

Barreras de accesibilidad al tratamiento: diferencias entre adictos a la heroína y adictos a la cocaína de la Comunidad Valenciana

S. TOMÁS DOLS^a, T. SAMPER GRAS^b, M.J. TORRIJO RODRIGO^b, A. VIDAL INFER^b, R. AGUILAR MOYA^b
Y J.C. VALDERRAMA ZURIÁN^c

^aDirección General de Drogodependencias. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

^bFundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias. Valencia. España.

^cInstituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universidad de Valencia. CSIC. Valencia. España.

RESUMEN. Introducción. El objetivo principal del presente trabajo fue estudiar los principales motivos que, según los pacientes adictos a la cocaína y a la heroína atendidos en los centros de drogodependencias de atención ambulatoria de la Comunidad Valenciana, pueden retrasar la solicitud de tratamiento, y analizar si existen diferencias según la sustancia principal que motivó la demanda.

Material y métodos. Fueron entrevistados 539 pacientes de unidades de conductas adictivas. Se les administró una encuesta sobre tratamientos previos en otros centros y sobre barreras que retrasan el acceso al tratamiento en centros ambulatorios específicos.

Resultados. El eje que presentó una mayor puntuación media fue «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» (media \pm DE; 2,29 \pm 0,639), mientras que el eje «Factores extrínsecos al tratamiento» tuvo la menor puntuación (1,51 \pm 0,417). Los adictos a la cocaína puntuaron más alto en los ejes «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» y «Factores extrínsecos al tratamiento», mientras que los heroínómanos obtuvieron mayores puntuaciones en los ejes «Resistencia al cambio» y «Factores intrínsecos al tratamiento». El eje

«Estigmatización y respuesta del entorno» no presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones. Los sujetos evaluados consideraban como poco importantes para acceder al tratamiento las barreras de tipo logístico, económico o administrativo, siendo necesario desarrollar programas de formación entre los profesionales sanitarios para la detección del problema y la motivación al cambio del paciente drogodependiente.

PALABRAS CLAVE: barreras del tratamiento, heroína, cocaína, accesibilidad, centros de tratamiento en drogodependencias.

Accessibility barriers to treatment: differences among heroin and cocaine addicts in the Autonomous Region of Valencia

ABSTRACT. Objectives. This study aimed at assessing the main factors why cocaine and heroin dependent patients delay their entrance to treatment in drug abuse specific resources in the Autonomous Region of Valencia, as well as to identify whether differences are found according to the substance that caused the treatment demand.

Method. Five hundred and thirty nine patients from Addictive Behaviours Units (UCA) were interviewed. A survey was conducted including items about previous demanded treatment and barriers of accessibility to treatment in specific ambulatory centres.

Results. The «Unawareness of illness and related problems» axis (mean \pm sd, 2.29 \pm 0.639) obtained the

Correspondencia:

M.J. TORRIJO RODRIGO
FEPAD.
C/ Guardia Civil, 30, entlo. B.
46020 Valencia. España.
Correo electrónico: pepa.torrijo@fepad.es

Recibido: 17-04-2007

Aceptado para su publicación: 2-06-2007

highest scores, while the «Treatment extrinsecal factors» axis obtained the lowest scores (1.51 ± 0.417). Male cocaine addicts scored higher in «Unawareness of illness and related problems» and «Treatment extrinsec factors» axis, and male heroin addicts had higher scores in «Resistance to change» and «Treatment intrinsec factors». The «Stigmatization and environment response» axis did not register significative differences among the different user profiles.

Conclusions. Barriers such as logistic, financial and administrative were considered less important by evaluated individuals. It is required to develop training programs addressed to health practitioners to detect the problem and to improve the motivation to change of drug dependent patients.

KEY WORDS: treatment barriers, cocaine, heroin, accessibility, drug abuse treatment centres.

Introducción

El consumo de drogas ilegales ha supuesto en España un problema socio-sanitario importante, especialmente en el caso de la cocaína y la heroína¹. Si bien en los últimos años han disminuido los problemas más graves relacionados con el consumo de heroína, como las muertes directamente relacionadas con el mismo y el número de usuarios de drogas por vía parenteral infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), esta sustancia sigue siendo responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas detectados en España. Por otro lado, ha aumentado tanto el consumo de cocaína como los problemas asociados², debido principalmente a dos factores: a) el creciente proceso de generalización de su consumo y, por tanto, un aumento de su disponibilidad y un menor coste de adquisición³, y b) una motivación de consumo relacionada con el ocio y centrada en la búsqueda de sensaciones y la facilitación de las relaciones sociales⁴. La prevalencia de consumo en los últimos 30 días de estas sustancias en la Comunidad Valenciana ha pasado en el caso de la heroína de un 0,3 a un 0,1% en el período 1998-2004 y, en el caso de la cocaína, de un 2,3 a un 2,2% en este mismo período^{5,6}.

En la Comunidad Valenciana existen recursos específicos para la asistencia ambulatoria al paciente drogodependiente, creados por la Conselleria de Sanidad e incluidos en el sistema sanitario público, como son

las Unidades de Conductas Adictivas (UCA). Entre las funciones de estas unidades están el diagnóstico, el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los pacientes con patología adictiva y la coordinación con los distintos recursos sanitarios y sociales⁷. Según datos del año 2004, el total de las demandas de tratamiento por consumo de heroína y cocaína en las UCA fue de 1.942 y 3.918 casos, respectivamente⁸, lo que representa respecto al año 1998 un descenso del 51,2% en las demandas por consumo de heroína y un incremento del 312% en las demandas por consumo de cocaína.

Durante el período 1999-2003, la edad media de inicio en el consumo de cocaína de los pacientes que demandaron tratamiento en las UCA de la Comunidad Valenciana fue de 21,49 años, mientras que en el caso de los heroínómanos que solicitaron tratamiento, su edad media de inicio en el consumo era de 20,53 años. Los pacientes con abuso o dependencia de cocaína solicitaron tratamiento con mayor frecuencia entre los 20 y 30 años, mientras que los heroínómanos lo hicieron entre los 30 y 40 años. En ambos casos, predominaban los pacientes de sexo masculino, con una razón hombre/mujer de 5,33⁹. La mayor proporción de hombres puede ser debida a la prevalencia de consumo, generalmente más alta entre los hombres, o estar influenciada por una menor solicitud de acceso a los servicios por parte de las mujeres^{10,11}.

Si bien tanto en el caso de los dependientes de cocaína como en los de heroína el acceso al tratamiento se produce mayoritariamente por iniciativa del propio paciente, existe una demora entre la edad de inicio en el consumo de la sustancia y el acceso a los servicios asistenciales especializados, oscilando entre los 6,64 años en el caso de la cocaína y los 7,85 años en el de la heroína⁹. Entre los factores que retardan o impiden una adecuada captación y orientación hacia un recurso asistencial especializado se encuentran la edad¹², el sexo¹³, la etnia¹⁴, la cultura¹⁵, factores económicos¹⁶, la distancia geográfica con respecto al recurso¹⁷ e incluso la droga principal que motiva la solicitud de tratamiento¹⁸⁻²⁰.

La identificación de los factores que limitan el acceso en nuestro medio de los pacientes dependientes de heroína o cocaína a los recursos específicos de tratamiento puede facilitar el desarrollo de estrategias que reduzcan el período existente entre el inicio del consumo y la demanda de tratamiento, mejorando de este modo el pronóstico de la enfermedad. Por ello, el objetivo principal del presente trabajo es estudiar los principales motivos que pueden retrasar la solicitud de tratamiento de los pacientes adictos a la cocaína y a la

heroína atendidos en los centros de drogodependencias de atención ambulatoria de la Comunidad Valenciana, y analizar si existen diferencias según la sustancia principal que motivó la demanda.

Material y métodos

Diseño del estudio

La población diana estaba compuesta por pacientes de 18 a 65 años que habían iniciado un tratamiento por dependencia de la cocaína o la heroína en un UCA de la Comunidad Valenciana, o llevaban como máximo doce meses en tratamiento en dichas unidades por consumo de dichas sustancias. El estudio se llevó a cabo en 25 UCA de la Comunidad Valenciana, lo que representa un 73,52% del total de unidades. Estos centros disponen, al menos, de un profesional médico, un psicólogo y un diplomado universitario en Enfermería (DUE). El trabajo de campo se desarrolló durante el mes de noviembre de 2004. Todos los participantes del estudio fueron entrevistados de manera presencial en los centros y la entrevista duraba aproximadamente 15 minutos. A todos los sujetos se les requirió el consentimiento informado para que formaran parte del estudio y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad.

Muestra

La muestra se obtuvo mediante un muestreo aleatorio sistemático, estratificándose en cada UCA en base a la demanda asistencial durante los primeros nueve meses del año 2004. El tamaño muestral se estimó según la demanda asistencial por dependencia de cocaína y heroína en las UCA de la Comunidad Valenciana durante el año 2003 ($n = 5.223$), resultando una muestra de 539 sujetos, para un error genérico de muestreo de $\pm 4\%$ con un nivel de confianza del 95%, siendo 322 el número de consumidores de cocaína y 217 el de consumidores de heroína. En cuanto a la distribución de la muestra por sexo, el 81,6% eran hombres y el 18,4% mujeres, con una edad media de $31,25 \pm 7,31$ años (media \pm desviación estándar [DE]) y con un período medio de tratamiento de 4,72 meses.

Instrumento

El instrumento de recogida de información se estructuró en dos grandes apartados. El primero recogía datos básicos: sexo, edad, tiempo de tratamiento—estableciéndose para el análisis posterior los si-

guientes rangos: menos de 1 mes, de 1 a 3 meses, de 4 a 6 meses, de 7 a 9 meses y de 10 a 12 meses—, y existencia de contacto previo con los servicios sanitarios motivado por el propio consumo de drogas o por algún motivo relacionado con dicho consumo. El segundo apartado estaba compuesto por 50 ítems de tipo Likert, puntuados según el grado de influencia de los factores como barreras para el tratamiento y evaluados en una escala de 1 = nada a 4 = mucho. El listado de motivos se elaboró basándose en estudios previos: la *National Survey on Drug Use and Health* del año 2002²¹ y las distintas versiones del *The Barriers Questionnaire* desarrollado por Miller y Tonigan²². Para el análisis posterior de los datos se agruparon los ítems en cinco ejes: no conciencia de enfermedad y problemas asociados, resistencia al cambio, factores intrínsecos al tratamiento, factores extrínsecos al tratamiento y estigmatización y respuesta del entorno.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0. Se realizó un análisis descriptivo y de frecuencias de las variables. Se utilizaron las pruebas T de comparación de medias en muestras independientes para examinar la relación entre las barreras individuales al tratamiento y algunas variables como sexo y droga que motivó la solicitud de tratamiento. Asimismo, se utilizó una prueba ANOVA, seguida de la prueba de contraste *post-hoc* de Scheffé, para comprobar si existían diferencias entre los cuatro grupos de consumidores según sexo y sustancia que motivó la demanda de tratamiento: hombres cocainómanos, mujeres cocainómanas, hombres heroínómanos y mujeres heroínómanas. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Solicitudes previas de tratamiento

El 51,8% de los entrevistados manifestó haber solicitado previamente tratamiento en algún centro no especializado en drogodependencias por alguna molestia física o psíquica que actualmente considera relacionada con el consumo de drogas (42,5%) o por el propio consumo de sustancias (40,1%). Los servicios más consultados fueron Atención Primaria y especializada, especialmente por los pacientes con abuso o dependencia de heroína ($p < 0,01$). Asimismo,

mo, estos pacientes solicitaron tratamiento en otro tipo de servicio sanitario por su consumo de sustancias de manera más frecuente que los cocainómanos (tabla 1).

Barreras al tratamiento

El eje que presentó una mayor puntuación media fue «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» (media \pm DE, $2,29 \pm 0,639$), mientras que el eje «Factores extrínsecos al tratamiento» tuvo la menor puntuación ($1,51 \pm 0,417$). Los ítems con una puntuación más alta fueron «Pensó que podía superarlo personalmente, con sus propios medios» ($2,63 \pm 1,027$), «Le gustaba consumir drogas y no quería dejar de hacerlo» ($2,38 \pm 1,013$), «Creía que los tratamientos eran para personas que estaban peor que usted» ($2,37 \pm 1,144$), «Las drogas no le habían causado, realmente, muchos problemas en su vida» ($2,37 \pm 1,141$), y «No pensó que tuviera un problema serio con las drogas» ($2,32 \pm 1,052$). Por otro lado, las barreras consideradas como menos importantes fueron la no atención previa en la UCA pese a la solicitud de tratamiento ($1,13 \pm 0,508$), temor a no te-

ner a nadie que atendiera a sus hijos en caso de acceder a tratamiento ($1,17 \pm 0,577$), la contratación de un seguro privado que no le diera cobertura para el tratamiento ($1,20 \pm 0,582$), la posibilidad de que iniciar un tratamiento pudiera suponer algún problema legal ($1,23 \pm 0,613$) y la desaprobación por parte de algún familiar ante el inicio de un tratamiento ($1,26 \pm 0,667$).

Diferencias según sexo

En ninguno de los ejes se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre hombres y mujeres, independientemente de la sustancia consumida, aunque los siguientes ítems presentaron una mayor puntuación en mujeres: «Las drogas no le habían causado, realmente, muchos problemas en su vida», «Creía que no sabría vivir sin drogas», «Solicitó tratamiento en otros servicios (servicios sociales, Atención Primaria, etc.) pero no me enviaron a una UCA», y «Tenía miedo de que me ingresaran en un hospital», mientras que los hombres puntuaron más alto en los ítems: «No podía conseguir permiso en el trabajo para ir a tratamiento» y «Conside-

Tabla 1. Distribución de la muestra según solicitudes previas de tratamiento y sustancia por la que se encuentran en tratamiento

	Heroína %	Cocaína %	Total %
¿Solicitó tratamiento antes en otro tipo de servicio sanitario por alguna molestia física o psíquica que ahora considera que estaba relacionada con su consumo de alcohol u otras drogas?	46,1	40,1	42,5
Atención Primaria	20,7	15,2	17,4
Especialista	12,4	7,5	9,5
Salud mental	12,0	9,3	10,4
Urgencias	9,7	7,8	8,5
Otros	15,2	10,6	12,4
¿Solicitó tratamiento antes en otro tipo de servicio sanitario por su consumo de alcohol u otras drogas?	51,2***	32,6	40,1
Atención Primaria	18,9**	8,7	12,8
Especialista	13,8*	8,1	10,4
Salud mental	11,1	6,5	8,3
Urgencias	6,5	4,7	5,4
Otros	24,9***	11,5	16,9
¿Ha solicitado tratamiento con anterioridad en otro servicio sanitario?	61,8***	45,0	51,8
Atención Primaria	28,1**	18,0	22,1
Especialista	18,4**	10,2	13,5
Salud mental	15,2	10,2	12,2
Urgencias	11,5	9,0	10,0
Otros	30,4***	13,4	20,2

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

raba que su trabajo podría peligrar si solicitaba tratamiento» (tabla 2).

Diferencias según la sustancia que motivó la demanda de tratamiento

Los adictos a la cocaína puntuaron más alto en los ejes «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» y «Factores extrínsecos al tratamiento», mientras que los heroinómanos obtuvieron mayores puntuaciones en los ejes «Resistencia al cambio» y «Factores intrínsecos al tratamiento». El eje «Estigmatización y respuesta del entorno» no presentó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de consumidores (tabla 2).

Análisis de los grupos de consumidores

No se registraron diferencias estadísticamente significativas en los ejes y en los ítems ($p < 0,05$) entre hombres y mujeres si consumían la misma sustancia (cocainómanos comparados con cocainómanas, y heroinómanos comparados con heroinómanas). Uno de los cinco ejes presentó diferencias estadísticamente significativas en el caso de los hombres consumidores de cocaína, que puntuaron más alto en el eje «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» que los consumidores de heroína; además, también obtuvieron puntuaciones más altas en los ítems «Su consumo de drogas le parecía normal», «Creía que los tratamientos eran para personas que estaban peor que usted», «No creía que fuera una persona drogodependiente», «Pensó que podía superarlo personalmente, con sus propios medios», «No pensó que tuviera un problema serio con las drogas» y «No pensaba que necesitara ayuda». Sin embargo, los consumidores de heroína señalaron las barreras relacionadas con malas experiencias con algún tratamiento anterior en otros tipos de centros, con dificultades de transporte para ir al tratamiento, con experiencias previas negativas de algún conocido con el tratamiento, la desaprobación ante la solicitud de tratamiento por parte de alguien cercano (familiares, amigos, etc.) u otras personas, con la preocupación ante las molestias que pudiera causar el síndrome de abstinencia, con el miedo de que le diagnosticaran otra enfermedad relacionada con su consumo de drogas, con las listas de espera y con la posibilidad de que iniciar un tratamiento pudiera generarle algún problema legal. Las mujeres adictas a la heroína puntuaron más alto que las cocainómanas en barre-

ras como la preocupación que les producían las posibles molestias del síndrome de abstinencia, o las experiencias previas negativas de algún conocido con respecto al tratamiento.

Discusión

Las barreras con que se encuentran los hombres con dependencia a la heroína o a la cocaína para acceder a programas específicos de tratamiento son menos numerosas y más homogéneas que las de las mujeres, y están especialmente relacionadas con su puesto de trabajo. Las mujeres puntúan más alto que los hombres en tres ejes diferentes: «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados», «Resistencia al cambio» y «Factores intrínsecos al tratamiento». Por tanto, en la Comunidad Valenciana, tal y como ocurre en otras áreas geográficas, las mujeres hacen frente a una mayor cantidad y variedad de barreras que los hombres²³. Esto puede ser debido a que el sistema asistencial está dirigido principalmente a una clientela masculina, pues: a) las mujeres se encuentran infrarrepresentadas como clientes de servicios de tratamiento de alcohol y otras drogas^{24, 25}; b) existe una mayor prevalencia de consumo entre los hombres, y c) los hombres son quienes suelen diseñar y ejecutar la mayoría de los programas de tratamiento²⁶. Si bien se ha observado en algunos estudios una mayor estigmatización en mujeres dependientes²⁷, en el presente trabajo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a la estigmatización según el sexo o la sustancia consumida.

Las barreras de acceso al tratamiento difieren según la droga principal de abuso, presentando los pacientes con abuso o dependencia de heroína una mayor conciencia de su enfermedad en el momento de solicitar tratamiento, pudiendo estar relacionado con que la cocaína es considerada una droga recreativa y poco peligrosa²⁸; de hecho, los elementos que forman parte de los estilos de vida pueden provocar una mayor resistencia al cambio y, por tanto, retrasar o impedir la entrada en los programas de tratamiento²⁹. Esta aparente despreocupación respecto al consumo de cocaína se corrobora en el análisis de las barreras al tratamiento, ya que, pese a que el eje «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» fue el más puntuado por los consumidores de ambas sustancias, los adictos a la cocaína puntuaron más alto en dicho eje que los heroinómanos. En el caso de los heroinómanos, puntuaron más alto que los cocainómanos en el eje «Resistencia al cambio», tal vez debido al miedo

Tabla 2. Puntuaciones medias (desviación estándar [DE]) en cada uno de los ítems y en los factores según sexo o sustancia que motiva la solicitud de tratamiento.

	Total	Sexo			Sustancia		
		Hombres n = 440	Mujeres n = 99	t	Cocaína n = 322	Heroína n = 217	t
Factor 1: no conciencia de enfermedad ni problemas asociados	2,29 (0,639)	2,29 (0,651)	2,29 (0,588)	-0,086	2,40 (0,637)	2,29 (0,588)	-5,328***
A su juicio, las drogas no eran su problema principal	2,29 (1,092)	2,30 (1,090)	2,27 (1,105)	0,187	2,38 (1,079)	2,27 (1,105)	-2,278*
Su consumo de drogas le parecía normal	2,07 (0,986)	2,09 (0,991)	1,97 (0,957)	1,083	2,20 (0,999)	1,97 (0,957)	-3,840***
Creía que los tratamientos eran para personas que estaban peor que usted	2,37 (1,144)	2,40 (1,143)	2,25 (1,146)	1,159	2,66 (1,108)	2,25 (1,146)	-7,491***
A su juicio, el consumo de drogas no le generaba ningún problema	2,27 (1,083)	2,25 (1,081)	2,35 (1,091)	-0,841	2,34 (1,050)	2,35 (1,091)	-1,689
No creía que fuera una persona drogodependiente	2,19 (1,080)	2,19 (1,076)	2,17 (1,107)	0,160	2,38 (1,099)	2,17 (1,107)	-5,236***
Pensó que podía superarlo personalmente, con sus propios medios	2,63 (1,027)	2,63 (1,024)	2,65 (1,043)	-0,148	2,76 (1,024)	2,65 (1,043)	-3,570***
No pensó que tuviera un problema serio con las drogas	2,32 (1,052)	2,33 (1,063)	2,28 (1,011)	0,379	2,43 (1,047)	2,28 (1,011)	-2,917**
No pensaba que necesitara ayuda	2,29 (1,055)	2,30 (1,057)	2,23 (1,048)	0,599	2,45 (1,058)	2,23 (1,048)	-4,494***
Las drogas no le habían causado, realmente, muchos problemas en su vida	2,37 (1,141)	2,32 (1,128)	2,61 (1,176)	-2,288*	2,31 (1,101)	2,61 (1,176)	1,374
No pensaba que fuera una enfermedad	2,09 (1,107)	2,06 (1,097)	2,19 (1,149)	-1,059	2,16 (1,131)	2,19 (1,149)	-2,054*
Factor 2: resistencia al cambio	2,12 (0,607)	2,11 (0,605)	2,15 (0,618)	-0,535	2,07 (0,612)	2,15 (0,618)	2,027*
No le gusta que nadie le diga lo que tiene que hacer con su vida	2,20 (1,019)	2,24 (1,024)	2,06 (0,988)	1,557	2,29 (1,033)	2,06 (0,988)	-2,442*
Consumir alcohol u otras drogas le aportaba más cosas buenas que malas	1,91 (0,961)	1,89 (0,963)	2,02 (0,947)	-1,255	1,97 (0,977)	2,02 (0,947)	-1,708
Creía que no sabría vivir sin consumir drogas	2,06 (1,031)	2,01 (1,011)	2,27 (1,096)	-2,287*	1,97 (1,018)	2,27 (1,096)	2,405*
Le preocupaban las molestias que pudiera causarle el síndrome de abstinencia	2,26 (1,174)	2,23 (1,151)	2,42 (1,262)	-1,437	1,87 (1,042)	2,42 (1,262)	10,232***
Le gustaba consumir drogas y no quería dejar de hacerlo	2,38 (1,013)	2,38 (1,011)	2,36 (1,028)	0,225	2,41 (0,999)	2,36 (1,028)	-0,980
Creía que el tratamiento no serviría para nada	1,77 (0,887)	1,79 (0,892)	1,70 (0,863)	0,947	1,73 (0,905)	1,70 (0,863)	1,288
No quería dejar de consumir	2,26 (1,011)	2,26 (1,003)	2,27 (1,048)	-0,096	2,28 (0,994)	2,27 (1,048)	-0,436
Factor 3: factores extrínsecos al tratamiento	1,51 (0,417)	1,52 (0,416)	1,46 (0,422)	1,252	1,47 (0,404)	1,46 (0,422)	2,962**
No podía conseguir permiso en el trabajo para ir a tratamiento	1,58 (0,953)	1,63 (0,982)	1,37 (0,778)	2,830**	1,49 (0,894)	1,37 (0,778)	2,485*
Tenía dificultades de transporte para ir a tratamiento	1,31 (0,701)	1,30 (0,707)	1,34 (0,675)	-0,453	1,22 (0,639)	1,34 (0,675)	3,751***
No podía pagar el tratamiento	1,30 (0,730)	1,30 (0,718)	1,34 (0,786)	-0,489	1,29 (0,698)	1,34 (0,786)	0,640
Mi seguro sanitario es con una empresa privada y creía que no me atenderían en la sanidad pública	1,20 (0,582)	1,22 (0,599)	1,14 (0,497)	1,297	1,20 (0,573)	1,14 (0,497)	0,231
No tenía tiempo disponible para ir a tratamiento	1,64 (0,935)	1,68 (0,931)	1,49 (0,944)	1,799	1,58 (0,911)	1,49 (0,944)	1,799
No sabía dónde pedir ayuda o asistencia	1,79 (0,969)	1,78 (0,937)	1,84 (1,104)	-0,492	1,84 (0,983)	1,84 (1,104)	-1,316
Tenía miedo de que le diagnosticaran otra enfermedad relacionada con su consumo de alcohol u otras drogas	1,87 (1,031)	1,84 (0,999)	1,99 (1,156)	-1,213	1,72 (0,951)	1,99 (1,156)	4,035***
Creía que no tenía edad (era demasiado joven o demasiado mayor) para solicitar tratamiento	1,47 (0,820)	1,47 (0,808)	1,48 (0,876)	-0,151	1,45 (0,816)	1,48 (0,876)	0,787
El horario de la UCA/UA no se ajustaba a sus necesidades	1,52 (0,868)	1,54 (0,875)	1,42 (0,834)	1,162	1,47 (0,851)	1,42 (0,834)	1,479
Factor 4: factores intrínsecos al tratamiento	1,61 (0,400)	1,61 (0,396)	1,62 (0,417)	-0,229	1,57 (0,382)	1,62 (0,417)	3,040**
Le preocupaba que la gente pudiera verle cuando acudía a la UCA/UA	1,88 (1,025)	1,91 (1,031)	1,79 (0,997)	1,056	1,93 (1,049)	1,79 (0,997)	-1,122
Había tenido una mala experiencia con algún tratamiento anterior en otros tipos de centros	1,36 (0,767)	1,37 (0,789)	1,31 (0,665)	0,638	1,19 (0,546)	1,31 (0,665)	5,785***
Tenía miedo a fracasar en el tratamiento	2,06 (1,046)	2,06 (1,037)	2,07 (1,090)	-0,100	1,98 (1,040)	2,07 (1,090)	2,081*
Pensaba que el tratamiento no se ajustaba a sus necesidades	1,77 (0,853)	1,77 (0,839)	1,73 (0,914)	0,399	1,75 (0,857)	1,73 (0,914)	0,370
Le preocupaba el trato personal que fuera a recibir en la UCA/UA	1,60 (0,843)	1,61 (0,866)	1,56 (0,732)	0,561	1,64 (0,894)	1,56 (0,732)	-1,496
Algún conocido tuvo una mala experiencia con el tratamiento	1,32 (0,697)	1,30 (0,669)	1,41 (0,810)	-1,249	1,18 (0,521)	1,41 (0,810)	5,375***

Tabla 2 (continuación). Puntuaciones medias (desviación estándar [DE]) en cada uno de los ítems y en los factores según sexo o sustancia que motiva la solicitud de tratamiento.

	Total	Sexo			Sustancia		
		Hombres n = 440	Mujeres n = 99	t	Cocaína n = 322	Heroína n = 217	t
Le preocupaba la confidencialidad del tratamiento	1,86 (1,071)	1,87 (1,068)	1,83 (1,088)	0,316	1,86 (1,080)	1,83 (1,088)	-0,033
No le gusta que le pregunten sobre temas personales	2,03 (0,980)	2,05 (0,968)	1,95 (1,035)	0,904	2,02 (0,973)	1,95 (1,035)	0,145
Solicitó tratamiento en otros servicios (servicios sociales, Atención Primaria, salud mental, hospital, etc.) pero no le enviaron a una UCA/UA	1,36 (0,817)	1,31 (0,739)	1,61 (1,067)	-2,664**	1,27 (0,727)	1,61 (1,067)	3,020**
No le gusta hablar en un grupo	1,92 (0,993)	1,92 (0,993)	1,93 (0,997)	-0,116	1,95 (1,013)	1,93 (0,997)	-0,921
Tuvo que esperar mucho tiempo en lista de espera para recibir tratamiento	1,36 (0,707)	1,36 (0,712)	1,35 (0,690)	0,120	1,26 (0,657)	1,35 (0,690)	3,929***
Se sentía inseguro en una UCA/UA	1,39 (0,699)	1,41 (0,709)	1,31 (0,649)	1,318	1,40 (0,735)	1,31 (0,649)	-0,341
Tenía miedo a que le ingresaran en un hospital	1,76 (1,046)	1,71 (1,031)	1,95 (1,091)	-2,039*	1,72 (1,037)	1,95 (1,091)	1,060
Solicitó tratamiento anteriormente en una UCA/UA, pero no le atendieron	1,13 (0,508)	1,12 (0,482)	1,14 (0,612)	-0,364	1,08 (0,426)	1,14 (0,612)	2,412*
Otras personas le desaconsejaron iniciar un tratamiento	1,37 (0,733)	1,37 (0,742)	1,38 (0,696)	-0,129	1,24 (0,608)	1,38 (0,696)	4,943***
Factor 5: estigmatización y respuesta del entorno	1,70 (0,442)	1,69 (0,435)	1,72 (0,471)	-0,465	1,69 (0,419)	1,72 (0,472)	0,618
Pensó que su familia no lo entendería	2,23 (1,089)	2,20 (1,080)	2,34 (1,126)	-1,147	2,23 (1,107)	2,34 (1,126)	-0,074
Se encontraba avergonzado/a	2,15 (1,072)	2,14 (1,057)	2,19 (1,140)	-0,425	2,25 (1,079)	2,19 (1,140)	-2,517*
Pensaba que perdería a sus amigos si empezaba un tratamiento o dejaba de consumir drogas	1,62 (0,919)	1,61 (0,923)	1,67 (0,904)	-0,594	1,61 (0,939)	1,67 (0,904)	0,200
Consideraba que su trabajo podría peligrar si solicitaba tratamiento	1,96 (1,092)	2,00 (1,105)	1,74 (1,008)	2,117*	1,87 (1,042)	1,74 (1,008)	2,114*
Alguien importante para usted (familiares, amigos, etc.) desaprobaban que recibiera tratamiento	1,26 (0,667)	1,24 (0,648)	1,33 (0,742)	-1,145	1,19 (0,560)	1,33 (0,742)	2,868**
Nadie le dijo que tuviera un problema con las drogas o le animó a que buscara ayuda	1,82 (1,033)	1,79 (1,007)	1,95 (1,137)	-1,401	1,89 (1,046)	1,95 (1,137)	-2,007*
Si acudía a tratamiento, no tenía quien cuidara de sus hijos	1,17 (0,577)	1,14 (0,508)	1,30 (0,806)	-1,816	1,12 (0,483)	1,30 (0,806)	2,306*
Le preocupaba qué pensaría la gente de usted si solicitaba ayuda	1,91 (1,016)	1,93 (1,009)	1,83 (1,050)	0,874	1,91 (1,013)	1,83 (1,050)	0,058
Iniciar un tratamiento podría generarle algún problema legal	1,23 (0,613)	1,24 (0,628)	1,19 (0,547)	0,708	1,15 (0,488)	1,19 (0,547)	3,665***

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

generado por la sintomatología de un posterior síndrome de abstinencia³⁰, que hace más difícil el abandono del consumo y, por tanto, aumenta la resistencia al cambio.

Si bien las características del sistema sanitario pueden ser consideradas como posibles barreras para el tratamiento²⁹, los sujetos evaluados consideraban como poco importantes las relacionadas con las posibilidades de acceso al tratamiento, de tipo logístico, económico o administrativo, tales como la no atención previa en la UCA a pesar de haberlo solicitado previamente, temor a no tener a nadie que atiende a sus hijos, la contratación de un seguro privado que no le diera cobertura, o la posibilidad de que iniciar un tratamiento pudiera suponer algún problema legal. Esto es probablemente debido a que las UCA: a)

son de acceso público y gratuito, y b) no existen trabas legales para acceder a las mismas, y por otra parte a que la población general está sensibilizada con el problema de las drogodependencias.

Existen una serie de limitaciones en esta investigación: a) la muestra se obtuvo en centros especializados en drogodependencias y, por tanto, se trata de sujetos que ya habían podido superar las barreras, lo que podría implicar que se infraestimase la importancia de determinados factores; b) no se diferenció entre primeras visitas y reinicios de tratamiento, pudiéndose haber generado un sesgo en cuanto a la conciencia que tienen sobre su enfermedad; c) la posible existencia de un sesgo de complacencia del paciente respecto al profesional y el sistema sanitario; por ello, se intentó no inducir ni influir en las respuestas de los sujetos, y

d) la no consideración de la comorbilidad psiquiátrica, que puede ser una barrera para acceder al tratamiento en hombres y, sobre todo, en mujeres, pues presentan una mayor prevalencia y severidad de trastornos de ansiedad y depresión³¹.

Los resultados muestran que existen diferencias entre hombres y mujeres y entre consumidores de cocaína y heroína, siendo necesario desarrollar campañas de sensibilización en la población general y en el medio laboral e implementar o consolidar programas de formación entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales para la detección del problema y la motivación al cambio del paciente drogodependiente, así como su posible derivación. Se recomienda que futuros estudios consideren la aportación de datos cualitativos que proporcionen una mayor información sobre las respuestas de los

entrevistados y evalúen factores no considerados en el estudio.

Agradecimientos

Los datos del presente estudio se obtuvieron como parte de una investigación financiada por la Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD). Agradecer a los profesionales de las Unidades de Conductas Adictivas y Unidades de Alcoholología su colaboración activa en el pase de las encuestas.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados. *Enf Emerg*. 2000;2:88-102.
2. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas, Informe 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2004.
3. Bobes J, Sáiz PA, González MP, Bascarán MT. Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*. 2001;13 Supl 1:23-36.
4. Cañuelo B, García MP. Perfil de los usuarios de cocaína. *Salud y Drogas*. 2002;2:18-27.
5. Navarro J, Megías E, directores. El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana (II). Valencia: Generalitat Valenciana; 1999.
6. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Informe técnico: avance de resultados generales del consumo de drogas en la Comunidad Valenciana 2004. Madrid: FAD; 2005.
7. Ley 3/1997 de 6 de junio, sobre drogodependencias y otras conductas adictivas de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; 1997.
8. Tomás S. Balance de situación del abordaje de los trastornos adictivos en la Comunidad Valenciana. Ponencia presentada en el Congreso Nacional «Sociedad de consumo ¿de drogas?» de la Universidad Cardenal Herrera-CEU. Valencia, 3-5 de noviembre de 2005.
9. Pérez B, Castellano M, Valderrama JC. Epidemiología del consumo de cocaína. En: García JA, López C, editores. *Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis*. Valencia: EDAF; 2005. p. 141-61.
10. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas, Informe 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
11. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas, Informe nº 6. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2003.
12. Garibaldi B, Conde-Martel A, O'Toole TP. Self-reported comorbidities, perceived needs, and sources for usual care for older and younger homeless adults. *J Gen Intern Med*. 2005;20:726-30.
13. Nelson-Zlupko L, Dore MM, Kauffman E, Kaltenbach K. Women in recovery. Their perceptions of treatment effectiveness. *J Subst Abuse Treat*. 1996;13:51-9.
14. Kalichman SC, Graham J, Luke W, Austin J. Perceptions of health care among persons living with HIV/AIDS who are not receiving antiretroviral medications. *AIDS Patient Care STDS*. 2002;16:233-40.
15. Lombardi EL, van Servellen G. Building culturally sensitive substance use prevention and treatment programs for transgendered populations. *J Subst Abuse Treat*. 2000;19:291-6.
16. Cronquist A, Edwards V, Galea S, Latka M, Vlahov D. Health care utilization among young adult injection drug users in Harlem, New York. *J Subst Abuse*. 2001;13:17-27.
17. Deck D, Carlson MJ. Access to publicly funded methadone maintenance in two Western States. *J Behav Health Ser & Res*. 2004;31:164-77.
18. Booth ER, Kwiatkowski C, Iguchi MY, Pinto F, John D. Facilitating treatment entry among out-of-treatment injection users. *Public Health Rep*. 1998;113 Suppl 1:116-28.
19. Finney JW, Moss RH. Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction*. 1995;90:1223-40.
20. Smith IE, Dent DZ, Coles CD, Falek A. A comparison study of treated and untreated pregnant and postpartum cocaine-abusing women. *J Subst Abuse Treat*. 1992;9:343-8.

21. Substance abuse and Mental Health Service Administration. 2002 National Survey on Drug Use and Health. Washington D.C.: SAMHSA; 2003.
22. Miller RW, Tonigan JS. The barriers questionnaire. Center on alcoholism, substance abuse, and addictions. Albuquerque: University of New Mexico; 2002.
23. Jordan CM, Oei TPS. Help-seeking behaviors in problem drinkers. *Br J Addict*. 1989;84:979-88.
24. Swift W, Copeland J. Treatment needs and experiences of Australian women with alcohol and other drug problems. *Drug Alcohol Depend*. 1996;40: 211-9.
25. Webster P, Mattick RP, Baillie A. Clients of treatment service agencies. March 1990 census findings. Canberra: Australian Government Printing Service; 1991.
26. Nelson-Zlupko L, Kauffman E, Dore MM. Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Soc Work*. 1995;40:45-54.
27. Wilsnack SC, Murray MM. Alcohol abuse and stigma. Comunicación presentada en «Stigma and Global Health: an International Conference». Bethesda, 5-7 septiembre, 2001.
28. Royo-Isach J, Magrané M, Fernández-Pola O, Tosco M. Consumidores de cocaína: del uso recreativo al consumo adictivo. Una propuesta de intervención preventiva y asistencial. *Aten Primaria*. 2005;36:162-6.
29. Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane DT, Wang J, Carlson R. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat* 30;2006:227-35.
30. Eklund C, Hiltunen AJ, Melin L, Borg S. Abstinence fear in methadone maintenance withdrawal: a possible obstacle for getting off methadone. *Subst Use Misuse*. 1997;32:779-92.
31. Brady TM, Ashley OS, editors. Women in substance abuse treatment: results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Service Administration; 2005.