

número de docentes involucrados \_\_\_\_\_ Porcentaje de tiempo \_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION EN ESTA ENCUESTA