

Necesidades de aprendizaje sobre drogadicción en médicos generales integrales venezolanos de Lara (2007)

Needs of learning on drug addiction in Venezuelan integral general physicians from Lara state (2007)

MSc. Morayma Zulueta Yate,^I Dr. Lourdes Rodríguez Pérez,^I MSc. Marta Vázquez Ortiz,^I MSc. Gilberto Quevedo Freitas^{II}

^I Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{II} Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las drogadicciones constituyen un problema de salud que en algunos países desarrollados, supera en morbilidad y casi alcanzan en letalidad, a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas.

Objetivo: identificar el nivel de conocimientos sobre drogadicción en médicos generales integrales venezolanos, que laboran en los consultorios populares del municipio Iribarren, en el estado Lara, Venezuela.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en el periodo comprendido entre diciembre de 2006 y junio de 2007. El universo de estudio estuvo constituido por los 46 médicos que laboran en los consultorios de este municipio. Para la recogida de los datos se aplicó una encuesta, previo consentimiento informado. Se trabajó con números absolutos y porcentajes, como medida para cada variable utilizada.

Resultados: se obtuvo un predominio de 28 galenos con experiencia laboral entre 6 y 10 años para un 60,9 %. La totalidad de los médicos reconoció como drogas a la marihuana, la heroína y la cocaína, todos refirieron que solo se debe tratar con prioridad al paciente enfermo, además predominó el criterio de que el tratamiento médico, se debe realizar con el paciente hospitalizado para un 56,6 %. Existió escasa experiencia en el manejo de estos pacientes para un 91,3 % y el 100 % de los encuestados, refirió no conocer el Programa Nacional de Drogadicción.

Conclusiones: existe un escaso conocimiento con respecto al manejo de la drogadicción en la atención primaria de salud, se identificaron necesidades de aprendizaje por parte de los médicos generales integrales venezolanos.

Palabras clave: necesidades de aprendizaje, drogadicción, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: the drug addictions are a health problem that in some developed countries overtakes in morbidity and almost to achieve the lethality to cardiovascular and oncologic diseases.

Objective: to identify the level of knowledge on drug addiction in Venezuelan integral general physicians working in popular consulting rooms of Iribarren municipality in Lara State, Venezuela.

Methods: a retrospective, cross-sectional and descriptive study was conducted from December, 2006 to June, 2007. Study universe included 46 physicians working in consulting rooms of this municipality. To data collection a survey was applied previous informed consent. Absolute numbers and percentages were used as a measure by each variable used.

Results: there was predominance of 28 physicians with a 6 and 10 years working experience for a 60.9 %. Total of physicians recognized as drugs the marihuana, heroin and cocaine. All declared that only the ill patient must to receive priority; also, the was predominance of the criterion that the treatment must to be applied when the patient is hospitalized for a 56.6 %. The was an scanty experience on the management of these patients for a 91.3 % and the 100 % of polled persons declared its total knowledge of the existence of the Drug Addiction National Program.

Conclusions: there is a scanty knowledge regarding the management of drug addiction in the primary health care; the needs of learning by Venezuelan integral general physicians were identified.

Key words: learning needs, drug addiction, primary health care.

INTRODUCCIÓN

A partir de la aprobación del marco constitucional en el año 1999, la República Bolivariana de Venezuela, empezó a experimentar una serie de cambios y transformaciones en diferentes sectores, entre estos el sector salud, lo que plantea una reorientación de la política sanitaria a nivel nacional, a raíz de la nueva definición de salud como "derecho social fundamental" y como parte del "derecho a la vida", lo que impone una garantía que debe ser asumida por el estado venezolano, a partir de la construcción y consolidación de un Sistema Público Nacional de Salud, que se caracteriza por un modelo de gestión y de atención de carácter participativo, descentralizado e intersectorial, teniendo como plataforma la atención primaria de salud.¹

Con la intención de mejorar el estado de salud de la población, el estado venezolano encaminó sus acciones en dos vertientes: la enseñanza y el ejercicio de la medicina, por lo que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MDSS) en enero de 2004, asumió de forma masiva la formación de recursos humanos en salud en la especialidad de medicina general integral (MGI), con la llegada de personal médico calificado procedente de Cuba, para que fueran los promotores y profesores de este programa, que produciría un cambio en el enfoque preventivo y biopsicosocial de la medicina existente hasta ese momento. De este modo se le dio respuesta a las necesidades del encargo social por la demanda de salud que existía en el país, y se confeccionó a partir de una Comisión Técnica Asesora, el diseño curricular del médico general integral (MGI) que apunta hacia la formación de un médico con competencias, en la tarea de proveer salud con calidad de vida y equidad a todos y todas, para de esa manera, contribuir a resolver de una vez por todas, los ingentes problemas que en materia de salud aún confronta la mayoría de la población venezolana, por lo que se hace importante la capacitación y superación de los profesionales en estas funciones docentes, las que deben estar encaminadas a incidir en las prácticas educativas cotidianas, y centradas en aquellas necesidades, intereses y problemas que este profesional experimenta, en el ejercicio de su práctica diaria y en su vida cotidiana.^{2,3}

En el sector de la salud, esta identificación cobra mayor importancia, desde la atención primaria hasta el nivel terciario, y la búsqueda de nuevas vías de capacitación del personal, constituye una de las bases primordiales para la prestación de servicios de salud, que resulten apropiados para enfrentar las necesidades de la población. Dado el gran número de trabajadores con que cuenta el sistema de salud en el país, es preciso que se desarrolle la educación permanente, la cual comienza con la existencia de un problema o situación real, que conduce a la identificación de necesidades de aprendizaje que generen las soluciones correspondientes.⁴

La República Bolivariana de Venezuela no se encuentra exenta de este fenómeno social, se han reportado cifras alarmantes de consumidores de drogas tanto lícitas como ilícitas, entre la población más joven del país. Los reportes estadísticos de la drogadicción no se encuentran como una patología independiente, única, o por sí sola, mas se puede encontrar asociada o vinculada como causa-efecto de otras afecciones relacionadas con la salud mental del individuo o la comunidad, como los accidentes, suicidios, homicidios, trastornos psicóticos, depresivos y violencia, entre otras.⁵

El consumo de drogas constituye un problema de salud en Venezuela, y específicamente en el estado Lara, por lo que resulta importante la capacitación y superación de los profesionales de la salud, y que se aborde esta problemática con un enfoque promocional y de prevención.

Sin embargo, no existen estudios científicamente fundamentados que aborden esta problemática, por lo que se decidió realizar una investigación en el municipio Iribarren, en el periodo comprendido entre diciembre de 2006 y junio de 2007, con el objetivo de identificar las necesidades de aprendizaje sobre drogadicción en médicos generales integrales venezolanos, además de describir las variables sociodemográficas: años de experiencia laboral, niveles de conocimientos acerca de las sustancias clasificadas como drogas, la prioridad en el tratamiento, lugar donde se debe tratar al paciente, experiencia en el manejo médico y conocimiento del programa de drogadicción.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación en el campo de la educación de postgrado, con el objetivo de identificar las necesidades de aprendizaje relacionadas con la drogadicción en médicos generales integrales venezolanos, que laboran en los consultorios populares del municipio Iribarren estado Lara, Venezuela, en el periodo comprendido entre diciembre de 2006 y junio de 2007. El universo de estudio estuvo constituido por los 46 médicos que laboraron en los consultorios de ese municipio.

Se estudió como variable sociodemográfica los años de experiencia laboral, así como algunas drogas tales como: alcohol, anfetaminas, café, chimo y el cigarro, además se analizó la prioridad del tratamiento, el lugar donde se debe realizar, la experiencia de los médicos en el tratamiento del paciente drogadicto, y el conocimiento con respecto al programa de drogadicción.

Para la recogida de los datos primarios se elaboró una encuesta, la cual se aplicó durante 15 días, en las visitas realizadas a los consultorios, con previo consentimiento informado de los participantes.

La información obtenida se plasmó en una planilla de recolección de datos y se procesó a partir de hojas de cálculo del programa Microsoft Excel; se trabajó con números absolutos y porcentajes, como medida para cada variable utilizada; los resultados de la investigación se presentaron en tablas. El informe final se confeccionó mediante el procesador de texto Word.

RESULTADOS

Se encontró un predominio de 28 médicos con una experiencia laboral de 6 a 10 años, para un 60,9 %.

En el reconocimiento de las sustancias como drogas (tabla 1) identificaron correctamente la marihuana, heroína y cocaína; coincidieron en las respuestas los 46 encuestados para un 100 %. Le continúa en orden de frecuencia la identificación del alcohol con 44 (95,6 %) y las anfetaminas con 29 (63 %) encuestados.

En cuanto a la prioridad del tratamiento ante un paciente drogadicto, según criterio de los médicos (tabla 2) se encontró que el 100 % refirió que se debe tratar primero al paciente drogadicto, 42 (91,3 %) y 41 (89,1 %) refirieron que se deben tratar además a los hijos y a la familia respectivamente.

Tabla 1. Distribución de sustancias como drogas, según el conocimiento de los médicos

Sustancias	Total	%
Alcohol	44	95,6
Anfetaminas	29	63
Café	14	30,4
Chimo	9	19,5
Cigarro	9	19,5
Cocaína	46	100
Heroína	46	100
Marihuana	46	100

Tabla 2. Prioridad del tratamiento en un paciente drogadicto, según criterio de los médicos

Prioridad del tratamiento	Total	%
El paciente	46	100
La familia	41	89,1
Amigos	21	45,6
Los hijos	42	91,3
Cónyuge	29	63,0
Otros	10	21,7

En relación con el lugar donde se debe realizar el tratamiento de drogodependencia, según el criterio de los médicos (tabla 3), 26 (56,5 %) respondieron que se debe realizar con el paciente hospitalizado, seguidos de 15 encuestados que plantearon que el tratamiento se debía realizar de forma ambulatoria, e insertados los pacientes a grupos de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos para un 32,6 %.

Según la experiencia en el tratamiento al paciente drogadicto (tabla 4) fue notable el predominio de los médicos que no tenían experiencias, con 42 profesionales para un 91,3 %; solo 4 respondieron tener experiencia, lo que representó el 8,7 %.

Al indagar con respecto a si conocían el programa actual de drogadicción (tabla 5) el 100 % de los médicos, respondieron no tener conocimiento sobre la existencia de este.

Tabla 3. Lugar donde se debe realizar el tratamiento de drogodependencia, según el criterio de los médicos

Lugar de tratamiento	Total	%
Hospitalizado	26	56,5
Ambulatorio e insertados a grupo de ayuda mutua	5	10,9
Ambulatorio e insertados a grupos de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos	15	32,6
Total	46	100

Tabla 4. Experiencia de los médicos en el tratamiento al paciente drogadicto

Experiencia	Total	%
Sí	4	8,7
No	42	91,3
Total	46	100

Tabla 5. Conocimiento con respecto a la existencia del programa actual de drogadicción

Conocimiento	Total	%
Sí	0	0
No	46	100
Total	46	100

DISCUSIÓN

La marihuana, heroína y cocaína fueron correctamente identificadas, estos resultados coinciden con un estudio realizado por *Roncero* en España.⁶

Cada día son más los consumidores de drogas ilícitas, estos alcanzan en la actualidad entre el 3 y 4 % de la población mundial. La marihuana es la sustancia psicotrópica más requerida; sin embargo se ha demostrado que los estimulantes sintéticos están ganando más popularidad, en particular entre la juventud urbana. Mientras tanto, en algunos países, la heroína conquista un nuevo mercado en las clases más pudientes.⁷⁻⁹

Le continúa en orden de frecuencia la identificación del alcohol como droga, para un 95,6 %. Es notable el incremento del consumo de alcohol a nivel mundial. Francia, Portugal, Italia y España, ocupan los primeros lugares en Europa, mientras que en EE. UU. se relaciona con dicho hábito tóxico, más del 50 % de los accidentes del tránsito, la mitad de los arrestos policíacos, la tercera parte de los suicidios, e infinidad de otras transgresiones sociales como la violación, el homicidio, las agresiones y el abandono familiar y laboral. La significación económica de esta toxicomanía en dichos países, se calcula en 45 000 millones de dólares anualmente.¹⁰

La correcta identificación de las anfetaminas como drogas en el 63 % de los encuestados, demuestra el escaso conocimiento de las anfetaminas como causantes de adicciones. Popularmente no se conoce la anfetamina como droga, a pesar de las regulaciones para su venta se consume mezclada y se conoce con múltiples nombres como son: éxtasis, droga del amor y Eva. El nombre varía en dependencia de la mezcla, la sociedad y la población que la consume.

Le continúa en orden de frecuencia la identificación del café, el chimo y el cigarro como drogas, para un 30,4, 19,5 y 19,5 % respectivamente. Los autores creen que aunque estas drogas son lícitas, consideradas como blandas, hay que tenerlas en cuenta ya que quien consume una sustancia dañina, corre el riesgo de sufrir el fenómeno ético de la pendiente resbaladiza, que le iniciaría en otras sustancias de carácter ilegal y que constituyen principales factores de riesgo de enfermedades, que pueden llevar a la muerte.¹¹

Está demostrado que el riesgo de consumo de alcohol en un fumador, triplica al de los no fumadores, y que el riesgo de consumo de tabaco, es tres veces mayor entre los consumidores de café. De la misma manera, el riesgo de consumo de sustancias ilegales es mayor entre las personas que consumen drogas legales, sobre todo aquellas que como el alcohol afectan el comportamiento.

Es importante observar que todos los encuestados (100 %) refirieron que se debe tratar al paciente drogadicto, lo cual coincide con lo expresado en la literatura internacional, que plantea la utilización de múltiples recursos de tratamientos para estos pacientes,^{12,13} refirieron 42 encuestados (91,3 %) y 41 (89,1 %) que se deben tratar a los hijos y a la familia respectivamente, y continuar en orden el tratamiento de cónyuges, amigos y otros.

De forma general, estos datos permiten considerar, que en la drogadicción se debe tratar al paciente junto con la familia y los amigos allegados, ya que en muchas ocasiones el diagnóstico de esta afección, es realizado por la misma familia, y desde etapas tempranas de la enfermedad, tienden a hacerle rechazo al paciente, lo cual agudiza aún más la dolencia. Es muy importante tratar a todos los familiares ya sean padres, hijos, hermanos, esposos y extenderlo a los amigos más cercanos, para lograr un mayor éxito en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo, en su propio medio.

En un estudio realizado por *Vicens Caldentey* y otros,¹⁴ sobre la eficacia a largo plazo de una intervención, para la deshabituación del consumo crónico de benzodiazepina, refirieron que la terapia multidimensional para adolescentes, es un tratamiento para el abuso de drogas que toma lugar fuera del hospital, y está centrado en la familia; examina el uso de drogas de los adolescentes desde el propio individuo, los parientes, los compañeros y la comunidad y se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan el estilo particular de educar a sus hijos, y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar, así como a tener una influencia positiva y apropiada en sus familiares.

Plantearon que el tratamiento debe realizarse hospitalizado, 26 (56,5 %) especialistas de MGI, lo que demuestra el poco dominio con respecto a los criterios de tratamiento de la drogadicción, ya que actualmente se aboga por el manejo ambulatorio de los pacientes con drogodependencias, insertados a grupos de ayuda mutua en la comunidad.¹⁵

Esto se torna más significativo cuando se considera que entre las funciones de la atención médica integral, se encuentran la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz, la atención médica oportuna y continua, y

también la rehabilitación física, mental y social en la comunidad, criterio que comparte la autora principal del trabajo y considera además que para poder cumplir con este aspecto del tratamiento de las drogadicciones, se deben aportar conocimientos científicos básicos que mejoren las prácticas médicas y permitan el cumplimiento con la misión social y humanística de promover y proteger la salud de los individuos, la familia y la comunidad.

Al indagar en los médicos, sobre la poca experiencia en el manejo del tratamiento de los pacientes que sufren de drogadicción, más de la tercera parte refirió no tener conocimientos adecuados con respecto al tema, pues en su enseñanza profesional, ese tema se impartió de forma superficial, tanto en la formación de pregrado como en la de postgrado.

De los médicos encuestados, el 100 % no tiene conocimientos sobre la existencia del programa de drogadicción que existe a nivel nacional, y refirieron que no hay una divulgación de dicho programa en Venezuela, y además no se le da como contenido en su formación como especialistas de MGI. Debido a esto, no se pudo conocer si dicho programa, se ajustaba a las necesidades reales del contexto venezolano

CONCLUSIONES

Predominaron los galenos con una experiencia laboral entre 6 a 10 años, que reconocieron como drogas a la marihuana, cocaína y heroína. Refirieron que solo deben tratar al paciente enfermo, preferiblemente hospitalizado. Existe escasa experiencia en el manejo de estos pacientes y no se conoce el Programa Nacional de Drogadicción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Educación Superior y Dirección Nacional de Docencia de la Misión Barrio Adentro. Programa Nacional para la Formación del Médico Integral Comunitario de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: MES; 2005. p. 4-26.
2. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Indicaciones Metodológicas para la implementación de la residencia en Medicina General Integral. Caracas: MSDS; 2004. p. 4-9.
3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan de estudio de la especialidad en Medicina General Integral. Caracas: MSDS; 2004 p. 5-42.
4. Álvarez Sintés R. Educación permanente. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(6): 519-21.
5. Nida Sánchez A. Situación de Salud OPS/OMS, Venezuela; 2006. [Consultado: 12 de marzo de 2007]. Disponible en: <http://www.ops-oms.org.ve>
6. Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. Consumo de cannabis y desarrollo de psicosis: estado actual. Actas Esp Psiquiatr. 2007; 35(3): 182-89.

7. Torres Vespa Y. La drogadicción va en aumento en nuestra juventud. [Consultado: 16 de febrero de 2007]. Disponible en: <http://www.monografias.com>
8. González Menéndez R. Cómo liberarse de los hábitos tóxicos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993. p. 18.
9. González Menéndez R, Galán Beiro G. La declaración de Brasilia. Reflexiones sobre sus pautas para el enfrentamiento a los problemas relacionados con el alcohol. Rev del Hosp Psiquiátr Hab. [serie en Internet] 2007 [Consultado: 21 de febrero de 2008];4(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu>
10. González Menéndez R, Martínez Hurtado M. Criterios sobre significación, factibilidad y nivel de utilización de acciones antialcohólicas. Resultados de un taller con especialistas cubanos. Rev del Hosp Psiquiátr Hab. [serie en Internet] 2006 [Consultado: 21 de febrero de 2008];3(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0306/hph031106.htm>
11. González Menéndez R. Contra las adicciones. Clínica y tratamiento. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2005.
12. González Menéndez R, Donaire I, Goicolea S, Martínez Hurtado M. Seguimiento al año y 8 años de cohortes de alcohólicos tratados con disulfiram oral e implantable. Rev Adicciones. 2001;13(3):319-23.
13. Fernández Miranda JJ, María González PA, Montes Pérez M, Díaz González T, Gutiérrez Cienfuegos E, Antuña Díaz M, Bodes García JJ. Topiramato como coadyuvante en el tratamiento del trastorno por dependencia de alcohol en pacientes que no responden: Un estudio de 12 meses. Actas Esp Psiquiatr. 2007;35(4):236-42.
14. Vicens Caldentey C, Fiol Gelabert F, González Garrido E, Martínez Ojeda E, Mateu Sabater C, Llobera Cánaves J. Eficacia a largo plazo de una intervención para la deshabitación del consumo crónico de benzodiazepinas. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(5):295-98.
15. González Menéndez R. Terapéutica psiquiátrica integral. 2da Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 10-32.

Recibido: 27 de mayo de 2010.

Aprobado: 1 de diciembre de 2011.

Morayma Zulueta Yate. Hospital "Miguel Enríquez". Ramón Pinto No. 202, Luyanó. La Habana, Cuba. Correo electrónico: morazulueta@infomed.sld.cu