



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

VALLE RIVADENEYRA, RUBÉN ELISEO; PERALES CABRERA, ALBERTO

Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas

Adicciones, vol. 22, núm. 1, 2010, pp. 73-80

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122902010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas

Delay in seeking medical care in patients addicted to psychoactive substances

RUBÉN ELISEO VALLE RIVADENEYRA*; ALBERTO PERALES CABRERA**

* Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

** Director del Instituto de Ética en Salud de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Enviar correspondencia a:
Rubén Eliseo Valle Rivadeneyra.
Jr. Filadelfia N 2365. San Martín de Porres. Lima 31, Perú.
E-mail: ruben_vr12@hotmail.com.

recibido: marzo 2009
aceptado: julio 2009

RESUMEN

Introducción: En la práctica clínica se observa que los pacientes adictos a sustancias psicoactivas acuden a los servicios de salud después de un largo periodo de tiempo y que los familiares conociendo del consumo no realizan una búsqueda temprana de la atención médica. **Objetivos:** Determinar el tiempo transcurrido desde que los pacientes empiezan el consumo hasta que buscan por primera vez atención médica especializada (TC) y el tiempo transcurrido desde que los familiares perciben el consumo hasta que buscan por primera vez atención médica especializada (TSAM). Determinar los factores que se asocian a una búsqueda temprana de la atención médica. **Diseño:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta estructurada validada por juicio de expertos en el área de adicciones a 113 familiares responsables de pacientes adictos a sustancias psicoactivas de 5 hospitales de la ciudad de Lima. **Resultados:** Los pacientes acuden a la atención médica especializada por primera vez después de 11.22 años de iniciado el consumo y los familiares tardan en buscar atención médica 4.69 años desde que perciben el consumo. El género femenino, la concepción de la adicción como enfermedad y no esperar la decisión del paciente para acudir a la atención médica, reducen el TC y TSAM en la mayoría de sustancias. **Conclusiones:** Los pacientes adictos a sustancias psicoactivas acuden a los servicios de salud después de un TC y TSAM prolongados y la demora en buscar atención médica por los familiares ocasiona que los pacientes continúen consumiendo sustancias.

ABSTRACT

Introduction: Clinical practice shows that addict patients tend to seek attention from health services after a long period of time, and that their relatives do not seek early medical care, despite knowledge of the addiction. **Objectives:** To determine the time elapsed between the beginning of patients' substance use and when they first seek specialized medical care (TC) and the time elapsed between relatives perceiving the substance use and when they first seek specialized medical care (TSAM); also, to identify the factors associated with seeking medical care earlier. **Design:** Observational, descriptive study. A structured survey, validated by experts in the field of addiction, was applied to 113 family members responsible for patients addicted to psychoactive substances in 5 hospitals in the city of Lima. **Results:** Patients seek specialist medical care for the first time 11.22 years after commencement of substance use, and family members take to 4.69 years to seek medical care from when they perceive of the substance use. Female gender, the concept of addiction as a disease and not waiting for the patient's decision before seeking medical care reduce TC and TSAM in the case of most substances. **Conclusions:** Patients addicted to psychoactive substances turn to health services only after long TC and TSAM; moreover, the delay in seeking medical care on the part of relatives means that patients continue to use substances.

Palabras clave: Trastornos Relacionados con Sustancias. Accesibilidad a Servicios

Key words: Substance-Related Disorders. Accessibility to Health Services

INTRODUCCIÓN

Il consumo de drogas es un problema que ha tomado gran relevancia en el mundo por el impacto económico, social y de salud que produce¹. En el año 2007, se estimó que 200 millones de personas consumían drogas a nivel mundial (4.8% de la población entre 15 y 64 años)² y aunque la mayoría de sustancias se consume en Norteamérica y Europa, cada vez está aumentando el número de usuarios en países asiáticos y sudamericanos³. El Perú es uno de los países de mayor producción a nivel mundial de cocaína junto a Colombia y Bolivia y desde el 2005 ha registrado un aumento del 7% en su producción^{2,4}.

En el Perú y en otras regiones del mundo⁵, el consumo de sustancias es un problema de salud pública y por la envergadura del problema el Estado Peruano en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011 reconoce a la adicción como uno de los principales problemas sanitarios⁶; además, hasta el año 2006 7.156.081 y 104.038 personas habían consumido sustancias legales e ilegales en el último año, respectivamente. El alcohol es la sustancia legal de mayor consumo con una prevalencia anual de 67%. La sustancia ilegal más consumida es la marihuana con una prevalencia anual de 0.7%, seguida de la pasta básica de cocaína (PBC) (0.3%) y cocaína (0.3%)⁷.

El consumo de sustancias produce consecuencias negativas a nivel biológico, psicológico y social, con serios problemas familiares⁸. Durante el transcurso de la adicción, la familia del adicto experimenta elevados niveles de estrés, violencia⁹, síntomas de ansiedad y depresión^{10,11}. La presencia de un problema de adicción constituye el reflejo de los desajustes del sistema familiar; por ejemplo, muchos de los problemas de alcohol y uso de drogas durante la adolescencia pueden ser el resultado de problemas que se han venido dando desde la infancia¹² y que se ven reflejados en actos desde tempranas edades como robo en la escuela y daño a la propiedad¹³. También muchos de los consumidores han sido víctimas de abuso sexual, físico y emocional por parte de sus familiares¹⁴. Por lo tanto, por los problemas que ocasiona el adicto dentro de la familia y por la presencia de algunas condiciones familiares patológicas que favorecen el desarrollo de la adicción, la familia no sólo resulta un componente esencial en el diagnóstico y tratamiento sino que frecuentemente necesita tratamiento al igual que la persona adicta¹⁵.

Los problemas relacionados a las adicciones son complejos y pueden persistir por varios años¹⁶; además sólo una proporción de las personas que consumen sustancias llegan a utilizar los recursos sanitarios. Un importante primer paso en el tratamiento de los desórdenes mentales y de las adicciones se asocia al contacto temprano del paciente con los servicios de salud^{5,17} para prevenir las consecuencias del consumo crónico; sin embargo, se han identificado diferentes factores que impiden el acceso a la salud tales como, las barreras económicas¹⁸, geográficas¹⁹, el género²⁰, la edad^{17,21} y factores propios de los servicios de salud como la no adecuación a los programas de tratamiento¹⁶ y la falta del tiempo del perso-

como "vicio social" provoca reacciones afectivas que interfieren con la utilización de los servicios de salud²³.

Una particularidad de estos pacientes es la ausencia de conciencia de enfermedad^{24,25}, característica clínica que contribuye a que no busquen atención médica oportuna y ocasiona una demora en la atención médica en aproximadamente 10 años^{5,26}; sumado a esto, se encuentra la escasa motivación que presentan para recibir tratamiento²⁵. Por las características descritas es muy difícil que el adicto acuda por voluntad propia a la atención médica y es en estas circunstancia donde cobra importancia el rol de la familia en la identificación del problema y en la búsqueda de la atención médica; sin embargo, en la práctica médica se observa que muchos familiares conociendo del consumo de sustancias por parte del paciente, no buscan una atención médica de forma oportuna y más bien conviven con la adicción en el seno familiar e incluso muchos de ellos describen un estado de coadicción con el adicto¹⁰.

Sobre la base de lo descrito, el objetivo del presente trabajo se orienta a evaluar estas conductas pasivas observadas en los pacientes y familiares. Primero en los pacientes, a través del tiempo de consumo (TC) establecido por el tiempo transcurrido desde que inicia el consumo de sustancias hasta que llega por primera vez a la atención médica especializada (psiquiatra) y segundo de los familiares, a través del tiempo sin atención médica (TSAM) establecido por el tiempo transcurrido desde que los familiares perciben el consumo de sustancias psicoactivas hasta que buscan por primera vez atención médica especializada. Así mismo, se evalúan los factores sociodemográficos y culturales que se asocian a una búsqueda de atención médica más temprana.

METODOLOGÍA

Estudio analítico, observacional de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por los familiares responsables de los pacientes consumidores de sustancias que se encuentren o hayan sido hospitalizados en algún centro hospitalario y que actualmente asisten a la terapia grupal familiar en los Servicios de Adicciones de los Hospitales Nacionales de la ciudad de Lima. Los establecimientos de salud donde se llevó a cabo la evaluación fueron: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Hermilio Valdizán, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital Edgardo Rebagliatti Martins y Hospital Víctor Larco Herrera, que representan a los 5 centros especializados donde se brinda atención asistencial por esta patología en la ciudad de Lima.

Criterios de inclusión: Familiares de pacientes que consumen sustancias psicoactivas, familiares que asisten regularmente a la terapia grupal familiar, familiares de pacientes que se encuentren o hayan estado internados en el servicio de adicciones. **Criterios de exclusión:** Familiares de pacientes con un problema de adicción diferente al consumo de sustancias psicoactivas y los familiares de pacientes con algún trastorno psiquiátrico diferente a los Trastornos relacionados

La evaluación se realizó a través de una encuesta estructurada, conformada de 3 secciones: Datos sociodemográficos (Familiar: Edad, género, grado de instrucción, parentesco con el paciente; Paciente: Edad, edad de inicio de consumo, grado de instrucción, sustancia consumida); mediciones de tiempos (TC y TSAM) y factores asociados (decisión, ocupación, conocimiento, primera institución donde realizó la búsqueda de ayuda). La encuesta fue validada por medio de juicio de expertos, especialistas en el área de las adicciones, para luego llevar a cabo una prueba piloto en 10 familiares, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. La recolección de datos se realizó el día en que los familiares acudieron a las sesiones familiares en cada una de las instituciones. Se aplicó la encuesta previo consentimiento de los familiares sin solicitar la identidad a los participantes, registrando cada encuesta con un número para cumplir con los criterios de confidencialidad.

Se realizó un análisis exploratorio, analizando los patrones de frecuencia en las variables cualitativas y medida de tendencia central en caso de las variables cuantitativas. El análisis de distribución normal se realizó a través del histograma y la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El análisis univariado se realizó a través de la presentación de figuras y tablas de frecuencia. En el análisis bivariado se aplicó la regresión y correlación lineal de Pearson para estudiar la asociación entre las variables cuantitativas. La asociación entre variables cuantitativas y factores sociodemográficos se hizo a través de pruebas no paramétricas: Prueba de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v 13.0.

RESULTADOS

Se encuestaron 119 familiares responsables de pacientes adictos a sustancias psicoactivas de 5 hospitales de la ciudad de Lima, 6 encuestas fueron anuladas: 4 por estar incompletas y 2 por ser ininteligibles, por lo que el análisis final se realizó en base a 113 encuestas.

Las características sociodemográficas de los pacientes y familiares responsables se observan en la tabla 1.

El 62.8% de los familiares eran padres de los pacientes y el 18.6% eran los cónyuges, una baja proporción estuvo constituida por los hermanos e hijos de los pacientes. Sólo el 19.5% buscó en primera instancia una atención médica psiquiátrica, mientras que el 29.2% acudió a una comunidad terapéutica, el porcentaje restante que constituyó la mayoría (51.3%) buscó atención en profesionales no médicos, religión y amigos. El 70.8% de la población estudiada consumía más de una sustancia al momento de la evaluación, representando la gran mayoría (41.6%) aquellos que consumían 2 sustancias. El alcohol es consumido por el 61% de pacientes, seguido por un 43% que consume marihuana, el consumo de PBC resultó ser mayor que el de la cocaína (41% y 37%, respectivamente). La sustancia menos consumida fue el tabaco.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los familiares responsables y de los pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Lima - 2008

	Familiar responsable		Paciente	
	n	%	n	%
Género				
Femenino	84	74.34	13	11.50
Masculino	29	25.66	100	88.50
Grado de instrucción				
Primaria	16	14.16	2	1.77
Secundaria	46	40.71	75	66.37
Superior	51	45.13	36	31.88
Edad				
16-30	2	1.77	57	50.44
31-45	20	17.70	25	22.12
46-60	55	48.67	23	20.35
61-80	36	31.86	8	7.08
Edad de inicio del consumo				
10-15			43	36.13
16-20			48	40.34
21-25			10	8.40
≥26			12	10.08

Entre las características de la población se encuentra que la mayor proporción (83%) desarrollaba alguna ocupación como estudiar o trabajar y el 17 % no se encontraba desempeñando ninguna actividad académica o laboral. Sólo en el 21% de casos la decisión de asistir a la atención médica contó con la participación o del consentimiento del paciente, mientras que en el porcentaje restante la decisión fue tomada en forma autónoma por los familiares. Asimismo, sólo el 19 % de familiares consideraba a la adicción como una enfermedad; mientras que el 81% la percibía como un "vicio social" durante el tiempo de consumo.

Al analizar el tiempo que demoran los pacientes adictos a sustancias psicoactivas en llegar a la atención médica especializada (TC); se observa que el TC en forma general (todas las sustancias) es de 11.22 años y al analizar el TC según cada sustancia, se observa que el alcohol presenta el mayor TC (14 años), seguido de los consumidores de tabaco (13.9 años); el menor TC es para aquellos pacientes que consumen marihuana (Fig.1). Al ser agrupadas las sustancias según su categoría legal, se observa que los pacientes que consumen sustancias legales(alcohol y tabaco) demoran más tiempo en llegar a la atención médica (TC= 15.9 años) en comparación con los pacientes consumidores de sustancias ilegales (TC= 7.1 años) y los que consumen sustancias legales e ilegales, (consumo mixto) que es 12.8 años.

El tiempo transcurrido desde que los familiares perciben el consumo hasta que buscan atención médica especializada (TSAM), en forma general es de 4.69 años. El mayor TSAM es para aquellos familiares cuyos pacientes consumen PBC (8.4 años), seguido por el TSAM de los consumidores de tabaco (6.2 años), el menor TSAM es para aquellos familiares cuyos pacientes consumen marihuana (2.7 años). Según la categoría legal, los familiares de pacientes que consumen sustancias legales (6.2 años) demoran más en buscar atención médica en comparación con aquellos que consumen sustancias ilegales (3.9 años) y de aquellos que presentan un con-

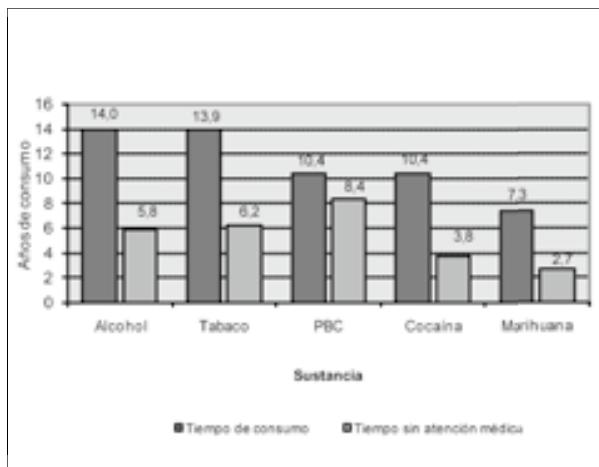


Figura 1. Tiempo de consumo y Tiempo sin atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Lima – 2008

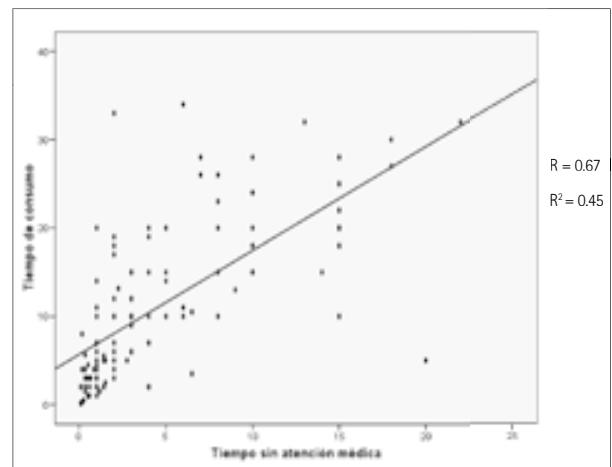


Figura 2. Relación entre el Tiempo de consumo de consumo y el Tiempo sin atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Lima – 2008.

La relación entre el TC y el TSAM es directamente proporcional, es decir un mayor TSAM se asocia a un mayor TC (Fig. 2). El coeficiente de determinación (R^2) es de 0.45 lo que significa que el 45 % de la variación del TC es explicado por el modelo de regresión y el Coeficiente de correlación de Pearson (R) es de 0.67 lo que nos muestra que ambas variables se relacionan en una intensidad moderada.

La asociación entre el TC y los factores asociados se observan en la tabla 2. La decisión de asistir a la atención médica se encontró asociada significativamente al TC en los casos de todas las sustancias evaluadas, lo que muestra que cuando la decisión de asistir a la atención médica es tomada sin la participación del paciente el TC resulta menor en comparación que si se espera de la participación o de la aceptación del paciente para asistir a la atención médica. El género también se encontró asociado al TC en el caso de los consumidores de alcohol

y marihuana, observándose que las mujeres consumidoras de alcohol llegan más rápido a la atención médica en comparación con los varones (mujeres=8.4, varones=14.9 años), el caso contrario ocurre entre los consumidores de marihuana (mujeres=10.7, varones=6.8 años).

Al analizar la relación entre el TSAM y los factores asociados (Tabla 3), se observa que el conocimiento acerca del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los familiares se encuentra asociado significativamente al TSAM en los casos de los consumidores de alcohol y PBC, lo que significa que aquellos familiares que conciben a la adicción como una enfermedad demoran menos tiempo en buscar atención médica en comparación a aquellos que la conciben como un "vicio social". La decisión de asistir a la atención médica también se encuentra asociada significativamente al TSAM en los casos de todas las sustancias evaluadas a excepción de la cocaína.

Tabla 2. Factores relacionados al tiempo de consumo en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Lima 2008.

Sustancia	Alcohol	Tabaco	PBC	Cocaína	Marihuana	
	Media(DE)	p	Media(DE)	p	Media(DE)	p
Grado de instrucción						
Primaria	30.0(2.8)	0.09	30.0(2.8)	0.43	9.3(7.8)	0.13
Secundaria	12.9(8.3)		11.4(7.1)		9.3(7.5)	
Superior	14.5(9.8)		15.6(8.8)		11.6(8.8)	
Género		0.034		0.49		0.69
Femenino	8.4(6.7)		10.8(6.8)		7.8(7.7)	
Masculino	14.9(9.2)		14.5(9.1)		11.1(8.6)	
Ocupación		0.66		0.68		0.8
Si	13.8(9.4)		13.5(9.0)		9.8(8.2)	
No	14.8(7.9)		15.3(8.6)		13.7(9.4)	
Decisión		0.0002		0.03		0.0001
Sin participación del paciente	11.4(8.2)		11.6(8.9)		9.3(7.8)	
Con participación del paciente	20.8(8.1)		18.8(6.6)		19.3(8.6)	

Asociación estadísticamente significativa($p<0.05$).

La media está expresada en años.

Tabla 3. Factores relacionados al Tiempo sin atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Lima-2008.

Sustancia	Alcohol		Tabaco		PBC		Cocaína		Marihuana	
	Media(DE)	p	Media(DE)	p	Media(DE)	p	Media(DE)	p	Media(DE)	p
Grado de instrucción del familiar responsable		0.7		0.53		0.25		0.17		0.74
Primaria o ninguno	6.1(5.6)		4.8(4.7)		6.3(7.4)		7.2(6.0)		3.0(2.9)	
Secundaria	6.0(4.7)		7.3(5.1)		4.0(5.5)		3.4(3.9)		2.9(4.0)	
Superior	5.6(5.8)		6.0(5.8)		4.8(5.3)		2.8(2.5)		2.4(3.0)	
Género		0.07		0.85		0.98		0.95		0.13
Femenino	2.6(1.4)		4.1(1.6)		2.3(1.1)		2.9(2.1)		2.9(1.5)	
Masculino	6.4(5.5)		6.5(5.6)		4.9(5.8)		3.9(4.3)		2.6(3.6)	
Decisión		0.001		0.005		0.003		0.16		0.03
Sin participación del paciente	4.4(4.2)		4.1(3.7)		3.6(4.7)		3.5(4.0)		2.2(2.8)	
Con participación del paciente	9.6(6.2)		10.5(5.8)		10.7(6.5)		6.1(3.8)		6.6(5.7)	
Conocimiento		0.01		0.2		0.004		0.36		0.35
Vicio social	6.3(5.4)		6.8(5.5)		5.5(5.9)		4.1(4.3)		3.0(3.8)	
Enfermedad	2.0(1.3)		3.0(2.4)		1.1(1.6)		2.4(2.4)		1.7(1.6)	

Asociación estadísticamente significativa($p<0.05$).

La media está expresada en años.

DE: Desviación Estándar

DISCUSIÓN

La adicción a sustancias psicoactivas presenta entre sus principales síntomas la ausencia de conciencia de enfermedad^{24, 25}. Esta característica clínica explica porque el adicto no se siente enfermo si no, por el contrario, se considera una persona sana capaz de controlar su consumo. En estas condiciones la participación de la familia cobra un rol de suma importancia en la identificación de la enfermedad y en la búsqueda de la atención médica¹⁵. Por otro lado, si bien la familia debería ser quien guía al adicto hacia el tratamiento; en la práctica clínica se observa que muchas de éstas, conociendo que su familiar consume alguna sustancia no busca atención médica de manera oportuna sino que sólo lo hacen cuando aparecen consecuencias negativas en la salud del adicto o la ocurrencia de problemas delictivos para buscar una solución. Dado que en la mayoría de casos la búsqueda de la atención médica es promovida por los familiares, en el presente estudio se propuso evaluar las características de los familiares y de sus pacientes para ver como se conjugan en el proceso de la búsqueda de atención médica.

Entre las características de los pacientes vemos que la mayoría (88.50%) fueron del género masculino, porcentaje que concuerda con los registros epidemiológicos en el Perú⁷ y de Latinoamérica^{27, 28, 29}. El 80.6 % de la población comenzó el consumo de sustancias entre los 10 y 20 años y el punto de alarma está en que 1 de cada 3 lo hace antes de los 15 años, es decir en plena etapa escolar. Como se observa, la adolescencia constituye un factor de riesgo para el consumo de sustancias³⁰; por ejemplo DEVIDA muestra que la población entre los 16 y 19 años presenta un riesgo de 2.6 (IC 95%: 2.3-3.0) y los de 20 a 24 años de 1.8 (IC 95%: 1.6-2.1)³¹.

El tiempo transcurrido desde que una persona empieza a consumir la sustancia hasta que llega a la atención médica

diendo del tipo de sustancia. Estudios internacionales muestran que los pacientes pueden demorar 10 años desde que se instaura la dependencia hasta que buscan atención médica⁵, valores similares se observan en la población Mexicana²⁶. En Estados Unidos se observó que en los pacientes con abuso de alguna droga demoran en promedio 6 años y los que hacían abuso del alcohol 9 años¹⁷. En China, la demora en hacer contacto con los servicios de salud es de 17 años³². Estos lapsos de demora pueden ser mayores o menores en comparación a otros trastornos (Depresión y Ansiedad) y según el lugar de la evaluación^{17,26,32}. El promedio de demora en la población estudiada es mayor al observado en otros países desarrollados y en vías de desarrollo, sin embargo no llega a ser tan alto como en China. Este prolongado TC puede ser el reflejo de la ausencia de conciencia de enfermedad^{24,25} y a la no percepción de la necesidad de tratamiento que describen estos pacientes³³. La falta de suficientes servicios de atención médica en el campo de las adicciones también contribuye a la baja la captación de este tipo de pacientes⁴. Una diferencia metodológica con los anteriores trabajos, es que nosotros consideramos como primera atención a la brindada por un psiquiatra, la cual fue realizada por el 21% de la población, mientras que el porcentaje restante asistió primero a otro tipo de atención. Todo ello muestra que los pacientes acuden a otras instituciones antes de asistir a la atención especializada, conducta que también ha sido observada en Norteamérica donde es más probable que los pacientes acudan primero a psicólogos, religiosos o grupos de auto ayuda que a la atención psiquiátrica⁵.

El mayor TC observado en los consumidores de sustancias legales es explicado por la aceptación social de la que goza el consumo de estas sustancias evidenciada en que la invitación de consumir alcohol por primera vez es hecha por un familiar en el 21% de los casos y que 8 de cada 9 personas a quienes se le invita a consumir tabaco acepta la proposición³⁴. Un menor TC

huana) en comparación a las legales, lo cual podría asociarse a que estas sustancias producen síntomas y cambios de conducta más intensos, así como signos de dependencia de forma más frecuente⁷, lo cual provoca una reacción más temprana hacia la búsqueda de atención médica.

El TSAM puede variar entre 2.7 y 8.4 años, dependiendo de la sustancia, sin embargo no hemos encontrado estudios que analicen esta variable que nos permita establecer congruencias. Este tiempo prolongado pone de manifiesto la conducta pasiva hacia la búsqueda de atención médica, que puede ser producto de la manipulación a que son sometidos los familiares²⁵ y a la condición de coadicción que desarrollan muchos de estos ya que orientan todas sus actividades a la protección del adicto incluso excusándolos de sus responsabilidades¹⁰. Las sustancias legales también presentan un mayor TSAM comparada a las ilegales, a excepción de la PBC. Esto guarda relación a lo mencionado anteriormente, que por ser las sustancias legales socialmente aceptadas, los familiares no buscan atención médica hasta que producen síntomas severos o se complican con el consumo de sustancias ilegales. El TSAM para la PBC es mayor incluso a las sustancias legales, lo cual se asocia a lo referido por Nizama, quién encuentra que el 85.5% de pacientes consumidores de PBC presentaban ausencia de conciencia de enfermedad, negación irreductible de la conducta adictiva y minimización del consumo, así como manipulación del entorno familiar²⁵; todo lo cual ocasiona que los padres, conociendo el problema adictivo, demoren más tiempo en buscar atención médica.

El género resulta un factor importante en la búsqueda de atención médica, y se ha observado que las diferencias intergénero influyen en la búsqueda de atención médica²⁰. En nuestro trabajo se observa que las mujeres consumidoras de alcohol llegan más pronto a los servicios de salud en comparación con los varones; sin embargo, este tiempo es de 8.45 años lo cual no deja de ser prolongado. Entre algunas barreras que se han identificado para que las pacientes de sexo femenino no accedan a la atención médica se encuentra la estigmatización, la respuesta del entorno y factores intrínsecos al tratamiento²⁰. Otros estudios han determinado las barreras al tratamiento dependiendo del sexo³⁵.

La decisión de asistir a la atención médica se encontró asociada al TC y al TSAM en el caso de todas las sustancias evaluadas. La importancia radica en que cuando se toma la decisión de asistir a la atención médica de forma autónoma, se reduce el TC y por tanto las consecuencias del consumo crónico de drogas; además resulta difícil que un paciente con ausencia de conciencia de enfermedad y minimización del consumo acepte que está enfermo. Este hecho se refleja en la práctica clínica, pues muchos de los ingresos hospitalarios se realizan bajo medidas coercitivas. Nizama encontró que el 85.7% de los pacientes carecían de motivación para recibir tratamiento y sólo una baja proporción evidenció motivación para aceptar ayuda médica²⁵. Desde el punto de vista de la entrevista motivacional, estos pacientes tendrían que llegar a la fase de Determinación para que decidan asistir a la atención médica; sin embargo, por el TC tan elevado podemos decir que la mayoría se encuentra dentro de la

explicación, es que los pacientes no utilizan los servicios de salud, pues no consideran que el uso de sustancias sea una enfermedad y recién acceden a estos cuando observan que no pueden controlar su consumo²³.

El conocimiento es un factor importante en el proceso de búsqueda de atención médica. En nuestro estudio el 83% de familiares percibe la adicción como un "vicio social", esta alta proporción se asocia a concepciones que han sido descritas en los familiares, tales como atribuirlos a actos típicos de la edad o a patrones de conducta patrocinados por ciertos grupos sociales³⁴, estas mismas concepciones han sido descritos en la población mexicana²³. Aunque esta variable no pudo ser evaluada en los pacientes, señalamos que Nuño-Gutiérrez menciona que los padres e hijos comparten los mismos conocimientos acerca de las adicciones. Varios estudios apuntan que la concepción del consumo de sustancias como un "vicio social" obstaculiza el uso de los servicios de salud^{23,37}. Así mismo, Nuño-Gutiérrez observó que los pacientes consumidores de sustancias y sus padres consideraban, al inicio del consumo, el uso de sustancias como un vicio donde destaca la voluntad del sujeto en su inicio y por tanto también en su cese; una vez que el usuario experimentaba problemas por el consumo, redefinía el problema como una enfermedad, y es entonces donde recién hacen uso de los servicios de salud²³. En los casos de las sustancias donde no se evidencia una diferencia significativa en la asociación entre conocimiento y TC, también se llega a observar que en promedio, aquellos que conciben a la adicción como "vicio social" demoran más en llegar a la atención médica.

El TC y el TSAM evalúan las conductas en la búsqueda de atención médica por parte de los pacientes y familiares, respectivamente; y al ser tan prolongadas y guardar entre sí una relación directamente proporcional, nos muestra que la falta de decisión de los familiares en acudir a los centros de atención médica, provoca o contribuye a que sus parientes continúen consumiendo sustancias y por lo tanto se facilite la producción de los efectos deletéreos del consumo crónico. La diferencia entre el TC y el TSAM representa el tiempo desde que los pacientes inician el consumo hasta que los familiares lo perciben y puede variar de 4.6 a 8.6 años. Al ser prolongado nos muestra que existe una fase dentro del proceso adictivo donde el adicto puede esconder el consumo de su entorno social y sólo manifestarse indirectamente en problemas como fracaso escolar, mal desempeño laboral³⁹, embarazo a temprana edad⁴⁰ y violencia e inestabilidad familiar^{8,9}.

Una limitación del estudio fue la metódica por la cual se obtuvo el TC, la cual se realizó a través de una entrevista con los familiares; y no como hubiera sido ideal obtenerlo directamente de los pacientes. Por ello consideramos la posibilidad de una subestimación de la cifra real; sin embargo, el haber trabajado con los familiares nos permite analizar el otro componente importante en la búsqueda de atención médica, ya que consideramos parte fundamental a la familia en la identificación de la enfermedad y en el mantenimiento del tratamiento. Además, hasta donde tenemos información este trabajo constituye el primer informe presentado a la comunidad médica acerca de la influencia que puede dar el

En el Perú, por el actual número de consumidores existentes, se debería actuar con mayor énfasis a nivel de la preventión secundaria, buscando mecanismos que promuevan que los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas hagan uso de los servicios de salud. Según los resultados obtenidos en el trabajo, recomendamos que las campañas preventivo promocionales deben estar dirigidas a los grupos de alto riesgo y familiares, combatiendo los conceptos erróneos que existen en ambos grupos en torno a las adicciones como "vicio social". Además debería incidirse en el concepto de adicción como enfermedad, pues esto genera una búsqueda más temprana de atención médica. También se debe sugerir que una vez identificado el problema, la familia no debiera esperar la participación del paciente para asistir a la atención médica, sino tomar la decisión de manera autónoma.

AGRADECIMIENTOS

Se brinda el respectivo agradecimiento a los Drs. Martín Nizama Valladolid y César Gutiérrez Villafuerte y a la Dra. Elisa del Rosario Salvador Villacorta, por la colaboración y apoyo en la realización del trabajo.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas 2003. New York: Oficina contra las Drogas y el Delito; 2003.
2. United Nations. World Drug Report 2007. Slovakia: Office on drugs and crime; 2007.
3. Devida. Información Estadísticas sobre Drogas en el Perú. Lima: Observatorio peruano de drogas - OPD; 2006.
4. Naciones Unidas. Drogas y delitos en el Perú. Situación actual y evolución. Lima: Oficina regional para Perú y Ecuador; 2007.
5. Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Kessler RC. Delay in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res* 2004; 39: 393-415.
6. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
7. Devida. III Encuesta Nacional de consumo de Drogas en Población General de Perú 2006. Lima: Devida; 2007.
8. Gelder M, Gath D, Mayou R. Concise Oxford Textbook of Psychiatric. Oxford: Oxford University Press 1994.
9. Barrett A, Turner J. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction* 2006; 101: 109-20.
10. Jiménez J. Familia, Trastorno Adictivo y Codependencia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán [En línea] Julio-Diciembre 2002; 3(2): [aprox.4p.]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2002II/indice.htm>[Citado el 12 de Diciembre del 2008].
11. Copello A, Orford J. Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction* 2002; 97: 1361-3.
12. Englund MM, Egeland B, Oliva EM, Collins WA. Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: a longitudinal developmental
13. Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction* 2008; 103 suppl. 1: 84-99.
14. Simons L, Giorgio T. Characteristics of Substance Abusing Men and Women entering a Drug Treatment Program. *Addictive Disorders & Their Treatment* 2008; 7: 15-23.
15. Saatcioglu O, Erim R, Cakmak D. Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 125-132.
16. Usher K, Jackson D, O'Brien L. Adolescent drug abuse: Helping families survive. *Int J Ment Health Nurs* 2005; 14: 209-214.
17. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 603-613.
18. Wenzel SL, Burnam MA, Koegel P, Morton SC, Miu A, Jinnett KJ, et al. Access to inpatient or residential substance abuse treatment among homeless adults with alcohol or other drug use disorders. *Med Care* 2001; 39: 1158-69.
19. Fortney JC, Blow FC, Bunn JY. The effects of travel barriers and age on the utilization of alcoholism treatment aftercare. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21: 391-406.
20. Tomás-Dols, S.; Valderrama-Zurián, J. C.; Vidal-Infer, A.; Samper-Gras, T.; Hernández-Martínez, M^a C.; Torrijo-Rodrigo, M^a J. Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones* 2007; 19:169-178.
21. Marion TR, Stefanik-Campisi C. The elderly alcoholic: identification of factors that influence the giving and receiving of help. *Perspect Psychiatr Care* 1990; 25: 32-5.
22. Desai MM, Rosenheck RA, Craig TJ. Screening for alcohol use disorders among medical outpatients: the influence of individual and facility characteristics. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1521-6.
23. Nuño-Gutiérrez BL, Álvarez-Nemegyei J, González-Fortaleza C, Madrigal-de León EA. La adicción ¿Vicio o Enfermedad? Imágenes y uso de los servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. *Salud Mental* 2006; 29: 47-54.
24. Nizama M. Guía para el manejo familiar de las adicciones. Lima: Ed. Universidad Alas Peruanas; 2003.
25. Nizama M. Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1991.
26. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007; 97: 1638-43.
27. Conadic. Encuesta Nacional de adicciones 2002. México: Conadic; 2003.
28. Miguez H. Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina. *Psicoactiva* 2000; 18: 1-17.
29. Fuentealba R, Cumsille F, Araneda J. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: Resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 7: 79- 87.
30. Ramírez M, Andrade D. La Familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil, Ecuador). *Rev Latino-Am Enfermagem*

- [REDACTED]
31. Devida. II Encuesta Nacional sobre consumo y prevención de drogas 2002. Lima: Devida; 2003.
 32. Lee S, Fung SC, Tsang A, Zhang MY, Huang YQ, He YL, et al. Delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 10-16.
 33. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 79-84.
 34. Cedro. Epidemiología de las drogas en la población peruana 2005, encuesta de hogares. Lima: Cedro; 2006.
 35. Brady TM, Ashley OS, editores. Women in substance abuse treatment: results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Service Administration; 2005.
 36. Lizárraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *Anales Sis San Navarra* 2001; 4 supl. 2: 41-48.
 37. Fuentes-Pila J, Calatayud P, López E, Castañeda B. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. *Trastornos Adictivos* 2005; 7: 153-65.
 38. Souza y Machorro M. Mitología desinformación e ignorancia en adicciones. *Liberaddictus* 2003; 74: 2-7.
 39. Villanueva M. Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: León F, Castro de la Mata R. Pasta básica de cocaína, un estudio multidisciplinario. Lima: Cedro, 1989. p. 167-209.
 40. Forthofer MS, Kessler RC, Story AL, Gotlib IH. The effects of psychiatric disorders on the probability and timing of first marriage. *J Health Soc Behav* 1996; 37:121-132.