



Trastornos de Substancias y Uso de Servicios en Puerto Rico

Encuesta de Hogares – 2008

**Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
Septiembre 2009**

Créditos

Este estudio fue realizado para la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción por la Universidad Central del Caribe.

Héctor Manuel Colón, PhD, Investigador Principal
Catedrático Asociado, Escuela Graduada de Salud Pública,
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

Juan Carlos Reyes Pulliza, EdD, Co-Investigador Principal
Catedrático Asociado, Escuela Graduada de Salud Pública,
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

Juan Negrón, PhD, Co-Investigador
IRESA, Escuela de Medicina, Universidad Central del Caribe

José Calderón, MS, Co-Investigador
IRESA, Escuela de Medicina, Universidad Central del Caribe

Brenda González, MA, Directora de Proyecto
IRESA, Escuela de Medicina, Universidad Central del Caribe

Marta Cruz, BA, Supervisora de Campo
IRESA, Escuela de Medicina, Universidad Central del Caribe

Maribel González, BA, Asistente de Investigación
IRESA, Escuela de Medicina, Universidad Central del Caribe

Resumen Ejecutivo

Este informe contiene los resultados de un estudio de trastornos de sustancias y necesidades de tratamiento realizado durante el 2008. El estudio encuestó a 3,180 personas entre las edades de 15 a 74 años utilizando un cuestionario auto-administrado implementado en una micro-computadora de mano ('pocket PC').

Alcohol

Tres cuartas partes de la población entre 15 y 74 años (76.8% ó 2.2 millones de personas) había utilizado alcohol alguna vez en su vida. Cerca de la mitad de la población entre 15 y 74 años (48.8% ó 1.4 millones de personas) consumió alcohol durante los 12 meses previos al estudio.

Las tasas de uso de alcohol fueron mayores en el grupo de 18 a 34 años tanto en hombres como en mujeres. Más de dos terceras partes (68.7%) de los hombres entre 18 y 34 años y la mitad (50.8%) de las mujeres del mismo grupo de edad consumió alcohol durante los pasados 12 meses.

Las tasas de consumo de alcohol incrementaron con el nivel educativo. Sólo poco más de una tercera parte (37.7%) de la población sin completar la escuela superior consumía alcohol mientras que más de la mitad (54.6%) de la población con título universitario consumía alcohol.

La tasa de uso de alcohol entre mujeres que habían estado embarazadas durante los pasados 12 meses fue de 47.1%.

Una de cada ocho personas (12.1%) entre las edades de 15 a 74 años padecía de abuso de alcohol, unas 350 mil personas. Una de cada 20 personas (4.8%) entre las edades de 15 a 74 años padecía de dependencia al alcohol, unas 140 mil personas. Tomadas ambas tasas en conjunto, el estudio estimó que uno de cada seis adultos (16.9%) en Puerto Rico padece de abuso o dependencia al alcohol.

Más de una cuarta parte (27.5%) de los varones entre las edades de 18 a 34 años padecía de abuso de alcohol y uno de cada diez (10.6%) varones 35 a 64 años padecía de dependencia al alcohol. La dependencia al alcohol fue más prevalente en la región este (7.7%) y en la región de San Juan (6.6%).

Contrario a la tendencia con las tasas de uso de alcohol, las tasas de dependencia incrementaron según el nivel educativo decrecía. El 3.8% de la población con título universitario padecía de dependencia al alcohol mientras que en la población sin completar la escuela superior la tasa fue dos veces más alta (6.7%).

Una de cada siete (13.6%) mujeres que habían estado embarazadas durante los pasados 12 meses padecía de abuso de alcohol y una de cada 18 (5.5%) padecía de dependencia al alcohol.

La dependencia al alcohol fue mayor entre las personas que no estaban cubierto por ningún plan médico (7.7%) que entre las personas con planes médicos públicos (5.3%) o privados (3.6%).

Las personas con dependencia al alcohol mostraron altas tasas de depresión (13.5%), ansiedad (21.2%), y trastorno de personalidad bipolar (11.7%).

Las tasas de uso de servicios para trastornos de alcohol fueron muy bajas. De las 139,885 personas que se estimó padecían de dependencia al alcohol, sólo 8,517 o uno de cada 16 (6.1%) utilizó los servicios del sector especializado. En otras palabras, más del 90% de las personas con dependencia al alcohol no recibieron ningún servicio especializado para su condición durante los 12 meses previo al estudio.

El estudio también encontró una cantidad considerable de episodios de servicios de tratamiento clínicamente no justificados. Tanto los episodios informados por las personas que no cumplieron criterios de trastornos como los episodios de cuidado informados por las personas que cumplieron criterio de abuso – exceptuando los servicios ambulatorios – constituyeron episodios de cuidado especializado sin justificación clínica. Estos episodios ascendieron a 8,330 de un total de episodios informados de 15,250, o el 54.6% de los episodios de cuidado especializado informados.

Entre las personas con dependencia al alcohol que no recibieron servicios especializados durante los pasados 12 meses, solo una cuarta parte (24.1%) reconocía que tenía un problema de alcohol y solo una tercera parte (34.0%) opinó positivamente de los tratamientos existentes.

Drogas

Una quinta parte de la población entre 15 y 74 años (22.7% ó 658 mil personas) había utilizado drogas alguna vez en su vida. Y poco menos de una décima parte de la población (9.2% ó 268 mil personas) utilizó drogas – tanto drogas ilícitas como medicamentos controlados usados con fines no médicos – durante los 12 meses previos al estudio.

Las tasas de uso de drogas fueron mayores en el grupo de 18 a 34 años tanto en hombres como en mujeres. Una quinta parte (20.0%) de los hombres entre 18 y 34 años y una de cada 10 mujeres (11.8%) del mismo grupo de edad consumió drogas durante los pasados 12 meses.

La tasa de uso de drogas entre mujeres que habían estado embarazadas durante los pasados 12 meses fue de 18.7%.

Una de cada 50 personas (1.8%) entre las edades de 15 a 74 años padecía de abuso de drogas. Esta tasa de abuso representa a unas 52 mil personas. De forma similar, una de cada 50 personas (2.0%) entre las edades de 15 a 74 años padecía de dependencia a drogas. Esta tasa de dependencia representa a unas 59 mil personas. Tomadas ambas tasas en conjunto, el estudio estimó que unos 111,000 adultos en Puerto Rico (3.8%) padece de abuso o dependencia a drogas.

Entre los hombres, el grupo de edad de 15 a 17 años mostró la tasa de abuso de drogas más alta (6.8%) y el grupo de 18 a 34 años mostró la tasa de dependencia más alta (4.5%). Entre las mujeres, el patrón fue el inverso con el grupo de 18 a 34 años mostrando la tasa de abuso de drogas más alta (1.3%) y el grupo de 15 a 17 años mostró la tasa de dependencia más alta (1.7%).

Mientras que no hubo una asociación marcada entre nivel educativo y uso de drogas, sí la hubo entre nivel educativo y dependencia a drogas. El 1.2% de la población con título universitario padecía de dependencia a drogas mientras que en la población sin completar la escuela superior la tasa fue casi tres veces más alta (3.3%).

Una de cada 30 (3.7%) mujeres que habían estado embarazadas durante los pasados 12 meses padecía de abuso de drogas y una proporción similar (3.5%) padecía de dependencia a drogas.

La dependencia a drogas fue mayor entre las personas que no estaban cubierto por ningún plan médico (5.3%) que entre las personas con planes médicos públicos (2.3%) o privados (1.1%).

Las personas con dependencia al alcohol mostraron altas tasas de depresión (18.1%), trastorno de personalidad bipolar (25.4%) y trastorno de déficit de atención (13.8%).

Las tasas de uso de servicios para trastornos de drogas fueron bajas. De las 59,322 personas que se estimó padecían de dependencia a drogas, solo 14,227 o uno de cada 4 (24.0%) utilizó los servicios del sector especializado. En otras palabras, tres cuartas partes de las personas con dependencia a drogas no recibieron ningún servicio especializado para su condición.

El estudio también encontró una cantidad considerable de episodios de servicios de tratamiento para trastornos de drogas clínicamente no justificados. Los episodios informados por las personas que no cumplieron criterios de trastornos de drogas constituyen episodios de cuidado especializado sin justificación clínica. Estos episodios ascendieron a 4,704 de un total de episodios informados de 34,290, o el 13.7% de los episodios de cuidado especializado informados.

Entre las personas con dependencia a drogas que no recibieron servicios especializados durante los pasados 12 meses, solo una tercera parte (31.1%) reconocía que tenía un problema de drogas y solo poco más de una cuarta parte (26.7%) opinó positivamente de los tratamientos existentes.

Comparación Entre el 2002 y el 2008

El presente estudio es comparable a un estudio anterior realizado durante el 2002. El estudio del 2002 encuestó a 4,332 personas utilizando una muestra probabilística de viviendas. La población de estudio de la encuesta del 2002 incluyó a las personas entre las edades de 15 a 64 años. La población del estudio del 2008 amplió la cobertura de edad para incluir personas de 65 a 74 años.

La tasa de abuso de alcohol aumentó 5 puntos porcentuales de 7.7% en el 2002 a 12.8% en el 2008. La tasa de dependencia de alcohol se mantuvo estable entre ambos periodos.

Las tasas combinadas de abuso y dependencia de drogas se mantuvieron estables. La tasa de abuso sumada a la de dependencia representó el 4.2% de la población tanto en el 2002 como en el 2008.

Se observó un claro patrón de reducción de uso de servicios en los sectores generales y especializados y un aumento de uso de servicios en el sector informal. Las tasas de uso de servicios entre personas con dependencia a alcohol tanto en el sector general como en el especializado redujeron 4 puntos porcentuales y aumentaron por la misma magnitud en el sector informal. Algo similar se pudo observar entre las personas con dependencia a drogas: Las tasas redujeron 3 puntos porcentuales tanto en el sector general como en el especializado y aumentaron 4 puntos porcentuales en el sector informal.

Tabla de Contenido

I.	Introducción	1
II.	Métodos y Procedimientos	5
	A. Diseño y Consideraciones Metodológicas	5
	B. Muestreo	7
	C. Trabajo de Campo y Reclutamiento de Participantes.....	8
	D. Instrumentación	10
	E. Manejo de Datos, Controles de Calidad, Protección	14
	F. Cálculo de Pesos y Análisis Estadístico	15
	G. Estimados Sintéticos	16
	H. Comparación de Auto Informe de Uso Reciente de Drogas y Resultados Toxicológicos.....	16
III.	Resultados	19
	A. Perfil Demográfico y Socio-Económico de la Muestra.....	19
	B. Uso De Alcohol y Drogas	21
	1. Uso Alguna Vez en la Vida	21
	2. Uso Durante el Último Año.....	29
	C. Trastornos de Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas	38
	1. Trastornos de Alcohol	39
	2. Trastornos de Drogas	46
	D. Uso de Servicios Para Trastornos de Alcohol y Drogas	54
	1. Trastornos de Alcohol	54
	2. Trastornos de Drogas	58
	E. Resultados Desglosados por Tipo de Droga	62
	F. Comparación de Resultados 2002 – 2008	71
	1. Uso Durante el Último Año.....	71
	2. Trastornos de Abuso y Dependencia.....	72
	3. Uso de Servicios	73
IV.	Referencias	75

Lista de Tablas

Tabla 1.	Composición de las regiones de salud de ASES en el 2007.....	8
Tabla 2.	Tasa de participación final.....	10
Tabla 3.	Medidas tomadas y modos de administración.....	11
Tabla 4.	Criterios diagnósticos de abuso y dependencia a sustancias según el DSM-IV.....	12
Tabla 5.	Comparación de tasas de uso de sustancias durante los pasados tres días – auto informe versus toxicologías.	17
Tabla 6.	Perfil demográfico y socio-económico de la muestra, muestra sin pesar y pesada, n = 3180.....	20
Tabla 7.	Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por género y edad.	22
Tabla 8.	Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por regiones de salud.	24
Tabla 9.	Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por nivel educativo, lugar de desempeño, y estado de empleo.	26
Tabla 10.	Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.	27
Tabla 11.	Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por tipo de seguro médico.....	27
Tabla 12.	Uso de cada droga alguna vez en la vida por género.	28
Tabla 13.	Uso de cada droga alguna vez en la vida por región de salud.	29
Tabla 14.	Uso de alcohol y drogas durante el último año por género y edad.....	30
Tabla 15.	Uso de alcohol y drogas durante el último año por regiones de salud.	33
Tabla 16.	Uso de alcohol y drogas durante el último año por nivel educativo, lugar de desempeño, y estado de empleo.	35
Tabla 17.	Uso de alcohol y drogas durante el último año entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.	36
Tabla 18.	Uso de alcohol y drogas durante el último año por tipo de seguro médico.....	36
Tabla 19.	Uso de cada droga durante el último año por género.	37
Tabla 20.	Uso de cada droga durante el último año por región de salud.	38
Tabla 21.	Trastornos de alcohol (durante el último año) por género y grupos de edad.	40
Tabla 22.	Trastornos de alcohol (durante el último año) por regiones de salud.....	42
Tabla 23.	Trastornos de alcohol (durante el último año) por nivel educativo, lugar de desempeño, y estado de empleo.	43

Tabla 24.	Trastornos de alcohol (durante el último año) entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.....	44
Tabla 25.	Trastornos de alcohol (durante el último año) por tipo de seguro médico..	44
Tabla 26.	Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de alcohol. ..	45
Tabla 27.	Enfermedades infecciosas entre personas con trastornos de alcohol.....	46
Tabla 28.	Trastornos de drogas (durante el último año) por género y grupos de edad.	47
Tabla 29.	Trastornos de drogas (durante el último año) por regiones de salud.	49
Tabla 30.	Trastornos de drogas (durante el último año) por nivel educativo, lugar de desempeño, y estado de empleo.	50
Tabla 31.	Trastornos de drogas (durante el último año) entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.....	50
Tabla 32.	Trastornos de drogas (durante el último año) por tipo de seguro médico. .	51
Tabla 33.	Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de drogas. ..	51
Tabla 34.	Enfermedades infecciosas entre personas con trastornos de drogas.	53
Tabla 35.	Uso de servicios para trastornos de alcohol por sector de servicio.....	55
Tabla 36.	Necesidad cubierta y necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia al alcohol (durante el último año) por regiones de salud.	56
Tabla 37.	Episodios de servicios especializados para trastornos de alcohol por tipo de servicio.	57
Tabla 38.	Reconocimiento personal de un problema de alcohol y percepción positiva de la calidad de los servicios entre personas que no recibieron servicios especializados por problemas de alcohol.....	58
Tabla 39.	Uso de servicios para trastornos de drogas por sector de servicio.	59
Tabla 40.	Necesidad cubierta y necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia a drogas (durante el último año) por regiones de salud.	60
Tabla 41.	Uso de servicios especializados para trastornos de drogas por tipo de servicio.	61
Tabla 42.	Reconocimiento personal de un problema de drogas y percepción positiva de la calidad de los servicios entre personas que no recibieron servicios especializados por problemas de drogas.	62
Tabla 43.	Uso de cada tipo de droga durante el último año por características demográficas y socio-económicas, estimados porcentuales.....	63
Tabla 44.	Uso de cada tipo de droga durante el último año por características demográficas y socio-económicas, estimados de cantidad.....	64

Tabla 45.	Posesión de plan médico, otros trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre usuarios de cada tipo de droga, estimados porcentuales.	65
Tabla 46.	Posesión de plan médico, otros trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre usuarios de cada tipo de droga, estimados de cantidad.	66
Tabla 47.	Abuso o dependencia de cada tipo de droga durante el último año por características demográficas y socio-económicas, estimados porcentuales.	67
Tabla 48.	Abuso o dependencia de cada tipo de droga durante el último año por características demográficas y socio-económicas, estimados de cantidad.	68
Tabla 49.	Posesión de plan médico, otros trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre personas con abuso o dependencia de cada tipo de droga, estimados porcentuales.	69
Tabla 50.	Posesión de plan médico, otros trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre personas con abuso o dependencia de cada tipo de droga, estimados de cantidad.	70
Tabla 51.	Uso de alcohol y drogas durante el último año por género, comparación entre los estudios del 2002 y el 2008.	72
Tabla 52.	Trastornos de uso de alcohol y drogas (durante el último año) por género, comparación entre los estudios del 2002 y el 2008.	73
Tabla 53.	Uso de servicios para trastornos de sustancias por género, tipo de trastorno y sector de servicio, comparación entre los estudios del 2002 y el 2008.	74

Lista de Gráficos y Mapas

Gráfico 1. Uso de alcohol alguna vez en la vida por género y edad.	23
Gráfico 2. Uso de drogas alguna vez en la vida por género y edad.....	23
Gráfico 3. Mapa de uso de alcohol alguna vez en la vida por región de salud.	25
Gráfico 4. Mapa de uso de drogas alguna vez en la vida por región de salud.....	25
Gráfico 5. Uso de alcohol durante el último año por género y edad.	31
Gráfico 6. Uso de drogas durante el último año por género y edad.....	32
Gráfico 7. Mapa de uso de alcohol durante el último año por región de salud.	33
Gráfico 8. Mapa de uso de drogas durante el último año por región de salud.....	33
Gráfico 9. Dependencia a alcohol durante el último año por género y edad.....	41
Gráfico 10. Mapa de dependencia a alcohol durante el último año por región de salud.....	42
Gráfico 11. Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de alcohol. ..	45
Gráfico 12. Dependencia a drogas durante el último año por género y edad.	48
Gráfico 13. Mapa de dependencia a drogas durante el último año por región de salud.....	49
Gráfico 14. Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de drogas. ..	52
Gráfico 15. Enfermedades de transmisión sexual entre personas con trastornos de drogas.	53
Gráfico 16. Uso de servicios entre personas con dependencia al alcohol por sector de servicio.	55
Gráfico 17. Mapa de necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia al alcohol (durante el último año) por región de salud.....	57
Gráfico 18. Uso de servicios entre personas con trastornos de drogas por sector de servicio.	59
Gráfico 19. Mapa de necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia a drogas (durante el último año) por región de salud.....	60

I. Introducción

Los trastornos de uso de sustancias constituyen el problema de salud mental de mayor impacto en la población puertorriqueña. En el 2002 se estimó que 1 de cada 7 personas (14.7%) entre las edades de 15 a 64 años padecían de abuso o dependencia al alcohol, a sustancias ilícitas o a medicamentos controlados (ASSMCA, 2002). Más allá de la alta cantidad de personas afectadas por el abuso de sustancias, las severas consecuencias que estos trastornos acarrear implican grandes costos sociales, económicos y de salud para la población en general (Harwood et al., 1998). La alta tasa de criminalidad, la epidemia de SIDA, la deserción escolar, los accidentes y muertes en las carreteras, la violencia doméstica y la negligencia y el abuso infantil están todos fuertemente influenciados por el abuso de sustancias (Sinha et al., 2009; Khalsa et al., 2008; Townsend et al., 2007).

Existe amplia evidencia de la efectividad y el costo-beneficio del tratamiento de los trastornos de uso de sustancias. Múltiples estudios han mostrado los beneficios del tratamiento no sólo en reducir el uso de sustancias, sino también en reducir la transmisión de enfermedades infecciosas, reducir el crimen, generar economías en el gasto de servicios de salud, y en aumentar productividad (Cartwright, 2000; Holder, 1998; Schneider Institute for Health Policy, 2001). Sin embargo, y a pesar de la evidencia, la mayor parte de las personas que padecen de trastornos de uso de sustancias no reciben tratamiento (Kessler et al., 2001a y 2001b; Narrow et al., 2002). En el 2002 se estimó que sólo el 19.8% de las personas que cumplían con los criterios de dependencia a sustancias habían recibido tratamiento especializado durante el pasado año (ASSMCA, 2002).

Aumentar la disponibilidad y el uso de los servicios de tratamiento conlleva planificación y estrategias complejas que deben estar respaldadas por datos válidos y confiables. En ausencia de información detallada y precisa sobre la necesidad de servicios y su demanda, la planificación corre un alto riesgo de resultar equivocada y de baja efectividad. El primer estudio de necesidades de servicios para trastornos de uso de sustancias realizado en Puerto Rico fue llevado a cabo en el 1995 (ASSMCA, 1997).

Este primer estudio combinó una muestra probabilística de hogares, reclutamiento en persona y entrevista telefónica. Las tasas de trastornos de sustancias estimadas por el estudio del 1995 ascendieron a 3.8% y 1.0% en el caso del abuso y dependencia a alcohol, respectivamente, y a 1.1% y 0.5% en el caso del abuso y dependencia a drogas ilícitas (incluyendo medicamentos controlados), respectivamente.

Durante el año 2002 se llevó a cabo en Puerto Rico un segundo estudio de necesidades de servicios para trastornos de uso de sustancias (ASSMCA, 2002). Este estudio utilizó una muestra probabilística de hogares y un cuestionario auto-administrado. Las tasas de trastornos de sustancias estimadas por el estudio del 2002 fueron substancialmente más altas que las del 1995 y ascendieron a 7.7% y 4.9% en el caso del abuso y dependencia a alcohol, respectivamente, y a 1.2% y 3.0% en el caso del abuso y dependencia a drogas ilícitas (incluyendo medicamentos controlados), respectivamente.

Los estudios anteriores han aportado al conocimiento sobre la necesidad y la demanda de servicios de tratamiento para trastornos de sustancias en Puerto Rico. Aún así los datos disponibles padecen de ciertas limitaciones que comprometen su utilidad:

1. Los datos disponibles más recientes fueron recopilados hace ya más de cinco años y se desconoce los cambios que hayan ocurrido desde entonces en las tasas de trastornos y de utilización de servicios. Desde el 2002 al presente la prestación de servicios ha experimentado cambios que potencialmente pueden haber ejercido cambios sobre la utilización a nivel de la población. Algunos de los cambios ocurridos lo han sido la expansión del programa de mantenimiento con metadona y del programa de salas especializadas en abuso de sustancias ("Drug Courts"), y la entrada de ASSMCA al programa de salud mental del Plan de Reforma en dos regiones.
2. Los datos disponibles tampoco permiten examinar la sobre-utilización de los servicios. Los servicios especializados para el abuso de sustancias frecuentemente son utilizados sin justificación clínica. Varios estudios han encontrado que buena parte de los servicios de tratamiento son recibidos por

personas sin evidencia de trastornos o con trastornos de baja severidad (Bijl et al., 2003). Una evaluación reciente del programa de salas especializadas en abuso de sustancias ('Drug Courts') de Puerto Rico encontró que sólo el 40% de los admitidos al programa cumplían con criterios de dependencia a sustancia (Puerto Rico Department of Justice, 2005). Estimar los niveles de utilización no justificada permite examinar la eficiencia de la inversión de fondos y tomar decisiones correctivas.

3. Además, los datos disponibles han sido recopilados utilizando tecnologías de entrevistas que han sido ya superadas. La disponibilidad de tecnología de cuestionarios auto-administrables computarizados y con audio (sistema ACASI, por sus siglas en inglés) permite cuestionarios más complejos y completos al ofrecer la oportunidad de programar saltos complejos y ofrecer la oportunidad de que entrevistados con bajos niveles de capacidad de lectura puedan escuchar las preguntas en completa privacidad. La superioridad de esta nueva tecnología con respecto a las entrevistas personales y los cuestionarios auto-administrados en papel ha sido ya establecida en términos de mayor validez de los datos recopilados (Simoes et al., 2006; Morrison, Carey, & Tu, 2006; van Griensven et al., 2006; Metzger et al., 2000).

Este informe contiene los resultados de un estudio de necesidades de tratamiento para trastornos de sustancias realizado durante el 2008. Este estudio encuestó a 3,180 personas y utilizó un cuestionario auto-administrado implementado en una micro-computadora de mano ('pocket PC'). El estudio presente fue diseñado para lograr los siguientes objetivos:

1. Estimar la prevalencia (alguna vez en la vida y último año) del uso de alcohol, sustancias ilícitas y medicamentos controlados (utilizados con fines no médicos) en la población general de Puerto Rico entre las edades de 15 a 74 años.
2. Estimar la prevalencia del abuso y/o dependencia al alcohol y a otras drogas durante los pasados 12 meses en la población general de Puerto Rico.

3. Estimar la necesidad de servicios de tratamiento, la necesidad no cubierta, la demanda de servicios especializados para el abuso y/o dependencia al alcohol y otras drogas, y la utilización sin justificación clínica en Puerto Rico.

II. Métodos y Procedimientos

A. Diseño y Consideraciones Metodológicas

Este estudio consistió de una encuesta de corte transversal de la población domiciliaria de Puerto Rico. La población del estudio consistió de las personas entre las edades de 15 y 74 años residentes de todo el territorio de Puerto Rico (incluyendo a Vieques y Culebra). La muestra fue diseñada para permitir derivar estimados a nivel de cada región de salud según establecida por ASES en el 2007.

El estudio de trastornos adictivos en población general conlleva una serie de retos metodológicos particulares. Las conductas adictivas están altamente estigmatizadas y esto genera una tendencia en los participantes a subinformar el uso de sustancias. Además, los segmentos de la población más afectados tienden a aglomerarse en pequeños bolsillos geográficos (por ej., vecindarios con altos índices de violencia) y demográficos (por ej., población joven) que coinciden con los segmentos de más difícil acceso y los menos dados a participar en estudios de comunidad. Estos retos son inherentes a todo estudio sobre conductas de baja prevalencia y alta estigmatización. Y son su consideración metodológica lo que distingue el estudio de las conductas adictivas de otros estudios como las encuestas de salud general o las encuestas de opinión. De no atenderse estos retos, incrementa el riesgo de sesgo y falta de validez de los datos recopilados. Estos retos deben ser atendidos en la fase de diseño del estudio ya que, una vez recopilados los datos, no es posible aplicar ajustes en la fase de análisis para eliminar o aminorar sus efectos. Es preciso, por tanto, contar con procedimientos que minimicen 1) sesgos debidos a errores de selección cometidos por el personal de campo, 2) tasas desiguales de participación, y 3) falta de validez de la información provista por los participantes.

Este estudio atendió cada uno de los restos antes mencionados de las siguientes formas:

- 1) El trabajo de campo contó con supervisión continua y validación de las áreas visitadas y las personas seleccionadas. La probabilidad de errar y trabajar un

segmento de viviendas que no fue el seleccionado en la muestra es normalmente alto. En ocasiones, por ejemplo, se inicia en el lugar indicado pero se prosigue en la dirección no indicada. Si el vecindario seleccionado es percibido como de alto riesgo, existe también la tendencia del personal de campo de trabajar un segmento contiguo de menor peligrosidad. La representatividad de la muestra se pierde si se permiten sustituciones de segmentos o personas. Por tanto, el trabajo de campo fue verificado de forma continua para evitar estos errores de selección o corregirlos temprano.

- 2) La participación fue estimulada mediante un incentivo económico que era atractivo a los sub-grupos poblacionales menos dados a participar (hombres y jóvenes adultos). Además, se intentó convencer a participar a aquellas personas que rehúsan participar al menos tres veces por tres personas distintas (el entrevistador inicial, otro entrevistador y el supervisor de campo). Estos procedimientos logran tasas altas y homogéneas de participación.
- 3) Los modos de entrevista fueron diseñados para maximizar la privacidad y proveer validación objetiva del consumo de sustancias reciente. Las encuestas de hogar están plagadas de problemas de privacidad. Desde el entrevistador requiriendo al participante a informar sobre conductas sensitivas o estigmatizadas hasta otros residentes del hogar escuchando la entrevista. Existe ya evidencia robusta (Aquilino, 1994) de que los cuestionarios auto-administrados aumentan substancialmente el informe de conductas sensitivas o estigmatizadas. Sin embargo, los cuestionarios auto-administrados padecen de limitaciones ya que requieren un alto nivel de lectura y no permiten patrones complejos de salto. La tecnología de cuestionarios auto-administrados computarizados permite sobrepasar estas limitaciones ya que el programa de computadora incluye grabaciones de sonido para que el entrevistado escuche la pregunta sin tener que leerla y los patrones de salto pueden ser pre-programados (Morrison-Beedy, Carey y Tu, 2000; van Griensven et al., 2006; Simoes et al., 2006; Metzger et al., 2006). Se utilizaron computadoras de mano ('Pocket PCs') con audífonos por su bajo costo y porque sus pantallas son sensitivas al ángulo de visión. Esto último implicó que otras personas presentes

ni escuchaban ni podían leer el texto de la pregunta. Existe también evidencia de que administrar pruebas toxicológicas aumenta el informe de uso de sustancias. Sabiendo el entrevistado que la prueba informaría si había habido uso y siendo la entrevista anónima y privada, se podía reducir la aprensión a informar el uso de sustancias. Los resultados de pruebas toxicológicas permiten estimar la validez del auto-informe del uso de sustancias y permiten también aplicar ajustes por falsos negativos a los estimados de necesidad, de éstos ser necesarios (Poole et al., 1996).

B. Muestreo

La población objeto del estudio consistió de toda la población de Puerto Rico entre las edades de 15 a 74 años residentes en viviendas, incluyendo personas viviendo de forma temporera. La muestra del estudio fue una muestra multi-etápica de conglomerados ('multi-stage stratified cluster sample').

Todo el territorio de Puerto Rico fue estratificado en ocho estratas, correspondientes a los municipios que componían las regiones de salud según definidas por ASES en el 2007 (ver Tabla 1 para definición operacional). Las viviendas a ser encuestadas fueron seleccionadas en tres etapas. En una primera etapa se seleccionaron Grupos de Bloques ('Census Block Groups'). Los Grupos de Bloques de cada estrata fueron listados y ordenados por contigüidad geográfica y nivel socio-económico y la selección fue sistemática con punto de inicio aleatorio y con probabilidad proporcional a la cantidad de viviendas en los Grupos. En una segunda etapa, un Bloque de viviendas fue seleccionado aleatoriamente de cada Grupo de Bloque con probabilidad proporcional a la cantidad de viviendas en en el Bloque. En la tercera y final etapa, un punto de inicio geográfico fue seleccionado aleatoriamente dentro de cada Bloque. Las 20 viviendas más cercanas al punto de inicio de cada Bloque constituyeron el conglomerado de viviendas seleccionado para el estudio. Tanto los puntos de inicio como los conglomerados de 20 viviendas fueron identificados y marcados en fotos de satélites y entregados al personal de campo. Para poder considerar cambios debidos a nueva construcción y abandono de edificaciones, se le instruyó al personal de campo

que se encuestarían todas las viviendas al interior del conglomerado irrespectivo de la cantidad real de viviendas ocupadas contadas durante el trabajo de campo.

El tamaño de la muestra fue calculado partiendo del objetivo principal de estimar tasas de necesidad de servicios para cada estrata o región de salud y estableciendo un nivel de precisión mínimo de un 50% en el error relativo (error estándar de la media dividido por la media) para tasas de 1%. Estos requisitos arrojaron la necesidad de encuestar 400 personas por estrata. Las tasas de respuesta obtenidas en encuestas similares anteriores fueron utilizadas para expandir la muestra. Supusimos que el 95% de los segmentos de vivienda serían accesados, el 90% de las viviendas serían enumeradas, y el 90% de las personas seleccionadas consentirían en participar. Calculamos que se requería seleccionar 25 segmentos de 20 viviendas por estrata, para lograr una muestra final de 400 personas por región.

Tabla 1. Composición de las regiones de salud de ASES en el 2007.

REGIONES							
Este	Metro	Noreste	Norte	Oeste	Sureste	San Juan	Suroeste
Aguas Buenas	Bayamón	Canóvanas	Arecibo	Aguada	Aibonito	San Juan	Adjuntas
Caguas	Cataño	Carolina	Barceloneta	Aguadilla	Arroyo		Guánica
Cayey	Comerio	Ceiba	Camuy	Añasco	Barranquitas		Guayanilla
Cidra	Corozal	Culebra	Ciales	Cabo Rojo	Coamo		Jayuya
Gurabo	Dorado	Fajardo	Florida	Hormigueros	Guayama		Peñuelas
Humacao	Guaynabo	Loíza	Hatillo	Isabela	Juana Díaz		Ponce
Juncos	Naranjito	Luquillo	Lares	Lajas	Maunabo		Yauco
Las Piedras	Toa Alta	Rio Grande	Manatí	Las Marías	Orocovis		
Naguabo	Toa Baja	Trujillo Alto	Morovis	Maricao	Patillas		
San Lorenzo	Vega Alta	Vieques	Quebradillas	Mayagüez	Salinas		
Yabucoa			Utua	Moca	Santa Isabel		
			Vega Baja	Rincón	Villalba		
				Sabana Grande			
				San Germán			
				San Sebastián			

C. Trabajo de Campo y Reclutamiento de Participantes

Los entrevistadores visitaron cada vivienda ocupada dentro de los conglomerados seleccionados (incluyendo cuartos de alquiler y pensiones) y listaron las edades, género y relación con el jefe/jefa del hogar de todos sus residentes entre las edades de

15 a 74 años, incluyendo a personas que residían de forma temporera o transitoria (pero sin incluir personas de visita o por vacaciones).

De entre todos los residentes de cada vivienda, uno fue seleccionado aleatoriamente e invitado a participar en el estudio. Previo a tomar la decisión de participar o no, se le explicó al candidato los propósitos del estudio, los riesgos de participar, y los procedimientos para proteger su confidencialidad. La participación fue voluntaria y anónima. No se recogió ninguna información que identificara a la persona (por ej., nombre, teléfonos). Los participantes que consintieron firmaron un consentimiento informado aprobado por la Junta de Protección de Humanos Participantes de Investigación de la Universidad Central del Caribe. En el caso de candidatos menores de edad, se requirió que el candidato asintiera y que uno de sus padres consintiera. Ambos consentimientos (menor y adulto) fueron documentados mediante firma. Las personas que rehusaron participar se les intentó convencer a participar al menos tres veces por tres personas distintas (el entrevistador inicial, otro entrevistador, el supervisor de campo).

La participación consistió en una entrevista personal computarizada, un cuestionario auto-administrado computarizado, y una toma de muestra de saliva. Por esta participación se compensó a los participantes con \$25. El incentivo monetario se pagó a todos los que consintieron en participar aun si luego rehusaran alguno de los tres procedimientos de medición.

Los supervisores de campo visitaron aleatoriamente el 30% de los conglomerados para verificar el que fueran los conglomerados correctos y el que ninguna vivienda ocupada se quedara sin registrar o visitar. De cada conglomerado verificado, los supervisores de campo visitaron aleatoriamente el 30% de las viviendas para verificar que la persona seleccionada fue la invitada a participar. No se permitieron sustituciones de conglomerados, viviendas, o personas. Al final del trabajo de campo se logró una tasa de participación global del 77.6%. La Tabla 2 detalla los componentes de la tasa de participación. El trabajo de campo resultó en 3,180 entrevistas.

Tabla 2. Tasa de participación final.

	n	%
Conglomerados en la muestra	200	
Conglomerados accesados	193	96.5%
Viviendas habitadas en los conglomerados accesados	3,953	
Viviendas exitosamente enumeradas	3,424	86.6%
Individuos elegidos que consintieron	3,180	92.9%
Tasa de participación global		77.6%

D. Instrumentación

La información fue recopilada mediante el uso de tres métodos. En la entrevista personal computarizada se recogieron datos demográficos y otra información de carácter no sensitiva y de conductas no estigmatizadas. El cuestionario auto-administrado computarizado recogió datos sobre consumo de alcohol y drogas, síntomas de abuso y dependencia, uso de servicios de tratamiento, percepción personal del problema de sustancias y evaluación personal de los servicios existentes. Finalmente, para la prueba toxicológica se recogieron muestras de saliva para detectar el uso reciente de marihuana, cocaína y heroína y otros opiáceos. La prueba a utilizarse fue la 'Oral Fluid Drug Screening' manufacturada por OraSure Technologies, Inc. Esta prueba consiste de un aditamento (parecido a un cepillos de dientes) que se inserta en la boca por unos segundos para recoger saliva y se envía al laboratorio para procesar. Nuestra experiencia anterior en estudios de hogares ha sido que esta prueba es preferida a la de orina por los entrevistados y que al no arrojar resultados inmediatos evita riesgos de pérdida de confidencialidad (por ej., familiares presentes que se puedan enterar de los resultados). En un estudio de familias recién completado utilizamos esta prueba y fue aceptada por el 95% de los padres e hijos adolescentes. La Tabla 3 muestra las medidas recopiladas y su método de recopilación.

Tabla 3. Medidas tomadas y modos de administración.

Medida	Modo de Administración	Incluye/Se utilizará para
Demográficos	Entrevista Personal	Edad, género, grupo étnico/raza, escolaridad, lugar de nacimiento, empleo, ingreso, vivienda permanente/temporera, composición de unidad familiar.
Estado de salud, uso de servicios, seguro médico	Entrevista Personal	Historial de enfermedades infecciosas, historial de enfermedades crónicas, uso (último año) de servicios por sector, posesión de plan médico, historial de embarazos, embarazo actual.
Uso de alcohol y drogas	Cuestionario auto-administrado	Historial de uso: edad de 1er uso, periodo de uso más reciente, frecuencia y modo de administración en periodo de uso más reciente.
Uso reciente de drogas	Prueba de saliva	La prueba utilizada fue la 'Oral Fluid Drug Screening' manufacturada por OraSure Technologies, Inc. La prueba detecta presencia en saliva de metabolitos de marihuana, cocaína, y heroína y otros opiáceos.
Trastornos de abuso y dependencia a alcohol y drogas (CIDI)	Cuestionario auto-administrado	Módulos diagnósticos (siguiendo DSM-IV) de abuso y/o dependencia (últimos 12 meses).
Historial de tratamiento del abuso de sustancias	Cuestionario auto-administrado	Historial de tratamiento por modalidad y sector, apresto para recibir tratamiento ('Treatment Readiness').
Otros trastornos psiquiátricos (CIDI/DIS módulos cortos)	Entrevista Personal	Depresión, ansiedad, déficit de atención, bipolaridad.

Tanto la entrevista personal computarizada como el cuestionario auto-administrado computarizado fueron programados utilizando la aplicación QDS (Questionnaire Design System, Nova Research Co., Bethesda, Maryland). QDS permite programar patrones de salto complejos, validar respuestas incongruentes o valores fuera de rangos válidos, y asociar archivos de sonido con las grabaciones de las preguntas. En estudios anteriores habíamos aplicado QDS y habíamos encontrado que les resultaba de fácil uso tanto a los entrevistadores como a los participantes. Típicamente, se programan tres preguntas de prueba para que el entrevistador muestre el uso apropiado del programado al participante, previo a éste proseguir con el auto-administrado. QDS también permite consolidar las entrevistas realizadas en un solo archivo y traducir los datos a formato para aplicaciones estadísticas (SPSS, SAS).

Para medir abuso y dependencia se utilizaron los módulos de sustancias del Composite International Interview Schedule (CIDI) de la Organización Mundial de la Salud. Estos módulos siguen la nosología del DSM-IV y han sido traducidos y validados en Puerto Rico (Rubio-Stipek, Peters, & Andrews, 1999). Los módulos miden abuso y dependencia durante los pasados 12 meses. Los criterios diagnósticos de abuso y dependencia se detallan en la Tabla 4. Preguntas adicionales auscultaron para cada sustancia, y para otras drogas como éxtasis, ketamina y xylacine, edad de primer uso, periodo de uso más reciente, frecuencia de uso más reciente, y modo de administración (tomada, inhalada, fumada, inyectada).

Tabla 4. Criterios diagnósticos de abuso y dependencia a sustancias según el DSM-IV.

Criterios Diagnósticos de Abuso de Sustancias	Criterios Diagnósticos de Dependencia de Sustancias
<p>Al menos 1 de los siguientes 4 síntomas durante un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El usar la sustancia hace que descuide obligaciones en el trabajo, la casa, o en los estudios. 2. El usar la sustancia causa problemas personales con la familia, vecinos, amigos, compañeros de trabajo o de estudios. 3. El usar la sustancia trae problemas con la policía o problemas legales. 4. El usar la sustancia pone a la persona en peligro por estar guiando un carro, operando maquinaria, o haciendo alguna otra cosa donde se pudo hacer daño. 	<p>Al menos 3 de los siguientes 7 síntomas durante un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha tenido que usar alguna sustancia en mayor cantidad que antes para lograr el mismo efecto, o ha notado que alguna sustancia le ha hecho menos efecto que antes. 2. Ha dejado de usar alguna sustancia y se ha sentido enfermo por dejar de usarla o ha usado alguna sustancia para evitar sentirse enfermo por haber dejado de usar alguna otra. 3. Ha usado alguna sustancia en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se había propuesto o se le ha hecho difícil detener el uso de alguna sustancia antes de llegar a arrebatare o a intoxicarse. 4. Ha querido dejar de usar alguna sustancia o ha querido reducir su uso o ha tratado de dejar de usar alguna sustancia pero no lo ha logrado por un mes completo. 5. Ha tenido que pasar mucho tiempo usando, consiguiendo, o recuperándose de los efectos de alguna sustancia. 6. Alguna sustancia ha hecho que dejara de hacer cosas importantes por estar consiguiéndola o usándola. 7. Alguna sustancia ha causado problemas de salud como una sobredosis, una infección, u otra enfermedad o alguna sustancia ha causado problemas emocionales, psicológicos o de los nervios.

Presencia de otros trastornos psiquiátricos fue medido utilizando los módulos cortos derivados del CIDI y del DIS – el cual también está basado en el DSM-IV y ha sido validado en Puerto Rico (Bravo et al., 1991). En el presente el DIS incluye módulos cortos de algunos trastornos para los cuales el CIDI aún no los incluye (por ej., Déficit de atención).

La percepción que las personas con trastornos de sustancias tienen sobre sus propios problemas con sustancias fue medido con la escala de apresto para recibir tratamiento ('Treatment Readiness'). Esta escala consta de 5 reactivos y el endoso de al menos tres de ellos se considera evidencia de reconocimiento de que hay un problema de sustancias y que la persona muestra apresto para recibir tratamiento. Los reactivos son:

1. Ha tratado o está tratando de dejar el alcohol o las drogas por su cuenta, o sea, sin ayuda de un programa de tratamiento o de un profesional.
2. Le ha preocupado su uso de alcohol o drogas o ha pensado que tiene un problema de alcohol o drogas.
3. Ha pensado que el alcohol o las drogas le están causando problemas o le está haciendo daño a su vida.
4. Ha pensado que no puede controlar su uso de alcohol o drogas, o que está alcoholizado o adicto.
5. Le ha dicho a alguien que va a dejar el alcohol o las drogas o que no va a volver a usarlos.

En el estudio también se midió la evaluación que la población hace sobre la efectividad y adecuación de los servicios de tratamiento existentes. Para medir esta evaluación personal de los servicios se utilizaron 6 reactivos para los servicios de alcohol y 6 para los servicios de drogas. El endoso de al menos 4 de los 6 reactivos fue tomado como evidencia de una evaluación positiva de los servicios existentes para trastornos de alcohol y para trastornos de drogas. Los reactivos utilizados se detallan a continuación:

1. En su opinión, ¿los programas de [alcohol/drogas] en Puerto Rico saben atender la situación particular de cada individuo?
2. En su opinión, ¿los profesionales que trabajan en estos programas saben cómo tratar los problemas de [alcohol/drogas]?
3. En su opinión, ¿los programas ofrecen las consejerías, terapias y medicinas que alguien como usted necesitaría para un problema de [alcohol/drogas]?
4. En su opinión, ¿los programas atienden tanto lo mental y emocional como lo físico del problema de [alcohol/drogas]?
5. En su opinión, ¿los programas ayudan con la rehabilitación después del tratamiento de [alcohol/drogas]?
6. En su opinión, ¿los programas le podrían ayudar a usted si tuviese un problema de [alcohol/drogas]?

Necesidad de servicios cubierta y necesidad no cubierta fue operacionalizado de forma distinta a la operacionalización utilizada en estudios anteriores. En este estudio necesidad de servicios para trastornos de sustancias fue definido como la presencia de dependencia siguiendo los criterios del DSMIV antes detallados o el haber recibido servicios para trastornos de sustancias en el sector especializado durante los pasados doce meses cumpliendo o no con los criterios de dependencia (NSDUH, 2009). Entre las personas clasificadas como en necesidad, necesidad cubierta se definió como el haber recibido servicios para trastornos de sustancias en el sector especializado durante los pasados doce meses.

E. Manejo de Datos, Controles de Calidad, Protección

Los procedimientos de control de calidad implantados en este estudio incluyeron:

- 1) Manual de Campo el cual se le proveyó a todo el personal de campo y en el cual se les adiestró.
- 2) Adiestramiento en el uso de QDS y de la entrevista y el cuestionario.
- 3) Adiestramiento en la toma de muestra y el uso correcto de la prueba toxicológica.

- 4) Formularios de trabajo de campo donde los entrevistadores registraron los resultados de las visitas a los conglomerados de vivienda (cantidad de viviendas, vivienda contactada, participante seleccionado, participante consiente/rehúsa).
- 5) Protocolo de Supervisión que detallaba los procedimientos para verificar el trabajo de campo, documentar la verificación, y solicitar la remoción de entrevistas realizadas a participantes incorrectamente seleccionados.
- 6) Reuniones semanales del personal de campo, los supervisores, el director de proyecto y el investigador a cargo del trabajo de campo.
- 7) Pruebas periódicas a los formularios de campo y a la base de datos para monitorear tasas de participación por entrevistador/grupo poblacional/estrata y para asegurar la integridad de la base de datos y examinar respuestas nulas y respuestas incongruentes.

Las entrevistas completadas fueron procesadas y consolidadas en el módulo de Manejo de Datos de QDS semanalmente. El manejador de datos revisaba los formularios de campo de entrevistadores y supervisores para realizar cambios, según fuese necesario. La base de datos se convirtió a formato de SPSS donde se examinaron las respuestas no contestadas ('missing data') y las respuestas incongruentes. Informes sobre estas pruebas se circulaban entre los investigadores mensualmente. El manejador de datos registraba también en medio electrónico los resultados de las pruebas toxicológicas. El manejador de datos también era responsable de realizar respaldos electrónicos semanales. Dos respaldos eran generados: Uno se mantenía en la oficina del manejador de datos; El segundo se almacenaba en la caja fuerte de la Universidad Central del Caribe.

F. Cálculo de Pesos y Análisis Estadístico

Al finalizar el trabajo de campo se calcularon pesos basados en la probabilidad de selección y las tasas de participación con el propósito de ponderar los resultados a la población de 15 a 74 años de Puerto Rico en el 2008. Los análisis estadísticos consistieron de cálculos de medida central (porcientos, medias y medianas) y sus intervalos de confiabilidad. Todos los análisis fueron realizados con aplicaciones

estadísticas que permiten tomar en cuenta los efectos del diseño de muestras complejas (por ej., SUDAAN).

G. Estimados Sintéticos

En aquellos casos en que la cantidad de observaciones resultó muy baja para calcular estimados directos, se procedió a modelar los datos y calcular estimados mediante predicción. Para calcular estos estimados sintéticos se utilizó regresión logística multivariada. Esta estrategia de estimación estadística ha sido utilizada por varias agencias federales (SAMHSA, BRFSS) en la publicación de sus artículos de salud pública y economía (Schaible, 1996; Ghosh y Rao, 1994). Los estimados calculados mediante este procedimiento han sido señalados en las tablas con llamadas que así lo indican. No en todos los casos fue posible derivar cálculos sintéticos. En los casos donde la cantidad de observaciones resultó muy baja para calcular estimados directos o sintéticos, se imputó una prevalencia mínima de 0.1% y se añadieron asteriscos con llamadas que previenen sobre la inestabilidad del estimado.

H. Comparación de Auto Informe de Uso Reciente de Drogas y Resultados Toxicológicos

La Tabla 5 muestra las tasas de uso reciente de sustancias derivadas de los auto informes de los participantes y de los resultados de las pruebas toxicológicas. De las 3,180 personas que participaron en el estudio, 2,757 (86.7%) proveyeron muestras de saliva para las pruebas toxicológicas. Tres sustancias fueron comparadas – marihuana, cocaína, y heroína. Las tasas de uso de marihuana y heroína derivadas de los auto informes y las derivadas de las pruebas toxicológicas no fueron significativamente distintas. Sin embargo, la tasa de uso reciente de cocaína derivada de los auto informes de los participantes (0.6%) fue significativamente menor que la derivada mediante toxicología (2.6%).

Tabla 5. Comparación de tasas de uso de sustancias durante los pasados tres días – auto informe versus toxicologías.

	Auto Informado		Por Toxicología		Valor de p*
	n	%	n	%	
Marihuana	60	2.2	52	1.9	.434
Cocaína	16	0.6	73	2.6	<.001
Heroína	13	0.5	10	0.4	.648

* valor de p de prueba no paramétrica de McNemar.

III. Resultados

Esta sección muestra los resultados del estudio. La sección ha sido organizada en seis áreas temáticas: La primera subsección (A) muestra el perfil de las personas que participaron del estudio. La segunda subsección (B) detalla los porcentos de personas que informaron haber usado alcohol y otras drogas en algún momento durante sus vidas y durante el año previo a la entrevista. En la tercera subsección (C) se muestran los estimados de tasas de trastornos (abuso y dependencia) de uso de alcohol y drogas, se desglosan los estimados por segmentos socio-demográficos, y se muestra la presencia de otros trastornos psiquiátricos y de enfermedades infecciosas entre personas con trastornos de uso de alcohol y de drogas. En la cuarta subsección (D) se detallan las tasas de utilización de servicios por sector de servicio y tipo de servicio, el reconocimiento personal del problema y la evaluación personal de los servicios existentes. La quinta subsección (E) muestra las características demográficas, socioeconómicas, y de salud de los usuarios de drogas por tipo de droga de uso y de abuso. Finalmente, la sexta subsección (F) compara los resultados de este estudio a los resultados obtenidos en el estudio del 2002.

El término ‘drogas’ es utilizado en la sección de Resultados para referir tanto a las drogas ilícitas como a medicamentos controlados utilizados con fines no médicos.

A. Perfil Demográfico y Socio-Económico de la Muestra

La Tabla 6 desglosa los 3,180 personas que participaron del estudio por sus características demográficas y socio-económicas. Las columnas muestran, para cada característica, las cantidades de personas que participaron del estudio (‘sin pesar’), la cantidad de personas de la población de Puerto Rico que representan luego de ponderar la muestra, y la distribución porcentual de las características en la muestra ponderada.

Tabla 6. Perfil demográfico y socio-económico de la muestra, muestra sin pesar y pesada, n = 3180

Característica	Sin Pesar ¹	Pesada ²	Por ciento
Género			
Hombres	1,270	1,382,626	47.6
Mujeres	1,910	1,523,348	52.4
Grupo de Edad			
15 – 17	103	199,066	6.9
18 – 24	372	458,088	15.8
25 – 34	549	572,527	19.7
35 – 64	1,686	1,420,249	48.9
65 – 74	468	256,044	8.8
Nivel Educativo			
< Nivel superior	858	742,254	25.5
Nivel superior	1,132	1,036,393	35.7
> Nivel superior ³	192	186,974	6.4
Título universitario	995	937,822	32.3
Estado Civil			
Nunca casado	691	820,954	28.3
Casado/unión consensual	1,630	1,440,006	49.6
Separado/divorciado	603	488,811	16.8
Viudo	255	155,473	5.4
Estado de empleo			
Empleado	1,343	1,332,568	45.9
Desempleado	318	259,132	8.9
Ama de casa	610	443,275	15.3
Estudiante	357	486,342	16.7
Pensionado/jubilado	515	353,231	12.2
Mujeres en edad reproductiva ⁴			
Criando niños	591	528,974	18.2
Embarazada durante últimos 12 meses	124	112,489	3.9
Región de salud ⁵			
Oeste	400	431,042	14.8
Norte	407	360,291	12.4
Metro	396	511,562	17.6
San Juan	392	312,580	10.8
Noreste	399	374,176	12.9
Suroeste	401	246,793	8.5
Sureste	383	255,282	8.8
Este	402	414,248	14.3
Plan médico			
Ninguno	268	278,808	9.6
Público ⁶	1,623	1,401,754	48.2
Privado	1,290	1,225,412	42.2

1 Cantidad de personas entrevistadas en la encuesta.

2 Cantidad de personas al ponderar a la población de Puerto Rico, 2008.

3 Estudios post-secundarios sin título universitario.

4 Mujeres 18 a 45 años.

5 Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

6 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

B. Uso De Alcohol y Drogas

Esta sección muestra los estimados de uso de cada sustancia. Uso se refiere al consumo de una sustancia irrespectivo de la presencia o ausencia de trastornos adictivos. Dos periodos de uso fueron considerados: uso alguna vez en la vida y uso durante los pasados 12 meses. Uso alguna vez en la vida refiere a participantes que informaron haber hecho uso de la sustancia en algún momento en su vida, irrespectivo de cantidad o frecuencia. Uso durante los pasados 12 meses refiere a participantes que informaron haber hecho uso de la sustancia en algún momento durante los 12 meses previo a la entrevista del estudio, irrespectivo de cantidad o frecuencia. Los estimados de uso fueron desglosados por género, grupos de edad, regiones de salud, nivel educativo, empleo, embarazo o crianza de niños, posesión de planes médicos, y clase de sustancia.

1. Uso Alguna Vez en la Vida

En la Tabla 7 se presentan las prevalencias de uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida desglosadas por género y grupo de edad. Tres cuartas partes de la población entre 15 y 74 años (76.8% ó 2.2 millones de personas) había utilizado alcohol alguna vez en su vida. Y una quinta parte de la población entre 15 y 74 años (22.7% ó 658 mil personas) había utilizado drogas alguna vez en su vida. En general, los hombres informaron mayor uso de sustancias que las mujeres. Los hombres resultaron con mayor uso de alcohol (86.1% vs. 68.4%), drogas ilícitas (28.5% vs. 12.2%) y medicamentos controlados (7.6% vs. 6.5%) que las mujeres.

El uso de sustancias desglosado por grupos de edad mostró un patrón curvilíneo con prevalencias ascendentes desde la adolescencia hasta la adultez y luego descendientes hacia el grupo de envejecientes. La mayor prevalencia de uso de alcohol alguna vez en la vida entre los hombres se registró en el grupo de 25 a 34 años (91.2%). De forma similar, el grupo de edad de mayor uso de alcohol alguna vez en la vida entre las mujeres fue el de 25 a 34 años (80.1%). En cuanto al uso de drogas ilícitas, el patrón fue muy parecido para ambos géneros. Tanto en hombres como mujeres, el grupo de 25 a 34 años (40.7% y 21.8%, respectivamente) obtuvo las

mayores prevalencias seguido por el grupo de 18 a 24 años (38.1% y 21.2%, respectivamente). En relación a medicamentos controlados, el grupo de edad de 25 a 34 años obtuvo las mayores prevalencias para ambos géneros (12.4% y 11.3%, respectivamente). Mientras que en el grupo de 65 a 74 años se observaron las menores prevalencias en ambos géneros. Los Gráficos 1 y 2 ayudan a visualizar las diferencias en los patrones de uso de alcohol y drogas por género y grupos de edad.

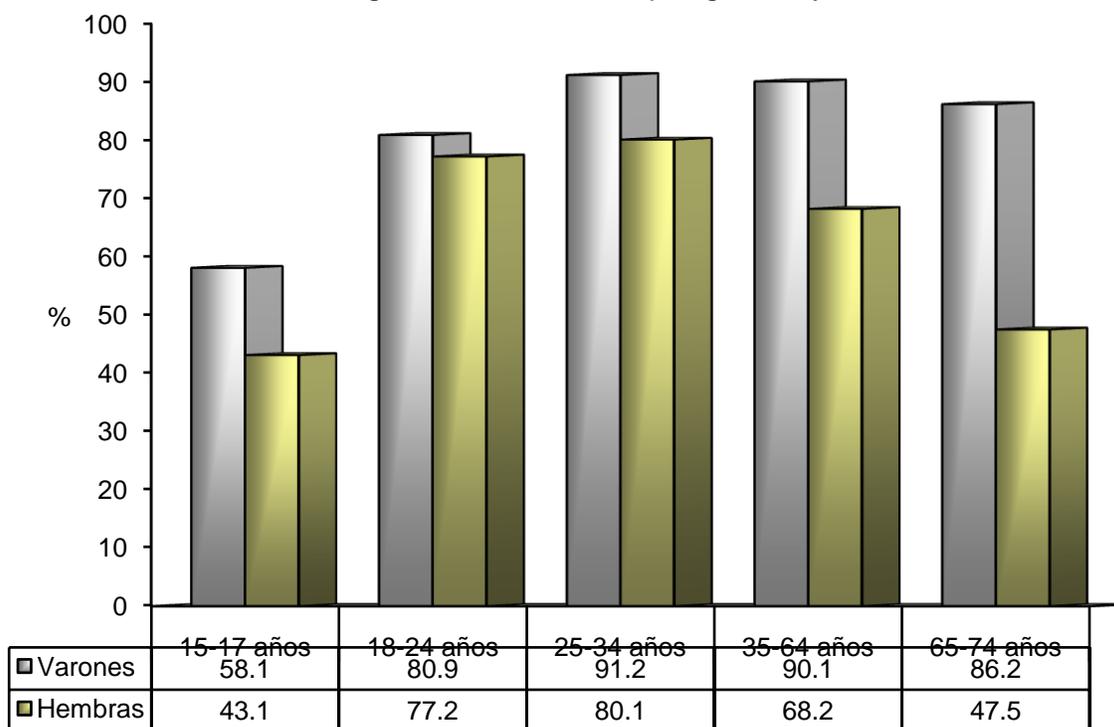
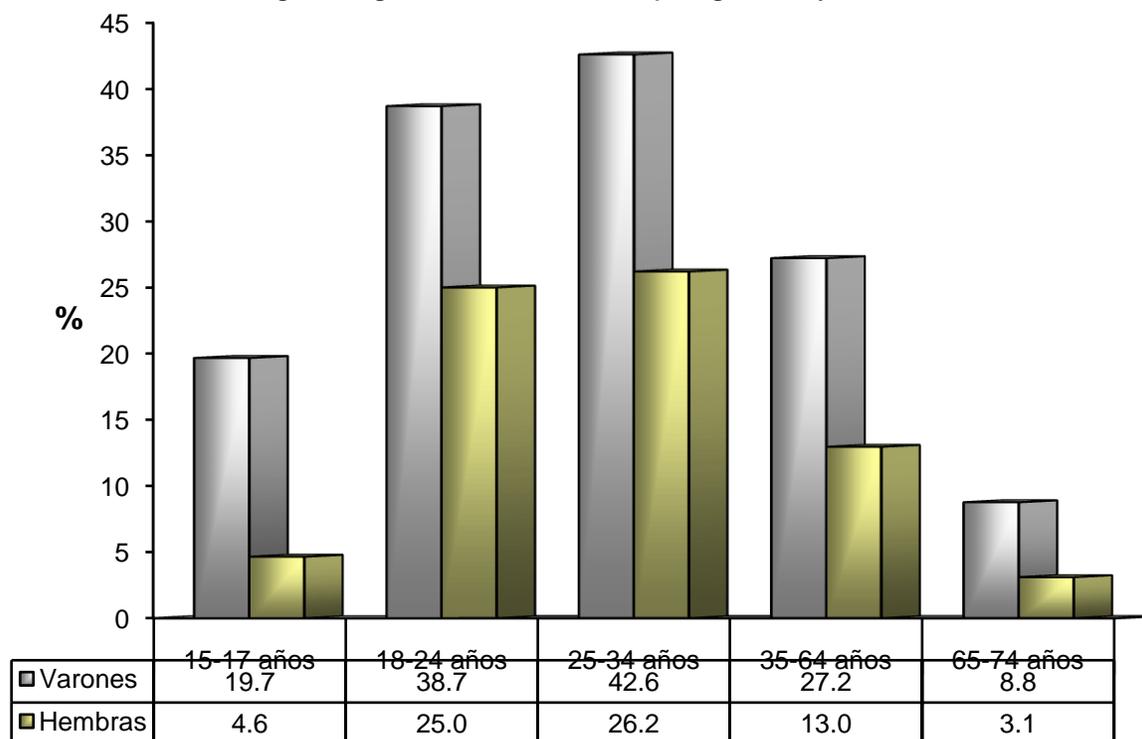
Tabla 7. Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por género y edad.

Género y Edad	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres	1,190,820	86.1	416,173	30.1	394,280	28.5	104,879	7.6
15-17 años	59,226	58.1	20,037	19.7	20,037	19.7	5,154	5.1
18-24 años	184,597	80.9	88,427	38.7	86,895	38.1	16,720	7.3
25-34 años	253,137	91.2	118,187	42.6	113,080	40.7	34,361	12.4
35-64 años	594,261	90.1	179,401	27.2	164,693	25.0	46,515	7.1
65-74 años	99,599	86.2	10,122	8.8	9,574	8.3	2,130	1.8
Mujeres	1,041,576	68.4	242,185	15.9	186,325	12.2	99,090	6.5
15-17 años	41,864	43.1	4,517	4.6	4,517	4.6	1,698	1.7
18-24 años	177,456	77.2	57,383	25.0	49,996	21.2	17,768	7.7
25-34 años	236,338	80.1	77,375	26.2	62,450	21.8	33,469	11.3
35-64 años	519,316	68.2	98,548	13.0	67,742	8.9	43,413	5.7
65-74 años	66,603	47.5	4,362	3.1	1,620	1.2	2,741	2.0
Ambos 15-74 años	2,232,396	76.8	658,358	22.7	580,605	20.0	203,969	7.0

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

Gráfico 1. Uso de alcohol alguna vez en la vida por género y edad.

Gráfico 2. Uso de drogas¹ alguna vez en la vida por género y edad.

¹ Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

La Tabla 8 muestra las prevalencias de uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida desglosadas por región de salud. La regionalización utilizada en este estudio corresponde a las regiones definidas por ASES durante el 2007 (ver Tabla 1 en la página 8, Sección III Métodos y Procedimientos, para la composición de cada región). Los Gráficos 3 y 4 muestran los patrones geográficos de las prevalencias de uso de alcohol y drogas. En general, la región de San Juan resultó con las prevalencias más altas en la mayoría de los tipos de sustancias. En cuanto al uso de alcohol, la región sureste (80.5%) obtuvo la prevalencia más alta seguido de la región de San Juan (80.1%). La prevalencia más baja de uso de alcohol se registró en la región suroeste (72.2%). En cuanto al uso de drogas ilícitas, la región noreste (25.1%) resultó con la prevalencia más alta mientras que la prevalencia más baja se registró en la región sureste (14.2%). En relación al uso de medicamentos controlados, la prevalencia más alta se observó en la región de San Juan (12.3%) seguida por la región este (7.6%). La región oeste obtuvo la prevalencia más baja en el uso de medicamentos controlados (5.0%).

Tabla 8. Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por regiones de salud.

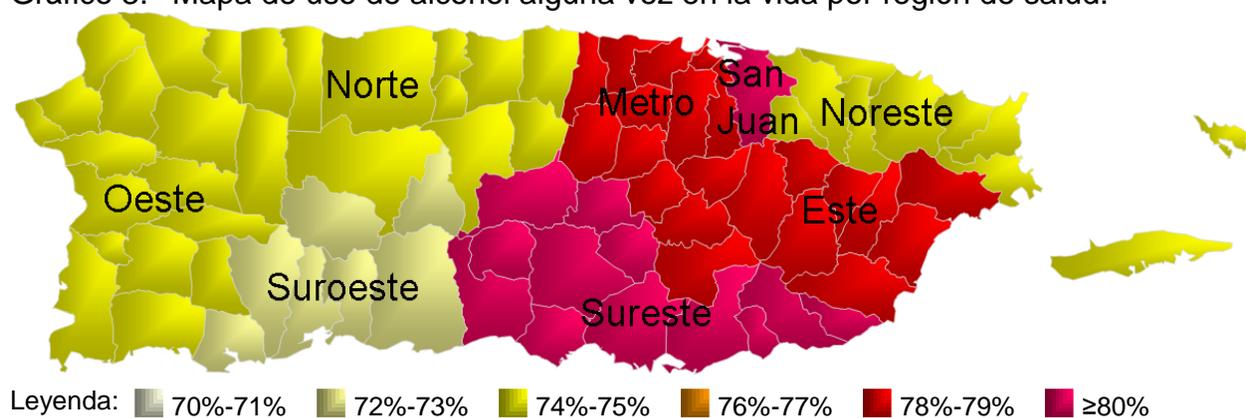
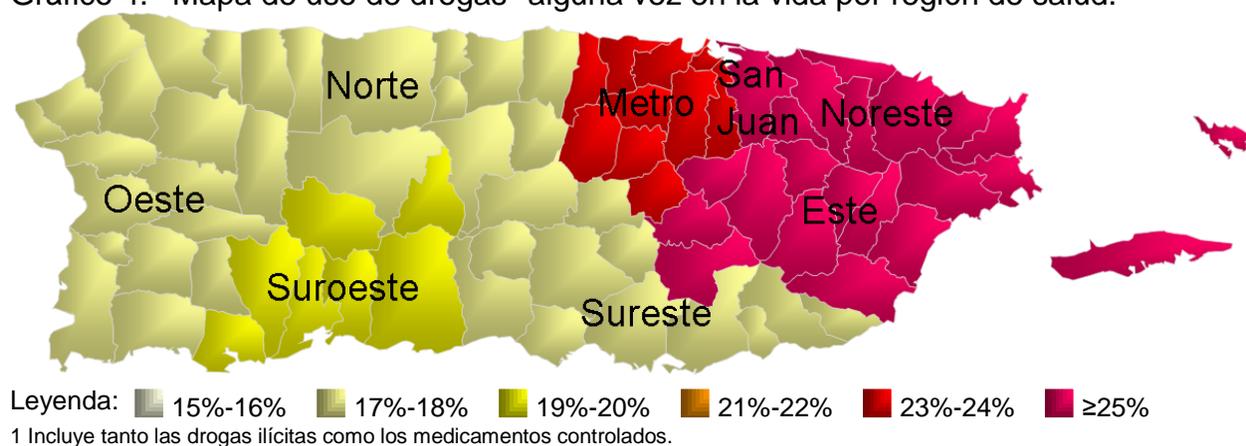
Regiones de Salud ³	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oeste	325,505	75.5	76,429	17.7	63,651	14.8	21,619	5.0
Norte	272,923	75.8	64,011	17.8	54,465	15.1	21,738	6.0
Metro	399,319	78.1	123,531	24.1	110,097	21.5	36,657	7.2
San Juan	250,271	80.1	86,786	27.8	74,075	23.7	38,471	12.3
Noreste	277,959	74.3	100,931	27.0	93,804	25.1	23,123	6.2
Suroeste	178,093	72.2	48,781	19.8	44,911	18.2	16,810	6.8
Sureste	205,401	80.5	44,819	17.6	36,296	14.2	14,013	5.5
Este	322,924	78.0	113,070	27.3	103,306	24.9	31,537	7.6
Todas las regiones	2,232,396	76.8	658,358	22.7	580,605	20.0	203,969	7.0

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

3 Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

Gráfico 3. Mapa de uso de alcohol alguna vez en la vida por región de salud.

Gráfico 4. Mapa de uso de drogas¹ alguna vez en la vida por región de salud.

En la Tabla 9 se presentan las prevalencias de uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por nivel educativo y lugar de desempeño. El lugar de desempeño refiere a los lugares fuera de la residencia donde las personas se dedican a su ocupación principal – la escuela, la universidad o los lugares de empleo. La Tabla muestra un patrón de prevalencias de uso más bajas en el sector con menor nivel educativo comparado con los niveles educativos más altos. La prevalencia más alta de uso de alcohol alguna vez en la vida se registró entre aquellos que habían completado la escuela superior (81.1%) seguido por quienes obtuvieron un título universitario (80.7%). La prevalencia de uso de alcohol más baja la obtuvo el grupo con menos de escuela superior (65.9%). En relación al uso de drogas ilícitas, la prevalencia más alta se registró entre las personas con escuela superior completada (22.8%) mientras que la prevalencia menor la

obtuvieron las personas con estudios post-secundarios (17.2%). En términos del uso de medicamentos controlados, los individuos con estudios post-secundarios (8.6%) resultaron con la prevalencia más alta seguidos por aquellos que obtuvieron un título universitario (8.5%). Las personas que no completaron la escuela superior resultaron con la prevalencia más baja de uso de medicamentos controlados (5.5%).

Tabla 9. Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por nivel educativo, lugar de desempeño, y estado de empleo.

Educación y Empleo	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel Educativo								
< Nivel superior	489,233	65.9	143,680	19.4	136,562	18.4	40,510	5.5
Nivel superior	839,654	81.1	256,740	24.8	236,316	22.8	67,300	6.5
> Nivel superior ³	144,089	77.1	39,039	20.9	32,215	17.2	16,033	8.6
Título universitario	756,889	80.7	218,339	23.3	174,952	18.7	80,127	8.5
Lugar de Desempeño								
Escuela superior	83,312	46.0	22,965	12.7	22,965	12.7	8,121	4.5
Universidad ⁴	127,753	77.9	43,291	26.4	41,115	25.1	5,170	3.2
Empleo	1,155,716	84.7	365,850	26.8	320,570	23.5	110,469	8.1
Estado de empleo								
Empleado	1,130,863	84.9	361,212	27.1	317,263	23.8	109,139	8.2
Desempleado	210,510	81.4	82,018	31.7	73,174	28.2	21,722	8.4
Ama de casa	267,487	60.3	58,097	13.1	50,511	11.4	23,308	5.3
Estudiante	321,204	66.0	102,041	21.0	93,966	19.3	32,513	6.7
Pensionado/jubilado	277,367	78.5	49,578	14.0	42,384	12.0	15,185	4.3

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

3 Estudios post-secundarios sin título universitario.

4 Incluye a institutos post secundarios.

En la Tabla 10 se comparan las mujeres entre las edades de 18 y 40 años por su situación con respecto al embarazo y cuidado de niños. En general, las mujeres que informaron no haber estado embarazadas ni a cargo de la crianza de niños durante los pasados 12 meses reflejaron las tasas de uso más bajas. Por otro lado, las mujeres que informaron haber estado embarazadas durante los pasados 12 meses resultaron con las prevalencias de uso más altas en todas las sustancias.

Tabla 10. Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.

Mujeres 18-45 años	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ni embarazadas ni criando	164,563	68.3	42,474	17.6	38,366	15.9	8,967	3.7
Criendo niños	290,963	82.2	85,908	24.3	64,759	18.3	33,460	9.4
Embarazadas	92,837	83.0	37,744	33.8	35,162	31.5	17,501	15.7

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

En la Tabla 11 se presentan las prevalencias de uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por tipo de seguro médico. Las personas que no contaban con seguro médico resultaron con las prevalencias más altas en todas las sustancias. Las personas con plan médico público obtuvieron las prevalencias más bajas en el uso de alcohol (73.4%) y medicamentos controlados (6.5%) mientras que las personas con plan de seguro privado resultaron con la prevalencia más baja en el uso de drogas ilícitas (17.1%).

Tabla 11. Uso de alcohol y drogas alguna vez en la vida por tipo de seguro médico.

Tipo de Seguro Médico	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	248,611	89.2	91,641	32.9	83,298	29.9	24,363	8.7
Plan público ³	1,029,062	73.4	313,779	22.4	287,662	20.5	90,978	6.5
Plan privado	954,722	77.9	252,938	20.6	209,645	17.1	88,628	7.2

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

3 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

Los estimados de uso de drogas alguna vez en la vida se desglosan por clase de droga y género en la Tabla 12. Entre ambos géneros las drogas más consumidas alguna vez lo fueron la marihuana (26.4% entre hombres y 11.3% entre mujeres), la cocaína (10.6% entre hombres y 3.5% entre mujeres) y los tranquilizantes (5.2% entre hombres

y 4.5% entre mujeres). Cabe destacar que el uso de Xylacine, un tranquilizante veterinario de recién introducción en los mercados ilícitos en Puerto Rico, fue informado por unas 15,000 personas (desglose no mostrado en la tabla).

Tabla 12. Uso de cada droga alguna vez en la vida por género.

Tipo de Droga	Hombres		Mujeres		Ambos Géneros	
	n	%	n	%	n	%
Marihuana	364,238	26.4	171,334	11.3	535,572	18.5
Cocaína	146,471	10.6	52,934	3.5	199,405	6.9
Crack	37,883	2.7	11,010	0.7	48,893	1.7
Heroína	35,824	2.6	9,470	0.6	45,294	1.6
Opiáceos no recetados	66,301	4.8	39,328	2.6	105,629	3.6
Tranquilizantes	71,963	5.2	69,276	4.5	141,239	4.9
Otras ¹	58,239	4.2	36,613	2.4	94,852	3.3

¹ Otras incluye anfetaminas, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, éxtasis y xylacine.

Los estimados de uso de cada clase de droga también se desglosan por región de salud en la Tabla 13. Al igual que en el caso del desglose por género, las drogas más consumidas alguna vez en todas las regiones lo fueron la marihuana, la cocaína y los tranquilizantes. Las prevalencias más altas de uso de marihuana alguna vez se observaron en la región noreste (23.4%) y este (22.9%). Las prevalencias más altas de uso de cocaína alguna vez se observaron en la región este (10.7%) y metro (8.1%). Las prevalencias más altas de uso de tranquilizantes alguna vez se observaron en la región de San Juan (8.7%) y en la región metro (6.0%). La región metro también mostró el mayor número de personas (4,810) con experiencia previa en el uso de Xylacine (desglose no mostrado en la tabla).

Tabla 13. Uso de cada droga alguna vez en la vida por región de salud.¹

Tipo de Droga	Oeste		Norte		Metro		San Juan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Marihuana	60,739	14.1	48,188	13.4	105,861	20.7	64,131	20.6
Cocaína	12,280	2.8	19,544	5.4	41,492	8.1	21,639	6.9
Crack	3,058	0.7	6,681	1.9	8,770	1.7	5,249	1.7
Heroína	5,427	1.3	3,995	1.1	6,755	1.3	6,359	2.0
Opiáceos no recetados	4,767	1.1	13,933	3.9	15,472	3.0	22,863	7.3
Tranquilizantes	16,834	3.9	9,387	2.6	30,849	6.0	27,279	8.7
Otras ²	13,935	3.2	9,089	2.5	16,713	3.3	18,993	6.1

1 Ver Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

2 Otras incluye anfetaminas, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, éxtasis y xylacine.

Continúa

Tabla 13. (Continuación) Uso de cada droga alguna vez en la vida por región de salud.¹

Tipo de Droga	Noreste		Suroeste		Sureste		Este	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Marihuana	86,972	23.4	42,741	17.3	32,278	12.6	94,663	22.9
Cocaína	28,263	7.6	15,461	6.3	16,630	6.5	44,096	10.7
Crack	5,148	1.4	6,287	2.5	3,143	1.2	10,557	2.6
Heroína	2,138	0.6	7,704	3.1	3,180	1.2	9,736	2.4
Opiáceos no recetados	11,516	3.1	7,320	3.0	8,216	3.2	21,542	5.2
Tranquilizantes	15,646	4.2	13,558	5.5	7,176	2.8	20,511	5.0
Otras ²	7,185	1.9	6,165	2.5	4,801	1.9	17,972	4.3

1 Ver Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

2 Otras incluye anfetaminas, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, éxtasis y xylacine.

2. Uso Durante el Último Año

En la Tabla 14 se presentan las prevalencias de uso de alcohol y drogas durante el último año desglosadas por género y grupo de edad. Cerca de la mitad de la población entre 15 y 74 años (48.8% ó 1.4 millones de personas) consumió alcohol durante los 12 meses previos al estudio. Y poco menos de una décima parte de la población (9.2% ó 268 mil personas) utilizó drogas – tanto drogas ilícitas, como medicamentos controlados usados con fines no médicos – durante los 12 meses previos al estudio. En general, los hombres informaron mayor uso de sustancias que las mujeres. Los hombres resultaron con prevalencias más altas que las mujeres en el uso de alcohol

(59.4% vs. 39.2%), drogas ilícitas (11.1% vs. 4.3%) y medicamentos controlados (3.2% vs. 2.5%).

En términos de edad, la mayor prevalencia de uso de alcohol entre hombres se registró en el grupo de 25 a 34 años (71.9%). El patrón en el uso de alcohol entre las mujeres resultó similar al de los hombres, siendo el grupo de 25 a 34 años el de mayor prevalencia (51.4%). En cuanto al uso de drogas ilícitas, el patrón fue muy parecido para ambos géneros. Tanto en hombres como mujeres, el grupo de 18 a 24 años (19.7% y 14.7%, respectivamente) obtuvo las prevalencias más altas seguido por el grupo de 25 a 34 años (18.5% y 4.8%, respectivamente). En relación a medicamentos controlados, la mayor prevalencia tanto entre hombres como entre mujeres se registró en el grupo de 25 a 34 años (5.9% y 3.9%, respectivamente). Por otro lado, en el grupo de 65 a 74 años se observaron las prevalencias más bajas en ambos géneros. Los Gráficos 5 y 6 ayudan a visualizar las diferencias en los patrones de uso de alcohol y drogas durante el último año por género y grupos de edad.

Tabla 14. Uso de alcohol y drogas durante el último año por género y edad.

Género y Edad	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Hombres	821,223	59.4	171,098	12.4	153,557	11.1	44,331	3.2
15-17 años	36,345	35.7	14,576	14.3	14,576	14.3	5,154	5.1
18-24 años	148,064	64.9	44,944	19.7	44,944	19.7	4,222	1.8
25-34 años	199,561	71.9	56,162	20.2	51,344	18.5	16,315	5.9
35-64 años	390,305	59.2	53,833	8.2	41,702	6.3	18,046	2.7
65-74 años	46,949	40.6	1,582	1.4	990	0.9	593	0.5
Mujeres	596,380	39.2	96,575	6.3	66,156	4.3	37,788	2.5
15-17 años	18,039	18.6	4,517	4.6	2,819	2.9	1,698	1.7
18-24 años	115,181	50.1	37,798	16.4	33,718	14.7	7,110	3.1
25-34 años	151,445	51.4	24,053	8.2	14,158	4.8	11,599	3.9
35-64 años	284,934	37.4	28,952	3.8	15,045	2.0	16,544	2.2
65-74 años	26,780	19.1	1,254	0.9	417	0.3	837	0.6
Ambos 15-74 años	1,417,603	48.8	267,673	9.2	219,713	7.6	82,118	2.8

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

Gráfico 5. Uso de alcohol durante el último año por género y edad.

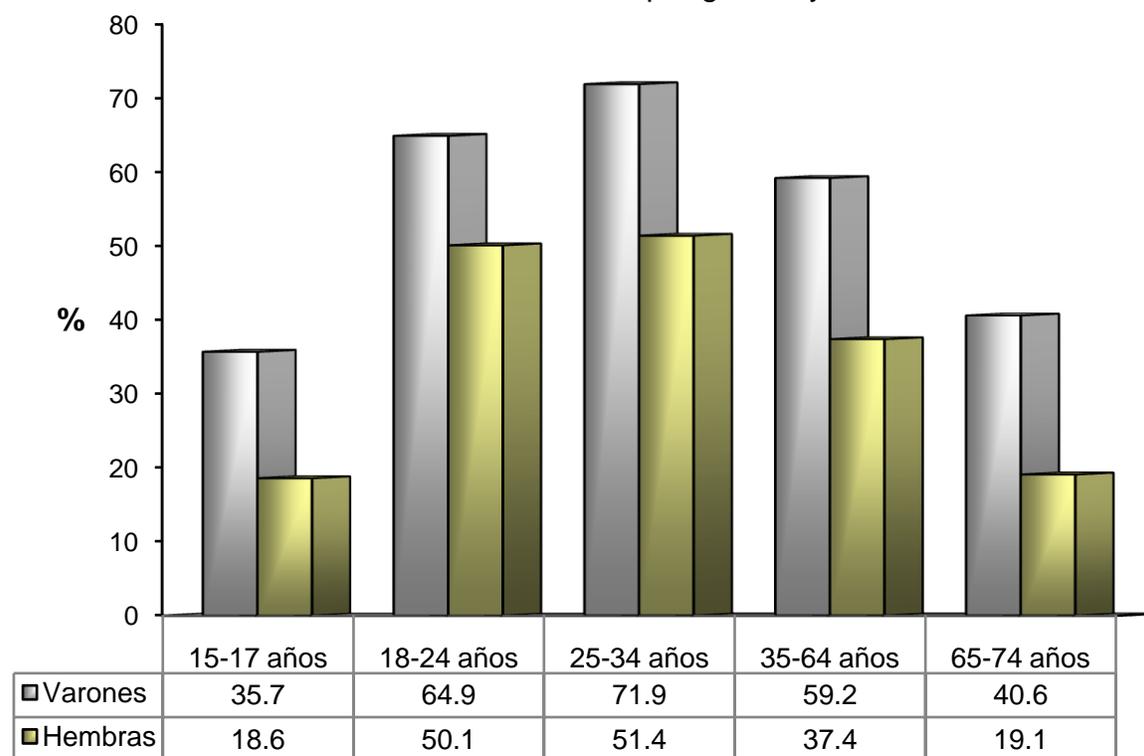
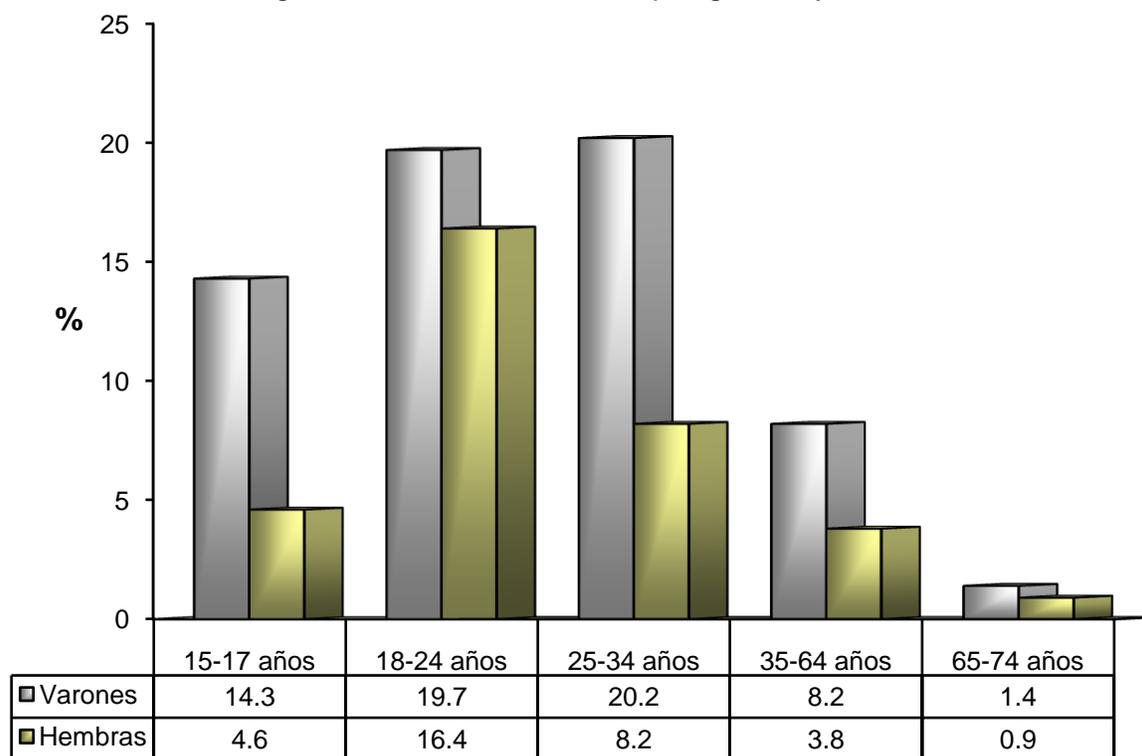


Gráfico 6. Uso de drogas¹ durante el último año por género y edad.

¹ Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

En la Tabla 15 se observan las prevalencias de uso de alcohol y drogas durante el último año desglosadas por región de salud. La regionalización utilizada en este estudio corresponde a las regiones definidas por ASES durante el 2007 (ver Tabla 1, página 8, Sección III Métodos y Procedimientos, para la composición de cada región). Los Gráficos 7 y 8 muestran mapas con los patrones geográficos de las prevalencias de uso de alcohol y drogas por región de salud. En general, las regiones de San Juan y la región metro resultaron con las prevalencias más altas en la mayoría de las sustancias. En cuanto al uso de alcohol, la región de San Juan (59.0%) obtuvo la prevalencia más alta seguido de la región metro (53.5%). La prevalencia más baja de uso de alcohol se registró en la región oeste (38.3%). En cuanto al uso de drogas ilícitas, la región metro (10.4%) resultó con la prevalencia más alta mientras que la prevalencia más baja se registró en la región norte (4.9%). En relación al uso de medicamentos controlados, la prevalencia más alta se observó en la región este (4.9%) seguida por la región de San Juan (4.1%). La región suroeste obtuvo la prevalencia más baja en el uso de medicamentos controlados (1.3%).

Tabla 15. Uso de alcohol y drogas durante el último año por regiones de salud.

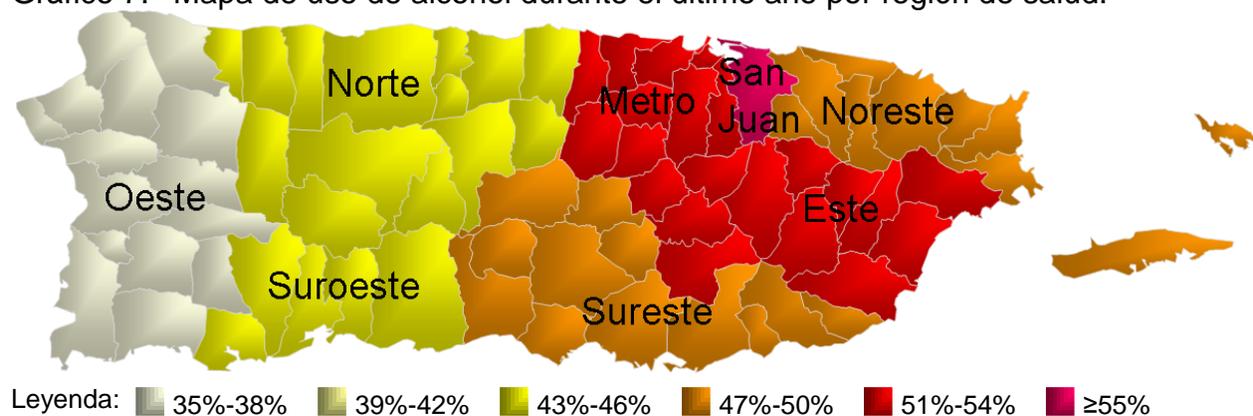
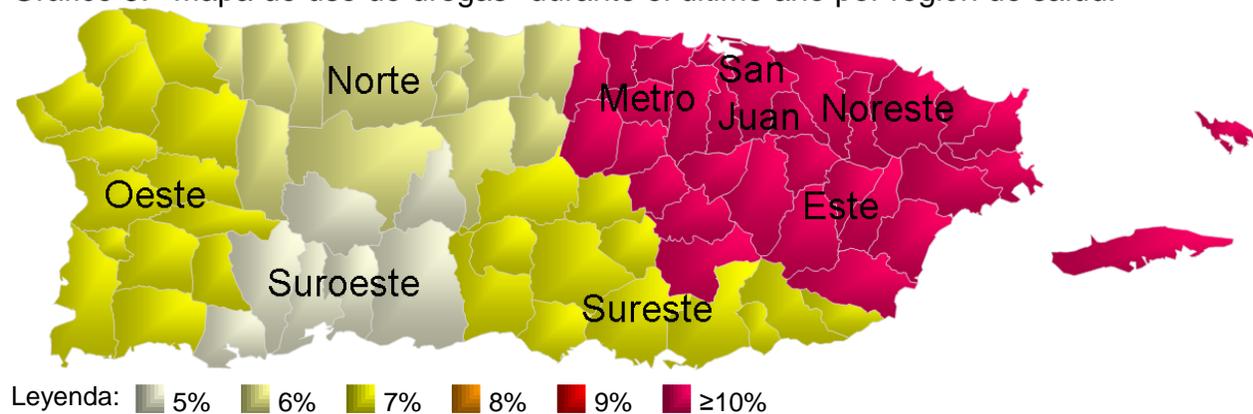
Regiones de Salud ³	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oeste	165,007	38.3	34,038	7.9	28,102	6.5	6,915	1.6
Norte	166,380	46.2	23,056	6.4	17,734	4.9	6,528	1.8
Metro	273,644	53.5	58,230	11.4	53,202	10.4	18,681	3.7
San Juan	184,505	59.0	33,479	10.7	26,161	8.4	12,831	4.1
Noreste	178,596	47.7	38,104	10.2	32,058	8.6	7,315	2.0
Suroeste	114,291	46.3	14,250	5.8	12,613	5.1	3,110	1.3
Sureste	124,280	48.7	19,409	7.6	16,413	6.4	6,373	2.5
Este	210,899	51.0	47,106	11.4	33,432	8.1	20,363	4.9
Todas las regiones	1,417,603	48.8	267,673	9.2	219,713	7.6	82,118	2.8

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

3 Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

Gráfico 7. Mapa de uso de alcohol durante el último año por región de salud.

Gráfico 8. Mapa de uso de drogas¹ durante el último año por región de salud.

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

En la Tabla 16 se presentan las prevalencias de uso de alcohol y drogas durante el último año por nivel educativo y lugar de desempeño. El lugar de desempeño refiere a

los lugares fuera de la residencia donde las personas se dedican a su ocupación principal – la escuela, la universidad o los lugares de empleo. En cuanto al uso de alcohol por nivel educativo, se observó una relación positiva, donde a mayor nivel educativo mayor prevalencia de uso. La prevalencia más alta se registró entre aquellos que completaron un título universitario (54.6%) seguido por quienes realizaron estudios post-secundarios (52.8%). La prevalencia de uso de alcohol más baja la obtuvo el grupo con menos de escuela superior (37.7%). En relación al uso de drogas ilícitas, la prevalencia más alta se registró entre las personas con escuela superior completada (9.9%) mientras que la prevalencia menor la obtuvieron las personas con un título universitario (3.9%). En términos del uso de medicamentos controlados, los individuos sin completar la escuela superior (3.1%) resultaron con la prevalencia más alta seguidos por aquellos que obtuvieron un título universitario (2.9%). Las personas que completaron la escuela superior resultaron con la prevalencia más baja de uso de medicamentos controlados (2.6%).

Tabla 16. Uso de alcohol y drogas durante el último año por nivel educativo, lugar de desempeño, y estado de empleo.

Educación y Empleo	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Nivel Educativo								
< Nivel superior	279,850	37.7	72,817	9.8	67,196	9.1	23,190	3.1
Nivel superior	524,281	50.6	120,932	11.7	102,573	9.9	26,509	2.6
> Nivel superior ³	98,786	52.8	15,036	8.0	13,122	7.0	4,959	2.7
Título universitario	512,155	54.6	58,327	6.2	36,262	3.9	27,460	2.9
Lugar de Desempeño								
Escuela superior	44,197	24.4	16,027	8.8	14,329	7.9	6,852	3.8
Universidad ⁴	105,539	64.3	27,816	17.0	27,254	16.6	1,169	0.7
Empleo	808,042	59.2	123,180	9.0	94,037	6.9	42,630	3.1
Estado de empleo								
Empleado	790,863	59.3	120,909	9.1	91,766	6.9	42,630	3.2
Desempleado	128,243	49.6	43,799	16.9	41,053	15.8	11,088	4.3
Ama de casa	132,422	29.9	31,803	7.2	25,868	5.8	9,787	2.2
Estudiante	217,927	44.8	54,514	11.2	48,424	10.0	11,853	2.4
Pensionado/jubilado	130,858	37.0	14,377	4.1	10,332	2.9	6,761	1.9

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

3 Estudios post-secundarios sin título universitario.

4 Incluye a institutos post secundarios.

En la Tabla 17 se comparan las mujeres entre las edades de 18 y 40 años por su situación con respecto al embarazo y cuidado de niños. En general, las mujeres que informaron no haber estado embarazadas, ni a cargo de la crianza de niños durante los pasados 12 meses reflejaron las tasas de uso más bajas. Por otro lado, las mujeres que informaron haber estado embarazadas durante los pasados 12 meses resultaron con las prevalencias de uso más altas en todas las sustancias, con la excepción del uso de alcohol.

Tabla 17. Uso de alcohol y drogas durante el último año entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.

Mujeres 18-45 años	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ni embarazadas, ni criando	108,773	45.2	20,209	8.4	19,446	8.1	1,875	0.8
Criendo niños	186,852	52.8	30,417	8.6	20,030	5.7	11,749	3.3
Embarazadas	52,642	47.1	20,877	18.7	14,932	13.4	9,566	8.6

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

En la Tabla 18 se presentan las prevalencias de uso de alcohol y drogas durante el último año desglosadas por tipo de seguro médico. Las personas que no contaban con seguro médico resultaron con las prevalencias más altas en todas las sustancias. Las personas con plan médico público obtuvieron la prevalencia más baja en el uso de alcohol (41.7%), mientras que las personas con plan de seguro privado resultaron con la prevalencia más baja en el uso de drogas ilícitas (4.2%).

Tabla 18. Uso de alcohol y drogas durante el último año por tipo de seguro médico.

Tipo de Seguro Médico	Alcohol		Cualquier Droga ¹		Drogas Ilícitas		Medicamentos Controlados ²	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Ninguno	190,962	68.5	60,947	21.9	57,068	20.5	14,257	5.1
Plan público ³	584,173	41.7	129,682	9.3	111,612	8.0	35,863	2.6
Plan privado	642,468	52.4	77,044	6.3	51,033	4.2	31,998	2.6

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Incluye medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

3 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

Los estimados de uso de drogas durante el último año se desglosan por clase de droga y género en la Tabla 19. Entre ambos géneros las drogas más consumidas alguna vez lo fueron la marihuana (10.1% entre hombres y 6.8% entre mujeres), la cocaína (2.7% entre hombres y 1.6% entre mujeres) y los tranquilizantes (1.9% entre hombres y mujeres). El uso de Xylacine, un tranquilizante veterinario de recién introducción en los mercados ilícitos en Puerto Rico, fue informado por unas 5,000 personas (desglose no mostrado en la tabla).

Tabla 19. Uso de cada droga durante el último año por género.

Tipo de Droga	Hombres		Mujeres		Ambos Géneros	
	N	%	n	%	n	%
Marihuana	139,801	10.1	58,338	6.8	198,140	6.8
Cocaína	37,815	2.7	8,179	1.6	45,993	1.6
Crack	9,987	0.7	2,438	0.4	12,424	0.4
Heroína	6,857	0.5	1,219	0.3	8,076	0.3
Opiáceos no recetados	25,913	1.9	12,299	1.3	38,212	1.3
Tranquilizantes	26,434	1.9	27,604	1.9	54,038	1.9
Otras ¹	8,012	0.6	7,101	0.5	15,113	0.5

¹ Otras incluye anfetaminas, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, éxtasis y xylacine.

Los estimados de uso de cada clase de droga también se desglosan por región de salud en la Tabla 20. Al igual que en el caso del desglose por género, las drogas más consumidas durante el último año en todas las regiones lo fueron la marihuana, la cocaína y los tranquilizantes. Las prevalencias más altas de uso de marihuana se observaron en la región metro (8.6%) y en la región de San Juan (8.1%). Las prevalencias más altas de uso de cocaína se observaron en la región este (2.7%) y metro (2.3%). Las prevalencias más altas de uso de tranquilizantes alguna vez se observaron en la región de San Juan (3.5%) y en la región este (2.9%). El uso de Xylacine durante el último año solo fue informado en las regiones metro - 2,095 personas, San Juan - 1,985 personas, y oeste - 979 personas (desglose no mostrado en la tabla).

Tabla 20. Uso de cada droga durante el último año por región de salud.¹

Tipo de Droga	Oeste		Norte		Metro		San Juan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Marihuana	25,387	5.9	17,004	4.7	44,029	8.6	25,427	8.1
Cocaína	1,778	0.4	3,160	0.9	11,762	2.3	3,579	1.1
Crack	431	0.1*	360	0.1*	3,884	0.8	1,441	0.5
Heroína	979	0.2	360	0.1*	2,766	0.5	3,221	1.0
Opiáceos no recetados	2,057	0.5	2,118	0.6	8,662	1.7	2,973	1.0
Tranquilizantes	6,915	1.6	2,443	0.7	13,231	2.6	11,027	3.5
Otras ²	3,057	0.7	1,968	0.5	2,095	0.4	1,985	0.6

1 Ver Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

2 Otras incluye anfetaminas, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, éxtasis y xylacine.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Continúa

Tabla 20. (Continuación) Uso de cada droga durante el último año por región de salud.¹

Tipo de Droga	Noreste		Suroeste		Sureste		Este	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Marihuana	29,297	7.8	10,574	4.3	16,413	6.4	30,009	7.2
Cocaína	5,993	1.6	3,095	1.3	5,582	2.2	11,043	2.7
Crack	2,349	0.6	2,061	0.8	530	0.2	2,159	0.5
Heroína	374	0.1*	247	0.1*	1,109	0.4	414	0.1*
Opiáceos no recetados	2,967	0.8	1,514	0.6	4,657	1.8	13,265	3.2
Tranquilizantes	4,348	1.2	1,596	0.6	2,480	1.0	11,997	2.9
Otras ²	416	0.1	247	0.1*	530	0.2	5,062	1.2

1 Ver Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

2 Otras incluye anfetaminas, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, éxtasis y xylacine.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

C. Trastornos de Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas

Esta sección muestra las prevalencias de trastornos por uso de alcohol y drogas en la población 15 a 74 años. La clasificación de personas con respecto a la presencia de trastornos de alcohol o drogas durante los 12 meses anteriores a la entrevista de estudio fue realizada a base de los criterios nosológicos del DSM-IV. El DSM reconoce, para cada sustancia adictiva, dos tipos de trastornos – abuso y dependencia. La definición operacional de abuso y dependencia a sustancias está descrita en la Sección III, página 12. En términos generales, el abuso de sustancias manifiesta un patrón desadaptativo de uso continuo de sustancias aun luego de haber ocurrido

consecuencias adversas socio-personales (por ej., problemas en el empleo, en la escuela, en la familia). En la dependencia, por otro lado, las manifestaciones son de tipo neuro adaptativas (por ej., tolerancia, esfuerzos infructuosos de dejar de usar) con o sin presencia de síntomas de retirada.

Para esta sección la muestra de estudio fue clasificada en cuatro categorías: (1) no uso, (2) uso sin trastorno, (3) abuso únicamente y (4) dependencia. No uso representa personas que informaron no haber hecho uso de la sustancia durante los 12 meses previo a la entrevista de estudio. Uso sin trastorno representa personas que informaron haber hecho uso de la sustancia durante los 12 meses, pero cuyo patrón de respuestas con respecto a síntomas no cumplía con los criterios establecidos por el DSM-IV para diagnosticar abuso o dependencia. Abuso únicamente representa a personas cuyo patrón de respuestas con respecto a los síntomas de abuso cumplía con los criterios establecidos, mas no con los criterios de dependencia. Finalmente, las personas clasificadas bajo el cuarto grupo – dependencia – respondieron a las preguntas sobre síntomas cumpliendo con los criterios de dependencia durante los previos 12 meses.

1. *Trastornos de Alcohol*

La Tabla 21 presenta las prevalencias de trastornos de alcohol durante el último año por género y edad. Una de cada ocho personas entre las edades de 15 a 74 años en Puerto Rico (12.2%) padecía de abuso de alcohol. Esta tasa de abuso representa a unas 350 mil personas. Una de cada 20 personas entre las edades de 15 a 74 años en Puerto Rico (4.8%) padecía de dependencia al alcohol. Esta tasa de dependencia representa a unas 140 mil personas. Tomadas ambas tasas en conjunto, el estudio estimó que uno de cada seis adultos en Puerto Rico (16.9%) padece de abuso o dependencia al alcohol.

Los hombres mostraron mayor tasas de abuso y dependencia al alcohol que las mujeres. La tasa de abuso de alcohol ascendió a 17.8% entre los hombres y a 7.1% entre las mujeres. Más de una cuarta parte (29.5%) de los varones 25 a 34 años cumplió criterios de abuso de alcohol y uno de cada diez (10.6%) varones 35 a 64 años

cumplió criterios de dependencia al alcohol. La tasa de dependencia al alcohol fue de 8.0% entre los hombres y de 1.9% entre las mujeres. Entre las mujeres, el grupo de 25 a 34 años mostró la prevalencia más alta de abuso (12.6%) y el grupo de 18 a 24 años mostró la prevalencia más alta de dependencia (3.5%). El Gráfico 9 muestra las diferencias en los patrones de dependencia al alcohol por género y grupos de edad.

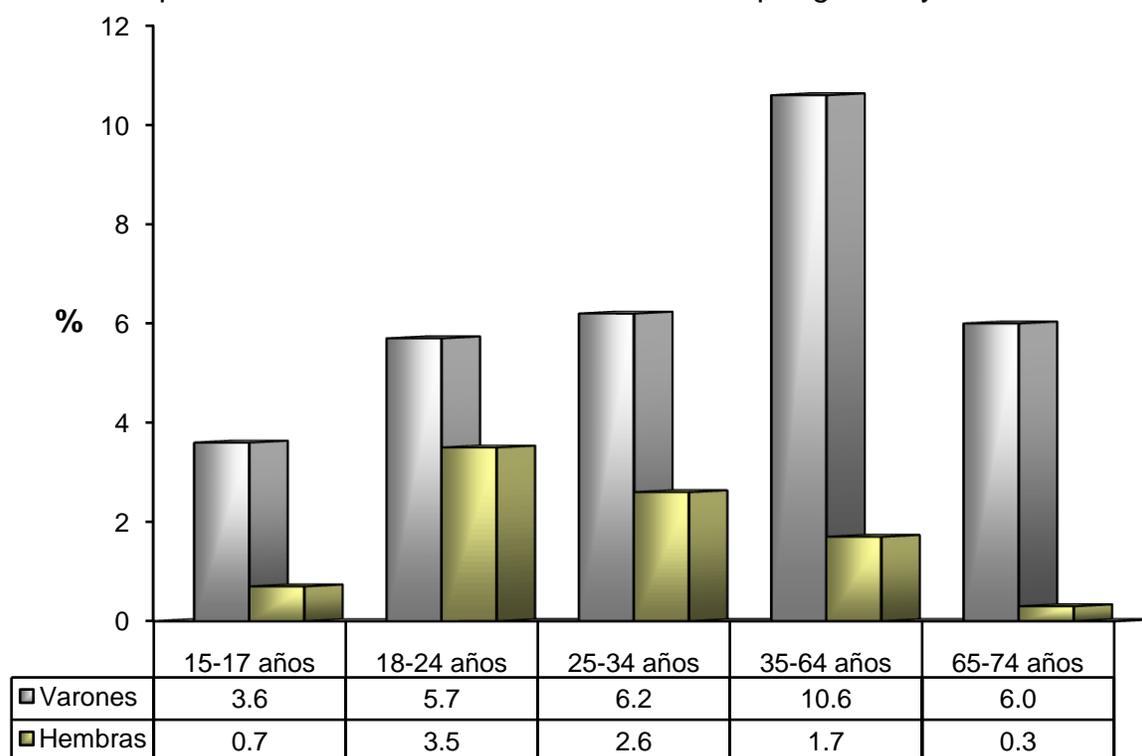
Tabla 21. Trastornos de alcohol (durante el último año) por género y grupos de edad.

Género y Edad	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Hombres	561,403	40.6	464,066	33.6	246,495	17.8	110,662	8.0
15-17 años	65,544	64.3	23,588	23.2	9,131	9.0	3,626	3.6
18-24 años	80,205	35.1	78,043	34.2	56,982	25.0	13,038	5.7
25-34 años	78,072	28.1	100,426	36.2	82,013	29.5	17,121	6.2
35-64 años	269,010	40.8	232,379	35.2	87,928	13.3	69,998	10.6
65-74 años	68,571	59.4	29,630	25.6	10,441	9.0	6,878	6.0
Mujeres	924,399	60.7	465,174	30.5	106,844	7.1	29,868	1.9
15-17 años ²	79,139	81.4	18,039	18.6	2,292	2.4	644	0.7
18-24 años	114,030	49.6	84,281	36.7	23,504	10.2	8,003	3.5
25-34 años	142,686	48.4	107,342	36.4	37,083	12.6	7,783	2.6
35-64 años	474,801	62.4	231,572	30.4	41,541	5.5	13,020	1.7
65-74 años	113,744	80.9	23,940	17.0	2,424	1.7	417	0.3
Ambos géneros 15-74 años	1,485,802	51.1	929,239	32.0	353,339	12.2	140,530	4.8

¹ Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

² Estimados sintéticos calculados mediante regresión. Ver Sección II Métodos y Procedimientos, página 16.

Gráfico 9. Dependencia a alcohol durante el último año por género y edad.



En la Tabla 22 se observan las prevalencias de abuso y dependencia de alcohol durante el último año por región de salud. La regionalización utilizada en este estudio corresponde a las regiones definidas por ASES durante el 2007 (ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región). En cuanto al abuso de alcohol, la región este (17.1%) obtuvo la prevalencia más alta seguido de cerca de la región de San Juan (16.4%). La prevalencia más baja de abuso de alcohol se registró en la región oeste (6.4%). La dependencia al alcohol fue más prevalente en la región este (7.7%). El mapa en el Gráfico 10 ayuda a visualizar el patrón geográfico de las tasas de dependencia al alcohol por región de salud.

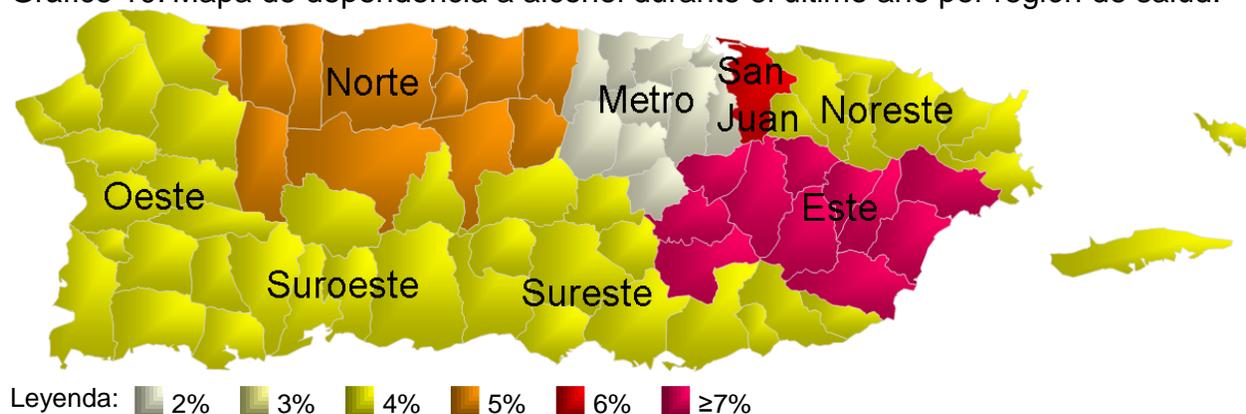
Tabla 22. Trastornos de alcohol (durante el último año) por regiones de salud.

Regiones de Salud ²	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oeste	266,035	61.7	119,780	27.8	27,482	6.4	17,745	4.1
Norte	193,148	53.6	121,547	33.7	26,183	7.3	19,412	5.4
Metro	237,918	46.5	193,173	37.8	68,584	13.4	11,887	2.3
San Juan	126,859	40.6	113,792	36.4	51,348	16.4	20,581	6.6
Noreste	195,580	52.3	109,266	29.2	53,234	14.2	16,097	4.3
Suroeste	132,502	53.7	73,409	29.7	30,232	12.3	10,650	4.3
Sureste	131,002	51.3	89,613	35.1	23,211	9.1	11,456	4.5
Este	202,758	48.9	108,659	26.2	70,774	17.1	32,058	7.7
Todas las regiones	1,485,802	51.1	929,239	32.0	351,047	12.1	139,885	4.8

1 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

2 Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

Gráfico 10. Mapa de dependencia a alcohol durante el último año por región de salud.



En la Tabla 23 se presentan las prevalencias de abuso y dependencia de alcohol durante el último año por nivel educativo y lugar de desempeño. El lugar de desempeño refiere a los lugares fuera de la residencia donde las personas se dedican a su ocupación principal – la escuela, la universidad o los lugares de empleo. En términos generales se puede observar una tendencia creciente con respecto al abuso de alcohol y el nivel educativo y una tendencia decreciente con respecto a la dependencia al alcohol y el nivel educativo. En cuanto al abuso de alcohol por nivel educativo, la prevalencia más alta se registró entre aquellos que obtuvieron un título universitario (14.5%) seguido por quienes completaron escuela superior (13.8%). La prevalencia de

abuso de alcohol más baja la obtuvo el grupo con menos de escuela superior (6.3%) mientras que la dependencia al alcohol resultó más alta en este mismo grupo (6.7%).

Tabla 23. Trastornos de alcohol (durante el último año) por nivel educativo, lugar de desempeño, y estado de empleo.

Educación y Empleo	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Nivel Educativo								
< Nivel superior	462,405	62.3	183,685	24.7	46,392	6.3	49,772	6.7
Nivel superior	511,504	49.4	330,569	31.9	143,203	13.8	51,118	4.9
> Nivel superior ²	88,188	47.2	70,657	37.8	24,383	13.0	3,746	2.0
Título universitario	423,705	45.2	343,160	36.6	135,708	14.5	35,249	3.8
Lugar de Desempeño								
Escuela superior	137,075	75.6	33,076	18.2	6,678	3.7	4,443	2.5
Universidad ³	58,494	35.7	62,523	38.1	39,180	23.9	3,836	2.3
Empleo	554,709	40.7	508,019	37.2	224,050	16.4	77,327	5.7
Estado de empleo								
Empleado	540,351	40.5	500,348	37.5	217,090	16.3	74,779	5.6
Desempleado	130,890	50.5	78,419	30.3	25,371	9.8	24,452	9.4
Ama de casa	310,244	70.0	104,278	23.5	17,196	3.9	11,556	2.6
Estudiante	268,416	55.2	144,494	29.7	59,695	12.3	13,737	2.8
Pensionado/jubilado	221,765	62.8	92,948	26.3	25,704	7.3	12,813	3.6

1 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

2 Estudios post-secundarios sin título universitario.

3 Incluye a institutos post secundarios.

En la Tabla 24 se observan las prevalencias de abuso y dependencia de alcohol durante el último año entre las mujeres de 18 a 40 años. Las mujeres embarazadas resultaron con las prevalencias de abuso y dependencia de alcohol más altas. Una de cada cinco (19.1%) mujeres entre las edades de 18 a 40 años que informaron haber estado embarazadas durante los pasados 12 meses cumplieron con los criterios de abuso o dependencia al alcohol para el mismo periodo.

Tabla 24. Trastornos de alcohol (durante el último año) entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.

Mujeres 18-45 años	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ni embarazadas ni criando	131,996	54.8	77,094	32.0	27,768	11.5	3,912	1.6
Criando niños	167,322	47.2	143,827	40.6	32,718	9.2	10,307	2.9
Embarazadas	57,788	51.7	32,669	29.2	15,192	13.6	6,152	5.5

¹ Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

En la Tabla 25 se presentan las prevalencias de abuso y dependencia de alcohol durante el último año por tipo de seguro médico. Las personas que no contaban con seguro médico resultaron con las prevalencias de abuso y dependencia más altas (17.0% y 7.7%, respectivamente). Las personas con plan médico público obtuvieron la prevalencia más baja en el abuso de alcohol (8.5%). Por otro lado, las personas con plan médico privado resultaron con las prevalencias más bajas en dependencia al alcohol (3.6%).

Tabla 25. Trastornos de alcohol (durante el último año) por tipo de seguro médico.

Tipo de Seguro Médico	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	87,846	31.5	122,290	43.9	47,280	17.0	21,392	7.7
Plan público ²	816,366	58.2	391,865	28.0	119,102	8.5	74,421	5.3
Plan privado	581,590	47.5	415,084	33.9	184,665	15.1	44,072	3.6

¹ Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

² Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

En la Tabla 26 se presentan las prevalencias de algunos trastornos psiquiátricos entre personas con abuso y dependencia de alcohol durante el último año. Comparados con la población no usuaria de alcohol y a aquellos sin trastorno de alcohol, la depresión y la ansiedad mostraron niveles elevados entre personas con dependencia al alcohol (13.5%, 21.2% y 7.7%, respectivamente). En el caso del trastorno de personalidad bipolar, ambos el abuso de alcohol y la dependencia mostraron niveles elevados (5.5 y 11.7%, respectivamente). Los niveles de trastorno de déficit de atención variaron pero no mostraron una tendencia marcada de aumento entre las personas con trastornos de

alcohol. El Gráfico 11 muestra los contrastes en prevalencias de trastornos de alcohol en presencia de otros trastornos psiquiátricos.

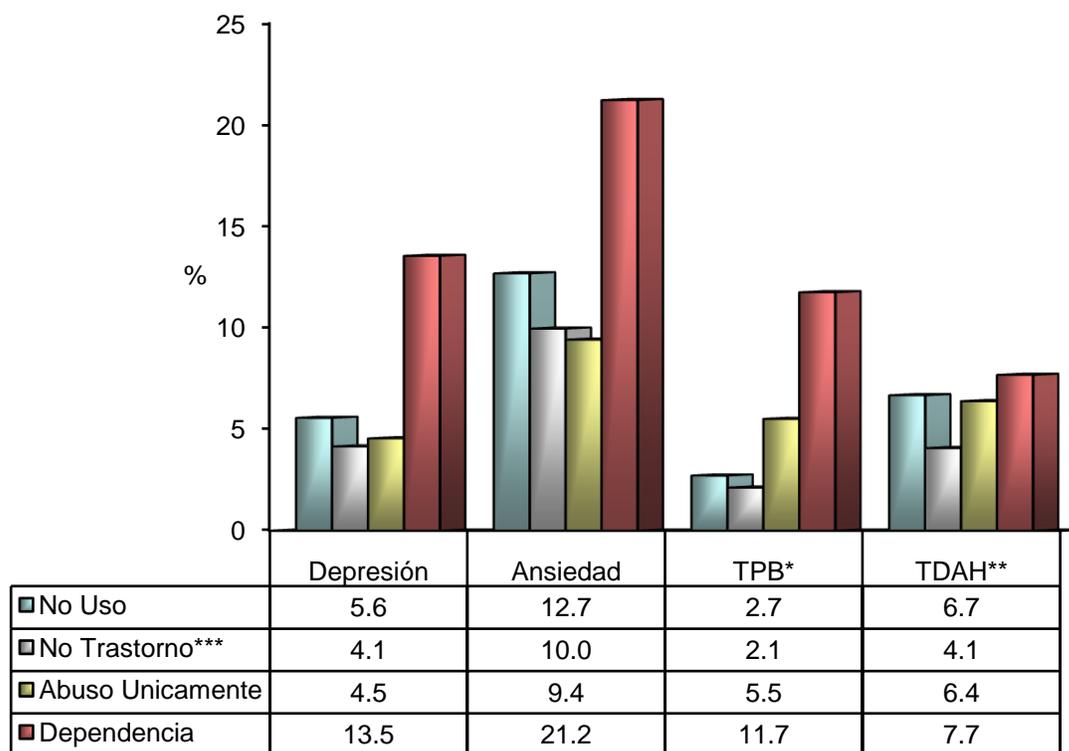
Tabla 26. Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de alcohol.

Otros Trastornos Psiquiátricos	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	82,592	5.6	38,543	4.1	15,958	4.5	18,932	13.5
Ansiedad	188,242	12.7	92,474	10.0	33,022	9.4	29,655	21.2
Trastorno de Personalidad Bipolar	40,390	2.7	19,754	2.1	19,336	5.5	16,421	11.7
TDAH ²	99,078	6.7	37,795	4.1	22,391	6.4	10,730	7.7

¹ Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

² TDAH = Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Gráfico 11. Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de alcohol.



* Trastorno de personalidad bipolar.

** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

*** Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

En la Tabla 27 se observan las prevalencias de enfermedades infecciosas entre personas con abuso y dependencia de alcohol durante el último año. Entre las enfermedades de transmisión sexual estudiadas, las personas con dependencia al alcohol mostraron niveles elevados de sífilis y gonorrea (1.7% y 2.6%, respectivamente). Entre las otras infecciosas – no de transmisión sexual – las personas con dependencia al alcohol mostraron niveles elevados de hepatitis A (2.9%).

Tabla 27. Enfermedades infecciosas entre personas con trastornos de alcohol.

Enfermedades Infecciosas	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
De transmisión sexual	42,460	2.9	58,276	6.3	8,292	2.4	10,286	7.4
Sifilis	5,823	0.4	4,916	0.5	1,066	0.3	2,367	1.7
Gonorrea	7,774	0.5	10,206	1.1	351	0.1*	3,642	2.6
Clamidia	9,111	0.6	15,001	1.6	1,269	0.4	2,567	1.8
Herpes	11,764	0.8	15,937	1.7	3,427	1.0	2,810	2.0
Virus de hepatitis B	6,757	0.5	14,545	1.6	551	0.2	2,230	1.6
Virus de inmunodeficiencia humana	8,859	0.6	4,553	0.5	2,530	0.7	1,104	0.8
Otras Infecciosas								
TB	9,143	0.6	4,394	0.5	3,630	1.0	140	0.1*
HAV	19,867	1.3	9,663	1.0	3,193	0.9	4,078	2.9
HCV	11,717	0.8	11,300	1.2	4,317	1.2	1,883	1.3
Cualquier enfermedad infecciosa	73,706	5.0	76,537	8.2	16,095	4.6	14,294	10.2

¹ Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

2. Trastornos de Drogas

En la Tabla 28 se presentan las prevalencias de trastornos de drogas durante el último año por género y edad. Una de cada 50 personas entre las edades de 15 a 74 años en Puerto Rico (1.8%) padecía de abuso de drogas. Esta tasa de abuso representa a unas 52 mil personas. De forma similar, una de cada 50 personas entre las edades de 15 a 74 años en Puerto Rico (2.0%) padecía de dependencia a drogas. Esta tasa de dependencia representa a unas 59 mil personas. Tomadas ambas tasas en conjunto, el

estudio estimó que unos 111 mil adultos en Puerto Rico (3.8%) padece de abuso o dependencia a drogas.

Los hombres resultaron con mayores tasas de abuso de drogas (2.8% vs. 1.0%) y de dependencia a drogas (3.3% vs. 0.9%) que las mujeres. Entre los hombres, el grupo de edad de 15 a 17 años mostró la tasa de abuso de drogas más alta (6.8%) y en grupo siguiente de 18 a 24 años mostró la tasa de dependencia más alta (5.2%). Entre las mujeres, el grupo de edad de 15 a 17 años mostró la tasa de abuso y de dependencia de drogas más alta (1.8% y 1.7%, respectivamente). El Gráfico 12 muestra las diferencias en el patrón de dependencia a drogas por género y grupos de edad.

Tabla 28. Trastornos de drogas¹ (durante el último año) por género y grupos de edad.

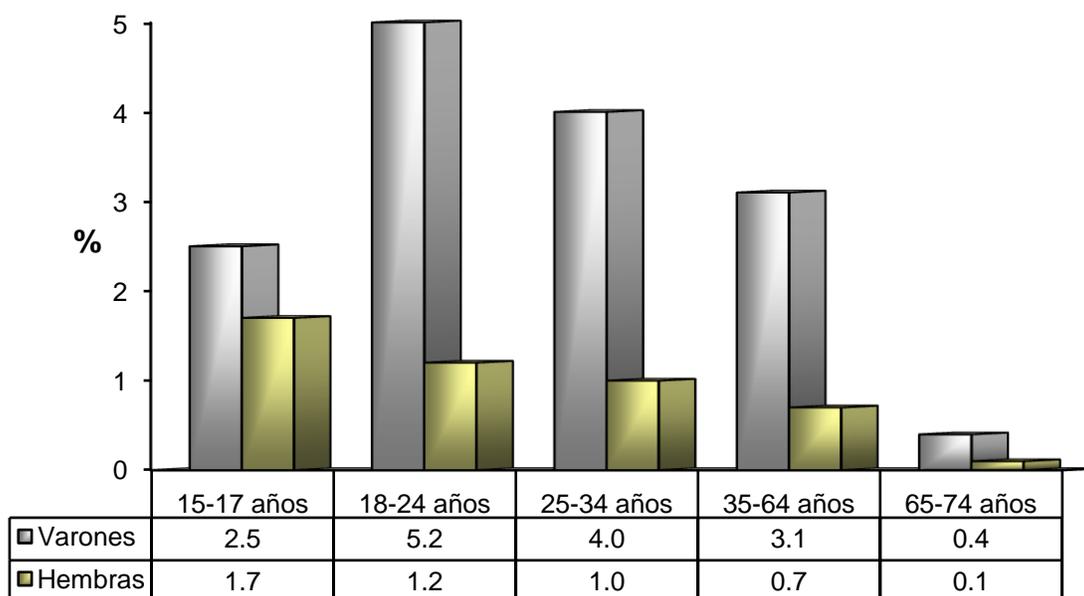
Género y Edad	No Uso		Uso sin Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres	1,184,966	85.7	113,389	8.2	38,023	2.8	46,248	3.3
15-17 años	87,313	85.7	5,074	5.0	6,961	6.8	2,541	2.5
18-24 años	176,843	77.5	30,665	13.4	8,903	3.9	11,859	5.2
25-34 años	214,126	77.1	47,123	17.0	5,318	1.9	11,066	4.0
35-64 años	592,747	89.9	29,439	4.5	16,842	2.6	20,288	3.1
65-74 años	113,938	98.6	1,088	0.9	116	0.1*	495	0.4
Mujeres	1,417,307	93.0	78,655	5.2	16,067	1.0	13,191	0.9
15-17 años ³	92,660	95.4	2,819	2.9	1,756	1.8	1,698	1.7
18-24 años	190,491	82.9	33,086	14.4	3,425	1.5	2,817	1.2
25-34 años	268,911	91.2	19,422	6.6	3,633	1.2	2,928	1.0
35-64 años	725,975	95.4	22,075	2.9	7,253	1.0	5,631	0.7
65-74 años ³	139,270	99.1	1,254	0.9	141	0.1*	117	0.1
Ambos géneros 15-74 años	2,602,273	89.5	192,044	6.6	52,334	1.8	59,322	2.0

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

2 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 Estimados sintéticos calculados mediante regresión. Ver Sección II Métodos y Procedimientos, página 16.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Gráfico 12. Dependencia a drogas¹ durante el último año por género y edad.

¹ Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

En la Tabla 29 se observan las prevalencias de abuso y dependencia de drogas durante el último año por región de salud. La regionalización utilizada en este estudio corresponde a las regiones definidas por ASES durante el 2007 (ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región). En cuanto al abuso de drogas, la región noreste (3.1%) resultó con la prevalencia más alta, mientras que la prevalencia más baja se registró en la región oeste (0.9%). En relación a la dependencia a drogas, la prevalencia más alta se observó en la región de San Juan (4.4%), seguida por la región este (2.9%). Las regiones norte, suroeste y sureste resultaron con las prevalencias más bajas de dependencia a drogas (0.9%). El mapa en el Gráfico 13 muestra el patrón geográfico de las tasas de dependencia a drogas por región de salud.

Tabla 29. Trastornos de drogas¹ (durante el último año) por regiones de salud.

Regiones de Salud ³	No Uso		Uso sin Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oeste	397,004	92.1	25,555	5.9	3,699	0.9	4,785	1.1
Norte	333,273	92.5	19,383	5.4	4,557	1.3	3,077	0.9
Metro	450,492	88.1	41,475	8.1	5,903	1.2	13,693	2.7
San Juan	270,474	86.5	21,851	7.0	6,554	2.1	13,702	4.4
Noreste	327,700	87.6	27,527	7.4	11,430	3.1	7,519	2.0
Suroeste	227,231	92.1	9,904	4.0	7,465	3.0	2,194	0.9
Sureste	233,700	91.5	14,560	5.7	4,605	1.8	2,416	0.9
Este	362,399	87.5	31,790	7.7	8,121	2.0	11,938	2.9
Todas las regiones	2,602,273	89.5	192,044	6.6	52,334	1.8	59,322	2.0

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

2 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

Gráfico 13. Mapa de dependencia a drogas¹ durante el último año por región de salud.

Leyenda: 0%-0.4% 0.5%-0.9% 1.0%-1.4% 1.5%-1.9% 2.0%-2.4% ≥2.5%

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

En la Tabla 30 se presentan las prevalencias de abuso y dependencia de drogas durante el último año por nivel educativo y lugar de desempeño. El lugar de desempeño refiere a los lugares fuera de la residencia donde las personas se dedican a su ocupación principal – la escuela, la universidad o los lugares de empleo. En relación al abuso de drogas, la prevalencia más alta se registró entre las personas con escuela superior completada (2.5%), mientras que la prevalencia menor la obtuvieron las personas con un título universitario (1.2%). Las personas que no completaron la escuela superior resultaron con la prevalencia más alta de dependencia a drogas (3.3%), mientras que las personas con un título universitario resultaron con menor dependencia a drogas (1.2%).

Tabla 30. Trastornos de drogas¹ (durante el último año) por nivel educativo, lugar de desempeño y estado de empleo.

Educación y Empleo	No Uso		Uso sin Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Nivel Educativo								
< Nivel superior	665,387	89.6	40,720	5.5	11,902	1.6	24,245	3.3
Nivel superior	900,702	86.9	89,171	8.6	25,969	2.5	20,550	2.0
> Nivel superior ³	171,054	91.5	9,815	5.2	2,977	1.6	3,128	1.7
Título universitario	863,160	92.0	51,776	5.5	11,487	1.2	11,399	1.2
Lugar de Desempeño								
Escuela superior	165,245	91.2	9,425	5.2	4,061	2.2	2,541	1.4
Universidad ⁴	133,692	81.5	22,777	13.9	6,033	3.7	1,531	0.9
Empleo	1,216,797	89.2	97,108	7.1	29,228	2.1	20,973	1.5
Estado de empleo								
Empleado	1,189,877	89.3	95,571	7.2	26,882	2.0	20,238	1.5
Desempleado	211,503	81.6	25,734	9.9	5,066	2.0	16,830	6.5
Ama de casa	410,273	92.6	22,519	5.1	3,201	0.7	7,282	1.6
Estudiante	427,284	87.9	35,619	7.3	11,926	2.5	11,513	2.4
Pensionado/jubilado	336,528	95.3	11,065	3.1	2,913	0.8	2,725	0.8

1 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 Estudios post-secundarios sin título universitario.

4 Incluye a institutos post secundarios.

En la Tabla 31 se observan las prevalencias de abuso y dependencia de drogas durante el último año entre las mujeres de 18 a 40 años. Las mujeres embarazadas resultaron con las prevalencias de abuso y dependencia de drogas más altas. Una de cada 14 (7.2%) mujeres entre las edades de 18 a 40 años que informaron haber estado embarazadas durante los pasados 12 meses cumplieron con los criterios de abuso o dependencia a drogas para el mismo periodo.

Tabla 31. Trastornos de drogas (durante el último año) entre mujeres 18-45 años, mujeres embarazadas y mujeres criando niños durante los pasados 12 meses.

Mujeres 18-45 años	No Uso		Uso sin Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ni embarazadas ni criando	220,015	91.4	18,254	7.6	1,658	0.7	842	0.3
Criando niños	320,943	90.6	26,498	7.5	3,493	1.0	3,240	0.9
Embarazadas	89,393	80.0	14,361	12.8	4,180	3.7	3,867	3.5

1 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

En la Tabla 32 se presentan las prevalencias de abuso y dependencia de drogas durante el último año, por tipo de seguro médico. Las personas que no contaban con seguro médico resultaron con las prevalencias de abuso y dependencia más altas (3.1% y 5.3%, respectivamente). Por otro lado, las personas con plan médico privado resultaron con las prevalencias más bajas de abuso (1.6%) y dependencia a drogas (1.1%).

Tabla 32. Trastornos de drogas¹ (durante el último año) por tipo de seguro médico.

Tipo de Seguro Médico	No Uso		Uso sin Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	215,857	77.4	39,688	14.2	8,614	3.1	14,649	5.3
Plan público ³	1,251,908	89.3	93,824	6.7	24,410	1.7	31,611	2.3
Plan privado	1,134,508	92.6	58,532	4.8	19,311	1.6	13,062	1.1

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

2 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

En la Tabla 33 se presentan las prevalencias de algunos trastornos psiquiátricos entre personas con abuso y dependencia de drogas durante el último año. Comparados con la población no usuaria de drogas y aquellos sin trastorno de drogas, todos los trastornos psiquiátricos considerados mostraron niveles elevados entre personas con dependencia a drogas. Los contrastes fueron más marcados en el caso del trastorno de personalidad bipolar y el trastorno de déficit de atención. El Gráfico 14 muestra los contrastes en prevalencias de trastornos de drogas en presencia de otros trastornos psiquiátricos.

Tabla 33. Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de drogas.¹

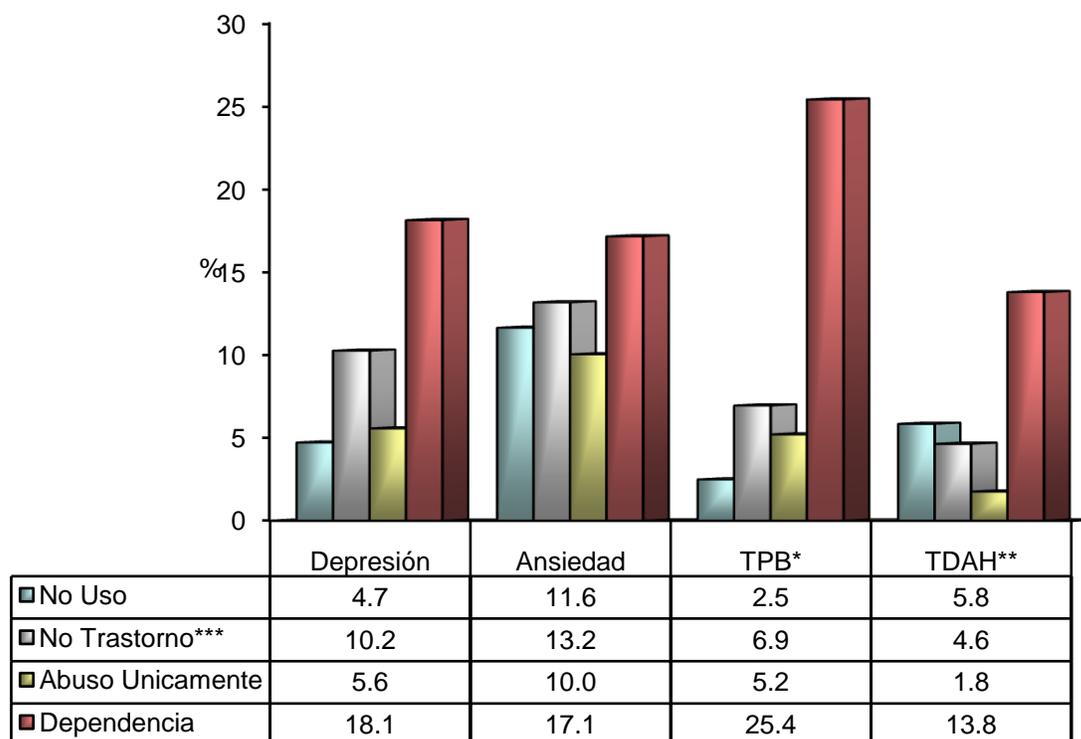
Otros Trastornos Psiquiátricos	No Uso		Uso sin Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	122,685	4.7	19,680	10.2	2,913	5.6	10,747	18.1
Ansiedad	302,695	11.6	25,281	13.2	5,250	10.0	10,167	17.1
Trastorno de Personalidad Bipolar	64,771	2.5	13,343	6.9	2,725	5.2	15,062	25.4
TDAH ³	152,003	5.8	8,899	4.6	918	1.8	8,174	13.8

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

2 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 TDAH = Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Gráfico 14. Otros trastornos psiquiátricos entre personas con trastornos de drogas¹.



¹ Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

* Trastorno de personalidad bipolar. ** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *** Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

En la Tabla 34 se observan las prevalencias de auto-informes de enfermedades infecciosas entre personas con abuso y dependencia a drogas durante el último año. Los contrastes mayores se observan entre los no usuarios de drogas y los usuarios irrespectivo de la presencia de trastornos. El Gráfico 15 ayuda a distinguir el patrón de prevalencias de enfermedades de transmisión sexual entre no usuarios, usuarios sin trastornos, usuarios con trastorno de abuso y aquellos con dependencia.

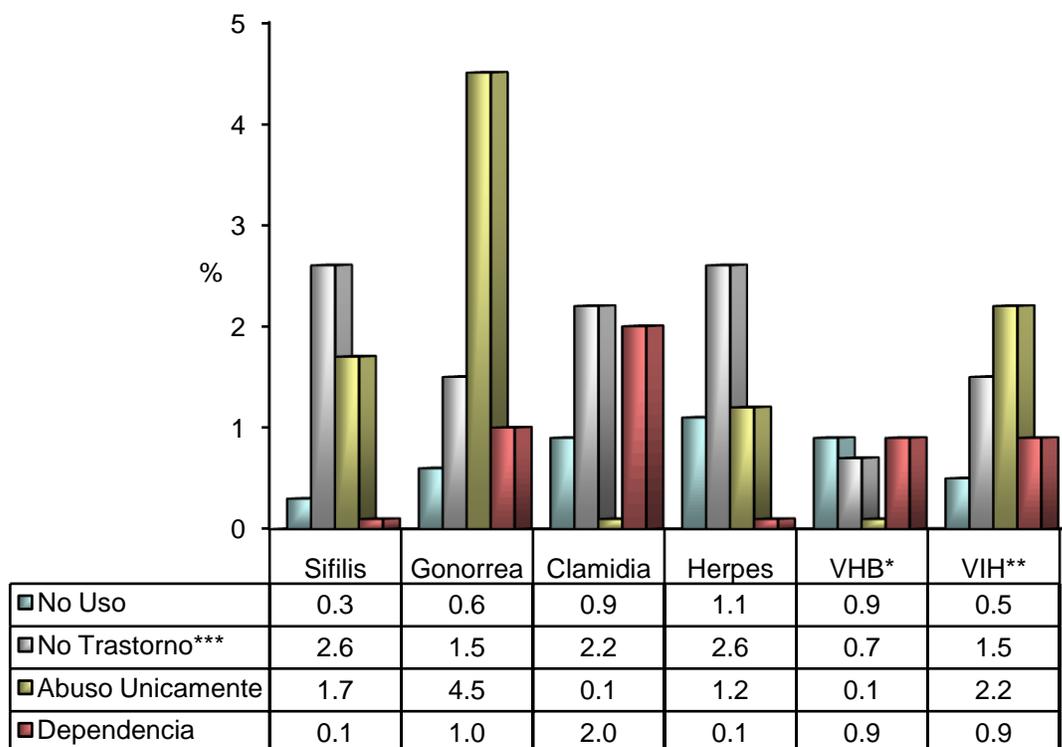
Tabla 34. Enfermedades infecciosas entre personas con trastornos de drogas.¹

Enfermedades Infecciosas	No Uso		Uso sin Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	N	%	n	%	n	%	n	%
De transmisión sexual	96,093	3.7	16,738	8.7	4,125	7.9	2,359	4.0
Sifilis	8,290	0.3	4,972	2.6	909	1.7	59	0.1*
Gonorrea	15,831	0.6	2,825	1.5	2,357	4.5	608	1.0
Clamidia	22,567	0.9	4,182	2.2	52	0.1*	1,199	2.0
Herpes	28,412	1.1	4,918	2.6	608	1.2	59	0.1*
Virus de hepatitis B	22,225	0.9	1,306	0.7	52	0.1*	551	0.9
Virus de inmunodeficiencia humana	12,540	0.5	2,795	1.5	1,159	2.2	551	0.9
Otras Infecciosas								
TB	17,167	0.7	192	0.1*	52	0.1*	59	0.1*
HAV	31,540	1.2	2,463	1.3	52	0.1*	2,798	4.7
HCV	22,221	0.9	1,384	0.7	1,159	2.2	4,453	7.5
Cualquier enfermedad infecciosa	148,248	5.7	19,201	10.0	4,125	7.9	9,059	15.3

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

2 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Gráfico 15. Enfermedades de transmisión sexual entre personas con trastornos de drogas¹.

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

* Virus de hepatitis B.

** Virus de inmunodeficiencia humana.

*** Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

D. Uso de Servicios Para Trastornos de Alcohol y Drogas

Los estimados de uso de servicios para trastornos de alcohol y drogas se muestran en esta sección. El uso de servicios fue desglosado por sector (informal, general y especializado) y, en el sector especializado, por modalidad de servicio. Se definió necesidad cubierta como cualquier uso de servicios especializados para trastornos de dependencia durante los pasados 12 meses (ver definición operacional de dependencia en la página 12). La necesidad no cubierta, por tanto, refleja los porcentos de personas con trastornos de dependencia que no recibieron servicio especializado alguno. La necesidad cubierta y no cubierta se desglosa en esta sección por región de salud y se configuraron mapas para ayudar a visualizar los patrones geográficos de necesidad no cubierta.

Esta sección muestra también la percepción que las personas con trastornos de sustancias tienen sobre sus propios problemas con sustancias, el apresto para recibir tratamiento. La definición operacional de esta medida se detalla en la página 13, Sección III Métodos y Procedimientos. El estudio también incluyó una medida sobre la opinión que la población tiene sobre la efectividad y adecuacidad de los servicios de tratamiento existentes. Esta sección muestra la evaluación personal que la población ha hecho sobre los servicios de tratamiento. La definición operacional de esta medida también se detalla en la página 14, Sección III Métodos y Procedimientos.

1. Trastornos de Alcohol

En la Tabla 35 se presentan los porcentos de personas que cumplían criterios de abuso o dependencia al alcohol y utilizaron algún servicio para su problema de alcohol. En esta sección el grupo de participantes que no había usado alcohol y el grupo que informó haber usado pero no cumplió con criterios de abuso o dependencia fueron consolidados en un sólo grupo. La Tabla 35 indica tasas de uso de servicios muy bajas y el Gráfico 16 resalta el bajo uso de servicios especializados. De las 139,885 personas que se estimó padecían de dependencia al alcohol, solo 8,517 o uno de cada 16 (6.1%)

utilizó los servicios del sector especializado. En otras palabras, más del 90% de las personas con dependencia al alcohol no recibieron ningún servicio especializado para su condición. Tanto para las personas con abuso de alcohol como para las personas con dependencia al alcohol fue en el sector informal donde se registraron las tasas de uso más altas (2.5% de las personas con abuso y 14.3% de las personas con dependencia).

Tabla 35. Uso de servicios para trastornos de alcohol por sector de servicio.

Tipo de Sector	No Uso o No Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%
Sector informal ²	5,754	0.2	8,763	2.5	20,010	14.3
Sector general ³	874	0.1	561	0.2	5,466	3.9
Sector especializado ⁴	3,917	0.2	4,590	1.3	8,517	6.1

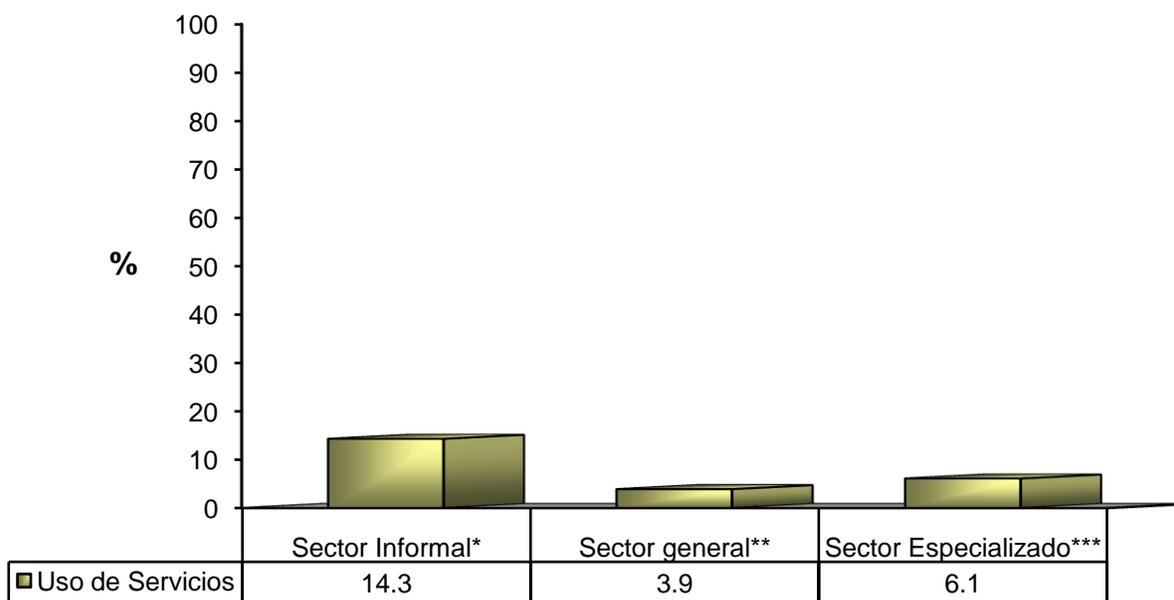
1 No usó o patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

2 Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

3 Incluye servicios provistos por médicos y salas de emergencia.

4 Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

Gráfico 16. Uso de servicios entre personas con dependencia al alcohol por sector de servicio.



* Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

** Incluye servicios provistos por médicos, y salas de emergencia.

*** Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

Las altas tasas de necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia al alcohol se desglosan por región de salud en la Tabla 36. La regionalización utilizada en este estudio corresponde a las regiones definidas por ASES durante el 2007 (ver Tabla 1, página 8, Sección III Métodos y Procedimientos, para la composición de cada región). La tasa más alta de necesidad cubierta fue encontrada en la región este con 16.3% de las personas con dependencia a alcohol informando uso de servicios especializados. El estudio no detectó uso de servicios especializados por parte de personas con dependencia al alcohol en las regiones: norte, metro, San Juan y sureste.

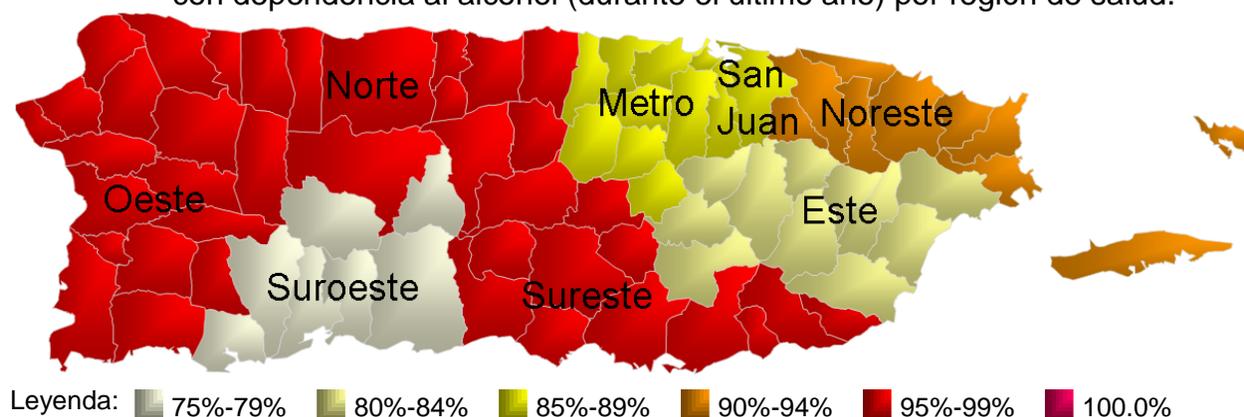
Tabla 36. Necesidad cubierta y necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia al alcohol (durante el último año) por regiones de salud.

Regiones de Salud ¹	Necesidad Cubierta		Necesidad No Cubierta	
	N	%	n	%
Oeste	799	4.5	16,946	95.5
Norte	896	4.4	19,412	95.6
Metro	2,082	14.9	11,887	85.1
San Juan	2,508	10.9	20,581	89.1
Noreste	1,530	9.5	14,567	90.5
Suroeste	3,116	24.3	9,681	75.7
Sureste	11	0.1*	11,445	99.9
Este	6,093	18.5	26,839	81.5
Todas las regiones	17,024	11.5	131,369	88.5

1. Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Gráfico 17. Mapa de necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia al alcohol (durante el último año) por región de salud.



El uso de servicios especializados para trastornos de alcohol es desglosado por tipo de servicio en la Tabla 37. La Tabla 37 muestra una cantidad considerable de episodios clínicamente no justificados. Tanto los episodios informados por las personas que no cumplieron criterios de trastornos como los episodios de cuidado informados por las personas que cumplieron criterio de abuso – exceptuando los servicios ambulatorios – constituyen episodios de cuidado especializado sin justificación clínica. Estos episodios ascendieron a 8,330 de un total de episodios informados de 15,250, o el 54.6% de los episodios de cuidado especializado informados. Las personas con dependencia al alcohol fueron más dadas a utilizar programas residenciales (1.7%) seguido de episodios de desintoxicación y programas ambulatorios (1.2% ambos).

Tabla 37. Episodios de servicios especializados para trastornos de alcohol por tipo de servicio.

Tipo de Servicio	No Uso o No Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	N	%	n	%	n	%
Desintoxicación	874	0.1	2,643	0.8	1,627	1.2
Hospitalización	0	0.0	561	0.2	799	0.6
Programa residencial	0	0.0	3,377	1.0	2,306	1.7
Programa ambulatorio	874	0.1	561	0.2	1,627	1.2

¹ No usó o patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

En la Tabla 38 se puede observar los porcentos de personas que reconocían tener un problema de alcohol y los porcentos que evaluaron positivamente los servicios especializados disponibles. La Tabla 38 sólo incluye a personas que no recibieron servicios especializados durante los pasados 12 meses. Sólo una cuarta parte de las personas con dependencia al alcohol (24.1%) reconocía que tenía un problema de alcohol. La evaluación personal de la calidad de los servicios especializados disponibles fue también baja (24.5%, entre aquellos que no padecían de trastornos de alcohol) y mostró una tendencia a incrementar entre las personas con trastornos (28.5%, entre las personas con abuso y 34.0%, entre las personas con dependencia).

Tabla 38. Reconocimiento personal de un problema de alcohol y percepción positiva de la calidad de los servicios entre personas que no recibieron servicios especializados por problemas de alcohol.

	No Uso o No Trastorno ¹		Abuso Unicamente		Dependencia	
	n	%	n	%	n	%
Reconocimiento de un problema de alcohol ²	8,164	0.3	5,648	1.6	31,622	24.1
Percepción positiva de los servicios ³	590,286	24.5	98,748	28.5	44,654	34.0

1 No usó o patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

2 Ver página 13, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

3 Ver página 14, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

2. Trastornos de Drogas

En la Tabla 39 se presentan los porcentos de personas que cumplían criterios de abuso o dependencia a drogas y utilizaron algún servicio para su problema de drogas. En esta sección el grupo de participantes que no había usado drogas y el grupo que informó haber usado, pero no cumplió con criterios de abuso o dependencia han sido consolidados en un solo grupo. La Tabla 39 indica tasas de uso de servicios muy bajas y el Gráfico 18 resalta el bajo uso de servicios especializados. De las 59,322 personas que se estimó padecían de dependencia a drogas, sólo 14,227 o uno de cada 4 (24.0%) utilizó los servicios del sector especializado. En otras palabras, tres cuartas partes de las personas con dependencia a drogas no recibieron ningún servicio especializado para su condición.

Tabla 39. Uso de servicios para trastornos de drogas¹ por sector de servicio.

Tipo de Sector	No Uso o No Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	N	%	N	%	n	%
Sector informal ³	17,268	0.6	5,045	9.6	11,470	19.3
Sector general ⁴	6,440	0.2	0	0.0	6,046	10.2
Sector especializado ⁵	10,607	0.4	4,458	8.5	14,227	24.0

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

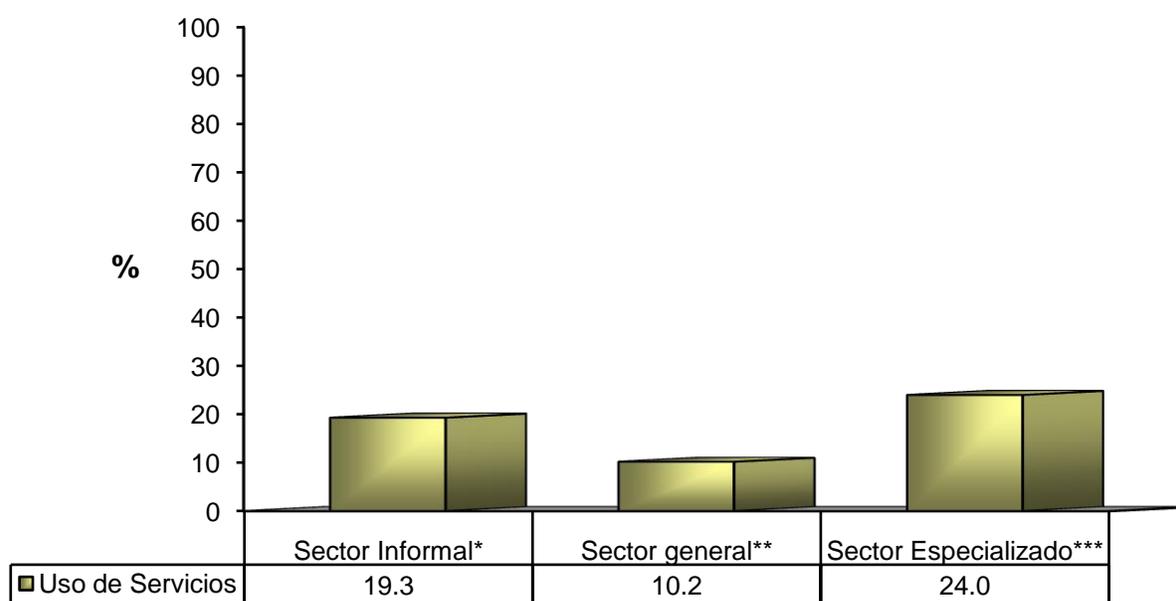
2 No usó o patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

4 Incluye servicios provistos por médicos y salas de emergencia.

5 Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

Gráfico 18. Uso de servicios entre personas con trastornos de drogas por sector de servicio.



* Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

** Incluye servicios provistos por médicos, y salas de emergencia.

*** Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

Las altas tasas de necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia a drogas se desglosan por región de salud en la Tabla 40. La

regionalización utilizada en este estudio corresponde a las regiones definidas por ASES durante el 2007 (ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región). La tasa más alta de necesidad cubierta fue encontrada en la región suroeste con 75.9% de las personas con dependencia a drogas informando uso de servicios especializados. El estudio no detectó uso de servicios especializados por parte de personas con dependencia a drogas en las regiones oeste y sureste.

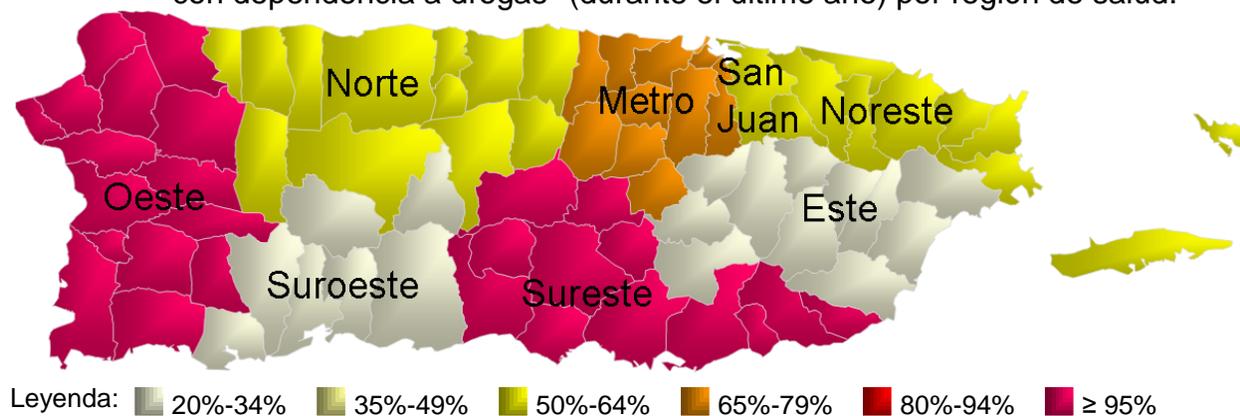
Tabla 40. Necesidad cubierta y necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia a drogas (durante el último año) por regiones de salud.

Regiones de Salud ¹	Necesidad Cubierta		Necesidad No Cubierta	
	n	%	N	%
Oeste	5	0.1*	4,780	99.9
Norte	2,202	50.2	2,182	49.8
Metro	7,352	38.8	11,597	61.2
San Juan	3,329	24.3	10,373	75.7
Noreste	1,530	20.3	5,989	79.7
Suroeste	3,885	75.9	1,231	24.1
Sureste	2	0.1*	2,414	99.9
Este	10,994	62.8	6,523	37.2
Todas las regiones	29,292	39.4	45,096	60.6

¹ Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Gráfico 19. Mapa de necesidad no cubierta de servicios especializados para personas con dependencia a drogas¹ (durante el último año) por región de salud.



¹ Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

El uso de servicios especializados para trastornos de alcohol es desglosado por tipo de servicio en la Tabla 41. La Tabla 41 muestra una cantidad considerable de episodios clínicamente no justificados. Los episodios informados por las personas que no cumplieron criterios de trastornos constituyen episodios de cuidado especializado sin justificación clínica. Estos episodios ascendieron a 4,704 de un total de episodios informados de 34,290, o el 13.7% de los episodios de cuidado especializado informados. Las personas con dependencia a drogas fueron más dadas a utilizar programas de desintoxicación (17.3%), seguido de episodios residenciales (15.5%).

Tabla 41. Uso de servicios especializados para trastornos de drogas¹ por tipo de servicio.

Tipo de Servicio	No Uso o No Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	N	%	n	%	N	%
Desintoxicación	874	0.0	0	0.0	10,266	17.3
Hospitalización	2,541	0.1	0	0.0	3,890	6.6
Programa residencial	0	0.0	0	0.0	9,212	15.5
Programa ambulatorio	1,288	0.1	4,458	8.5	6,219	10.5

¹ Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

² No usó o patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

En la Tabla 42 se puede observar los porcentos de personas que reconocían tener un problema de drogas y los porcentos que evaluaron positivamente los servicios especializados disponibles. La Tabla 42 sólo incluye a personas que no recibieron servicios especializados durante los pasados 12 meses. Sólo poco menos de una tercera parte de las personas con dependencia a drogas (31.1%) reconocía que tenía un problema de drogas. La evaluación personal de la calidad de los servicios especializados disponibles fue también baja (23.5% entre aquellos que no padecían de trastornos de drogas) y mostró una tendencia a incrementar entre las personas con trastornos (35.7% entre las personas con abuso y 26.7% entre las personas con dependencia).

Tabla 42. Reconocimiento personal de un problema de drogas y percepción positiva de la calidad de los servicios entre personas que no recibieron servicios especializados por problemas de drogas.¹

	No Uso o No Trastorno ²		Abuso Unicamente		Dependencia	
	N	%	n	%	n	%
Reconocimiento de un problema de alcohol ³	6,284	0.2	3,588	7.5	14,037	31.1
Percepción positiva de los servicios ⁴	654,127	23.5	17,069	35.7	12,035	26.7

1 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

2 No usó o patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 Ver página 13, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

4 Ver página 14, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

E. Resultados Desglosados por Tipo de Droga

Esta sección muestra el uso de distintos tipos de drogas – marihuana, cocaína, crack, heroína y otras drogas – entre poblaciones con distintas características demográficas y socio-económicas (tablas 43, 44, 47, y 48) y las características pertinentes al abuso de sustancias entre usuarios de los distintos tipos de drogas (45, 46, 49, y 50). El uso de sustancias ha sido desglosada de dos formas: uso durante los últimos 12 meses (tablas 43 a 46) y abuso o dependencia a la sustancia (tablas 47 a 50). Cada tabla muestra los desgloses porcentuales o los estimados poblacionales.

Tabla 43. Uso de cada tipo de droga durante el último año entre población con distintas características demográficas y socio-económicas, estimados porcentuales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Todos	6.8	1.6	0.4	0.3	3.0
Hombres	10.1	2.7	0.7	0.5	3.3
15-17 años	14.3	0.1*	0.1*	0.1*	5.1
18-24 años	19.7	1.4	0.1*	0.1*	1.8
25-34 años	18.5	2.8	0.1*	0.4	6.3
35-64 años	4.3	3.9	1.4	0.9	2.7
65-74 años	0.4	0.9	0.4	0.1*	0.5
Mujeres	3.8	0.5	0.2	0.1	2.6
15-17 años	2.9	0.1*	0.1*	0.1*	1.7
18-24 años	14.7	0.1*	0.1*	0.1*	3.1
25-34 años	4.6	0.8	0.1*	0.2	3.9
35-64 años	1.1	0.8	0.3	0.1	2.5
65-74 años ²	0.1	0.1	0.1	0.1*	0.9
Nivel Educativo					
< Nivel superior	8.7	0.1*	0.1*	0.1*	3.4
Nivel superior	13.9	1.3	0.1*	0.2	3.9
> Nivel superior ³	2.6	2.2	0.8	0.5	2.6
Título universitario	0.2	0.4	0.2	0.1*	0.7
Ingreso Familiar Anual					
< \$10,000	8.9	2.8	0.9	0.6	3.1
\$10,000 – \$20,000	6.9	1.7	0.4	0.3	2.5
\$20,000 – \$30,000	4.1	0.4	0.1*	0.1*	4.0
\$30,000 – \$40,000	7.2	0.4	0.1*	0.1*	2.5
> \$40,000	3.4	0.1*	0.1*	0.1*	2.6
Estado Civil					
Nunca casado	11.9	1.8	0.4	0.3	2.3
Casado/unión consensual	4.7	1.0	0.1	0.1	3.0
Separado/divorciado	6.2	2.9	1.4	0.9	4.6
Viudo	1.2	1.0	0.1*	0.1*	0.6
Estado de empleo					
Empleado	6.4	1.4	0.2	0.3	3.4
Desempleado	12.0	8.2	2.5	1.6	4.3
Ama de casa	5.1	0.6	0.1*	0.1	2.2
Estudiante	10.1*	0.1*	0.1*	0.1*	2.4
Pensionado/jubilado	2.2	0.9	0.7	0.1*	2.2
Mujeres en edad reproductiva ⁴					
Criando niños	5.8	0.7	0.1	0.2	4.9
Embarazadas ⁵	13.3	1.1	0.1*	0.5	8.5
Región de salud ⁶					
Oeste	5.9	0.4	0.1*	0.2	2.1
Norte	4.7	0.9	0.1*	0.1*	1.8
Metro	8.6	2.3	0.8	0.5	3.7
San Juan	8.1	1.1	0.5	1.0	4.3
Noreste	7.8	1.6	0.6	0.1*	2.1
Suroeste	4.3	1.3	0.8	0.1*	1.3
Sureste	6.4	2.2	0.2	0.4	2.7
Este	7.2	2.7	0.5	0.1*	4.9

1: Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylacine. 2: Estimados sintéticos calculados mediante regresión. Ver Sección II Métodos y Procedimientos, página 16. 3: Estudios post-secundarios sin título universitario. 4: Mujeres 18 a 45 años. 5: durante últimos 12 meses. 6: Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región. *: Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Tabla 44. Uso de cada tipo de droga durante el último año entre población con distintas características demográficas y socio-económicas, estimados poblacionales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Todos	198,140	45,993	12,424	8,076	85,831
Hombres	139,801	37,815	9,987	6,857	45,472
15-17 años	14,576	102*	102*	102*	5,154
18-24 años	44,944	3,253	228*	228*	4,222
25-34 años	51,344	7,670	278*	1,109	17,456
35-64 años	28,441	25,901	9,492	5,747	18,046
65-74 años	495	990	495	116*	593
Mujeres	58,338	8,179	2,438	1,219	40,360
15-17 años	2,819	97*	97*	97*	1,698
18-24 años	33,718	230*	230*	230*	7,110
25-34 años	13,629	2,233	295*	530	11,599
35-64 años	8,173	5,945	2,438	689	18,699
65-74 años ²	149	185	100	141*	1,254
Nivel Educativo					
< Nivel superior	54,084	20,877	7,449	3,781	23,190
Nivel superior	97,277	14,630	551	3,063	28,135
> Nivel superior ³	11,675	3,297	671	1,232	4,959
Título universitario	34,543	7,190	3,753	938*	29,547
Ingreso Familiar Anual					
< \$10,000	91,736	29,359	9,248	5,981	32,242
\$10,000 – \$20,000	54,802	13,427	3,176	2,095	19,558
\$20,000 – \$30,000	20,647	1,919	498*	498*	19,888
\$30,000 – \$40,000	22,691	1,288	314*	314*	7,838
> \$40,000	8,264	241*	241*	241*	6,305
Estado Civil					
Nunca casado	97,700	15,140	3,688	2,384	19,156
Casado/unión consensual	68,227	15,009	1,921	1,109	43,311
Separado/divorciado	30,358	14,351	6,816	4,582	22,480
Viudo	1,855	1,494	155*	155*	884
Estado de empleo					
Empleado	85,909	18,188	2,802	3,491	45,397
Desempleado	31,134	21,128	6,522	4,055	11,088
Ama de casa	22,571	2,778	443*	530	9,787
Estudiante	48,424	486*	486*	486*	11,853
Pensionado/jubilado	7,831	3,165	2,366	353*	7,707
Mujeres en edad reproductiva ⁴					
Criando niños	30,663	3,533	530	1,219	25,822
Embarazadas ⁵	14,932	1,199	112*	530	9,566
Región de salud ⁶					
Oeste	25,387	1,778	431*	979	8,993
Norte	17,004	3,160	360*	360*	6,528
Metro	44,029	11,762	3,884	2,766	18,681
San Juan	25,427	3,579	1,441	3,221	13,520
Noreste	29,297	5,993	2,349	374*	7,732
Suroeste	10,574	3,095	2,061	247*	3,110
Sureste	16,413	5,582	530	1,109	6,903
Este	30,009	11,043	2,159	414*	20,363

1 Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylacine. 2: Estimados sintéticos calculados mediante regresión. Ver Sección II Métodos y Procedimientos, página 16. 3: Estudios post-secundarios sin título universitario. 4: Mujeres 18 a 45 años. 5: durante últimos 12 meses. 6: Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región. *: Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Tabla 45. Posesión de plan médico, padecimiento de trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre usuarios de cada tipo de droga, estimados porcentuales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Plan médico					
Ninguno	25.4	33.1	34.7	59.3	18.7
Público ²	49.5	61.5	65.3	40.7	42.4
Privado	25.1	5.3	0.1*	0.1*	38.9
Otros trastornos psiquiátricos					
Depresión	8.8	14.4	5.9	12.1	18.5
Ansiedad	12.7	14.7	5.9	18.7	15.6
Trastorno de Personalidad Bipolar	9.3	16.8	31.5	46.2	20.5
TDAH ³	5.8	9.4	28.7	6.6	8.8
Enfermedades infecciosas					
De transmisión sexual	7.7	14.1	22.1	0.1*	9.5
Sífilis	3.0	5.6	0.1*	0.1*	0.1*
Gonorrea	2.5	3.4	0.1*	0.1*	1.7
Clamidia	1.6	5.0	9.0	0.1*	2.8
Herpes	1.1	0.1*	0.1*	0.1*	4.7
Virus de hepatitis B	0.9	2.4	8.7	0.1*	0.6
Virus de inmunodeficiencia humana	1.1	2.4	8.8	0.1*	0.7
Otras Infecciosas ⁴	1.7	8.9	26.8	8.3	3.4
TB	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*
HAV	1.1	7.8	22.5	8.3	2.7
HCV	1.3	5.6	5.9	35.0	2.7
Cualquier enfermedad infecciosa	9.4	26.3	46.1	43.3	14.2
Reconocimiento de un problema de sustancias ⁸	9.2	41.4	79.6	84.3	21.6
Uso de servicios en sector					
Sector informal ⁵	4.5	13.5	43.9	41.6	15.2
Sector general ⁶	3.5	3.6	13.4	6.6	7.6
Sector especializado ⁷	3.5	15.6	43.9	46.4	10.1
Percepción positiva de los servicios disponibles ⁹	11.8	4.9	0.1*	0.1*	10.3

1 Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylazine.

2 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

3 Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

4 TB = tuberculosis, HAV = virus de hepatitis A, HCV = virus de hepatitis C.

5 Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

6 Incluye servicios provistos por médicos y salas de emergencia.

7 Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

8 Ver página 13, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

9 Ver página 14, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

* Muy pocas observaciones, magnitud no estimable.

Resultados

Tabla 46. Posesión de plan médico, padecimiento de trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre usuarios de cada tipo de droga, estimados poblacionales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Plan médico					
Ninguno	50,319	15,238	4,310	4,786	16,087
Público ²	98,141	28,302	8,115	3,289	36,393
Privado	49,680	2,453	12*	8*	33,351
Otros trastornos psiquiátricos					
Depresión	17,346	6,607	734	979	15,873
Ansiedad	25,210	6,753	734	1,509	13,416
Trastorno de Personalidad Bipolar	18,371	7,734	3,911	3,734	17,635
TDAH ³	11,520	4,332	3,569	530	7,587
Enfermedades infecciosas					
De transmisión sexual	15,192	6,504	2,746	8*	8,150
Sífilis	5,881	2,559	12*	8*	86*
Gonorrea	4,924	1,580	12*	8*	1,475
Clamidia	3,076	2,317	1,118	8*	2,386
Herpes	2,115	46*	12*	8*	4,019
Virus de hepatitis B	1,858	1,081	1,081	8*	530
Virus de inmunodeficiencia humana	2,193	1,098	1,098	8*	607
Otras Infecciosas ⁴	3,434	4,104	3,328	671	2,887
TB	198*	46*	12*	8*	86*
HAV	2,128	3,575	2,798	671	2,357
HCV	2,620	2,578	734	2,823	2,321
Cualquier enfermedad infecciosa	18,612	12,106	5,728	3,494	12,221
Reconocimiento de un problema de sustancias ⁸	18,327	19,036	9,885	6,808	18,499
Uso de servicios en sector					
Sector informal ⁵	8,972	6,191	5,456	3,360	13,030
Sector general ⁶	6,930	1,664	1,664	530	6,546
Sector especializado ⁷	6,908	7,169	5,460	3,745	8,676
Percepción positiva de los servicios disponibles ⁹	23,357	2,268	12*	8*	8,869

1 Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylacine.

2 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

3 Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

4 TB = tuberculosis, HAV = virus de hepatitis A, HCV = virus de hepatitis C.

5 Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

6 Incluye servicios provistos por médicos y salas de emergencia.

7 Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

8 Ver página 13, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

9 Ver página 14, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Tabla 47. Abuso o dependencia de cada tipo de droga durante el último año entre población con distintas características demográficas y socio-económicas, estimados porcentuales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Todos	1.8	0.8	0.2	0.3	0.7
Hombres	3.0	1.4	0.3	0.5	0.9
15-17 años	9.3	0.1*	0.1*	0.1*	2.5
18-24 años	5.6	0.7	0.1*	0.1*	2.7
25-34 años	3.4	1.9	0.1*	0.4	0.5
35-64 años	1.4	1.8	0.6	0.9	0.5
65-74 años	0.4	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*
Mujeres	0.7	0.3	0.1	0.1	0.5
15-17 años ²	1.7	0.1*	0.1*	0.1*	0.9
18-24 años	2.1	0.1*	0.1*	0.1*	0.9
25-34 años	1.2	1.0	0.1*	0.2	0.6
35-64 años	0.2	0.3	0.2	0.1	0.6
65-74 años ²	0.1	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*
Nivel Educativo					
< Nivel superior	2.5	1.4	0.4	0.5	1.0
Nivel superior	2.5	0.4	0.1	0.3	0.6
> Nivel superior ³	1.4	1.3	0.3	0.7	0.5
Título universitario	0.6	0.7	0.1*	0.1*	0.8
Ingreso Familiar Anual					
< \$10,000	2.3	1.5	0.4	0.6	1.4
\$10,000 – \$20,000	2.1	0.4	0.1	0.3	0.1
\$20,000 – \$30,000	1.8	0.5	0.1*	0.1*	0.8
\$30,000 – \$40,000	0.6	0.4	0.1*	0.1*	0.4
> \$40,000	0.7	0.7	0.1*	0.1*	0.2
Estado Civil					
Nunca casado	3.3	0.8	0.3	0.3	1.0
Casado/unión consensual	1.2	1.0	0.1	0.1	0.7
Separado/divorciado	1.6	0.7	0.3	1.0	0.5
Viudo	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*
Estado de empleo					
Empleado	1.3	0.7	0.1*	0.2	0.6
Desempleado	3.3	3.6	0.6	1.9	1.0
Ama de casa	1.4	0.9	0.1	0.1	0.7
Estudiante	3.6	0.1*	0.1*	0.1*	1.6
Pensionado/jubilado	0.5	0.4	0.6	0.1*	0.2
Mujeres en edad reproductiva ⁴					
Criando niños	1.3	0.5	0.1*	0.2	0.9
Embarazadas ⁵	2.9	1.1	0.1*	0.5	2.4
Región de salud ⁶					
Oeste	1.6	0.1*	0.1*	0.2	0.1*
Norte	1.1	0.5	0.3	0.2	0.2
Metro	2.6	1.1	0.1*	0.5	0.5
San Juan	2.7	1.1	0.4	0.8	2.5
Noreste	1.4	0.7	0.2	0.1*	0.4
Suroeste	1.4	0.4	0.6	0.1*	0.2
Sureste	1.0	0.4	0.1*	0.4	0.1*
Este	2.2	2.0	0.2	0.1*	1.9

1: Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylacine. 2: Estimados sintéticos calculados mediante regresión. Ver Sección II Métodos y Procedimientos, página 16. 3: Estudios post-secundarios sin título universitario. 4: Mujeres 18 a 45 años. 5: durante últimos 12 meses. 6: Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región. *: Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Tabla 48. Abuso o dependencia de cada tipo de droga durante el último año entre población con distintas características demográficas y socio-económicas, estimados poblacionales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Todos	52,848	23,862	5,179	8,264	21,259
Hombres	41,846	18,667	3,728	7,045	13,040
15-17 años	9,502	102*	102*	102*	2,541
18-24 años	12,748	1,627	228*	228*	6,171
25-34 años	9,546	5,236	278*	1,109	1,330
35-64 años	9,555	11,804	3,728	5,936	2,999
65-74 años	495	116*	116*	116*	116*
Mujeres	11,002	5,196	1,451	1,219	8,219
15-17 años ²	1,698	97*	97*	97*	917
18-24 años	4,713	230*	230*	230*	2,138
25-34 años	3,432	2,903	295*	530	1,704
35-64 años	1,159	2,293	1,451	689	4,377
65-74 años ²	113	141*	141*	141*	141*
Nivel Educativo					
< Nivel superior	18,865	10,547	3,148	3,970	7,137
Nivel superior	25,796	4,510	1,469	3,063	5,890
> Nivel superior ³	2,701	2,520	561	1,232	884
Título universitario	5,486	6,286	938*	938*	7,348
Ingreso Familiar Anual					
< \$10,000	23,819	14,985	4,627	6,169	14,769
\$10,000 – \$20,000	16,787	3,342	551	2,095	809
\$20,000 – \$30,000	8,728	2,606	498*	498*	3,751
\$30,000 – \$40,000	1,872	1,288	314*	314*	1,343
> \$40,000	1,641	1,641	241*	241*	587
Estado Civil					
Nunca casado	27,146	6,342	2,615	2,384	8,613
Casado/unión consensual	17,855	14,076	1,213	1,109	10,400
Separado/divorciado	7,847	3,445	1,351	4,771	2,246
Viudo	155*	155*	155*	155*	155*
Estado de empleo					
Empleado	17,615	9,322	1,333*	2,784	7,587
Desempleado	8,644	9,301	1,524	4,950	2,501
Ama de casa	6,223	3,899	661	530	2,892
Estudiante	17,696	486*	486*	486*	7,693
Pensionado/jubilado	1,935	1,341	2,259	353*	587
Mujeres en edad reproductiva ⁴					
Criando niños	7,032	2,398	529*	1,219	4,975
Embarazadas ⁵	3,276	1,199	112*	530	2,729
Región de salud ⁶					
Oeste	6,705	431*	431*	979	431*
Norte	4,019	1,814	918	896	884
Metro	13,379	5,430	512*	2,766	2,541
San Juan	8,541	3,335	1,296	2,515	7,804
Noreste	5,281	2,735	661	374*	1,530
Suroeste	3,384	1,056	1,514	247*	505
Sureste	2,613	1,109	255*	1,109	255*
Este	8,925	8,384	790	414*	7,996

1: Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylacine. 2: Estimados sintéticos calculados mediante regresión. Ver Sección II Métodos y Procedimientos, página 16. 3: Estudios post-secundarios sin título universitario. 4: Mujeres 18 a 45 años. 5: durante últimos 12 meses. 6: Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región. *: Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Tabla 49. Posesión de plan médico, padecimiento de trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre personas con abuso o dependencia de cada tipo de droga, estimados porcentuales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Plan médico					
Ninguno	25.0	26.0	37.8	49.4	10.0
Público ²	41.5	46.0	62.2	50.6	64.8
Privado	33.5	28.1	0.1*	0.1*	25.2
Otros trastornos psiquiátricos					
Depresión	9.8	15.8	27.0	11.8	33.2
Ansiedad	13.6	15.2	27.0	18.3	13.5
Trastorno de Personalidad Bipolar	18.2	25.2	55.3	45.2	27.6
TDAH ³	11.1	3.7	17.7	6.4	14.8
Enfermedades infecciosas					
De transmisión sexual	7.2	7.3	10.6	0.1*	8.5
Sífilis	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*
Gonorrea	3.9	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*
Clamidia	0.1*	5.0	0.1*	0.1*	5.6
Herpes	1.2	0.1*	0.1*	0.1*	2.9
Virus de hepatitis B	1.0	2.3	10.6	0.1*	0.1*
Virus de inmunodeficiencia humana	2.2	2.3	10.6	0.1*	0.1*
Otras Infecciosas ⁴	1.0	5.1	10.6	8.1	0.1*
TB	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*	0.1*
HAV	1.0	5.1	10.6	8.1	0.1*
HCV	2.5	11.5	14.2	45.0	0.1*
Cualquier enfermedad infecciosa	8.6	21.6	24.8	53.1	8.5
Reconocimiento de un problema de sustancias ⁵	30.7	62.5	33.8	93.2	43.7
Uso de servicios en sector					
Sector informal ⁵	19.0	24.7	48.0	51.5	35.2
Sector general ⁶	8.3	10.7	15.2	17.3	18.0
Sector especializado ⁷	11.1	22.5	0.1*	56.2	13.5
Percepción positiva de los servicios disponibles ⁹	10.0	16.9	12.8	10.8	16.4

1 Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylacine.

2 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

3 Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

4 TB = tuberculosis, HAV = virus de hepatitis A, HCV = virus de hepatitis C.

5 Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

6 Incluye servicios provistos por médicos y salas de emergencia.

7 Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

8 Ver página 13, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

9 Ver página 14, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

Resultados

Tabla 50. Posesión de plan médico, padecimiento de trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas, uso de servicios por abuso de sustancias, reconocimiento de un problema de sustancias y percepción positiva de los servicios entre personas con abuso o dependencia de cada tipo de droga, estimados poblacionales.

Característica	Marihuana	Cocaína	Crack	Heroína	Otras ¹
Plan médico					
Ninguno	13,186	6,194	1,957	4,080	2,131
Público ²	21,943	10,969	3,222	4,185	13,773
Privado	17,718	6,700	5*	8*	5,355
Otros trastornos psiquiátricos					
Depresión	5,179	3,780	1,396	979	7,061
Ansiedad	7,162	3,619	1,396	1,509	2,873
Trastorno de Personalidad Bipolar	9,617	6,006	2,865	3,734	5,862
TDAH ³	5,863	874	918	530	3,140
Enfermedades infecciosas					
De transmisión sexual	3,823	1,751	551	8*	1,807
Sífilis	53*	24*	5*	8*	21*
Gonorrea	2,056	24*	5*	8*	21*
Clamidia	53*	1,199	5*	8*	1,199
Herpes	608	24*	5*	8*	608
Virus de hepatitis B	551	551	551	8*	21*
Virus de inmunodeficiencia humana	1,159	551	551	8*	21*
Otras Infecciosas ⁴	551	1,222	551	671	21*
TB	53*	24*	5*	8*	21*
HAV	551	1,222	551	671	21*
HCV	1,342	2,739	734	3,718	21*
Cualquier enfermedad infecciosa	4,557	5,161	1,286	4,389	1,807
Reconocimiento de un problema de sustancias ⁵	16,208	14,910	1,752	7,703	9,292
Uso de servicios en sector					
Sector informal ⁵	10,056	5,900	2,487	4,255	7,485
Sector general ⁶	4,361	2,560	790	1,426	3,831
Sector especializado ⁷	5,861	5,369	5*	4,641	2,860
Percepción positiva de los servicios disponibles ⁹	5,266	4,041	661	896	3,478

1 Incluye otros opiáceos, anfetaminas, tranquilizantes, speed (ácido), alucinógenos, inhalantes, ketamina, extasis, o xylazine.

2 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

3 Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

4 TB = tuberculosis, HAV = virus de hepatitis A, HCV = virus de hepatitis C.

5 Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

6 Incluye servicios provistos por médicos y salas de emergencia.

7 Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

8 Ver página 13, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

9 Ver página 14, Sección III Métodos y Procedimientos para definición operacional.

* Muy pocas observaciones, estimado potencialmente inestable.

F. Comparación de Resultados 2002 – 2008

En esta sección se muestran las comparaciones de los resultados obtenidos en el estudio del 2002 y los de este estudio realizado durante el 2008. Ambos estudios implantaron una metodología similar, aunque el estudio del 2002 utilizó un cuestionario auto administrado en papel y en el 2008 el cuestionario auto administrado se implantó en un programado y una computadora de mano. El estudio del 2002 encuestó a 4,332 personas utilizando una muestra probabilística de viviendas. La población de estudio de la encuesta del 2002 incluyó a las personas entre las edades de 15 a 64 años. La población del estudio del 2008 amplió la cobertura de edad para incluir personas de 65 a 74 años. Con el fin de aumentar la comparabilidad de los resultados, los datos del 2008 mostrados en esta sección sólo incluyen a personas de 15 a 64 años.

Esta sección compara los hallazgos relacionados a tasas de uso, trastornos, uso de servicios, y necesidad cubierta y no cubierta. No es posible comparar los resultados por región de salud ya que la estratificación del estudio del 2002 no estuvo basada en las regiones según definidas por ASES como se hizo en el estudio del 2008.

1. Uso Durante el Último Año

La Tabla 51 muestra las tasas de uso de sustancias estimadas en el estudio del 2002 y las estimadas en el 2008. En términos generales, se observa un patrón de crecimiento leve. El porcentaje de la población que consumió alcohol durante el año previo al estudio subió 3½ puntos – de 47.2% a 50.7%. Las mujeres reflejaron un aumento de 5 puntos porcentuales en la tasa de uso de alcohol – de 35.9% a 41.2%. En el caso de las drogas, fueron los hombres los que registraron un aumento marcado en las tasas de uso. Los hombres aumentaron 3 puntos porcentuales en la tasa de uso de drogas ilícitas – de 9.0% a 12.0%.

Tabla 51. Uso de alcohol y drogas durante el último año por género, comparación entre los estudios del 2002 y el 2008.

Uso Durante el Último Año	Año de Estudio	
	2002 ¹ (%)	2008 (%)
Alcohol	47.2	50.7
Hombres	59.4	61.1
Mujeres	35.9	41.2
Cualquier droga ²	7.8	10.0
Hombres	10.2	13.4
Mujeres	5.6	6.9
Medicamentos controlados	2.9	3.0
Hombres	2.8	3.5
Mujeres	2.9	2.7
Drogas ilícitas	6.1	8.2
Hombres	9.0	12.0
Mujeres	3.4	4.8

1 Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program: 2002 Household Survey Final Results. Hato Rey, Puerto Rico, 2002. Ver Tabla III B.1, página 23.

2 Incluye tanto las drogas ilícitas como los medicamentos controlados.

2. Trastornos de Abuso y Dependencia

La Tabla 52 compara las tasas de trastornos de sustancias entre el 2002 y el 2008. Se registró un marcado aumento en las tasas de abuso de alcohol, y el aumento fue observado tanto en hombres como en mujeres. La tasa de abuso de alcohol aumentó 5 puntos porcentuales de 7.7% en el 2002 a 12.8% en el 2008. La tasa de dependencia de alcohol se mantuvo estable entre ambos periodos. Las tasas combinadas de abuso y dependencia de drogas se mantuvieron estables. La tasa de abuso sumada a la de dependencia representó el 4.2% de la población tanto en el 2002 como en el 2008. Tomadas por separado se puede observar que la tasa de abuso registró un leve aumento – de 1.2% en el 2002 a 2.0% en el 2008 – y la de dependencia una leve reducción – de 3.0% en el 2002 a 2.2% en el 2008.

Tabla 52. Trastornos de uso de alcohol y drogas (durante el último año) por género, comparación entre los estudios del 2002 y el 2008.

Trastornos de Substancias	Hombres		Mujeres		Todos	
	2002 ¹ (%)	2008 (%)	2002 (%)	2008 (%)	2002 (%)	2008 (%)
Alcohol						
No uso	40.3	38.9	64.0	58.6	52.7	49.2
Uso sin trastorno ²	39.8	34.3	30.0	31.9	34.7	33.0
Abuso	11.4	18.6	4.3	7.4	7.7	12.8
Dependencia	8.5	8.2	1.6	2.1	4.9	5.0
Drogas ³						
No uso	89.5	84.5	94.3	92.4	92.0	88.6
Uso sin trastorno	4.3	8.9	3.3	5.6	3.8	7.2
Abuso	1.8	3.0	0.7	1.0	1.2	2.0
Dependencia	4.4	3.6	1.7	0.9	3.0	2.2

1 Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program: 2002 Household Survey Final Results. Hato Rey, Puerto Rico, 2002. Ver Tabla III C.1, página 29.

2 Patrón de respuestas no cumplió con criterios de abuso o dependencia.

3 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

3. *Uso de Servicios*

La Tabla 53 muestra los cambios ocurridos entre ambos periodos en el patrón de uso de servicios para trastornos de sustancias. Se observó un claro patrón de reducción de uso de servicios en los sectores generales y especializados y un aumento de uso de servicios en el sector informal. Las tasas de uso de servicios entre personas con dependencia a alcohol tanto en el sector general como en el especializado redujeron 4 puntos porcentuales y aumentaron por la misma magnitud en el sector informal. Algo similar se pudo observar entre las personas con dependencia a drogas: Las tasas redujeron 3 puntos porcentuales tanto en el sector general como en el especializado y aumentaron 4 puntos porcentuales en el sector informal.

Tabla 53. Uso de servicios para trastornos de sustancias por género, tipo de trastorno y sector de servicio, comparación entre los estudios del 2002 y el 2008.

Tipo de Trastorno y Sector de Servicio	Hombres		Mujeres		Todos	
	2002 ¹ (%)	2008 (%)	2002 (%)	2008 (%)	2002 (%)	2008 (%)
Alcohol						
Abuso						
Sector informal ²	2.7	1.8	1.3	4.2	2.3	2.5
Sector general ³	2.5	0.2	0.0	0.0	1.8	0.2
Sector especializado ⁴	5.4	1.6	3.9	0.5	5.0	1.3
Dependencia						
Sector informal	10.1	16.2	11.0	7.3	10.2	14.3
Sector general	8.0	4.2	11.2	2.7	8.5	3.9
Sector especializado	9.3	5.1	16.5	9.8	10.6	6.1
Drogas⁵						
Abuso						
Sector informal	2.9	6.9	4.6	17.0	3.4	9.6
Sector general	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sector especializado	7.4	10.3	4.6	3.8	6.6	8.5
Dependencia						
Sector informal	17.7	21.5	10.0	11.7	15.4	19.3
Sector general	14.5	10.2	11.0	10.1	13.5	10.2
Sector especializado	27.4	24.6	26.9	21.8	27.3	24.0

1 Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program: 2002 Household Survey Final Results. Hato Rey, Puerto Rico, 2002. Ver Tabla III D.1, página 35.

2 Incluye participación en grupos de auto-ayuda (por ej., Alcohólicos Anónimos) y consejería ofrecida por religiosos.

3 Incluye servicios provistos por médicos y salas de emergencia.

4 Incluye servicios provistos por programas especializados de tratamiento de trastornos de alcohol (hospitales psiquiátricos, unidades no hospitalarias de desintoxicación, programas residenciales, diurnos o ambulatorios, y psicólogos y psiquiatras en práctica privada).

5 Incluye drogas ilícitas así como medicamentos controlados consumidos para uso no médico.

IV. Referencias

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. (2002) Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program: 2002 Household Survey, Final Report. Hato Rey, Puerto Rico.

Aquilino, W.S., 1994. Interview mode effects in surveys of drug and alcohol use. A field experiment. *Public Opin Q.* 58, 210-240.

Cartwright, W.S. (2000). Cost-benefit analysis of drug treatment services: review of the literature. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3:11–26.

Harwood H, Fountain D, Livermore G, & the Lewin Group. (1998). *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States 1992*. U.S. Department of Health and Human Services.

Holder, H.D. (1998). Cost benefits of substance abuse treatment: An overview of results from alcohol and drug abuse. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1:23–29.

Gosh, M. and Rao, J.N.K. (1994). Small Area Estimation: An Appraisal. *Statistical Science*. Vol 9, No, 1. 55-83.

Khalsa JH, Treisman G, McCance-Katz E, Tedaldi E. (2008). Medical consequences of drug abuse and co-occurring infections: research at the National Institute on Drug Abuse. *Substance Abuse*; 29:5-16.

Metzger DS, Koblin B, Turner C, Navaline H, Valenti F, Holte S, Gross M, Sheon A, Miller H, Cooley P, Seage GR 3rd. (2000) Randomized controlled trial of audio computer-assisted self-interviewing: utility and acceptability in longitudinal studies. HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team. *Am J Epidemiol.* 15;152(2):99-106.

Morrison-Beedy D, Carey MP, Tu X. (2006) Accuracy of audio computer-assisted self-interviewing (ACASI) and self-administered questionnaires for the assessment of sexual behavior. *AIDS Behav.* 10(5):541-52.

Poole WK, Flynn PM, Rao AV, Cooley PC. Estimating the prevalence of drug use from self-reports in a cohort for which biologic data are available for a subsample. *American Journal of Epidemiology* 1996; 144(4):413-20.

Schaible, W. L., (1996). *Indirect Estimation in U.S. Federal Programs*. Research Monograph Springer- Verlag.

Simoës AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG, Metzger DS. (2006) Acceptability of audio computer-assisted self-interview (ACASI) among substance abusers seeking treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Drug Alcohol Depend. Suppl* 1:S103-7.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434). Rockville, MD.

van Griensven F, Naorat S, Kilmarx PH, Jeeyapant S, Manopaiboon C, Chaikummao S, Jenkins RA, Uthavoravit W, Wasinrapee P, Mock PA, Tappero JW. (2006) Palmtop-assisted self-interviewing for the collection of sensitive behavioral data: randomized trial with drug use urine testing. *Am J Epidemiol.* 163(3):271-8.

