

Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre la drogodependencia

Learning requirements of the comprehensive general physician about drug dependency

MSc. Dr. Víctor Tadeo Pérez Martínez

Policlínico Universitario "Ana Betancourt". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las necesidades de aprendizaje o capacitación resultan de contrastar un desempeño ideal o propuesto con el real, bien sea para un individuo o un grupo determinado. Constituyen el punto de partida para la búsqueda de una solución pedagógica, capacitante, a fin de contribuir a la transformación cualitativa de los servicios de salud, y su oportuna identificación una trascendental herramienta de la Educación Permanente.

Objetivo: identificar las necesidades de aprendizaje que, sobre la drogodependencia, tienen los médicos que laboran en los Equipos de Atención Primaria de Salud del municipio Playa.

Método: se realizó la identificación de necesidades de aprendizaje mediante un cuestionario escrito, que se aplicó de forma colectiva y anónima a 18 especialistas de MGI seleccionados al azar, que laboran en tres policlínicas del extremo este del municipio Playa.

Resultados: se puntuaron las deficiencias e insuficiencias de los conocimientos y habilidades profesionales sobre el fenómeno de la drogodependencia.

Conclusiones: a pesar de que la Atención a la drogodependencia constituye, en el primer nivel de atención, uno de los Programas priorizados, en lo que a Salud Mental se refiere, la mayoría de los especialistas exhibió dificultades en el manejo integral de estos pacientes, persiste un comportamiento cuyo riesgo es, habitualmente, poco explorado, y su evaluación adolece, en ocasiones, de elementos de obligatoria indagación y conocimiento, lo que afecta su calidad y su adecuado seguimiento.

Palabras clave: necesidades, aprendizaje, drogodependencia, cuestionario.

ABSTRACT

The learning or training requirements result from comparing the ideal or proposed performance with the real one of either an individual or a group. They are the starting point to look for an enabling pedagogic solution that contributes to the qualitative transformation of health services and their timely identification represents a fundamental tool of the continuing education.

Objective: To identify the learning requirements of the primary health care team physicians in Playa municipality in terms of drug dependence.

Methods: Learning requirements were detected through a written questionnaire anonymously and collectively administered to 18 randomly selected family physicians, who worked in three polyclinics of Playa municipality.

Results: Lack of adequate professional knowledge and skills to deal with drug dependence was shown.

Conclusions: In spite of the fact that care to drug dependence is one of the priority mental health programs within the primary health care system, most of the Comprehensive General Medicine specialists did have difficulties in managing these patients, their risky behaviour is persistent and regularly poorly explored, and their evaluation sometimes lacks elements of compulsory inquiry and knowledge, thus affecting the quality of such evaluation and the suitable follow-up of these patients.

Key words: requirements, learning, drug dependence, questionnaire.

INTRODUCCIÓN

En el sector de la salud la identificación de necesidades de aprendizaje cobra mayor importancia, desde el primer nivel hasta el nivel terciario, y la necesidad de 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.¹

Las necesidades de aprendizaje se definen como la desviación real entre el desempeño práctico del individuo y el que el Sistema de Salud tiene previsto en esa función o puesto de trabajo, siempre que esta diferencia obedezca a falta de conocimientos, preparación o entrenamiento. Por su forma de manifestarse se clasifican en manifiestas y encubiertas. Por el alcance pueden ser organizacionales, ocupacionales, individuales, normativas, sentidas, expresas y comparadas.²

Las técnicas que se emplean para elaborar la identificación de las necesidades de aprendizaje (INA) son muy variadas en dependencia de la oportunidad, la complejidad y el perfil de la investigación, entre ellas se encuentran la encuesta, la entrevista, la observación, discusiones de grupo, cuestionarios, entre otras.¹ Por otra parte, ante un desempeño insatisfactorio, es importante determinar en qué medida ello es atribuible a un problema cognitivo. Ello puede determinarse, fundamentalmente, con la realización de exámenes o pruebas escritas, sobre todo cuando se trata de grupos grandes.^{2,3}

Sensibilizados por la gran tragedia de las drogadicciones, epidemia que azota al mundo actual y que amenaza intensificarse en el presente milenio, y teniendo en cuenta los crecientes esfuerzos que realiza nuestro país, donde afortunadamente este flagelo no constituye un problema de salud, por incrementar los niveles de

bienestar de todos los cubanos, conscientes además de la elevada significación social del médico de familia y su decisiva participación en el desarrollo de numerosos programas vinculados a la Salud Mental de nuestro pueblo,⁴ se propone, en el presente estudio, un acercamiento a la temática de las adicciones, la que puede motivar la necesidad de atención de casos individuales y poner a prueba los conocimientos y habilidades de los Equipos Básicos de Salud, especialmente, sobre su diagnóstico precoz y su manejo integral, aspectos de obligatorio conocimiento por los profesionales del primer nivel de atención, los cuales constituyen la puerta de entrada para buena parte de estos enfermos, ocupando un lugar privilegiado en el manejo efectivo de este fenómeno, pues conocen al paciente y su entorno social, laboral y familiar, pueden realizar un seguimiento longitudinal, utilizar, coordinar y racionalizar los recursos disponibles para su rehabilitación y reinserción psicosocial, y lo que resulta más importante: utilizar toda su experiencia para reconocer esta conducta autodestructiva, de forma que pueda evitarse en cualquier persona.

En la presente investigación se pretende indagar acerca de posibles deficiencias en los conocimientos que poseen los especialistas de Medicina General Integral, del municipio Playa, sobre las drogadicciones, como herramienta imprescindible para diseñar, posteriormente, una estrategia que propicie obtener un modelo educativo que responda a las necesidades de nuestra comunidad y garantice el desarrollo de nuestros profesionales, pues la determinación de las necesidades de aprendizaje es indispensable para poder garantizar la calidad de los programas de superación profesional en cualesquiera de sus variantes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y de corte transversal, durante el año 2010, con el propósito de identificar las necesidades de aprendizaje de los especialistas de MGI, del municipio Playa, sobre una enfermedad que alcanza proporciones epidémicas en nuestro planeta, la tragedia de las drogadicciones.

El universo o población de estudio estuvo constituido por 56 especialistas de Medicina General Integral que laboran, como titulares o reservas, en los Consultorios Médicos de Familia tipo 1 de las tres polyclínicas implicadas en la investigación y que fueron escogidas utilizando el muestreo por conveniencia. Se confeccionó un listado con los especialistas ya referidos, a los que se les asignó un número consecutivo, seleccionándose al azar los 18 médicos finalmente encuestados.

Como método empírico se escogió el Cuestionario (anexo), diseñado por el autor y aplicado a la manera de un examen o prueba escrita, por personal calificado, con carácter anónimo, y previo consentimiento informado. Su estructura consta de 9 interrogantes, las 6 primeras se diseñaron como preguntas estructuradas tipo test objetivo con respuestas alternativas de selección múltiple y de igualamiento o pareación, centradas, fundamentalmente, en el estudio de la toxicomanía más difundida a escala mundial, el alcoholismo. Las tres últimas son de respuestas breves o restringidas. Todas las preguntas se elaboraron de forma organizada y sistematizada, para lograr la información necesaria.

Para el procesamiento de la información obtenida se utilizó el método de la estadística descriptiva y los resultados se presentaron en tablas numeradas de forma consecutiva, en correspondencia con cada pregunta en él formulada, con números absolutos y porcentajes, se contrastaron con los elementos aportados por la bibliografía consultada acerca de la temática.

RESULTADOS

Con relación a la pregunta 1 se constató que solo el 40 % de los encuestados señaló el inciso f que hace referencia, de forma adecuada, a la dependencia de sustancias. El restante 60 % seleccionó indebidamente el inciso b, el cual define el término adicción. Este resultado refleja que más de la mitad de la muestra confunde clínicamente ambos fenómenos, lo que traduce un franco desconocimiento al respecto. Por otra parte, la totalidad de la muestra, como respuesta al inciso 1.2, únicamente pudo nombrar 2 modalidades de dependencia (física y psicológica), de las 4 solicitadas.

Con relación a la pregunta 2 se constató que el 100 % de los encuestados señaló correctamente todos los incisos, por lo que no se detectaron errores, ello traduce que los especialistas encuestados tienen pleno conocimiento sobre los mitos populares o falsas creencias acerca de alcoholismo, principal toxicomanía a escala mundial.

En la pregunta 3, se constató un 80 % de enlaces fallidos debido a la inclusión de los incisos a, b, e, f que funcionan como distractores, pues constituyen las fases de evolución de un toxicómano y no las etapas de evolución de la enfermedad alcohólica, cuyas características se describen en la columna B. Este hecho traduce que más de la mitad de los especialistas, al confundir las características propias de cada una de las etapas evolutivas de la enfermedad alcohólica con las inherentes a las diferentes fases de evolución de un toxicómano, desconocen los aspectos clínicos y evolutivos de dicha entidad.

En la pregunta 4, se evidenció que el 55 % seleccionó los incisos a, c, e, g que describen acertadamente los síntomas de la intoxicación alcohólica aguda. El restante 45 % incluyó indebidamente los incisos b, d, f, g que funcionan como distractores pues describen los síntomas y signos de la abstinencia alcohólica. Ningún encuestado seleccionó el inciso i que describe los síntomas de la intoxicación por opiáceos. En cuanto al inciso 4.1, se detectó que el 100 % de la muestra solo pudo nombrar, correctamente, pero de forma incompleta, los diagnósticos diferenciales de la intoxicación aguda alcohólica, es significativo que hicieron referencia, solamente, a otros tres estados de intoxicación por sustancias como barbitúricos, sedantes e inhalantes o disolventes. En cuanto al inciso 4.2, la totalidad de los encuestados hizo referencia, parcialmente, pero de forma correcta, a los exámenes complementarios útiles para el estudio integral de un paciente con indicios de alcoholismo, se destacó en orden de frecuencia, las pruebas de funcionamiento hepático y renal.

En la pregunta 5 la totalidad de los encuestados enlazó de forma correcta cada droga ilícita expuesta en la columna A con las características reflejadas en la columna B, de forma tal que no se detectaron enlaces fallidos, ni se incluyeron, erróneamente, los incisos d, c, i que funcionan como distractores en dicha interrogante. El 100 % de los médicos conoce lo referente a la prescripción médica de estas drogas, sus vías de administración, sus principales efectos, principio psicoactivo, entre otros aspectos de la tóxico cinética.

La pregunta 6 fue respondida, acertadamente, pero de manera incompleta, por el 100 % de los especialistas encuestados, ya que si bien todos excluyeron los incisos a, d, g que constituyen distractores en dicha interrogante, y señalaron, debidamente, los incisos c, f, i como etapas clásicas del tratamiento de un

toxicómano, no se identificaron otras etapas, no menos importantes, como las reflejadas en los incisos b, e, y h.

La pregunta 7 fue respondida acertadamente por la totalidad de los encuestados, en orden de frecuencia, fueron las vías evasiva, sociocultural, asertiva y sintomática, las más citadas. Fue significativo que el 20 % señalara la vía constitucional, precisamente el más cuestionado de los mecanismos patogénicos, así como el hecho de que solo el 15 % nombró la vía hedónica, relacionada con la búsqueda de "placer".

En la pregunta 8 el 100 % de los encuestados hizo alusión solamente a 2 patrones de consumo de drogas: el recreativo y el compulsivo. El primero relacionado con actividades sociales, mientras que el segundo traduce que la persona ha perdido el control sobre su consumo incrementando la cantidad, frecuencia y duración del uso de la droga, así como los gastos relacionados con esta. La pregunta fue respondida, en la totalidad de los casos, de forma parcial, se evidenció el desconocimiento de otros patrones de consumo como el experimental, muy frecuente entre los jóvenes, el circunstancial y el intensificado.

Por último, la respuesta a la pregunta 9, que explora las dificultades o limitaciones que enfrentan los médicos, en su trabajo diario, con los pacientes toxicómanos se resume de la siguiente forma:

- Pobre capacitación del personal sanitario o de salud en el manejo del paciente con comportamiento suicida (80 %).
- Limitación de los recursos: Equipos de Salud Mental incompletos e inestabilidad de los integrantes de los Equipos Básicos de Salud (70 %).
- Mal funcionamiento del trabajo en equipo, con una pobre implicación del personal de enfermería y trabajador(a) social, fundamentalmente (50 %).
- Posibilidades de dedicación escasas por falta de tiempo e interés del personal implicado (40 %).
- Irregularidades o inconsistencias en el proceso de evaluación periódica de la atención y seguimiento de pacientes con intento suicida, y a sus familiares (30 %).

DISCUSIÓN

El término de adicción ha sido, habitualmente, muy similar al de dependencia. Existe la tendencia actual de diferenciar clínicamente estos dos fenómenos, en el sentido de vincular el concepto de adicción con el deseo, imperioso e irrefrenable, búsqueda e impulso repetitivo, que conduce a la persona a una dinámica de reiteración, y su expresión en el nivel psicosocial. Por su parte, la dependencia se asocia con la adaptación, carencia, disfunción y síntomas de abstinencia expresados en el nivel biológico del ser humano. Como puede inferirse, ambos conceptos constituyen los polos de un espectro en cuya zona media llegan a yuxtaponérse e indiferenciarse.⁵ Ello puede explicar que el 60 % de los especialistas encuestados señalara, erróneamente, como respuesta a la pregunta 1, el inciso b, el cual hace referencia al concepto de adicción, y no al de dependencia, por lo que la mayoría no sabe diferenciar clínicamente estos dos fenómenos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto denominar dependencia de sustancias, a la entidad que se presenta como dependencia conductual o como dependencia física. La primera hace énfasis en las actividades de búsqueda de la

sustancia, asociada a patrones de consumo patológicos, mientras que la dependencia física subraya los efectos fisiológicos para cada episodio en que se consume la sustancia.⁶ Los patrones de consumo más conocidos son: el experimental muy frecuente entre los jóvenes, sin que esté limitado a una droga en particular; el circunstancial que responde a hechos o situaciones particulares: el recreativo muy relacionado con las actividades sociales; el intensificado que aparece en los consumidores que utilizan la droga a diario y añaden otra vía de consumo y el compulsivo caracterizado por la pérdida del control sobre el consumo e incremento de la cantidad, frecuencia y duración de la droga, así como los gastos asociados a esta.⁶ Sin embargo, en la investigación, todos los especialistas encuestados hicieron referencia, en la pregunta 8, a solo dos de estos patrones, mostrando desconocimiento al respecto. Ante la idea existente entre los jóvenes acerca del consumo social de las drogas de manera similar a como ocurre con el alcohol, la comunidad científica internacional ha alertado que no existe el consumo social, por la potencialidad de adicción que estas desencadenan en períodos muy breves de tiempo. Así por cada 10 personas iniciadas en el consumo de drogas ilegales, entre 5 y 8 se convertirán rápidamente en adictos.⁶

En su concepción inicial la esencia de la dependencia era la aparición de manifestaciones de abstinencia ante la carencia de la sustancia determinante. Posteriormente se amplió su espectro a diversas modalidades que incluyen:⁵

- La dependencia psíquica determinada por el interés de reproducir los efectos psicoactivos, supuestamente gratificantes, del tóxico.
- La dependencia sociocultural fundamentada en la presión del grupo social en que se desenvuelve el paciente y cuyo ejemplo más feliz lo constituye el adolescente que solo necesita o busca droga cuando está con sus pares.
- La dependencia psicopatológica o sintomática de alguna entidad psiquiátrica subyacente como ocurre en el paciente fóbico, que busca el tóxico con el fin de atenuar su miedo irracional (aunque su efecto sea, a la larga, negativo).
- La dependencia fisiopatológica fundamentada en los cambios metabólicos que determina el consumo mantenido del tóxico y que se asocia, con mayor nitidez, al modelo inicial de dependencia física o biológica. Así, existen drogas, como el alcohol y la heroína, donde esta última modalidad es la más relevante, y otras, como la cocaína, donde predominan la psíquica, la sociocultural y la psicopatológica.

En niveles especializados se manejan también los conceptos de dependencia funcional y dependencia metabólica, que vincula el primero con la adaptación del sistema nervioso central, expresado por las manifestaciones del síndrome de abstinencia en el período de desintoxicación temprana que dura, generalmente, siete días y consideran la dependencia metabólica como la modalidad determinada por la adaptación celular de todo el organismo, situación que se demora otras 2 semanas en ser superada, es por ello que en muchos servicios de internación de alcohólicos se esperan 3 semanas para autorizarle el primer pase al paciente.^{5,6} Dada la amplia gama de modalidades de dependencia resulta preocupante que más de la mitad de los encuestados, en su respuesta al inciso 1.2, pudo hacer referencia a solo dos de ellas, evidencian, por tanto, su desconocimiento al respecto.

En las pautas diagnósticas actuales del síndrome de dependencia se plantea que el diagnóstico de esta solamente debe hacerse si, en algún momento durante los 12 meses previos, o de un modo continuo, han estado presentes 3 o más de los siguientes rasgos:⁷

1. Deseo persistente o esfuerzo poco exitoso para eliminar o controlar el uso de una sustancia.
2. Inversión de una gran cantidad de tiempo para obtener la sustancia, consumirla, o recuperarse de sus efectos.
3. Reducción o abandono importante de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de sustancias
4. Uso continuado de sustancias a pesar de presentar problemas físicos recurrentes o persistentes, presumiblemente causados o exacerbados por la sustancia.
5. Administración de la sustancia en mayores cantidades o por períodos más prolongados de lo que se pretendía.
6. Abstinencia: manifestada por el cuadro psicofísico característico de la sustancia, o la ingestión de la misma sustancia, o una parecida, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
7. Tolerancia: implica la necesidad de incrementos importantes en la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado, o la reducción importante de los efectos con el uso continuo y con la misma cantidad de sustancia.
8. Apréciese que los tres rasgos o más se cumplen sin necesidad del codificado como el sexto elemento.

Resultó gratificante que la totalidad de los encuestados respondiera, correctamente la pregunta 2, mostraron pleno conocimiento acerca de los principales mitos populares sobre el alcoholismo, hecho que traduce su capacidad para participar, acertadamente, en el primer nivel de atención, en el necesario proceso de transformación de todas estas falsas creencias. La vía sociocultural vinculada a costumbres, tradiciones y estilos de vida incorporados por influencias macrosociales o microsociales fue la segunda vía patogénica más citada, como respuesta a la pregunta 7, por los especialistas encuestados, capaz de conducir a las toxicomanías. La presión del grupo de para iguales, la copia de modelos individuales o estilos de vida y la errónea pretensión de demostrar audacia u hombría, se imbrican en la mencionada vía con los frecuentes mitos sobre el alcohol y otras drogas, donde se encuentran las paradójicas apreciaciones populares de que mejoran la vida sexual, estimulan y aumentan la productividad, combaten el frío, mejoran la personalidad y alivian problemas nerviosos, entre otras falsas creencias.^{8,9}

Desde la temprana adolescencia hasta la adultez la búsqueda de placer o de experiencias agradables persiste como la motivación más importante para el consumo reiterado de drogas, sin valorar que esos minutos de "placer" artificial se convertirán en prolongado tiempo de sufrimiento para el adicto y su familia.⁹ La vía hedónica, aunque estrechamente vinculada a la vía sociocultural (para muchos una variedad de ella), constituye un importante mecanismo patogénico en las adicciones, una de las 6 vías básicas que conducen a las toxicomanías, y la que, actualmente, desempeña un papel relevante en la proliferación mundial de las drogadicciones. La más importante en pacientes con rasgos disociales previos a la adicción, aunque se puede destacar en otras personas como consecuencia de factores formativos, manipulación excesiva de dinero o incorporación de estilos de vida muy distantes de los presentes en personas con valores espirituales adecuados.^{5,7,9} Resulta entonces preocupante que el 100 % de los médicos encuestados no la citara en su respuesta a la pregunta 7, y aún más preocupante que solo el 50 % pudiera mencionar a solo 2 de estas vías (la evasiva y la sociocultural).

El alcoholismo pasa por varias fases a lo largo de la enfermedad. En la fase prealcohólica la persona nunca acepta ayuda pues no la cree necesaria, refiere que aunque toma en exceso no se embriaga fácilmente, por lo que se considera fuerte para beber. En la fase psicosomática aparecen los síntomas más claros de adicción y surgen las lagunas alcohólicas, por lo que la persona no recuerda nada de lo que ha hecho o dicho cuando está embriagado. En la fase crítica se intensifican los síntomas cognitivos, psicológicos o conductuales con el no poder detener o dejar de beber aunque se lo proponga. Aunque la persona se justifica diciendo que puede dejar de beber cuando lo deseé porque ha logrado mantenerse días o semanas sin tomar, siempre terminará embriagándose cada vez que ingiera bebidas alcohólicas, pues ha perdido el control sobre el consumo. Finalmente, en la fase crónica el alcohólico inicia el consumo temprano en la mañana y durante todo el día. Los estados de embriaguez son muy prolongados, a veces meses o años, evidenciándose un deterioro físico, psíquico, económico, moral y social. También es manifiesta la descomposición familiar. En la investigación se evidenció que el 80 % de la muestra desconoce estas fases pues enlaza las características propias de cada una con las etapas de evolución de un toxicómano descritas, en 1992, por Prochaska,⁶ gracias a sus observaciones sobre las personas sometidas a tratamiento por alguna adicción, señala cinco etapas evolutivas: la precontemplativa, la contemplativa, la fase preparatoria, la fase de acción y la fase de prevención de recaídas. Las características propias de cada una de las etapas anteriormente citadas para nada se ajustan a las que corresponden a cada fase evolutiva de la enfermedad alcohólica.

Aunque no existe un consenso unánime se suele recomendar, para el estudio de cualquier paciente psiquiátrico, realizar las siguientes pruebas:⁷ hemograma, eritrosedimentación, glucemia, ionograma (sodio, potasio y calcio), pruebas de función renal (urea, creatinina) y pruebas de funcionamiento hepático (bilirrubina, fosfatasa alcalina y trasaminasas). Hormonas tiroideas, serología. Además se indicará orina (sedimento y bioquímica) y determinación de tóxicos en orina. Si existen indicios de alcoholismo se recomienda añadir: proteinograma, tiempo de protrombina, determinación hemática de alcoholemia, magnesio y ácido úrico. Electrocardiograma y radiografía de tórax. Aún cuando existen pruebas biológicas relativamente sensibles y específicas como la gammaglutamiltranspeptidasa, el volumen corpuscular medio y la determinación del índice ácido aminobutírico plasmático y leucina, así como recursos más sofisticados basados en análisis discriminantes sobre múltiples pruebas hematológicas y algunos indicadores neurofisiológicos del consumo de alcohol como la onda P-300 (disminución de la amplitud y aumento de la latencia de dicha onda, más notable a medida que la dosis ingerida y el tiempo transcurrido son mayores), su utilización se limita a casos excepcionales.⁹ Existen, sin embargo, recursos diagnósticos de corte epidemiológico, instrumentos validados internacionalmente, de notable utilidad para estudios de pesquisaje en la poblacional general. Hoy se cuenta con más de 250 cuestionarios para explorar si existe consumo anormal de alcohol, de fácil aplicación y valoración, en el primer nivel de atención, entre los que se destaca el Cuestionario de Indicadores Diagnósticos (CID).

Llamó la atención que los exámenes complementarios señalados, por todos los especialistas encuestados, para el estudio integral de un paciente con indicios de alcoholismo, se limitaron o redujeron a las investigaciones hematológicas, omitiéndose, por ejemplo, las pruebas con potenciales evocados visuales donde se evidencian importantes hallazgos neurofisiológicos como la aparición de un patrón electroencefalográfico caracterizado por la presencia de ondas alfa lentas y ondas betas rápidas, que se modifican con discretas dosis de alcohol en muchos pacientes alcohólicos, así como el conjunto de herramientas cuantitativas útiles para detectar el consumo patológico del alcohol (consumo perjudicial y dependencia alcohólica), se evidenció insuficiencia de conocimientos al respecto.

Los trastornos ocasionados por el abuso o la dependencia de alcohol son de carácter agudo y se expresan como cuadros de intoxicación o síntomas de abstinencia. Casi la mitad de la muestra confundió clínicamente la intoxicación aguda alcohólica, ocasionada por el consumo reciente de alcohol, y cuyo espectro se extiende desde los comportamientos donde predomina la desinhibición hasta los estados de embriaguez donde se afecta la conciencia, el estado afectivo, la conducta y otras funciones psicológicas y fisiológicas con el cuadro psicofísico de la abstinencia, que es, quizás, el trastorno más común en la urgencia, y es el que mantiene atado al individuo a su condición de alcohólico, el cual puede aparecer tras varias horas (4-12 horas) de disminución o supresión de la ingesta alcohólica, y cuyo riesgo persiste hasta 7 a 10 días. Por la vida media del alcohol, el pico de mayor intensidad se presenta al segundo día, mejorando considerablemente a partir del 4-5 días. Sus síntomas pueden ser neurovegetativos, orgánicos y psíquicos. (Feijoó Y. Comportamiento del alcoholismo en dos consultorios médicos. Trabajo presentado en la Jornada científica del policlínico "Ana Betancourt", 2007).

Entre los diagnósticos diferenciales de la intoxicación alcohólica aguda se encuentran otros trastornos somáticos como: hipoglicemias, cetoacidosis diabética, hemATOMA subdural, epilepsia parcial compleja, estados posictales, encefalopatía hepática, meningitis o encefalitis, pancreatitis aguda. En el orden psiquiátrico se hará con: manía, depresión, ansiedad, psicosis y trastornos de personalidad.⁷ Los especialistas encuestados limitaron este aspecto solo a otros cuadros de intoxicación aguda inducidos por otras sustancias, demostraron insuficiente conocimiento al respecto.

La expectativa mundial para sufrir, en algún momento, un problema de salud relacionado con el abuso o dependencia de sustancias que afectan el comportamiento (excluye café, té y tabaco) llega, prácticamente, al 10 % de la actual población del planeta, nos referimos a, no menos, de 600 millones de habitantes, y si sumamos a esta cifra la totalidad de personas que sufrirán las consecuencias directas de un mal uso o consumo irresponsable de estas sustancias, sin ser propiamente adictos, la cifra alcanza 1 000 millones, pero sin tomar en cuenta los que también sufrirán relevantes consecuencias nefastas como familiares y convivientes. En el curso del presente siglo se afectará, de no ser efectivas las medidas preventivas que se tomen, la tercera parte de la población mundial, lo que representaría alrededor de 7 mil millones de habitantes.¹⁰

A pesar de que la Atención a la drogodependencia constituye, en el primer nivel de atención, uno de los Programas priorizados, en lo que a Salud Mental se refiere, la mayoría de los especialistas, exhibió dificultades en el manejo integral de estos pacientes, persiste como un comportamiento cuyo riesgo es, habitualmente, poco explorado, y su evaluación adolece, en ocasiones, de elementos de obligatoria indagación y conocimiento, lo que afecta su calidad y el adecuado seguimiento de los mismos.

Se recomienda elaborar una propuesta de intervención educativa, a manera de curso de superación, sobre la drogodependencia, en el primer nivel de atención, como herramienta para suplir, modestamente, el déficit en los conocimientos y habilidades de los médicos que integran los Equipos Básicos de Salud del municipio Playa.

Anexo

Cuestionario

Datos generales:

Edad: _____ Sexo: _____ Profesión: _____

Años de graduado: _____ Especialización: _____

Años de experiencia laboral en la Atención Primaria de Salud: _____

¿Se ha desempeñado alguna vez como Jefe(a) de Grupo Básico de Trabajo?

Sí _____ No _____ Tiempo de experiencia en dicho cargo _____

Vinculado actualmente a la enseñanza tutelar: Sí _____ No _____

Tiempo de experiencia como tutor (a) _____

Categoría docente: Sí _____ No _____ Profesor: _____

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones hace referencia a la dependencia de sustancias? Marque con una X la respuesta correcta.

a. _____ Estado de adaptación biológica caracterizado por respuestas disminuidas a la administración de la misma cantidad de una droga.

b. _____ Conjunto de síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales que indican que una persona tiene un inadecuado control del uso de una sustancia o de los impulsos, y que repite el consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

c. _____ Patrón desadaptativo, no compulsivo, de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo y recurrente relacionado con el consumo repetido de las mismas.

d. _____ Estado de intoxicación crónica y periódica producido por el consumo repetido de una droga natural o sintética.

e. _____ Conjunto de síntomas y signos comunes para un grupo de sustancias que aparecen tras la supresión de la droga a un sujeto dependiente de ella.

f. _____ Necesidad incontrolable del enfermo de consumir una sustancia tóxica, ya sea para sentir sus efectos o por las molestias que genera su ausencia, ante el hecho de que esta se ha incorporado a los procesos metabólicos del organismo.

1.2. Mencione, al menos, cuatro modalidades de dependencia que usted conozca.

_____, _____, _____, _____.
_____.

2. El alcoholismo es la toxicomanía más difundida a escala mundial. Teniendo en cuenta sus conocimientos sobre los mitos populares o falsas apreciaciones sobre el alcoholismo. Señale verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

- a. _____ El alcohol es bueno para combatir la hipertensión y el infarto del miocardio.
- b. _____ El alcohol mejora la actividad sexual.
- c. _____ El alcohol y el suicidio no tienen relación.
- d. _____ El alcohol sirve para enfrentar las bajas temperaturas.
- e. _____ El alcohol es un alimento.
- f. _____ Solo se convierte en alcohólico la persona débil o carente de moral.
- g. _____ El alcohol no es un estimulante.

3. Tomando en consideración las características de las diferentes etapas de la enfermedad alcohólica. Enlace la columna A con la Columna B, según corresponda (cuadro 1):

Columna A (etapas)	Columna B (características)
a. Contemplativa.	El paciente bebe en ayunas todos los días. La bebida es el centro de su vida. Se compadece de sí mismo, hay remordimientos frecuentes.
b. Preparatoria	Alivio de las tensiones por medio del alcohol. Aumento de la tolerancia al alcohol.
c. Crítica o crucial	El paciente bebe con avidez y a escondidas. Evita hablar del alcohol en sus conversaciones. Muestra sentimientos de culpa por la forma en que bebe y gran preocupación por el alcohol.
d. Prealcohólica	Bebe sustancias que no son propiamente alcohol. Se asocia para beber a personas de muy bajo nivel social. Carácter obsesivo del beber. Disminuye la tolerancia al alcohol.
e. Precontemplativa	Aparecen lagunas mentales que aumentan progresivamente.
f. Crónica	Comportamiento grandilocuente, agresividad, pérdida de control de impulsos y de intereses (sexo, amigos, nutrición, etc.). Primera hospitalización.
g. De acción	Trastornos del pensamiento. Inhibición psicomotora, frecuentes intoxicaciones prolongadas, temblores persistentes.

- a. Prodrómica o psicosomática.

4. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la intoxicación aguda alcohólica? (selección múltiple, escoja y marque con una X).

- a. _____ Conductas desinhibidas, inapropiadas o agresivas.
- b. _____ Insomnio, ansiedad, disforia, agitación psicomotriz.
- c. _____ Depresión el sensorio, habla farfullante, ataxia, nistagmo.

- d. _____ Alucinaciones transitorias visuales (zoopsias), táctiles o auditivas.
- e. _____ Deterioro de la memoria (*blackouts*), juicio, atención y funcionamiento sociolaboral.
- f. _____ Delirio ocupacional, en los casos graves, *delirium*.
- g. _____ Riesgo de anestesia, coma y muerte.
- h. _____ Temblor, midriasis, rubor, taquicardia, sudación, hipertensión arterial, cefalea, náuseas y vómitos.
- i. _____ Miosis puntiforme, depresión respiratoria, alteración del nivel de conciencia.

4.1. Mencione al menos, 5 diagnósticos diferenciales de la intoxicación alcohólica aguda.

4.2. Mencione, al menos, 5 exámenes complementarios útiles para el estudio integral de un paciente con indicios de alcoholismo.

5. Enlace la Columna A con la Columna B, según corresponda (cuadro 2):

Columna A (Drogas ilícitas)	Columna B (Tóxico cinética)
a. Fenciclidina	____ Su consumo produce halitosis por destrucción de los senos paranasales y maxilares, sinusitis, pérdida total de las pestañas.
b. Marihuana	____ Su consumo, predominantemente, por vía oral produce sequedad bucal por deshidratación, midriasis, ansiedad, hipertensión arterial, bruxismo, crisis de pánico, conductas agresiva.
c. Benzodiacepinas	____ Su consumo prolongado provoca el síndrome amotivacional, cuadros de <i>flashback</i> , apatía, empobrecimiento del lenguaje y el aprendizaje, identificación mental.
d. Opiáceos	____ Se prescriben en el tratamiento de la obesidad, la narcolepsia, el trastorno por déficit de atención y algunos trastornos depresivos.
e. Crack	____ Su metabolito activo es la benzoil-ecgonina, sus vías de administración son: oral, fumada, esnifada, parenteral (subcutánea y endovenosa), tópica (genital).
f. Anfetamina	____ Su componente psicoactivo es el Delta 9 Tetrahidrocannabinol. Su intoxicación aguda produce ojos rojizos, midriasis, boca seca, tos, hipotensión ortostática, aumento del apetito y del peso corporal.
g. Éxtasis	____ Se le denomina "polvo de ángel" o "píldora de la paz". Produce hipersalivación o babeo, nistagmo, hipertensión y conductas extrañas.
h. Cocaína	
i. Inhalantes	

6. Marque con una X las etapas clásicas del tratamiento de un toxicómano.

- a. _____ Prevención.
- b. _____ Alianza entre el enfermo y el terapeuta.
- c. _____ Desarrollo del nuevo estilo de vida.
- d. _____ Intoxicación aguda.
- e. _____ Ayuda mutua.
- f. _____ Desintoxicación
- g. _____ Reincorporación social.
- h. _____ Confrontación y aceptación.
- i. _____ Deshabitación.

7. Mencione, al menos, 3 de las vías que pueden conducir a una persona a las toxicomanías.

_____ , _____ , _____ , _____

8. Mencione, al menos, 3 patrones de consumo de drogas que usted conozca.

_____ , _____ , _____

9. Mencione, brevemente, al menos, 3 limitaciones o dificultades a las que usted se enfrenta en su trabajo diario con pacientes adictos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez V, Nolla N, Alerm A. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010;26(1):2-3.
2. Díaz F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México: Editorial Mc Graw Hill; 1998. p. 16.
3. Álvarez Sintes R. Educación Permanente. Editorial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;6(4):2.
4. Milián Y, Gálvez E, Pita C, Rosales O. Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(5-6):2-3.
5. González R. Contra las adicciones. Clínica y terapéutica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002. p. 34-48.

6. Martínez M. Cuando el camino no se ve. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2005. p. 39-56.
7. García M, González A. Psicopatología y agentes biológicos. Barcelona: Masson S.A; 1998. p. 157-76.
8. Guibert W. El Suicidio un: tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002. p. 36-40.
9. Rodríguez O. Salud Mental Infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 233-50.
10. Gálvez E. Bases legales de la actuación médica ante el uso de drogas ilícitas en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(5-6):1-3.

Recibido: 20 de enero de 2012.

Aprobado: 2 de febrero de 2012.

Víctor Tadeo Pérez Martínez. Policlínico Universitario "Ana Betancourt". 5ta. Avenida y calle 16. Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: victorperez@infomed.sld.cu