

Atención primaria y trastornos por consumo de alcohol: evaluación de un programa de formación del profesorado en Venezuela

Alvia Gaskin de Urdaneta,¹ J. Paul Seale,² Michael Fleming³
y Margaret Murray⁴

RESUMEN

Objetivos. La atención primaria proporciona la oportunidad de identificar y tratar a personas cuyo consumo de alcohol se encuentra por encima de los niveles permisibles. Con el fin de preparar a los médicos de atención primaria de todo el mundo para prevenir y tratar los problemas relacionados con el alcohol, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcohólico (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA) de los Estados Unidos de América (EE. UU.) ha creado y probado un Programa Internacional de Educación Médica sobre el Alcohol, destinado a aumentar las aptitudes clínicas, educativas e investigadoras del profesorado de las facultades de medicina que trabaja con los estudiantes universitarios, los residentes y los médicos de atención primaria. Venezuela fue uno de los países seleccionados para la puesta en marcha de esta iniciativa.

Métodos. Durante 5 días del mes de septiembre de 1999 se realizó en la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, un curso de formación del profesorado que consistió en 19 talleres. Los métodos de enseñanza fueron clases, representaciones demostrativas, presentaciones de casos, talleres de desarrollo de aptitudes y la creación de un plan educativo por cada uno de los participantes.

Resultados. En el proyecto participaron 33 profesores de nueve de las 10 escuelas de medicina en Venezuela: 18 mujeres y 15 hombres con un promedio de 44 años, 9 de ellos con formación en medicina de familia, 7 en psiquiatría, 6 en pediatría, 4 en obstetricia, 3 en medicina interna, y 4 en especialidades no especificadas. El 76% de los participantes completaron una entrevista 6 meses más tarde. Este grupo refirió que su competencia en 14 áreas clínicas había aumentado de forma significativa y que había emprendido con buenos resultados nuevas actividades curriculares en sus respectivas facultades de medicina y programas de residencia.

Conclusiones. Este modelo demostró ser eficaz para incrementar la formación de los médicos en la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en Venezuela. La evaluación del programa proporcionó resultados similares a los obtenidos en otros países en los que también se ha puesto en marcha.

Palabras clave

Alcohol y drogas, niveles permisibles, atención primaria, educación médica, prevención y tratamiento.

¹ Facultad de Medicina, La Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. La correspondencia debe ser enviada a Alvia Gaskin de Urdaneta a la siguiente dirección: Apartado 94, Maracaibo, Venezuela 4001-A. Correo electrónico: fisiatra@iamnet.com. Para la correspondencia enviada por conducto de empresas de mensajería útese la dirección siguiente: Calle 67 con Avenida 3C, Residencias Araya PH 18-A, Maracaibo, Venezuela 4005.

² Department of Family Medicine, Mercer University School of Medicine, Macon, GA, EE.UU.

Los problemas relacionados con el alcohol se encuentran entre los más apremiantes en América Latina y otras partes del mundo. El consumo de alcohol

³ Department of Family Medicine, University of Wisconsin, Madison, WI, EE.UU.

⁴ National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism, Washington, DC, EE.UU.

por encima de niveles permisibles se asocia no solo a cifras importantes de morbilidad y mortalidad y altos costos sociales, sino que, además, tiene graves efectos adversos en las familias y la comunidad (1). "Consumo permisible de alcohol" es una expresión usada en este artículo, por motivos semánticos, en

lugar de "niveles recomendados", una vez que en medicina no deberíamos recomendar una dosis o nivel de consumo, pues el alcohol produce tolerancia y, por lo tanto, no existe un consumo seguro. El nivel permisible se define como el número de bebidas que puede consumir diariamente una persona, de un sexo u otro, porque se considera como el límite con menor probabilidad de producir efectos adversos para la salud: cirrosis, cáncer, cardiopatías, accidentes, etc. (2). El Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*: NIAAA) de los Estados Unidos de América (EE. UU.) decidió utilizar el límite establecido por el Departamento de Agricultura de ese país: una bebida al día para las mujeres y dos al día para los hombres de más de 18 años (3). El ámbito de la atención primaria proporciona una oportunidad ideal para reducir los daños relacionados con el alcohol. La detección rutinaria del consumo de alcohol por los médicos de familia y otros médicos de atención primaria permite identificar a los pacientes que beben por encima de los límites permisibles. Estudios recientes indican que las intervenciones breves basadas en la consulta, el envío de los pacientes dependientes del alcohol al especialista y la utilización de nuevos medicamentos pueden reducir de forma significativa el consumo de alcohol y los daños relacionados con él.

Los problemas relacionados con el alcohol están muy extendidos en toda América Latina. Las tasas de dependencia del alcohol en varones latinoamericanos oscilan entre 5% en Argentina y 10% en Colombia, mientras que el consumo excesivo de alcohol va de 12% en Argentina a 26% en algunas zonas de Costa Rica y a 28% en Chile (4).⁵ Aunque no se han efectuado encuestas epidemiológicas detalladas en

Venezuela, los datos disponibles indican que los problemas relacionados con el alcohol son importantes. El consumo de alcohol per cápita en 1998 fue de 5,2 L/año, esto es, superior al comunicado en Chile, Colombia y México. Venezuela ocupa el decimoctavo lugar entre los productores mundiales de cerveza (5) y hasta hace poco se encontraba entre los 10 países del mundo con mayor consumo de *whisky* y *champan* (6). En la actualidad se calcula que 45% de los venezolanos son abstemios y que aproximadamente 600 000 personas (3%) son dependientes del alcohol (7). La mortalidad relacionada con el alcohol es alta, y la tasa de mortalidad por cirrosis en Venezuela es casi dos veces mayor que la de los EE. UU. (19,4 frente a 11,6 muertes por 100 000 personas) (8).

El consumo de alcohol es parte integral de la vida sociocultural de Venezuela. El alcohol no se considera una droga o toxina. La sociedad venezolana acepta y alienta el consumo de alcohol, justificándolo con cualquier motivo: acontecimientos familiares importantes (bodas, funerales) u ocasiones triviales (lavar el automóvil, pintar la casa, etc.). El principal desencadenante del alcoholismo está relacionado con el género, porque en Venezuela se acepta que el consumo frecuente y habitual de alcohol es una práctica masculina. Esta costumbre profundamente enraizada hace que se le dé al hombre permiso incondicional para que consuma tanto alcohol cuanto quiera, e incluso que se espere eso de él. Tanto es así que en algunas reuniones familiares en las que se consume alcohol se les permite a niños de tan solo 3 años que prueben las bebidas de los padres, familiares o amigos, y esto ocurre generalmente con los niños, pero no con las niñas. Otros desencadenantes del alcoholismo en Venezuela son similares a los de otros países: tabaquismo, estrés y enfermedades mentales (ansiedad, depresión, etc.). Muchos venezolanos no consideran el alcohol una droga que puede producir dependencia (6). Durante los últimos 12 a 15 años ha habido en Venezuela un progresivo aumento del consumo de alcohol en las mujeres (9). La característica más importante de

esta observación es que las bebedoras consumen alcohol de forma competitiva con los varones, con la consecuencia de que la medicina venezolana debe enfrentarse ahora al riesgo de problemas de salud, consumo problemático de alcohol y dependencia también en las mujeres (7, 9). Aunque antes la cirrosis hepática era infrecuente en mujeres, ahora 25% de los pacientes ingresados con cirrosis en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas son mujeres (7). El consumo de alcohol durante el embarazo es otro problema. Los estudios realizados en embarazadas en los hospitales públicos de Valencia y Maracaibo han revelado la existencia de un importante consumo de alcohol (9, 10). En el Hospital Universitario de Maracaibo, 53% de las embarazadas hospitalizadas decían consumir alcohol regularmente, y 75% de las bebedoras lo consumían durante un promedio de 3 días a la semana, y en cantidades suficientes para sentirse "alegres" o ebrias (9).

Aunque en Venezuela los recursos para el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol se reducen a los grupos de Alcohólicos Anónimos y a un pequeño número de programas terapéuticos formales localizados en las principales ciudades, los esfuerzos para la prevención del abuso de otras drogas están un poco más desarrollados en este país. La Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID), fundada en 1971 y patrocinada por el gobierno, es responsable de desarrollar programas de prevención y tratamiento del abuso de drogas (11, 12). Gran parte del trabajo de la CONACUID se realiza a través de fundaciones, universidades y organizaciones no gubernamentales. Los diferentes programas de prevención se desarrollan a menudo mediante esfuerzos conjuntos de instituciones públicas y privadas. Un ejemplo es el proyecto "Educación en la prevención del uso y abuso de drogas" (CONFIA)⁶

⁵ En este estudio los bebedores excesivos se identificaron de acuerdo con la definición de Marconi: quienes beben más de 3 días a la semana y habitualmente consumen más de 100 mL de alcohol absoluto al día, o sufren 12 o más episodios de embriaguez al año; 100 mL de alcohol absoluto representan 7 o más bebidas corrientes al día, siendo una bebida corriente equivalente a 330 mL de cerveza, 150 mL de vino o 40 mL de licor.

⁶ Gaskin de Urdaneta, A. Investigación. Educación en la prevención del uso y abuso de drogas. CONFIA. Evaluado y aprobado por la Secretaría de Educación del Estado Zulia para ser implementado en las escuelas públicas y privadas del Estado Zulia. Maracaibo, Venezuela. Septiembre de 1995.

de 1995, realizado conjuntamente por la Universidad del Zulia, la Secretaría de Educación del Estado de Zulia y el *Rotary Club* de Maracaibo. Sin embargo, es importante señalar que el mandato de la CONACUID solo se aplica a la lucha contra las drogas ilegales. Hasta la fecha no hay organizaciones públicas ni privadas que se dediquen a los problemas sociales y de salud pública relacionados con el consumo de alcohol.

En Venezuela, la educación médica formal es proporcionada por 10 escuelas de medicina adscritas a las correspondientes facultades de ocho universidades distribuidas por diferentes estados del país. En la mayoría de las facultades, la educación médica para pregraduados consiste en un plan de estudios unificado de 6 años en los que se imparten asignaturas de ciencias básicas, preclínicas y clínicas. A los posgraduados, las facultades de medicina venezolanas les proporcionan formación en las principales especialidades médicas. La Medicina de Familia es una especialidad relativamente nueva en Venezuela, pero que está en crecimiento, con más de 12 programas de residencia que forman a cerca de 100 nuevos médicos de familia cada año.

En este informe se describe la puesta en funcionamiento de un modelo de formación del profesorado centrado en la prevención y el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Los objetivos de este proyecto consistieron en incrementar las habilidades clínicas, didácticas e investigadoras del profesorado de las facultades de medicina de Venezuela y el número de programas educativos proporcionados a los estudiantes de medicina y a los residentes de las especialidades de atención primaria, con el fin de mejorar en todo el país las prácticas de prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol.

MATERIALES Y MÉTODOS

El curso para el profesorado se realizó entre el 5 y el 9 de septiembre de 1999. La Universidad del Zulia le con-

cedió pleno respaldo académico, proporcionándoles a los participantes un crédito de 40 horas de Formación Médica Continua. El programa fue financiado con subvenciones del NIAAA, la Universidad del Zulia, la Organización Panamericana de la Salud, Petróleos de Venezuela S. A. y la Fundación Venezolana para la Medicina Familiar. El curso tuvo lugar en Maracaibo, en un centro de conferencias ajeno a la Universidad del Zulia. Los directores de curso de la Universidad del Zulia reclutaron a los participantes entre los profesores de pregraduados y posgraduados de medicina de familia y de otras especialidades de atención primaria de nueve de las 10 escuelas de medicina de Venezuela. Las escuelas de medicina participantes fueron las de Bolívar y Anzoátegui de la Universidad de Oriente, la Escuela "José María Vargas" de la Universidad Central de Venezuela, las de las Universidades de Carabobo y de los Andes, las de las Universidades "Rómulo Gallegos", "Francisco Miranda" y "Lisandro Alvarado", y la de la Universidad del Zulia. El curso, impartido por cinco expertos estadounidenses y otros cinco venezolanos, se basó en el Currículum de Formación Médica Internacional del NIAAA (2, 13), que ha sido traducido al español, húngaro, lituano, polaco y ruso. El NIAAA ha patrocinado 11 cursos de una semana en seis países.

El curso fue impartido en inglés y español, con traducción simultánea para facilitar la comunicación en la lengua materna de cada uno de los profesores y de los participantes. Durante los 5 días que duró el curso se realizaron 19 talleres que cubrieron una amplia gama de temas, entre ellos la epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol, su detección en la consulta, la comunicación entre el médico y el paciente, las intervenciones breves, las entrevistas motivadoras, la interpretación de la literatura científica, los efectos adversos del alcohol sobre la salud, el alcohol y la violencia doméstica, la capacitación para la docencia y la investigación clínica, el síndrome alcohólico fetal, Alcohólicos Anónimos, la farmacoterapia, el tratamiento del dolor crónico en adictos,

los programas terapéuticos especializados y la prevención del consumo de alcohol en las políticas públicas. Cada día se dieron cuatro a cinco clases y se realizaron al menos dos ejercicios en grupos pequeños. Los métodos de enseñanza fueron clases, representaciones demostrativas, presentaciones de casos, talleres de desarrollo de aptitudes y la creación de un plan educativo por cada uno de los participantes. Los ejercicios en pequeños grupos y los períodos de discusión proporcionaron la oportunidad de adaptar el programa estándar a las necesidades específicas del ámbito venezolano y de abordar tanto las motivaciones típicas del consumo de alcohol como los factores que obstaculizan su reducción.

El proyecto se evaluó con un diseño "antes-después". La evaluación anterior a la realización del curso consistió en un cuestionario de cinco páginas donde se registró la información socio-demográfica, la experiencia docente previa en el campo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, y las actividades curriculares existentes en este campo en la institución de cada uno de los participantes. Este cuestionario inicial también evaluó el interés y la competencia que los participantes creían tener en diferentes áreas clínicas. Los contenidos y el desarrollo del curso fueron evaluados a lo largo del mismo (al final de cada mañana y de cada tarde), y al final de los 5 días se completó una evaluación global del curso. Seis meses después de la finalización del curso, los participantes fueron contactados telefónica o personalmente para una entrevista que constó de cinco secciones: 1) actividades docentes actuales, 2) opinión personal sobre su interés y competencia, 3) formación reciente en el tema del alcohol y las drogas, 4) puesta en práctica de planes docentes diseñados por los participantes durante el curso y 5) utilidad general del curso. La principal medida de eficacia fue el cambio que, según los propios participantes, sufrieron tras el curso su competencia e interés en 14 áreas clínicas fundamentales (cuadro 1). Para ello se les pidió que puntuaran en una escala de Likert de 1 a 10 su

CUADRO 1. Competencia e interés en 14 áreas clínicas antes del curso y 6 meses después, según los propios participantes (n = 25). Venezuela, 1999

	Competencia Media (DS) ^a		P ^b	Interés Media (DS) ^a		P ^b
	Antes	Después		Antes	Después	
Epidemiología	4,9 (2,3)	7,3 (1,6)	0,001	8,6 (1,9)	8,9 (1,2)	NS
Genética	3,3 (2,1)	5,9 (2,1)	0,001	8,5 (2,2)	8,3 (1,8)	NS
Violencia doméstica	6,6 (2,3)	7,7 (1,8)	0,05	9,0 (1,5)	9,2 (1,6)	NS
Prevención	5,1 (2,6)	8,3 (1,2)	0,001	9,1 (2,1)	9,3 (1,3)	NS
Síndrome alcohólico fetal	4,1 (2,9)	7,1 (2,1)	0,001	7,8 (3,2)	8,5 (1,8)	NS
Complicaciones	6,2 (2,3)	7,9 (1,7)	0,01	8,4 (2,3)	9,3 (1,0)	0,06
Detección (screening)	4,5 (2,8)	7,8 (1,6)	0,001	8,7 (2,7)	9,0 (2,1)	NS
Diagnóstico	4,8 (2,6)	8,5 (1,4)	0,001	8,8 (2,5)	9,6 (0,8)	0,08
Síntomas físicos	5,8 (2,5)	8,3 (1,6)	0,001	8,8 (2,1)	9,3 (1,1)	NS
Intervención breve	4,9 (2,7)	7,5 (2,1)	0,001	9,1 (1,9)	9,4 (0,9)	NS
Motivación de los pacientes	4,6 (2,6)	7,6 (2,1)	0,001	9,1 (1,9)	9,6 (0,8)	NS
Atención posterior (aftercare)	3,8 (2,2)	5,5 (2,7)	0,02	8,8 (2,1)	8,6 (1,8)	NS
Sobredosis	4,1 (2,8)	5,2 (2,9)	NS	8,6 (2,1)	7,8 (1,8)	NS
Abstinencia	4,2 (2,8)	5,6 (3,2)	NS	8,6 (2,1)	8,3 (1,6)	NS

^a Puntuación media (± desviación estándar) en una escala de Likert de 1 a 10.

^b Valor P obtenido con la t de Student para muestras apareadas (antes-después).

competencia e interés en cada una de esas 14 áreas clínicas antes y 6 meses después del curso. Una segunda medida de eficacia fue la evaluación de la implementación de planes de enseñanza. El último día del curso, todos los participantes formularon un plan de enseñanza con información sobre: 1) sus destinatarios; 2) los módulos de los que constaría y los materiales y métodos que se utilizarían, y 3) los obstáculos que se preveía que podrían existir para llevarlo a cabo y la forma de superarlos. En el análisis se utilizaron estadísticas descriptivas y la prueba de la t de Student para datos apareados.

RESULTADOS

Evaluación inicial

Entre los 33 participantes había 15 hombres y 18 mujeres con una media de 44 años: 9 médicos de familia, 7 psiquiatras, 6 pediatras, 4 obstetras, 3 internistas y 4 con otras especialidades no especificadas. Por término medio, los participantes dijeron invertir un 38% de su tiempo en tareas asistenciales directas, un 38% en tareas docentes, un 15% en investigación y un 9% en tareas ad-

ministrativas. El 93% de los participantes trabajaban y enseñaban en hospitales universitarios o en consultas externas. Cinco médicos dedicaban una parte importante de su tiempo al trabajo y a la enseñanza en el campo de las adicciones. Dos tercios (66%) de los participantes dijeron que en los 2 años anteriores habían tenido ocasionalmente la oportunidad de realizar tareas docentes sobre el abuso de alcohol y otras drogas en clases, sesiones clínicas, consultas externas, consultas privadas o departamentos de urgencias. Un 57% de ellos también dijeron haber tenido la oportunidad de hablar de modo informal con estudiantes, residentes, otros profesores y el público en general acerca del alcohol y de otras drogas. Cuando se les preguntó acerca de su interés y de los conocimientos que creían tener sobre una amplia lista de temas relacionados con el alcohol, la mayoría de los participantes manifestaron un gran interés por casi todos los temas, pero señalaron que sus conocimientos eran limitados en aspectos como la lucha contra las drogas, la genética, las estrategias terapéuticas cognitivas y las intervenciones breves. Por último, los participantes de las nueve escuelas de medicina representadas en

el curso dijeron que ninguna de sus instituciones ofrecía en ese momento actividades curriculares sobre el abuso de alcohol y otras drogas.

Evaluación de los módulos de enseñanza

Se les pidió a los participantes que calificaran cada uno de los 19 módulos como excelente, bueno, regular, deficiente o malo. Ocho módulos fueron calificados como excelentes por 85 a 100% de los participantes: epidemiología, prevención y tratamiento en la consulta, intervenciones breves, retroalimentación a los estudiantes y residentes, prevención de los problemas relacionados con el alcohol, tratamiento especializado, síndrome alcohólico fetal y violencia doméstica. Los dos módulos con peor aceptación fueron el de metodología de la investigación clínica y el de farmacoterapia. Los demás fueron calificados de excelentes por 75 a 89% de los participantes. Los comentarios abiertos sobre las formas de mejorar el curso incluyeron las siguientes observaciones: "más representaciones demostrativas", "más ejemplos de casos", "más datos epidemiológicos específicos de Venezuela" y "mayor duración del curso".

Evaluación global del curso

En una escala de 1 a 5 (1 – excelente; 2 – bueno; 3 – regular; 4 – deficiente, y 5 – malo), el contenido, organización y valor global del curso fueron calificados de excelentes por 84% de los participantes, y como bueno por el 16% restante. El grupo refirió que la experiencia más valiosa consistió en un mejor conocimiento de la eficacia del consejo médico y de la intervención; 40% refirió un aumento del conocimiento sobre el alcoholismo y el síndrome alcohólico fetal y 36% una mejor comprensión del papel de Alcohólicos Anónimos en el proceso de recuperación. Todos los participantes que respondieron dijeron que recomendarían el curso a sus colegas, tanto de su facultad como de otras institu-

ciones, y que volverían a asistir al curso si tuvieran que tomar de nuevo la decisión; 95% afirmó que el curso había sido muy útil o extremadamente útil para sus actividades clínicas y docentes, y 75% que seguiría manteniendo contacto con otros participantes en el curso para colaborar en actividades docentes.

Entrevista a los 6 meses

Veinticinco de los 33 participantes (76%) completaron esta segunda entrevista. La puntuación media otorgada por estos 25 participantes a su propia competencia en las 14 áreas clínicas antes del curso fue de 4,5. Las puntuaciones oscilaron entre un mínimo de 3,3 para la genética y un máximo de 6,6 para la actuación ante la violencia doméstica. Después del curso, la puntuación global media aumentó a 7,0, con un mínimo de 6,2 para el tratamiento de la sobredosis de alcohol y un máximo de 8,5 para la evaluación diagnóstica. En 12 de las 14 áreas clínicas se observaron cambios significativos ($P < 0,05$) de las puntuaciones registradas antes y después del curso; las dos áreas clínicas en las que no se observaron cambios significativos fueron la conducta ante la abstinencia y la sobredosis.

Veinte de los 25 respondedores refirieron una mejora total o parcial de su plan de enseñanza en la entrevista realizada 6 meses después del curso; 12 de ellos dijeron haber completado la puesta en práctica del plan. Los programas de enseñanza de estos 20 participantes se dirigieron a estudiantes de medicina ($n = 4$), residentes ($n = 10$), profesores ($n = 6$) y grupos de la comunidad ($n = 1$). Los módulos más enseñados fueron las intervenciones breves ($n = 13$), la epidemiología ($n = 10$), la prevención ($n = 9$), el alcohol y la familia ($n = 7$), los efectos adversos sobre la salud ($n = 4$) y el síndrome alcohólico fetal ($n = 5$).

Uno de los resultados más impresionantes del curso fue la creación y puesta en práctica de cursos de varios días para el profesorado que no pudo asistir al curso inicial en septiembre de

1999. Los participantes procedentes de tres facultades de medicina de la zona occidental de Venezuela (Universidad del Zulia, "Lisandro Alvarado" y "Francisco de Miranda") decidieron trabajar conjuntamente utilizando un modelo de "preparador de preparadores" para incrementar el número de profesores de sus instituciones con los conocimientos y aptitudes necesarias para poner en práctica un plan de estudios acerca del alcohol. Tan solo un mes después del curso inicial, los profesores de la Universidad del Zulia que participaron en él impartieron a 15 nuevos profesores un curso de 4 días en el que se incluyeron los 19 módulos originales. Junto con los profesores de la Universidad del Zulia que participaron en el curso inicial, la Universidad "Lisandro Alvarado" organizó otro curso de 3 días en el que participaron 23 profesores (entre ellos 13 médicos), residentes, enfermeras y representantes de la comunidad. Con estos dos cursos se multiplicó por más de dos el número de docentes de ambas instituciones con formación especializada en el campo de la educación sobre el alcohol. Los profesores de la Universidad del Zulia también organizaron en el Hospital Militar de Maracaibo un curso de varios días al que asistieron los médicos de plantilla y los residentes de ese hospital. En la Universidad de Carabobo se creó un nuevo curso para estudiantes de medicina y residentes de obstetricia. En las escuelas de medicina de Bolívar y Anzoátegui de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oriente se organizó una serie de talleres para estudiantes de medicina y posgraduados que estaban recibiendo formación en medicina de familia y psiquiatría. De los 19 módulos originales, a los estudiantes de medicina se les impartieron 4 y a los residentes, 6 (epidemiología, prevención, intervenciones breves, alcohol y familia, efectos adversos para la salud y síndrome alcohólico fetal). En enero de 2001, ocho de las nueve escuelas de medicina representadas en el curso inicial habían llevado a cabo actividades formales de educación y formación acerca del alcohol destinadas a los estudiantes de medicina, a los residentes o a los médicos. La Universidad

de Carabobo también había empezado a ofrecer a los estudiantes de medicina de último año (6°) un curso optativo sobre el alcohol y las drogas.

Por último, los 25 participantes que respondieron a la segunda entrevista dijeron haber impartido enseñanzas sobre el alcohol a estudiantes y residentes, a otros profesores y a la comunidad en ámbitos muy diversos, como clases, sesiones clínicas, consultas, tareas de supervisión o seminarios.

Investigación relacionada con el alcohol y formación médica continua

Varios participantes en el curso han realizado investigaciones relacionadas con el alcohol. En la Universidad del Zulia se ha realizado un estudio prospectivo sobre la prevalencia del abuso de alcohol en pacientes hospitalizados debido a accidentes, comprobándose que 46,6% de los accidentes estaban relacionados con el alcohol. Los resultados de este estudio se presentaron en la reunión anual de la Sociedad Venezolana de Medicina Física y Rehabilitación, recomendándose que los fisiatras y residentes incluyan en sus anamnesis preguntas sobre el consumo de alcohol. La Universidad de los Andes ha realizado en 27 escuelas secundarias de la ciudad de Mérida una encuesta sobre el consumo de alcohol, utilizando para ello el cuestionario POSIT. En la Universidad "Lisandro Alvarado" se está estudiando la relación entre el consumo de alcohol y las concentraciones séricas de IgE en pacientes con esteatosis hepática. En Maracaibo, un participante está estudiando la prevalencia de los trastornos relacionados con el alcohol en pacientes de un ambulatorio público. En un seminario de educación médica continua realizado en el Hospital Universitario de Maracaibo en noviembre de 2000 con motivo de la celebración de su 40° aniversario, uno de los temas centrales fue el Alcohol y la Familia. Participó en él un grupo de conferenciantes que habían asistido al curso inicial sobre la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol.

DISCUSIÓN

La implementación del Programa Internacional de Educación Médica sobre la Prevención y Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Alcohol ha sido útil para las facultades de medicina de Venezuela. Los beneficios a corto plazo están relacionados sobre todo con la formación y es de esperar que tengan gran impacto asistencial. Al curso asistieron docentes de 9 de las 10 escuelas de medicina del país, y 80% de estas escuelas respondieron a la encuesta realizada después del curso y manifestaron haber organizado cursos similares para formar a más personal docente y para transmitir los conocimientos adquiridos a los estudiantes de medicina y a los residentes de diferentes especialidades, como la medicina de familia, la pediatría, la obstetricia y ginecología o la medicina preventiva. Asimismo, varios profesores que asistieron al curso iniciaron investigaciones sobre el alcohol. A medio y largo plazo, todo esto debería manifestarse en beneficios para los pacientes.

Como en muchos otros países, el económico fue uno de los mayores obstáculos que encontraron los participantes para poner en práctica sus planes de enseñanza. La formación del profesorado requirió una importante

inversión. La enseñanza de los estudiantes de medicina y de los residentes no necesitó tanto apoyo financiero, puesto que se llevó a cabo principalmente a través de la inclusión de los temas relacionados con la prevención y el tratamiento del consumo de alcohol en actividades curriculares ya existentes. No obstante, a largo plazo, las limitaciones económicas seguirán constituyendo un problema, dado que el profesorado seguirá queriendo mejorar su formación profesional y emprender importantes actividades de investigación.

El gran interés por los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas manifestado por los asistentes al curso antes de su realización se confirmó por el aumento de dicho interés 6 meses después y por la implementación de actividades curriculares relacionadas con el tema en las instituciones de los participantes. El estrecho contacto mantenido después del curso por sus asistentes seguramente contribuyó a sostener los esfuerzos individuales de cada uno, especialmente en las instituciones en las que más obstáculos se encontraron para poner en práctica dichas actividades. El apoyo institucional y el financiamiento proporcionados por personalidades clave de las instituciones univer-

sitarias fueron fundamentales para llevar a cabo nuevas actividades de formación del profesorado.

La implementación de este programa educativo internacional en Venezuela ha sido un importante estímulo para la introducción formal de actividades curriculares relacionadas con el consumo de alcohol en las facultades de medicina y en los programas de formación de residentes de todo el país. Además, ha proporcionado apoyo al profesorado preocupado por los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas, el cual necesitaba mayor formación especializada. La cooperación continua surgida entre los participantes después de su asistencia al curso parece haber ampliado su visión y haberlos motivado para renovar su compromiso de seguir trabajando en este importante campo.

Agradecimientos. Los autores agradecen el apoyo prestado a este proyecto por las siguientes instituciones: Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA), EE. UU.; Universidad del Zulia, Venezuela; Petróleos de Venezuela S.A., y Fundación Venezolana para la Medicina Familiar.

REFERENCIAS

1. U.S. Department of Health and Human Services. Tenth special report to the U.S. Congress on alcohol and health: highlights from current research. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
2. Fleming M, Murray M. An international medical education model for the prevention and treatment of alcohol use disorders. Washington, D.C.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1997.
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The physicians' guide to helping patients with alcohol problems. Washington, D.C. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995 (NIH publication No. 95-3769).
4. Caetano R. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en América Latina: revisión bibliográfica. Bol Oficina Sanit Panam 1984;97:497-525.
5. Spirits Commodity Board. World drink trends 1999: international beverage consumption and production trends. Henley-on-Thames: NTC Publications LTD, 1999.
6. Pan American Health Organization. Volume II: Health conditions in the Americas, 1990. Washington, D.C.: PAHO; 1990. (Scientific Publication No. 524).
7. Crovato E. Alcoholismo femenino. [Sitio en Internet] Venezuela Analítica, 5 de junio de 2000. Disponible en: <http://www.analitica.com> (acceso el 5 junio 2000).
8. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. Alcohol policy and the public good. New York: Oxford University Press; 1994.
9. Gaskin de Urdaneta A, Rosales de Martínez N. Alcohol y gravidez: análisis de una muestra en la Maternidad Armando Castillo Plaza. Investigación Clínica 1997;38:66-67.
10. Sukerman Voldman E, Laitouni Anka J, Mata Plathy M, Martínez Ruíz K, García Segovia C, Martínez Gutiérrez E, et al. Características clínico-epidemiológicas de 100 pacientes de la Maternidad del Hospital Central de Valencia. Rev Obstet Ginecol Venez 1994;54:213-222.
11. U.S. Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. International Narcotics Control Strategy Report 1997: Venezuela. Washington, D.C.: Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs; 1998.
12. Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID). [Sitio en Internet] CONACUID. Disponible en: <http://www.conacuid.com>. Acceso el 10 mayo 2001.
13. Murray M, Fleming M. Prevention and treatment of alcohol-related problems: an international medical education model. Acad Med 1996;71:1204-1210.

Manuscrito recibido el 27 de agosto de 2001. Aceptado para publicación, tras revisión, el 10 de junio de 2002.

Primary care and alcohol use disorders: evaluation of a faculty-development program in Venezuela

ABSTRACT

Objective. Primary care offers an opportunity to identify and treat persons who drink alcohol above permissible levels. In order to prepare primary care practitioners around the world to prevent and treat alcohol-related problems, the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the United States of America has developed and tested a model international program for educating physicians about such problems. The model was designed to increase the clinical, teaching, and research skills of medical school faculty who work with medical students, residents, and primary care physicians. Venezuela was one of the countries selected for the initiative.

Methods. During September 1999 a five-day faculty-development course consisting of 19 workshops was conducted at the University of Zulia, which is located in the city of Maracaibo, Zulia, Venezuela. Teaching strategies included class presentations, role plays, case presentations, skills-building workshops, and having each participant develop a teaching plan that he or she would use.

Results. Thirty-three faculty members from 9 of Venezuela's 10 medical schools participated in the project. The 18 female and 15 male participants had an average age of 44 years. The areas of specialization of the 33 participants were: family medicine (9 participants), psychiatry (7), pediatrics (6), obstetrics (4), internal medicine (3), and unspecified (4). Of the 33 participants, 25 of them (76%) completed a six-month follow-up interview. This group said they had significantly increased their competence in 14 clinical areas and that they had successfully implemented new teaching activities within their respective medical schools and residency programs.

Conclusions. This model proved to be an effective strategy for increasing training for physicians in the prevention and treatment of alcohol-related problems in Venezuela. The evaluation confirms similar findings in other countries where the program has been implemented.

XVI Congreso Latinoamericano de Microbiología

Fechas: 11 a 15 de noviembre de 2002

Lugar: La Habana, Cuba

La Asociación Latinoamericana de Microbiología (ALAM) anuncia la celebración del XVI Congreso Latinoamericano de Microbiología, que será ocasión también del VI Congreso Cubano de Microbiología y Parasitología y del III Congreso Cubano de Medicina. El evento, que tiene lugar cada dos años, es un foro para el intercambio de conocimientos entre profesionales de la salud dedicados al campo de las enfermedades infecciosas. Habrá simposios sobre dengue, sida, enfermedades respiratorias agudas, infecciones de transmisión sexual, hepatitis, amebiasis, leishmaniasis, fiebres hemorrágicas y otras afecciones, y una interesante conferencia sobre la historia de la medicina tropical en Cuba. También se tratarán otros temas de bacteriología, virología, micología, biología molecular e inmunología y se examinarán los últimos conocimientos sobre resistencia bacteriana, infecciones nosocomiales, enfermedades emergentes y reemergentes, y vectores de importancia clínica.

Las reuniones se celebrarán en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", y la fecha límite para la recepción de los resúmenes de trabajos es el 31 de agosto de 2002. El programa del evento y las instrucciones para la presentación de manuscritos pueden consultarse en <http://alai.cigb.edu.cu/ALAM.pdf>.

Información:

Dra. Alina Llop

Apartado 601, Marianao 13

Ciudad de la Habana, Cuba

Correo electrónico: allop@ipk.sld.cu

Tels.: (537) 22 06 51 / (537) 22 04 48

Fax: (537) 24 60 51 / (537) 22 06 33