

# Definición del perfil de indicación de los programas de naltrexona en la adicción a opiáceos: aplicación clínica de las técnicas de análisis de supervivencia

MADOZ-GÚRPIDE, A.\*; OCHOA, E.\*; SALVADOR, E.\*; BACA-GARCÍA, E.\*\*

\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.

\*\* Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Enviar correspondencia:

Agustín Madoz Gúrpide. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar, km. 9'1. 28034 Madrid. amagur@yahoo.com.

## RESUMEN

**Introducción:** diversos factores han sido relacionados con el éxito terapéutico de los programas de antagonistas en dependientes de heroína, sugiriéndose la necesidad de definir un patrón de usuario que maximice los beneficios de dichas terapias. **Objetivos:** se pretende establecer tanto la efectividad del programa como los factores pronósticos y el perfil de usuario para el cual el programa se muestra más adecuado, partiendo del estudio de 1432 pacientes (1988-2001) que consecutivamente iniciaron terapia con naltrexona en el Hospital Ramón y Cajal. **Metodología:** las técnicas de supervivencia (Kaplan-Meier, curva de regresión de Mantel-Cox) se muestran las más adecuadas para el análisis de este tipo de datos. **Resultados:** la probabilidad de supervivencia al año queda establecida en 29.75%; se encuentran diferencias significativas en una gran amplitud de variables, a partir de las cuales se define un perfil completo y consistente de usuario, basado en el género, la edad de inicio en consumo, el tiempo de consumo, los antecedentes legales, el apoyo social y la implicación familiar en la terapia.

**Palabras clave:** Naltrexona; opiáceos; efectividad; factores pronósticos; perfil de indicación; análisis de supervivencia; modelo de regresión de Cox.

## SUMMARY

**Introduction.** Several factors have been related to success in antagonist programmes for heroine users, thus being necessary to establish the patient profile that better takes advantage of this therapy. **Objective.** Our aim is to define naltrexone effectiveness, predictive factors, and user profile that maximises this resource. **Subjects and methods.** We studied 1432 heroine users (1988-2001) that consecutively began naltrexone programme in Ramon y Cajal Hospital (Madrid). Survival methods (Kaplan-Meier, Cox regression model) seem to be proper to analyse these data. **Results.** Retention probability to one year is 29.75%. There exist significant statistical differences in several factors; starting from them we define a complete and consistent user profile based on gender, age at the drug use onset, time of misuse, legal antecedents, social support, and familiar involvement in therapy.

**Key words:** Naltrexone; opiate; effectiveness; predictive factors; profile; survival analysis; Cox model.

## INTRODUCCIÓN

### Epidemiología

El paso del modelo tradicional de uso de los opiáceos (habitual a lo largo de la historia de la humanidad) al modelo consumista (García, 1987), determina la expansión durante el siglo XX de la adicción a heroína. Finalizada la II Guerra Mundial, Estados

Unidos ve emerger una primera epidemia de la sustancia, preámbulo de la que provocará la generalización del producto, al menos en el mundo Occidental, allá por los años 70 y 80 (Hughes y Rieche, 1995).

Estudios diversos realizados en países occidentales (Regier et al. 1993; Kessler et al. 1994; Russell et al. 1994; Kaplan y Sadock, 1999; O'Connor y Fiellin, 2000; Haro et al. 2001) estiman una prevalencia de la dependencia de opiáceos de 0.3%-1.5%, siendo predominante en sujetos jóvenes (varones prioritariamente).

Trabajo premiado en el IX Premio Zambon-Socidrogalcohol en Drogodependencias. Lleida, Abril de 2002.

te). En todo el mundo se calcula una prevalencia anual de 0.14%, con aproximadamente 8 millones de dependientes de opiáceos (Van der Burgh, 1999). En Europa se cifra en cerca de 1.5 millones la población dependiente (0.27%; y un 0.4% tiene problemas con ella, aun cuando no cumplen criterios de dependencia) (Hartnoll, 1999); siendo la prevalencia del consumo de heroína para el último año, en 1999, estimada para España, de 0.1%; y de 0.4% la prevalencia de personas que habían probado alguna vez la sustancia (Observatorio Nacional sobre Drogas, 2001).

El consumo de opiáceos no sólo se manifiesta en cifras de sujetos afectados; antes bien, las implicaciones sociales, sanitarias, laborales, criminales... convierten a esta patología en una de las más preocupantes y costosas socialmente, como lo demuestran diferentes cifras y tasas referidas de morbilidad directa y asociada, coste económico de las terapias, criminalidad... (Benson y Holmberg, 1984; Jansen, 1999; Observatorio Nacional sobre Drogas, 2001).

En la última década hay cambios en las tendencias del consumo, con un aumento de la proporción de pacientes de más edad que inician tratamiento, un estancamiento en el número total de adictos, un incremento de la demora entre el primer uso de opiáceos y la demanda de tratamiento, e importantes cambios en la vía y modo de administración, con tendencia a la mezcla de sustancias (Observatorio Español sobre Drogas, 1999; Observatorio Nacional sobre Drogas, 2001; Ochoa, 2001).

### **Tratamientos de la dependencia de heroína**

La evolución en el conocimiento de los factores causales, precipitantes y de mantenimiento de la adicción se ha venido acompañando de un proceso evolutivo también en cuanto objetivos a lograr se plantean las diferentes formas de tratamientos. La abstinencia definitiva, si bien es el fin último perseguido, no se considera ya un objetivo excluyente. Entendida la adicción como un proceso crónico en el que las recaídas son frecuentes como parte del mismo (Goldstein, 1976; Schechter, 1980; Joe et al. 1982; Cottrell et al. 1985; Saunders y Allsop, 1987; Hastrup y Jepsen, 1988; Miller y Gold, 1991), la abstinencia temporal pasa a ser otro de los logros terapéuticos y no ya un fracaso. El éxito del tratamiento, actualmente, se mide en pequeños cambios que consigan alargar las remisiones y acortar el número de recaídas, paso previo a la definitiva abstinencia (Saunders, 1993; Ochoa, 2001), buscando, además, modificar áreas no referidas directamente al uso de sustancias.

Dos son las ofertas principales de tratamiento para los sujetos adictos a la heroína y otras sustancias opiáceas: por un lado, aquellas terapias que se basan en la dispensación de sustancias agonistas; por otro y

de manera genérica, los programas libres de drogas, entre los que cabe encuadrar los de mantenimiento con antagonistas opiáceos.

Los programas de mantenimiento con naltrexona basan su efectividad en el empleo de sustancias que compiten con la heroína para ocupar los receptores específicos en el sistema nervioso central, siendo la naltrexona elegida por su perfil farmacológico. El bloqueo que consigue en los receptores opiáceos evita el efecto euforizante de la heroína (Ochoa, 1990); de esta forma permite desmontar el síndrome de abstinencia condicionado descrito por Wilker (Wikler, 1965; Schechter, 1980; Archer, 1981; Crabtree, 1984; Childress et al. 1986; Babor et al. 1987) y anula el refuerzo que proviene del consumo de heroína. Facilita así el trabajo de reinserción socio-familiar y laboral, garantizando a la vez el seguimiento médico y la mejora de la salud del usuario.

Al igual que lo referido con los programas de agonistas, numerosos trabajos han tratado de estudiar la efectividad de las terapias con naltrexona, empleando para ello como parámetro significativo el de la retención o supervivencia en el tratamiento. Así, y junto con mejoras en otras áreas implicadas, se han venido informando de tasas de retención a los seis meses que oscilan habitualmente entre el 32 y el 63% (Kleber y Kosten, 1984; Greenstein et al. 1984; Ling y Wesson, 1984; Washton et al. 1984; Albanese et al. 2000). En nuestro medio, las tasas de retención para el mismo periodo de tiempo varían desde un 30% informado por Pino (1996), hasta un 61% referido por Avila et al. (1993). Al año, Lerner et al. (1992) sitúan la tasa de retención en un 40%. D'Ippoliti et al. (1998) refieren que el 18% de su muestra se mantiene en el programa pasado ese periodo de tiempo. Las tasas de retención en tratamiento con antagonista son en general algo inferiores a las publicadas para las terapias con agonistas. Fernández Miranda (2001) resume las tasas de retención en programas de metadona en una horquilla que va del 45% al 75% al año de iniciada la terapia.

### **Factores predictores y perfiles de indicación**

Se encuentran en la literatura relacionada, diferentes variables asociadas a evolución en las terapias de deshabitación en general, y en los programas de naltrexona en particular. Diversos factores referidos directamente al sujeto y su situación socio-ambiental se han estudiado como predictores de respuesta. Cabe destacar entre otros la estabilidad emocional como indicador de mejor pronóstico en la terapia (Schechter et al. 1974), así como la situación laboral estable (Washton et al. 1984; López-Ibor et al. 1989; Bedate et al. 1995) en el inicio del tratamiento, y el apoyo de un núcleo familiar estructurado (Madanes et al. 1980;

Kaufman, 1985; Gonzalez y Brodgen, 1988; Ochoa et al. 1994; Arias et al. 1996). Variables como el sexo (Forteza et al. 1989; Bedate et al. 1995), la edad en el momento de recibir terapia (Szapocznik y Ladner, 1977; Dole y Joseph, 1978; De Leon et al. 1982; Allison y Hubbard, 1985; Cottler et al. 1996; Lana, 1996; Hser et al. 2001) y las características raciales (Cottler et al. 1996; Hser et al. 2001) no han llegado a ser relacionadas de manera concluyente con las tasas de retención en los programas. En cuanto a factores de orden profesional, si bien el nivel educativo no guarda aparentemente relación con el pronóstico (Babst et al. 1971; Szapocznik y Ladner, 1977; Dole y Joseph, 1978; Cottler et al. 1996), sí parece hacerlo un nivel profesional superior (Ling y Wesson, 1984; Washton et al. 1984). Igualmente se considera marcador de mala evolución la presencia de historia criminal previa (Allison y Hubbard, 1985; López-Ibor et al. 1990; Madoz-Gúrpide et al. 2001), así como el consumo de otras sustancias (Simpson et al. 1986; Ochoa et al. 1992a), entre ellas el alcohol (Rounsaville et al. 1982; Ling y Wesson, 1984), y la mayor severidad de los indicadores de la adicción (tiempo de consumo, cantidad, vía...) (Brewer et al. 1998; Arias et al. 2001). La comorbilidad de la drogodependencia con psicopatología previa (O'Brien et al. 1984; Arias, 2001) y con deterioro orgánico grave (Madoz-Gúrpide et al. 2001) son también señalados como factores de mala respuesta a la terapia. Finalmente parece claro que la motivación para la terapia (Bedate et al. 1995; Lana, 1996; Warner et al. 1997) es necesaria para conseguir resultados satisfactorios.

Se han estudiado y especificado también como predictores pronósticos algunos factores relacionados con los terapeutas (Murphy, 1987; Cottler et al. 1996), y las características de las terapias. Se admite en general que una indicación rápida favorece la retención, así como una introducción temprana de la naltrexona durante la fase de desintoxicación (Gerra et al. 1995 y 2000), sin que influya el tipo de desintoxicación ofertada (Greenstein et al. 1984). Sí influye claramente la duración de la terapia (Ling y Wesson, 1984; Sánchez-Carbonell et al. 1989; Ochoa et al. 1992a; Landabaso et al. 1996); la procedencia del paciente (señalando mejor pronóstico para quienes acuden desde circunstancias altamente motivantes) (Kleber, 1977; Brahen et al. 1984; Washton et al. 1984; Ling y Wesson, 1984); y el empleo de un programa estructurado, con dosis adecuadas (O'Brien et al. 1975) y complementado por terapias psicológicas (Resnick et al. 1978; Stone-Washton et al. 1981; Anton et al. 1981; Rawson y Tennant, 1984; O'Brien, 1984; Tennant et al. 1984; Brahen et al. 1984; Kosten y Kleber, 1984; Kirchmayer et al. 2000). Programas de ingreso basados en una alta relación con el staff (Craig et al. 1982; Craig, 1985), que suponen una excesiva presencia e intervención del terapeuta,

dificultan el éxito terapéutico favoreciendo el abandono por parte del usuario.

Partiendo de los diversos factores predictivos, se ha tratado de apuntar rasgos y perfiles que señalen a los sujetos que mejor se adapten a los programas de naltrexona. Parece evidente señalar que su indicación principal es la del sujeto adicto principalmente a cualquier sustancia opiode que esté motivado para abandonar el consumo (O'Brien et al. 1975; Renault, 1981; O'Brien y Woody, 1986). Como factores externos de indicación se consideran la existencia de soporte familiar adecuado y una situación sociolaboral estable. Su uso es especialmente recomendado en comunidad terapéutica, hospitales, prisión o cualquier otro tipo de instituciones que garanticen largo periodo de abstinencia, así como en adictos por yatrogenia médica (O'Brien, 1984; Kleber, 1985). Kleber (1985) señala además como candidatos, a aquellos provenientes de listas de espera para metadona, y a quienes no han recibido ninguna terapia previa o presentan en su historia un inicio temprano en el consumo. En la misma línea apunta O'Brien (1984) al referirse además a quienes proceden de una desintoxicación de un previo programa de metadona o que no son candidatos a dicho programa con sustitutivos. Es también especialmente indicado en aquellos sujetos consumidores esporádicos que aún no han llegado a alcanzar el grado de adicción, así como en sujetos ya rehabilitados en peligro de recaída o que hayan reiniciado levemente el consumo (Hollister et al. 1977; Hollister, 1978).

Conviene considerar, no obstante, para el correcto análisis de los factores pronósticos y perfiles de indicación, una serie de circunstancias. Por un lado cabe constatar la escasa especificidad de las variables aisladas para determinar diferencias entre los diversos programas. La mayor parte de estos predictores han sido hallados tanto en terapias con agonistas como en tratamientos con antagonistas, e incluso en el desarrollo de otros programas libre de drogas (Ochoa et al. 1992b; Magura et al. 1998). Por otra parte, alguno de los trabajos de los que se deducen factores pronósticos han empleado muestras pequeñas, lo que unido a seguimientos corto de tiempo confiere en ocasiones dudosa validez a los resultados. Además, seguimientos prolongados en el tiempo a poblaciones amplias han demostrado que determinadas variables no son estables en cuanto a su capacidad predictora (Vaillant, 1966 y 1973). Por último y en el análisis metodológico, las técnicas estadísticas (tabla de contingencia...) habitualmente empleadas en su estudio, permiten indicar la significación de cada variable y otorgarle en función de esto la etiqueta de predictora, pero no señala el peso que dicho factor tiene en el pronóstico definitivo.

Por lo que respecta a los perfiles, las indicaciones referidas en la literatura se han centrado habitualmente en señalar rasgos o atributos aislados, sin llegar a

concluir en patrones completos de preferencia basados en análisis globales de las variables predictoras.

Parece, por tanto, oportuno tener en consideración estas dificultades en el momento de valorar los diferentes factores pronósticos referidos, así como dirigir las investigaciones hacia la consecución de perfiles sólidos y completos, que permitan una optimización de las indicaciones terapéuticas.

## MATERIALES Y MÉTODO

### Objetivos e Hipótesis

Partiendo del análisis de la efectividad del programa de naltrexona y de los factores pronósticos asociados a la misma, se pretende describir el perfil del paciente que mejor se adapta al programa de antagonistas opiáceos, y en el que se prevé una mejor evolución.

Como hipótesis de trabajo, por tanto, se admiten las siguientes:

- Se observan diferencias en cuanto a la evolución en el tratamiento, determinadas por la presencia o ausencia de determinadas cualidades. La presencia de una serie de variables solas o interactuando predicen una buena respuesta al tratamiento.
- La presencia de un determinado perfil de consumidor condiciona una mejor respuesta al tratamiento. No todas las variables asociadas con la retención poseen el mismo peso para establecer el pronóstico de evolución.

### Método

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, con diseño de un grupo de tratamiento sin grupo control.

### Descripción del protocolo

El protocolo empleado (Baca-García et al. 1999; Baca-García y Madoz-Gúrpide, 2001) se subdivide en varios apartados, que son los de datos sociodemográficos, antecedentes médicos y psiquiátricos, historia del consumo de drogas, conductas de riesgo en relación con la infección VIH, deshabituaciones previas, situación legal, tratamiento que realiza para la adicción, información relativa al momento del inicio del tratamiento, y datos respecto del alta del mismo.

### Técnicas estadísticas

Mediante técnicas descriptivas (media aritmética y desviación estándar en variables cuantitativas, y fre-

cuencias relativas y absolutas en variables cualitativas) se procede a caracterizar la muestra poblacional.

El estudio inferencial de los datos se basó en las técnicas de supervivencia, considerando el tiempo como variable dependiente, y el conjunto de variables de estudio en el protocolo, como independientes o explicativas. Las técnicas de supervivencia pretenden establecer la probabilidad de sobrevivir en un determinado tratamiento a lo largo del tiempo (Allgulander y Fisher, 1986; Nordstrom et al. 1995; Juez y Díez, 1996; Ferrán Aranaz, 1997). De esta manera se adecuan y adaptan al factor temporal, y respetan mejor que las técnicas habitualmente empleadas, la peculiar distribución de la muestra a lo largo del proceso y tiempo (curva de supervivencia) (Ling et al. 1996; Iraurgi et al. 1997). Así, las técnicas de supervivencia (método de Kaplan-Meier) permiten definir la efectividad de la terapia (retención) no ya como el porcentaje de pacientes que siguen en terapia en un momento dado, sino como la probabilidad de supervivencia al menos durante un tiempo  $t$  para un sujeto que empieza tratamiento.

En este mismo planteamiento, las significaciones estadísticas de las diferencias de comportamiento respecto al éxito en la terapia que existe entre las categorías de una determinada variable, son referidas en el estudio por los resultados de la prueba de Mantel-Cox, que viene a ser el equivalente de la prueba de Chi cuadrado para tablas de contingencia (Maciá et al. 1997; Ferrán Aranaz, 1997), en las curvas de supervivencia. Así, la prueba de Mantel-Cox será utilizada en el análisis de los factores pronósticos de evolución (Ferrán Aranaz, 1997).

Análogamente, el análisis de regresión lineal tiene un equivalente en el caso de distribuciones que consideran el factor temporal. El método de regresión de Cox, también denominado análisis de supervivencia multivariante, permite construir modelos con las variables explicativas fundamentales calculadas mediante la prueba de Mantel-Cox, que idealmente estiman la probabilidad de que un determinado sujeto con unas concretas características persista en terapia durante un periodo temporal dado (Allgulander y Fisher, 1986). En el modelo propuesto, siguiendo el método Forward, las distintas variables explicativas vienen acompañadas de su Odd-Ratio o función de riesgo, que, según su valor, indican que incrementos de dicha variable aumentan (factor de protección) o disminuyen (factor de riesgo) la probabilidad de retención en tratamiento (Allgulander y Fisher, 1986; Juez y Díez, 1996).

### Proceso de datos

Para llevar a cabo el análisis estadístico se procedió a la codificación de las variables en base de datos con el programa Access97, para posteriormente volcar esta información hacia el programa SPSS, versión 8, que permite ya la explotación directa estadística.

## Muestra

La población del estudio está compuesta por todos aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno por dependencia de opiáceos (F 11.2, CIE-10, 1993), que, desde Marzo de 1988 y hasta Septiembre del año 2001, acuden de forma consecutiva a la Consulta de Naltrexona del Hospital Ramón y Cajal solicitando voluntariamente su ingreso en dicho programa. El número total de la muestra es de 1432 pacientes, lo que supone contabilizando tanto primeros inicios como reinicios un total de 2007 ingresos. 255 de los sujetos empezaron la terapia antes de 1990; 945 entre 1991 y 1995; y 232, con posterioridad a 1995.

Se considera retención aquel seguimiento correcto del paciente según las citas pautadas y en estado de abstinencia. El inicio del periodo de retención viene marcado por la toma de la primera dosis completa de naltrexona tras cualquier tipo de desintoxicación previa. El final del mismo está señalado por la fecha de alta, pudiendo ser varias las causas de este alta (alta médica, muerte, abandono...). Por abandono se considera la ausencia injustificada durante más de un mes a las citas previstas, dando por hecho que esta ausencia injustificada supone una recaída en el consumo.

Como criterios de exclusión se establecieron la presencia de embarazo, lactancia o cualquiera de las contraindicaciones formales al fármaco, en especial la sensibilidad al mismo, la presencia de hepatitis aguda (valorando su inclusión tras la resolución de ésta), y los niveles de transaminasas superiores a tres veces las aceptadas como normales (GPT o GOT > que 120 U.I/l) en el caso de presentar el sujeto fallo hepático (sin esta clínica se pauta tratamiento con seguimientos analíticos frecuentes).

La dificultad para la recogida de datos (ante la peculiaridad de la población) y el proceso constante de adaptación del protocolo a las nuevas investigaciones que sobre el campo de la toxicomanía se vienen realizando en los últimos años, hacen que no todas las variables disponibles estén completas para el conjunto de los pacientes, y que se requiere en determinadas variables su recategorización. Estas circunstancias han sido tenidas en cuenta para el análisis estadístico, tanto descriptivo como inferencial.

Los descriptivos más interesantes recogidos responden al perfil de usuario: datos sociodemográficos, historial legal y de consumo, situación orgánica y patología psiquiátrica, y aquellos relacionados con los procesos de derivación y finalización de la terapia (Tabla I).

El perfil del usuario (n=1432) es el de un sujeto varón (83.1% de la muestra), de 27.3 años de edad (d.s.: 5.1; n=1432), de raza mayoritariamente caucásica (99%). La mayor parte de los pacientes están solteros (70.5%), y conviven con sus familias de origen (75.8%).

Referidos al núcleo familiar, en el 13.1% de los casos se encuentran entre los hermanos, sujetos consumidores activos. El 46.7% de los usuarios reconocen algún grado de conflictividad familiar debido a su adicción.

En cuanto al ámbito social, el 33.1% de los sujetos refieren tener pareja estable no consumidora; y un 17.4%, consumidora. Su red social se completa en el 45.3% de los casos con amigos consumidores, aun cuando el 32.9% refiere moverse en círculos de amistades no consumidoras.

Por lo que se refiere a su situación laboral y de formación, el mayor porcentaje de la población se declara inactiva y sin derecho a subsidio ni pensión (48.2%); se trata de una población habituada a trabajar en su mayor parte como obreros (42.8%) o empleados (43.5%), siendo su nivel escolar básico en el 25.6% de los casos, o de graduado escolar (46.6%).

En el momento de su primera visita, el 98.7% de los sujetos se encontraban activos en su consumo de heroína, con una dosis media diaria de 0.66 gr. (d.s.: 0.6; n=1248), empleando formas inhaladas o fumadas de sustancia en el 55.5% de los casos (el resto, 44.5%, utilizaba la vía intravenosa como principal en su hábito). No se observa gran variación en cuanto a la vía de consumo previa y actual. La edad media en la cual se inició el consumo es de 19.87 años (d.s.: 4.4; n=1377). Como media, los sujetos llevan 7.52 años consumiendo heroína (d.s.: 4.49) (n=1377).

Cerca de un 63% de los sujetos reconocen el consumo de cocaína concomitante durante los últimos 6 meses, en su mayor parte (53.3%) vía intravenosa acompañando a la heroína. Entre quienes consumen, la media de cocaína diaria administrada es de 0.63 (d.s.: 0.59; n=317), y se iniciaron en este consumo con 19.83 años como media (d.s.: 4.82; n=334).

En relación con otras sustancias opioides, tan solo un 8.4% de la muestra reconoce haber utilizado en el último medio año metadona, obtenida en un porcentaje alto del mercado ilegal (42.9%). El 44.2% de la población consume de manera regular (en los últimos 6 meses) cannabis. La mayor parte de la población entrevistada no usó en los últimos 6 meses de forma habitual estimulantes (88.4%). El 63.6% de la población refería un consumo de alcohol de forma habitual. En cuanto al uso de benzodiazepinas (BZD), el 57.6% de la muestra reconoce su uso habitual en los 6 meses últimos, previos a su primera visita. En cuanto a los tratamientos de deshabituación previos, al menos el 71.3% de la población refiere haber intentado algún tipo de tratamiento. Estos sujetos habrían probado una media de 2.81 tratamientos (d.s.: 2.05; n=1021), logrando una abstinencia media en meses de 13.07 (d.s.: 17.32; n=1021).

Casi la mitad de los pacientes que acuden a su primer tratamiento reconocen incidencias de índole legal

(47.5%); de ellos, un 56.1% está pendiente de juicio, y un 36.8% no tiene en el momento de la primera entrevista ya causa pendiente.

El 32.7% de la población declara estar contagiado por el virus de la inmunodeficiencia VIH; un 9.9% desconoce su situación al respecto, y el 57.4% refiere haber dado negativo en las pruebas diagnósticas. En el momento del ingreso, el 11.5% de la población refería diagnóstico psiquiátrico previo distinto al de consumo de sustancias, que había requerido atención especializada (n=919).

El motivo de alta más frecuente es el abandono del tratamiento (70.6%). El 24% de la muestra concluye la terapia satisfactoriamente con el alta médica, consensuada entre el personal médico y el paciente. La implicación familiar durante el proceso del tratamiento es alta o medio alta (siempre o casi siempre acompañado) en el 74% de los casos. En cuanto a la persona que se hace responsable de acompañar el tratamiento son en su mayoría las madres (47.3%) y las parejas no consumidoras (20.9%).

Los datos que definen el paciente prototipo del presente estudio coinciden con los referidos en las diversas publicaciones que sobre el tema se han hecho en España (López-Ibor et al. 1990; García y Ezquiaga, 1992; Ochoa et al. 1992a; Sopelana et al. 1992; Ochoa et al. 1993; Bedate et al. 1995; Arias et al. 1996; Secades et al. 1998; San Narciso et al. 1998; Agencia Antidroga, 2000; Fernández Miranda et al. 2001; Observatorio Nacional sobre Drogas, 2001). Se trata, por tanto, de una muestra que puede ser considerada representativa de la población de sujetos drogodependientes de heroína en España, y no sólo de los heroínómanos en programas de naltrexona.

## RESULTADOS

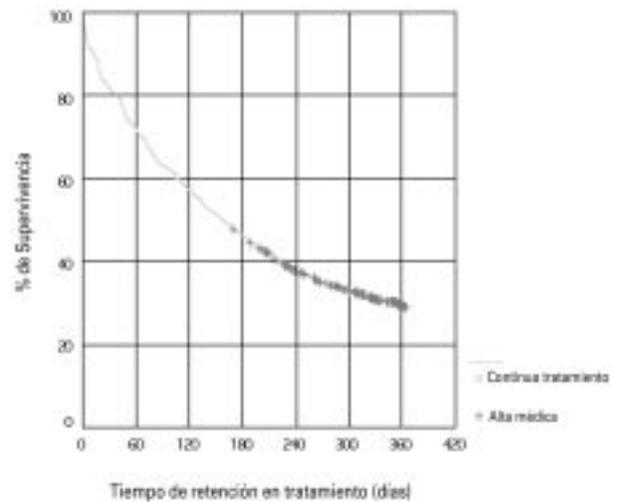
### Efectividad del programa de naltrexona

La curva de supervivencia (gráfica I) para los primeros tratamientos (1432) se caracteriza por un rápido decremento inicial del número de sujetos en retención. La probabilidad de que un sujeto que inicia tratamiento continúe en el mismo pasados seis meses (medido el inicio desde la primera carga completa de naltrexona), es del 46.09%. Dicha condición de supervivencia al año disminuye hasta el 29.75%.

### Factores diferenciales en la retención al año. Prueba de Mantel-Cox

Del análisis estadístico al año que estudia la existencia de diferencias en cuanto al pronóstico en función de la categorización de los sujetos en cada

**Gráfica I. Curva de supervivencia al año**



La gráfica está ajustada al año de 365 días, para evitar la excesiva dispersión de la misma motivada por datos extremos.

variable, se concluye la presencia de factores significativos ( $p < 0.05$ ), y por tanto presumiblemente pronósticos, recogidos en la tabla II.

Entre las variables de contenido sociodemográfico, el género del paciente establece diferencias según se considere la probabilidad de supervivencia al año de varones o de mujeres. Significativamente el pronóstico se sitúan mejor para el género masculino.

La edad con la que se inicia la terapia otorga al año mejores perspectivas para quienes empiezan en épocas jóvenes (menos de 20 años), y peores para quienes cuentan con más de 30 años en la primera visita. El estado civil soltero parece pronosticar significativamente mejor retención que otras categorías contempladas. A la par, el hecho de convivir con la familia de origen sí demuestra, cara a la supervivencia en el tratamiento al año de iniciado, un mejor pronóstico comparado con aquellos que viven con su propia familia (pareja e hijos) o que conviven dentro de otros patrones diferentes (instituciones...).

La presencia en ese núcleo familiar de hermanos consumidores pronostica peores resultados; asimismo, el apoyo de una pareja estable no consumidora facilita la retención al año. Dada una estructura familiar, las dinámicas de conflictos motivados por el consumo facilitan el fracaso en la terapia, siendo un factor de buen pronóstico la ausencia de esta conflictividad familiar. Completando el estudio del apoyo social, la presencia de una red (amigos, conocidos...) no consumidora que colabore con el paciente, determina una mejor evolución en el estudio de supervivencia anual. No existen diferencias significativas en cuanto al tipo de estabilidad laboral, ni tampoco en función de la profesión del sujeto (aun cuando en este caso  $p = 0.1403$ ).

La edad de inicio en el consumo habitual de heroína también establece diferencias en tasas de retención. Sujetos que empezaron su consumo en edades intermedias (18-25 años) presentan mejores perspectivas que quienes lo hicieron en edades extremas. No son significativas las diferencias encontradas entre quienes acuden activos en la adicción y quienes ya están abstinentes en el momento de iniciar la terapia, ni tampoco entre quienes han realizado y quienes no lo han hecho, tratamientos deshabitadores previos (con independencia del tipo). En cuanto a las vías de consumo, tanto la vía previa habitual como la vía actual principal establecen diferencias consideradas significativas en la adhesión al tratamiento. Los sujetos que consumen actualmente vía intravenosa presentan mejor pronóstico; igualmente lo tienen quienes han empleado como vía habitual más importante, las fumada o inhalada. Aquellos pacientes que son consumidores más crónicos (tiempo de consumo mayor que 15 años) presentan una perspectiva de fracaso mayor. Tan solo el uso habitual de benzodiazepinas en los seis meses previos a iniciar la terapia parece aportar valor pronóstico a la tasa de supervivencia anual, aun cuando también cabe contemplar el consumo de alcohol por su relativo valor de significación ( $p=0.1094$ ) e interés clínico.

Conviene, según los resultados estadísticos obtenidos, considerar las incidencias legales como variable que ofrece diferencias significativas entre los sujetos clasificados acorde a la misma. Así, los pacientes que no referían incidencias legales al inicio del tratamiento tienen una mayor probabilidad de seguir en la terapia pasado el año, posibilidad que es marcadamente menor para quienes relataban condenas previas. Además, el hecho de tener causas pendientes hace suponer peor evolución en el tratamiento, comparando con quienes no tienen causa alguna ( $p=0.1099$ ).

La infección por el VIH (tanto asintomática como la enfermedad declarada SIDA), permite pronosticar al año para los sujetos infectados un pronóstico de retención que es significativamente peor que el de los sujetos no infectados. Tampoco se han hallado en la muestra estudiada diferencias significativas entre quienes refieren antecedentes psiquiátricos y quienes no los presentan.

Sí lo hace, por el contrario, la persona que se implica como responsable de la terapia, siendo las madres y los padres quienes mejor garantía ofrecen. En esta misma línea, una implicación familiar constante de la familia en y durante el tratamiento favorece la retención en el mismo de manera diferencial y significativa, frente a quienes carecen de ese apoyo.

Cabe destacar, igualmente, que el periodo en que se inició la terapia, en función del año de ingreso en la misma, permite pronosticar una menor probabilidad de supervivencia para quienes empezaron pasado

1995. Esta diferencia en la tasa es estadísticamente significativa.

### **Perfil de indicación. Modelo de regresión.**

La técnica de regresión de Cox es un peculiar modelo de análisis multivariante que estudia la relación entre las variables independientes y el factor o variable temporal (dependiente). Intenta, en definitiva, predecir la probabilidad de supervivencia (permanencia en tratamiento) de un sujeto con unas determinadas características en las variables explicativas o independientes, para un momento temporal dado. Este tipo de análisis, por tanto, procede valorando los diversos factores explicativos previamente hallados y su peso real en el global de la predicción.

Las variables, seleccionadas en función de su significación, ajuste a los requerimientos de la prueba estadística, interés clínico e investigador, fueron: sexo, estado civil, trabajo, incidencias legales, año de inicio de tratamiento, edad al inicio del mismo, edad de inicio de consumo de heroína, tiempo de consumo, cantidad de heroína, vía de consumo actual y previa de heroína, convivencia, hermanos consumidores en la fratria, tipo de pareja, e implicación familiar en el tratamiento.

El test de validación de la curva de regresión obtenida ( $-2LL= 9414.522$ ) contrasta el modelo con variables explicativas frente al modelo sin ellas, y trabaja sobre un total de 1064 pacientes (del total de 1432, ya que esta prueba admite sólo aquellos pacientes que contestan a todas las variables consideradas). Emplea con este fin el test Chi cuadrado (66.646; gl: 8), que presenta una significación de 0.0000, indicando la validez del mismo.

De entre las variables explicativas propuestas, el modelo selecciona las siguientes como predictoras de respuesta de supervivencia: sexo, edad de inicio en el consumo de heroína, incidencias legales, implicación familiar y año de inicio en el tto. Los resultados estadísticos (test Wald, significación, coeficiente...) se presentan en las tablas III y IV.

Atendiendo al OR (tabla V) producido para cada una de las variables significativas y sus recodificaciones por el modelo (tabla VI), se puede indicar que el género masculino, en relación con el femenino, actúa como factor de protección, favoreciendo la retención en el programa.

En cuanto a la implicación familiar en el tratamiento, el hecho de que ésta sea alta supone, en comparación con la implicación baja, un factor protector que beneficia la supervivencia en el programa y hace que sea 1.40 veces mayor.

Al considerar incidencias legales, la presencia de condenas en los antecedentes actúa como un factor de riesgo, en contra de la retención en el tratamiento.

La ausencia de cualquier tipo de incidencias comparativamente con quienes las tienen supone una disminución de riesgo para el abandono de la terapia. El grupo, en fin, de arrestos y multas presenta un riesgo intermedio entre los otros dos grupos.

Ser mayor de 25 años cuando se inicia el consumo habitual de heroína supone encuadrarse en el grupo etario de más riesgo para no continuar en tratamiento, mientras que para quienes se inician entre los 18-25 años, el modelo predice un menor riesgo y consiguientemente mejor evolución. El otro extremo de edad (menores de 17 años), presenta un riesgo intermedio.

Por último y en función del año en que se inicia el primer tratamiento, el riesgo de abandono es menor para quienes empezaron antes de 1990; algo mayor para el grupo de pacientes que tienen su primera visita entre 1990 y 1995; y máximo para los que entraron a partir de 1996.

## DISCUSIÓN

Como queda arriba referido, el perfil de la muestra estudiada se puede considerar representativa de la población de sujetos dependientes de heroína en España. Por tanto, las conclusiones que se deriven pueden resultar útiles para una población más general y amplia que la aquí analizada. Cabe señalar, entre las limitaciones del estudio, las que se derivan de la ausencia de grupo control, motivada por las especiales características de este tipo de intervenciones.

El hecho de que diversos factores de los considerados presenten un comportamiento diferencial cara a la supervivencia no permite conocer con claridad cuál de ellos define el perfil ideal del sujeto beneficiario de programas de naltrexona. Que existan diferencias significativas para cada variable (prueba de Mantel-Cox) no atribuye a todas la misma importancia en la predicción. Por ello se ha recurrido al análisis multivariante (curva de regresión de Cox), en este caso adaptable a las curvas de supervivencia temporales, en un intento de predecir qué variables de las estudiadas y con qué fuerza, definen aquellos sujetos que mejor se beneficiarían del programa de naltrexona, y que más probabilidad de supervivencia al año presentan (Allgulander y Fisher, 1986; Juez y Díez, 1996; Ferrán, 1997).

Parece adecuado, en consonancia con la corriente ideológica dominante, definir el perfil de sujetos drogo-dependientes que mejor se beneficie de cada tipo de tratamiento en un momento dado de la evolución de su adicción, contribuyendo de esta manera a maximizar el éxito de la indicación terapéutica (Schechter, 1978).

En la curva de Cox presentada, el modelo resultante resuelve que sexo, edad de inicio en el consumo, implicación familiar, incidencias legales y año de inicio de la terapia, marcan el perfil ideal.

El hecho de ser varón es preferible para lograr una mayor retención en el programa que el ser mujer. Esta variable, género, no ha sido citada habitualmente por la bibliografía como un factor en el que se encontraran diferencias significativas. Probablemente su influencia no exprese propiamente el factor sexo (genético), sino el concepto más amplio de género (carga social y cultural).

La implicación familiar recoge de manera global el apoyo que el sujeto necesita para la terapia. Que dicha variable sea contemplada por el modelo corrobora la impresión clínica, ampliamente referida en la literatura, de que los programas con antagonistas precisan del apoyo y seguimiento externo para garantizar su éxito (Sorensen et al. 1985; Murphy y Bentall, 1997).

Otra de las variables ampliamente referidas por la bibliografía como importante para establecer pronósticos de éxito, es aquella que mide presencia o no de antecedentes legales (Simpson et al. 1986; López-Ibor et al. 1990; García López y Ezquiaga, 1992). Se ha venido señalando que para quienes, en el momento de iniciar la terapia, refieren una mayor y más severa historia criminal, se prevé un peor pronóstico de retención. Esta hipótesis queda recogida en el modelo de Cox propuesto. La presencia de antecedentes legales se considera un factor de riesgo para la terapia, favorecedor del abandono, siendo máxima esta predicción para el caso de sujetos que han recibido condenas. Incidencias legales más leves minimizan este riesgo haciéndolo aproximadamente 0.75 veces menor. La ausencia de antecedentes legales supone la situación, por tanto, de menor riesgo de abandono, disminuyéndolo hasta hacerlo 0.63 veces menor. Se comprueba por tanto que no sólo influye la presencia de incidencias legales de manera definitiva, sino que además la graduación de la misma también otorga diferente pronóstico a los sujetos.

El análisis realizado admite como variable fundamental también una de las características de la historia de la dependencia de heroína, como es la edad de inicio en la misma. Así, para aquellos sujetos que empezaron tardíamente el consumo (mayores de 25 años), el modelo prevé el mayor riesgo de abandono, en comparación con el resto de franjas etarias. Siguiendo también los hallazgos referidos por la literatura (Resnick y Washton, 1978), quienes se inician tempranamente en el consumo (<17 años) en comparación con inicios en etapas intermedias (18-25 años), tienen un pronóstico de supervivencia menor y un mayor riesgo de recaída.

La quinta de las variables que el modelo considera es el año de ingreso en el tratamiento. Quienes inician el mismo pasado 1995 presentan un peor pronóstico en comparación con los que lo hacen en fechas previas. También existen ciertas diferencias entre quienes empezaron la terapia antes de 1990 y los que lo hicieron entre ese año y 1995. Conviene recordar que fue

en 1989 cuando se aprobó de manera definitiva el empleo de naltrexona en España. Además, la peculiar política sanitaria española limitó durante años la posibilidad de trabajar con agonistas, abriéndose en la Comunidad de Madrid de manera clara tal oferta terapéutica a partir de 1995. Cabe destacar, asimismo, el efecto que el virus VIH ha tenido como condicionante y moldeador de la evolución de la toxicomanía y los perfiles del usuario.

## CONCLUSIONES

Se ha indicado en la literatura repetidas veces la inespecificidad de los factores predictores (Ochoa et al. 1992b; Magura et al. 1998), ya que algunos de ellos constituyen variables pronósticas, de éxito o fracaso, en las diversas modalidades terapéuticas. No obstante, sí parece desprenderse del presente estudio la existencia de un determinado perfil de usuario que más se beneficia del programa de naltrexona, y al que de entrada se le prevé una mejor respuesta. A tenor de los hallazgos presentados, parece conveniente recomendar tratamiento con antagonistas a sujetos varones, con una edad de inicio de la adicción intermedia (entre 18 y 25 años), que empezaron relativamente hace pocos años su adicción a heroína, que cuentan con motivación y con un buen apoyo familiar (padres, pareja...), sin implicaciones legales y que no haya realizado previamente tratamientos repetidos con antagonistas. Junto a estas características, se presume oportuno indicar naltrexona a quienes han fracasado en terapias previas distintas a las de antagonización (no se prevé mala evolución en el análisis realizado), y a los que no presentan un perfil de marginación y deterioro marcado (VIH, incidencias legales...).

Por el contrario, y según se deriva de los resultados del estudio, sujetos consumidores crónicos iniciados en el consumo en edades extremas, que ya han pasado por varios intentos previos de deshabituación con el fármaco, escasamente motivados, con bajo o nulo apoyo social y familiar, que cuentan entre sus antecedentes con incidencias legales, y que, especialmente debido al VIH, presentan una mala situación orgánica, no serían en principio candidatos ideales a tratamiento con antagonista, siendo preferible la indicación en tales casos de otros tipos de terapia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Antidroga. Plan Regional sobre Drogas. Comunidad de Madrid. Memoria 2000.
- Archer S. Historical perspective on the chemistry and development of naltrexone. *NIDA Res Monogr* 1981; 28: 3-10.
- Albanese AP, Gevirtz C, Oppenheim B, Field JM, Abels I, Eustace JC. Outcome and six month follow up of patients after Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD). *J Addict Dis* 2000; 19:11-28.
- Allgulander C, Fisher LD. Survival analysis (or time to an event analysis), and the Cox regression model - methods for longitudinal psychiatric research. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74(6): 529-535.
- Allison M, Hubbard RL. Drug abuse treatment process: A review of the literature. *Int J Addict* 1985; 20: 1321-1345.
- Anton RF, Hogan I, Jalali B, Riordan CE, Kleber HD. Multiple family therapy and naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Drug Alcohol Depend* 1981; 8: 157-168.
- Arias F, López-Ibor JJ, Ochoa E. Predictores evolutivos en un programa de mantenimiento con Naltrexona. *Adicciones* 1996; 8: 479-500.
- Arias F. Comorbilidad de trastornos psiquiátrico y trastornos adictivos. En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. *Clínica de la Naltrexona*. Col. Psiquiatría 21. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. Psiquiatría Editores SL; 2001; 105-125.
- Arias Horcajadas F, Ochoa Mangado E. Retención en los programas de deshabituación con naltrexona. En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. *Clínica de la Naltrexona*. Col. Psiquiatría 21. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. Psiquiatría Editores SL; 2001; 83-94.
- Avila JJ, Ortega L, Rodríguez F, Pérez A, Izquierdo JA, Garrido E. Tratamiento de pacientes dependientes a opiáceos con naltrexona y abordaje psicoterapéutico. XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Salamanca, 1993.
- Babor TF, Cooney NL, Laureman RJ. The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behaviour: An empirical evaluation. *Br J Addict* 1987; 82: 393-405.
- Babst DV, Chambers CD, Warner A. Patient characteristics associated with retention in a methadone maintenance program. *Br J Addict* 1971; 66: 195-204.
- Baca-García E, García A, Ochoa E. Historia Psiquiátrica Estructurada en la Interconsulta Hospitalaria a Toxicomanías/Sida. *Revista Española Drogodependencias* 1999; 2481: 60-70.
- Baca-García E, Madoz-Gúrpide A. : Protocolos de recogida de datos en una unidad de toxicomanías con "Clínica de naltrexona". En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. *Clínica de la Naltrexona*. Col. Psiquiatría 21. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. Psiquiatría Editores SL; 2001.
- Bedate J, Bobes J, Ochoa E, Solé J. Evaluación del tratamiento de los heroinómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico. *Avances en drogodependencias*. Ediciones en Neurociencias 1995; 129-160.
- Benson G, Holmberg MB. Drug-related criminality among young people. *Act Psych Scand* 1984; 70: 487-502.

- Brahen LS, Henderson RK, Capone T, Kordal N. Naltrexone treatment in a jail work-release program. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 49-52.
- Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* 1998; 93: 73-92.
- Childress AR, McLellan AT, O'Brien CP. Abstinent opiate abusers exhibit conditioned craving, conditioned withdrawal and reductions in both through extinction. *Br J Addict* 1986; 81: 655-660.
- Clasificación Internacional de la Enfermedades. Décima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1993.
- Cottler LB, Compton WM, Ben-Abdallah A, Horne M, Claverie D. Achieving a 96.6 percent follow-up rate in a longitudinal study of drug abusers. *Drug Alcohol Depend* 1996 Jul;41(3):209-17.
- Cottrell D, Childs-Clarke A, Ghodse AH. British opiate addicts: An 11-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985; 448-450.
- Crabtree BL. Review of naltrexone, a long-acting opiate antagonist. *Clinical Pharmacy* 1984. May-Jun; 3(3):273-80.
- Craig RJ, Rogalski C, Veltri D. Predicting treatment dropouts from a Drug Abuse Rehabilitation Program. *Int J Addict* 1982; 17: 641-653.
- Craig RJ. Reducing the treatment drop-out rate in drug abuse programs. *J Subst Abuse Treat* 1985; 2: 209-219.
- De Leon G, Wexler HK, Jainchill N. The therapeutic community: success and improvement rates five years after treatment. *Int J Addict* 1982; 17: 703-747.
- D'Ippoliti D, Davoli M, Perucci CA, Pasqualini F, Bargagli AM. Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52(2): 167-171.
- Dole VP, Joseph HJ. Long term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Ann NY Acad Sci* 1978; 311:181-9.
- Fernández Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación.[Methadone maintenance programs effectiveness. An outcome evaluation studies review]. *Med Clin* 2001 Feb 3; 116(4): 150-4.
- Ferrán Aranz M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw-Hill; 1997.
- Forteza J, Mestre L, Serra J, Gallo J, Altes J. Nuestra experiencia en 100 tratamientos con naltrexona. *Adicciones* 1989; 1: 83-95.
- García A, Ezquiaga E. Estudio de seguimiento a seis meses de una muestra de drogodependientes. *Arch Neurobiol* 1992; 55: 215-223.
- García D. La droga como elemento cultural. *Historia* 16, 1987; 133: 75-85.
- Gerra G, Marcato A, Caccavari R, et al. Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. *J Subst Abuse Treat* 1995 Jan-Feb; 12 (1):35-41.
- Gerra G, Zaimovic A, Rustichelli P, Fontanesi B, Zambelli U, Timpano M, Bocchi C, Delsignore R. Rapid opiate detoxication in outpatient treatment: relationship with naltrexone compliance. *J Subst Abuse Treat* 2000 Mar 18 (2): 185-91.
- Goldstein A. Heroin addiction: sequential treatment employing pharmacologic supports. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 353-358.
- Gonzalez JP, Brogden RN. Naltrexone. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. *Drugs* 1988; 35: 192-213.
- Greenstein RA, Arndt IC, McLellan AT, O'Brien CP, Evans B. Naltrexone: A clinical perspective. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 25-28.
- Haastrop S, Jepsen PW. Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts. *Act Psychiatr Scand* 1988; 77: 22-26.
- Haro G, Martínez-Raga J, Castellano M, Bolinches E, De Vicente P, Valderrama JC. Prescripción médica de heroína: ¿existe evidencia científica de su eficacia en el tratamiento de la dependencia de la misma?. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29 (5): 343-348.
- Hartnoll R. Drug trends in the European Union. En: *Epidemiologic trends in drug abuse*. NIDA, 1999; 49-58.
- Hollister LE, Schwin RL, Kasper P. Naltrexone treatment of opiate-dependent persons. *Drug Alcohol Depend* 1977; 2: 203-209.
- Hollister LE. Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals. Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 335-340.
- Hser YI, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 503-508.
- Hughes PH, Rieche O. Heroin epidemics revisited. *Epidemiol Rev* 1995; 17(1): 66-73.
- Iraurgi I, Jimenez-Lerma JM, Herrera A, Murua F, Gutierrez M. Tasas de retención y consumo en un programa de antagonistas opiáceos. Un análisis de supervivencia. *Adicciones* 1997; 9 (1): 7-21.
- Jansen M. Global trends in drug abuse. En: *Epidemiologic trends in drug abuse*. NIDA, 1999; 127-134.
- Joe GW, Lloyd MR, Simpson DD, Singh BK. Recidivism among opioid addicts after drug treatment: An analysis by race and tenure in treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1982; 9: 371-382.
- Juez Martel P, Díez Vegas FJ. Probabilidad y estadística en Medicina. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1996.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana S.A.;1999.
- Kaufman E. Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *Int J Addict* 1985; 20: 897-916.

- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, y cols. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- Kirchmayer U, Davoli M, Verster A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 (2): CD001333.
- Kleber HD. Clinical aspects of the use of narcotic antagonists: the state of the art. *Int J Addict* 1977 12 (7): 857-861.
- Kleber HD, Kosten TR. Naltrexone induction: Psychologic and pharmacologic strategies. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 29-38.
- Kleber HD. Naltrexone. *J Subst Abuse Treat* 1985; 2: 117-122.
- Kosten TR, Kleber HD. Strategies to improve compliance with narcotic antagonists. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10: 249-266.
- Lana Beaumont E. Antagonistas opiáceos. Nuestra experiencia con el uso de naltrexona. *Informaciones psiquiátricas* 1996; (143): 93-104.
- Landabaso MA, Fernández B, Sanz J, Ruíz de Apodanca J, Pérez B, Gutiérrez-Fraile M, Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de antagonistas. *Adicciones* 1996; 8 (1): 67-74.
- Lerner A, Sigal M, Bacalu A, Shiff R, Burganski I, Gelkopf M. A naltrexone double blind placebo controlled study in Israel. *Israel J Psychiatry Related Sci* 1992; 29: 36-43.
- Ling W, Klett J, Gillis RD. A cooperative clinical study of methadyl-acetate. Three-time-a-week regimen. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 345-353.
- Ling W, Wesson DR. Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: A collaborative private practice experience. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 46-48.
- López-Ibor JJ, Pérez de los Cobos JC, Ochoa E. The medical model in the management of heroin dependence. *Proceedings of the VIII World Congress of Psychiatry*. Athens, 1989.
- López-Ibor AJ, Perez de los CJ, Ochoa E, Hernandez HM. [Maintenance treatment for opiate dependence at a naltrexone clinic]. *Tratamiento de mantenimiento de la dependencia a opiáceos en una clinica de naltrexona*. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1990; Sep-Oct 18 (5): 296-305.
- Maciá Antón MA, Lubin P, Rubio de Lemus P. *Psicología Matemática II*. Madrid: UNED; 1997.
- Madanes J, Dukes J, Harbin H. Family ties of heroin addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 889-894.
- Madoz-Gúrpide A, Sais-Amorim A, Baca-García E, Ochoa E. Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: Relación entre toxicomanía y delincuencia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(4): 221-227.
- Magura S, Nwazeze PC, Demsky SY. Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction* 1998 Jan; 93(1): 51-60.
- Miller NS, Gold MS. Dependence syndrome: a critical analysis of essential features. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 282-291.
- Murphy GM Jr. Assessing therapist success. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(2): 195-199.
- Murphy PN, Bentall RP. Opiate withdrawal outcome: the predictive ability of admission measures of motivation, self-efficacy, and lifestyle stability. *Subst Use Misuse* 1997; 32(11): 1587-97.
- Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91(5): 336-340.
- O'Brien CP, Greenstein RA, Mintz J, Woody GE. Clinical experience with naltrexone. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1975; 2: 365-377.
- O'Brien CP, Woody GE, McLellan T. Psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 9-13.
- O'Brien CP. Trexan in opioid addiction. *A comprehensive Product Monograph* 1984; 1-54.
- O'Brien CP, Woody GE. The role of naltrexone in the treatment of opioid dependence. *Res Adv Alcohol Drug Probl* 1986; 9: 245-260.
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 2; 1999.
- Observatorio Nacional sobre Drogas. Informe nº 4. Plan Nacional de Drogas. Ministerio del Interior, 2001 (Marzo).
- Ochoa E. *Tratamiento de mantenimiento con naltrexona en la dependencia de opiáceos*. Tesis doctoral. Universidad Alcala, 1990.
- Ochoa E, Arias F, Somoza JC, López-Ibor JJ. *Tratamiento con naltrexona en dependientes de opiáceos: dos años y medio de seguimiento*. *Arch Neurobiol* 1992a; 55: 224-227.
- Ochoa E, Arias F, Somoza JC, Vicente N, Jordá L. *Retención en un programa de mantenimiento con naltrexona: dos años de seguimiento*. *Adicciones*, 1992b, 4 (3): 207-214.
- Ochoa E, Arias F, Ciudad A, Martín MJ. *Deshabitación con naltrexona en la dependencia de opiáceos: un estudio evolutivo*. *Rev Esp Drogodep* 1993; 18: 233-246.
- Ochoa E, Cebollada A, Ibañez A. *Implicación familiar como predictor en un tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos*. *Adicciones* 1994; 6(1): 51-60.
- Ochoa Mangado E. *Dependencia de sustancias*. En: Ochoa Mangado E. *Antagonistas opiáceos en las dependencias*. Clínica de la Naltrexona. Col. *Psiquiatría 21*. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. *Psiquiatría Editores SL*; 2001.
- O'Connor PG, Fiellin DA. Pharmacologic treatment of heroin-dependent patients. *Ann Intern Med* 2000 Jul; (4) 133:54.
- Pino Serrano C. *Desintoxicación rápida de opiáceos*. Estudio descriptivo sobre cincuenta pacientes heroinomanos y su seguimiento a uno, tres y seis meses. *Psiquiatría Pública* 1996; 8(5): 279-291.
- Rawson RA, Tennant FS. Five-year follow-up of opiate addicts with naltrexone and behavior therapy. *NIDA Res Monogr Ser* 1984; 49: 289-295.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US Mental and Addictive Disorders Service System. *Epidemiologic Catchment*

- Area Prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 85-94.
- Renault PF. Treatment of heroin dependent persons with antagonist: current status. *NIDA Res Monogr* 1981; 28:11-22.
- Resnick RB, Washton AM, Thomas MA, Kestenbaum RS. Naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Int Chall Drug Abuse* 1978; 32: 321-332.
- Resnick RB, Washton AM. Clinical outcome with naltrexone. *Ann NY Acad Sci* 1978; 311: 241-246.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber HD. The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 479-488.
- Russell JM, Newman SC, Bland RC. Drug abuse and dependence. *Act Psychiatr Scand* 1994; Suppl. 376: 54-62.
- Sánchez-Carbonell J, Brigos B, Camí J. Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). *Med Clin (Barc)* 1989; 92:135-139.
- San Narciso GI, Carreño JE, Pérez SF, Alvarez CE, González MP, Bobes J. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroinómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones* 1998; 10 (1); 7:21.
- Saunders B, Allsop S. Relapse: a psychological perspective. *Brit J Addict* 1987; 82: 417-429.
- Saunders B. Conductas adictivas y recaída: una visión de conjunto. En: Casas M, Gossop M (ed.). *Recaída y prevención de recaída*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1993.
- Schechter AJ, Friedman JG, Grossman DJ. Clinical use of naltrexone (EN-1639A): Part I: Safety and efficacy in pilot studies. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1974; 1: 253-269.
- Schechter AJ. An overview of the use of narcotic antagonists in the rehabilitation of opiate dependent persons. *Proceedings of the Third National Drug Abuse Conference, Inc.*, En Schechter A, Alksne H, Kauffman E (eds) New York 1978; 1260-1264.
- Schechter A. The role of narcotic antagonists in the rehabilitation of opiate addicts: a review of naltrexone. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1980; 7(1): 1-18.
- Secades Villa R, Fernández Rodríguez R, Fernández Hermida JR. Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones* 1998; 10 (1): 53-58.
- Simpson DD, Joe GW, Lehman WE, Sells SB. Addiction careers: etiology, treatment and 12-year follow-up outcomes. *J Drug Issues* 1986; 16: 107-121.
- Sopelana P, Diéguez A, Bautista L. Perfil de los drogodependientes que ingresan en una unidad de desintoxicación hospitalaria durante un período de cuatro años y medio. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1992; 20: 81-91.
- Sorensen JL, Gibson D, Bernal G, Deitch D. Methadone applicant dropouts: Impact of requiring involvement of friends or family in treatment. *Int J Addict* 1985; 20: 1273-1280.
- Stone-Washton N, Resnick RB, Washton AM. Naltrexone and psychotherapy. *NIDA Res Monograph* 1981; 41: 505-507.
- Szapocznick J, Ladner R. Factors related to successful retention in methadone maintenance: a review. *Int J Addict* 1977; 12: 1067-1085.
- Tennant FS, Rawson RA, Cohen AJ, Mann A. Clinical experience with naltrexone in suburban opioid addicts. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 42-45.
- Vaillant GE. A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1966; 15: 573-609.
- Vaillant GE. A 20-year follow-up of New York narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 237-241.
- Van der Burgh C. A review of the drug abuse situation en the world. En: *Epidemiologic trends in drug abuse*. NIDA 1999; 135-140.
- Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG. Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med Clin North Am* 1997;81:909-925.
- Washton AM, Pottash AC, Gold MS. Naltrexone in addicted business executives and physicians. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 4-6.
- Wikler A. Conditioning factors in opiate addiction relapse. En: Wilner DM, Kassebaum GG (eds). *Narcotics*. New York: McGraw-Hill; 1965.

**TABLA I. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

<b>SOCIODEMOGRAFIA</b>					
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Sexo</b>	Varón	1190	83.1	83.1	83.1
	Mujer	242	16.9	16.9	100
	Total	1432	100		
<b>Raza</b>	Caucásica	1418	99.0	99.0	99.0
	Gitana	10	0.7	0.7	99.7
	Arabe	3	0.2	0.2	99.9
	Negra	1	0.1	0.1	100
	Total	1432	100	100	
<b>Estado civil</b>	Soltero	959	67.0	70.5	70.5
	Casado	258	18.0	19.0	89.5
	Otros	143	10.0	10.5	100
	Total	1360	95.0	100	
	Perdidos	72	5.0		
Total	1432	100			
<b>Convivencia</b>	Familia origen	1005	70.2	75.8	75.8
	Familia propia	260	18.2	19.6	95.5
	Otros	60	4.2	4.5	100
	Total	1325	92.5	100	
	Perdidos	107	7.5		
Total	1432	100			
<b>Consumo en la fratria</b>	No consumidores	1033	72.1	86.9	86.9
	Hnos. consumidores	156	10.9	13.1	100
	Total	1189	83.0	100	
	Perdidos	243	17.0		
Total	1432	100			
<b>Antecedentes Padre</b>	Sin antecedentes	764	53.4	80.9	80.9
	Con antecedentes	180	12.6	19.1	100
	Total	944	65.9	100	
	Perdidos	488	34.1		
Total	1432	100			
<b>Antecedentes Madre</b>	Sin antecedentes	874	61.0	94.0	94.0
	Con antecedentes	56	3.9	6.0	100
	Total	930	64.9	100	
	Perdidos	502	35.1		
Total	1432	100			
<b>Tipo pareja</b>	No apoyo pareja no consumidora	777	54.3	66.9	66.9
	Apoyo pareja no consumidora	385	26.9	33.1	100
	Total	1162	81.1	100	
	Perdidos	270	18.9		
Total	1432	100			
<b>Conflictividad familiar</b>	No conflictividad	265	18.5	53.3	53.3
	Sí conflictividad	232	16.2	46.7	100
	Total	497	34.7	100	
	Perdidos	935	65.3		
Total	1432	100			
<b>Trabajo</b>	Sí, estable	243	17.0	18.2	18.2
	Sí, inestable	235	16.4	17.6	35.8
	Paro subsidio	198	13.8	14.8	50.7
	Paro no subsidio	658	45.9	49.3	100
	Total	1334	93.2	100	
	Perdidos	98	6.8		
Total	1432	100			

<b>Profesión</b>	Sin profesión	74	5.2	7.6	7.6
	Obrero	415	29.0	42.7	50.4
	Funcionario, liberal	482	33.7	49.6	100
	Total	971	67.8	100	
	Perdidos	461	32.2		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Estudios</b>	Estudios primarios	320	22.3	25.6	25.6
	Graduado o más	929	64.9	74.4	100
	Total	1249	87.2	100	
	Perdidos	183	12.8		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Red social</b>	Sin apoyo social	329	23.0	59.8	59.8
	Con apoyo social	221	15.4	40.2	100
	Total	550	38.4	100	
	Perdidos	882	61.6		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Hª CONSUMOS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Consumo Heroína</b>	No	18	1.3	1.3	1.3
	Sí	1414	98.7	98.7	100
<i>Total</i>		1432	100	100	
<b>Vía actual Heroína</b>	I.V.	619	43.2	44.5	44.5
	Inhalada/Fumada	772	53.9	55.5	100
	Total	1391	97.1	100	
	Perdidos	41	2.9		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Vía Ant. Heroína</b>	I.V.	494	34.5	45.0	45.0
	Inhalada/Fumada	603	42.1	55.0	100
	Total	1097	76.6	100	
	Perdidos	335	23.4		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Consumo Cocaína</b>	No	471	32.9	37.1	37.1
	Sí	799	55.8	62.9	100
	Total	1270	88.7	100	
	Perdidos	162	11.3		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Vía Actual Cocaína</b>	I.V.+heroína I.V.	399	27.9	53.3	53.3
	I.V.+heroína fum.	45	3.1	6.0	59.3
	Inhalada/Fumada	305	21.3	40.7	100
	Total	749	52.3	100	
	Perdidos	683	47.7		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Cons. Metadona</b>	No	350	24.4	91.6	91.6
	Sí	32	2.2	8.4	100
	Total	382	26.7	100	
	Perdidos	1050	73.3		
<i>Total</i>		1432	100		
<b>Cons. Cannabis</b>	No	629	43.9	55.8	55.8
	Sí	498	34.8	44.2	100
	Total	1127	78.7	100	
	Perdidos	305	21.3		
<i>Total</i>		1432	100		

<b>Cons. Estimulantes</b>	No	719	50.2	88.4	88.4
	Sí	94	6.6	11.6	100
	Total	813	56.8	100	
	Perdidos	619	43.2		
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>Consumo alcohol</b>	No	332	23.2	36.5	36.5
	Sí	578	40.4	63.5	100
	Total	910	63.5	100	
	Perdidos	522	36.5		
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>EDAD Y AÑOS CONSUMO</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Año de inicio en tto.</b>	Antes de 1990	255	17.8	17.8	17.8
	1991-1995	945	66.0	66.0	83.8
	1996 en adelante	232	16.2	16.2	100
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	
	<b>Edad al inicio de tto.</b>	Menos de 20 años	58	4.1	4.1
De 20-30		987	68.9	68.9	73.0
Más de 31		387	27.0	27.0	100
<i>Total</i>		<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>Edad inicio consumo heroína</b>		Menos de 17	421	29.4	30.6
	18-25	815	56.9	59.2	89.8
	Más de 25	141	9.8	10.2	100
	Total	1377	96.2	100	
	Perdidos	55	3.8		
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>Tº consumo heroína</b>	Menos de 7 años	712	49.7	51.7	51.7
	De 7 a 15 años	580	40.5	42.1	93.8
	Más de 15 años	85	5.9	6.2	100
	Total	1377	96.2	100	
	Perdidos	55	3.8		
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>COMPLIC. LEGALES</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Incidencias legales</b>	Sin incidencias	637	44.5	52.5	52.5
	Multa-arresto	288	20.1	23.7	76.2
	Condena	289	20.2	23.8	100
	Total	1214	84.8	100	
	Perdidos	218	15.2		
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>Situación legal</b>	Sin causas	299	20.9	51.5	51.5
	Con causas	282	19.7	48.5	100
	Total	581	40.6	100	
	Perdidos	851	59.4		
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>SITUACIÓN VIH</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Situación VIH</b>	No VIH	705	49.2	57.4	57.4
	Sí VIH	401	28.0	32.7	90.1
	Desconocido	122	8.5	9.9	100
	Total	1228	85.8	100	
	Perdidos	204	14.2		
	<i>Total</i>	<i>1432</i>	<i>100</i>		

<b>ENF. PSIQUIÁTRICA</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Ant. Psiquiátricos</b>	Sin antecedentes	814	56.8	88.6	88.6
	Ant. Psiquiátricos	105	7.3	11.4	100
	Total	919	64.2	100	
	Perdidos	513	35.8		
<i>Total</i>		<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>PRIMERA VISITA</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Derivación</b>	Conocidos	232	16.2	72.5	72.5
	Hospital	32	2.2	10.0	82.5
	Otros	56	3.9	17.5	100
	Total	320	22.3	100	
	Perdidos	1112	77.7		
<i>Total</i>		<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>Procedencia</b>	Consumo activo	130	9.1	75.1	75.1
	Miedo a recaída	26	1.8	15.0	90.2
	Otros ttos	17	1.2	9.8	100
	Total	173	12.1	100	
	Perdidos	1259	87.9		
<i>Total</i>		<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>Persona responsable</b>	Acude solo	9	0.6	6.1	6.1
	Padres	90	6.3	60.8	66.9
	Hno. Pareja	49	3.4	33.1	100
	Total	148	10.3	100	
	Perdidos	1284	89.7		
<i>Total</i>		<i>1432</i>	<i>100</i>		
<b>ALTA</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acum.</b>
<b>Implicación familiar</b>	Implicación familiar	1116	77.9	85.5	85.5
	No implicación familiar	190	13.3	14.5	100
	Total	1306	91.2	100	
	Perdidos	126	8.8		
<i>Total</i>		<i>1432</i>	<i>100</i>		

**TABLA II. FACTORES PRONÓSTICOS**

Variable	Categoría	Med	% Sv.	M-C	gl	signif.	n
<b>SOCIODEMOGRAFIA</b>							
<b>Año inicio de tto.</b>	Antes de 1990	200	30.59	13.35	2	0.0013	1432
	1991-1995	157	31.11				
	1996 en adelante	105	23.28				
<b>Sexo</b>	Varón	164	30.92	8.38	1	0.0038	1432
	Mujer	119	23.97				
<b>Edad inicio tto.</b>	< 20 años	217	39.66	9.64	2	0.0081	1432
	21-30 años	171	31.21				
	>31 años	131	24.55				
<b>Estado civil</b>	Solteros	170	32.74	9.71	2	0.0078	1360
	Casados	154	22.87				
	Otros	109	25.87				
<b>Convivencia</b>	Fam. Origen	170	32.64	6.87	2	0.0323	1325
	Fam. Propia	143	24.23				
	Otros	133	25.00				
<b>Hnos. consumidores</b>	No consumo	168	31.66	6.16	1	0.0131	1189
	Sí consumo	122	23.72				
<b>Antecedentes padre</b>	No antecedentes	168	30.76	1.19	1	0.2744	944
	Sí antecedentes	138	28.89				
<b>Antecedentes madre</b>	No antecedentes	170	31.25	6.02	1	0.0141	930
	Sí antecedentes	82	19.64				
<b>Apoyo pareja</b>	No apoyo	154	28.96	2.93	1	0.0868	1162
	Apoyo	180	33.51				
<b>Conflictividad familiar</b>	No conflictividad	200	36.60	5.89	1	0.0152	497
	Sí conflictividad	140	27.16				
<b>Trabajo</b>	Sí, estable	186	32.92	4.00	3	0.2615	1334
	Sí, inestable	193	32.77				
	Paro subsidio	153	27.78				
	Paro no subsidio	143	29.64				
<b>Profesión</b>	Sin profesión	84	27.03	3.93	2	0.1403	971
	Obrero	154	29.64				
	Func./Liberales	176	32.27				
<b>Estudios</b>	Estud. Primarios	140	25.63	4.40	1	0.0359	1249
	Graduado o más	171	32.62				
<b>Red social</b>	No apoyo	117	24.92	4.61	1	0.0317	550
	Sí apoyo	157	32.13				
<b>HISTORIA CONSUMOS</b>							
<b>Consumo heroína</b>	No	207	33.33	0.26	1	0.6133	1432
	Sí	156	29.70				
<b>Cantidad heroína</b>	< 1gr./d	163	30.95	4.40	1	0.0264	1247
	> 1gr./d	109	24.03				

<b>Vía actual heroína</b>	I.V.	172	32.31	5.71	1	0.0169	1391
	Fum/Inhalada	143	28.11				
<b>Vía previa heroína</b>	I.V.	131	27.73	6.36	1	0.0117	1097
	Fum/Inhalada	182	33.67				
<b>Edad inicio heroína</b>	< 17 años	137	25.89	14.65	2	0.0007	1377
	18-25 años	180	33.25				
	> 25 años	112	22.70				
<b>Tiempo consumo heroína</b>	< 7 años	175	32.16	11.48	2	0.0032	1377
	7-15 años	154	28.79				
	> 15 años	112	18.82				
<b>Consumo cocaína</b>	No	158	31.21	0.21	1	0.6464	1270
	Sí	153	20.54				
<b>Vía cocaína</b>	I.V.+heroína IV	156	32.08	0.20	2	0.9031	749
	I.V.+heroína fum.	168	28.89				
	Fum/Inh.	168	31.48				
<b>Consumo metadona</b>	No	140	30.00	0.00	1	0.9610	382
	Sí	128	31.25				
<b>Consumo cannabis</b>	No	159	31	0.01	1	0.9400	1127
	Sí	163	30.72				
<b>Consumo estimulante</b>	No	158	30.46	0.52	1	0.4705	813
	Sí	135	27.66				
<b>Consumo alcohol</b>	No	133	29.22	2.56	1	0.1094	910
	Sí	175	31.14				
<b>Consumo benzodiac.</b>	No	200	37.05	18.01	1	0.0000	720
	Sí	119	22.65				
<b>Consumo opiáceos</b>	No	140	29.65	0.77	2	0.6821	550
	Sustituto heroína	144	29.44				
	Conjunto heroína	193	10.53				
<b>Deshabitación previa</b>	0	163	26.83	1.09	3	0.7783	1431
	1	161	31.83				
	2 ó 3	153	32.22				
	4 ó más	151	28.01				
<b>COMPLICACIONES LEGALES</b>							
<b>Incidencias legales</b>	Sin incidencia	191	34.69	29.27	2	0.0000	1214
	Multa-arresto	156	30.56				
	Condena	94	20.42				
<b>Situación legal</b>	Sin causas	151	32.78	2.56	1	0.1099	581
	Con causas	135	24.82				
<b>FACTOR RIESGO Y SITUACION VIH</b>							
<b>Situación VIH</b>	No	171	33.33	4.93	1	0.0264	1106
	Sí	151	25.19				
<b>ENFERMEDAD PSIQUIATRICA</b>							
<b>Enfermedad psiquíatr.</b>	Sin antecedentes	154	31.08	1.22	1	0.2698	919
	Con antecedentes	140	24.76				

PRIMERA VISITA							
<b>Derivación</b>	Conocidos	105	26.72	2.25	2	0.3247	320
	Serv. Hospital	87	15.63				
	Otros	140	26.79				
<b>Persona responsable</b>	Solo	77	0.00	6.71	2	0.0350	148
	Padres	137	35.56				
	Hno., pareja	112	20.41				
<b>Procedencia</b>	Consumo act.	116	24.62	0.99	2	0.6094	173
	Miedo recaída	81	15.38				
	Otos ttos.	185	29.41				
ALTA							
<b>Implicación familiar</b>	Sí	170	32.26	9.88	1	0.0017	1306
	No	131	21.05				

Nota: Dadas las peculiaridades del análisis de supervivencia, se prefiere como medida central la mediana (Med. en la tabla). (%Sv: probabilidad de supervivencia; M-C: estadístico de Mantel-Cox; gl: grados de significación; signif.: significación estadística; n: tamaño muestral; sombreadas las variables que por su significación estadística (<0.05 ó <0.1) serán evaluadas en el modelo de Cox).

TABLA III. VARIABLES IMPLICADAS EN EL MODELO Y SU SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA				
Variable	estad.(Chi)	gl.	sign.	
Sexo	15.3646	1	0.0001	
Edad inicio heroína	09.9982	2	0.0067	
Incidencias legales	22.4137	2	0.0000	
Implicación familiar	10.3268	1	0.0013	
Año de inicio del tto.	09.6835	2	0.0079	

TABLA IV. CATEGORÍA DE LAS VARIABLES IMPLICADAS, ESTADÍSTICO WALD Y SIGNIFICACIÓN						
Variable	Coef. B	S.E.	Wald	gl	sign.	R
Sexo	0.4001	0.0983	16.5765	1	0.0000	0.0392
Edad inicio heroína			10.2319	2	0.0060	0.0256
Edad inicio heroína (1)	-0.1408	0.1312	1.1525	1	0.2830	0.0000
Edad inicio heroína (2)	-0.3313	0.1237	7.1686	1	0.0074	-0.0234
Incidencias legales			23.3637	2	0.0000	0.0452
Incidencias legales (1)	-0.4492	0.0929	23.3592	1	0.0000	-0.0475
Incidencias legales (2)	-0.2810	0.1062	7.0077	1	0.0081	-0.0230
Implicación familiar	0.3378	0.1014	11.0993	1	0.0009	0.0310
Año de inicio del tto.			9.9106	2	0.0070	0.025
Año de inicio del tto. (1)	-0.3864	0.1249	9.5742	1	0.0020	-0.0283
Año de inicio del tto. (2)	-0.2295	0.0982	5.4639	1	0.0194	-0.0191

**TABLA V. OR E INTERVALO DE CONFIANZA (95%)**

<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
Sexo	1.4920	1.2306	1.8090
Edad inicio heroína (1)	0.8686	0.6717	1.1233
Edad inicio heroína (2)	0.7180	0.5634	0.9151
Incidencias legales (1)	0.6381	0.5319	0.7656
Incidencias legales (2)	0.7550	0.6132	0.9296
Implicación familiar	1.4019	1.1492	1.7101
Año de inicio del tto. (1)	0.6795	0.5320	0.8679
Año de inicio del tto. (2)	0.7949	0.6558	0.9636

**TABLA VI. RECODIFICACIONES PROPUESTAS POR EL PROGRAMA**

<b>Variable</b>		<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>OR</b>
<b>Sexo</b>	Varón	–	–	1.4920
	Mujer	–	–	1
<b>Implicación familiar</b>	Alta	–	–	1.4019
	Baja	–	–	1
<b>Incidencias legales</b>	Sin incidencias	1	0	0.6381
	Multa-arresto	0	1	0.7550
	Condena	0	0	1
<b>Edad de inicio heroína</b>	<17 años	1	0	0.8686
	18-25 años	0	1	0.7180
	>25 años	0	0	1
<b>Año de inicio en tto.</b>	Antes de 1990	1	0	0.6795
	1991-1995	0	1	0.7949
	Después de 1996	0	0	1

# SOCIDROGALCOHOL

## ■ SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO ■

Nombre y dos apellidos .....

Edad.....Año de nacimiento .....DNI/NIF.....Tel./Fax.....

Domicilio .....

C.P.....Ciudad y Provincia.....

Profesión.....Cargo .....

Centro de trabajo y dirección.....

Socios que avalan su inscripción (dos).

Nombre .....Firma:

Nombre .....Firma:

En, .....a.....de.....de..... El solicitante, (Firma)

Sr. Director de,  
BANCO o CAJA DE AHORROS.....Sucursal.....  
Dirección.....  
C.P.....Ciudad.....Teléfono.....  
Ruego a Uds. que hasta nuevo aviso se sirvan atender con cargo a mi Cuenta Corriente/libreta de ahorro  
nº.....Entidad.....  
Oficina.....D.C.....los recibos que a mi nombre le sean presentados por,

**SOCIDROGALCOHOL**

Les saluda atentamente,  
(Firma)

En, .....a.....de.....de.....  
Nombre .....NIF.....

A. SOCIDROGALCOHOL. Sírvanse tomar nota que doy orden a  
BANCO o CAJA DE AHORROS.....  
Sucursal.....Dirección.....  
C.P.....Ciudad....., para que sean atendidos con cargo a  
mi, C/C o Libreta nº.....Entidad.....Oficina.....D.C.....  
los recibos que por Cuota de Asociados a SOCIDROGALCOHOL (C.I.F. G58333420), me sean presentados por esa Asociación.  
En, .....a.....de.....de.....  
(Firma)

Nombre.....  
Domicilio.....  
C.P.....Ciudad.....

NOTA: Enviar este impreso íntegro a la Presidencia de SOCIDROGALCOHOL, quien tras tomar los datos oportunos remitirán al Banco o Caja de Ahorros que proceda, la parte superior del mismo. ¡GRACIAS!  
SOCIDROGALCOHOL. Vía Augusta, 229 bajos. 08021 BARCELONA. Tel. 971 72 74 34. Fax: 971 21 33 06 • E-mail: secretaria.adicciones@eurociber.es

