

Mi nombre es Andrés González y les presentaré el trabajo que he hecho en conjunto con José Ruiz Tagle, Mariel Mateo y Álvaro Castillo, titulado, Asociación entre el reporte de policonsumo y abandono de tratamientos por trastornos por uso de sustancias: un estudio de cohorte retrospectivo en Chile de 2010 a 2019.

Este estudio forma parte del **intramural** de 2023 y que enviaremos a la Journal of Substance Abuse Treatment (**JSAT**)

### **Introducción**

- Qué es el Policonsumo, consumo problemático/dependencia más de una sustancia
- Las personas con policonsumo tienen peor pronóstico en general (mortalidad, recaídas, respuesta a tto.) y presentan car. que hacen el tto. más desafiante (ej., + comorbilidad)
- Ha aumentado, sobre todo reportado en Norte Global (australia, UK, norteamérica), tanto que muchos autores señalan que no tiene mucho sentido estudiar sustancias por separado
- Buena parte de los estudios de policonsumo en el sur global son de reportes en encuestas de Población/Estudio, pero no en personas en tratamiento
- Si bien hay estudios de la relación policonsumo~resultado tratamientos, son mixtos (en dirección y sig. asociación) y de países que no comparten las sustancias que tenemos en LATAM, con modalidades y contextos de atención y sistemas de salud en general distintos
- Por otra parte, las fuentes secundarias nos imponen un desafío metodológico a diferencia, ej, de ensayos clínicos: el ver mucho y muy seguido a algunos pacientes que más necesitan volver por determinadas características y evoluciones en su historial de tratamientos, puede llevarnos a sobre- o subestimar el rol del policonsumo en abandono de tratamientos.

Buscamos Determinar la asociación entre PSU al ingreso y la abandono de tto de TUS en Chile

## Métodos

Para esto usamos los **datos centralizados** de todos los tratamientos coordinados por **SENDA** [entidad que paga y fija estándares de ttos. por TUS públicos, del 80% de la población aprox] del **2010 al 2019**, centrándonos en personas con **más de un tratamiento (13 de 72 mil** cursados en esos años) y con **31 mil episodios de tratamiento** en total para los 13 mil.

La variable de **exposición** es haber reportado en la entrevista de ingreso a tratamiento consumir más de una sustancia que motiva el ingreso al mismo= POLICONSUMO

La variable de **resultado** es el abandono o alta administrativa (es decir, contra la indicación del equipo terapéutico o producto de problemas de comportamiento).

Se generó una **prueba** para ver si asociaciones varían según modalidad de tratamiento.

Los **análisis** se hicieron **estratificados** por **modalidad de tratamiento** (específico mujeres, población general; y de esos, ambulatorio intensivo, residencial o ambulatorio, que se diferencian en si son 24/7, o bien algunos días a la semana y en intensidad de atenciones).

Se utilizó el **modelo** de Poisson para **cuantificar el riesgo de abandono** considerando dependencia de las observaciones por cada **paciente (errores estándar robustos a ingresar + de una vez)**.

Los modelos ajustaron por **variables sociodemográficas al ingreso al primer tratamiento** como el estatus ocupacional, otras variables rel. con el **perfil de consumo** (sustancia principal por la que inició consumiendo, por la que ingresó a tratamiento, frecuencia) y **salud** (comorbilidad psiquiátrica, en estudio y confirmada)

También se evaluó este mismo modelo para medir el riesgo, pero empleando una **ponderación inversa de la intensidad de tratamientos** (como en la imagen, personas que van más y más seguido), condicional a información del tratamiento previo (duración, resultado, compromiso biopsicosocial al ingreso, policonsumo, edad, sustancia de ingreso, ocupación)

Usamos un **análisis de sensibilidad** distinguiendo pacientes con alcohol como sustancia secundaria vs. otras sustancias además, de PSU por otras sustancias y monoconsumo como referencia.

## Resultado

Los pacientes que reportaron policonsumo ingresaron a tratamiento más jóvenes, desempleados, y usaban más cocaína que alcohol como sustancia principal, iniciando más frecuentemente con marihuana. Además, más tenían compromiso biopsicosocial severo.

Aunque las personas con Policonsumo mostraron porcentajes mayores de abandono/alta administrativa del tratamiento, la incidencia de abandono/alta administrativa por persona-mes era menor en quienes reportaron policonsumo vs. los que no. De ahí que el estar más tiempo en la base de datos en observación podría condicionar la asociación.

Por tiempo presentaré con más detalle sólo el **análisis principal**. Ya ajustando por todas las variables e incluso corrigiendo por aquellos que vemos más porque volvieron más seguido o más (intensidad proporcional), vemos que el **riesgo de abandono según policonsumo no es igual por modalidad de tratamiento: hay mayor riesgo de abandono en pacientes que reportan policonsumo (vs. quienes no reportan) en tratamientos de población general ambulatorio intensivo y en tratamientos específicos de mujeres.**

SENSIBILIDAD: La asociación policonsumo-abandono fueron consistentes aunque atenuadas.

En **mujeres en tratamientos residenciales (M-PR)**, tanto con alcohol como sin él como sustancia secundaria, se **mantuvo la asociación 14% superior para alcohol como sin alcohol** como sus. secundaria. En tratamientos ambulatorios intensivos para población general (PG-PAI), solo los pacientes con alcohol como sustancia secundaria mostraron asociaciones significativas (RR=1.10; 95%CI: 1.07, 1.14), y en tratamientos residenciales (PG-PR), el PSU con alcohol tuvo un efecto protector (RR=0.89; 95%CI: 0.83, 0.94).

## Discusión

Para la **Práctica Clínica**: Espero que esta conversación ayude a reflexionar sobre los datos

- **Adaptar programas de tratamiento** para abordar las necesidades específicas de pacientes con PSU. Tal vez haya ciertas modalidades que en interacción: sus características y modalidad de atención, no esté beneficiando tanto a las personas con policonsumo.
- Sobre todo en pacientes en estas modalidades de tto., es necesario **Implementar** estrategias para mejorar la retención y sobre todo la finalización del tratamiento.
- Las mujeres en tratamientos residenciales tienden a completar más, pero hay literatura que indica las dificultades que existen en las mujeres que asisten a este tipo de ttos.

Para la **Investigación**:

- Realizar más estudios en contextos del **Hemisferio Sur**. No es lo mismo pacientes que combinan metaanfetaminas y opiáceos, vs. quienes mezclan marihuana y alcohol, porej.
- **Profundizar** en el impacto de diferentes patrones de **PSU** en resultados del tratamiento. Ya nos llama la atención el rol del alcohol, por ej., sospechamos que en **PG-RES** es muy distinto tener como sustancia principal primaria el alcohol o sólo consumir sustancias como el alcohol, a tener como sus. Secundaria al alcohol. Incluso podría ser protector, lo que estamos estudiando.

---

## **Mensaje Final:**

- Mejorar la atención y los resultados para pacientes con PSU requiere un **enfoque integral y contextualizado** al **historial de visitas**?, o requiere centrarnos en aquellas personas que son asignados a distintas modalidades?

Agradecimientos a SENDA y Eleanor Pullenayegum autora de "Causal inference with longitudinal data subject to irregular assessment times" y quien me respondió de manera solícita cuando le notifiqué que había un problema en el código que adjuntó en su artículo.