

Variables asociadas a la necesidad y asistencia a tratamiento en personas con trastornos por consumo de drogas y alcohol en Chile.

José D. Marín, Sociólogo, M.Soc. MPA.

RESUMEN

El presente boletín analiza las variables asociadas a la necesidad de recibir tratamiento y la asistencia al mismo, basándose en datos del Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General. La muestra fue de 778 sujetos de 14 a 65 años, que presentaban consumo riesgoso de alcohol o drogas (marihuana, cocaína o pasta base) durante los últimos 12 meses. El consumo de alcohol se midió a través de la Escala de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés), y el consumo de drogas se calculó a partir del número de días que una persona usó marihuana, pasta base o cocaína en el último mes. Se observó que la mayoría de los individuos que presentan consumo riesgoso de alguna sustancia no recibieron tratamiento relacionado con estos trastornos.

Con respecto a los factores que aumentan la posibilidad de recibir tratamiento, se observó que personas mayores de 44 años de edad y con menos de 8 años de escolaridad, tienen más opciones de obtener tratamiento que los jóvenes de entre 14 y 29 años de edad y que aquellos con más de 13 años de educación. Así también, aquellas personas viudas, separadas o divorciadas, tienen casi tres veces más posibilidades de reconocer la necesidad de un tratamiento que aquellas que están casadas o viviendo con una pareja. Estos hallazgos evidencian la necesidad de contar con estrategias preventivas y motivacionales, así como de dispositivos que permitan la detección temprana de los trastornos por consumo y que faciliten el tránsito hacia intervenciones especializadas.

Introducción.

La mayoría de los individuos con trastornos por consumo de alcohol o drogas no buscan ayuda o reciben tratamiento para solucionar estos problemas. Encuestas nacionales de países como Australia y Estados Unidos indican que menos de un tercio de los que tienen trastornos por consumo de sustancias reciben algún tipo de tratamiento (Grella, Korno, Warda, Moore & Niv, 2009; Kessler, Nelson, McGonagle, Edlund, Frank & Leaf, 1996; Wang, Lane, Olfson, Pincus, Wells & Kessler, 2005). En el caso de Chile, la Encuesta Nacional de Drogas en Población General 2010 indicó que sólo un 4,56% de los individuos con consumo riesgoso de alcohol durante el último año recibió tratamiento en ese mismo período de tiempo, y que sólo el 6,71% de los individuos con consumo riesgoso de drogas

(Marihuana, cocaína o pasta base) fue tratado (SENDA, 2011).

Investigaciones realizadas en diferentes servicios de salud han identificado varios factores asociados con la necesidad y acceso a tratamiento. Por ejemplo, la utilización de sistemas de tratamiento es mayor en los individuos que presentan problemas de consumo de varias sustancias a la vez (Harris & Edlund, 2005; Kessler, Zhao, Katz, Kouzis, Frank, Edlund & Leaf, 1999; Wu, Ringwalt & Williams, 2003). Además de la naturaleza y la gravedad de los trastornos, la percepción de la necesidad y la voluntad de buscar ayuda varía según características sociodemográficas (Mojtabai, Olfson & Mechanic, 2002).

La necesidad no satisfecha de tratamiento parece ser más alta en personas de edad avanzada, en personas de grupos étnico-raciales minoritarios, en

personas con bajos ingresos, en personas que no tienen seguro médico, y en residentes de zonas rurales (Wang et al., 2005). Por otra parte, entre los factores que aumentan la percepción de necesidad de tratamiento y mejoran el acceso a éste se encuentran el poseer cobertura de salud, tener empleo y la localización geográfica (Elhai & Ford, 2007).

Cabe destacar que para el caso de Chile, casi un tercio (30%) de los individuos que afirman haber recibido tratamiento en el último año no presentan trastornos por consumo de drogas o alcohol (SENDA, 2011). Esto da cuenta de que la percepción de necesidad de ayuda y el acceso efectivo a recibir tratamiento para un trastorno por uso de sustancias, no son simplemente una función del cumplimiento de determinados criterios de diagnóstico.

La literatura ha identificado diversos factores sociodemográficos que están asociados con la utilización de los dispositivos de tratamiento y con las barreras que impiden el acceso a ellos. Este estudio busca contribuir y ampliar el conocimiento existente sobre el tema, mediante el examen de las características individuales que están relacionadas no sólo con la recepción de ayuda, sino también con la percepción de necesidad de ayuda entre las personas con problemas por el consumo de alcohol o drogas ilícitas.

Métodos.

Diseño y muestra

Este es un estudio transversal, basado en una muestra representativa de la población chilena de 12 a 65 años de edad, extraída del Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General. La muestra es de tipo probabilístico, en tres etapas (selección aleatoria de manzana, viviendas y de personas), que considera una encuesta aplicada cara a cara, cuyo proceso de levantamiento se realizó entre los meses de noviembre de 2010 y abril de 2011. Para el presente boletín se consideró sólo a personas con consumo riesgoso de alcohol o drogas, en específico marihuana, pasta base o cocaína, durante los 12 meses previos a la aplicación del cuestionario, es decir, 778 sujetos. El detalle metodológico del estudio se encuentra en: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/poblacion-general/>.

Consumo riesgoso de drogas

Para esta investigación, el consumo riesgoso de drogas se calculó a partir del número de días que una persona consumió marihuana, pasta base o cocaína durante los últimos 30 días. En el caso de la marihuana, se consideró consumo riesgoso cuando un individuo consumió marihuana en al menos 10 de

los últimos 30 días. En el caso de la pasta base y cocaína, se consideró consumo riesgoso cuando un individuo consumió estas sustancias durante 5 o más días.

Consumo riesgoso de alcohol

El consumo riesgoso de alcohol se midió a través del test de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT). Este instrumento de tamizaje posee 10 ítems que puntúan en un rango de entre 0 a 40 puntos, donde la categoría de consumo de alcohol en la que se encuentre cada individuo estará determinada por el puntaje total obtenido en el instrumento. Para efectos de este boletín el punto de corte para identificar consumo riesgoso de alcohol se ubica en los 8 puntos.

Variables

Variable dependiente: Se preguntó a los encuestados: “¿Durante los últimos 12 meses ha recibido algún tipo de tratamiento por el consumo de alcohol o drogas? Los encuestados que indicaron que habían recibido tratamiento durante los últimos 12 meses fueron codificados con un 1. A los que indicaron que no habían recibido tratamiento se les preguntó: “¿Durante los últimos 12 meses ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas?” Los encuestados que afirmaron que sí habían sentido la necesidad pero no recibieron tratamiento fueron codificados con un 2. Los que no recibieron tratamiento en los últimos 12 meses ni sintieron la necesidad de recibirla fueron codificados con un 3.

Variables independientes: Estas variables fueron seleccionadas sobre la base de la literatura revisada. En específico, se utilizaron algunas de las variables descritas en el modelo de utilización de servicios de salud de Andersen (1995). Este modelo consiste en relacionar tres tipos de factores para dar explicación a los patrones de uso de los servicios de salud, factores predisponentes, factores facilitadores y factores de necesidad. En el presente boletín se analizaron los dos primeros.

Los factores predisponentes se refieren a características fijas de los individuos e incluyen sexo, edad (categorizada entre 14 y 29 años, entre 30 y 44 años, y más de 44 años) y nivel educacional (categorizado como 8 años o menos, entre 9 y 12 años, y más de 12 años).

Los factores facilitadores se refieren a condiciones que garantizan la disponibilidad y acceso a servicios de salud. Estos fueron el estado civil (categorizado en casado o viviendo con alguien; viudo, separado o divorciado; y nunca se casó), ingresos de la persona (categorizado en menos de 200 mil pesos, entre 200.001 y 1 millón de pesos, y más de 1 millón de pesos), región de residencia (dicotomizada en

Región Metropolitana y otras regiones) y tipo de cobertura de salud (categorizada en Fonasa, Isapre y otros, y ninguno).

Procedimiento estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para comparar las características de los individuos que habían recibido tratamiento por su consumo riesgoso de alcohol o drogas durante los últimos 12 meses; los que percibieron la necesidad de recibir ayuda, pero no la recibieron; y los que no percibieron necesidad de tratarse ni tampoco recibieron ayuda. A continuación se construyó un modelo de regresión logística multinomial en el cual las categorías “haber recibido tratamiento” y “percibir la necesidad de ayuda, pero no recibir tratamiento”, fueron comparadas con la categoría de referencia de “no percibir la necesidad de ayuda, ni tampoco recibir tratamiento”. Todos los análisis se realizaron con el programa Stata 13.0 (StataCorp, 2013).

Resultados.

Resultados del análisis descriptivo

En la muestra con consumo riesgoso de alcohol o drogas ilícitas, el 4,5% estuvo en tratamiento en el último año, el 3,0% sintió la necesidad de un tratamiento, pero no lo recibió, mientras que el 92,5% no recibió tratamiento ni sintió la necesidad de éste. La distribución por sexo y otras variables de interés en relación a estas tres categorías se presentan en la Tabla 1.

En términos de la variable sexo, se puede observar que la proporción de hombres que reciben tratamiento (4,5%) es igual al de las mujeres (4,5%). Respecto a la edad, el porcentaje de personas que ingresa a tratamiento aumenta con los años, pasando de 2,6% en el grupo de 14 a 29 años, a un 11,7% en el grupo de 45 años o más. Asimismo, en el grupo de jóvenes hay proporcionalmente más personas que sienten que no necesitan tratamiento (95,7%), en comparación con los otros dos grupos de edad. En cuanto al nivel de educación, las personas con menos años de escolaridad (8 años o menos) son las que presentan el porcentaje más alto de ingreso a tratamiento (7,4%). Por el contrario, las personas con mayor educación (más de 12 años) son las que presentan el menor porcentaje de ingreso a tratamiento (1,1%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra, según necesidad y asistencia a tratamiento

	Recibió tratamiento (N=35)		Sintió la necesidad, pero no recibió tratamiento (N=23)		No sintió la necesidad y no recibió tratamiento (N=720)		Total (N=778)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	35	4,5	23	3,0	720	92,5	778	100
Sexo								
Hombre	29	4,5	19	3,0	596	92,5	644	100
Mujer	6	4,5	4	3,0	124	92,5	134	100
Edad								
14-29 años	9	2,6	6	1,7	331	95,7	346	100
30-44 años	13	5,5	12	5,1	211	89,4	236	100
Más de 44 años	23	11,7	5	2,6	168	85,7	196	100
Educación (N=680)								
8 o menos años	14	7,4	7	3,7	167	88,8	188	100
Entre 9 y 12 años	17	4,9	8	2,3	319	92,7	344	100
Más de 12 años	2	1,1	5	2,8	170	96,0	177	100
Estado Civil (N=739)								
Casado o viviendo con alguien	16	5,4	9	3,0	273	91,6	298	100
Viudo, separado o divorciado	4	6,2	6	9,2	55	84,6	65	100
Nunca casado	14	3,4	8	1,9	390	94,7	412	100
Ingreso (N=662)								
Menos de 200.000	14	6,2	10	4,4	202	89,4	226	100
Entre 200.001 y 1.000.000	17	3,9	11	2,5	413	93,7	441	100
Más de 1.000.000	0	0,0	0	0,0	24	100,0	24	100
Región								
Metropolitana	12	5,9	8	3,9	184	90,2	204	100
Otras	23	4,0	15	2,6	536	93,4	574	100
Cobertura de Salud (N=717)								
FONASA	32	5,2	21	3,4	557	91,3	610	100
ISAPRE y otros	1	1,0	0	0,0	100	99,0	101	100
Ninguno	1	2,3	2	4,7	40	93,0	43	100

Entre los factores facilitadores, específicamente el estado civil, hay proporcionalmente más personas viudas, separadas o divorciadas que ingresan a tratamiento (6,2% en comparación a 5,4% de los casados o viviendo con alguien y 3,4% de los que nunca se han casado), y que sienten la necesidad de recibir tratamiento pero no lo obtienen (9,2% en comparación con 3,0% de los casado o conviviendo y 1,9% de los nunca casados). En cuanto a la variable ingreso, no hay personas pertenecientes al grupo de mayor ingreso (sobre 1 millón de pesos) que hayan sido tratadas o que hayan sentido la necesidad de recibir tratamiento durante el último año. Hay una menor proporción de personas cuyo ingreso es entre 200.001 y 1 millón de pesos que sintieron la necesidad de ser tratadas pero no lo fueron (2,5%), en comparación con el grupo de personas que gana menos de 200 mil pesos mensuales (4,4%). Lo mismo ocurre para el caso de las personas que recibieron tratamiento, es decir, hay una menor proporción de éstas en el grupo de ingresos entre 200.001 y 1 millón de pesos (3,9%) que en el grupo de ingresos de menos de 200 mil pesos (6,2%).

El porcentaje de personas que viven en regiones diferentes a la Región Metropolitana, que recibieron tratamiento (4,0%) y que sintieron la necesidad de tratamiento pero no lo recibieron (2,6%), es menor que la proporción de personas que residen en la Región Metropolitana y que reciben tratamiento (5,9%) o que sintieron la necesidad pero no recibieron tratamiento (3,9%).

Con respecto a la cobertura de salud, no hay personas con Isapre u otro sistema de salud en la muestra estudiada que hayan sentido la necesidad

de recibir tratamiento y no lo hayan recibido. Hay proporcionalmente más personas pertenecientes a Fonasa (5,3%) que reciben tratamiento, en comparación con afiliados a Isapres u otra cobertura de salud (1,0%) o sin afiliación alguna (2,3%). Resultados del modelo de regresión logística multinomial.

Con respecto a los factores predisponentes y tomando como grupo de referencia a los que no recibieron tratamiento ni sintieron la necesidad de recibirlo, los individuos de 30 a 44 años tienen tres veces más posibilidades (OR=3,14) de sentir la necesidad de acceder a tratamiento pero no recibir ayuda, en comparación con el grupo de 14 a 29 años, mientras que los de 45 años o más tienen dos veces más posibilidades (OR=2,69) de recibir tratamiento en comparación con el grupo más joven (Tabla 2). En el caso de la escolaridad, los individuos con 13 o más años de estudios tienen significativamente menos posibilidad de recibir tratamiento (OR=0,14), en comparación con el grupo con ocho o menos años de educación. La variable sexo no se asoció significativamente con la condición de ayuda.

Tabla 2. Resultados modelo de regresión logística multinomial (N=678)

	Recibió tratamiento, versus no sintió la necesidad y no recibió tratamiento		Sintió la necesidad, pero no recibió tratamiento, versus no sintió la necesidad y no recibió tratamiento	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Mujer (referencia: hombre)	0,99	0,40 - 2,45	1,01	0,34 - 3,03
Edad (referencia: 14-29)				
30-44	2,27	0,95 - 5,39	3,14*	1,16 - 8,49
Más de 44	2,69*	1,13 - 6,40	1,55	0,47 - 5,15
Educación (referencia: 8 o menos)				
Entre 9 y 12	0,64	0,31 - 1,32	0,60	0,21 - 1,68
13 o más	0,14*	0,03 - 0,63	0,70	0,22 - 2,25
Estado Civil (referencia: Casado o viviendo con alguien)				
Viudo, separado o divorciado	1,24	0,40 - 3,85	3,31*	1,13 - 9,67
Nunca casado	0,61	0,29 - 1,28	0,62	0,24 - 1,63
Ingreso (referencia: Menos de 200.000)				
Entre 200.001 y 1.000.000	0,59	0,29 - 1,23	0,54	0,22 - 1,29
Más de 1.000.000				
Región (referencia: Metropolitana)				
Otras	0,66	0,32 - 1,35	0,64	0,27 - 1,54
Cobertura de Salud (referencia: FONASA)				
ISAPRE y otros	0,17	0,02 - 1,29		
Ninguno	0,44	0,06 - 3,27	1,33	0,30 - 5,86

OR: Odds Ratio, 95% CI: Intervalo de confianza del 95%, *p < 0,05

En relación a los factores facilitadores, las personas pertenecientes al grupo de viudos, separados o divorciados tuvieron el triple de posibilidades (OR=3,31) de sentir la necesidad de acceder a tratamiento pero no recibir ayuda, comparado con el grupo de los casados o viviendo con alguien. Los otros elementos facilitadores (ingreso, región y sistema de salud) no se asociaron significativamente con la condición de ayuda.

Discusión.

Tal como ocurre con otras investigaciones realizadas con anterioridad (Grella et al., 2009; Kessler et al., 1996; Wang et al., 2005; Wu et al., 2003), este estudio mostró que para el caso de Chile la mayoría de las personas que presentan consumo riesgoso de alcohol o drogas (marihuana, cocaína y pasta base), no han recibido ningún tratamiento relacionado con estos trastornos en el último año, ni han sentido la necesidad de recibirlo.

Además este estudio identificó algunas de las características individuales que se asocian tanto con la percepción de la necesidad de tratamiento como con la recepción de éste. Se observa que a mayor edad, mayores son las posibilidades de los individuos de obtener tratamiento, posibilidades que casi se triplican en el caso de la población de mayor edad (sobre 44 años), cuando se compara con el grupo más joven (entre 14 y 29 años). Una situación inversa es la que ocurre en el caso de la variable educación, donde se observa que aquellos individuos que pasan una mayor cantidad de años estudiando (13 o más) tienen menores posibilidades de recibir tratamiento. Al igual que en investigaciones anteriores, el sexo de la persona no está asociado con la percepción de necesidad ni con el acceso a tratamiento (Grella et al., 2009).

Por su parte, el estado civil parece influir en la sensación de necesidad de recibir tratamiento. Este estudio identifica que las personas viudas, separadas o divorciadas tienen tres veces más posibilidades de experimentar la necesidad de recibir tratamiento que aquellas que están casadas o viviendo con alguien.

Otros factores como el ingreso, la ubicación geográfica y el tipo de cobertura de salud no fueron elementos asociados ni con la percepción de necesidad ni con el acceso a tratamiento. Este resultado difiere de investigaciones anteriores que indican que estos tres elementos sí influyen significativamente en la necesidad y acceso a tratamiento (Mojtabai et al., 2002; Wang et al., 2005).

Los hallazgos sobre los niveles relativamente bajos de búsqueda de ayuda y de acceso a tratamiento entre las personas con trastornos por consumo de sustancias abren la discusión respecto a dos puntos fundamentales: (1) ¿Qué tan sensibles y específicos son los instrumentos que se utilizan en las encuestas nacionales para identificar a las personas que necesitan tratamiento por consumo riesgoso de drogas o alcohol? (2) ¿Debería ser una política pública la búsqueda de personas con trastornos por consumo de sustancias y su referencia asistida a una confirmación del diagnóstico y un tratamiento?

Los resultados de este y otros estudios sugieren que se puede hacer distinciones entre el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias y la necesidad de tratamiento (Druss, Wang, Sampson, Olfsen, Pincus, Wells & Kessler, 2007; Grella et al., 2009; Regier, Kaelber, Rae, Farmer, Knauper, Kessler & Norquist, 1998). En este sentido, es necesaria mayor investigación para poder especificar indicadores que determinen la necesidad de tratamiento o algún otro tipo de intervención, separados de criterios relacionados únicamente con los diagnósticos sobre consumo riesgoso.

También sería conveniente explorar opciones para incorporar en los sistemas de salud mecanismos que no sólo permitan la identificación de patrones de consumo problemático, sino que también informen, asistan y orienten a aquellas personas identificadas con consumo riesgoso de sustancias, respecto a las alternativas terapéuticas existentes en la red pública de salud. Una intervención de este tipo tiene el potencial no sólo de interrumpir el patrón actual de consumo, sino también de prevenir posibles y futuros problemas socio sanitarios asociados al uso problemático de drogas y alcohol.

El presente estudio tiene algunas limitaciones que es necesario tener en cuenta a la hora de interpretar los datos. En primer lugar, toda la información analizada se obtuvo a partir del auto-reporte de las personas encuestadas, lo cual pudo distorsionar las medidas de consumo riesgoso de alcohol o drogas, por cuanto existe la posibilidad de que los encuestados no informen o entreguen información falsa acerca de su consumo o percepción de necesidad de tratamiento.

En segundo lugar, el número de casos de personas que reciben tratamiento (35) y de personas que sienten la necesidad de hacerlo, pero no lo reciben (23) son pocos, por lo que no fue posible determinar asociaciones en análisis multivariados. En este sentido, es recomendable diseñar una investigación que indague en profundidad el tema planteado por este boletín, poniendo énfasis en la confección apropiada de cada uno de los grupos que interesa observar. Un diseño metodológico de este tipo podría profundizar en los resultados encontrados y avanzar en la comprensión de este problema.

Referencias.

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*. 36, 1-10.
- Druss, B. G., Wang, P. S., Sampson, N. A., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., Kessler, R. C. (2007). Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 64, 1196-1203.
- Elhai, J. D., Ford, J. D. (2007). Correlates of mental health service use intensity in the National Comorbidity Survey and National Comorbidity Survey Replication. *Psychiatric services*. 58, 1108-1115.
- Grella, C. E., Kurn, M. P., Warda, U. S., Moore, A. A., Niv, N. (2009). Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey. *Psychiatric services*. 60, 1068-1074.
- Harris, K. M., Edlund, M. J. (2005). Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatric services*. 56, 954-959.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *The American journal of orthopsychiatry*. 66, 17-31.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Katz, S. J., Kouzis, A. C., Frank, R. G., Edlund, M., Leaf, P. (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *The American journal of psychiatry*. 156, 115-123.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of general psychiatry*. 59, 77-84.
- Regier, D. A., Kaelber, C. T., Rae, D. S., Farmer, M. E., Knauper, B., Kessler, R. C., Norquist, G. S. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of general psychiatry*. 55, 109-115.
- SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol). (2011). Estudio nacional de drogas en población general de Chile 2010. Santiago.
- StataCorp (2013). Stata Statistical Software (version 13.0). College Station, TX. StataCorp LP.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 62, 629-640.
- Wu, L. T., Ringwalt, C. L., Williams, C. E. (2003). Use of substance abuse treatment services by persons with mental health and substance use problems. *Psychiatric services*. 54, 363-369.