



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

PROGRAMA DE DOCTORADO: AVANCES EN PSIQUIATRIA

**PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO DE LOS PACIENTES ADICTOS A
OPIÁCEOS EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA**

GEMMA ISABEL SAN NARCISO IZQUIERDO



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

PROGRAMA DE DOCTORADO: AVANCES EN PSIQUIATRIA

**PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO DE LOS PACIENTES ADICTOS A
OPIÁCEOS EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA**

GEMMA ISABEL SAN NARCISO IZQUIERDO

ÍNDICE

	Índice
1.- INTRODUCCIÓN	7
1.1.- Consideraciones generales	8
1.2.- Personas dependientes a opiáceos y gravedad de la adicción	10
1.3.- Personas dependientes a opiáceos en Programas de Mantenimiento con Naltrexona	12
1.4.- Personas dependientes a opiáceos y trastornos de la personalidad	14
2.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	22
2.1.- Hipótesis	23
2.2.- Objetivos	23
3.- MATERIAL Y MÉTODO	24
3.1.- Material	25
3.1.1.- Pacientes del estudio. Criterios de inclusión y exclusión	25
3.1.2.- Evaluación	26
3.1.2.1.- Protocolo “AD-HOC”	27
3.1.2.2.- Índice de Gravedad de la Adicción: EuropASI	28
3.1.2.3.- Exámen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: I.P.D.E.	33
3.1.3.- Procesamiento estadístico de los datos	36
3.1.4.- Cronograma del estudio	37
3.2.- Método	37
4.- RESULTADOS	39
4.1.- Descripción de la muestra	40
4.1.1.- Variables sociodemográficas	40
1.- Sexo	40
2.-Edad	40
3.- Estado civil	41
4.- Lugar de residencia	42

5.- Formación académica	42
6.- Situación laboral actual	44
7.- Fuente de ingresos	45
8.- Antecedentes judiciales	46
4.1.2.- Variables clínicas	46
4.1.2.1.- Pruebas de laboratorio	46
1.- Pruebas de función hepática	46
2.- Serología	47
4.1.2.2.- Historia de consumo	48
1.- Edad de inicio en el consumo de heroína	48
2.- Dosis inicial de consumo de heroína	48
3.- Tiempo desde el último periodo abstinente	48
4.- Sustancias de consumo	49
5.- Vía inicial de consumo de heroína	50
6.- Vía actual de consumo de heroína	50
7.- Antecedentes familiares de consumo de drogas	51
8.- Motivos de inicio de consumo	52
9.- Motivos de inicio de tratamiento	53
10.- Número de tratamientos anteriores	54
11.- Tipo de desintoxicación realizada	55
12.- Tratamiento con Naltrexona	55
4.1.3.- EuropASI	56
4.1.4.- Trastornos de la personalidad	58
1.- Presencia de trastornos de la personalidad según IPDE	58
2.- IPDE	59
3.- Número de trastornos de la personalidad	60
4.1.5.- Variables asociadas a la gravedad de la adicción	61
4.1.5.1.- Factores demográficos y de historia de consumo	61
4.1.5.1.1- Gravedad de la adicción y sexo	61
1.- Basal	61
1.- Seis meses	62
1.- Doce meses	62
4.1.5.1.2.- Gravedad de la adicción, trastornos de la personalidad y sexo	63
1.- Basal hombres	63
2.- Seis meses hombres	64

3.- Doce meses hombres	65
4.- Basal mujeres	67
5.- Seis meses mujeres	68
6.- Doce meses mujeres	59
4.1.5.1.3.- Gravedad de la adicción y situación laboral (trabajando vs resto)	70
4.1.5.1.4.- Gravedad de la adicción y fuente de ingresos (individual vs resto)	71
4.1.5.1.5.- Gravedad de la adicción y antecedentes familiares	72
4.1.5.1.6.- Gravedad de la adicción y antecedentes judiciales	72
4.1.5.1.7.- Gravedad de la adicción y motivos de inicio de consumo (probar vs resto)	73
4.1.5.2.- Parámetros biológicos y gravedad de la adicción	73
4.1.5.1.- Gravedad de la adicción y trastornos de la personalidad	75
1.- Basal	75
1.- Seis meses	76
1.- Doce meses	77
4.2.- Retención en el Programa de Mantenimiento con Naltrexona	79
4.2.1.- Seguimiento	79
4.2.2.- Motivos de baja en el tratamiento	80
4.2.3.- Índice de retención (Supervivencia)	81
4.2.3.1.- Seis meses	81
4.2.3.2.- Doce meses	83
4.3.- Variables asociadas a la retención	86
4.3.1.-Seis meses	86
4.3.1.1.- Variables sociodemográficas	86
4.3.1.2.- Variables clínicas	86
1.- Serología	86
2.- Dosis inicial de consumo de heroína	87
3.- Tratamiento con naltrexona	87
4.3.1.3.- Gravedad de la adicción	87
4.3.1.4.- Trastornos de la personalidad	88

	Índice
1.- IPDE	88
2.- Números de trastornos de la personalidad	89
4.3.2.- Doce meses	90
4.3.2.1.- Variables sociodemográficas	90
4.3.2.2.- Variables clínicas	90
1.- Serología	90
1.- Tratamiento con Naltrexona	90
4.3.2.3.- EuropASI	91
4.3.2.4.- Trastornos de la personalidad	91
4.4.- Evolución clínica	91
4.4.1.- Gravedad de la adicción basal y seis meses	91
4.4.1.- Gravedad de la adicción basal y doce meses	92
4.4.1.- Gravedad de la adicción seis y doce meses	92
5.- DISCUSIÓN	93
5.1.- Perfil sociodemográfico	94
5.2.- Perfil clínico	97
5.3.- Programa de Mantenimiento con Naltrexona	100
5.4.- Gravedad de la adicción	106
5.5.- Trastornos de la personalidad	108
6.- CONCLUSIONES	116
7.- BIBLIOGRAFIA	118
8.- ANEXOS	142
8.1.- Anexo 1: EuropASI	143
8.2.- Anexo 2: Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: I.P.D.E.	149
8.3.- Anexo 3: Retención-supervivencia seis meses	153
8.4.- Anexo 4: Retención-supervivencia seis meses con implante subcutáneo de naltrexona	159
8.5.- Anexo 5: Retención-supervivencia doce meses	165
8.6.- Anexo 3: Retención-supervivencia doce meses con implante	172

subcutáneo de naltrexona

1- INTRODUCCIÓN

1.1 CONSIDERACIONES GENERALES

La drogodependencia es una enfermedad crónica con reagudizaciones, multifactorial y multidimensional, puesto que conlleva una alteración global de la salud que afecta a lo físico, psicológico y social, y además dinámica, es decir, que evoluciona en el tiempo y el espacio. Los diferentes procesos que participan en los fenómenos adictivos son complejos desde un punto de vista neurobiológico y de conducta y dan lugar a toda una serie de manifestaciones que incluyen fenómenos tales como la tolerancia, dependencia física, síndrome de abstinencia y búsqueda compulsiva o “craving”. La dependencia de opiáceos es un problema socio-sanitario de gran importancia por su prevalencia, el paciente drogodependiente es un sujeto que se adhiere con dificultad a los recursos terapéuticos que la comunidad le ofrece.

La adicción a las drogas al principio no estaba diferenciada del alcoholismo, estaba clasificada como una de las Perturbaciones de la Personalidad Sociopática en el primer manual de la American Psychiatric Association (APA 1952). Cuando se desarrolló el DSM-II (APA 1952), el diagnóstico de drogas se consideró en un apartado diferente aunque todavía dentro de los trastornos de la personalidad. En la Clasificación del DSM-III (APA 1973), ya se produjo un gran cambio, la implicación desde los diagnósticos previos de los manuales era que la drogadicción era un rasgo, relativamente permanente y anticonvencional dentro de la naturaleza. Además varios estudios realizados antes de 1980 intentaron definir una “personalidad del adicto” en los consumidores de drogas. Las proporciones y los tipos de comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los adictos a opiáceos revelan en estudios previos que están relativamente presentes a pesar de las metodologías usadas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992), que es la más utilizada en la actualidad, droga es “toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas y genera tolerancia entre los consumidores”. La misma OMS ha clasificado las drogas según la peligrosidad: las muy peligrosas son aquellas que crean dependencia física, que crean dependencia con más rapidez y las que poseen mayor toxicidad. Los opiáceos y sus derivados serían en este ranking de peligrosidad las más peligrosas.

La dependencia a opiáceos ha sido descrita por la National Academy of Sciences como “un trastorno crónico, recidivante, con un pronóstico generalmente desfavorable, y que no tiene un tratamiento satisfactorio”, Goldstein (1976). En la primera edición del DSM las adicciones estaban incluidas en las alteraciones de la personalidad, en 1964 la OMS definía la dependencia de una sustancia como “el estado psíquico, y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre una pulsión a consumir la sustancia de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación del tóxico. Este estado se acompaña o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente de varias sustancias”.

El abuso o consumo perjudicial de opiáceos según la CIE-10 (OMS 1992), se define como el consumo perjudicial que afecta a la salud física o mental, la forma de consumo es criticada a menudo por terceros y dan lugar a consecuencias adversas.

Hoy en día la CIE 10 considera que una persona es dependiente de una sustancia si cumple al menos tres de los siguientes requisitos durante tres meses seguidos o a lo largo de los doce meses previos: compulsión a consumir la sustancia, pérdida del control para empezar o terminar con la droga, síndrome de abstinencia con síntomas somáticos, tolerancia, abandono progresivo de las actividades placenteras y persiste en el consumo pese a las consecuencias perjudiciales que le acarrea.

La coexistencia de enfermedades mentales y trastornos adictivos esta bien establecida (Regier et al 1990; Kessler et al; 1996; Ngo et al 2011), las probabilidades para tener un trastorno del estado de ánimo y de ansiedad o de la personalidad en pacientes consumidores de opiáceos es de hasta 11,8 veces y 6 veces la de la población en general (Brooner et al 1997; Conway et al 2006)

La adicción a las drogas esta caracterizada a largo plazo por cambios neuroadaptativos a nivel cerebral y asociados a deficiencias de larga duración en el funcionamiento neurocognitivo (Koob et al 2010; Vassileva et al 2011). Hay evidencia de que los usuarios de drogas muestran déficit cognitivo en el control de impulso y en comparación con otras drogas de abuso como son los estimulantes, los efectos a largo plazo que los opiáceos producen en el sistema neurovegetativo han recibido considerablemente menos atención en la investigación a pesar de que los opiáceos

representan la mayor proporción de personas en tratamiento de drogas en todo el mundo (United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC World Drug Report, 2008)

1.2 PERSONAS DEPENDIENTES A OPIACEOS Y GRAVEDAD DE LA ADICCION

El EuropASI, Kokkevi et al (1995) es la adaptación europea del Addiction Severity Index (ASI) McLellan et al (1980), uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica diaria para evaluar el consumo de drogas y los problemas asociados en personas con problemas de adicciones. Se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente con problemas de abuso o dependencia de sustancias que han podido contribuir al desarrollo de su adicción. Se ha utilizado para describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones, French et al (2002).

El estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamiento y Seguimiento de Toxicómanos (Proyecto EMETYST), realizó un seguimiento a los 6, 12 y 24 meses, en una muestra de adictos a la heroína que iniciaron tratamiento en 1985. Se demostró mediante este estudio, que los heroinómanos de nuestro medio evolucionaban de forma similar a lo observado en otros países, “corroborando unas cifras de curación que situaban a esta entidad como un proceso crónico de tipo recidivante que tiene solución” (San et al 1981; Comas et al 1992). Los niveles de información que se obtienen en las áreas médica y psicológica son menos sensibles que en las otras áreas. En el área familiar y social se evalúan los conflictos que el paciente pueda haber experimentado en sus relaciones familiares y sociales, considerando que estas relaciones han sido posibles y que lo normal sería no haber tenido conflictos.

Hay estudios, Colpaert et al (2012) en los que se encuentra que la gravedad en lugar de la naturaleza de la dependencia es un importante predictor de la patología de la personalidad entre los pacientes dependientes de sustancias cuando se controla por variables sociodemográficas. Las puntuaciones más altas en las áreas de alcohol y problemas psiquiátricos se asociaron con puntuaciones significativamente más altas en varias de las 12 escalas de trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV. En contraposición Verthein et al (2005) los resultados encontrados mostraron que el

diagnóstico de por vida de trastorno mental no tenía ningún pronóstico de relevancia para el curso a largo plazo de la dependencia de drogas

De la misma manera López-Goñi et al (2011) los resultados presentados encuentran diferencias estadísticamente significativas en el empleo, el abuso de alcohol y problemas familiares en relación al SCL-90-R y MCMI-II, estos resultados corroboran la importancia del empleo, el consumo de alcohol y el apoyo familiar para completar los programas de tratamiento de la adicción

En otros trabajos (Muñoz JJ et al 2006; Graña et al 2009) clasificando a los pacientes en dos tipos de consumidores A (funcional) y B (crónico) se encontraron con mayores puntuaciones de gravedad en las áreas medica, de empleo, droga, alcohol, legal, familiar y psiquiátrica en relación al grupo B que estaba menos deteriorado. De igual manera Murria et al (2008) si se atiende a clúster A o B encuentra que aquellos sujetos con clúster B tenían dosis de metadona más altas, no había diferencias significativas en la gravedad de la adicción en ambos grupos y si resultaron ser más altas entre el grupo de consumidores de opiáceos que los consumidores de alcohol. En trabajos con metadona y heroína como tratamiento Verthein et al (2008), encuentran como hay mejoría en el área d empleo ya el paciente al estar en tratamiento, encuentra una estabilidad, así como en el área legal también se ve una mejoría a los 30 días (ya que el sujeto deja de cometer actos delictivos) mejoría que se mantiene al año y a los dos años. En la misma línea Oviedo-Joekes et al (2008) con dos grupos de pacientes había mayor gravedad de la adicción en aquellos con mas años de consumo y mas deteriorados físicamente. De igual modo Eder et al (2005) comparan pacientes a tratamiento con metadona y morfina concluyeron que no había diferencias en la retención y en el uso de sustancias ilegales y si se encontraron que en depresión los pacientes que se encontraban en programa con liberación de morfina presentaban tasas mas bajas

Cuando se comparan pacientes heroinómanos y cocainómanos, los usuarios del programa de heroína han sufrido más sobredosis y han acudido a mayor número de tratamientos previos tanto por problemas de alcohol como de otras drogas (García et al 2005). Igualmente las áreas de empleo y trabajo así como de drogas muestran tasas mayores que el resto de las otras áreas, Damen et al (2004). No se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres, Holscher et al (2010)

Había mejoría en relación a la situación de inicio de tratamiento y al cabo de seis años en pacientes en un programa asistido con heroína con una disminución significativa en el uso de sustancias ilegales, ingresos ilegales pero también se mostró un mayor aumento de los sujetos para depender de las prestaciones sociales, Güttinger et al (2003).

1.3 PERSONAS DEPENDIENTES A OPIACEOS EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA

La utilidad de los antagonistas opiáceos en el tratamiento de la dependencia a estas sustancias fue sugerida en 1948, basándose en las teorías conductuales sobre el origen y el mantenimiento de la adicción. Según éstas teorías, los fármacos con propiedades antagonistas bloquearían la euforia que sigue a la administración de opiáceos (refuerzo positivo) e impedirían la reanudación de la dependencia física y por tanto la aparición del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo). El bloqueo de los refuerzos positivos y negativos conduciría a la extinción de la conducta repetitiva de autoadministración de las drogas. Tras los primeros antagonistas estudiados (nalorfina, ciclazocina y naloxona) se sintetizó la naltrexona en 1963 cumpliendo los requerimientos de un antagonista potente y activo por vía oral. Su uso clínico para la dependencia de opiáceos fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en 1984 y en España fue aprobada en 1989.

La naltrexona, sustancia química derivada del ciclopropilo de oximorfona, es un antagonista opiáceo con nula actividad agonista. Su principal metabolito, el 6-beta-naltrexol, también posee propiedades antagonistas. Sus efectos derivan de un mecanismo competitivo con los receptores opiáceos del SNC. Presenta una alta afinidad para los receptores opiáceos, que supera en 150 veces a la morfina, Huzeler et al (1976)

La administración de 50 mg/día del antagonista opiáceo naltrexona ha demostrado ser una terapéutica de gran utilidad en el tratamiento de la dependencia a la heroína (Verebey et al 1976; Brewer 2002). El empleo del antagonista evita el efecto reforzador que en determinadas circunstancias ambientales tendría el consumo de derivados opiáceos, por lo que la falta del refuerzo repetido conduciría a la extinción de las respuestas de búsqueda de sustancias y por lo tanto de consumo, Ambrosio (2001). Tanto el tratamiento agudo como el crónico con naltrexona antagoniza los efectos de las drogas opiáceas (Gritz et al 1976; Mello et al 1981). La capacidad de

antagonizar está limitada por la dosis de agonista y antagonista, y también puede modificarse por las condiciones farmacológicas, así la hipersensibilidad de receptores por la administración crónica de antagonistas disminuye su acción, Young et al (1981). Presenta poco potencial de abuso debido a la falta de efectos agonistas, falta de euforia, falta de efectos desagradables iniciales y no crea dependencia física ni aparecen síntomas de abstinencia al discontinuar el tratamiento, Schechter et al (1974). En algunos estudios, la incidencia de efectos secundarios ha sido comparable en los individuos que tomaban naltrexona y en los que constituían el grupo de control que tomaban placebo. Ha de destacarse que, para la mayor parte de estos efectos no se ha hallado una relación causal con la naltrexona, pudiendo ser secundario a la abstinencia de opiáceos o bien estar presentes éstos antes de iniciarse el tratamiento, como resultado del abuso de tóxicos, del alcohol o de la malnutrición. Dentro de los efectos más frecuentes se encuentran los gastrointestinales. Mas del 10% de los sujetos refieren dolor abdominal, náuseas y vómitos, que en algunos casos motiva la suspensión del tratamiento, Mc Evoy (1990).

Parece demostrado que la efectividad de los Programas de Mantenimiento con Naltrexona (PMN), está ligada a una cuidadosa selección de los pacientes y a un seguimiento apropiado, Ginzburg (1984).

La naltrexona, como tratamiento de la dependencia de opiáceos, ha sido valorada en gran número de estudios clínicos con adictos en régimen ambulatorio, en pacientes en mantenimiento con metadona y en ex-adictos ya abstinentes. Los ensayos clínicos con drogodependientes son difíciles de llevar a cabo por la naturaleza y características de la población a estudio.

Los Programas de Mantenimiento con Naltrexona están indicados fundamentalmente en pacientes con fracasos previos en Programas Libres de Drogas, con una corta historia de consumo, con el suficiente apoyo social y familiar, con una aceptable adaptación social y una alta motivación para el abandono del consumo de drogas. El uso supervisado de la naltrexona hace que esto pueda ser considerado como un factor de protección no solo para el paciente sino también un factor de protección para la familia, ya que al realizarse la supervisión se intenta mantener adherido al paciente al tratamiento para evitar así el consumo de opiáceos, modificar hábitos perjudiciales y restablecer el nivel de salud

La tasa de retención en un programa de mantenimiento con naltrexona puede considerarse como el parámetro principal de la efectividad del mismo. Se han encontrado tasas de retención que varían desde el 32%,G reenstein et al (1984), el 35% a los 6 meses Kleber et al (1984), del 53% Ling et al (1984) y del 55% Albanese et al (2000). Tasas mayores de retención del 80%, Gold et al (1984) y del 63% Washton et al (1984). Ya en nuestro medio las tasas de retención oscilan desde el 30% hasta el 61% (Pino 1996; Avila et al 1993; Bedate et al 1995; Iraurgi et al 1997; Elizagárate et al 2001)

El empleo de los preparados de naltrexona de liberación sostenida en aquellos pacientes que muestran su disconformidad al uso oral ha sido objeto de estudio entre las dos formas de presentación de naltrexona, vía oral y en forma de implante subcutáneo, Hulse et al (2010) En muchas ocasiones la eficacia clínica del tratamiento con naltrexona oral ha sido limitado por el incumplimiento del paciente (Kirchmayer et al 2003; Comer et al 2007; Hulse et al 2009) así pues el implante de naltrexona se considera una alternativa terapéutica ya que elimina la exigencia a los pacientes de tomar dosis diarias de tratamiento y un depósito de naltrexona, implante subcutáneo, ha demostrado su seguridad y eficacia para reducir el consumo de heroína (Comer et al 2006; Lobmaier et al 2008; Kunge et al 2009)

Hay autores que postulan que el pronostico de adhesión al tratamiento con naltrexona mejora si el paciente en lugar de hacer una desintoxicación clásica se somete a una pauta de antagonización rápida (Naderi-Heiden et al 2010)

1.4.- PERSONAS DEPENDIENTES A OPIACEOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El interés por los trastornos de la personalidad (TP) en el campo de las adicciones radica en su importancia epidemiológica, su papel etiológico y su influencia en el pronóstico y tratamiento de las drogodependencias. La existencia de TP va a influir en el pronóstico, tanto por la diferente actitud como por la posibilidad de aparición de complicaciones en el curso de la adicción y la respuesta a éstas. Es bien conocido que buena parte de los sujetos que presentan adicción a drogas, cumplen criterios de uno o varios TP así como de otros trastornos psiquiátricos, Abbott et al (1994)

Un trastorno mental es “un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distrés) o deterioro de una o más áreas principales de actividad (incapacidad) o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte. Además este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular, por ejemplo la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea la etiología, el trastorno se considera como una disfunción psicológica, conductual o biológica. La conducta socialmente desviada, sea política, religiosa o sexual, o los conflictos del sujeto con la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado”, American Psychiatric Association (APA 1980).

La APA en 1995 define los TP como “un patrón de experiencias propias y conductas que se desvían marcadamente de las expectativas individuales para cada cultura, se añade que este patrón conductual se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos”. Para algunos autores Shea (1997) este patrón debe ser estable, inflexible y manifestarse en una amplia gama de situaciones sociales y personales, no limitados a episodios concretos. Además, los rasgos de la personalidad deben causar incapacidad funcional significativa, social o laboral. Sus manifestaciones se deben reconocer ya en la adolescencia o antes de la edad adulta, y continuar a lo largo de la misma y a veces hacerse menos patentes o atenuarse en la edad intermedia o avanzada. Se añade que con frecuencia estos trastornos aparecen conjuntamente con otros trastornos mentales.

Para la CIE-10 se trata de alteraciones severas de la personalidad y la conducta que implican desviaciones pronunciadas de los patrones culturales habituales e invaden áreas diversas del comportamiento general del individuo, iniciados en la adolescencia, que continúan en la edad adulta y pueden originar problemas laborales y sociales. Para la DSM-IV los TP son patrones de conducta inflexibles y desadaptativos, que causan malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo, de inicio en la adolescencia y que persisten en edades posteriores.

La relación entre los factores de personalidad y el consumo de drogas ha sido y es objeto de controversia y uno de los puntos principales de investigación en el campo de las adicciones. Los sistemas nomológicos como las primeras ediciones del DSM

consideraron la dependencia de drogas como una variante de los trastornos de la personalidad (TP). Aunque no existe una personalidad adictiva prototipo, se han destacado ciertos rasgos relacionados con el desarrollo de la adicción

La importancia de realizar diagnósticos adecuados resulta básica para poder ofrecer una adecuada asistencia. La relación causal entre el trastorno por uso de sustancias (TUS) y el TP no está resuelta. Por un lado el consumo de sustancias podría aparecer a causa del TP complicando la evolución del mismo, hay estudios que postulan la existencia previa de patología de conducta como factor de vulnerabilidad para presentar en la preadolescencia o adolescencia TUS, Clark et al (1998). En la otra parte se encuentran trabajos, Hser et al (2003) en los cuales el inicio temprano en el consumo de sustancias se asociaba con una mayor probabilidad de presentar trastorno de la personalidad, en concreto trastorno disocial en la adolescencia.

Realizar una identificación de los pacientes con trastornos de la personalidad comórbidos es un reto para los servicios de tratamiento de adicciones. Los trastornos de la personalidad son evaluados por cuestionarios, inventarios, escalas aplicadas... y a menudo esos rasgos tienden a mejorar rápidamente con el tiempo, sobre todo en el caso de el trastorno de la personalidad de tipo disocial ya que abandonan el patrón de consumir sustancias ilegales, robar etc

Los trastornos de la personalidad han sido evaluados de diferentes maneras, hay una literatura extensa que apoya la existencia de una relación entre el empleo de una sustancia y el número de modelos y medidas de personalidad (Jaffee et al 2009) Entre los sujetos con trastorno por uso de sustancias se encuentran tasas altas de comorbilidad con trastornos de personalidad. En el National Epidemiologic Survey and Alcohol and Related Conditions indica que la proporción de esta comorbilidad es alta para los trastornos de la personalidad, 47,7%. Se encuentran estas proporciones particularmente altas en algunos trastornos como son el antisocial o el límite. Incluso se ha visto como la presencia de trastornos de la personalidad se asocia a altos niveles de angustia y a resultados de tratamiento mas pobre (Brooner et al 1997; Grant et al 2004; Bakken et al 2007; Darke et al 2007; Murray et al 2008)

La importancia de realizar diagnósticos adecuados resulta básica para poder ofrecer una adecuada asistencia. Esta correcta evaluación se puede ver dificultada por el prematuro diagnóstico en el Eje I, que en ocasiones puede estar determinado en parte por un trastorno de personalidad en el Eje II. Puede incluso que no se llegue a tal

diagnóstico, pero en ocasiones puede observarse una serie de problemas previos a la adicción donde el consumo de drogas es una opción probable. Dichos problemas pueden tener sus orígenes en unos patrones rígidos y poco adaptativos, propios de un trastorno de personalidad Casas (1992)

En estudios recientes la comorbilidad se ha enfocado entre los TUS y el Clúster B (antisocial, histriónico, narcisista y límite). Estos trastornos pueden tener una vulnerabilidad compartida debido a una superposición de áreas que incluyen la búsqueda de sensaciones, impulsividad y la intolerancia. Los altos niveles de ansiedad e intolerancia se encuentran tanto entre los TUS como en los trastornos de la personalidad (TP), esto hace que pueda tener implicaciones negativas tanto en los resultados de tratamiento como en la retención al mismo (Sher et al 2000; Daughters et al 2005; Dom et al 2006; Gratz et al 2006; Búnker et al 2007)

La variabilidad en los estudios realizados puede deberse a las diferentes tipos de medidas para evaluar y a las características de los diferentes muestras estudiadas. Por ejemplo mientras que el trastorno de la personalidad tipo antisocial se asociaba a un incremento de actividades ilegales y a una pobre respuesta en funciones psicosociales durante el seguimiento del tratamiento (Kosten et al 1989; Bell et al 1997), en una revisión de estudios recientes muestran como pacientes con trastorno de personalidad de tipo antisocial y sin trastorno muestran retenciones similares, Havens et al (2005)

El trastorno de la personalidad de tipo antisocial, Neufeld et al (2008) cursa con un aumento de la gravedad de la adicción comparables a las de otros estudios de pacientes dependientes de opiáceos (Alterman et al 1998). Hay autores, Hesse (2006) que utilizando instrumentos para la evaluación de depresión no encuentra que haya diferencias significativas de la gravedad de la adicción para entre los que puntúan para síndrome depresivo y las que no lo presentan

Han sido referidas características comunes en los adictos principalmente inmaduros, incapacidad para tolerar las frustraciones o posponer la satisfacción inmediata al placer, dificultad para manejar los sentimientos, mal control de impulsos, pobre juicio sobre la valoración de sus consecuencias aunque estas características no implican una personalidad adictiva y no está establecido si son causa o consecuencia de la adicción (Cox 1989; De Leon 1989; Tejero et al 1992)

La co-ocurrencia de trastornos de eje I y II es muy común y asociado con grave deterioro psicosocial (Crouse et al 2007; Ball et al 2011). Son varios los estudios que han encontrado que los trastornos de la personalidad y la adicción drogas se asocian a peores resultados terapéuticos si sólo se lleva un tratamiento clásico mientras que si se añade al mismo psicoterapia, administración de contingencias o intervenciones de comunidad terapéutica el pronóstico experimenta mejoría (Cacciola et al 1996; Verheul et al 2005), sin embargo Ball et al (2011) encontraron que el asesoramiento individual proporcionaba una reducción más sostenida de los síntomas psiquiátricos, sobre todo en pacientes en programa de mantenimiento con metadona

Con pacientes en programa de mantenimiento con metadona y buprenorfina y evaluando las propiedades psicométricas de la escala abreviada de Standardised Assessment of Personality (SAPAS, es un instrumento de proyección basada en entrevista breve que consta de ocho artículos dicotómico nominales tomados de la sección de apertura de una entrevista basada en informante, y se ha comprobado que tienen alta sensibilidad y especificidad como un filtro para los trastornos de personalidad) concluyeron que en términos de uso clínico el SAPAS puede alertar sobre la posibilidad de un trastorno de la personalidad en un paciente, pero obviamente nunca servirá como sustituto de una evaluación completa de los trastornos de la personalidad, Hesse et al (2008)

Una revisión de literatura encuentra como los trastornos de la personalidad y más frecuentemente el trastorno de la personalidad antisocial y el límite llevan asociado un mayor riesgo de abandono del tratamiento independientemente de la sustancia de abuso (Rounsaville et al 1986; Kosten et al 1989; DeJong et al 1993; Nace et al 1993; Thomas et al 1999). En los trabajos de (Samuel et al 2011) solamente el trastorno de la personalidad de tipo límite, cuando se evaluaban simultáneamente todos los trastornos de la personalidad presentaba resultados significativamente mas bajos en retención de tratamiento en comunidad terapéutica al cabo de nueve meses . El trastorno de la personalidad antisocial adulta se asocial con mayores tasas de encarcelamiento y en general un deficiente funcionamiento (Fridell et al 2006; Fridell et al 2007)

Diversos estudios han evaluado el efecto de los trastornos de la personalidad sobre las tasas de retención en el tratamiento o sobre el curso y por lo tanto la evolución del trastorno por uso de sustancias en pacientes con patología dual, con resultados contradictorios, de modo algunos han evidenciado una peor evolución del

trastorno adictivo en pacientes con esta comorbilidad Haro et al (2004), mientras que otros estudios no han confirmado estos hallazgos Compton et al (2003). Sin embargo, con la excepción del trastorno antisocial de la personalidad, existen escasos datos sobre la relación entre los diferentes trastornos de la personalidad y el trastorno por uso de alcohol u otras sustancias.

Hay trabajos en los que se predice que aunque los trastornos de la personalidad serían significativamente relacionados con diferentes tipos de sustancias en la población Jahng et al (2011), las correlaciones entre trastorno de la personalidad antisocial y los diagnósticos de dependencia de sustancias oscilo entre 0,45 y 0,62, encontrando trastorno de la personalidad de tipo dependiente y dependencia de alcohol con moderadas asociaciones.

Hay criterios del trastorno de la personalidad antisocial en consumidores de drogas que podrían ser más susceptible de intervención de “este comportamiento ilegal”, hay evidencias que sugieren que este criterio podría resolverse con tratamiento cognitivo conductual para frenar este comportamiento delictivo entre jóvenes. Sería posible entonces hacer este tipo de intervenciones adicionales en medio penal y hacerlas también a corto plazo en pacientes que inician tratamiento para por ejemplo el acto de comprar droga así se sugiere la necesidad de tratamiento de enfoque sobre las consecuencias a corto plazo (Armelius et al 2007; Fenton et al 2011)

Utilizando como instrumento de evaluación el Inventario del Temperamento y el Carácter Revisado (Perrero et al 2008) presentan datos en los que las dimensiones que resultan ser netamente significativas son las de Búsqueda de Novedad y la Autodirección en una muestra que estudiaba las diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población en general

Estudios con pacientes psicóticos muestran alta prevalencia en uso de sustancias, Helseth et al (2009) lo que conlleva a importantes implicaciones terapéuticas. La prevalencia del trastorno de la personalidad antisocial entre los consumidores de drogas por vía parenteral es alto y además hay mayor probabilidad de conductas sexuales de riesgo, transmisión de HIV y VHB y VHC, así como aumento de los niveles de ansiedad, e implicaciones sociales mas negativas (Brooner et al 1993; Booth et al 2003). En trabajos con pacientes adictos por vía parenteral con trastorno de la personalidad antisocial a los que se les incluyo en programas de control de drogas por vía parenteral se encontró como había disminuido el riesgo por

contagio de VIH, y la posibilidad de que el paciente iniciase tratamiento más fácilmente y así reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas, Havens et al (2007)

Investigando la calidad de vida en pacientes adictos a opiáceos, los resultados obtenidos mostraban que los trastornos de la personalidad, los conflictos interpersonales con la familia o pareja y la constante necesidad de tratamiento psiquiátrico y somático estaban relacionados con un peor subjetividad de la percepción de calidad de vida, mientras que cambios en uso de alcohol o drogas, la situación económica y legal y los problemas sociales con personas que no se correspondían con su vínculo familiar no había una asociación relevante con la puntuación de calidad de vida, Karow et al (2008)

La psicoterapia en pacientes con trastorno de la personalidad y trastorno por uso de sustancias es un desafío que requiere un enfoque integrado. Aunque hay estudios que evalúan la psicoterapia para un trastorno específico, hay todavía escasas referencias bibliográficas que describan la eficacia de programas de tratamiento en pacientes comórbidos, conferidos de seguimiento escasos para evaluar eficazmente el tratamiento, los resultados de estos estudios son alentadores por lo que los ensayos deberían realizarse en poblaciones mas grandes, con mayor número de pacientes, Kienast et al (2008)

En una muestra de mujeres con trastorno límite de la personalidad y trastorno por uso de sustancias demostraron como se experimentaba una mejoría en aquellas mujeres que habían recibido tratamiento siguiendo la terapia dialéctica conductual, presentaban menor uso de sustancias sugiriendo entonces que habían sido capaces de desarrollar habilidades de regulación de la emoción eficaces, Axelrod et al (2011). El estudio tenía la limitación de que había sido de corta duración y que además presentaba el sesgo de haber sido realizado sólo en mujeres.

También con mujeres con trastornos de la personalidad y abuso de sustancias se realizó un seguimiento durante 5 años y se evaluaron tres indicadores de funcionamiento social: empleo y educación, hospitalización y detenciones, concluyendo que los hallazgos obtenidos sugieren que el vínculo entre trastornos de la personalidad y el funcionamiento social no es una asociación simple y lineal, sino de una compleja interacción entre el estilo personal, cumplir las expectativas de la sociedad, y realizar un tratamiento por su dependencia de abuso de sustancias, Jansson et al (2009)

En pacientes exclusivamente dependientes de opiáceos, la intervención terapéutica experimental realizada sobre uno de los grupos de estudio demostró que en sujetos con niveles altos de psicopatía y mayor deterioro social, con una intervención altamente estructurada, y una administración de las contingencias había una mejor respuesta al tratamiento que aquellos que solo habían sido tratados con metadona, Neufeld et al (2008)

2.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1.- HIPÓTESIS

1. A medio plazo una gran parte de los pacientes que se encuentran a tratamiento en Programa de Mantenimiento con Naltrexona abandonan el mismo.
2. Existen factores demográficos, clínicos y de tratamiento asociados que mejoran o empeoran la retención en un Programa de Mantenimiento con Naltrexona.
3. Los pacientes que continúan en el programa de mantenimiento con Naltrexona a los doce meses disminuyen el nivel de gravedad de la adicción.

2.2.- OBJETIVOS

1. Determinar el índice de retención de los adictos a opiáceos en Programa de Mantenimiento con Naltrexona.
2. Identificar las variables demográficas, clínicas y características de tratamiento que se asocian a mayor y menor retención en el programa de mantenimiento con Naltrexona.
3. Identificar el nivel de mejoría en la gravedad de la adicción de los pacientes que se mantuvieron en el Programa de Mantenimiento con Naltrexona.

3.- MATERIAL Y MÉTODO

3. 1.- MATERIAL

3.1.1 PACIENTES DEL ESTUDIO, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

El estudio se ha realizado en un centro de titularidad privada del Principado de Asturias. Todos los pacientes que una vez realizada la desintoxicación mediante pauta clásica en régimen ambulatorio, o bien mediante Pauta de Antagonización Rápida Ambulatoria (PARA), o ya desintoxicados, firmaron el contrato terapéutico para iniciar el Programa de Mantenimiento con Naltrexona entre septiembre de 1996 y junio de 2004. Se les solicitó su consentimiento verbal para poder utilizar sus datos clínicos con fines de investigación. El 100% de los pacientes (n= 275) a los que se les solicitó su participación en el estudio aceptó.

Los **criterios de inclusión** en el estudio fueron los siguientes:

1. Pacientes adictos a la heroína que cumplan los criterios CIE-10 F11 de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de opiáceos.
2. Haber superado con éxito el tratamiento de desintoxicación (mediante una prueba de naloxona y/o analítica negativa de opiáceos en orina).
3. Firmar el contrato terapéutico para iniciar el Programa de Mantenimiento con Naltrexona
4. Dar su consentimiento verbal para poder utilizar sus datos clínicos con fines de investigación

Los **criterios de exclusión** fueron:

1. Embarazo, lactancia o mujeres en edad fértil que no utilicen método fiable de anticoncepción.
2. Antecedentes de hipersensibilidad a la naltrexona.
3. Insuficiencia hepática y/o hepatitis aguda. Valores de transaminasas iguales o superiores a 250 U.I.
4. Otras enfermedades graves o alteraciones significativas concomitantes en los análisis de laboratorio que puedan interferir en el desarrollo del estudio.
5. No dar su consentimiento verbal para poder utilizar sus datos clínicos con fines de investigación

3.1.2 EVALUACION

La elección de los instrumentos de evaluación utilizados para este trabajo de investigación ha sido realizada, teniendo en cuenta:

- a) Tratarse de instrumentos de reconocido prestigio nacional e internacional que se encuentran validados y estandarizados para nuestro país
- b) Los objetivos que se pretenden alcanzar en este estudio
- c) Las características de la población a estudio y el grado de aceptación de las herramientas evaluadoras por parte de la misma
- d) Las características intrínsecas de los instrumentos a utilizar

A todos los pacientes se les aplicó la siguiente batería de evaluación:

1. Anamnesis completa.
2. Exploración física completa: incluyendo realización de ECG, toma de tensión arterial, valoración de función respiratoria, etc.
3. Aplicación de un cuestionario "ad hoc" donde se recogen los aspectos sociodemográficos y clínicos del pacientes.
4. Determinación de los siguientes parámetros: *VHB*, *VHC*, *VIH*, *AST/GOT*, *ALT/GPT*, *GGT*, al inicio del tratamiento
5. Aplicación del EuropASI (Índice Europeo de Gravedad de la Adicción) al inicio, a los seis meses y al año de tratamiento.
6. Aplicación del IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad CIE -10) al inicio, a los seis meses y al año de tratamiento.
7. Cumplimentación de la Hoja de Notificación Individual de Admisión a Tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

Los datos serán archivados y el tratamiento de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Su intimidad quedará salvaguardada en todo momento, y su nombre o el de sus familiares no aparecerán en ningún tipo de comunicación.

3.1.2.1.- Protocolo “AD HOC”

En el se recogen aspectos sociodemográficos, y clínicos del paciente: domicilio del paciente antecedentes personales, físicos, psiquiátricos y familiares:

- a. Datos de identificación del individuo: nombre, apellidos, fecha de nacimiento, género y edad
- b. Otros datos sociodemográficos: residencia (rural, urbana); estado civil (soltero, casado, viudo, separado/divorciado); nivel educativo (no sabe leer ni escribir, estudios primarios, secundarios, formación profesional, diplomatura, licenciatura); situación laboral (parado, con contrato indefinido o temporal, autónomo, estudiante, ama de casa, pensionista); fuentes de ingreso durante los tres últimos meses (empleo, paro, pensión, compañeros, familiares y amigos, ilegal, prostitución); antecedentes judiciales
- c. Antecedentes psiquiátricos: familiares y personales
- d. Antecedentes somáticos personales:
 - a. Enfermedades físicas previas y actuales del sujeto
 - b. Medicamentos que tiene prescritos en el momento de la entrevista
- e. Determinaciones analíticas: VIH, VHC, VHB, AST/GOT, ALT/GPT y GGT al inicio de tratamiento
- f. Hábitos tóxicos:
 - a. Consumo de heroína, metadona, cocaína, benzodiazepinas/hipnóticos, cannabis, drogas de síntesis
 - b. Antecedentes de consumo de drogas en la familia
 - c. Vía inicial de consumo: oral, nasal, fumada/inhalada, intravenosa
 - d. Vía actual de consumo: oral, nasal, fumada/inhalada, intravenosa
 - e. Dosis habitual de consumo al inicio del tratamiento
 - f. Motivos de inicio en el consumo: por probar, sentirse bien, ser adulto, hacer lo que los demás
 - g. Numero de tratamientos anteriores para abandonar el consumo de drogas
 - h. Motivos de inicio de tratamiento en Programa de Mantenimiento con Naltrexona (propia voluntad, presión familiar, deterioro físico, presión judicial, no poder costearse el consumo, ver deterioro de otros)

3.1.2.2.- EUROPASI Adaptación Europea del Addiction Severity Index (Índice de Gravedad de la Adicción) 5ª versión

El Índice de Gravedad de la Adicción (ASI) es una entrevista relativamente breve, semiestructurada, y realizada para proporcionar información sobre aspectos de la vida del paciente que hayan podido contribuir a su Síndrome de Abuso de Sustancias. El ASI (Addiction Severity Index), fue creado en 1980 por un equipo de la Universidad de Pennsylvania, con una extensa experiencia en el área de las conductas adictivas. (McLellan et al 1982; McLellan et al 1985).

Dentro del marco de la Comunidad Económica Europea, a través del grupo de expertos COST-A6, se ha llevado a cabo el proceso de adaptación de la 5ª versión del ASI al contexto europeo, Kokkevi et al (1995). Así surgió la versión europea del ASI o EuropASI al inicio de 1993 comenzó su desarrollo de la mano de Hartgers y Kokkevi. El principal objetivo de este grupo de trabajo fue desarrollar un EuropASI uniforme que permitiese la comparación de pacientes dependientes de alcohol y drogas de toda Europa (con y sin contacto institucional para el tratamiento).

Las modificaciones realizadas en esta adaptación pueden resumirse así:

- Algunos ítems de la versión americana no se consideran relevantes, con lo que estas cuestiones han sido reformuladas.
- Otros ítems no podían ser literalmente traducidos a la situación europea por no existir diferencias en el sistema de Seguridad Social y en los sistemas terapéuticos.

Esta entrevista puede ser realizada a cualquier tipo de pacientes con problemas de abuso de sustancias por un técnico entrenado en un breve espacio de tiempo. Técnicos entrenados pueden estimar la severidad de los problemas de los pacientes entrevistados con una fiabilidad media de 89%. Este nivel de fiabilidad es uniformemente alto en cada una de las siete áreas y en subgrupos de pacientes divididos según edad, sexo y otras características (McLellan et al 1982; Kosten, 1983).

Han sido demostradas su validez concurrente y predictiva, lo que sugiere que el instrumento puede ser utilizado con confianza, McLellan et al (1983). Las áreas comprendidas en el ASI son relativamente independientes, así la gravedad de los

problemas relacionados con las drogas no está necesariamente en función de la gravedad del consumo de alcohol o de otras drogas.

Es el primer paso para obtener un perfil del paciente para su posterior uso por los clínicos o investigadores. Por esto, resulta particularmente importante que el paciente comprenda el propósito de la entrevista. Si se utiliza exclusivamente con fines clínicos debería considerarse como el primer escalón en la comprensión de la magnitud del problema global por el cual el paciente está buscando ayuda y la base para la planificación del tratamiento inicial.

El juicio del entrevistador es importante para decidir la veracidad de las manifestaciones del paciente y su habilidad para comprender la naturaleza y la intención de la entrevista.

Tras diversos estudios realizados se ha podido conocer:

- Los tipos específicos de constelaciones de problemas que tienen las diferentes poblaciones de adictos, Woody et al (1983).
- Que la gravedad en el área psicológica, más que las del alcohol o la droga, son los predictores más consistentes del resultado del tratamiento, McLellan et al (1981).
- Que la mejoría en un área determinada no está relacionada con la mejoría en otras áreas, Crombach et al (1970).
- Que los distintos tipos de pacientes responden de forma diferente al mismo tiempo (McLellan et al 1984; Woody et al 1984).
- Que la psicoterapia profesional, de soporte o expresiva, o cognitivo-conductual, al añadirse al counselling standard puede producir de forma significativa mejores resultados que el único y simple uso de este último, Sánchez-Carbonell et al (1989).

El EuropASI, define la gravedad como la necesidad de tratamiento cuando éste no exista, o como la implementación de un tipo de tratamiento adicional en caso de que el paciente esté recibiendo algún tipo de tratamiento en el momento actual. (Ver Anexo I)

La evaluación de la gravedad se realiza en seis áreas:

- a. Situación médica
- b. Empleo y soportes
- c. Alcohol y otras drogas
- d. Situación legal
- e. Relaciones familiares y sociales
- f. Estado psicológico/psiquiátrico

Es especialmente importante que el paciente desarrolle la capacidad de expresar hasta qué punto ha experimentado problemas en cada una de las áreas seleccionadas, y el grado de importancia que atribuye al tratamiento para esos problemas. Estas estimaciones subjetivas son centrales para la participación del paciente en la evaluación de su condición. Para estandarizar estas evaluación se emplea una escala de 5 valores (0-4) para que los pacientes valoren la gravedad de sus problemas y hasta que punto piensan que el tratamiento para los mismos es importante:

- 0 – Nada/Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 – Considerable
- 4 – Extrema

Varias preguntas requieren que el paciente estime cuanto tiempo ha experimentado un problema concreto en los últimos 30 días. Estos ítems pueden resultar difíciles para el paciente, y puede ser necesario sugerirle métodos de estructuración del tiempo

Durante la administración del EuropASI existen múltiples oportunidades para clarificar las preguntas y respuestas, hecho que se considera esencial para obtener una entrevista válida

Las puntuaciones de gravedad realizadas por el entrevistador en cada una de las áreas problema pueden ser clínicamente útiles. Las puntuaciones en cada área problema están basadas exclusivamente en las respuestas a las preguntas objetivas y subjetivas de esa área, y no en información extra obtenida fuera de la entrevista.

En todas estas áreas se hacen preguntas objetivas que miden el número, extensión y duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. Es muy importante que el sujeto entrevistado sea capaz de establecer con la mayor exactitud posible cuáles son los problemas que presenta en cada una de las áreas y el grado de importancia que concede a cada una de ellas. La sección final de cada área es una valoración de 10 puntos (0-9), mediante la cual el entrevistador debe valorar la gravedad en cada área, según la siguiente equivalencia

- 0-1 No existe problema real, el tratamiento no está indicado
- 2-3 Problema leve, el tratamiento probablemente no es necesario
- 4-5 Problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento
- 6-7 Problema considerable, el tratamiento es necesario
- 8-9 Problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario

Es importante tener en cuenta que estas puntuaciones no intentan ser una estimación del beneficio potencial del tratamiento para el paciente, sino el grado con el que es necesario algún tipo de intervención efectiva, independientemente de que ese tratamiento está disponible o incluso exista.

A pesar de que las escalas de gravedad del conflicto son al final subjetivas, esta entrevista ha sido diseñada para valorar al máximo el uso de la información objetiva al realizar estas escalas. La obtención de la puntuación de gravedad debe de hacerse basándose exclusivamente en los datos objetivos.

Si el paciente no ha reportado problemas recientes o actuales, pero refiere necesidad de tratamiento, clarificar la base de esta valoración. Por ejemplo, paciente que no refiere ningún uso de alcohol ni drogas en los últimos 30 días y que no ha experimentado ansia por las drogas, pero considera que el tratamiento del tipo reuniones de AA continuadas es extremadamente importante, se le adjudicaría una puntuación de 4. En este caso el paciente está recibiendo tratamiento adecuado sin necesitar ningún tratamiento nuevo, diferente o adicional.

Los 2 últimos ítems de cada área están destinados a valorar la validez de la información, tal como se muestra a continuación:

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- a. Imagen distorsionada del paciente?
0 - No; 1 - Sí
- b. Incapacidad para comprender del paciente?
0 - No; 1 – Sí

Cuando la respuesta sea codificada como “Sí”, el entrevistador deberá anotar una breve explicación dentro del área “Comentarios”. El juicio del entrevistador es importante para decidir la validez de las manifestaciones del paciente y su habilidad para comprender la naturaleza y la intención de la entrevista. Esto no significa simplemente una impresión del entrevistador, sino que esta determinación deberá basarse en las respuestas del paciente después de comprobar y preguntar cuando haya informaciones contradictorias.

Los ítems objetivos críticos son:

- a. Salud física: 1 Hospitalizaciones, 3 Problemas de salud física crónicos
- b. Empleo/recursos: 5 Período más largo de empleo y 8 Patrón de empleo usual.
- c. Drogas/alcohol: 1-13 Historia de uso/abuso, 15^a-15B Delirium Tremens, Sobredosis, 16 Tratamientos recibidos y 19-20 Abstinencia voluntaria.
- d. Situación legal: 3-6 Cargos, 7 Condenas, 15-16 Causas judiciales actuales y 18 Realización de actividades ilegales en la actualidad.
- e. Relaciones familiares/sociales: 2, 3 Estabilidad y satisfacción con el estado civil actual 5 y 6 Estabilidad y satisfacción con la convivencia, 8 Satisfacción con el uso del tiempo libre 10-18 Problemas de relación serios a lo largo de la vida y 19^a-19B Días en el último mes de problemas serios con la familia / otras personas.
- f. Salud Mental: 1A Tratamiento hospitalario previo 3-10 Síntomas a lo largo de la vida y en el último mes.

3.1.2.3- I.P.D.E. - Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad

Entre las metas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) para la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico, está la

posibilidad de poder encontrar un instrumento útil y establecer su estandarización para uso de investigación clínica en todo el mundo, Loranger (1994).

El Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad valora las alteraciones de la personalidad según las clasificaciones del CIE-10 y DSM-IV. Se presentó como complemento del CIDI (Composite International Diagnostic Interview o Entrevista Internacional Compuesta para el Diagnóstico WHO, 2000) y el SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry o Cuestionario de Valoración Clínica en Neuropsiquiatría Wing et al 1990), puesto que en estos cuestionarios se omitieron las preguntas referentes al estudio de la personalidad. En 1979 se estableció el programa conjunto de OMS/ADAMHA sobre el Diagnóstico y la Clasificación de los Trastornos Mentales, el Alcoholismo y el Consumo de Drogas, para utilizar un lenguaje común y mejorar el diagnóstico y la clasificación en el campo de la salud mental. Se creó un programa de evaluación de los trastornos de personalidad que se usaría de manera internacional para poder realizar comparaciones entre los diferentes países y culturas. Es así como surge el IPDE, es una modificación del Personality Disorder Examination (PDE), Loranger (1991).

En la realización de este nuevo cuestionario participaron una serie de grupos de trabajo desde el año 1985. Se buscaba crear una entrevista que orientara sobre los trastornos de la personalidad. Fue revisada varias veces y en 1989 se realizó un estudio de campo en el que participaron 14 centros de 11 países de América del Norte, Europa, África y Asia, Loranger (1988). En Agosto de 1991 se realizó una revisión y se introdujeron cambios para adaptarse al cambio del DSM-III-R al DSM-IV. Además, se decidió publicar el IPDE por módulos. La entrevista combinada valoraría conjuntamente todos los trastornos CIE-10 y DSM-IV.

El IPDE se ha traducido a diferentes idiomas, aunque en algunos casos su traducción ha sido difícil ya que en determinadas ocasiones, tales como que el sujeto presentara características de analfabetismo o determinados dialectos o lenguas de complicada exposición, podría cambiarse el sentido de la pregunta o no darlo correctamente puesto que el entrevistador debería utilizar palabras propias para expresar la pregunta y que de esta manera el paciente sometido a examen la entendiese. Es en este punto donde la experiencia y pericia del examinador se ponen a prueba.

La versión IPDE (DSM-III-R) fue traducida al español por los Drs. Rubio Larrosa y Pérez Urdániz en colaboración con la OMS y el propio Loranger, creador del test. Tras la aparición del DSM-IV los mismos autores realizaron la traducción al español, bajo la dirección del Dr. López-Ibor, siendo finalmente publicado, con la colaboración de Laboratorios PFIZER, S.A., en febrero de 1997. (Ver Anexo II)

El IPDE es un cuestionario diseñado para que la entrevista se realice de una manera natural, buscando conocer, no sólo la manera de actuar de una persona actualmente, sino también a lo largo del tiempo, además de los cambios que se hayan podido producir a lo largo de éste. Todas las preguntas están diseñadas para que el sujeto pueda extenderse tanto como desee.

Aún no hay una decisión tomada sobre cuánto tiempo debería estar presente una conducta para que se la considerase un rasgo de personalidad, según la CIE-10 debe ser estable y de larga duración. Se ha llegado a establecer un periodo de cinco años, periodo que parece ser correcto puesto que si se considerase un periodo menor, como al principio se pensó, podría inducir ir a error, ya que sería demasiado corto a la hora de valorar la posible existencia de trastornos mentales episódicos o situaciones en la vida de una persona que pudieran producir cambios en su conducta en algunos momentos o determinadas ocasiones.

Se estableció que para considerar un rasgo de personalidad como patológico debía estar presente antes de los 25 años. En este sentido se observó como existían casos en los cuales el trastorno de personalidad podía presentarse de manera tardía (mayor de 25 años). Para subsanar este problema, el IPDE crea un apartado en el cual se reflejan los trastornos de personalidad *de novo*. También existe un apartado en el cuestionario para aquellos trastornos que a pesar de existir no han aparecido en el último año, sería entonces un diagnóstico en el pasado.

El IPDE se utiliza para identificar rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad según los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV. No utiliza rasgos neutrales, positivos o adaptativos y tampoco abarca otros trastornos mentales.

La exploración mediante este cuestionario, se organiza en seis apartados:

- Trabajo

- Afectos

- Yo (Self)
- Relaciones interpersonales
- Comprobación de la realidad
- Control de impulsos

Este cuestionario permite un sistema de puntuación múltiple:

- (0) conducta o rasgo ausente o normal.
- (1) exagerado.
- (2) nivel patológico.
- (NA) no aplicable.
- (?) dudoso o no contestado.

El módulo CIE-10 del IPDE examina la presencia o ausencia de todos los criterios de los trastornos de personalidad según la CIE-10. A su vez, facilita una puntuación dimensional sin atender si cumple o no los criterios del trastorno. Esta es una información adicional que complementa el diagnóstico y proporciona más fiabilidad en el análisis de datos.

El IPDE no debe de ser aplicado a personas menores de 18 años, aunque en algunos casos se haya practicado en sujetos a partir de 15 años, pero sin que sea lo habitual. No es conveniente su aplicación en sujetos agitados, con fuerte depresión o con retraso mental, ya que en estos casos el test carecería de validez.

El método de evaluación del IPDE es un método autodescriptivo, lo que en ocasiones puede provocar problemas ya que muchas veces el sujeto entrevistado puede no querer reconocer una conducta porque ésta sea mal vista, lo que pudiera perjudicarle socialmente. En otras situaciones puede producirse una exageración de la conducta básicamente con el fin de buscar ayuda y atención. En otras ocasiones, se puede producir simulación de conductas o rasgos patológicos, fundamentalmente cuando hay de por medio indemnizaciones o peritajes. Se debe tener presente también, que muchos pacientes pudieran tener una visión distorsionada de muchas de sus conductas, con lo que confundirían conductas y rasgos normales con anormales o viceversa. En la mayoría de los casos se requieren investigaciones añadidas en determinados aspectos. Es de gran utilidad poder contar con la colaboración de familiares o amigos íntimos ya que pueden facilitar una información adicional que complementa la información obtenida a través del propio paciente. El IPDE intenta solventar el problema utilizando una columna para el informante. A esta persona se le hacen las mismas preguntas que al propio sujeto, para poder tener una mayor

fiabilidad, ya que se supone que la información dada por el informante debería merecer más confianza que la del propio paciente. Cuando se transcriben las puntuaciones, se omiten las del paciente y se incluyen las del informante. No se deben exponer al paciente durante la entrevista las informaciones dadas por el informante, ya que en determinadas ocasiones, las discrepancias encontradas podrían afectar adversamente a la relación entre ambos.

En ocasiones puede ocurrir que pacientes que estén en un estado disfórico posean un recuerdo selectivo o una visión deformada de algunas facetas de su conducta. En otras situaciones se pueden equivocar los rasgos de personalidad normales y anormales con los síntomas de otros trastornos mentales. En dos estudios (Loranger et al 1991 y 1994) se ha demostrado que el IPDE no se modifica ante la presencia de síntomas depresivos y ansiosos presentes durante el curso del tratamiento de los trastornos depresivos o de ansiedad, sean de intensidad leve o moderada.

3.1.3- PROCESAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

El procesamiento estadístico de los datos fue realizado en el Área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo. Para el mismo se utilizó el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales, SPSS/PC+ versión 15 para Windows

La base de datos está compuesta por la información obtenida por los 275 sujetos que han colaborado, y que conforman la muestra definitiva es decir: datos de identificación del individuo, datos sociodemográficos, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, antecedentes somáticos personales, historia de consumo de drogas, motivos de inicio de tratamiento, dosis actual de consumo de drogas, puntuaciones en los instrumentos de evaluación psicométrica EuropASI e IPDE.

- Análisis descriptivo:
 - Cálculo de la media y correspondiente desviación estándar (variables continuas).
 - Distribución de frecuencias (variables cualitativas).

- Análisis univariado: se realizaron las siguientes pruebas estadísticas
 - Prueba de Chi Cuadrado (Procedimiento Crosstabs del Sistema SPSS/PC+) para comparación de grupos independientes (variables cualitativas). Las categorías son mutuamente excluyentes para variables cualitativas.
 - Prueba T de Student (procedimiento independiente T-test del Sistema SPSS/PC+) para comparación de datos independientes. Se compara una variable cualitativa y una cuantitativa.
 - Curvas de supervivenciade Kaplan-Meier para calcular la retención en el Programa de Mantenimiento con Naltrexona.

El nivel de significación estadística seleccionado fue, en todos los casos del 5% es decir, siempre que $p < 0,05$ se rechaza hipótesis nula.

3.1.4.- CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

Las etapas seguidas para la obtención de los objetivos establecidos han sido las siguientes:

- Diseño del estudio: agosto 1996.
- Trabajo de campo del presente estudio: septiembre 1996-junio 2004.
- Procesamiento de los datos y análisis de los resultados: enero 2012-julio 2012.
- Edición del trabajo de investigación y conclusiones: septiembre 2012-junio2013.

3.2.- MÉTODO

Con el fin de llevar a cabo los objetivos señalados se decidió optar por un estudio longitudinal prospectivo de seguimiento de 12 meses de una cohorte de pacientes adictos a opiáceos que inician programa de mantenimiento con naltrexona

La noción de estudio longitudinal hace referencia al estudio de cohortes en el que se realizan más de dos mediciones a lo largo del tiempo y en el que se realiza un

análisis que tiene en cuenta las diferentes medidas. Los tres elementos claves son: seguimiento, más de dos medidas y un análisis que las tenga en cuenta

Las particularidades de este tipo de diseño hace que se tenga que prestar atención especial al control de calidad durante su ejecución, a los abandonos durante el seguimiento, y a los datos perdidos en algunas de las mediciones. Entre las particularidades de los estudios longitudinales se encuentra una mayor probabilidad de abandono: para evitar los abandonos conviene establecer estrategias con el fin de retener y rastrear a los miembros participantes. Debe valorarse al comienzo la voluntad de participación e informar de lo que se espera de los participantes.

Hay que garantizar que todas las mediciones se realicen en el momento oportuno y con las técnicas normalizadas. La larga duración de algunos estudios obliga a que se tenga en cuenta el cambio de personal, el deterioro de los equipos, el cambio de las tecnologías y las inconsistencias de las respuestas de los participantes a lo largo del tiempo, Whitney et al (1998)

Los estudios longitudinales suelen ser costosos, requieren una mayor inversión de tiempo y conllevan numerosas dificultades como la atricción (pérdida de sujetos con el tiempo); sin embargo, frecuentemente resultan de gran valor, en virtud de la información que arrojan.

4.- RESULTADOS

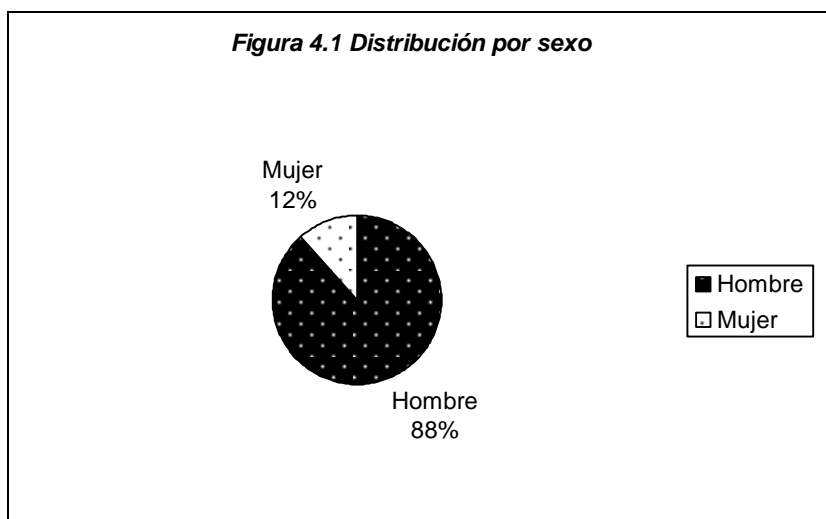
En primer lugar se realizará un análisis descriptivo de la muestra

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

4.1.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

1. SEXO

La muestra está constituida por 275 pacientes de los cuales 243 son hombres mientras que 32 son mujeres, hay por lo tanto un porcentaje del 88,4% de hombres frente a las mujeres 11,6%. (Figura 4.1)



A los seis meses del total de pacientes que permanecían a tratamiento (n=122), el 90 %, corresponden a hombres (n=110) y a mujeres el 9,8% (n=12).

A los doce meses permanece a tratamiento (n=62), son hombres el 87,1% (n=54) mientras que son mujeres el 12,9% (n= 8).

2. EDAD

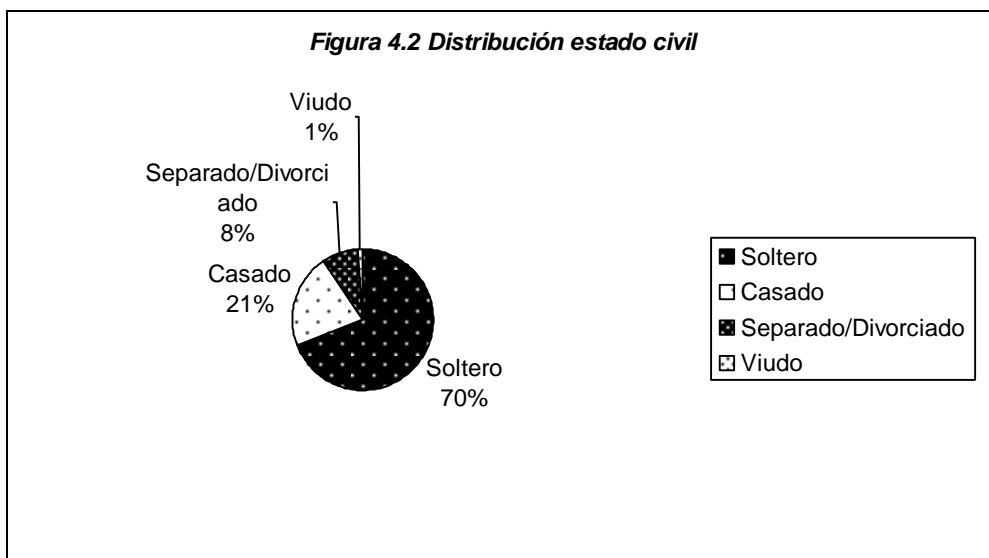
La media de edad de la muestra es de 29 años (DT= 5,9), con una edad mínima de 17 años y una edad máxima de 48 años. El mayor porcentaje de pacientes que inician tratamiento se encuentra en la franja de 29 años con el 8%.

La edad media de la muestra a los seis meses (n=122) es de 28,9 años (DT=5,9) con una edad mínima de 17 años y una máxima de 48 años. El mayor porcentaje de pacientes que inician el tratamiento se encuentra en la edad de 29 y de 32 años con un 9% (n=11) cada una.

La edad media de la muestra a los doce meses (n=62) es de 28,6 años (DT=5,8) con una edad mínima de 17 años y una máxima de 48 años. El mayor porcentaje de pacientes que inician el tratamiento se encuentra en la edad de 24 y de 32 años con un 9,7% (n= 6) cada una.

3. ESTADO CIVIL

El análisis de los datos muestra una mayoría de personas solteras 69,1 % (n= 190), seguidas de casadas 21,5% (n= 59), separadas y/o divorciadas 8,4% (n= 23) y de personas viudas 1,1% (n= 3). (Figura 4.2)

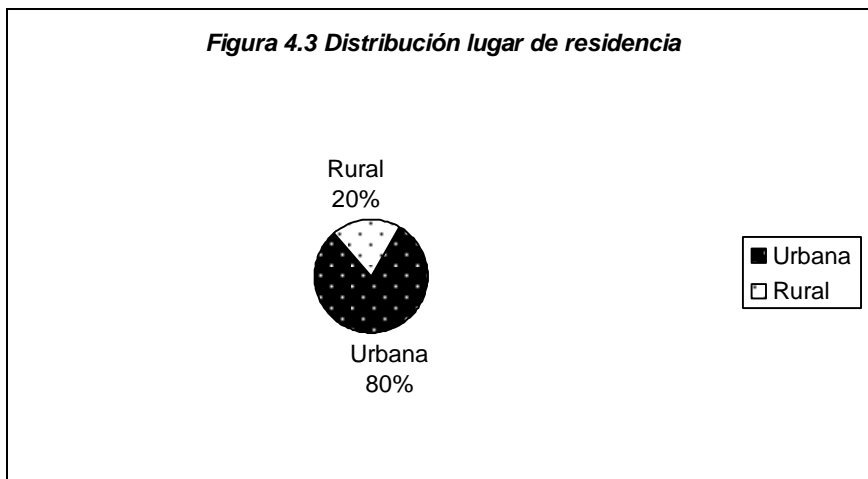


Del total de la muestra a los seis meses (n=122) el porcentaje mayor corresponde a las personas solteras con un 66,4% (n=81), seguido de personas casadas 26,2% (n=32) y por último de aquellas que están separadas y/o divorciadas 7,4% (n= 9).

A los doce meses (n=62) las personas solteras corresponden al 67,7% (n=42), seguido de las personas casadas 27,4% (n=17) y por último de aquellas que están separadas y/o divorciadas 4,8% (n= 3).

4. LUGAR DE RESIDENCIA

Los resultados obtenidos de la muestra (n=275) estudiada ponen de manifiesto que un 80,4% (n= 221) vivían en zona urbana mientras que el 19,6% (n= 54) lo hacían en medio rural. (Figura 4.3)



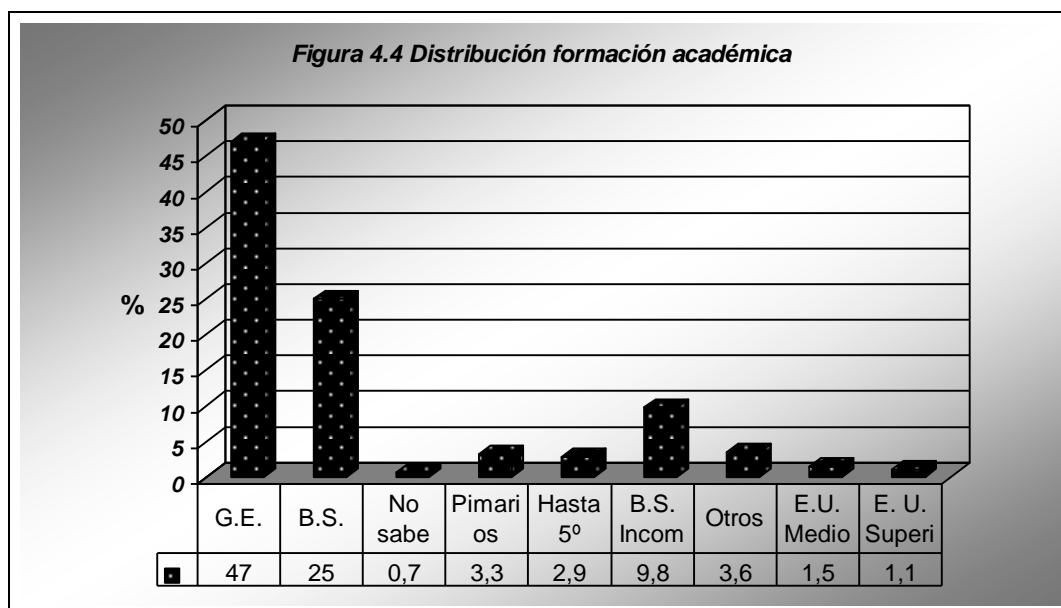
A los seis meses (n=122) el 79,5% (n=97) vivían en medio urbano y el 20,5% (n= 25) en medio rural.

A los doce meses (n=62) vivían en medio urbano el 80,6% (n=50) y el 19,4% (n= 12) lo hacen en medio rural.

5. FORMACIÓN ACADÉMICA

Un 47% (n= 130) de los pacientes tienen graduado escolar, seguidos de aquellos sujetos que tienen bachiller superior 25% (n= 70). Los pacientes que no supiesen leer o escribir corresponden a un 0,7% (n=2), con estudios incompletos primarios el 3,3% (n= 9), hasta quinto curso de EGB 2,9% (n= 8), que no hayan completado el bachiller superior el 9,8% (n= 27), otros títulos que exigen el

graduado escolar o bachiller 3,6% (n= 10), con estudios universitarios medios el 1,5% (n= 4) y con estudios universitarios superiores el 1,1% (n= 3). (Figura 4.4)

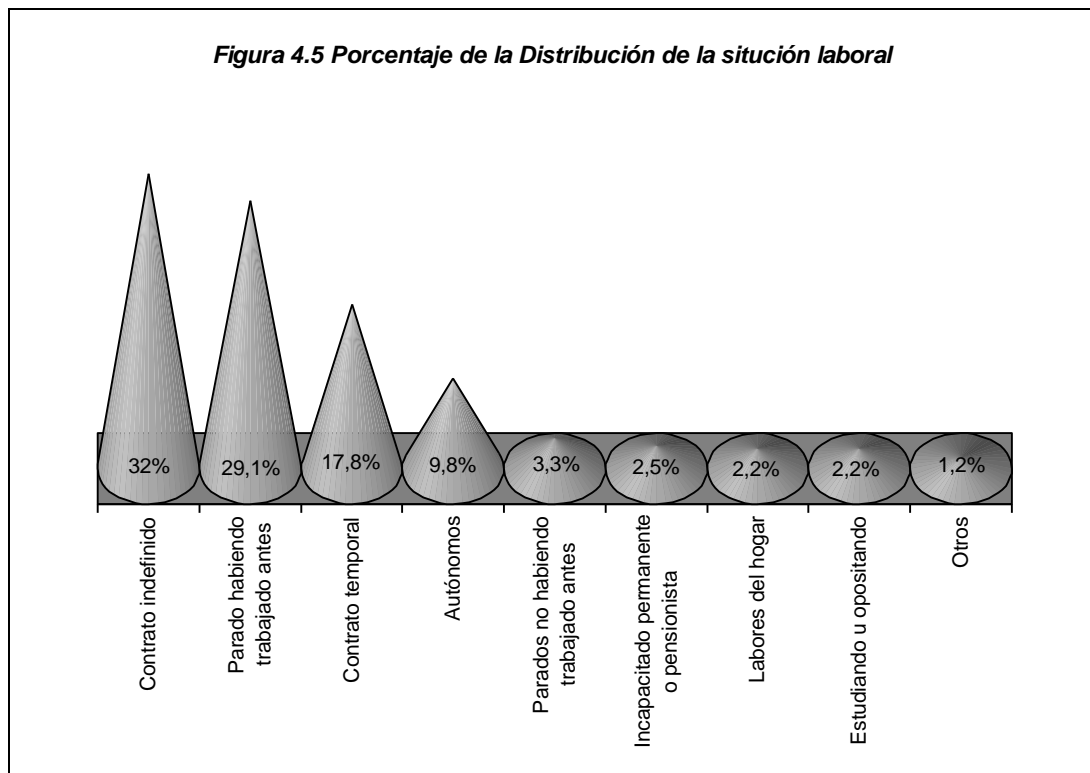


A los seis meses (n= 122) el mayor porcentaje lo representan aquellos pacientes que tienen graduado escolar 37,7% (n=46), seguido de aquellos con bachiller superior 30,3% (n= 37%), en la misma proporción los que tiene incompleto el graduado escolar y aquellos que tienen otros títulos que exigen graduado escolar o bachiller con 4,9% (n=6) cada uno, hasta quinto curso de EGB 3,3% (n= 4), con estudios incompletos primarios o estudios superiores se encuentran el 2,5 (n=3) cada uno y por último que no sepan leer o escribir y con estudios universitarios medios el 1,6% (n= 2).

A los doce meses (n=62) siguen siendo aquellos pacientes que tienen graduado escolar los que tienen mayor puntuación el 40,3% (n=25), seguido de aquellos con bachiller superior 32,3% (n= 20), y después se encuentran los que tiene incompleto el bachiller superior y aquellos que tienen otros títulos que exigen graduado escolar o bachiller con 6,5% (n=4) cada uno, a continuación los pacientes que tienen incompleto el graduado escolar 4,8% (n=3) hasta quinto curso de EGB y que no sepan leer o escribir el 3,2% (n= 2), finalmente los sujetos con estudios universitarios superiores y aquellos que no han completado los estudios primarios 1,6% (n= 1).

6. SITUACIÓN LABORAL

De las 275 personas que componen la muestra se encuentran con contrato indefinido el 32% (n= 88) y parado habiendo trabajado antes el 29,1% (n= 80) las personas que se encuentran con contrato temporal son el 17,8 % (n= 49) y trabajadores por cuenta propia 9,8% (n= 27), los parados no habiendo trabajado antes corresponden al 3,3% (n= 9), incapacita permanente o pensionista el 2,5% (n= 7), labores del hogar 2,2% (n= 6), estudiando u opositando 2,2% (n=6) y otras entre las que se incluyen el contrato laboral y una pensión a la vez o bien trabajar y estar estudiando a la vez al 1,2 % (n= 3). A modo de resumen el 59,5 % (n=108) de los paciente se encontraban trabajando, el 32,4% en el paro (n=89) y el resto eran pensionistas, amas del hogar y estudiantes 8,1% (n=22). (Figura 4.5)

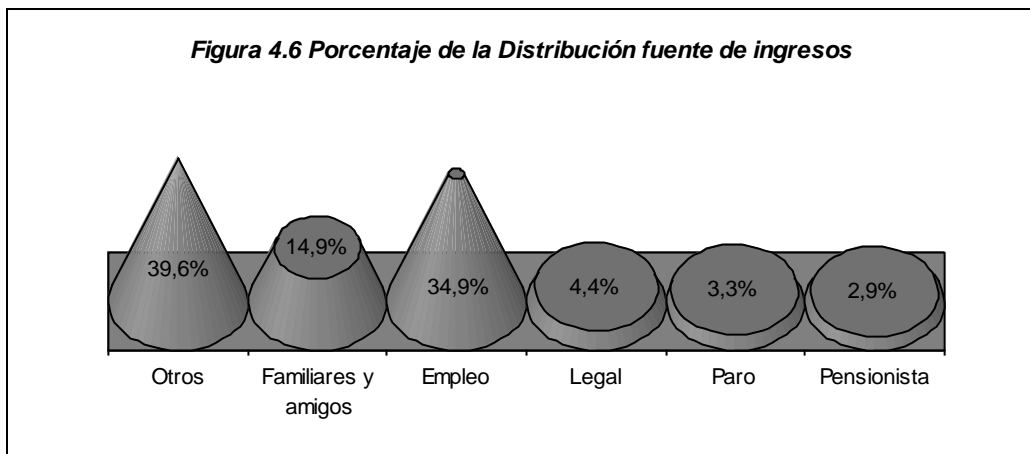


A los seis meses (n=122) el 51, 5% (n=75) estaban trabajando mientras que el 32,7 % (n= 40) se encontraban en el paro, y pensionistas, amas de casa o estudiantes representaban el 15,8% (n=7).

A los 12 meses (n= 62) los pacientes que estaban trabajando correspondían al 59,7% (n= 37), en el paro el 34,1% (n= 21) y eran pensionistas, amas de casa o estudiantes el 6,4% (n=4).

7. FUENTE DE INGRESOS

La principal fuente de ingresos es una combinación (ayuda de familiares y amigos, empleo, prostitución, ilegal, pensión) que representa el 39,6% (n=109), a continuación el empleo con un 34,9% (n= 96), seguido de aquellos cuya fuente de ingresos se debe exclusivamente a familiares y amigos con un 14,9% (n=41), después aquellos que obtienen el dinero de manera ilegal con 4,4% (n=12) les siguen los que cobran la prestación por subsidio de desempleo que corresponden al 3,3% (n=9) y por último aquellos que cobran una pensión 2,9% (n= 8). A modo de resumen el 41,9% (n=123) presentaba ingresos de manera individual, mientras que el resto los tenían además de manera individual por ayudas o realizando actividades ilegales 58,1 % (n= 162). (Figura 4.6)

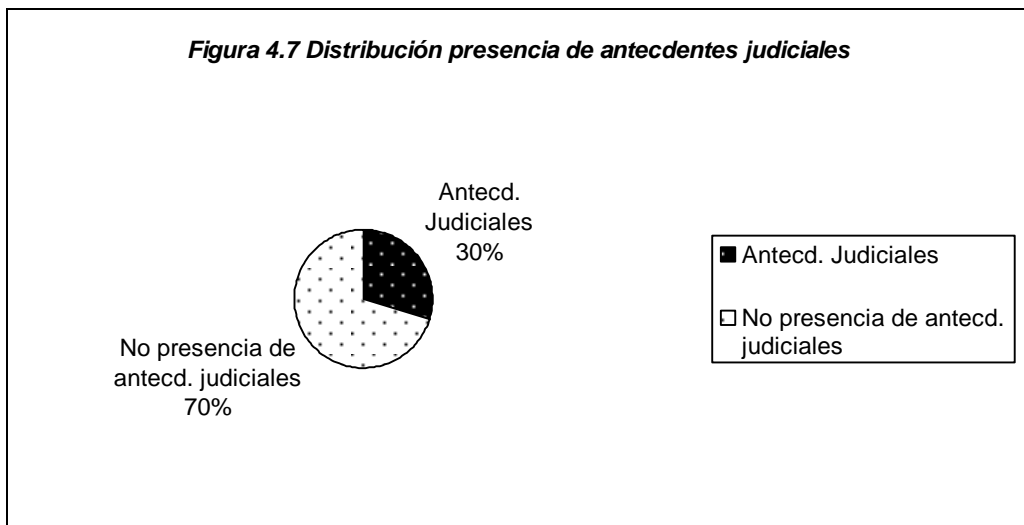


A los 6 meses (n=122), el 44,2% (n= 54) de los pacientes tenían ingresos de manera individual, mientras que el 55,8% (n= 68) lo obtenían por ayudas o de manera ilegal.

A los 12 meses (n=62), un 48,4% (n= 30) presentaba ingresos de manera individual mientras que el 51,6% (n=32) lo obtenían por ayudas y de manera ilegal.

8. ANTECEDENTES JUDICIALES

La distribución de la variable antecedentes judiciales en la muestra (n=275) presenta como resultados que un 29,8 % (n= 82) de los pacientes los presentaban frente al 70,2% (n= 193) que no tenían ningún tipo de antecedente judicial. (Figura 4.7)



La distribución de esta variable a los seis meses (n=122) muestra que el 74,6% (n=91) no presentan antecedentes judiciales mientras aparecen en el 25,4% (n= 31).

A los doce meses (n=62) tienen antecedentes judiciales el 24,2 % (n=15), frente al 75,8% (n= 47) que no los tiene.

4.1.2.- VARIABLES CLÍNICAS

4.1.2.1.- PRUEBAS DE LABORATORIO

1.-PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA

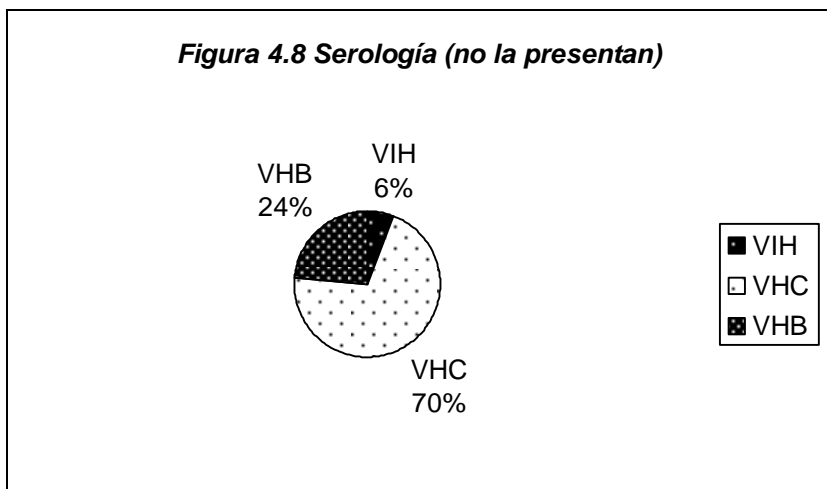
Los resultados obtenidos en las pruebas de función hepática al inicio del tratamiento son los que se muestran en la siguiente tabla. (Tabla 4.1)

Tabla 4.1 Pruebas de Función hepática

	MEDIA	DT	MAXIMO	MINIMO
AST/GOT	32,4	27,2	156	2
ALT/GPT	36,9	30,9	196	4
GGT	34	33,4	239	7

2.- SEROLOGÍA

En la muestra (n= 275) se encontró que un 10% (n=30) de los pacientes estudiados presentaban el virus de la hepatitis B frente al 89,1% (n= 245) que no lo tenían. En lo que se refiere a la presencia del virus de la hepatitis C un 29,8 % (n= 82) habían sido infectados por el virus frente al 70,2% (n= 193) que no lo padecían. En relación al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sólo un 2,5 % (n= 7) lo presentaban frente al 97,5% (n= 268) que habían resultado ser negativos. (Figura 4.8)



A los seis meses (n= 122) presentaban virus de la hepatitis B el 8,2% (n=10) frente al 91,8% (n= 112) que no lo tenían, el 29,8% (n=34) presentaban virus de la hepatitis C frente al 70,2% (n= 88) que no lo tenían y para finalizar el virus de la inmunodeficiencia humana no estaba presente en la muestra a los seis meses.

A los doce meses (n= 62) presentan virus de la hepatitis B el 6,5% (n=4), el virus de la hepatitis C el 27,4% (n=17) y el virus de la inmunodeficiencia humana no estaba presente.

4.1.2.2.- HISTORIA DE CONSUMO

1. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE HEROÍNA

La edad media de inicio en el consumo $n=275$ es de 20 años ($DT= 4,8$) con una edad mínima de inicio de 12 años que representa el 0,7 % y una edad máxima de 38 años que también representa el 0,7%.

La edad de inicio de consumo en la muestra a los seis meses ($n= 122$) es de 21 años ($DT=4,3$), con edad mínima de inicio de 13 años que representa el 0,8% ($n=1$) y una máxima de 33 años que representa el 0,8% ($n=1$).

A los doce meses la edad de inicio en el consumo de drogas de la muestra ($n=62$) es de 21 años ($DT=4,1$), con edad mínima de inicio de 13 años que representa el 1,6% ($n=1$) y con una edad máxima de 33 años que representa el 1,6% ($n=1$).

2. DOSIS INICIAL DE CONSUMO DE HEROÍNA

La dosis media de consumo de la muestra ($n= 275$) es de aproximadamente más medio gramo, 593,7 mg ($DT= 512,2$), con una dosis inicial máxima de 3 gramos/día y una mínima de 0 gramos/día.

La dosis de consumo de heroína al iniciar tratamiento a los seis meses era de 528,4 ($DT=369$) y a los doce meses 520,9 ($DT= 372,3$).

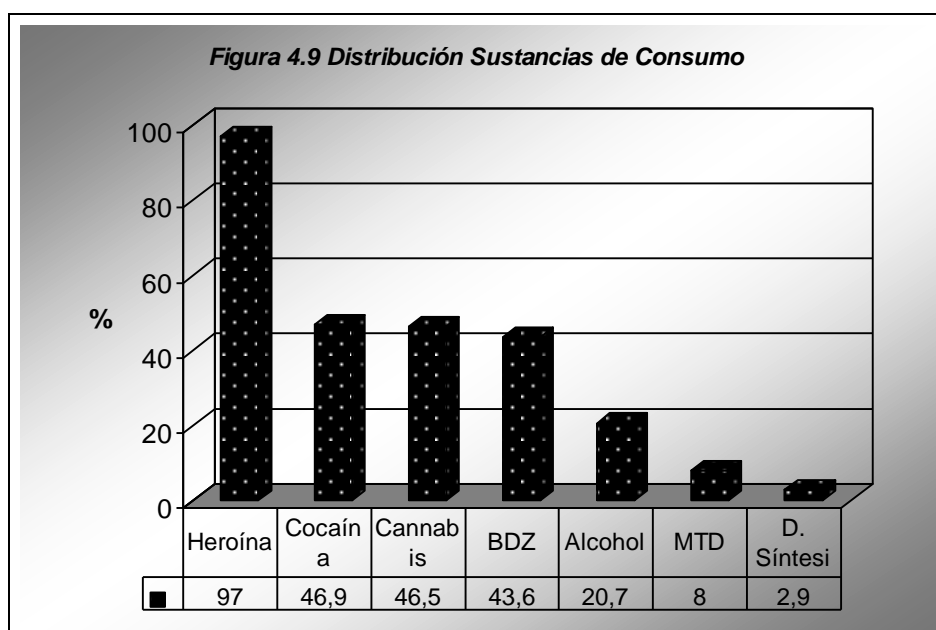
3. TIEMPO DESDE EL ÚLTIMO PERIODO ABSTINENTE

De la muestra estudiada ($n= 275$), el máximo periodo de abstinencia corresponde a 180 meses mientras que el mínimo periodo que se mantuvieron abstinentes no llegó a un mes, la media resultante de la muestra corresponde a 13,20 ($DT= 22,6$).

Para aquellos pacientes que permanecían a tratamiento a los seis meses la media correspondía a 12,1 ($DT= 19,4$) y a los doce meses de 11,6 ($DT=17,5$).

4. SUSTANCIAS DE CONSUMO EN EL INICIO DE TRATAMIENTO

La sustancia más frecuentemente consumida al inicio de tratamiento tras la determinación de drogas de abuso en orina es la heroína con el 97% (n= 267) de la muestra, seguido de la cocaína con un 46,9% (n=129), a continuación se encuentra el consumo de cannabis que representa el 46,5% (n= 128), después el consumo extraterapéutico de benzodiazepinas con el 43,6% (n= 120), le sigue el consumo de alcohol con el 20,7% (n= 57), a continuación el consumo de metadona 8% (n= 22) y por último el consumo de drogas de diseño 2,9% (n= 8). (Figura 4.9)

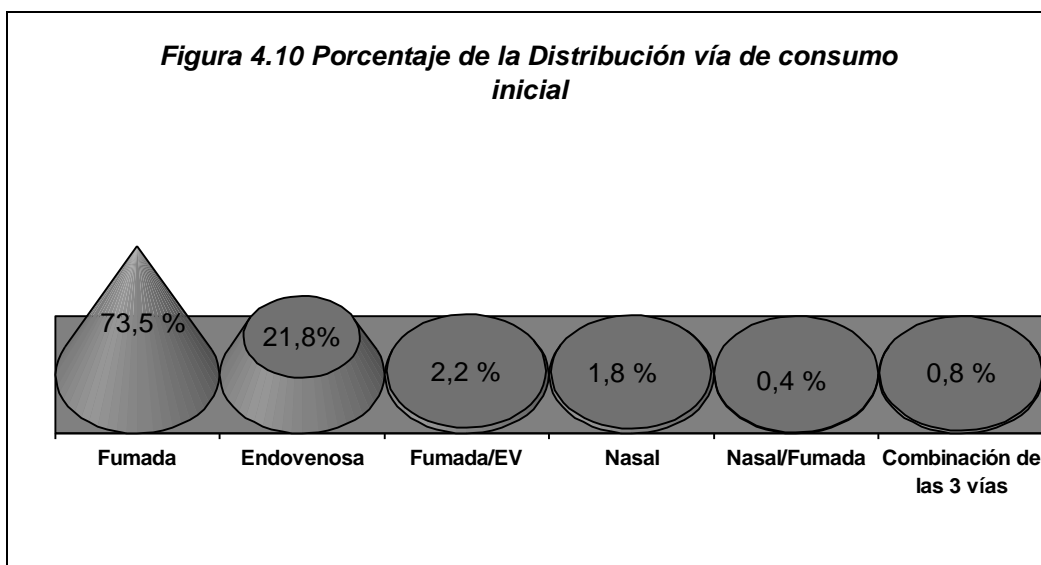


A los seis meses del total de la muestra (n=122) la variable de sustancias de consumo extraterapéuticas analizadas mediante urinoanálisis presenta que la más frecuentemente consumida era el cannabis con un 42,6% (n= 52), seguida de la heroína 28,7% (n= 35), la cocaína con un 26,2% (n=32), después las benzodiazepinas 4,1% (n= 5) y por último las drogas de síntesis 2,5% (n= 3).

A los doce meses del total de la muestra (n=62) las sustancias extraterapéuticas más frecuentemente consumidas era el cannabis y la heroína con un 35,5% (n= 22) cada una, seguidas de la cocaína con el 30,6% (n= 19), después las benzodiazepinas 4,8% (n= 3) y por último las drogas de síntesis 3,2% (n= 2).

5.- VIA INICIAL DE CONSUMO DE HEROÍNA

Los resultados obtenidos en relación a la vía inicial de consumo de heroína del total de la muestra estudiada (n= 275) ponen de manifiesto que el 73,5% (n= 202) de los pacientes consumía la heroína fumada, el 21,8 % (n=60) por vía endovenosa, combinando el consumo de heroína fumada y endovenosa 2,2% (n= 6), la vía nasal era utilizada por el 1,8 (n= 5) la combinación de la vía nasal y fumada el 0,4 % (n= 1), y por vía nasal, fumada y endovenosas el 0,4% (n= 1). (Figura 4.10)



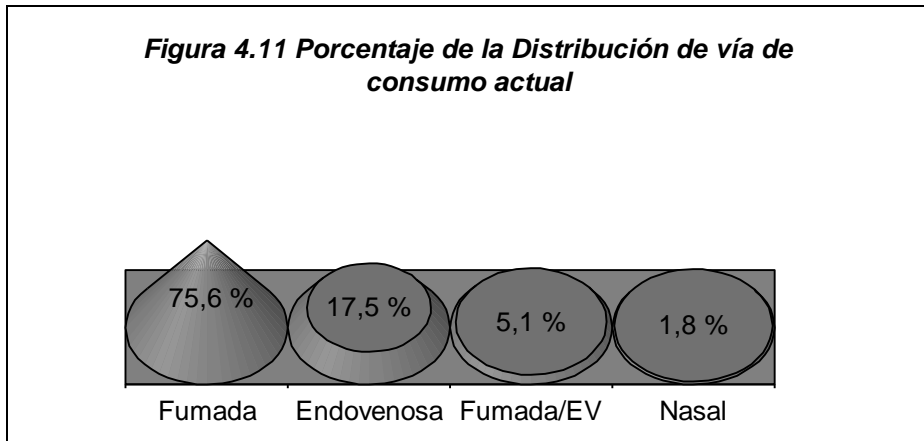
A los seis meses (n= 122) habían iniciado el consumo de heroína de manera fumada el 77,9% (n= 95), por vía intravenosa el 17,2 % (n= 21) y el resto combinando vías 4,9% (n= 6).

De los pacientes que continuaban a tratamiento a los 12 meses el 74,2% (n= 469) habían iniciado el consumo de manera fumada, el 21% (n= 13) por vía intravenosa y combinando vías el 4,8% (n=3).

6. VIA ACTUAL DE CONSUMO DE HEROÍNA

La vía actual de consumo de heroína muestra los siguientes resultados, el 75% (n= 208) de la muestra total (n= 275) presentaban un consumo de heroína de manera

fumada, por vía endovenosa el 17,5 % (n= 48), la combinación de la vía fumada con la vía endovenosa el 5,1% (n= 14) y por vía nasal el 1,8% (n= 5). (Figura 4.11)

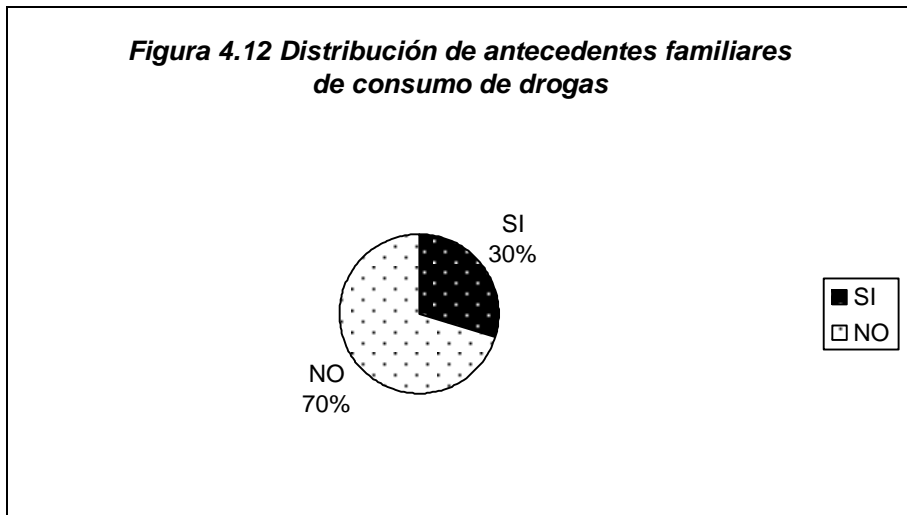


A los seis meses de manera fumada el 77,9% (n= 95), por vía intravenosa el 16,4% (n=20) y combinando vías el 5,7% (n= 7).

La vía actual de consumo de aquellos pacientes que continuaban a tratamiento a los doce meses era 67,7% (n= 42), consumo intravenoso el 25,8% (n= 16) y cambiando vías el 4% (n=6,4).

7. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE DROGAS

La presencia de la variable antecedentes familiares en la muestra (n= 275) pone de manifiesto que el 70,2 % (n= 193) de los familiares no presentaban antecedentes por consumo de drogas mientras que si lo hacían el 29,8 % (n= 82). (Figura 4.12)

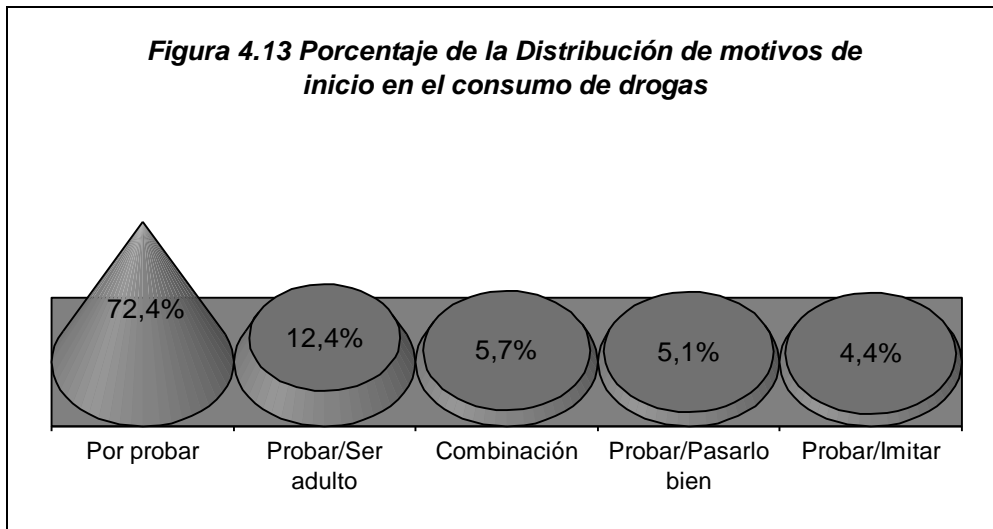


A los seis meses la variable de antecedentes familiares de consumo de drogas de la muestra (n=122) se encuentra que el 23% (n=28) tenían familiares con antecedentes mientras que el 77% (n=94) no los presentaba.

A los doce meses la muestra (n=62) presenta como resultados que el 24,2% (n= 15) tenían familiares con antecedentes de consumo de drogas mientras que el 75,8% (n= 47) no los presentaba.

8. MOTIVOS DE INICIO DE CONSUMO

De los 275 pacientes que componían la muestra el 72,4 % (n= 199) se inicio en el consumo por probar, el 12, 4% (n= 34) por pasarlo bien y hacer lo que los demás, por probar y pasarlo bien el 5,1 % (n= 14), por probar y hacer lo que los demás el 4,4% (n= 12) y una combinación de pasarlo bien sentirse adulto, pasarlo bien, hacer lo que los demás y probar el 5,7% (n= 14). (Figura 4.13)

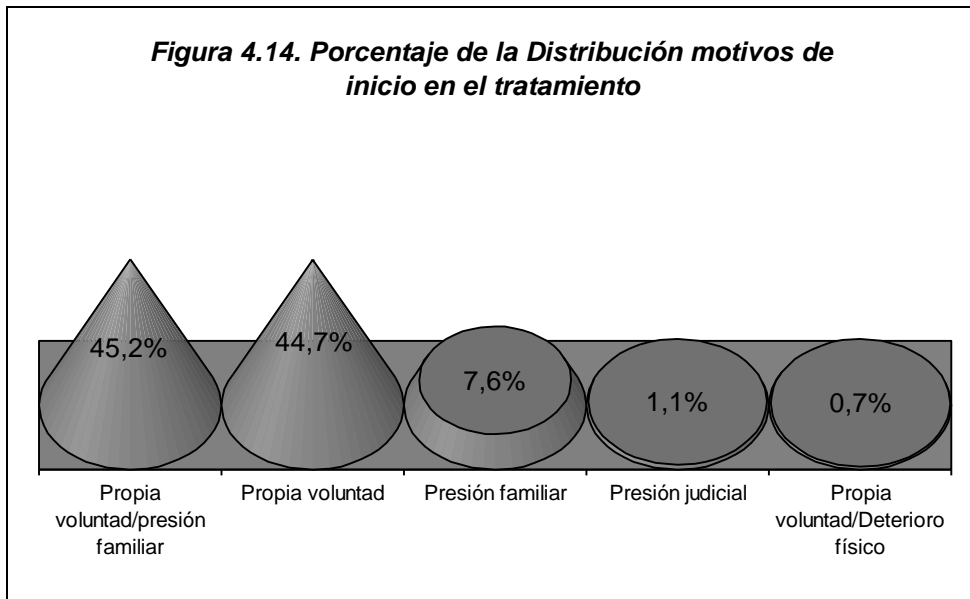


A los seis meses (n=122) muestra que el 77% (n=94) lo hacen por probar, el 10,7% (n= 13) por probar y sentirse adulto, por probar y pasarlo bien el 5,7% (n=7), por probar e imitar a los demás el 3,3% (n=4) y combinando las demás opciones el 3,2% (n= 4).

La distribución de la variable motivos de inicio de consumo de drogas a los doce meses (n=62) muestra que el 75,8% (n=47) lo hacen por probar, el 12,9% (n= 13) por probar ser adulto, por probar y hacer lo que hacen los demás el 4,8 % (n= 3), por probar y pasarlo bien el 3,2%(n= 2) y una combinación el 3,2% (n=2).

9.- MOTIVOS DE INCIO DE TRATAMIENTO

El análisis de los datos del motivo de inicio en el tratamiento muestran que el 45,2% (n= 126) lo inician por propia voluntad y además presión familiar, el 44,7% (n=123) lo hacen por propia voluntad como único motivo, un 7,6% (n=21) es por presión familiar, por presión judicial representa el 1,1% (n=3) y sólo por propia voluntad y deterioro físico el 0,7 % (n= 2). (Figura 4.14)



A los seis meses (n=122) refleja que el 47,5% (n= 58) lo hacen por propia voluntad y presión familiar, el 44,3% (n= 54) por propia voluntad, el 7,4% (n= 9) por presión familiar, y por presión judicial 0,8 (n=1).

A los doce meses de la muestra (n= 62) refleja que el 50% (n= 31) lo hacen por propia voluntad y presión familiar, el 41,9% (n= 26) por propia voluntad, y el 8,1% (n= 5) por presión familiar.

10.- NUMERO DE TRATAMIENTOS ANTERIORES

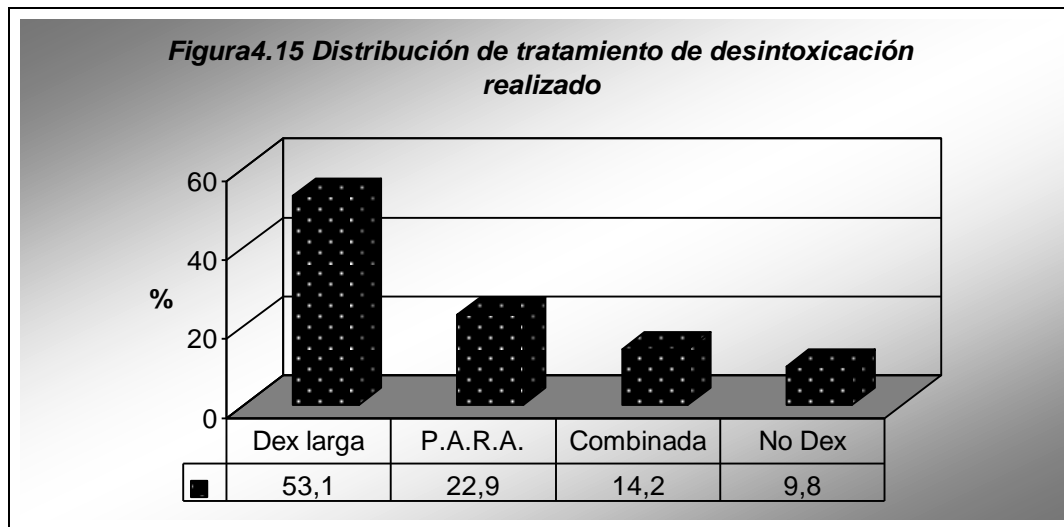
De la muestra total (n=275), la media del número de tratamientos anteriores realizados corresponde a 3,1 (DT= 3,5) con un máximo de 22 tratamientos realizados y un mínimo de ningún tratamiento.

El número de tratamientos anteriores a los seis meses (n=122) es de 3 (DT= 3,6) con un máximo de 22 tratamientos realizados y un mínimo de ningún tratamiento realizado.

Del total de la muestra (n= 62) el número de tratamientos anteriores la media a los doce meses es de 3 tratamientos por paciente (DT= 4,1) con un máximo de 22 tratamientos realizados y un mínimo de ningún tratamiento realizado.

11.-TIPO DE DESINTOXICACIÓN REALIZADA

El tipo de desintoxicación realizada presenta como resultados que el 53,1% (n= 146) realizó una desintoxicación ambulatoria larga, el 22,9% (n=63) una Pauta de Antagonización Rápida Ambulatoria (P.A.R.A.), combinaron ambos tipos de desintoxicaciones el 14,2% (n= 39) y no precisaron desintoxicación el 9,8% (n= 27). (Figura 4.15)

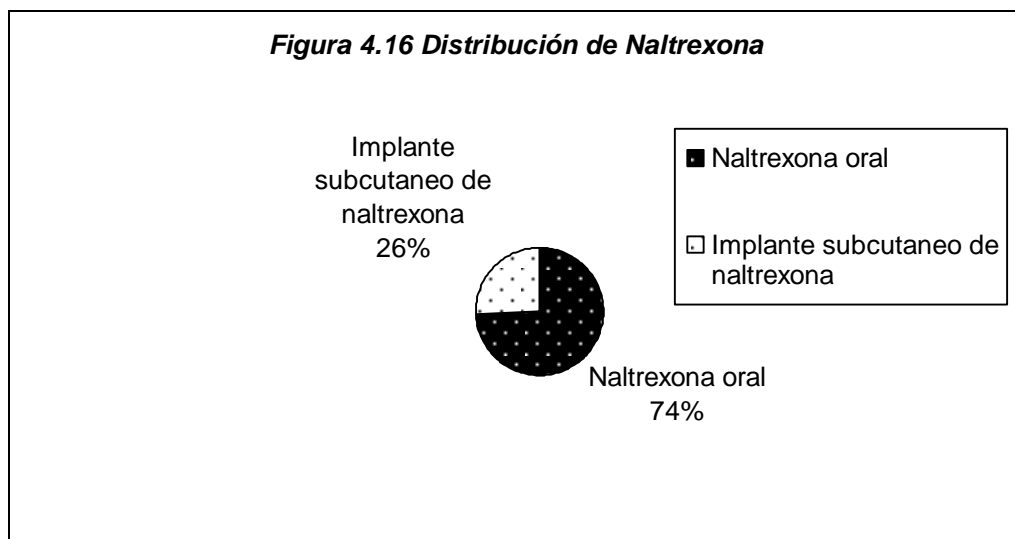


La variable tipo de desintoxicación realizada a los seis meses (n=122) muestra que realizaron una Pauta de Antagonización Rápida Ambulatoria (PARA) el 53,3% (n= 65), el 26,2% (n=32) realizaron una pauta ambulatoria larga, combinaron ambos tipos de desintoxicación el 10,7% (n=13) y no precisaron desintoxicación el 9,8% (n= 12).

A los doce meses (n=62) realizaron una Pauta de Antagonización Rápida Ambulatoria (PARA) el 51,6% (n= 32), el 32,3% (n=20) realizaron una pauta ambulatoria larga, combinaron ambos tipos de desintoxicación el 8,1% (n=5) y no precisaron desintoxicación el 8,1% (n= 5).

12.- TRATAMIENTO CON NALTREXONA

Del total de la muestra (n=275) analizada el 74,5 % (n=205) optaron por tomar naltrexona por vía oral, mientras que el 25,5% (n=70) eligieron la forma de implante subcutáneo de naltrexona. (Figura 4.16)



La distribución de la variable tipo de tratamiento con naltrexona de la muestra a los seis meses ($n= 122$) presenta como resultados que el 57,4% ($n=70$) tomaban la naltrexona por vía oral, mientras que el 42,6% ($n= 52$) lo hacían en forma de implante subcutáneo de naltrexona.

A los doce meses ($n= 62$) presenta como resultados que el 54,8% ($n=34$) tomaban la naltrexona por vía oral, mientras que el 45,2% ($n= 28$) lo hacían en forma de implante subcutáneo de naltrexona. (Figura 4.48)

4.1.3.- EUROPASI

Los resultados obtenidos en cuanto a la aplicación del EuropASI se presentan en la siguiente tabla. (Tabla 4.2)

Tabla 4.2 Resultados EuropASI

	MEDICO	EMPLEO	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA	PSIQUIATRIC O
MEDIA	1,7	2,4	1,3	7,12	1,8	2,5	2,6
D.T.	2	2,2	1,5	0,4	2	2,1	2,3
MAXIMO	7	9	9	8	9	9	9
MINIMO	0	0	0	5	0	0	0

El porcentaje de puntuación mas alta en total corresponde al apartado de drogas con un 83,3% ($n= 229$) de pacientes que presentaban una puntuación de 7. En el apartado médico se encontró que el 36% ($n= 99$) tenían una puntuación de 0, en

empleo y soportes las puntuaciones de 0 y 1 supone el 22,2% (n= 61) cada una. En el área de alcohol el 43,3% (n= 119) presentan una puntuación de 1. En lo que se refiere al área legal los mayores porcentajes se obtienen con las puntuaciones de 0 y 1 con un 29,1% (n= 80) y 28,7% (n= 79) respectivamente. En el área de familia el porcentaje mas alto se encuentra con la puntuación de 0 que supone el 19,3% (n= 53), seguido de la puntuación de 1 con un 18,9% (n= 52). Para finalizar el área psicológico tiene como valores un 26,2% (n=72) que corresponde a 0, el 17,1% (n= 47) que corresponde a una puntuación de 1 y el 16,7% (n= 46) para una puntuación de 5.

Los resultados obtenidos tras aplicar la variable de distribución del EuropASI a los 6 meses se presentan en la siguiente tabla. (Tabla 4.3)

Tabla 4.3 Resultados EuropASI a los seis meses

	MEDICO	EMPLEO	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA	PSIQUIATRICO
MEDIA	1,8	2	1,3	3,2	1,2	1,6	1,8
D.T.	1,9	1,9	1,3	1,9	1,5	1,5	1,6
MAXIMO	6	9	7	8	9	7	5
MINIMO	0	0	0	0	0	0	0

En el apartado médico la mayor puntuación correspondía a 1 con un 41% (n= 50), en el área de empleo y soportes de nuevo la mayor puntuación se corresponde con 1 con el 32,8% (n= 40), en al área de alcohol la mayor puntuación corresponde a 1 con el 58,2% (n= 71). En el área de drogas el 23% (n= 28) de los pacientes presentan una puntuación de 5 seguidos del 17,2% (n= 21) con una puntuación de 4. En el área legal las puntuaciones 1 y 0 se corresponden con el 48,4% (n=59) y 30,3% (n= 37) respectivamente. Para el área de familia la mayor puntuación encontrada corresponde a 0 con el 26,2% (n= 34) y en el área psicológico las puntuaciones 0 y 1 son las más frecuentes con el 25,4% (n=31) y 24,6% (n= 30) respectivamente.

Los resultados obtenidos tras aplicar la variable de distribución del EuropASI a los doce meses se presentan en la siguiente tabla.(Tabla 4.4)

En el área médica el mayor porcentaje corresponde a la puntuación de 1 con el 53,2% (n=33), en le área de empleo la puntuación 1 esta representad por el 40,3% (n=25), en el área de alcohol la puntuación más baja es de 6 con un resultado de 1,6% (n=1). En el apartado de drogas la puntuación más alta corresponde a 3 con un 21% (n=13) y la más baja con 8 con un 1,6% (n= 1). En el área legal la puntuación más frecuente es la de 1 con una representación del 62,9% (n= 39), lo mismo ocurre con el

área de familia cuya puntuación de 1 se corresponde con el 40,3% (n=25), al igual que el área psicológico con el 46,8% (n= 29).

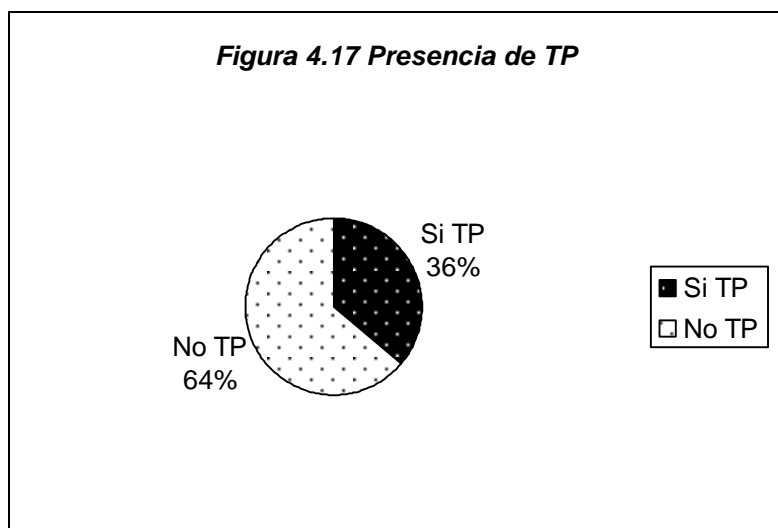
Tabla 4.4 Resultados EuropASI a los seis meses

	MEDICO	EMPLEO	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA	PSIQUIATRICO
MEDIA	1,9	2	1,2	2,8	1,1	1,6	1,3
D.T.	1,7	1,8	1	1,9	1,1	1,5	1,1
MAXIMO	6	9	6	8	5	7	5
MINIMO	0	0	0	0	0	0	0

4.1.4.- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. PRESENCIA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN EL IPDE

El porcentaje de pacientes que presentaban trastornos de la personalidad es del 36,1% (n= 100) mientras que aquellos que no presentan ningún trastorno de la personalidad corresponden al 63,6% (n= 175). La media resultante es de 0,36 (DT=0,48). (Figura 4.17)

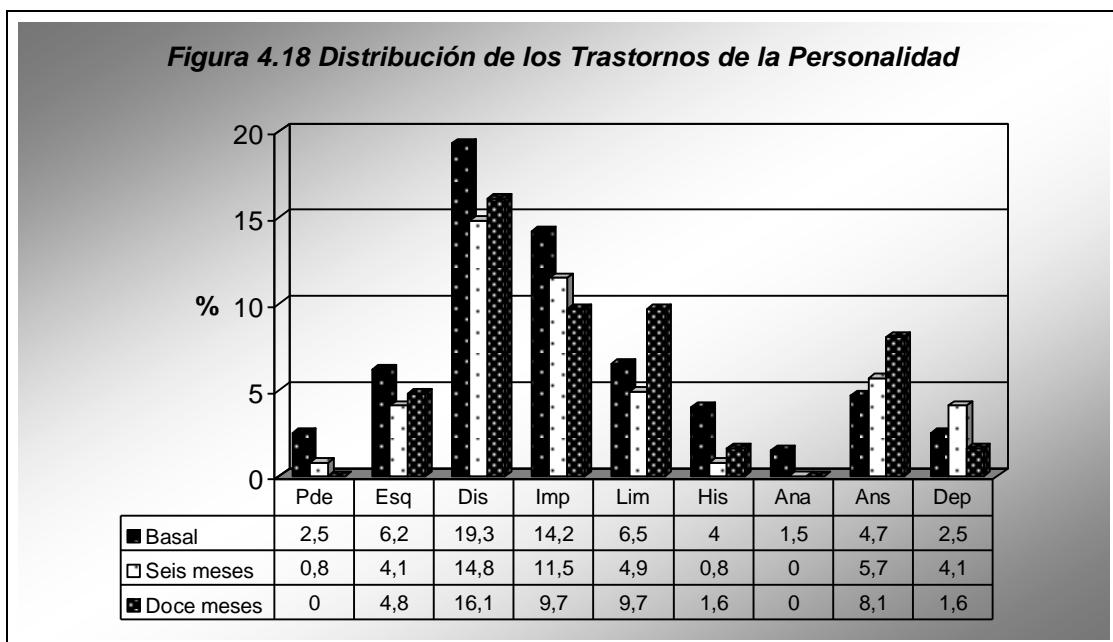


A los seis meses de la muestra (n= 122) presentan trastorno de la personalidad el 30,3% (n= 37) y no el 69,7% (n= 85). La media resultante es 0,3 (DT=0,46).

La presencia de trastornos de la personalidad en la muestra (n= 62) a los doce meses es del 33,9% (n= 21) y no presentaban trastorno el 66,1% (n= 41). La media resultante es 0,33 (DT=0,47).

2. IPDE

En relación a la distribución trastornos de la personalidad analizados mediante el IPDE de la muestra total (n=275), se encuentra que el trastorno más frecuentemente encontrado corresponde la trastorno de la personalidad de tipo disocial que representa el 19,3 % (n= 53), seguido del trastorno de la personalidad de tipo impulsivo con el 14,2 % (n= 39), después el trastorno de la personalidad de tipo límite con el 6,5% (n= 18). El trastorno menos frecuentemente encontrado es el anancástico con 1,5% (n=4). (Figura 4.18)



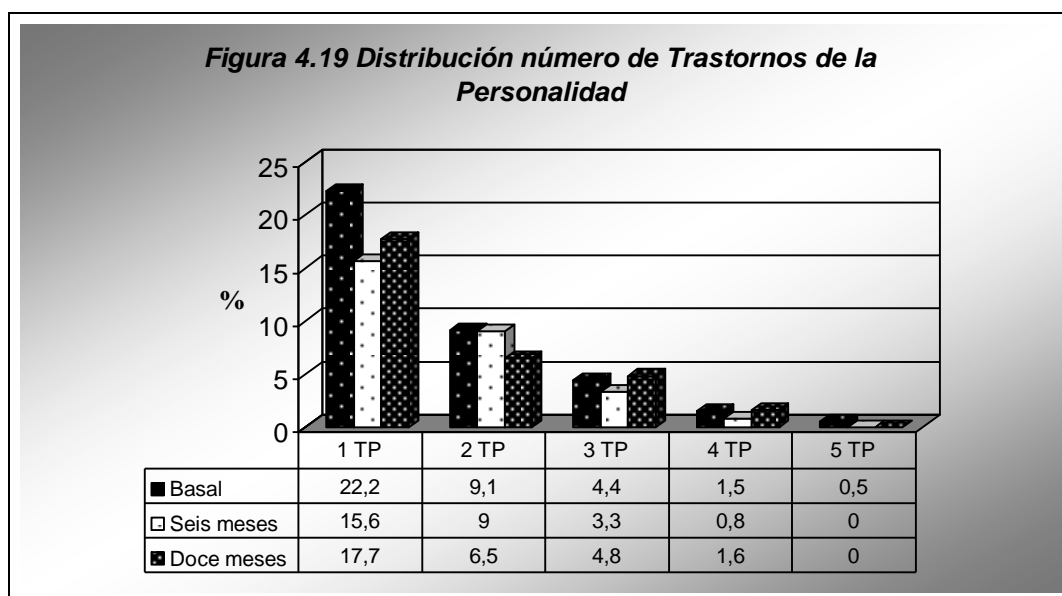
A los seis meses, los resultados obtenidos de la muestra (n=122) presentan que el trastorno de la personalidad más frecuentemente encontrado es el trastorno disocial con un 14,8% (n= 18), seguido del trastorno de tipo impulsivo 11,5% (n= 14), después el trastorno de la personalidad de tipo ansioso con un 5,7% (n=7), en cuarto lugar se encuentra el trastorno de tipo límite con un 4,9% (n= 6), después los trastornos esquizoide y dependiente con 4,1% (n=5) cada uno, les siguen los

trastornos paranoide e histriónico con 0,8% (n= 1) cada uno y por último no se encuentra ningún trastorno de la personalidad de tipo anancástico. (Figura 4.18)

A los doce meses, los resultados obtenidos de la muestra (n=62) presentan que el trastorno de la personalidad más frecuentemente encontrado es el trastorno disocial con un 16,1 (n= 10), seguido del trastorno de tipo impulsivo 9,7% (n= 6) y trastorno de la personalidad de tipo límite también con 9,7% (n=6) después el trastorno de la personalidad de tipo ansioso con un 8,1% (n=5), luego el trastorno esquizoide con 4,8% (n=3) después el trastorno histriónico y dependiente con 1,6% (n= 1) cada uno y por último no se encuentra ningún trastorno de la personalidad de tipo anancástico y paranoide. (Figura 4.18)

3. NUMERO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El mayor porcentaje de presencia de trastornos de la personalidad se encuentra con un trastorno que aparece en el 22,2% (n= 61), le siguen aquellos pacientes que presentan dos trastornos de la personalidad 9,9% (n=25), a continuación los pacientes que presentan tres trastornos de la personalidad 4,4% (n= 12), después los que presentan cuatro trastornos de la personalidad con un porcentaje de 1,5% (n= 4) y por último los que presentan cinco trastornos de la personalidad 0,4% (n= 1). (Figura 4.19)



A los seis meses el mayor porcentaje de presencia de trastornos de la personalidad a los seis meses se encuentra con un trastorno que aparece en el 15,6% (n= 19), seguido de aquellos pacientes con dos .trastornos de la personalidad 9% (n= 11), después aquellos pacientes que tenían tres trastornos de la personalidad con un 3,3% (n= 4) y por último los que presentaban cuatro trastornos de la personalidad 0,8% (n= 1). (Figura 4.19)

A los doce meses el mayor porcentaje de presencia de trastornos de la personalidad a los doce meses se encuentra con un trastorno de la personalidad que aparece en el 17,7% (N= 11), seguido de aquellos pacientes con dos trastornos de la personalidad 6,5% (n= 4), después aquellos pacientes que tenían tres trastornos de la personalidad con un 4,8% (n= 3) y por último los que presentaban cuatro trastornos de la personalidad 1,6% (n= 1). (Figura 4.19)

4.1.5.- VARIABLES ASOCIADAS A LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN

4.1.5.1- FACTORES DEMOGRAFICOS Y DE HISTORIA DE CONSUMO

4.1.5.1.1.- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y SEXO

1.- BASAL

Del total de la muestra al inicio del tratamiento (n=275) las áreas de mayor gravedad en las que se encontró significación estadística corresponden al área de empleo (p= 0,006), el área de alcohol (p= 0,009) y el área de drogas (p= 0,021). (Tabla 4.5)

Tabla 4.5 EuropASI y sexo basal n=275

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
Hombre	1,8 (2)	2.2 (2.1)	1.3 (1,6)	7,1 (0,3)	1,9 (2)	2,5 (2)	2,5 (2.3)
Mujer	1,2 (1,6)	3.4 (2.5)	0.8 (0,9)	7,3 (0,4)	1,5 (1,8)	2,8 (2,7)	3 (2,6)
t	1,896	-2,751	2,724	-2,412	,935	-0,732	-1,100
p	0,06	0,006	0,009	0,021	0,350	0,469	0,272

2.-SEIS MESES

Del total de la muestra a los seis meses del tratamiento (n=112), el área en el que las mujeres presentaban una puntuación mayor de la gravedad de la adicción con significación estadística corresponde al área psicológico ($p= 0,035$). (Tabla 4.6)

Tabla 4.6 EuropASI y sexo seis meses n=112

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
Hombre	1,7 (1,9)	1,8 (1,8)	1,4 (1,3)	3,1 (1,9)	1,3 (1,6)	1,6 (1,5)	1,7 (1,5)
Mujer	2 (1,9)	3 (2,5)	1 (0,5)	4 (2,1)	0,8 (0,5)	2,2 (1,7)	2,8 (1,8)
t	-0,375	-1,874	0,803	-1,447	1,006	-1,313	-2,134
p	0,708	0,063	0,423	0,150	0,316	0,192	0,035

3.- DOCE MESES

Del total de la muestra a los seis meses del tratamiento (n=62), los hombres presentaban puntuaciones de mayor gravedad de la adicción en todas las áreas excepto en el área psicológica siendo significativamente estadística para el área de drogas ($p=0,034$). (Tabla 4.7)

Tabla 4.7 EuropASI y sexo doce meses n=62

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
Hombre	1,9 (1,7)	2 (1,9)	1,2 (1)	3 (1,9)	1,2 (1,1)	1,6 (1,5)	1,2 (1,1)
Mujer	1,5 (1,3)	1,8 (1,7)	0,8 (0,6)	1,5 (1,6)	0,7 (0,7)	1,8 (1,8)	1,7 (1,6)
t	0,732	0,225	,973	2,171	1,171	-0,408	-1,127
p	0,467	0,823	0,335	0,034	0,246	0,685	0,264

4.1.5.1.2- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y SEXO

1.-BASAL HOMBRES

Las puntuaciones significativas en la muestra se encontraron en prácticamente todas las áreas, había una mayor gravedad de la adicción en aquellos hombres que además presentaban trastornos de la personalidad: empleo ($p < 0,0001$), alcohol ($p = 0,005$), drogas ($p = 0,004$), legal ($p = 0,002$) y psicológico ($p < 0,0001$). (Tabla 4.8)

Tabla 4.8 Gravedad de la adicción basal en función de TP y sexo (hombres n= 243)

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
TP -	1,7 (1,9)	1,8 (1,8)	1,1 (1,3)	7 (0,2)	1,5 (1,6)	2,3 (1,9)	2,1 (2,1)
TP +	1,9 (2,1)	2,9 (2,4)	1,7 (1,9)	7,2 (0,5)	2,5 (2,4)	2,8 (2,1)	3,2 (2,4)
t	-,830	-3,793	-2,841	-2,936	-3,180	-1,869	-3,798
p	0,497	0,000	0,005	0,004	0,002	0,063	0,000

Al analizar por tipo de trastorno se encontró que el trastorno disocial presentaba la mayor cantidad de diferencias significativas en las siguientes áreas: médico: ($p = 0,038$), empleo ($p = 0,001$), drogas ($p = 0,001$), familia ($p = 0,029$) y psicológico ($p = 0,012$), seguido del trastorno impulsivo con diferencias significativas en las áreas de: drogas ($p = 0,011$), familia ($p = 0,019$) y psicológico ($p = 0,005$) y el trastorno límite en las áreas de: empleo ($p = 0,016$), familia ($p = 0,015$) y psicológico ($p = 0,020$). (Tabla 4.9)

Tabla 4.9 Gravedad de la adicción basal en función de TP y sexo (hombres n= 243)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO	1,8 (2)	2,2 (2,1)	1,3 (1,5)	7,1 (0,3)	1,8 (2)	2,4 (1,9)	2,4 (2,2)
	SI	2,5 (2,9)	3,4 (2,3)	2 (2,2)	7 (0)***	3,2 (2,8)	3,7 (3,2)	4,4 (3,2)*
Esquizoide	NO	1,8 (2)	2,2 (2,1)	1,3 (1,5)	7,1 (0,3)	1,9 (2)	2,5 (1,9)	2,5 (2,2)
	SI	1,3 (2,1)	2,8 (3,1)	2 (1,9)	7,1 (0,3)	1,1 (2,2)	2,6 (2,9)	3,1 (3)
Disocial	NO	1,6 (2)	2 (2,1)	1,2 (1,5)	7 (0,3)	1,6 (1,7)	2,3 (1,9)	2,3 (2,2)
	SI	2,4 (2,2)*	3,2 (2)*	1,7 (1,9)	7,3(0,5)*	3,2(2,6)***	3 (2,1)*	3,2 (2,4)*
Impulsivo	NO	1,8 (2)	2,1 (2,1)	1,3 (1,5)	7 (0,3)	1,8 (1,9)	2,3 (2)	2,3 (2,2)
	SI	1,9 (2,1)	2,9 (2,3)	1,5 (1,9)	7,2(0,4)*	2,6 (2,5)	3,2 (2)*	3,5 (2,4)*
Límite	NO	1,8 (2)	2,2 (2,1)	1,3 (1,6)	7 (0,3)	1,8 (2)	2,4 (2)	2,4 (2,2)
	SI	2,3 (2,4)	3,6 (2,9)*	1,2 (0,8)	7,2 (0,4)	2,5 (2,2)	3,7(1,6)*	3,9 (2,3)*
Histriónico	NO	1,8 (2)	2,2 (2,1)	1,3 (1,6)	7,1(0,3)	1,9 (2)	2,5 (2)	2,5 (2,3)
	SI	1,7 (2,3)	3,3 (2,6)	1,1 (1,5)	6,9 (0,7)	1,8 (2,3)	1,7 (1,5)	3 (1,8)
Anancástico	NO	1,8 (2)	2,2 (2,1)	1,3 (1,6)	7,1 (0,3)	1,9 (2)	2,5 (2)	2,5 (2,3)
	SI	1,7 (2,3)	3,3 (2,6)	1,1 (1,5)	6,9 (0,7)	1,8 (2,3)	1,7 (1,5)	3 (1,8)
Ansioso	NO	1,8 (2)	2,2 (2,1)	1,3 (1,6)	7,1 (0,3)	1,9 (2)	2,5 (2)	2,5 (2,3)
	SI	0,0(0,0)***	3,3 (3,5)	0,6 (1,1)	7 (0,0)	2,3 (4)	1,6 (2)	0,6 (1,1)
Dependiente	NO	1,8 (2)	2,3 (2,1)	1,3 (1,5)	7,1 (0,3)	1,9 (2)	2,4 (1,9)	2,5 (2,2)
	SI	1,3 (2,3)	2,1 (2,7)	2,2 (2,2)	7,1 (0,3)	1,3 (1,7)	2,9 (2,9)	3,1 (2,9)
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

2.-SEIS MESES HOMBRES

A los seis meses se encontró un empeoramiento todas las áreas en aquellos pacientes que tenían trastorno de la personalidad siendo significativo en las áreas: empleo ($p= 0,091$), alcohol (0,005), legal (0,013), familia ($p= 0,037$) y psicológico ($p= 0,28$). (Tabla 4.10)

Tabla 4.10 Gravedad de la adicción seis meses en función de TP y sexo (hombres n= 110)

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
TP -	1,6 (1,8)	1,6 (1,6)	1 (0,8)	3 (1,9)	0,9 (1)	1,3 (1,2)	1,5 (1,3)
TP +	2,1 (1,9)	2,4 (2,3)	2,1 (1,9)	3,3 (2)	2,1 (2,4)	2,1 (1,9)	2,3 (1,8)
T	-1,335	-1,725	-2,947	-,719	-2,623	-2,150	-2,265
p	0,185	0,091	0,005	0,474	0,013	0,037	0,028

Al analizar la muestra de hombres a los seis meses según el tipo de trastorno, los que más diferencias estadísticamente significativas eran el disocial con las áreas: médico ($p= 0,017$), empleo ($p= 0,013$) y legal ($p= 0,016$) y el trastorno impulsivo con las áreas: empleo ($p= 0,005$), legal ($p= 0,023$) y psicológico ($p= 0,022$). (Tabla 4.11)

Tabla 4.11 Gravedad de la adicción seis meses en función de TP y sexo (hombres $n= 110$)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO							
	SI							
Esquizoide	NO	1,8 (1,9)	1,8 (1,7)	1,3 (1,3)	3 (1,9)	1,3 (1,6)	1,5 (1,4)	1,7 (1,5)
	SI	1 (1)	3,3 (4,9)	2,3 (2,5)	4,3 (3,2)	1,6 (2,8)	4 (3,6)	3,3 (2,8)
Disocial	NO	1,6 (1,8)	1,7 (1,7)	1,3 (1,3)	3,1 (2)	1 (1,1)	1,5 (1,4)	1,7 (1,5)
	SI	2,8 (2)*	3 (2,2)*	2 (1,7)	3,1 (1,5)	3 (2,8)*	2 (1,8)	1,9 (1,7)
Impulsivo	NO	1,7 (1,8)	1,7 (1,7)	1,3 (1,3)	3,1 (1,9)	1 (1,1)	1,5 (1,4)	1,6 (1,5)
	SI	1,8 (2)	3,3 (2,2)*	1,9 (1,5)	3,2 (1,9)	3,6 (3,1)*	2,3 (2,1)	2,8 (1,7)*
Límite	NO	1,7 (1,9)	1,8 (1,8)	1,4 (1,4)	3 (1,9)	1,3 (1,6)	1,5 (1,5)	1,7 (1,5)
	SI	1,7 (2,2)	2,5 (2)	1 (0,8)	4 (1,4)	1 (0,8)	2,7 (2,2)	2,5 (2)
Histriónico	NO							
	SI							
Anancástico	NO							
	SI							
Ansioso	NO	1,8 (1,9)	1,9 (1,8)	1,3 (1,2)	3,1 (1,9)	1,3 (1,6)	1,5 (1,4)	1,8 (1,5)
	SI	1,3 (1,7)	1,5 (1,7)	2,3 (2,5)	3,1 (2,1)	1,1 (1,1)	2,8 (2)*	1,3 (1,2)
Dependiente	NO	1,8 (1,9)	1,9 (1,8)	1,3 (1,2)	3,1 (1,9)	1,3 (1,6)	1,6 (1,5)	1,7 (1,5)
	SI	0,8 (0,8)*	0,4 (0,5)	3 (2,7)	2,6 (2,3)	0,4 (0,5)	0,4 (0,5)	2 (2,3)
		* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$						

Las casillas en blanco corresponden aquellas en las que no hay representación suficiente para poder hacer estimación estadística.

3.- DOCE MESES HOMBRES

De nuevo a los doce meses los varones que presentaban trastorno de la personalidad tenían puntuaciones más elevadas en la gravedad de la adicción siendo significativo en las áreas: drogas ($p= 0,033$), legal ($p= 0,015$) y familia ($p= 0,012$). (Tabla 4.12)

Tabla 4.12 Gravedad de la adicción doce meses en función de TP y sexo (hombres n= 54)

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
TP -	1,7 (1,7)	1,5 (1,1)	1 (0,5)	2,6 (1,5)	0,8 (0,5)	1,1 (1)	1,1 (1)
TP +	2,4 (1,8)	2,9 (2,7)	1,7 (1,6)	4 (2,3)	1,9 (1,6)	2,5 (2)	1,5 (1,1)
T	-1,358	-2,025	-1,748	-2,260	-2,272	-2,761	-1,214
p	0,180	0,056	0,097	0,033	0,015	0,012	0,230

A los doce meses los trastornos que mayor número de diferencias estadísticamente significativas eran el esquizoide en las áreas: empleo ($p < 0,0001$) y familia ($p = 0,001$) y el trastorno límite en las áreas de: drogas ($p = 0,018$) y psicológico ($p = 0,017$). (Tabla 4.13)

Tabla 4.13 Gravedad de la adicción doce meses en función de TP y sexo (hombres n= 54)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO							
	SI							
Esquizoide	NO	2 (1,8)	1,9 (1,6)	1,2 (0,9)	2,9 (1,8)	1,2 (1,1)	1,5 (1,3)	1,2 (1,1)
	SI	1 (0,0)***	5 (5,6)	2,5 (3,5)	5,5 (3,5)	1,5 (0,7)	5 (2,8)*	0,5 (0,7)
Disocial	NO	1,7 (1,6)	1,8 (1,7)	1,1 (0,7)	2,8 (1,8)	1 (0,8)	1,6 (1,6)	1,2 (1,1)
	SI	3,2 (1,9)*	3,2 (2,6)	2,1 (1,9)	4,1 (2,2)	2,3 (1,9)	1,7 (1,2)	1,3 (0,9)
Impulsivo	NO	2 (1,8)	1,8 (1,6)	1,2 (1,1)	2,9 (1,8)	1,1 (0,9)	1,5 (1,5)	1,2 (1,1)
	SI	1,2 (0,5)*	4,5 (3,5)	1,5 (0,5)	4,7 (2,8)	3 (2,3)	2,5 (1,9)	1,7 (0,9)
Límite	NO	1,9 (1,7)	1,9 (1,8)	1,2 (1,1)	2,9 (1,8)	1,1 (1)	1,5 (1,5)	1,1 (1)
	SI	2,2 (1,8)	3,2 (2,6)	1,2 (0,5)	5,2 (2)*	2,2 (1,8)	3 (1,6)	2,5 (1,2)*
Histriónico	NO							
	SI							
Anancástico	NO							
	SI							
Ansioso	NO	1,9 (1,8)	2 (1,8)	1,3 (1,1)	3 (1,8)	1,1 (1)	1,5 (1,5)	1,2 (1,1)
	SI	2 (1,4)	2,5 (3)	0,7 (0,5)	3 (2,8)	2,2 (1,8)	2,7 (1,7)	1,2 (1,2)
Dependiente	NO							
	SI							
		* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$						

Las casillas en blanco corresponden aquellas en las que no hay representación suficiente para poder hacer estimación estadística.

4.- BASAL MUJERES

En lo que se refiere a las mujeres al igual que ocurría con los hombres, la gravedad de la adicción era mayor en aquellas que presentaban trastorno de la personalidad siendo significativo en el área psicológico ($p=0,025$). (Tabla 4.14)

Tabla 4.14 Gravedad de la adicción basal en función de TP y sexo (mujeres n= 32)

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
TP -	1 (1,5)	3,2 (2,3)	0,6 (0,7)	7,2 (0,4)	1,3 (1,8)	2,6 (2,7)	2,3 (2,4)
TP +	1,5 (2)	3,8 (2,9)	1,2 (1,3)	7,4 (0,5)	2,2 (1,6)	3,5 (2,7)	4,6 (2,4)
T	-,704	-,632	-1,427	-,991	-1,276	-,882	-2,366
p	0,487	0,532	0,164	0,330	0,212	0,385	0,025

El trastorno donde mayor número de diferencias estadísticamente significativas es el esquizoide en las áreas de: drogas ($p= 0,054$) y legal ($p= 0,049$). (Tabla 4.15)

Tabla 4.15 Gravedad de la adicción basal en función de TP y sexo (mujeres n= 32)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO							
	SI							
Esquizoide	NO	1 (1,4)	3,1 (2,4)	0,7 (0,9)	7,2 (0,4)	1,3 (1,7)	2,8 (2,7)	2,7 (2,4)
	SI	2,7 (2,6)	5,2 (2,3)	1,2 (1,2)	7,7(0,5)*	3,2 (2)*	3 (2,8)	5 (3,5)
Disocial	NO	1 (1,4)	3,1 (2,4)	0,7 (0,8)	7,2 (0,4)	1,2 (1,7)	2,9 (2,8)	2,8 (2,6)
	SI	2,2 (2,5)	4,8 (2,7)	1,2 (1,6)	7,6 (0,5)	3 (1,8)	2,6 (2)	4,2 (2,5)
Impulsivo	NO	1 (1,4)	3,4 (2,5)	0,7 (0,8)	7,2 (0,4)	1,3 (1,7)	2,7 (2,7)	2,8 (2,6)
	SI	2,4 (2,4)	3,4 (2,5)	1,4 (1,5)	7,6 (0,5)	2,8 (2)	3,6 (2,7)	4,2 (2,5)
Límite	NO	1,1 (1,6)	3,5 (2,5)	0,7 (0,7)	7,2 (0,4)	1,3 (1,7)	2,6 (2,7)	2,9 (2,6)
	SI	1,7 (2,2)	2,5 (1,7)	1,5 (1,7)	7,5 (0,5)	3 (2,3)	4,2 (2,7)	3,5 (2,3)
Histriónico	NO							
	SI							
Anancástico	NO							
	SI							
Ansioso	NO	1,3 (1,7)	3,4 (2,3)	0,8 (0,9)	7,3 (0,4)	1,5 (1,9)	2,9 (2,7)	2,8 (2,6)
	SI	0,3 (0,5)	3,6 (4)	0,3 (0,5)	7 (0,0)*	1,6 (0,5)	2,3 (2,5)	4,3 (2)
Dependiente	NO							
	SI							
		* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$						

Las casillas en blanco corresponden aquellas en las que no hay representación suficiente para poder hacer estimación estadística.

5.- SEIS MESES MUJERES

A los seis meses de nuevo las mujeres que presentaban trastorno de la personalidad tenían mayor gravedad de la adicción siendo significativo en el área de alcohol ($p= 0,040$). (Tabla 4.16)

Tabla 4.16 Gravedad de la adicción seis meses en función de TP y sexo (mujeres n= 14)

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
TP -	1,5 (1,6)	2,1 (2,1)	0,8 (0,3)	3,8 (2,2)	0,7 (0,4)	2,2 (1,6)	2,3 (1,7)
TP +	3 (2,3)	4,7 (2,6)	1,5 (0,5)	4,2 (2,2)	1 (0,8)	2,2 (2)	3,7 (1,8)
T	-1,291	-1,851	-2,357	-,270	-,690	,000	-1,243
p	0,226	0,094	0,040	0,793	0,506	1,0	0,242

De nuevo a los seis meses el trastorno que mayor diferencias significativas presenta es el esquizoide en las áreas: médico ($p= 0,009$) y empleo ($p= 0,0079$). (Tabla 4.17)

Tabla 4.17 Gravedad de la adicción seis meses en función de TP y sexo (mujeres n= 12)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO							
	SI							
Esquizoide	NO	1,4 (1,5)	2,2 (1,9)	1 (0,4)	3,9 (2)	0,9 (0,5)	2,6 (1,6)	2,8 (1,8)
	SI	5 (0)*	7 (0,0)*	1,5 (0,7)	4,5 (3,5)	0,5 (0,7)	0,5 (0,7)	3 (2,8)
Disocial	NO	1,4 (1,5)	2,2 (2)	0,8 (0,3)	3,7 (2,1)	0,7 (0,4)	2,4 (1,6)	2,6 (1,8)
	SI	3,6 (2,3)	5,3 (5,8)	1,6 (5,7)*	4,6 (2,5)	1 (1)	1,6 (2)	3,3 (2)
Impulsivo	NO	1,4 (1,5)	2,2 (2)	0,8 (0,3)	3,7 (2,1)	0,7 (0,4)	2,4 (1,6)	2,6 (1,8)
	SI	3,6 (2,3)	5,3 (2,8)	1,6 (0,5)*	4,6(2,5)	1 (1)	1,6 (2)	3,3 (2)
Límite	NO	1,8 (1,8)	2,7 (2,4)	0,9 (0,3)	3,6 (2,1)	0,7 (0,4)	2,2 (1,7)	2,5 (1,8)
	SI	3 (2,8)	4,5 (3,5)	2 (0,0)*	6 (1,4)	1,5 (0,7)	2,5 (2,1)	4,5 (0,7)
Histriónico	NO							
	SI							
Anancástico	NO							
	SI							
Ansioso	NO							
	SI							
Dependiente	NO							
	SI							
		*p<0,05						
		**p<0,01						
		***p<0,001						

Las casillas en blanco corresponden aquellas en las que no hay representación suficiente para poder hacer estimación estadística.

6.- DOCE MESES MUJERES

De nuevo a los 12 meses, las mujeres con trastorno de la personalidad tenían mayor gravedad de la adicción sin encontrarse significación estadística. (Tabla 4.18)

Tabla 4.18 Gravedad de la adicción doce meses en función de TP y sexo (mujeres n= 8)

	Médico Media (DE)	Empleo Media (DE)	Alcohol Media (DE)	Drogas Media (DE)	Legal Media (DE)	Familia Media (DE)	Psicológico Media (DE)
TP -	1,2 (1)	1 (1,2)	0,6 (0,5)	1 (1)	0,6 (0,5)	1,6 (1,8)	1,5 (0,6)
TP +	2 (1,7)	3,3 (1,5)	1,3 (0,5)	2,3 (2,5)	1 (1)	2,3 (2)	2,3 (2)
T	-,816	-2,396	-1,800	-1,095	-,750	-,526	-,741
p	0,445	0,054	0,122	0,315	0,482	0,618	0,487

A los 12 meses no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra de mujeres. (Tabla 4.19)

Tabla 4.19 Gravedad de la adicción doce meses en función de TP y sexo (mujeres n= 8)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO							
	SI							
Esquizoide	NO							
	SI							
Disocial	NO	1,1 (0,9)	1,3 (1,3)	0,6 (0,5)	1,1 (0,9)	0,6 (0,5)	1,8 (1,7)	1,8 (1,7)
	SI	2,5 (2,1)	3,5 (2,1)	1,5 (0,7)	2,5 (3,5)	1 (1,4)	2 (2,8)	1,5 (2,1)
Impulsivo	NO	1,1 (0,9)	1,3 (1,3)	0,6 (0,5)	1,1 (0,9)	0,6 (0,5)	1,8 (1,7)	1,8 (1,7)
	SI	2,5 (2,1)	3,5 (2,1)	1,5 (0,7)	2,5 (3,5)	1 (1,4)	2 (2,8)	1,5 (2,1)
Límite	NO	1,1 (0,9)	1,3 (1,3)	0,6 (0,5)	1,1 (0,9)	0,6 (0,5)	1,8 (1,7)	1,8 (1,7)
	SI	2,5 (2,1)	3,5 (2,1)	1,5 (0,7)	2,5 (3,5)	1 (1,4)	2 (2,8)	1,5 (2,1)
Histriónico	NO							
	SI							
Anancástico	NO							
	SI							
Ansioso	NO							
	SI							
Dependiente	NO							
	SI							
		*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001				

Las casillas en blanco corresponden aquellas en las que no hay representación suficiente para poder hacer estimación estadística.

4.1.5.1.3.-GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y SITUACIÓN LABORAL (TRABAJANDO VS RESTO)

Al analizar la gravedad de la adicción entre las personas que se encuentran trabajando y las que no, al inicio del tratamiento las diferencias estadísticamente significativas se encontraban en las áreas de: empleo ($p < 0,0001$), alcohol ($p = 0,008$), familia ($p = 0,002$) y psicológico ($p = 0,006$). La significación estadística a los seis meses se encontró en el área de empleo ($p < 0,0001$). De nuevo a los doce meses era el área de empleo ($p = 0,016$) donde se encontraba la significación estadística. Por lo

general las personas que no se encontraban trabajando tenían mayor gravedad de la adicción en casi todas las áreas tanto a nivel basal como a los seis y doce meses. (Tabla 4.20)

Tabla 4. 20 EuropASI y fuente de ingresos (trabajando vs resto)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	RESTO	1,6 (2)	3,6 (2,3)	1,6 (1,8)	7,1(0,3)	2 (1,9)	3 (2,3)	3,1 (2,5)
	TRABAJANDO	1,8 (2)	1,6(1,7)***	1,1(1,3)**	7,1(0,4)	1,7 (2)	2,2(1,9)*	2,2 (2,1)*
Seis meses	RESTO	1,7 (1,9)	3 (2,4)	1,4 (1,5)	3,4(2,1)	1,4(1,4)	2 (1,7)	2 (1,6)
	TRABAJANDO	1,8 (1,9)	1,3(1,3)***	1,3(1,1)	3(1,9)	1,1(1,6)	1,5 (1,4)	1,7 (1,6)
Doce meses	RESTO	1,7(1,6)	2,9 (2,5)	1,4 (1,5)	2,9(2,3)	1,5(1,5)	1,7(1,9)	1,3 (1,1)
	TRABAJANDO	2 (1,8)	1,4(1,1)*	1 (0,5)	2,8(1,7)	0,9(0,7)	1,5(1,3)	1,3 (1,2)
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

4.1.5.1.4.-GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y FUENTE DE INGRESOS (INDIVIDUAL VS RESTO)

Al analizar la gravedad de la adicción entre las personas que obtienen sus ingresos por trabajo, prestación social sustitutoria o pensión (es decir de manera individual) y el resto (obtienen sus ingresos por la ayuda de familiares y amigos, de manera ilegal, prostitución o combinando diferentes fuentes) se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto a nivel basal como a los seis y doce meses. A nivel basal en el área de empleo ($p < 0,000$) y legal ($p = 0,001$). A los seis meses la diferencia estadísticamente significativa se encontraba en el área de empleo ($p = 0,001$) y a los doce meses no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 4.21)

Tabla 4. 21 EuropASI y fuente de ingresos (individual vs resto)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	INDIVIDUAL	1,8 (2)	1,5(1,6)	1,1 (1,2)	7,1(0,4)	1,4(1,6)	2,3 (1,9)	2,2 (2,2)
	RESTO	1,6 (2)	3(2,3)***	1,4 (1,7)	7,1(0,3)	2,2(2,2)*	2,7 (2,2)	2,5 (2,4)
Seis meses	INDIVIDUAL	1,9 (1,8)	1,3 (1,3)	1,2 (1)	3,3(1,8)	1 (1)	1,6 (1,4)	1,9 (1,5)
	RESTO	1,6 (1,9)	2,5 (2,2)*	1,4 (1,5)	3,1 (2)	1,5 (1,8)	1,7 (1,6)	1,8 (1,6)
Doce meses	INDIVIDUAL	1,8 (1,5)	1,5 (1,5)	1 (0,6)	2,7(1,7)	1 (0,9)	1,5 (1,4)	1,3 (1,2)
	RESTO	2 (1,8)	2,4 (2)	1,4 (1,2)	3 (2,2)	1,2 (1,2)	1,8 (1,7)	1,3 (1,2)
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

4.1.5.1.5.- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y ANTECEDENTES FAMILIARES

En esta variable las diferencias estadísticamente significativas se encontraron a nivel basal en el área de drogas ($p= 0,038$) y a los seis meses en el área de familia ($p= 0,004$). Se encontró que la gravedad de la adicción era prácticamente mayor en aquellos pacientes con antecedentes familiares de consumo de drogas en casi todas las áreas. (Tabla 4.22)

Tabla 4. 22 EuropASI y antecedentes familiares

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	NO	1,7 (2)	2,3 (2,2)	1,2 (1,5)	7 (0,3)	1,7 (1,9)	2,4 (2,1)	2,4 (2,3)
	SI	1,8 (1,9)	2,6 (2,1)	1,4 (1,6)	7,2(0,4)*	2,2 (2,3)	2,8 (2,2)	2,8 (2,2)
Seis meses	NO	1,6 (1,8)	1,9 (2)	1,4 (1,4)	3 (2,1)	1,2 (1,5)	1,4 (1,5)	1,7 (1,6)
	SI	2,2 (1,9)	2,2 (1,5)	1,2 (0,7)	3,6 (1,3)	1,4 (1,8)	2,4(1,4)**	2,3 (1,6)
Doce meses	NO	2 (1,8)	1,9 (2)	1,2 (1,1)	2,8 (2,1)	1,1 (1,2)	1,5 (1,6)	1,1 (1)
	SI	1,6 (1,2)	2,2 (1,3)	1 (0,6)	2,9 (1,1)	1,2 (0,7)	1,9 (1,4)	1,8 (1,5)
		* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$						

4.1.5.1.6.- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y ANTECEDENTES JUDICIALES

Los pacientes que presentaban antecedentes judiciales tenían mayores puntuaciones de la gravedad de la adicción siendo a nivel basal estadísticamente significativo en las áreas: médico ($p=0,031$), empleo ($p= 0,003$), legal ($p< 0,0001$), familia ($p= 0,006$) y psicológico ($p= 0,010$). A los seis meses en las áreas: empleo ($p= 0,001$) y legal ($p= 0,002$) y a los doce meses en el área medico ($p= 0,035$). (Tabla 4.23)

Tabla 4. 23 EuropASI y antecedentes judiciales

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	NO	1,5 (1,9)	2,1 (2,1)	1,2 (1,4)	7,1 (0,3)	1,4 (1,7)	2,3 (2)	2,3 (2,2)
	SI	2,1 (2,2)*	3 (2,4)*	1,4 (1,8)	7,1 (0,4)	2,9(2,3)***	3 (2,1)**	3,1 (2,4)*
Seis meses	NO	1,6 (1,8)	1,6 (1,7)	1,4 (1,4)	3,1 (2)	0,9 (1)	1,6 (1,5)	1,8 (1,6)
	SI	2,2 (2)	3 (2,1)*	1,2 (1)	3,2 (1,6)	2,3 (2,3)*	1,7 (1,6)	2 (1,5)
Doce meses	NO	1,6 (1,6)	1,8 (1,8)	1,1 (1,1)	2,7 (1,9)	0,9 (0,8)	1,5 (1,5)	1,1 (1)
	SI	2,7 (1,7)*	2,6 (1,8)	1,2 (0,7)	3,3 (2)	1,8 (1,5)	2 (1,7)	1,6 (1,4)
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

4.1.5.1.7.-GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y MOTIVOS DE INICIO DE CONSUMO (PROBAR VS RESTO)

Al analizar la gravedad de la adicción y los motivos de inicio en el consumo de drogas al inicio (probar versus imitar a los demás, ser adulto y pasarlo bien) las áreas donde había significación eran: empleo ($p= 0,026$) y psicológico ($p= 0,018$). A los seis meses se encontraba en el área de familia ($p= 0,011$) y a los doce meses en el área legal ($p= 0,048$). (Tabla 4.24)

Tabla 4. 24 EuropASI y fuente de ingresos (trabajando vs resto)

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	RESTO	1,5 (1,8)	2,9 (2,5)	1,2 (1,6)	7,1 (0,3)	2,1 (2,3)	2,8 (2,2)	3,1 (2,5)
	PROBAR	1,8 (2)	2,2 (2)*	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,7 (1,9)	2,4 (2)*	2,3 (2,2)
Seis meses	RESTO	1,7 (1,8)	2 (2)	1,2 (1,2)	3,2 (2,1)	1,1 (1,7)	1,1 (1,1)	1,5 (1,4)
	PROBAR	1,8 (1,9)	1,9 (1,9)	1,4 (1,3)	3,2 (1,9)	1,2 (1,5)	1,8(1,6)*	1,9 (1,6)
Doce meses	RESTO	1,4 (1,3)	1,6 (1,2)	1,3 (0,8)	3,2 (2,4)	0,8 (0,3)	1,4 (1,4)	1 (0,5)
	PROBAR	2 (1,8)	2,1 (2)	1,1 (1)	2,7(1,8)	1,2(1,2)*	1,7 (1,6)	1,3 (1,3)
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

4.1.5.2.-PARAMETROS BIOLÓGICOS Y GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN

. No había significación estadística para el VHB y el EuropASI a nivel basal. Cuando se analizaron los resultados a los seis meses ($n=122$) la significación estadística se encontraba en el área médica ($p= 0,038$) A los doce meses ($n=62$), las

diferencias estadísticamente significativas se encontraron en las áreas de alcohol ($p=0,036$) y de drogas ($p=0,012$). (Tabla 4.25)

Tabla 4.25 Gravedad de la adicción y VHB

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	NO	1,7(2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (1,9)	2,5 (2,1)	2,6 (2,2)
	SI	1,6 (2,2)	1,8 (2,1)	0,8 (1,1)	7,1 (0,4)	2 (2,5)	2,3 (2,1)	2,4 (2,7)
Seis meses	NO	1,6 (1,8)	1,9 (1,9)	1,3 (1,2)	3,2 (1,9)	1,3 (1,6)	1,7 (1,5)	1,9 (1,6)
	SI	3 (2,1)*	2,2 (2,2)	1,2 (1,8)	2,5 (2)	0,9 (0,9)	1,2 (1,1)	1,6 (1,3)
Doce meses	NO	1,8 (1,7)	1,9 (1,8)	1,1 (0,8)	3 (1,9)	1,2 (1,1)	1,7 (1,5)	1,3 (1,2)
	SI	2,5 (1,7)	3 (1,8)	2,2 (2,6)*	0,5(0,5)*	0,7 (0,5)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)
		* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$						

Los pacientes que presentaban comorbilidad con el virus de la hepatitis C a nivel basal ($n=275$), presentaban una gravedad de la adicción mayor en prácticamente todas las áreas, siendo estadísticamente significativo en las áreas: médico ($p<0,0001$), drogas ($p=0,01$) y legal ($p=0,046$). A los seis meses las diferencias estadísticamente significativas se encontraron en el área médica ($p=0,000$) y en el área de empleo ($p=0,046$). Y a los doce meses de nuevo era el área médica donde había significación estadística ($p<0,0001$) (Tabla 4.26)

Tabla 4.26 Gravedad de la adicción y VHC

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	NO	1,1 (1,4)	2,3 (2,2)	1,3 (1,5)	7 (0,3)	1,7 (1,9)	2,5 (2,1)	2,5 (2,3)
	SI	3,2(2,4)***	2,5 (2,2)	1,2 (1,5)	7,2(0,4)*	2,2, (2,2)*	2,6 (2)	2,7 (2,3)
Seis meses	NO	1,1 (1,3)	1,7 (1,7)	1,4 (1,3)	3,1 (2)	1,2 (1,5)	1,6 (1,5)	1,9 (1,6)
	SI	3,5(2,1)***	2,6 (2,3)*	1,2 (1,2)	3,2 (1,8)	1,3 (1,7)	1,9 (1,6)	2,1 (1,7)
Doce meses	NO	1,2 (1,2)	1,8 (1,7)	1,1 (0,8)	2,8 (1,9)	1 (0,8)	1,6 (1,6)	1,3 (1,1)
	SI	3,5(1,6)***	2,4 (2,1)	1,4 (1,5)	2,8 (2,2)	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	1,2 (1,2)
		* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$						

En relación el virus de la inmunodeficiencia humana la significación estadística se encontró en el área de empleo ($p=0,002$). A los seis y doce meses no continuaba en el programa ningún paciente que presentase comorbilidad con el VIH. (Tabla 4.27)

Tabla 4.27 Gravedad de la adicción y VIH

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Basal	NO	1,7 (1,9)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2)	2,6 (2,3)
	SI	3,2 (3,1)	0,8 (0,8)*	0,4 (0,7)	7,1 (0,3)	1,5 (1,9)	2,8 (3,1)	1,5 (2,3)
Seis meses	NO							
	SI							
Doce meses	NO							
	SI							
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

4.1.5.3.- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1.- BASAL

Al analizar los resultados obtenidos entre el EuropASI y los trastornos de la personalidad al inicio del tratamiento (n=275), se encontró que la presencia de trastornos de la personalidad se asociaba a una mayor gravedad de la adicción en la mayoría de las ocasiones. El trastorno de personalidad en el que aparecían mayores diferencias significativas fue el disocial en casi todas las áreas: médico (p= 0,019), empleo (p= 0,001), drogas (p= 0,000), legal (p< 0,0001) y psicológico (p= 0,007). Le seguí el trastorno de tipo impulsivo con las áreas: drogas (p=0,004), legal (p0 0,039), familia (p= 0,016) y psicológico (p= 0,003). El trastorno de tipo dependiente presentaba significación estadística en las áreas: médico (p= 0,008), empleo (p= 0,002) y alcohol (p= 0,01). El trastorno límite presentaba significación estadística en las áreas: familia (p= 0,006) y psicológico (p= 0,021). La significación estadística para el trastorno paranoide se encontraba en las áreas de: drogas (p< 0,0001) y psicológico (p= 0,036). Por último el trastorno anancástico tenía significación estadística en el área médica (p<0,0001). (Tabla 4.28)

Tabla 4.28 EuropASI y trastornos de la personalidad basal n=275

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	2,5 (2,9)	3,4 (2,3)	2 (2,2)	7(0,0)***	3,2(2,8)	3,7 (3,2)	4,4 (3,2)*
Esquizoide	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	1,6 (2,2)	3,4 (3)	1,8 (1,7)	7,2 (0,4)	1,6 (2,3)	2,7 (2,8)	3,5 (3,1)
Disocial	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	2,4 (2,2)*	3,3(2,1)**	2,1 (5,2)	7,3(0,4)***	3,1(2,5)***	3 (2)	3,3(2,4)**
Impulsivo	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	1,9 (2,1)	3 (2,3)	2,1 (4,5)	7,3 (0,4)**	2,6 (2,4)*	3,3(2,1)*	3,6 (2,4)**
Límite	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	2,2 (2,3)	3,3 (2,3)	1,2 (1)	7,3 (0,4)	2,6 (2,1)	3,8(2,1)**	3,8 (1,8)*
Histriónico	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	1,5 (2,2)	3 (2,7)	1 (1,5)	6,9 (0,7)	1,8 (2,2)	1,5 (1,5)	2,9 (1,7)
Anancástico	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	0,0 (0)***	2,5 (3,3)	0,5 (1)	7 (0)	2,2 (3,3)	1,2 (1,8)	1 (1,1)
Ansioso	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	1 (2,1)	2,4 (2,9)	1,7 (2,1)	7 (0,2)	1,3 (1,5)	2,7 (2,7)	3,3 (2,7)
Dependiente	NO	1,7 (2)	2,4 (2,2)	1,3 (1,5)	7,1 (0,4)	1,8 (2)	2,5 (2,1)	2,6 (2,3)
	SI	0,7(0,7)**	0,8(0,8)**	3,5(2,9)*	7,1 (0,3)	0,8 (1,8)	1,8 (3,2)	3,5 (3,3)
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

2.- SEIS MESES

A los seis meses (n=122) los resultados obtenidos entre el EuropASI y los trastornos de la personalidad, de nuevo se encontró que la presencia del trastorno de la personalidad se asociaba a una mayor gravedad de la adicción en la mayoría de los casos. El trastorno disocial presenta significación estadística en las áreas: médico ($p=0,014$), empleo ($p=0,012$) y legal ($p=0,017$). El trastorno impulsivo presentaba la significación estadística en las áreas: empleo ($p=0,009$) y legal ($p=0,026$). El trastorno ansioso en el área de familia ($p=0,022$) y el trastorno dependiente también en el área de familia ($p=0,002$). (Tabla 4.29)

Tabla 4.29 EuropASI y trastornos de la personalidad a los seis meses n=122

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO							
	SI							
Esquizoide	NO	1,7 (1,8)	1,8 (1,7)	1,3 (1,3)	3,1 (1,9)	1,2 (1,5)	1,6 (1,4)	1,8 (1,6)
	SI	2,6 (2,3)	4,8 (4)	2 (1,8)	4,4 (2,8)	1,2 (2,1)	2,6 (3,2)	3,2 (2,4)
Disocial	NO	1,5 (1,8)	1,7 (1,7)	1,2 (1,2)	3,1 (2)	1 (1,1)	1,6 (1,5)	1,8 (1,5)
	SI	3 (2)*	3,3 (2,4)*	1,9 (1,5)	3,3 (1,7)	2,7 (2,7)*	1,9 (1,8)	2,1 (1,8)
Impulsivo	NO	1,7 (1,8)	1,7 (1,7)	1,3 (1,3)	3,1 (1,9)	1 (1,1)	1,6 (1,4)	1,7 (1,5)
	SI	2,2 (2,1)	3,7 (2,4)**	1,8 (1,3)	3,5 (2)	3 (3)*	2,2 (2)	2,9 (1,7)
Límite	NO	1,7 (1,8)	1,9 (1,9)	1,3 (1,3)	3,1 (1,9)	1,2 (1,6)	1,6 (1,5)	1,8 (1,5)
	SI	2,1 (2,2)	3,1 (2,4)	1,3 (0,8)	4,6 (1,6)	1,1 (0,7)	2,6 (1,9)	3,1 (1,9)
Histriónico	NO							
	SI							
Anancástico	NO							
	SI							
Ansioso	NO	1,8 (1,9)	2 (1,9)	1,3 (1,2)	3,2 (2)	1,2 (1,6)	1,6 (1,5)	1,8 (1,6)
	SI	1,2 (1,6)	1,7 (1,7)	2,1 (2,3)	3,1 (1,9)	1,1 (1)	3 (1,9)*	1,8 (1,7)
Dependiente	NO	1,8 (1,9)	2 (1,9)	1,3 (1,2)	3,2 (1,9)	1,3 (1,6)	1,7 (1,5)	1,8 (1,6)
	SI	0,8 (0,8)	0,4 (0,5)	3 (2,7)	2,6 (2,3)	0,4 (0,5)	0,4(0,5)**	2 (2,3)
		*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

Las casillas en blanco corresponden aquellas en las que no hay representación suficiente para poder hacer estimación estadística.

3.- DOCE MESES

A los 12 meses (n=62), el único trastorno de la personalidad que presentaba significación estadística era el disocial en las área: medico (p= 0,017) y de empleo (p= 0,017). (Tabla 4.30)

Tabla 4.30 EuropASI y trastornos de la personalidad a los doce meses n=62

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
Paranoide	NO							
	SI							
Esquizoide	NO	1,9 (1,7)	1,8 (1,6)	1,1 (0,9)	2,8 (1,8)	1,1 (1,1)	1,5 (1,4)	1,3 (1,2)
	SI	2 (1,7)	5 (4)	2,3 (2,5)	3,6 (4)	1 (1)	3,3 (3,5)	0,3 (0,5)
Disocial	NO	1,6 (1,6)	1,7 (1,6)	1 (0,7)	2,6 (1,8)	1 (1,8)	1,6 (1,6)	1,2 (1,2)
	SI	3,1 (1,9)*	3,3 (2,4)*	2 (1,7)	3,8 (2,4)	2,1 (1,8)	1,8 (1,4)	1,4 (1)
Impulsivo	NO	1,9 (1,7)	1,7 (1,6)	1,1 (1)	2,7 (1,8)	1 (0,8)	1,5 (1,5)	1,2 (1,1)
	SI	1,6 (1,2)	4,1 (2,9)	1,5 (0,5)	4 (2,9)	2,3 (2,1)	2,3 (1,9)	1,6 (1,2)
Límite	NO	1,8 (1,7)	1,8 (1,8)	1,1 (1)	2,7 (1,8)	1,1 (1)	1,5 (1,5)	1,2 (1,1)
	SI	2,3 (1,7)	3,3 (2,2)	1,3 (0,5)	4,3 (2,6)	1,8 (1,7)	2,6 (1,8)	2,1 (1,4)
Histriónico	NO							
	SI							
Anancástico	NO							
	SI							
Ansioso	NO	1,9 (1,7)	1,9 (1,8)	1,2 (1)	2,8 (1,9)	1,1 (1)	1,5 (1,5)	1,2 (1,1)
	SI	1,8 (1,3)	2,6 (2,6)	0,8 (0,4)	2,8 (2,4)	2 (1,7)	2,8 (1,4)	1,8 (1,6)
Dependiente	NO							
	SI							
		*p<0,05						
		**p<0,01						
		***p<0,001						

Las casillas en blanco corresponden aquellas en las que no hay representación suficiente para poder hacer estimación estadística.

Cuando se analizan los resultados obtenidos mediante el EuropASI y la presencia de trastornos de la personalidad basales (n=275) se asociaban a una mayor gravedad de la adicción en aquellos pacientes que presentaban trastorno de la personalidad encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las áreas: empleo (p= ,001), alcohol (p= 0,002), drogas (p= 0,005), legal (p= 0,001), familia (p= 0,046) y psicológico (< 0,0001). (Tabla 4.31)

A los seis meses (n= 122), había una mayor gravedad de la adicción en de nuevo en aquellos pacientes que tenían trastorno de la personalidad siendo estadísticamente significativas en las áreas: empleo (p=0,031), alcohol (p= 0,003), legal (p= 0,012), familia (p= 0,044) y psicológico (p= 0,013). (Tabla 4.31)

Los resultados a los 12 meses (n=62) muestran que la gravedad de la adicción sigue siendo mayor para aquellos sujetos que presentan trastornos de la personalidad.

Las diferencias estadísticamente significativas se encontraron en las áreas: empleo ($p= 0,019$), drogas ($p= 0,027$), legal ($p=0,013$) y familia ($p= 0,009$). (Tabla 4.31)

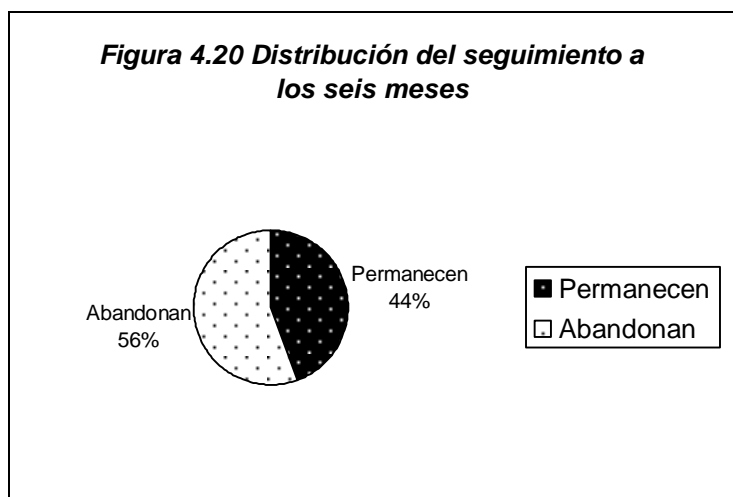
Tabla 4.31 EuropASI y presencia de Trastornos de la Personalidad doce meses n= 62

		Médico Media (DT)	Empleo Media (DT)	Alcohol Media (DT)	Drogas Media (DT)	Legal Media (DT)	Familia Media (DT)	Psicológico Media (DT)
TP Basal	NO	1,6 (1,9)	2 (2)	1 (1,2)	7 (0,3)	1,5 (1,7)	2,3 (2)	2,1 (2,1)
	SI	1,9 (2,1)	3 (2,4)**	1,7(1,8)**	7,2(0,5)**	2,4(2,4)**	2,8(2,1)**	3,3(2,4)***
TP Seis meses	NO	1,6 (1,8)	1,7 (1,6)	1 (0,8)	3,1 (1,9)	0,9 (0,9)	1,4 (1,3)	1,6 (1,4)
	SI	2,2 (2)	2,6 (2,4)*	2 (1,8)**	3,4 (2)	2 (2,3)*	2,1 (1,9)*	2,5 (1,8)*
TP Doce meses	NO	1,6 (1,6)	1,5 (1,1)	0,9 (0,5)	2,4 (1,5)	0,8 (0,5)	1,2 (1,1)	1,1 (1,1)
	SI	2,3 (1,8)	3 (2,5)*	1,6 (1,5)	3,7 (2,4)*	1,8 (1,5)*	2,5(1,9)**	1,6 (1,2)
		* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$						

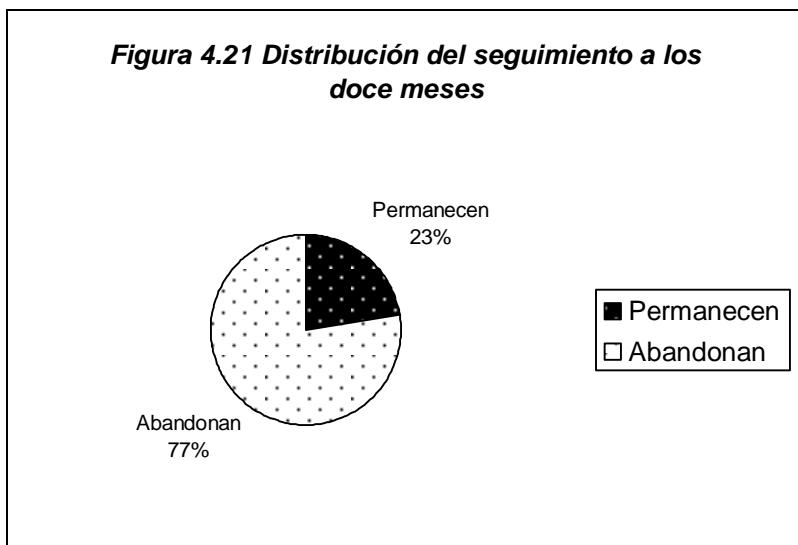
4.2.- RETENCIÓN EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA

4.2.1.- SEGUIMIENTO

Del total de la muestra ($n= 275$) a los seis meses permanecían en tratamiento el 44,4% ($n= 122$) y habían abandonado el mismo el 55,6% ($n= 153$). (Figura 4.20)

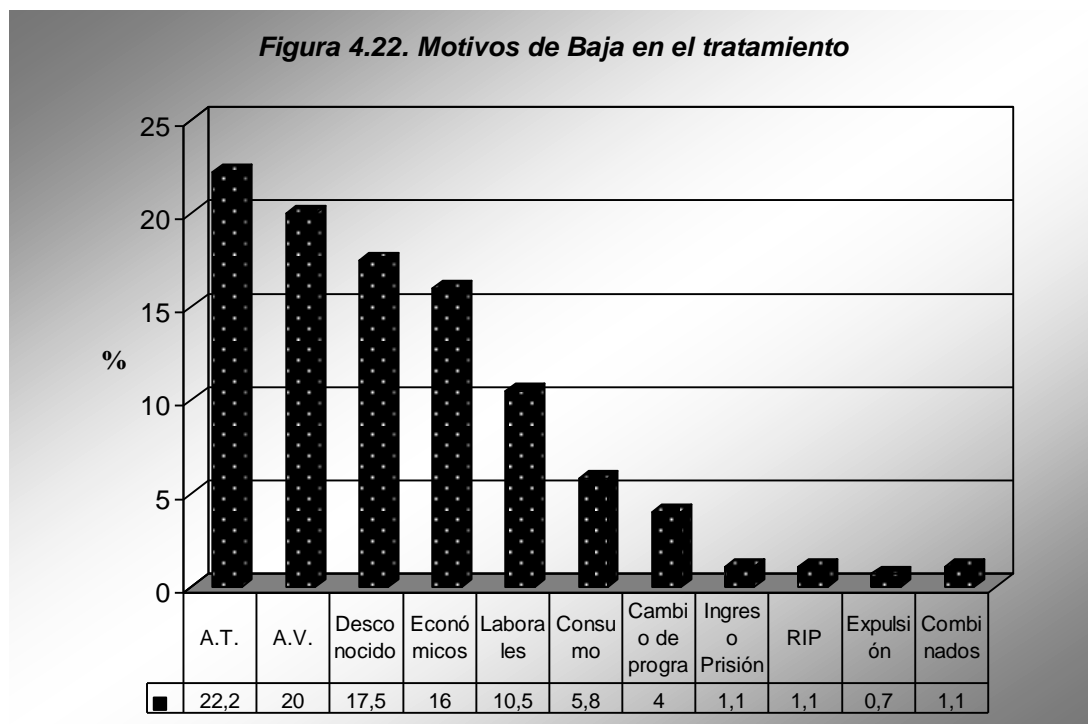


La variable de seguimiento a los doce meses presenta como resultado que de el total de la muestra analizada ($n= 275$) permanecían en tratamiento el 22,5% ($n= 62$) y habían abandonado el mismo el 77,5% ($n= 153$). (Figura 4.21)



4.2.2.- MOTIVOS DE BAJA EN EL TRATAMIENTO

La distribución de la variable motivos de baja en el tratamiento, presenta como resultados que solo un 22,2% (n= 61) de los pacientes fue alta terapéutica, el 20% (n= 55) alta voluntaria, motivo de baja desconocido el 17,5% (n= 48), por motivos económicos el 16% (n= 44), por motivos laborales el 10,5% (n=29), por consumo de drogas el 5,8% (n= 16), por cambio de programa el 4% (n=11), ingreso en prisión el 1,1% (n= 3), por fallecimiento el 1,1% (n= 3), habían sido expulsados del programa el 0,7 % (n= 2), por consumo y económicos el 0,7 % (n= 2), y por cambio de programa y motivos laborales el 0,4% (n= 1). (Figura 4. 22)



4.2.3.- INDICE DE RETENCIÓN (SUPERVIVENCIA)

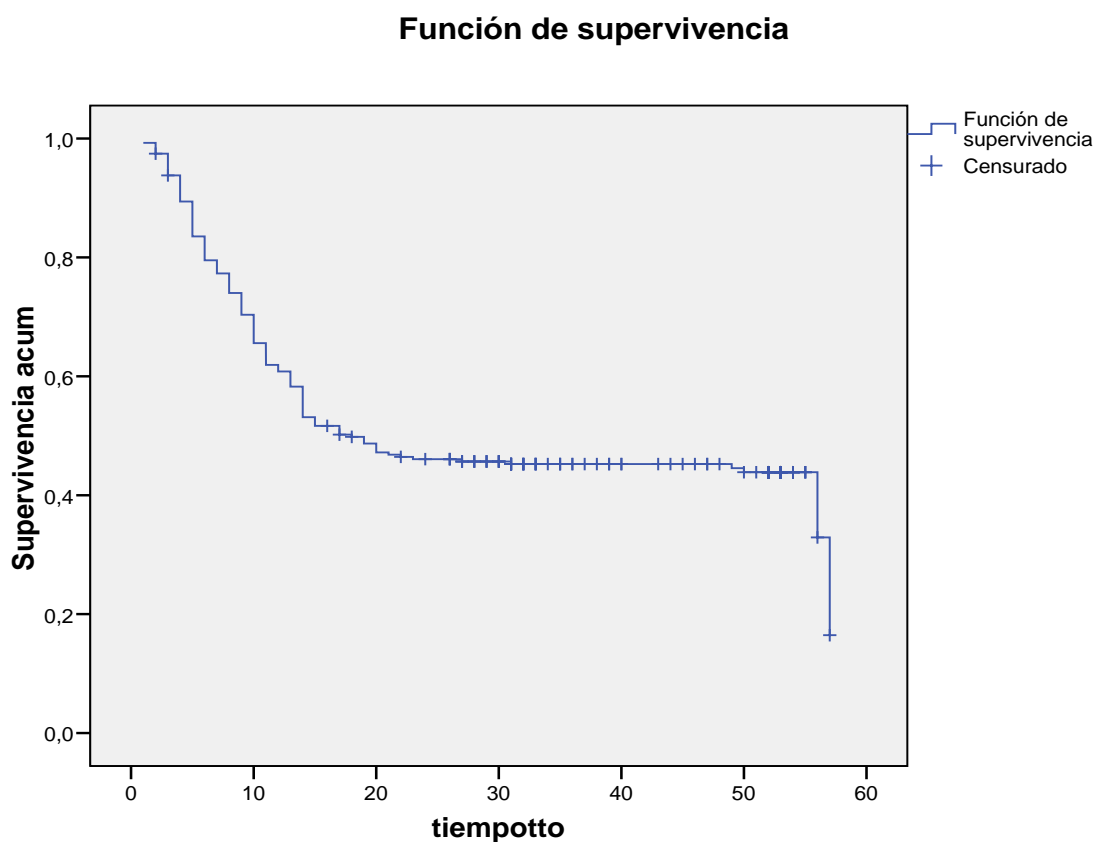
4.2.3.1.- SEIS MESES

La columna de la izquierda corresponde al tiempo durante el cual los pacientes están en seguimiento ordenados por tiempo creciente. La segunda columna (estado) indica si se ha producido el efecto o desenlace evaluado o no (tiempo de permanencia en el programa de mantenimiento con naltrexona). La siguiente columna es la proporción acumulada que sobrevive hasta el momento, es decir la proporción de casos para los que no ha tenido lugar el evento en cada tiempo y el error típico o estándar es el error correspondiente a la estimación puntual de Kaplan-Mayer en cada tiempo. La columna que corresponde al número de eventos acumulados son los desenlaces acumulados, es decir los que han abandonado el programa de mantenimiento con naltrexona. Y la última columna corresponde al número de sujetos que quedan en cada momento sin que haya ocurrido en ellos el evento final y representa a los individuos que están en riesgo en el siguiente periodo. (Ver Anexo III)

El tiempo medio de supervivencia estimado es de 30,789 semanas y el tiempo en el que el 50% de los sujetos sigue sin haber desarrollado el evento es de 18 semanas.

En el gráfico de la curva de supervivencia se sitúa en la ordenada la supervivencia acumulada en términos de probabilidad (entre 0 y 1) y el tiempo de supervivencia en el eje de abscisas, de tal forma a que a las 24 semanas (seis meses) de tratamiento en programa de mantenimiento con naltrexona permanecen en el mismo el 44% de los pacientes. (Figura 4.23)

Figura 4.23 Función de Supervivencia a los seis meses

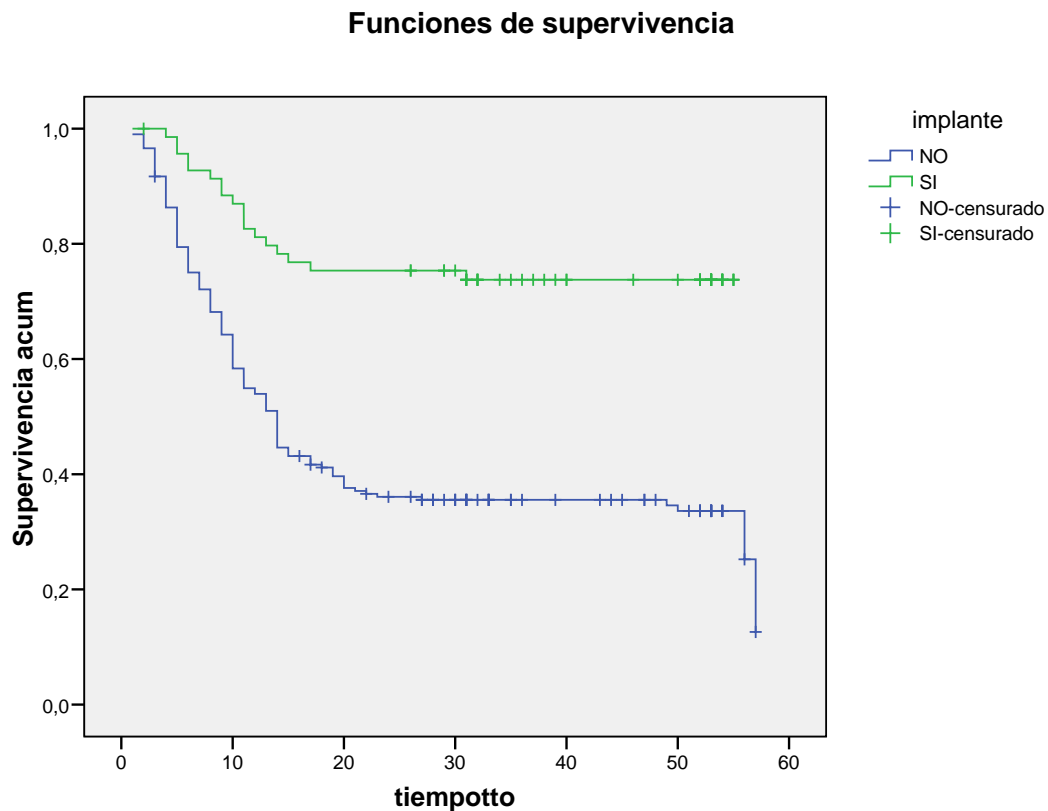


Al comparar el índice de supervivencia con aquellos pacientes que realizaban el programa de mantenimiento con naltrexona en forma de implante subcutáneo de naltrexona se encontró que la media de aquellos que abandonaban el programa y no tenían implante representaba 26 semanas con una mediana de 14 semanas. (Ver Anexo IV)

Como se aprecia hay una separación entre ambas curvas de supervivencia a favor del grupo con implante subcutáneo de naltrexona y en el test estadístico de log

Rank el valor de χ^2 es de 28,566 siendo significativamente estadístico $p < 0,0001$. (Figura 4.24)

Figura 4.24 Función de supervivencia con implante seis meses



4.2.3.1- DOCE MESES

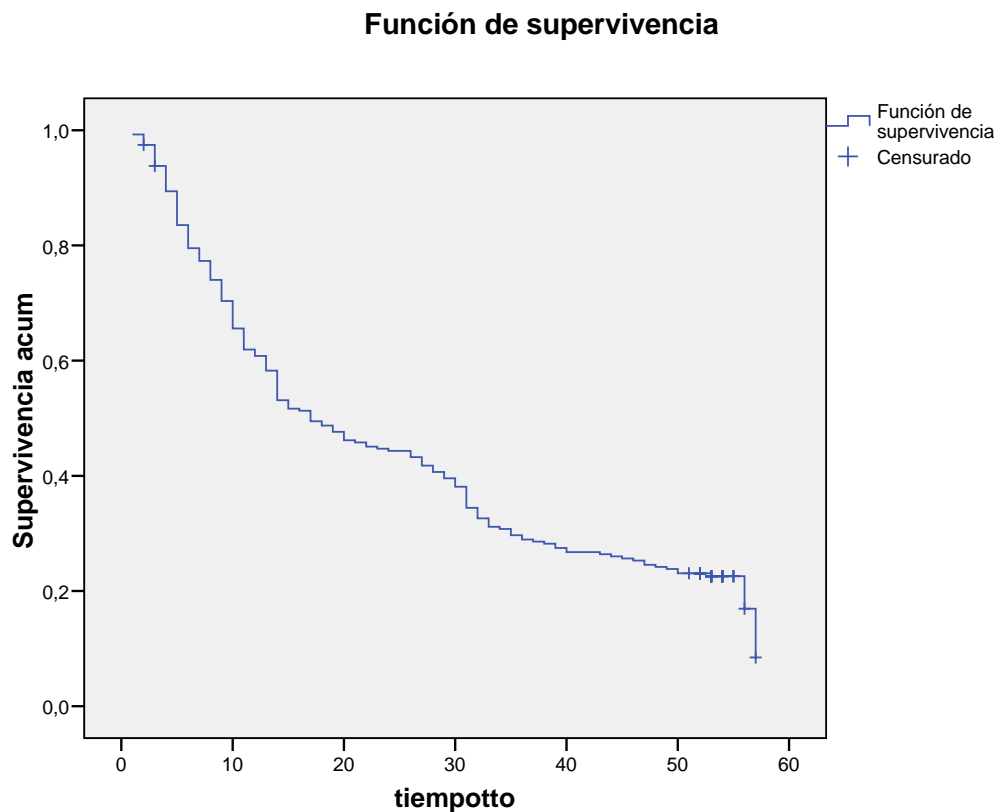
La columna de la izquierda corresponde al tiempo durante el cual los pacientes están en seguimiento ordenados por tiempo crecientes. La segunda columna (estado) indica si se ha producido el efecto o desenlace evaluado o no (tiempo de permanencia en el programa de mantenimiento con naltrexona. La siguiente columna es la proporción acumulada que sobrevive hasta el momento, es decir la proporción de casos para los que no ha tenido lugar el evento en cada tiempo y el error típico o estándar es el error correspondiente a la estimación puntual de Kaplan-Mayer en cada tiempo. La columna que corresponde al número de eventos acumulados son los desenlaces acumulados, es decir los que han abandonado el programa de mantenimiento con naltrexona. Y la última columna corresponde al número de sujetos

que quedan en cada momento sin que haya ocurrido en ellos el evento final y representa a los individuos que están en riesgo en el siguiente periodo. (Ver Anexo V)

El tiempo medio de supervivencia estimado es de 25, 689 semanas y el tiempo en el que el 50% de los sujetos sigue sin haber desarrollado el evento es de 17 semanas.

En el grafico de la curva de supervivencia se sitúa en la ordenada la supervivencia acumulada en términos de probabilidad (entre 0 y 1) y el tiempo de supervivencia en el eje de abscisas, de tal forma a que a las 48 semanas (doce meses) de tratamiento en programa de mantenimiento con naltrexona permanecen en el mismo el 22% de los pacientes. (Figura 4.25)

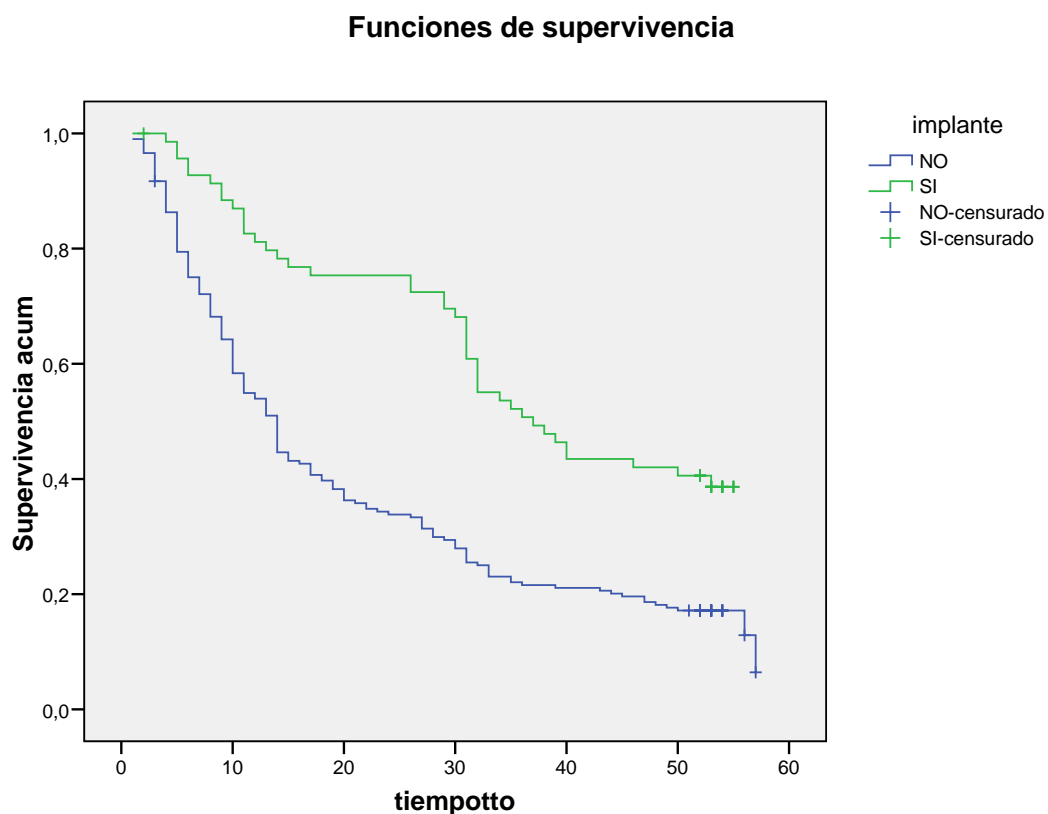
Figura 4.25 Función de Supervivencia doce meses



Al comparar el índice de supervivencia con aquellos pacientes que realizaban el programa de mantenimiento con naltrexona en forma de implante subcutáneo de naltrexona se encontró que la media de aquellos que abandonaban el programa y no tenían implante representaba 21 semanas con una mediana de 14 semanas. (Ver Anexo VI)

Como se aprecia hay una separación entre ambas curvas de supervivencia a favor del grupo con implante subcutáneo de naltrexona y en el test estadístico de log Rank el valor de χ^2 es de 22,430 siendo significativamente estadístico $p < 0,0001$. (Figura 4.25)

Figura 4.25 Función de supervivencia con implante doce meses



4.3.- VARIABLES ASOCIADAS A LA RETENCIÓN

4.3.1.- SEIS MESES

Se realizó para este estudio la comparación entre aquellos pacientes que permanecían en el estudio a los seis meses (n= 122) y los que lo habían abandonado (n=153).

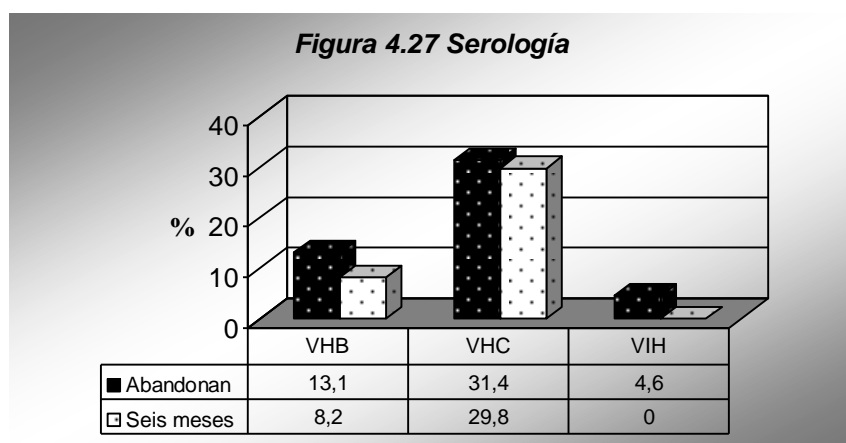
4.3.1.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Ninguna de las variables sociodemográficas consideradas en el estudio se asociaba de manera estadísticamente significativa con la retención en el programa de mantenimiento con naltrexona

4.3.1.2.-VARIABLES CLINICAS

1. SEROLOGÍA

En lo que se refiere al VIH era positivo en el 4,6% (n=7) de los pacientes que abandonaban el tratamiento frente al 0% de los que permanecían (Chi ²= 5,727 y p= 0,019). (Figura 4.27)

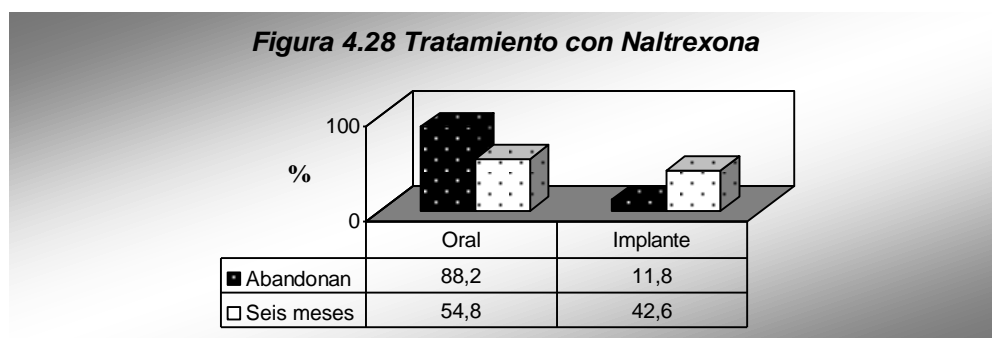


2. DOSIS INICIAL DE CONSUMO DE HEROÍNA

Los pacientes que continuaban el programa presentaban una dosis inicial de consumo de casi 528,4mg (DT= 512,2). La dosis media de aquellos que abandonaban el programa era de 645 mg (DT= 598, 5). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t= 0,004$ y $p= 0-047$).

3. TRATAMIENTO CON NALTREXONA

Tenían implante el 11,8% (n=18) de los pacientes que abandonaban el programa de mantenimiento con naltrexona frente al 42,6% (n= 52) de los que permanecían en el tratamiento ($\chi^2 = 34,062$ y $p < 0,0001$). (Figura 4.28)



Esta es una de las variables donde mayor diferencia se encontró.

4.3.1.3.- GRAVEDAD DE LA ADICCION

La gravedad de la adicción evaluada según el EuropASI no se asoció de forma estadísticamente significativa con la retención en el programa de mantenimiento con naltrexona a los seis meses.

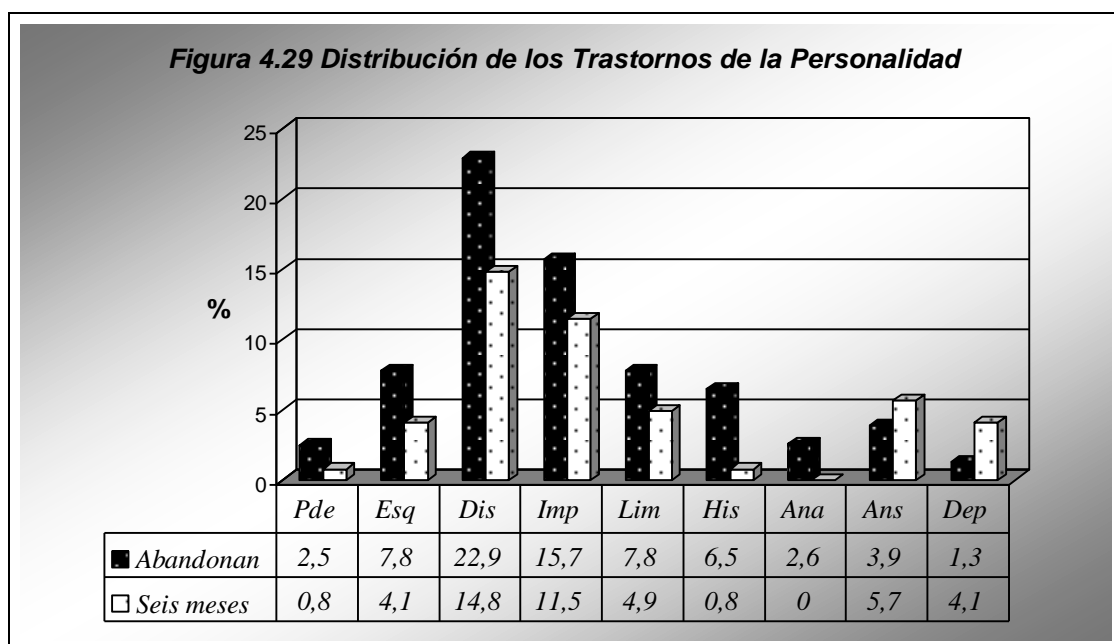
4.3.1.4 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. IPDE

La presencia de trastorno de la personalidad entre los pacientes que permanecen programa de mantenimiento con naltrexona es de 0,5 (DT= 0,8) frente a los que abandonan que tienen como media 0,7 (DT= 1,0), ($t=2,091$ y $p= 0,037$).

El trastorno de personalidad más frecuentemente encontrado entre los pacientes que abandonan el tratamiento es el disocial con un 22,9% (n= 35), seguido del impulsivo con un 25,7% (n= 12), después el límite y esquizoide con un 7,8% (n= 12) cada uno, luego el histriónico 6,5% (n= 10), a continuación el ansioso y el paranoide con un 3,9% (n=6) cada uno y por último el dependiente con 1,3% (n=2). (Figura 4.29)

A los seis meses, los resultados obtenidos de la muestra (n=122) presentan que el trastorno de la personalidad más frecuentemente encontrado es el trastorno disocial con un 14,8% (n= 18), seguido del trastorno de tipo impulsivo 11,5% (n= 14), después el trastorno de la personalidad de tipo ansioso con un 5,7% (n=7), en cuarto lugar se encuentra el trastorno de tipo límite con un 4,9% (n= 6), después los trastornos esquizoide y dependiente con 4,1% (n=5) cada uno, les siguen los trastornos paranoide e histriónico con 0,8% (n= 1) cada uno y por último no se encuentra ningún trastorno de la personalidad de tipo anancástico. (Figura 4.29)

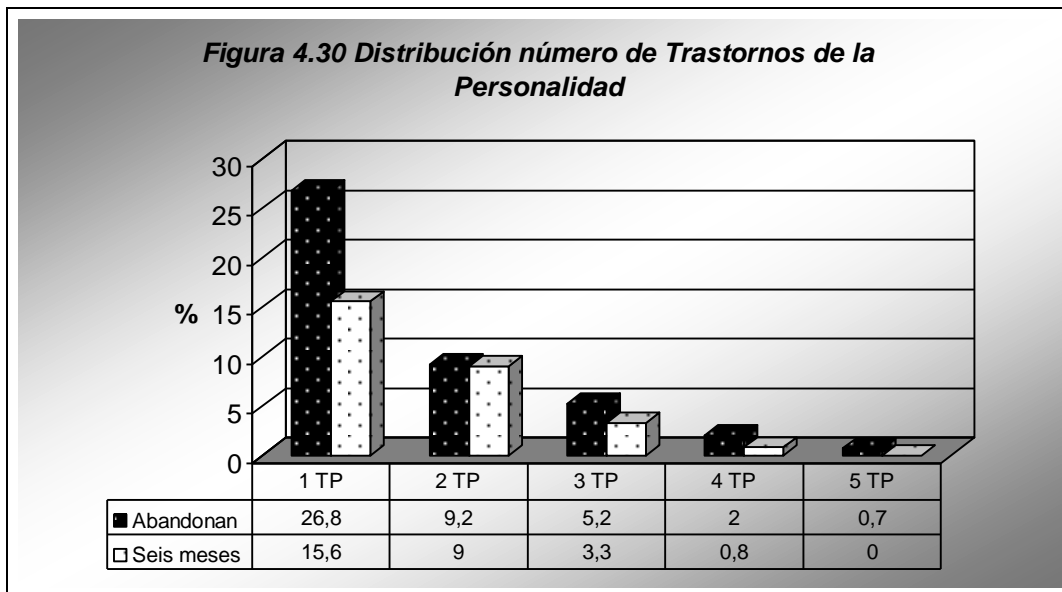


Por trastornos de la personalidad únicamente el trastorno histriónico de la personalidad se asociaba a permanencia o no en el tratamiento, de forma que el 6,5% de los pacientes que abandona el programa de mantenimiento con naltrexona presentaba este trastorno frente al 0,8% de los que permanecían ($\text{Chi}^2= 5,7756$ y $p= 0,026$).

2. NÚMERO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El mayor porcentaje de entre los que han abandonado el tratamiento se encuentra con un TP con el 26,8% ($n=41$), con dos TP el 9,2% ($n= 14$), con tres TP el 5,2% ($n= 8$), con cuatro TP el 2% ($n= 3$) y con uno el 0,7% ($n=1$).

De los pacientes que permanecen a tratamiento a los seis el mayor porcentaje se encuentra en aquellos pacientes que tienen un TP 15,6% ($n= 19$), con dos TP el 9% ($n= 11$), con tres TP 3,3% ($n= 4$) y por último con 4 TP el 0,8% ($n=1$). (Figura 4.30)



Únicamente había diferencias estadísticamente significativas para aquellos pacientes que presentaban un solo trastorno de la personalidad de manera que el 26,8% de los pacientes que abandonaban el programa de mantenimiento con naltrexona tenían un solo trastorno de la personalidad frente al 16,4 % de aquellos pacientes que continuaban en el estudio ($\text{Chi}^2= 4,2566$ y $p= 0,042$).

4.3.2.- A LOS DOCE MESES

Se realizó para este estudio la comparación entre aquellos pacientes que permanecían en el estudio a los doce meses (n= 62) y los que lo habían abandonado (n=213).

4.3.2.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Ninguna de las variables sociodemográficas consideradas en el estudio se asociaba de manera estadísticamente significativa con la retención en el programa de mantenimiento con naltrexona.

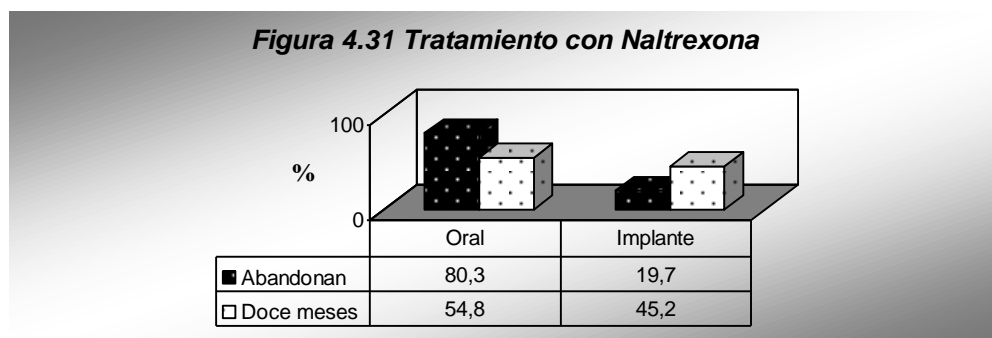
4.3.2.2.- VARIABLES CLINICAS

1.-SEROLOGIA

Ninguna de las variables serológicas consideradas en el estudio se asociaba de manera estadísticamente significativa con la retención en el programa de mantenimiento con naltrexona.

2.- TRATAMIENTO CON NALTREXONA

Sólo tenían implante el 19,7 % (n= 42) de los pacientes que abandonaban el programa de mantenimiento con naltrexona frente al 45,2 % (n= 28) que permanecía a tratamiento a los doce meses ($\chi^2= 16,383$ y $p < 0,0001$). (Figura 4.31)



Esta es una de las variables donde mayor diferencia se encontró.

4.3.2.3.- EUROPASI

La gravedad de la adicción evaluada según el EuropASI no se asoció de forma estadísticamente significativa con la retención en el programa de mantenimiento con naltrexona a los doce meses

4.3.2.4.- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad evaluados mediante el IPDE no se asociaron de forma estadísticamente significativa con la retención en el programa de mantenimiento con naltrexona

4.4.- EVOLUCIÓN CLÍNICA

4.4.1.- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN BASAL Y SEIS MESES

Cuando se compararon las puntuaciones medias obtenidas mediante el EuropASI basal y a los seis meses se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes áreas, había una mejoría prácticamente en casi todas las áreas a los seis meses excepto en el área médica ($p= 1$) y el área de alcohol ($p=0,954$). (Tabla 4.36)

Tabla 4.36 EuropASI basal y seis meses

Areas	Basal Media (DE)	Seis meses Media (DE)	t	p
Médico	1,8 (1,9)	1,8 (1,9)	,000	1
Empleo	2,3 (2,1)	2 (1,9)	2,22	,002
Alcohol	1,3 (1,5)	1,3 (1,3)	-,057	,954
Drogas	7,1 (0,3)	3,2 (1,9)	21,76	,000
Legal	1,8 (1,8)	1,2 (1,5)	4,48	,000
Familia	2,7 (2)	1,6 (1,5)	6,36	,000
Psicológico	2,6 (2,2)	1,8 (1,6)	4,70	,000

4.4.2.- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN BASAL Y DOCE MESES

En la comparación de las puntuaciones medias obtenidas en el EuropASI realizado al inicio del tratamiento y a los doce meses se encontró que en las áreas en las que no había diferencias estadísticamente significativas correspondían a las de médico ($p=0,152$), empleo ($p=0,290$), y alcohol ($p=0,772$), es decir los pacientes habían mejorado de manera significativa en todas las áreas excepto en las anteriormente mencionadas tras doce meses en tratamiento. (Tabla 4.37)

Tabla 4.37 EuropASI basal y doce meses

Areas	Basal Media (DE)	Doce meses Media (DE)	t	p
Médico	1,6 (1,9)	1,9 (1,7)	-1,44	,152
Empleo	2,3 (2)	2 (1,8)	1,068	,290
Alcohol	1,1 (1,1)	1,2 (1)	-,291	,772
Drogas	7,1 (0,3)	2,8 (1,9)	17,35	,000
Legal	1,6 (1,6)	1,1 (1,1)	2,02	,000
Familia	2,7 (2,1)	1,6 (1,5)	4,41	,000
Psicológico	2,4 (2,2)	1,3 (1,1)	4,33	,000

4.4.3.- GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN SEIS Y DOCE MESES

Cuando se compararon las puntuaciones medias obtenidas entre el EuropASI a los seis meses y a los doce meses el área en la que había una mejoría significativa era el área psicológica ($p=0,01$). (Tabla 4.38)

Tabla 4.38 EuropASI seis y doce meses

Areas	Seis meses Media (DE)	Doce meses Media (DE)	t	p
Médico	1,7 (1,8)	1,9 (1,7)	-1,93	,058
Empleo	2,1 (2,1)	2 (1,8)	,610	,544
Alcohol	1,2 (1,1)	1,2 (1)	,306	,760
Drogas	3,1 (1,9)	2,8 (1,9)	,901	,371
Legal	1,1 (1,2)	1,1 (1,1)	-,287	,775
Familia	1,7 (1,6)	1,6 (1,5)	,302	,763
Psicológico	1,7 (1,6)	1,3 (1,1)	2,673	,010

5.- DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en una población de personas adictas a los opiáceos que tras realizar una desintoxicación, bien clásica, o bien mediante Pauta de Antagonización Rápida Ambulatoria (PARA), inician un programa de mantenimiento con naltrexona ya sea por vía oral o en forma de implante subcutáneo. El seguimiento de los pacientes se realizó durante doce meses. Su homogeneidad viene delimitada por ser un centro de titularidad privada donde el coste económico condiciona la posibilidad de poder acceder al programa terapéutico.

Las personas incluidas en el estudio eran fundamentalmente varones, solteros, con una edad que rondaba la treintena y con trabajos poco cualificados. Presentaban una gravedad de la adicción moderada, la mayor gravedad se situaba en el área de drogas, y tenían elevada comorbilidad con trastornos de personalidad, especialmente el trastorno disocial. Al cabo de 6 meses permanecían en tratamiento casi la mitad de los pacientes y a los 12 meses aproximadamente una quinta parte de los pacientes. La evolución de los que permanecieron a tratamiento fue favorable en términos de su gravedad de la adicción.

5.1.- Perfil sociodemográfico

El perfil demográfico de los pacientes de este estudio era de varón de unos 29 años, soltero, que vive en una gran ciudad en residencia propia o de su familia. Tiene completados los estudios básicos y trabaja a tiempo completo, su fuente de ingresos principal proviene del empleo. Gasta grandes cantidades de dinero en drogas.

Este perfil en lo que al sexo y estado civil se refiere en general se corresponde con las características observadas por otros estudios realizados tanto en nuestro país y en el extranjero (Clerici et al 1989; Marina 1993; Bedate et al 1995; DGPNSD 1996; Cervera et al 1997; Gutiérrez et al 1998; Rea et al 2004; García et al 2005; Quaglio et al 2006; Muñoz et al 2006; Fridell et al 2006; Pozzi et al 2008; Karow et al 2008; Roncero et al 2011; Lopez-Goñi et al 2011; Cacciola et al 2011; Samuel et al 2011; Colpaert et al 2012; Schifano et al 2012; Maremmani et al 2012).

En cuanto al sexo en el trabajo realizado por Vassileva et al (2011) reporta una muestra constituida solo por varones sin que el género femenino fuera un criterio de exclusión, se correspondía con pacientes que se encontraban en abstinencia y la muestra fue tomada de pacientes en un centro hospitalario de Bulgaria, los autores no explicaron esta situación. Eran pacientes que en el momento del estudio se

encontraban abstinentes salvo nueve de ellos que estaban en un programa de sustitución con opiáceos. Según los datos presentados por el Observatorio de las Drogas y Toxicomanías (Informe anual de 2012) en el conjunto de Europa la proporción de hombres a mujeres es de tres a uno.

En lo que se refiere al estado civil en el estudio realizado por Lopez-Goñi et al (2011) la proporción entre sujetos casados y solteros era la misma, podría estar en relación a que la muestra era heterogénea con pacientes adictos al alcohol, cocaína y heroína y donde la edad media del estudio era de casi 44 años, una edad en la que podrían existir más personas casadas que con 29 años. En el estudio de Salehi et al (2008) la proporción de personas casadas superaba a la de solteras siendo casi del 65% de la muestra, una de las limitaciones del estudio era que las mujeres sólo correspondía al 1,4% de la muestra lo que sesgaba los resultados. De igual modo el trabajo presentado por Naderi-Heiden et al (2010) también realizado en Irán como el anterior la proporción de personas casadas superaba al de solteras.

Respecto a la edad media de los pacientes a estudio se sitúa aproximadamente en la treintena, en el trabajo de López-Gonñi et al (2011) la edad media era de 10 años más que la encontrada en este estudio, ésta correspondía no solo a pacientes heroínómanos sino también adictos a alcohol, cocaína, anfetaminas y cannabis lo que podría condicionar que la edad de inicio del tratamiento fuese mas alta al presentar varios tipos de adicción principal. Dijkstra et al (2007) reportaron un edad media 7 años mayor a la encontrada en este estudio. Este hecho puede estar en relación con que los pacientes llevaban casi siete años y medio en un programa de mantenimiento con metadona. De igual manera en el trabajo realizado por Neufeld et al (2008) la edad era también de 10 años mayor que en el estudio realizado eran pacientes que presentaban en todos los casos comorbilidad con trastorno antisocial se la personalidad y también se encontraban en programa de mantenimiento con metadona, de aproximadamente 5 años de permanencia. Otros estudios reportan una edad también superior en 10 años como es el de Colpaert et al (2012) pero aquí hay que tener en cuenta que la muestra estaba formada en su mayoría por pacientes adictos al alcohol y en una proporción mucho menor por adictos a opiáceos, comparaban la comorbilidad psiquiátrica, así pues la prevalencia mayor correspondía a pacientes adictos al alcohol. Para Lopez-Goñi et al (2011) la edad era de 12 años mayor que la de los pacientes a estudio, en este trabajo los pacientes se encontraban en la comunidad terapéutica Proyecto Hombre, la muestra esta compuesta fundamentalmente por personas con problemas de adicción a alcohol y cocaína y en

una menor proporción a derivados opiáceos, esta podría ser la causa de que la edad de la muestra fuera notoriamente superior ya que no era una muestra homogénea, y la adicción al alcohol podría explicar este hecho ya que las personas con este tipo de adicción suelen acudir mas tarde que los pacientes adictos a opiáceos a tratamiento. Así pues en los trabajos reseñados anteriormente se observa que cuando se estudian en conjunto pacientes adictos a diferentes tipos de sustancias, la edad de la muestra es mayor que la encontrada en este estudio dando a entender que cuando se analizan muestras en las que los pacientes son adictos a diferentes tipos de sustancias la edad de los pacientes resulta ser superior.

En relación a los años de estudio la muestra se sitúa dentro de los parámetros observados por otros estudios realizados (Gutiérrez et al 1998; Rea et al 2004; García et al 2005; Quaglio et al 2006; Fridell et al 2006; Muñoz et al 2006; Pozzi et al 2008; Salehi et al 2008; Karow et al 2008; Roncero et al 2011; Lopez-Goñi et al 2011; Cacciola et al 2011; Vassileva et al 2011; Samuel et al 2011; Hölscher et al 2011) Colpaert et al 2012; Schifano et al 2012; Ball et al 2012, Colpaert et al 2012), pacientes que como término medio tenían once años de formación.

En relación a la tasa de pacientes que se encuentran trabajando en el momento del estudio que era mas de la mitad de la muestra, hay trabajos como el de Neufeld et al (2008) que encuentran una tasa de pacientes desempleados de mas del 66%, todos los pacientes del estudio presentaban trastorno de la personalidad antisocial lo que podría explicar esa tasa de desempleo ya que ese trastorno de la personalidad dadas sus características dificulta el mantenimiento de un trabajo estable. De igual manera ocurría en el trabajo de Colpaert et al (2012) donde solamente trabajaba un tercio de la muestra a estudio, hay que tener en cuenta que en este estudio mas de la mitad de los pacientes cumplían criterios para la dependencia de alcohol y en menor proporción para el consumo de opiáceos y patología dual, la combinación de adicción al alcohol, adicción a los opiáceos y patología dual podrían explicar la tasa alta de desempleo. Resultados similares a los presentados en el estudio de Schifano et al (2012) donde cerca del 75% de los pacientes estaban desempleados podría explicar este hecho a que los pacientes del estudio constituían una muestra heterogénea formada por pacientes que acudían al servicio publico de sanidad de Londres y se encontraban tanto en un programa de mantenimiento con metadona, pacientes que habían realizado desintoxicación en Unidad de Desintoxicación hospitalaria y aquellos que seguían un programa además un programa psicosocial por lo tanto una muestra heterogénea que podría explicar esa

circunstancia laboral. En el estudio de Lopez-Goñi et al (2011) la tasa de desempleo llegaba casi al 70% (muestra heterogénea formada por pacientes con problemas de adicción a alcohol, cocaína y derivados opiáceos). Por lo tanto en pacientes con muestras heterogéneas por los trabajos descritos anteriormente se encuentra que la tasa de desempleo es mayor que para muestras homogéneas. Además en el caso de la muestra a estudio el tratarse de un centro privado donde debían costearse el tratamiento condiciona la asistencia al mismo.

5.2.- Perfil clínico

El perfil clínico de los pacientes pertenecientes al estudio se corresponde con una persona que comenzó a consumir heroína a los 20 años y generalmente la consume fumada. Se le puede considerar un policonsumidor ya que, además de heroína, suele consumir alcohol, cocaína, cannabis, benzodiazepinas (BZD), barbitúricos, sedantes o hipnóticos. Ha tomado metadona en algún momento, y ha realizado tratamiento en alguna ocasión, bien de manera ambulatoria o en comunidad terapéutica. Padece algún problema médico crónico que le puede haber hecho estar hospitalizado en alguna ocasión y alguna vez ha experimentado ansiedad, depresión o problemas para controlar su conducta violenta. Ha tenido algún problema legal llegando a ser condenado en alguna ocasión.

Al igual que lo descrito por otros autores (Comas et al, 1992; Gómez-Zapata et al 1992; Marina 1993; Cervera et al 1997; Gutiérrez et al 1998), los pacientes del trabajo son considerados como politoxicómanos, aunque el diagnóstico principal sea el de dependencia a opiáceos, ya que han consumido varios tipos de sustancias y actualmente suelen persistir, en su mayoría, en el consumo de diferentes drogas. Se observa como los psicoestimulantes y los alucinógenos son sustancias poco utilizadas por los pacientes dependientes de opiáceos, inclinándose más por aquellas sustancias como son la cocaína o el cannabis. En estudios mas recientes como el de Ball et al (2012) las sustancias mas frecuentemente consumidas son primero el alcohol y luego la cocaína.

La elevada tasa de delitos que existe en torno a la adicción a las drogas depende de factores tales como la obtención de la droga (coste elevado), efectos físicos y psíquicos que provoca el consumo de drogas (ansiedad, cuadros de psicosis tóxica, impulsividad, agresividad...) y la personalidad y los trastornos de la misma. De

todos modos la muestra sólo presenta un 30% de antecedentes lo que da a entender que es una muestra poco deteriorada. Una proporción similar es la que se encuentra en el estudio de Roncero et al (2011) en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos y que se encontraban en un programa de sustitución con derivados opiáceos (metadona y buprenorfina).

El seguimiento adecuado de las terapias supone para el sujeto un menor riesgo de cometer actos delictivos Nurco et al (1985). En el caso del trabajo de Fridell et al (2008) los sujetos con TP antisocial y abusadores de sustancias, la probabilidad de ser acusado de cometer delitos a lo largo de un año casi triplica a la del resto de pacientes que no presentaban el TP. De igual manera de Ball et al (2012) la tasa de antecedentes legales casi llegaba al 80%, una explicación para este hecho podría ser que los paciente presentaban una tasa de trastorno de la personalidad de tipo antisocial del 50% y esta patología favorece dadas sus características la posibilidad de poder realizar actos al margen de la ley como ocurría en el estudio anterior. Los sujetos que utilizan dosis más altas de metadona tienen mayor probabilidad de problemas legales además de un aumento de patología para el cluster A (Treece et al 1980), podría ser que las dosis altas de metadona sugieren sujetos más deteriorados, sin embargo contrasta con los resultados anteriores ya que no es mayor la proporción entre los pacientes con trastorno antisocial. En el caso de Cacciola et al (2011) la historia de arrestos se correspondía con un 88%, se trataba de una muestra heterogénea en cuanto al consumo donde la mayor proporción del mismo se correspondía con la adicción a la cocaína, así pues el consumo de opiáceos no era la droga de primera elección si no la segunda con lo que la comparación de su resultado con el de la muestra a estudio puede resultar sesgada.

Casi las dos terceras partes de la muestra mantienen la vía inicial y la vía actual de consumo de heroína de manera inhalada y utilizan la vía intravenosa aproximadamente un tercio. El número de pacientes que continúa utilizando la vía intravenosa es menor en el momento de solicitar tratamiento. Podría ser que este hecho esté influenciado por la información sobre enfermedades transmisibles por vía parenteral y también por el desarrollo de los Programas de Mantenimiento con Metadona. Resultados similares a los obtenidos en estudios recientes como es el Naderi-Heiden et al (2010). Los resultados encontrados en este trabajo son parejos a los obtenidos en el estudio de Salehi et al (2008) señalando en su estudio que la vía intravenosa se asocia de manera significativa al trastorno de la personalidad de tipo antisocial.

En general se puede afirmar que la muestra a estudio presentaba una baja tasa de antecedentes familiares de consumo de drogas, resultados contrarios a los obtenidos por estudios realizados en nuestra comunidad autónoma como son los de Gutierrez et al (1998) (pacientes en programa de mantenimiento con metadona). De igual manera en el trabajo de Barea et al (2010), la prevalencia de antecedentes familiares para sujetos con adicción al alcohol es del 64,3% y del 41,7% para el consumo de otras drogas (de estos pacientes el 77,4% presentaba como diagnóstico principal dependencia de opiáceos y la mayoría de ellos en programa de mantenimiento con metadona). Otros autores han encontrado que los antecedentes familiares de problemas con otras sustancias diferentes al alcohol se relacionan con una edad más temprana de inicio de consumo (Merikangas et al 1998; Kaplow et al 2002).

En lo que se refiere a la comorbilidad física, en la población a estudio la infección por VIH presenta una prevalencia baja, siendo más frecuente en aquellos pacientes de mayor edad y con mayor historia de consumo. Los resultados obtenidos por Verthein et al (2008) en pacientes a tratamiento con heroína son similares a los que se han encontrado en este trabajo. En el estudio de Naderi-Heiden et al (2010) en la muestra no había ningún caso de paciente portador de VIH y sólo un paciente presentaba comorbilidad con VHC, la muestra correspondía a 45 pacientes y que habían realizado una pauta de antagonización rápida. En el trabajo de Krupitsky et al (2006) concluye que el uso más generalizado de la naltrexona podría ser útil para la prevención del VIH ya que en aquellos pacientes que se encontraban en ese programa se disminuía el riesgo de contraer la enfermedad.

En el trabajo realizado por Vasisleva et al (2011) no había ningún paciente VIH positivo, la presencia de VIH no se correspondía con ningún criterio de exclusión para acceder al estudio, los pacientes procedían del Hospital Universitario de Neurología y Psiquiatría de Bulgaria y se habían clasificado entre pacientes con psicopatología y los que no la tenían, estos resultados resultan paradójicos con los que reporta el Informe Mundial sobre las drogas de 2012 donde se han encontrado como en este país hay un aumento considerable de los casos de infección con VIH y una creciente prevalencia del mismo entre los consumidores aunque en Bulgaria el consumo de drogas es inferior al promedio de la Unión Europea . Los autores del estudio señalaron como limitaciones del mismo que el estado serológico de los pacientes se determinó sobre la

base del autoinforme por lo que algunos de los participantes podría haber sido seropositivo y no saberlo.

La hepatitis tipo C se presenta como la más prevalente en este colectivo de drogodependientes, de todos modos la prevalencia es menor que la encontrada por estudios españoles como son los de Gutiérrez et al (1998) y Roncero et al (2011), ambas muestras estudian a los pacientes en programas sustitutivos de opiáceos. En el estudio realizado por Hölscher et al (2010) encuentran que los problemas legales están relacionados con aquellas personas con VHC positivo, era una muestra en la que el 61,5% de los hombres y el 53% de las mujeres la presentaban, este estudio reflejaba el curso de la dependencia a opiáceos entre ambos sexos y los pacientes no necesariamente tenían que encontrarse en un programa terapéutico por lo tanto podría tratarse de una muestra deteriorada al no ser necesario permanecer en tratamiento los pacientes podían estar consumiendo con una mayor riesgo de posibilidad de contagio, en las mujeres la alta prevalencia una posible explicación sería que hay un mayor riesgo de infección debido a la prostitución o bien a sus parejas adictas también al consumo de opiáceos.

El tipo de desintoxicación opiácea realizada es fundamentalmente la clásica de duración variable y con un periodo en el que el sujeto puede recaer de nuevo en el consumo de opiáceos hasta la toma de naltrexona. Hubo pacientes que fracasaron en la desintoxicación clásica y tuvieron que realizar una pauta de antagonización rápida ambulatoria. Cuando el tratamiento con naltrexona se realiza en forma de implante en lugar de la presentación oral, la adherencia al tratamiento es mayor de manera significativa. En el trabajo de Naderi-Heiden et al (2011) los pacientes habían realizado todos una desintoxicación ultrarrápida (método UROD) con lo cual el periodo de recaída desaparece al tomar la naltrexona en la misma desintoxicación, además la naltrexona como formulación de liberación sostenida mejora el disconfor que supone la toma oral en algunos pacientes y reduce la recaída en el consumo de opiáceos, además de que la cumplimentación del tratamiento es mayor.

5.3.-Programa de Mantenimiento con Naltrexona

La difícil homogeneidad de las muestras en los programas de mantenimiento con naltrexona, las dificultades debidas al tipo de paciente para la inclusión y mantenimiento en terapia, las tasas altas de recaída, entre otras causas, unido a la

evolución de la concepción que sobre la toxicomanía ha venido sufriendo la sociedad en general y el modelo médico en particular, han hecho desde sus inicios difícil la tarea de evaluar la efectividad de los tratamientos. Numerosas variables de diferentes ámbitos han sido citadas como asociadas a evolución en las terapias de deshabituación en general, y en los programas de naltrexona en particular. Factores individuales y socio-ambientales han sido referidos y estudiados como predictores de respuesta. Se señala mejor pronóstico en terapias con antagonistas entre quienes tengan cierta estabilidad emocional (Schechter et al 1997), la posesión en el inicio del tratamiento de estabilidad laboral (Bedate et al 1995; Washton et al 1984) la mayor estabilidad e implicación familiar (Kauffman et al 1985; Ochoa et al 1994, Arias et al 1996, Gonzalez et al 1998, Arias et al 1996), el nivel profesión superior (Washton et al 1984) la motivación para la terapia (Bedate et al 1995, Lana 1996; Warner et al 1997).

La tasa de retención (y en menor medida su opuesto, la de abandono) es sin lugar a dudas el parámetro más aceptado en la literatura para referirse al éxito del programa. Puede expresarse dicho estimador como el porcentaje o número de pacientes que siguen en terapia pasado cierto tiempo, incluso como media de días en la terapia. Sin embargo en la actualidad parece adecuado referirse a la tasa de retención en términos estadísticos de probabilidad de supervivencia para un determinado tiempo t (Allgunlanyer et al 1986; Ling et al 1996; Juez Martel 1996; Iraurgi et al 1997; Ferrán Aranaz 1997; Zhang et al 2003). De esta manera, los resultados se adecuan y adaptan al factor temporal, y respetan mejor que las técnicas puramente descriptivas la peculiar distribución de la muestra a lo largo del proceso (y en consecuencia, del tiempo), que no es una distribución normal.

Desde una perspectiva farmacológica la naltrexona es útil, presenta propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas favorables, sin embargo desde una visión aplicada las tasas de retención cuando se utiliza no son tan altas como cabría esperar. Hay autores como O' Connor (2000) que afirmó que la naltrexona exhibía tasas bajas de retención y no es capaz para reducir el consumo de opiáceos en comparación con placebo. Mientras que otros autores reportan retenciones del 44,4% a los seis meses de naltrexona versus placebo Krupitsky et al (2004).

El tratamiento de mantenimiento con naltrexona es eficaz pero a menudo no es de los programas más aceptados por los pacientes (Callahan et al 1980; Kosten et al 1984). Es elevado el porcentaje de pacientes que intenta comprobar que el bloqueo que produce la naltrexona sobre los efectos opiáceos es efectivo Greenstein et al

(1984), lo que puede valorarse por las referencias de los adictos y también por los análisis de orina Iraurgi et al (1997). Siempre que se pueda deben añadirse sistemas de soporte al mantenimiento. Es necesaria una supervisión estrecha del cumplimiento de las normas terapéuticas. No se recomienda que sea el propio adicto el que se auto-administre la naltrexona. Es importante supervisar la ingesta del fármaco, y vigilar el consumo de otros tóxicos que el paciente puede mantener o iniciar durante el tratamiento. La implicación familiar en el tratamiento es esencial (Ochoa et al 1994; Krupitsky et al 2006). Ya que la familia a menudo ignora los signos obvios de abuso de droga en los adictos Kosten et al (1984) es conveniente confrontarla con los planes del tratamiento. Con la modalidad de implante subcutáneo de naltrexona la participación del familiar en el proceso terapéutico se relaja.

El consumo esporádico de heroína es relativamente frecuente entre los usuarios de naltrexona, como autocomprobación habitualmente, (Ochoa et al 1994; Iraurgi et al 1997; Rea et al 2004) en especial en etapas iniciales de la terapia Bedate et al (1995), sin que ello deba considerarse marcador de recaída Arias et al (1996). En la muestra a estudio en los urinoanálisis realizados a lo largo del tratamiento se constataron consumos esporádicos de heroína tanto a los seis como a los doce meses

Diferentes estudios han demostrado que la naltrexona puede disminuir el craving de los pacientes adictos a opiáceos (Mirin et al 1976; Sideroff et al 1978; Sullivan et al 2006). Sin embargo para Dijkstra et al (2007) esta evidencia no fue encontrada en el trabajo que realizaron. En la muestra a estudio la prevalencia de consumo de heroína a lo largo de los doce meses de tratamiento el consumo permanecía presente hasta en un tercio de los pacientes (consumos esporádicos) por lo que se puede decir que el craving se había reducido, además las puntuaciones de gravedad de la adicción en el área de drogas habían disminuido al finalizar el estudio.

La pérdida de pacientes acaecida durante el periodo de seguimiento, puede ser debida, entre otras razones, al hecho de que esos pacientes ya se habían sometido, en la mayoría de los casos, a más de un tratamiento con el fin de abandonar su adicción (concretamente la media de tratamientos previos realizados era de 3), con lo cual consideraban que las modalidades de tratamiento de las adicciones existentes en el momento actual no eran válidas para ellos, puesto que habían recaído y por tanto llegaban a este nuevo proceso terapéutico mermados en su motivación. Por otra parte, no hay que olvidar que el estudio se realizó con los pacientes que estaban en tratamiento en el centro privado, por lo que el coste económico del mismo puede ser

otro condicionante que hay que tener presente a la hora de explicar la baja adherencia terapéutica.

Cuando se trata de establecer el posible perfil diferencial existente entre los pacientes que continuaron tratamiento y los que abandonaron el mismo, se observa que entre ambos grupos no existen diferencias en los parámetros de tipo sociodemográfico. Se encuentra que si bien no existen muchos parámetros diferenciales, el grupo de los que abandonan presentan una mayor gravedad clínica y psicológica que se traduce en mayores dosis iniciales de consumo de heroína, mayor severidad en el uso de alcohol y drogas y en su estado psiquiátrico, con una mayor media de TP diagnosticados. Factores todos ellos que sin duda pueden tener mucho que ver en el pronóstico a medio y largo plazo de estos pacientes. De todos modos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los que abandonaban el programa y los que permanecían en el.

En la revisión realizada por Kirchmayer et al (2002), encuentran que las tasas de abandono son particularmente elevadas en el período de estabilización es decir el periodo de desintoxicación y de inducción al programa de mantenimiento con naltrexona. A la hora de elegir el tipo de tratamiento con naltrexona (oral vs implante) se encontró que aquellos pacientes que iniciaban el programa utilizando la forma de implante subcutáneo de naltrexona tenían una mayor adherencia terapéutica al mismo que resultaba estadísticamente significativa frente a aquellos que iniciaban el programa por vía oral.

Se admite en general que una indicación rápida favorecería la retención así como una introducción temprana de la naltrexona durante la fase de la desintoxicación Gerra et al (2003), influye también la motivación del paciente hay mejor pronóstico para quienes acuden con motivación alta (Ling et al 1984; Waston et al 1984; Brahen et al 1984), la duración del tratamiento (Ochoa et al 1992; Ling et al 1984; Sanchez-Carbonell et al 1989), el empleo de un programa estructurado que utilice unas dosis adecuadas O'Brien et al (1975). En trabajos consultados Kunge et al (2010) concluyen que mas de la mitad de los pacientes con implante subcutáneo de naltrexona a los seis meses continúan en el programa e incluso deciden poner un nuevo implante. Reece et al (2007) concluye que la tasa de pacientes que no consumen opiáceos es del 54% a los doce meses en aquellos pacientes con naltrexona por vía oral y que si se utilizasen implantes subcutáneos de naltrexona podría llegar al 82%. De igual manera ocurre en la muestra a estudio donde los pacientes que tenían implante

subcutáneo de naltrexona a los doce meses permanecían en el programa más del doble que aquellos que realizaban el tratamiento con naltrexona por vía oral. Del mismo modo Sullivan et al (2006) llega a la conclusión que la administración de 384 mg de naltrexona en forma de implante subcutáneo es capaz de reducir los efectos reforzadores de la heroína a las 4-5 semanas de la administración. Para este autor el uso de implante subcutáneo de naltrexona hace que las recaídas y los consumos de opiáceos dentro del programa terapéutico disminuyan con esta formulación y la retención es mayor con este tipo de tratamiento.

Johansson et al (2007) concluye en los pacientes en programa de mantenimiento con metadona presentan una mayor retención en el tratamiento, se reduce el consumo de derivados opiáceos y hay una disminución de los actos delictivos. Hay trabajos (Roncero et al 2011; Fareed et al 2010; Bao et al 2009; Van Den Berg et al 2007), que concluyen que los pacientes tratados con altas dosis de metadona eran los que se asociaban con un aumento de la retención en el tratamiento, menor riesgo de recaída y una menor incidencia de comorbilidad por VIH y hepatitis. Así pues en los trabajos realizados por estos autores concluyen que permanecer en un programa de mantenimiento con metadona favorece la adherencia al mismo.

Rea et al (2004) en una muestra de 66 pacientes que habían realizado desintoxicación clásica o bien desintoxicación ultrarrápida, encuentran una retención del 6% a los seis meses (las dosis del programa de mantenimiento con naltrexona eran inferiores a 50mg/día), los pacientes reclutados cuando se les decían las dosis de naltrexona en su mayoría preferían claramente un programa de mantenimiento con 50 mg/día. Además comprobaron como la retención era mayor si a esa dosis de naltrexona se asociaba terapia psicológica, aun así no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dosis de naltrexona usadas en el estudio (50mg/día o menos dosis), la proporción de pacientes abstinentes y los efectos secundarios. Concluyen que las dosis bajas en un programa de mantenimiento con naltrexona no resultan útiles en la práctica. En el estudio de Mannelli et al (2007) comunica que la administración de dosis bajas de naltrexona con una intervención psicosocial al paciente está asociado a tasas mayores de retención y mejoría de la calidad de vida del adicto ya que las dosis bajas de naltrexona realizan una modulación sobre el receptor mu. Koob et al (2004). En el caso de la muestra a estudio las dosis eran de 50 mg/día tanto en formulación oral como en forma de implante

subcutáneo de naltrexona, que es la dosis que se recomienda para que el bloqueo sea efectivo Julius (1976).

En el estudio de López-Goñi et al (2011), encuentran cómo aquellos pacientes que están trabajando tienen tasas de retención mayores significativamente más altas que los que abandonan el programa (en la muestra sólo un 6,6% de pacientes eran consumidores de heroína). En la muestra a estudio más de la mitad de la misma se encontraban trabajando con lo que la puntuación en la gravedad de la adicción en el área de empleo no era una puntuación elevada.

Para autores como Palmer et al (2009), encuentra que el abandono en el programa de tratamiento se debe más a una decisión individual, motivado por la necesidad de apoyo social y problemas de conexión personal. Estos resultados sugieren que el desarrollo de principios terapéuticos pueden aumentar la retención en el tratamiento. Otros autores Pulford et al (2009) sugieren que para evitar el abandono se podrían ofrecer intervenciones a corto plazo, este tipo de tratamiento lo denominan “treatment-fit” harían presagiar que si el paciente recibe una intervención óptimamente adaptada a su necesidad y asistencia se podría reducir los costes relacionados con el recurso. En el caso de la muestra a estudio las intervenciones psicoterapéuticas se realizaban con una frecuencia de tres días a la semana hasta llegar a una vez cada tres semanas, lo que reforzaba el tratamiento farmacológico de naltrexona

En trabajos que utilizan la heroína como tratamiento (Verthein et al 2008; Haasen et al 2007; Blanken et al 2009) asocian una mayor estabilización en el tratamiento a largo plazo con una retención mayor del mismo. De igual manera en el trabajo realizado en Canada Oviedo-Joekes et al (2008) con una muestra con un alto porcentaje de mujeres con mayor número de antecedentes judiciales y con mayor número de enfermedades de tipo crónico encuentran que los pacientes que se encuentran en programa de tratamiento con heroína a largo plazo presentan menos problemas legales y menos ingresos en la cárcel, el grupo de pacientes adictos a la heroína las puntuaciones del EuropASI eran más altas en el área de drogas que en el resto de los grupos. En el caso de los pacientes a estudio con un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos los pacientes tienen una prevalencia de antecedentes legales y serología bajas y puntuaciones de gravedad de la adicción moderadas, por lo tanto en contraposición a lo formulado por los autores anteriores que postulan que el permanecer en un programa de tratamiento con heroína estabiliza

a los pacientes se puede decir que los pacientes de la muestra a tratamiento con naltrexona también se encontraban estabilizados

5.4.- Gravedad de la adicción

Por lo que se refiere a la aplicación del EuropASI a la muestra, los datos obtenidos presentan una población a tratamiento poco deteriorada, ya que los índices de severidad obtenidos así lo indican. La mayor necesidad de tratamiento o gravedad de la adicción se encuentra en las áreas de drogas, empleo y familia. Los resultados obtenidos parecen lógicos a la vista de los problemas derivados por la adicción, con un aumento de la problemática familiar, el paro y la formación académica presentada que puede dificultar el encontrar un puesto de trabajo estable, a pesar de que en nuestra muestra más de la mitad de los pacientes habían terminado el graduado escolar y tenían un trabajo. Estas variables área de drogas, empleo y familia indican la importancia que tienen a la hora de completar y hacer de manera correcta el programa terapéutico, ya que si se experimenta una mejoría en las mismas el proceso de recuperación puede ayudar a que no se abandone el tratamiento de una manera prematura.

En relación al patrón de empleo, se observa que los pacientes tienen un trabajo estable y financian su consumo de drogas con los recursos que obtienen del empleo o pensión y con la ayuda del dinero que le facilitan familiares y amigos siendo muy pequeña al proporción de pacientes que lo obtienen de manera ilegal. Proporciones similares a las encontradas en estudios tanto extranjeras como españolas (Graña et al 2009; Hölscher et al 2010; Roncero et al 2011).

En el trabajo de García et al (2005) comparando pacientes heroínómanos y cocainómanos encuentran que los usuarios del programa de heroína presentan un perfil más grave y un mayor deterioro en la mayoría de las áreas evaluadas en el EuropASI: estado de salud, educación y empleo, situación legal y relaciones sociales/familiares. Parece lógico que el consumo de heroína lleve parejo un mayor deterioro físico de la persona más evidente que en una persona adicta a la cocaína, así como una mayor repercusión en los aspectos legales dadas las características del tipo de droga y además un empeoramiento de las relaciones sociales, aún hoy en día la cocaína se la considera una droga “social” en relación a la percepción que se tiene de la heroína.

Hay autores López-Goñi et al (2011b) que encuentran que es el área de empleo la que es estadísticamente significativa entre los pacientes que permanecen en el programa y los que abandonan (los pacientes que eran consumidores de derivados opiáceos suponían el 6,6%), aquellos pacientes estabilizados en su empleo permanecían en el programa terapéutico, tenían menos de abandono. En el caso de la muestra a estudio, los pacientes se encontraban en más de la mitad de los casos trabajando y con ingresos económicos estables. Este mismo estudio concluye que aquellos pacientes que presentan puntuaciones altas el área de alcohol abandonan el tratamiento precozmente, a diferencia que lo que ocurre con la muestra a estudio donde las puntuaciones que se encontraban en el alcohol eran relativamente bajas. Lo que de nuevo vuelve a indicar que era una muestra poco deteriorada y de nuevo se vuelve pensar que el hecho de tratarse de un centro privado, ese coste económico condiciona la asistencia al programa y por lo tanto puede servir como sesgo programa terapéutico.

La relación entre gravedad de la adicción y TP estudiada por Murray et al (2008) concluye que la mayor gravedad de la adicción la presentan aquellas pacientes con trastornos de la personalidad del clúster B. Resultados que concuerdan con los presentados en este estudio

Por sexos al inicio del tratamiento las mujeres presentaban una mayor gravedad de la adicción en las áreas de empleo y de drogas resultando significativamente estadístico, puede explicarse por la mayor dificultad que pueden presentar las mujeres para acceder a puestos de trabajo, experimentándose una mejoría a los seis meses para ser el aspecto psicológico el que presente una mayor gravedad de la adicción, no encontrándose ninguna diferencia a los doce meses. En el trabajo de Hölscher et al (2010), en los que se compararon también hombres vs mujeres sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área médica, y como había una mayor gravedad de la adicción para los hombres en el mismo tiempo de tratamiento frente a las mujeres, existiendo también una mayor carga en el área legal, reportando pues similares resultados a los de la muestra a estudio

En un estudio reciente López-Goñi et al (2011) sobre la integración al mundo laboral después de haber permanecido en una comunidad terapéutica, demostraron que una vez terminado el programa la situación laboral mejoraba significativamente confirmando así que la permanencia en un programa terapéutico hace que mejore la

gravedad en el área de empleo. Los resultados presentados muestran diferencias estadísticamente significativas en las áreas de empleo, alcohol y otras drogas y familia, constatando que en estas tres variables, aquellos que abandonaban tenían una mayor necesidad de tratamientos integradores. Resultados similares a los obtenidos por Fernández-Montalvo et al (2011). En la muestra a estudio hay una mayor gravedad de la adicción en todas las áreas a nivel basal en aquellos hombres que presentan trastornos de la personalidad, siendo significativamente estadístico en todas las áreas menos en el área médica.

Los pacientes que se encuentran trabajando y son capaces de mantenerse por sí mismos tanto al inicio como a los seis y doce meses de tratamiento presentan una gravedad de la adicción menor en el área de empleo lo cual entra dentro de la lógica ya que la necesidad de tratamiento en este aspecto esta disminuida. Aquellos sujetos que están recibiendo el mayor aporte económico por parte de familiares amigos y de manera ilegal presentan una gravedad de la adicción mayor en esa área al inicio de tratamiento y de empleo a los seis meses siendo en ambos casos estadísticamente significativo. A pesar de esto los pacientes recibían apoyo social sobre todo de su familia de origen y amigos aunque esta no fue la situación encontrada en otro estudio europeo donde solamente un 5% de los pacientes vivían con sus padres, familiares o amigos Verthein et al (2005).

5.5.- Trastornos de la personalidad

Actualmente se puede decir que existe una asociación epidemiológica entre abuso de sustancias y TP, el consumo de sustancias puede servir como automedicación para ciertos rasgos de personalidad, atenuando los impulsos agresivos, la disforia, la rabia o la depresión de forma que los TP se asocian más con la dependencia de sustancias que otros diagnósticos psiquiátricos (Siever et al 1991). A las dificultades del estudio de la personalidad se suman los problemas derivados de la propia adicción y las derivadas de la compleja relación que existe entre ambas. Se encuentran la edad de inicio de la adicción, las características de la población a estudio, instrumentos y criterios diagnósticos y el solapamiento existente entre conductas generadas por la adicción y las presentadas por los sujetos con TP sin adicción (Noorlander 1985; Brooner et al 1993; Ordoñez et al 1993; Fernández 2002).

Una de las dificultades que se encuentran a la hora de aplicar IPDE es la necesidad de estar entrenado, preparado y familiarizado con él, siendo muy

recomendable por tanto, que quien comience a aplicarlo sea asesorado por un experto. Se encontró que había casos en los cuales los pacientes no tenían una buena comprensión de la pregunta debido a que algunos de ellos no habían completado los estudios primarios y les resultaba difícil leer, lo que suponía un problema puesto que no es conveniente que se cambien las preguntas y se adapten al paciente, aunque en algunas ocasiones hubo que hacerlo, eso sí, siempre con el máximo cuidado de preservar el sentido original de las mismas. Aquí es donde la experiencia y pericia del entrevistador se ponen a prueba para realizar la pregunta de la manera más fiable a su origen.

Los recuerdos de las personas adictas a las drogas están, en muchos casos, difusos. En ocasiones, estas personas no son capaces de ver sus acciones sin tener en cuenta la droga de consumo, por lo que a la hora de ser entrevistados y contestar a las preguntas utilizan como marco de referencia la sustancia que consumían. Una vez que transcurre el tiempo y el adicto se incorpora a una manera de vivir libre de drogas, cambia su forma de ver la vida. Debido a ello, al repetir la entrevista estructurada a los seis meses, en muchos casos contestaban “yo hacía eso porque estaba consumiendo pero yo no soy así”, etc. Como la entrevista mide los últimos cinco años, si durante éstos años el sujeto estaba consumiendo, toda su conducta estaría condicionada por dicho consumo, de tal forma que al pasar seis meses sin consumo, la conducta delictiva a la que la droga les puede llevar, sería abandonada (“ya no necesito robar para vivir”, “en casa no hay problemas desde que no consumo, me preocupo por mi familia como hacía antes de iniciar el consumo”).

Hay pocos trabajos tanto en la bibliografía tanto nacional como internacional que permitan comparar los resultados obtenidos en el presente estudio con otros, en la utilización del IPDE en pacientes heroínómanos, la mayoría de los trabajos a los que se hace referencia están elaborados con otro instrumento por lo que puede existir un sesgo en la discusión (Riesco 1997; Gutierrez et al 1998; Fernández et al 2002; Barea et al 2009)

Loranger (1988) describió una adecuada estabilidad temporal del instrumento IPDE. En el estudio se ha encontrado como existe una estabilidad ajustada puesto los TP se mantienen estables en el tiempo Son pocos los estudios que proporcionan información sobre la estabilidad temporal de la mayoría de las entrevistas clínicas semiestructuradas (Bromet et al 1993; Rice et al 1986; Fenton et al 2011).

El Cuestionario de Evaluación Autoaplicado del IPDE esta dotado de una elevada sensibilidad. En esta investigación se ha encontrado un elevado número de falsos positivos, constituye pues un instrumento de gran utilidad para hacer un rápido despistaje de TP, que serán confirmados como positivos o falsos positivos con la entrevista clínica semiestructurada. Como método de screening presenta una baja especificidad lo que obliga a que la comprobación diagnóstica del trastorno se realice mediante la utilización de la versión completa del IPDE es decir de la entrevista semiestructurada.

La revisión de la literatura arroja que si bien los TP son un diagnóstico muy frecuente en los pacientes adictos a opiáceos, las tasas de comorbilidad son muy dispares oscilando entre un 25-30% y prácticamente un 90-95% (Khantzian et al 1985; Kosten et al 1989; García et al 1992; Rousanville et al, 1992; De Jong et al, 1993; Abbott et al, 1994; Rutherford et al, 1994; Cacciola et al, 1996; Grant et al 2008; Salehi et al 2008, Murria et al 2008, Ngo et al 2011). Las prevalencias de los TP halladas en poblaciones de drogodependientes en tratamiento, son cuestionables al realizarse la evaluación de los TP generalmente en momentos iniciales de los tratamientos de la dependencia solapándose en muchos casos conductas derivadas de la propia adicción con las descriptivas de determinados TP. En un estudio (Ngo et al 2011) con pacientes que se encontraban o bien en programa de mantenimiento con metadona o con implante subcutáneo de naltrexona la prevalencia de trastornos de la personalidad en éstos se correspondía con una baja proporción 11%, una tasa relativamente baja.

Cuando se trata de establecer las posibles diferencias existentes entre aquellos pacientes que abandonan el tratamiento y los que permanecen en el mismo durante un período de al menos doce meses, se encuentra que si bien no existen muchos parámetros diferenciales, el grupo de los que abandonan presentan una mayor gravedad clínica y psicológica que se traduce en mayores dosis iniciales de consumo de heroína, mayor severidad en el uso de alcohol y drogas y en su estado psiquiátrico, con una mayor media de TP diagnosticados. Factores todos ellos que sin duda pueden tener mucho que ver en el pronóstico a medio y largo plazo de estos pacientes.

Varios autores han propuesto que los TP comórbidos predicen una respuesta al tratamiento o una evolución más pobre, incluidos los problemas en la relación terapéutica o la alianza en el trabajo, la resistencia al cambio y el incumplimiento así como el abandono prematuro del tratamiento (Strand et al 1997; King et al 2001;

Fernandez 2002; Compton et al 2003). Hesse et al (2008) concluye que aquellos pacientes con TP (la escala utilizada en el estudio era Standardised Assessment of Personality –Abbreviated Scale, SAPAS), presentaban puntuaciones mas bajas en el funcionamiento global de los sujetos así como un mayor uso de sustancias ilegales. Los pacientes estudiados en este programa de mantenimiento con naltrexona que presentaban trastornos de la personalidad tenían mayor gravedad de la adicción y abandonaban antes el tratamiento.

Para otros autores como Murray et al (2008) los pacientes con TP se asociaron dosis mayores en un programa de mantenimiento con metadona. Sin embargo los pacientes con implante subcutáneo de naltrexona (Ngo et al 2011) presentan una comorbilidad similar entre los pacientes que tienen TP y aquellos con comorbilidad de ansiedad o depresión, los que tienen TP tienen resultados de mejoría superiores a los compañeros no comórbidos. Hay autores que encuentran relación significativa entre un inicio temprano en el consumo de sustancias y la presencia de TP. Así una edad de inicio en el consumo más temprana de metadona, otros opiáceos, benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas, cannabis y policonsumo se relaciona con la presencia de algún TP. En concreto una edad de inicio más temprana en el consumo de anfetaminas se relacionaron el TP límite, mientras que una edad de inicio más temprana en el consumo de benzodiazepinas o cannabis se relaciona con el TP antisocial (Franken et al 2000; Barea et al 2009). En la población de pacientes a estudio, el TP límite era el tercero encontrado y la prevalencia en el consumo de anfetaminas muy baja.

Para Neufeld et al (2008) en pacientes dependientes de opiáceos y con TP antisocial la intervención conductual intensiva se asoció con áreas de mejorías tales como disminución del consumo de drogas comprobadas mediante urinoanálisis. Las intervenciones psicoterapéuticas que se realizaban en la muestra a estudio contemplaban tanto intervenciones de tipo motivacional como terapia cognitivo conductual.

Hesse et al (2008) concluyen que aquellos pacientes con TP presentaban puntuaciones más bajas en el funcionamiento global de los sujetos así como un mayor uso de sustancias ilegales. Resultados similares a los obtenidos en la población a estudio donde aquellos pacientes con TP presentaban puntuaciones más altas de gravedad de la adicción.

El TP más frecuentemente encontrado es el antisocial lo que concuerda con las publicaciones consultadas tanto extranjeras como nacionales (Kosten et al 1989; Khantzian et al 1985; Raskin et al 1993; Rutherford et al 1994; Cacciola et al 1996; Riesco 1997; Cervera et al 1997; Gutierrez et al 1998; Compton et al 2005; Goldstein et al 2007). Hacer mención que los trabajos realizados hasta ahora en España con el IPDE siguen fundamentalmente clasificación DSM-IV, con lo que varían los TP puesto que en el caso del TP de tipo impulsivo como segundo trastorno más frecuente no existe como tal en la clasificación DSM-IV. Autores como Spitzer et al (1987) han estudiado la frecuencia con que aparecen los TP en los diferentes bloques establecidos por el DSM y han visto como la impulsividad juega un papel muy importante como precedente en el consumo de drogas en los TP de tipo disocial y límite. Esto corrobora que en la muestra estudiada utilizando la clasificación internacional CIE-10 que si contempla la impulsividad como un trastorno de la personalidad se encuentre como segundo trastorno más frecuente después del de tipo disocial.

En el trabajo de Fridell et al 2006 con un seguimiento de los pacientes a 15 años, encuentra que el TP mas frecuente es el antisocial pero no hay ninguna asociación entre éste, el consumo de drogas y la mortalidad, si que encuentra que aquellos pacientes que realizan tratamiento psiquiátrico pueden mejorar su sintomatología según el SCL-90, de igual manera que en los pacientes a estudio el tratamiento tanto farmacológico como psicológico mejoraba la gravedad de la adicción. En el trabajo de Fenton et al (2011), los TP antisociales, límite y esquizotípico son predictores del uso de drogas de manera persistente en un periodo de seguimiento de tres años. En el caso de la muestra estudiada como se utiliza la clasificación CIE-10 el TP esquizotípico no aparece como tal trastorno.

Utilizando el TCI-R de Cloninger Pedrero et al (2008) encuentran como hay dos dimensiones significativas: búsqueda de novedad y autodirección. La impulsividad es una de las subdimensiones del rasgo de búsqueda de novedad y ésta junto con la extravagancia son las que presentan las diferencias más significativas en el estudio entre adictos y población general. En la muestra a estudio el TP por impulsividad es la segundo más frecuentemente encontrado. Cabe pensar si las personas con predisposición a actuar de manera irreflexiva son más proclives a establecer vínculos anómalos con las sustancias, o si son las propias sustancias las que por repetición acaban conduciendo a la repetición irreflexiva del hábito adictivo. En el estudio de Gerra et al (2003) encuentra que aquellos pacientes que presentan TP antisocial

tienen también mayor probabilidad de ingresos en prisión y probabilidad de problemas legales, crímenes con violencia y años de dependencia a la heroína. En otro trabajo realizado por Gerra et al (2008) utilizando el MMPI en una muestra de pacientes heroínómanos de los cuales el 50% se encontraban en programa de mantenimiento con metadona, presentaron un resultado considerablemente más alto en la subescala del MMPI sobre el histerismo y la introversión y el alejamiento del daño frente al grupo de cocainómanos, también presentan una mayor desviación psicopática.

Los sujetos que presentan TP tienen siempre mayor gravedad de la adicción frente a los que no presentan trastorno, gravedad que se manifiesta por puntuaciones más elevadas en algunas áreas del EuropASI, mejoran en los estudios de seguimiento en los problemas derivados del consumo de alcohol y de otras sustancias. Permanecer en un programa de tratamiento de la dependencia de sustancias lleva a que los pacientes mejoren de los problemas derivados del consumo independientemente de la modalidad terapéutica que se les ofrezca Gutierrez et al (2004). Parece también que la motivación para el cambio no esta relacionada con el trastorno de la personalidad aunque el TP es un fuerte predictor de la recaída entre los individuos menos motivados pero no entre los más motivados, al igual que para el tiempo de tratamiento Gerstley et al (1990). Si se atiende a los resultados obtenidos en el presente trabajo los pacientes que presentan TO tienen una mayor tasa de abandono que el resto. En el área médica la presencia de TP no influye en la gravedad pero padecer un TP puede hacer que no se valoren de una manera acorde las complicaciones y gravedad de las patologías médicas que en su mayor parte padecen los pacientes presentan dependencia a opiáceos.

En el estudio de Cervera et al (1997) utilizando el DSM-III-R (SCD-II) encuentra que aproximadamente la mitad de la muestra presentan trastornos de personalidad, siendo el trastorno de personalidad de tipo antisocial el más frecuente. Para este autor el tratamiento de desintoxicación puede ser no apropiado en pacientes con trastornos de personalidad, y en estos casos es partidario de incluir al paciente en programas con agonistas opiáceos realizando una intervención terapéutica apropiada. Dado los resultados obtenidos en el presente estudio con el IPDE para los trastornos de personalidad y observando la estabilidad presentada por el instrumento de evaluación pasados doce meses no se considera que el que el paciente se beneficiaría más estando en un programa con agonistas opiáceos o no. A los doce meses la gravedad en la muestra a estudio se mantiene dentro de los valores de descenso de gravedad de la adicción. A la vista de los resultados obtenidos no parece necesario que los

pacientes con TP deban ser incluidos en un PMM, tal y como parece indicar en su estudio este autor. La experiencia obtenida con el instrumento utilizado para medir los TP es que es un instrumento estable en el tiempo ya que si la conducta o rasgo no ha estado presente durante un periodo de cinco años, no puntuará positivamente, aunque cumpla todos los requisitos referentes a frecuencia, intensidad, malestar subjetivo y deterioro social o laboral. Así pues independientemente del programa en el que el sujeto se encuentre el TP permanecerá estable en el tiempo.

Las personas con abuso de sustancias y TP pueden beneficiarse del tratamiento igual que las personas que no presentan trastornos comórbidos, el perfil de personalidad del paciente tiene un fuerte efecto en el curso de la adicción sobre algunos ciertos aspectos del proceso de tratamiento como la motivación para el cambio Verheul et al (2001). Ball et al (2012) no encuentra que haya una terapia lo suficientemente desarrollada para proporcionar el enfoque dual de manera que la reducción de daño sea estadísticamente significativa aunque si se encuentra mejoría cuando se aplica el asesoramiento individual de drogas. La aplicación de la terapia conductual puede reducir el comportamiento delictivo y criminal entre los más jóvenes de Wit (2009). En una muestra sólo de mujeres abusadoras de drogas de las cuales un 25% eran dependientes de opiáceos cuando se les administraba tratamiento de terapia del comportamiento presentan un mayor control sobre su sintomatología Axelrod et al (2011). En otro trabajo Frisman et al (2009) evidencia que los pacientes que se encuentran en un programa asertivo comunitario se benefician de este tratamiento encontrando mejoría en el trastorno de la personalidad antisocial. Cuando se estudia la calidad de vida Kaorw et al (2008) encuentran que cuando se aplica una intervención terapéutica a los pacientes drogodependientes con TP para ayudarles a reducir los conflictos intrapersonales y los interpersonales con los miembros de su familia se proporciona un apoyo adicional que supone una ventaja para intervenciones a largo plazo. De nuevo se hace mención al hecho de que los pacientes estudiados realización terapia durante el tiempo de permanencia en el estudio.

En el grupo a estudio el TP histriónico abandonaba de manera significativa el tratamiento frente a los que no lo presentaban, curiosamente este trastorno no se encontraba presente en las mujeres a diferencia de lo encontrado en otro trabajo Grant et al (2004) donde el trastorno se relaciona con las mujeres con consumo de drogas. Skodol et al (1999), comprueban como este trastorno deja de ser significativo una vez es controlada su sintomatología. En el trabajo de Samuel et al (2011) realizado en pacientes que se encontraban en comunidad terapéutica los sujetos con TP histriónico

y paranoide presentaban una probabilidad de abandono significativamente mayor que el resto de trastornos de abandonar en los primeros 30 días de tratamiento. El hallazgo de que el TP histriónico este asociado en los primeros meses de tratamiento es algo de difícil explicación. Otro estudio con similares características a los anteriormente descritos es el realizado en pacientes histriónicos en comunidad terapéutica Fals-Stewart et al (1992). En el trabajo de Murray et al (2008) el TP de tipo histriónico es el tercero mas frecuentemente encontrado después del antisocial y límite sin significación estadística a la hora de abandonar o continuar en tratamiento. Para Jansson et al (2009) en una muestra solo con mujeres y seguimiento a los 5 años tras recibir tratamiento residencial, comprobó que el TP histriónico estaba asociado a una mayor oportunidad de empleo, el TP histriónico se asocia con atención búsqueda y mayor motivación para formar lazos incluso aunque estos fueran superficiales, esta fuerte motivación para el contacto y la atención puede ser ventajoso para las mujeres especialmente con respecto a la búsqueda de educación o en el trabajo. Esto es algo que no se corresponde con la muestra a estudio puesto que el TP no estaba presente en ninguna mujer.

El TP histriónico es definido principalmente por la necesidad de ser el centro de atención y representando rasgos como puede ser el exhibicionismo. Es posible también que estos individuos no puedan responder bien a las primeras fases de orientación del tratamiento cuando van a intentar ser retirados del consumo de drogas y a relacionarse con personas sin problemas con las drogas donde no resulta fácil intentar destacar por consumo de drogas. No obstante esta deserción temprana debe interpretarse con cautela hasta que se puedan realizar más estudios adicionales.

6.- CONCLUSIONES

1. La retención en el Programa de Mantenimiento con Naltrexona puede considerarse baja ya que a los seis meses permanecen en el tratamiento menos de la mitad de los pacientes y al año solo una quinta parte.
2. Los factores que influyen en la retención en el Programa de Mantenimiento con Naltrexona son:
 - a. A los seis meses la presencia del VIH y de trastorno de personalidad de tipo histriónico se asociaron a una menor retención.
 - b. A los seis meses una dosis menor de consumo de heroína al inicio del programa y el implante subcutáneo de naltrexona se asociaron a una mejoría en la retención.
 - c. A los doce meses únicamente el implante subcutáneo de naltrexona se asoció con una mayor retención en el programa.
3. La permanencia en el Programa de Mantenimiento con Naltrexona tanto a los seis meses como a los doce meses se asocia a una mejoría de la gravedad de la adicción.

7.- BIBLIOGRAFIA

Abbott P, Weller S, Walkers S. Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *J Addict Dis* 1994; 13 (3): 1-11.

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.

Allgulanyer C, Fisher LD. Survival analysis (or time to an event analysis), y the Cox regresión model - methods for longitudinal psychiatric research. *Acta Psychiatr Scy* 1986; 74: 529-35.

Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, McKay JR, Boardman CR. Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Depend* 1998; 49: 217-23.

Ambrosio E. Modelos animales con naltrexona. En: Ochoa E. (ed). Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la naltrexona. Col. Psiquiatría 21. *Ars Med Psiquiat SL* (eds) Barcelona 2001; 69-81.

American Psychiatric Association. DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA Barcelona 1952.

American Psychiatric Association. DSM 1.1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA Barcelona 1968.

American Psychiatric Association. DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA Barcelona 1973.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA Barcelona 1980.

American Psychiatric Association DSM-IVR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Revised Fourth Edition. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA Barcelona 1995.

Arias F, López-Ibor JJ, Ochoa E. Predictores evolutivos en un programa de mantenimiento con Naltrexona. *Adicciones* 1996; 8: 479-500.

Armelius BA, Andreassen TH. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD005650.

Ávila JJ, Ortega L, Rodríguez F, Pérez A, Izquierdo JA, Garrido E. Tratamiento de pacientes dependientes a opiáceos con naltrexona y abordaje psicoterapéutico. *Actas de la XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Salamanca 1993.

Axelrod S, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion Regulation and Substance Use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving Dialectical Behavior Therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011; 37 (1): 37–42.

Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Axis I and II disorders as long term predictors for mental distress: A six year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psych* 2007; 26 (7): 29.

Ball S, Maccarelli L, LaPaglia D, Ostrowski M. Randomized Trial of Dual-Focused versus Single-Focused Individual Therapy for Personality Disorders and Substance Dependence. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199 (5): 319–328.

Bao YP, Liu ZM, Epstein DH, Du C, Shi J, Lu L. A meta-analysis of retention in methadone maintenance by dose and dosing strategy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009; 35 (1): 28-33.

Barea J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, Haro G. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*. 2010; 22 (1): 15-24.

Bedate J, Bobes J, Ochoa E, Solé J. Evaluación del tratamiento de los heroinómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico. Avances en drogodependencias. Ediciones en Neurociencias Barcelona 1995; 129-60.

Bell J, Mattick R, Hay A, Chant J, Hall W. Methadone maintenance and drug-related crimes. *J Substance Abuse* 1997; 9: 15-25.

Blanken P, Hendriks V, Van Ree J, Van den Brink W. Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction* 2009: 170-179.

Booth RE, Corsi KF, Mikulich SK. Improving entry to methadone maintenance among out-of-treatment injection drug users. *J Subst Abuse Treat* 2003; 24: 305-311.

Brahen LS, Henderson RK, Capone T, Kordal N. Naltrexone treatment in a jail work-release program. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 49-52.

Brewer C. Serum naltrexone and 6-beta-naltrexol levels from naltrexone implants can block very large amounts of heroin: A report of two cases. *Addict Biol* 2002; 7: 321-323.

Bromet EJ, Dunn LO, Connel MN. Long-term reliability of diagnosing lifetime major depression in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 54: 71-80.

Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. *Arch of General Psych* 1997; 54: 71-80.

Brooner RK, Greenfield L, Schmidt CW, Bigelow GE. Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 53-58.

Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Review* 2005; 25: 713-733.

Buckner JD, Keough ME, Schmidt NB. Problematic alcohol and cannabis use among young adults: the roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Ad Behaviors* 2007; 32 (9): 1957-1963.

Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI, McKay JR, Snider EC. Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:234–239.

Callahan EJ, Rawson RA, McCleave B, Arias R, Glazer M, Liberman RP. The treatment of heroin addiction: naltrexone alone and with behavior therapy. *The International of the Addictions* 1980; 15:795–807.

Casas M. “Trastornos psíquicos en las Toxicomanías” Ediciones en Neurociencias. Barcelona 1992.

Cervera G, Valderrama JC, Bolinches F, Martínez J. Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastorno de la personalidad. *Psiquiatría Biológica* 1997; 4 (5): 181-186.

Clark DB, Kirisci L, Moss HB. Early adolescent gateway drug use in sons of fathers with substance use disorders. *Addict Behav* 1998; 23 (4): 561-6.

Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. (ICD-10 International Classification of Diseases, 10th revision). Madrid. Mediator 1992.

Clerici M, Carta M, Cazzullo CL. Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of italian narcotic addicts. *Soc Psychiatric Psychiatr Epimiol* 1989 ; 24 : 219-226.

Colpaert K, Vanderplasschen W, Maeyer J, Broekaert E, Fruyt F. Prevalence and Determinants of Personality Disorders in a Clinical Sample of Alcohol-Drug-and Dual-Dependent Patients. *Sust Use and Misuse* 2012; 47: 649-661.

Comas D, Carrón J, Hernández MI. Metodología de los estudios de seguimiento. Resultados de una investigación. *Adicciones* 1992; 4 (2): 11-126.

Comer SD, Sullivan MA, Yu E, Rothenberg JL, Kleber HD, Kampman K. Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 210–8.

Comer SD, Sullivan MA, Hulse, G.K. Sustained-release naltrexone: novel treatment for opioid dependence. *Expert Opin Investig Drugs* 2007; 16 (8): 1285-1294.

Compton WM III, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 890-895.

Compton WM; Conway KP; Stinson FS; Colliver JD; Grant BF. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 677–85.

Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant B. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 247–257.

Cox BJ, Norton GR, Dorward J, Fergusson PA. The relationship between panic attacks and chemical dependencies. *Addict Behav* 1989; 14 (1): 53-60.

Crombach LJ, Furby L. How should we measure “change” or should we? *Psychol. Bulletin* 1970; 74: 187-198.

Crouse EM, Drake KM, McGovern MP. Personality disorders and drug and alcohol problems. In: Baker A, Velleman R. (eds) *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*. Routledge/Taylor & Francis Group 2007; 309-328.

Damen KF, De Jong CA, Van der Krof PJ. Interrater reliability of the structured interview for DSM-IV personality in an opioid-dependent patient sample. *Eur Addicts Res* 2004; 10 (3): 99-104.

Darke S, Ross J, Willianson A, Mills KL, Harvard A, Teesson M. Borderline personality disorder and persistently elevated levels of risk in 36-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *British J Addiction* 2007; 102 (7): 1140-1146.

Daughters SB, Lejuez CW, Bornoalolva MA, Kahler CW, Strong DR, Brow RA. Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *J Abnormal Psychol* 2005; 114 (4): 729-734.

Daughters SB, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Brown RA. Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychol Addict Behav* 2005; 19 (2): 208-211.

De Jong C, Van den Brink W, Hartevelde FM. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 87-94.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1996): Sistema estatal de información sobre toxicomanías (S.E.I.T.). Madrid, Ministerio de Justicia e Interior. 1995.

De Leon G. Psychopathology and substance abuse: what is being learned from research in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 1989; 21 (2): 177-88.

De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol* 2009; 14: 22-31.

Dijkstra B, De Jong C, Bluschke S, Krabbe P, Van der Staak C. Does naltrexone affect craving in abstinent opioid-dependent patients? *Addict Biology* . 2007; 12: 176-182.

Dom G, De Wilde B, Hulstijn W, Van den Brink W, Sabbe B. Behavioural aspects of impulsivity in alcohol with and without a Cluster B personality disorder. *Alc and Alcoholism* 2006; 4 (4): 412-420.

Douglas B, Samuel D, La Paglia D, Maccarelli L, Moore B, Ball S. Personality Disorders and Retention in a Therapeutic Community for Substance Dependence. *Am J Addictions* 2011; 20: 555-562.

Eder H, Jagsch R, Kraiger D, Primorac A, Ebner N, Fisher G. Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction* 2005; 100 (8): 1101-9.

Elizagarate E, Dorado ML, Rodríguez MJ. Seguimiento de un programa de naltrexona tras antagonización rápida de opiáceos. *Tornos Adictivos* 2001; 3: 38-43.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Annual Report 2010. The state of drugs problem in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. (Accessed on February 2011). Available at: <http://www.emcdda.europa.eu>.

Fals-Stewart W. Personality characteristics of substance abusers: An MCMI cluster typology of recreational drug users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *J Pers Assess* 1992; 59:515–527.

Fareed A, Casarella J, Amar R, Vayalapalli S, Drexler K.. Methadone maintenance dosing guideline for opioid dependence, a literature review. *J Addict Dis* 2010; 29 (1), 1-14.

Fenton M, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Skodol A, Krueger B, Grant B, Hasin D. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction* 2011; 107: 599-609.

Fernández Miranda JJ. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría* 2002; 18: 421-427.

Fernández-Montalvo J, López-Goñii JJ. Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addict Res Theory* 2010;18:433–441.

Ferrán Aranaz M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw-Hill; 1997.

Franken IH, Hendriks VM. Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59:305-8.

French MT, Salome HJ, Sindelar JL, McLellan AT. Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Serv Res* 2002; 37 (2): 433-455.

Fridell M, Hesse M. Psychiatric severity and mortality in substance abusers. A 15-year follow-up of drugs users. *Addict Behaviors* 2006; 31: 559-565.

Fridell M, Hesse M, Jaeger MM, Kühlnhorn, E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav* 2002; 33 (6): 799-811.

Fridell M, Hesse M, Johnson E. High prognostic specificity of antisocial personality disorder in patients with drug dependence: results from a five-year follow-up. *Am J Addict* 2006; 15: 227–232.

Fridell M, Hesse M, Billsten J. Criminal behaviour in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *Am J Addict* 2007; 16: 10–14.

Fridell M, Hesse M, Jaeger MM, Kühlnhorn, E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav* 2002; 33 (6): 799-811.

Frisman LK, Mueser KT, Covell N, Lin HJ, Crocker A, Drake RE, Essock SM. Use of integrated dual disorder treatment via assertive community treatment versus clinical case Management for persons with co-occurring disorders and antisocial personality disorder. *J Nerv Mental Disease* 2009; 197 (11): 822-828.

García A, Ezquiaga E. (1992): Psicopatología asociada al consumo de drogas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1992; 20 (4): 175-187.

García O, Secades R, Fernández JR, Carballo JL, Erraste JM, Al-Halabi S. Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. *Adicciones* 2005; 17 (1) 33-42.

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; 18:185-91.

Gerra G, Ceresini S, Esposito A, Zaimovic, Moi G, Bussandri, Raggi M, Molina E. Neuroendocrine and behavioural responses to opioide receptor-antagonist Turing detoxification: relationship with personality traits. *Inter Clin Psychomarcology* 2003; 18: 261-269.

Gerra G, Bertacca S, Zaimovic A, Pirani M, Branchi B, Ferri M. Relationship of personality traits and drug of Choice by cocaine and heroin addicts. *Subs Use Misusse* 2008; 43: 317-330

Gerstley LJ, Alterman AI, McLellan AT. Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis?. *Am J of Psychiatry* 1990; 147: 173-178.

Ginzburg HM. Naltrexone: Its clinical utility. NIDA. Treatment Research report. US Depart Health Human Services, Bethesa 1984; 5-22.

Gold MS, Dackis CA, Washton AM. The sequential use of clonidine and naltrexone in treatment of opiate addicts. *Alcohol Subst Abuse* 1984; 3: 19-39.

Goldstein A. Heroin addiction: Sequential treatment employing pharmacologic supports. *Arch Gen Psychiatric* 1976; 33: 353-358.

Goldstein RB; Compton WM; Pulay AJ; Ruan WJ; Pickering RP; Stinson FS. Antisocial behavioral síndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend* 2007; 90: 145–58.

Gonzalez JP, Brogden RN. Naltrexone. A review of its pharmacodynamic y pharmacokinetic properties y therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. *Drugs*1988; 35: 192-213.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, HuangB, Stinson FS, Saha TD. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 533–45.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Cooccurrence of 12 month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:361-368.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan JW, Pickering RP. Co-occurrence of twelve-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:361–368.

Graña JL, Muñoz JJ, Navas E. Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Pers and Individ Differences* 2009; 46: 418-423.

Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson J.G. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnormal Psychology* 2006; 115 (4): 850-855.

Greenland S. Introduction to regresión modeling. En: Rothman KJ, Greenland S. (eds) *Modern Epidemiology* 2ª ed. Filadelfia: Lippincott-Raven 1998; 359-432.

Greenstein RA, Arndt IC, McLellan AT, O'Brien CP, Evans B. Naltrexone: a clinical perspective. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 25-8.

Gritz ER, Shiffman SM, Jarvik HE, Schlesinger J, Charuvastra VC. Naltrexone: physiological psychological effects of single doses. *Clin Pharm Ther* 1976; 19: 773-6.

Gutiérrez E, Sáiz PA, González MP. Definición del perfil de buen respondedor a los programas de mantenimiento con naltrexona. *Adicciones* 1998; 1: 321- 333.

Gutiérrez, E.; Saíz, P.; González, M. P.; y cols. Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos en tratamiento con agonistas vs antagonistas, *Adicciones* 1998;10 (2): 121-129.

Gutiérrez, E. Trastornos de la personalidad y severidad de la adicción en adictos a opiáceos. Tesis doctoral. Oviedo; Sº Publicaciones Universidad Oviedo. En prensa. 2004.

Güttinger F, Gschwend P, Schulte B, Rehm J, Uchtenhagen A. Evaluating long-Term effects of heroin-Assisted treatment: the results of a 6-year follow-Up. *Eur Addict Res* 2003; 9: 73–79.

Haro G, Mateu C, Martínez-Raga J, Valderrama JC, Castellano M, Cervera, G. The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Eur Psychiatry* 2004; 19 (4): 187-192.

Hassen C, Vertehein, Degkwitz P, Berger J, Krausz M, Naber D. Heroin-assisted treatment for opioid dependence. Randomised, controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007 ; 191 : 55-62.

Havens JR, Cornelius LJ, Ricketts EP, Latkin CA, Bisahi D, Lloyd JJ, Huettner S, Strathdee SA. The effect of a case management intervention on drug treatment entry among treatment-seeking injection drug users with and without comorbid antisocial personality disorder. *J Urban Health* 2007; 84 (2): 267-71.

Havens JR, Strathdee SA. Antisocial personality disorder and opioid treatment outcomes: a review. *Addict Disorders Treat* 2005; 4: 85-97.

Helseth V, Lykke-Enger T, Johnsen J, Waal H. Substance use disorders among psychotic patients admitted to inpatient psychiatric care. *Nordic J Psychiatry* 2009; 63: 72-77.

Hesse M. The Beck Depression Inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment. *Br J Clin Psychol* 2006; 45 (3): 417-25.

Hesse M, Rasmussen J, Pedersen M. Standardised assessment of personality – a study of validity and reliability in substance abusers. *BMC Psychiatric* 2008; 8: 7.

Holscher F, Reissner V, Di Furia L, Room R, Schifano F, Stohler R, Yotsidi V, Scherbaum N. Differences between men and women in the course of opiate dependence: is there a telescoping effect? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260: 235–241.

Hser YI, Grella CE, Collins C, Teruya C. Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. *J Adolesc* 2003; 26: 331-45.

Hulse G, Morris N, Arnold-Reed D, Tait R. Improving Clinical Outcomes in Treating Heroin Dependence Randomized, Controlled Trial of Oral or Implant Naltrexone Arch Gen Psychiatry 2009; 66 (10): 1108-1115.

Hulse G, Ngo H, Tait R. Risk Factors for Craving and Relapse in Heroin Users Treated with Oral or Implant Naltrexone. J Biol Psychiatry 2010; 68: 296–302.

Huzeler M, Gerwitz D, Kleber H. Varying clinical contexts for administering naltrexone. En Julius D, Renault P. (eds) Narcotic Antagonist: Naltrexone. NIDA Research Monograph 9, US Dept of Health and Human services 1976; 99-105.

Iraurgi I, Jiménez-Lerma JM, Herrera A, Murua F, Gutiérrez M. Tasas de retención y consumo en un programa de antagonistas opiáceos. Un análisis de supervivencia. Adicciones 1997; 9:7-21.

Jaffee WB, D`Zurilla TJ. Personality, problem solving, and adolescent substance use. Beh Therapy 2009; 40: 93-101.

Jahng S, Trull T, Wood P, Tragesser L, Tomko R, Grant J, Bucholz K. Distinguishing General and Specific Personality Disorder Features and Implications for Substance Dependence Comorbidity. J Anormal Psychol 2011; 120 (3): 656-669.

Jansson I, Hesse M, Fridell HM. Influence of Personality Disorder Features on Social Functioning in Substance-Abusing Women Five Years after Compulsive Residential Treatment. Eur Addict Res 2009; 15: 25–31.

Johansson BA, Berglund M, Lindaren A. Efficacy of maintenance treatment with methadone for opioid dependence: A meta-analytical study. Nord J Psychiatry 2007; 61 : 288-295.

Juez Martel P, Díez Vegas FJ. Probabilidad y estadística en Medicina. Madrid: Ed. Díaz de Santos 1996.

Julius, D. NIDA naltrexone research program. In : Julius, D.; Renault, P. (ed). Narcotic antagonists: Naltrexone. NIDA Monograph. Washington 1976 9: 5-11.

Kaplow JB, Curran PJ, Dodge KA. Conduct Problems Prevention Research Group. Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: a multisite longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 199-216

Karow A, Verthein U, Krausz M, Schafer I. Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *Eur Addict Res* 2008; 14 (1): 38-46.

Kaufman E. Family systems y family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research y clinical experience. *Int J Addict* 1985; 20: 897-916.

Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf, P.J. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66: 17–31.

Khantzian EJ, Treece K. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 45: 1067-1071.

Kienast T, Foerster J. Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Current Opinion Psych* 2008; 21: 619–624.

King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Carter JA, Brooner RK. Influence of antisocial personality subtypes on drug abuse treatment response. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 593–601.

Kirchmayer U, Davoli M, Verster A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD001333.

Kleber HD, Kosten TR. Naltrexone induction: psychologic and pharmacologic strategies. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 29-38.

Kokkevi A, Hartgers C. European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *Euro Addict Research* 1995; 1: 208-210.

Koob GF, Ahmed SH, Boutrel B. Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neurosci Biobehav Rev* 2004; 8: 739-749.

Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35: 17-238.

Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 606-610.

Kosten TR, Kleber HD. Strategies to improve compliance with narcotic antagonists. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10: 249-266.

Kosten TA, Kosten TR, Rounsaville BJ. Personality disorders un opiate addicts show prognostic specificity. *J Subst Abuse* 1989; 6: 163-168.

Krupitsky EM, Zvartau EE, Masalov DV, Tsoy MV, Burakov AM, Egorova VY, Didenko TY. Naltrexone for heroin dependence treatment in St Petersburg, Russia. *J Subst Abuse Treat* 2004; 26 (4): 285-94.

Krupitsky EM, Zvartau EE, Masalov DV, Tsoy MV, Burakov AM, Egorova VY, Didenko TY. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St Petersburg, Rusia. *J Subst Abuse Treat* 2006; (4): 319-328.

Kunge N, Lobamier P, Verderhus JK, Hjerkin B, Hegstad S, Gossop M, Kristensen O, Waal H. Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194 (6): 541-6.

Kunge N, Lobamier P, Verderhus JK, Hjerkin B, Hegstad S, Gossop M, Kristensen O, Waal H. Retention in naltrexone implant treatment for opioid dependence. *Drug and Alc Dependence* 2010; doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.03.021.

Lana Beaumont E. Antagonistas opiáceos. Nuestra experiencia con el uso de naltrexona. *Informaciones psiquiátricas* 1996; 143: 93-104.

Ling W, Wesson DR. Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: a collaborative private practice experience. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 46-8.

Lobmaier P, Kornor H, Kunoe N, Bjorndal A. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2: CD006140.

López-Goñi J, Fernández-Montalvo J, Arteaga A. Addiction treatment dropout: exploring patients Characteristics. *Am J Addict* 2011; 21(1): 78-85

Lopez-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Menéndez JC, et al. Employment integration after therapeutic community treatment: a case study from Spain. *Int J Soc Welf* 2011; 20: 292–297.

Loranger AW, Lenzenweger MF, Gartner AF, Lehman V, Herzirg J, Zammit GK, Garnert JD, Abrams RC, Young RC. Trait-State artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Arch Gen Psychiat* 1991; 48: 720-728.

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahal A, Diekstra RF, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiat* 1994; 51: 215-224.

Mannelli P, Patkar A, Peindl K, Murray H, Wu LT, Hubbard R. Effectiveness of low-dose naltrexone in the post detoxificación treatment of opioid dependence. *J Clinical Psychopharmacology* 2007; 27: 468-474.

Maremmani AG, Rovai L, Pani P, Maremmani I. Heroins addicts' psychopathologicla subtypes. Correlations with the natural history of illness. *Heroin Addict Relat Cli Probl* 2012; 14 (1): 11-22.

Marina P, Adictos a la heroína en Asturias. Un estudio de seguimiento. Cuadernos Asturianos de Salud. Oviedo, Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. 1993.

Mc Evoy GK. AHFS Drug Information American Society of Hospital Pharmacists. Bethesde 1990; 1113-1119.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Mental Dis* 1980; 168 (1): 26-33.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE O'Brien CP. Are the addiction-related problems of substance abusers really related? *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 232-239.

McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Is treatment for substance abuse effective? *JAMA* 1982; 247: 1423-1427.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatr* 1983; 40: 639-645.

McLellan AT, Childress AR, Griffith J, Woody GE. The psychiatrically severe drug abuse patient Methadone maintenance or therapeutic community? *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10: 77-95.

McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, O'Brien CH. New Data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 412-423.

Mello NK, Mendelson JH, Bree MP. Naltrexone effects on morphine y food self-administration in morphine-dependent rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther* 1981; 218: 550-7.

Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE; Goulet J, Preisig MA, Fenton B. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 964-5.

Mirin SM, Meyer RE, McNamee HB, McDougale M. Psychopathology, craving, and mood during heroin acquisition: an experimental study. *Int J Addict* 1976; 11: 525-544.

Muñoz JJ, Navas E, Graña JL, Martínez C. Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre Tipo A y Tipo B. *Psicothema* 2006; 18 (1): 43-51.

Murray H, Mchugh RK, Behar E, Pratt E, Otto M. Personality factors associated with methadone maintenance dose. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008; 34: 634-641.

Murray H, Mchugh RK, Behar E, Pratt E, Otto M. Personality factors associated with methadone maintenance dose. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008; 34: 634-641.

Nace EP, Davis CW. Treatment outcome in substance abusing patients with a personality disorder. *Am J Addict* 1993; 2: 26–33.

Naderi-Heiden A, Naderi A, Naderi M, Rahmani-Didar F, Salami A, Gleiss A, Kasper S, Frey R. Ultra-Rapid Opiate Detoxification Followed by Nine Months of Naltrexone Maintenance Therapy in Iran. *Pharmacopsychiatry* 2010; 43: 130-137.

Ngo H, Tait R, Hulse G. Hospital psychiatric comorbidity and its role in heroin dependence treatment outcomes using naltrexone implant or methadone maintenance. *J Psychopharmacol* 2011; 25: 774.

Neufeld K, Kidrof S, Kolodner K, King V, Clark M, Brooner K. A behavioral treatment for opioid dependent patients with antisocial personality. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34 (1): 101–111.

Noorlander, EA. Behaviour of heroin addicts: the so-called junkie syndrome. In: Dutch Society of Psychiatry (eds.): *Psychiatry and Addiction*. Amsterdam, The Netherlands: Dutch Society of Psychiatry 1985.

Nurco DN, Ball JC, Shaffer JW, Hanlon TE. The criminality of narcotic addicts. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 94-102

O'Brien CP, Greenstein RA, Mintz J, Woody GE. Clinical experience with naltrexone. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1975; 2: 365-77.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2007: El problema de la drogodependencia en Europa. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías 2007. [citado el 10 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Ochoa E, López-Ibor JJ, Pérez de los Cobos JC, Cebollada A. Tratamiento de deshabituación con naltrexona en la dependencia de opiáceos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1992; 20: 215-29.

Ochoa E, Cebollada A, Ibañez A. Implicación familiar como predictor en un tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos. *Adicciones* 1994; 6 (1): 51-60.

O'Connor PG, McCann MJ, Asno AJ, Ling W. Addiction pharmacotherapy 2000: new options, new challenges. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32 (4): 371-7.

OEDT (2011a): Informe anual 2011: el problema de la drogodependencia en Europa, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo 2012.

ONUDD (2012): World Drug Report. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena 2012.

Ordoñez F, Bobes J, Rodríguez, FJ. Evaluación de la personalidad de los drogodependientes vía parenteral en una muestra asturiana. *Anales de Psiquiatría*. 1993; 9: 256-260.

Oviedo-Joekes E, Nosyk B, Brissette S, Chettiar J, Scheeberger P, Marsh D, Krausz M, Anis A, Schechter M. The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): Profile of Participants in North America's First Trial of Heroin-Assisted Treatment. *J Urban Health* 2008; 85(6): 812–825.

Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, et al. Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Subst Use Misuse* 2009; 44:1021–1038.

Pedrero EJ, Rojo G. Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones* 2008; 20 (3): 251-262.

Perrero EJ, Rojo G. Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones* 2008; 20 (3): 251-262.

Pino C. Desintoxicación rápida de opiáceos. Estudio descriptivo sobre cincuenta pacientes heroínómanos y su seguimiento a uno, tres y seis meses. *Psiqui Pública* 1996; 8: 279-91.

Plan Regional sobre Drogas. Memoria 1994. Oviedo, Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias 1995.

Pulford J, Adams P, Sheridan J. Client/clinicians discrepancies in perceived problem improvement and the potential influence of dropout response. *Int J Ment Health Addict* 2009; 7:497–505.

Quaglio G, Lugoboni F, Pattaro C, Montanari L, Lechi A, Mezzelani , Des Jarlais DC. Patients in long-term maintenance therapy for drug use in Italy: analysis of some parameters of social integration and serological status for infectious diseases in a cohort of 1091 patients. *BMC Public Health* 2006; 6, 216.

Raskin VD, Miller NS. The epidemiology of the comorbidity of psychiatric and addictive disorders; A critical review. *Journal of Addictive Diseases* 1993; 12 (3): 45-57.

Rea F, Bell JR, Young MR, Mattick RP. A randomised, controlled trial of low dose naltrexone for the treatment of opioid dependence. *Drug Alcohol Depend* 2004; 75: 79-78.

Reece AS. Psychosocial and treatment correlatos of opiate free success in a clinical review of a naltrexone implant program. *Subst Abus Treat, Prevent and Policy* 2007; 2:35

Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2518.

Rice JP, McDonald-Scott P, Endicott J. The stability of diagnosis with an application to bipolar II disorder. *Psychiatry Res* 1986; 19: 285-296.

Riesco, Y. Estudio de los trastornos de la personalidad en población penal con el “Examen de los Trastornos de Personalidad de Loranger, Susman, Oldman y Russakoff” y el “MMPI”: Tesis Doctoral, Salamanca, 1997.

Roncero C, Fuste G, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Martínez N, Eiroa FJ, Casas M. Comorbilidades y manejo terapéutico en pacientes dependientes a opiáceos en programa de tratamiento sustitutivo con agonistas opiáceos en España: el estudio PROTEUS. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2011; 13 (3): 5-16.

Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 161-166.

Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM. A 2.5 year follow-up of short-term interpersonal psychotherapy in methadone maintained opiate addicts. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 201-210.

Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AL. Relationships of personality disorders with problem severity in methadone patients. *Drug Alcohol Depend* 1994; 35: 69-76.

Salehi M, Malekian A, Haghighi, M, Jahangard M, Rahimi E. Personality disorders in treatment-seeking substance dependent patients. *Iran J Pschi Behav Sciences* 2008; 2: 10-14.

Samuel DB, LaPaglia DM, Maccarelli LM, Moore BA, Ball SA. Personality disorders and retention in therapeutic community for substance dependence. *Am J Addicti* 2011; 20: 555-562.

San L, Cami J, Peri JM. Success and failure at in patient heroin detoxification. *Br J Addiction* 1987; 84: 81-87.

Sánchez-Carbonell J, Brigos B, Camí J. Evolución de una muestra de heroinómanos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). *Med Clin (Barc)* 1989; 92:135-39.

Sánchez-Carbonell J, Brigos B, Cami L. Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio de tratamiento (Proyecto EMETYST). *Med Clin* 1989; 92: 135-139.

Schechter AJ, Friedman JG, Grossman DJ. Clinical use of naltrexone (EN-1639A): Part I: Safety y efficacy in pilot studies. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1974; 1: 253-69.

Shea MT. The role of personality in recurrent and chronic depresión. *C Opinión Psychiatry* 1997; 9: 117-120.

Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD. Personality and substance use disorders: A prospective study. *J Con Clinical Psychology* 2000; 68 (5): 818-829.

Sideroff SI, Charuvastra VC, Jarvik ME. Craving in heroin addicts maintained on the opiate antagonist naltrexone. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1978; 5: 415-423.

Siever, LJ, Davis, KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1647-1658.

Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:733–738.

Spitzer RL, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-III-R outpatient version. Biometrics Research Department. New York Psychiatric Institute 1987.

Strand JG, Benjamin LS. Resistance to change in individuals with personality disorder. *Current Opinion on Psychiatry* 1997; 10: 132-145.

Sullivan MA, Vosburg Sk, Comer SD. Depot naltrexone: antagonism of the reinforcing, subjective and physiological effects of heroin. *Psychopharmacology* 2006; 189:37-46.

Sullivan MA, Garawi F, Bisaga A, Comer SD, Carpenter K, Raby W, Anen SJ, Brooks AC, Jiang H, Akerele E, Nunes EV. Management of relapse in naltrexone maintenance for heroin dependence. *Drug Alcohol Depend* 2007; 1: 289-292.

Tejero A., Casas M. Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínico-asistenciales. En: Casas M. (ed). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Ediciones en Neurociencias. Barcelona 1992; 123-177.

Thomas VH, Melchert TP, Banken JA. Substance dependence and personality disorders: Comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 271-277.

Treece C, Nicholson B. DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 621-628.

United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC World Drug Report 2008.

Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M, Amsterdam Cohort. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; 102 (9): 1454-1462.

Vassileva J, Georgiev S, Martin E, Gonzalez R, Segala, L. Psychopathic Heroin Addicts are not Uniformly Impaired across Neurocognitive Domains of Impulsivity. *Drug Alcohol Depend* 2011; 114 (2-3) 194-200.

Verebey K, Volavka J, Mule SJ, Resnick RB. Naltrexone: Disposition, metabolism and effects after acute and chronic dosing. *Clin Pharmacol Ther* 1976; 20: 315–328.

Verthein U, Degkwitz P, Haasen C, Krausz M. Significance of comorbidity for the long-term course of opiate dependence. *Eur Addict Res* 2005; 11 (1): 15-21.

Verthein U, Bonorden-Kleij K, Degkwitz P, Dilg C, Köhler WK, Passie T, Soyka M, Tanger S, Vogel M, Haasen C. Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction* 2008; 103 (6): 960-6.

Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eu. Psychiatry* 2001; 16:274-282.

Verheul R, Van den Bosch L, Ball S. Substance abuse. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. (eds) *Text book of personality disorders*. Am Psychiatric 2005; 463-476.

Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG. Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med Clin North Am* 1997; 81: 909-15.

Washton AM, Pottash AC, Gold MS. Naltrexone in addicted business executives and physicians. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 4-6.

Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius, N. SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 589-593.

Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 639-645.

Woody CE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Ira SF, Beck AT. Severity of Psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: The veterans Administration-Penn Study. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1172-1177.

World Health Organization (WHO): Composite international diagnostic interview (CIDI). Version 15. Geneva 2000.

Young AM, Woods JH. Limitations on the antagonistic actions of opioid antagonists. *Fed Proc* 1982; 41 (7): 2333-8.

Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration y improvement in drug use. *Addiction* 2003; 98: 673-84.

8.-ANEXOS

8.1.- ANEXO I

ÍNDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN-EUROPASI

INSTRUCCIONES	ESCALAS DE SEVERIDAD	SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE																																																																																																														
<p>1. Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada N = pregunta no aplicable Use un sólo carácter por ítem</p> <p>2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento.</p> <p>3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.</p>	<p>Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital).</p> <p>Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual</p>	<p>0.- Ninguna 1.- Leve 2.- Moderado 3.- Considerable 4.- Extrema</p>																																																																																																														
<p>A. N.º de identific.</p> <p>B. TIPO DE TRATAMIENTO:</p> <p>1.- Desintoxicación ambulatoria 2.- Desintoxicación hospitalaria 3.- Tratamiento sustitutivo ambulatorio 4.- Tratamiento libre de drogas ambulatorio 5.- Tratamiento libre de drogas hospitalario 6.- Centro de día 7.- Hospital psiquiátrico 8.- Otro hospital/servicio 9.- Otro: 0.- Sin tratamiento</p> <p>C. FECHA DE ADMISIÓN:</p> <p>D. FECHA DE LA ENTREVISTA:</p> <p>*E. Hora de inicio</p> <p>*F. Hora de fin:</p> <p>G. TIPO:</p> <p>1.- Ingreso 2.- Seguimiento</p> <p>H. CÓDIGO DE CONTACTO:</p> <p>1.- Personal 2.- Telefónico</p> <p>I. SEXO:</p> <p>1.- Varón 2.- Mujer</p> <p>J. CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR:</p> <p>K. ESPECIAL:</p> <p>1.- Paciente finalizó la entrevista 2.- Paciente rehusó 3.- Paciente incapaz de responder</p>	<p>INFORMACIÓN GENERAL</p> <p>1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL:</p> <p>1.- Ciudad grande (>100.000) 2.- Mediana (10-100.000) 3.- Pequeña (rural) (<10.000)</p> <p>2. CÓDIGO DE LA CIUDAD:</p> <p>*3. Desde cuándo vive Ud. en esa dirección años meses</p> <p>*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de Ud. o de su familia? 0 = No 1 = Si</p> <p>5. EDAD</p> <p>6. NACIONALIDAD</p> <p>7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:</p> <p>Entrevistado Padre Madre</p> <p>8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo?</p> <p>1.- No 2.- Cárcel 3.- Tratamiento de alcohol o drogas 4.- Tratamiento médico 5.- Tratamiento psiquiátrico 6.- Únicamente desintoxicación 7.- Otro:</p> <p>9. ¿Cuántos días?</p>	<p>RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>PERFIL DE SEVERIDAD</p> <table border="1"> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>PROBLEMAS</td> <td>MÉDICO</td> <td>EMPLEO/DEPORTES</td> <td>ALCOHOL</td> <td>DROGAS</td> <td>LEGAL</td> <td>FAMILIA/SOCIAL</td> <td>PSICOLÓGICO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	9										8										7										6										5										4										3										2										1										0										PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO		
9																																																																																																																
8																																																																																																																
7																																																																																																																
6																																																																																																																
5																																																																																																																
4																																																																																																																
3																																																																																																																
2																																																																																																																
1																																																																																																																
0																																																																																																																
PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO																																																																																																									

* ítems opcionales

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? <input style="width: 20px;" type="text"/> años <input style="width: 20px;" type="text"/> meses 3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si: 4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 2.- No lo sé 3.- Refusa contestar 5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 2.- No lo sé 3.- Refusa contestar 	<p style="text-align: center;">SITUACIÓN MÉDICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 7. ¿Cuál fue el último resultado del test? <input type="checkbox"/> 0.- VIH -negativo 1.- VIH -positivo 2.- No lo sé 3.- Refusa contestar 8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (Excluir invalidez psiquiátrica) <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;"><i>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes? <input type="checkbox"/> 13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento de estos problemas médicos? <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico? <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 16. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si <p style="text-align: right;">Comentarios</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Años de educación básica: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos): <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. Grado académico superior obtenido: <input type="checkbox"/> 4. ¿Tiene carnet de conducir vógor? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? <input style="width: 20px;" type="text"/> años <input style="width: 20px;" type="text"/> meses <i>(Ver el manual para definición)</i> 6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? <input style="width: 20px;" type="text"/> años <input style="width: 20px;" type="text"/> meses 7. Ocupación habitual (o última): <input type="checkbox"/> (Especificar detalladamente) 8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años <input type="checkbox"/> 1.- Tiempo completo 2.- Tiempo parcial (horario regular) 3.- Tiempo parcial (horario irregular, temporal) 4.- Estudiante 5.- Servicio militar 6.- Retirado/Invalidez 7.- Desempleado (Incluir ama de casa) 8.- En ambiente protegido 9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (Excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales) 	<p style="text-align: center;">EMPLEO/SOPORTES</p> <p>¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. ¿Empleo? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 11. ¿Paro? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 12. ¿Ayuda social? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 13. ¿Pensión o seguridad social? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 14. ¿Compañeros, familiares o amigos? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 15. ¿Ilegal? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 16. ¿Prostitución? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 17. ¿Otras fuentes? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (Utilice los códigos 10-17) 19. ¿Tiene deudas? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si:.....(cantidad) 20. ¿Cuántas personas dependen de Ud. para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.? <input type="checkbox"/> 21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo /desempleo en el último mes? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 	<p style="text-align: center;"><i>PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes? <input type="checkbox"/> 23. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para estos problemas de empleo? <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo? <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 25. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si 26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si <p style="text-align: right;">Comentarios</p>

USO DE ALCOHOL Y DROGAS				
	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Último mes	*Via admon.
1. Alcohol - cualquier dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol - grandes cantidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. BDZ/barbitu/sedantes/hipnóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. -Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Más de 1 sustancia/día (Items 2 a 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.
 *Via de administración: 1=oral; 2=nasal; 3=fumada; 4=inyección no IV; 5=inyección IV.

14. ¿Alguna vez se ha inyectado? 0.- No 1.- Si

14A. Edad en que se inyectó por primera vez: (años)

Se inyectó:
 - a lo largo de la vida: (años)
 - en los últimos 6 meses: (meses)
 - en los últimos meses: (días)

14B. Si se inyectó en los últimos 6 meses:
 1.- No compartió jeringuilla
 2.- Algunas veces compartió jeringuilla con otros
 3.- A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido:
 Delirium Tremens:
 Sobredosis por drogas:

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento

1.- Desintoxicación ambulatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Desintoxicación residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Tto. sustitutivo ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Tto. libre de drogas ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Tto. libre de drogas residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- Otro hospital/servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- Otro tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstente como consecuencia de uno de estos tratamientos?
 Alcohol: (meses)
 Drogas: (meses)

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?
 Por favor utilice los códigos anteriores ó: 00=no problemas; 15=Alcohol y otras drogas (adicción doble); 16=Politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente.

19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia de tratamiento?: (meses) (00=nunca abstente)

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?: (00=todavía abstente) (meses)

21. ¿Cuánto dinero diría Ud. que ha gastado en el último mes en:
 Alcohol?: (ptas.).....
 Drogas?: (ptas.).....

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? Incluye grupos de autocayuda del tipo AA: Alcohólicos Anónimos, NA: Narcóticos Anónimos

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado Ud.:
 problema relacionados con el alcohol? (días)
 problemas con otras drogas? (días)

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos
 problemas relacionados con el alcohol?
 problemas con otras drogas?

25. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento para estos problemas
 relacionados con el alcohol
 problemas con otras drogas?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:
 abuso de alcohol?
 abuso de otras drogas?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente?
 0.- No 1.- Si

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
 0.- No 1.- Si

Comentarios

SITUACIÓN LEGAL			
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>1. ¿Está admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) 0.- No 1.- Si <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Está en libertad condicional? 0.- No 1.- Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>3. Posesión y tráfico de drogas? <input type="checkbox"/></p> <p>4. Delitos contra la propiedad?: (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) <input type="checkbox"/></p> <p>5. Delitos violentos?: (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="checkbox"/></p> <p>6. Otros delitos?: <input type="checkbox"/></p> <p>7. Cuántos de esos cargos resultaron en condenas?: <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?: <input type="checkbox"/></p> <p>9. Prostitución? <input type="checkbox"/></p> <p>10. Conducir embriagado?: <input type="checkbox"/></p> <p>11. Delitos de tráfico?: (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) <input type="checkbox"/></p>	<p>12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel?: (meses) <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel?: (meses) <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Cuál fue la causa? (Use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos codifique el más severo) <input type="checkbox"/></p> <p>15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0.- No 1.- Si <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Por qué? (Si hay múltiples cargos codifique el más severo) <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado?: (días) <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?: (días) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><i>PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p> <p>19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (Excluir problemas civiles) <input type="checkbox"/></p>	<p>20. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0.- No 1.- Si <input type="checkbox"/></p> <p>23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0.- No 1.- Si <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>	
Rama Materna	Rama Paterna	Hermanos	
Abuela	Abuela	Hermano 1	
Abuelo	Abuelo	Hermano 2	
Madre	Padre	Hermana 1	Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Psq <input type="checkbox"/>
Tía	Tía	Hermana 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tío	Tío	Hermanastro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otro impte.	Otro impte.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Instrucciones: Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, "1" cuando la respuesta es claramente **sí para algún familiar dentro de esa categoría**, "X" cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea no sé**, y "N" cuando **nunca haya existido un familiar en dicha categoría**. En caso de que existan **más de 2 hermanos por categoría**, codifique los más problemáticos.

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES																																																																																					
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>1. Estado civil: <input type="checkbox"/></p> <p>1.- Casado 4.- Separado 2.- Casado en 2.ª nupcias 5.- Divorciado 3.- Viudo 6.- Soltero</p> <p>2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil? <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>3. ¿Está satisfecho con esa situación? <input type="checkbox"/></p> <p>0.- No 1.- Indiferente 2.- Si</p> <p>4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años): <input type="checkbox"/></p> <p>1.- Pareja e hijos 2.- Pareja 3.- Hijos 4.- Padres 5.- Familia 6.- Amigos 7.- Solo 8.- Medio protegido 9.- No estable</p> <p>5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? <input type="text"/> años <input type="text"/> meses <i>(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)</i></p> <p>6. ¿Está satisfecho con esa convivencia? <input type="checkbox"/></p> <p>0.- No 1.- Indiferente 2.- Si</p> <p>¿Vive con alguien que: 0.- No 1.- Si</p> <p>6A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol?: <input type="checkbox"/></p> <p>6B. Usa drogas psicoactivas?: <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Con quien pasa la mayor parte de su tiempo libre?: <input type="checkbox"/></p> <p>1.- Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas 2.- Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas 3.- Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas 4.- Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas</p> <p>8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? <input type="checkbox"/></p> <p>0.- No 1.- Indiferente 2.- Si</p> <p>9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? <input type="checkbox"/></p>	<p>Instrucciones para 9A a 18: Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, "1" cuando la respuesta es claramente si para algún familiar dentro de esa categoría, "X" cuando la respuesta no esté del todo clara o sea "no sé" y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.</p> <p>9A. ¿Diría Ud. que ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?</p> <p>Madre: <input type="checkbox"/></p> <p>Padre: <input type="checkbox"/></p> <p>Hermanos/hermanas: <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja sexual/esposo: <input type="checkbox"/></p> <p>Hijos: <input type="checkbox"/></p> <p>Amigos: <input type="checkbox"/></p> <p>Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con: 0.- No 1.- Si</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Último mes</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">A lo largo de la vida</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10. Madre</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>11. Padre</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>12. Hermanos/hermanas</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>13. Pareja sexual/esposo</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>14. Hijos</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>15. Otro familiar</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>16. Amigos íntimos</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>17. Vecinos</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>18. Compañeros de trabajo</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de Ud.?: 0.- No 1.- Si</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Último mes</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">A lo largo de la vida</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios?</p> <p>A. Con su familia?: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>B. Con otra gente?: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>(excluir familia)</i></p> <p style="text-align: center;">PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p> <p>¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus</p> <p>20. Problemas familiares? <input type="checkbox"/></p> <p>21. Problemas sociales? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos:</p> <p>22. Problemas familiares? <input type="checkbox"/></p> <p>23. Problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si</p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/> 0.- No 1.- Si</p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>			Último mes		A lo largo de la vida		10. Madre		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		11. Padre		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		12. Hermanos/hermanas		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		13. Pareja sexual/esposo		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		14. Hijos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		15. Otro familiar		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		16. Amigos íntimos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		17. Vecinos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		18. Compañeros de trabajo		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				Último mes		A lo largo de la vida		18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Último mes		A lo largo de la vida																																																																																	
10. Madre		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
11. Padre		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
12. Hermanos/hermanas		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
13. Pareja sexual/esposo		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
14. Hijos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
15. Otro familiar		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
16. Amigos íntimos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
17. Vecinos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
18. Compañeros de trabajo		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
		Último mes		A lo largo de la vida																																																																																	
18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	
18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																	

ESTADO PSIQUIÁTRICO		
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?</p> <p>Tratamiento hospitalario: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Tratamiento ambulatorio: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica?</p> <p style="margin-left: 20px;">0.- No 1.- Si</p> <p>Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual Ud. (consulte el manual para definiciones):</p> <p style="margin-left: 20px;">0.- No 1.- Si</p> <p>3. Experimentó depresión severa? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>4. Experimentó ansiedad o tensión severa? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>6. Experimentó alucinaciones? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>9. Experimentó ideación suicida severa? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>10. Realizó intentos suicidas? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;"><i>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p> <p>12. ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento para esos problemas psicológicos? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">LOS SIGUIENTES ITEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR</p> <p>Durante la entrevista, el paciente se presentaba:</p> <p style="margin-left: 20px;">0.- No 1.- Si</p> <p>14. Francamente deprimido/ retraído <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>15. Francamente hostil <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>16. Francamente ansioso/ nervioso <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>18. Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>19. Con ideación suicida <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/ psicológico? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>21. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0.- No 1.- Si</p> <p>22. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0.- No 1.- Si</p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>

8.2.- ANEXO II

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE
MODULO CIE 10**

Nombre y apellidos:		Nº H.
Fecha:	/ /	Aplicación:
Sustancia principal:		

DIRECTRICES DE APLICACIÓN

1. La intención de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted durante los **últimos cinco años**.
2. Por favor, no omita la respuesta a ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señale la respuesta (VERDADERO O FALSO) que le parezca **más correcta**. No hay límite de tiempo, pero no pierda mucho tiempo pensando cual es la respuesta correcta a un ítem determinado
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señale con un **círculo** la letra V. Cuando la respuesta sea FALSO, señale con un **círculo** la letra F.

1.	Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2.	No reacciono bien cuando alguien me ofende	V	F
3.	No soy minucioso/a con los pequeños detalles	V	F
4.	No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5.	Muestro mis pensamientos a todo el mundo	V	F
6.	Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7.	Habitualmente me siento tenso/a o nervioso/a	V	F
8.	Casi nunca me enfado con nada	V	F
9.	Hago lo que sea necesario para que la gente no me abandone	V	F
10.	Soy una persona muy precavida	V	F
11.	Nunca me han detenido	V	F
12.	La gente cree que soy frío/a y distante	V	F
13.	Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas	V	F
14.	La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15.	Me cuesta discrepar de las personas de quienes dependo mucho	V	F
16.	Me siento molesto/a o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17.	Me siento fácilmente influido/a por lo que me rodea	V	F
18.	Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien	V	F
19.	Discuto o me peleo con la gente cuando tratan de impedirme que haga lo que quiero	V	F
20.	A veces he rechazado un trabajo, incluso si estaba esperándolo	V	F
21.	Cuando me alaban o critican, no manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22.	No he perdonado los agravios de otros durante años	V	F
23.	Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24.	A menudo, la gente se ríe de mí a mis espaldas	V	F
25.	Nunca me he autolesionado a propósito, ni he amenazado con suicidarme	V	F
26.	Mis sentimientos son como el tiempo: siempre están cambiando	V	F
27.	Lucho por mis derechos aunque moleste a la gente	V	F
28.	Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29.	Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30.	No mantengo un plan si no obtengo resultados inmediatamente	V	F
31.	Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F

32. La gente cree que soy demasiado estricto/a con las normas y reglas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo/a o desvalido/a si estoy solo/a	V	F
34. No me gusta relacionarme con la gente hasta que no estoy seguro/a de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. A veces me enfado tanto que rompo o tiro cosas	V	F
38. He tenido amistades íntimas que duraron mucho tiempo	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento "vacío/a" por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo/a y tener que cuidar de mi mismo/a	V	F
43. Muchas cosas me parecen peligrosas, y no a la mayoría de la gente	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"	V	F
45. No pido favores a la gente de la que dependo mucho	V	F
46. Prefiero las actividades que puedo hacer por mi mismo/a	V	F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy demasiado inflexible o formal	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Me guardo las cosas para mí, incluso cuando estoy con gente	V	F
51. Para mí es difícil estar sin problemas	V	F
52. Estoy convencido/a de que existe una conspiración tras muchas cosas que pasan en el mundo	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso/a	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. La mayoría de la gente piensa que soy una persona extraña	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Estoy más interesado/a en mis pensamientos que en lo que pasa fuera	V	F
59. Normalmente trato que la gente haga las cosas a mi manera	V	F

**RESUMEN DE PUNTUACIÓN
DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE
(MÓDULO CIE-10)**

Nombre y apellidos:

Nº HP:

Fecha: / /

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es verdadero.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (seguidos de F), si la respuesta es falso.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, la evaluación del sujeto para ese trastorno ha resultado positiva, y debe ser entrevistado. Los clínicos y los investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra, y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debería ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de un trastorno de personalidad.

Seg.	Prob.											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.0	Paranoide	2	14 F	22	24	27	36	52		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.1	Esquizoide	1 F	8	12	21	31	46	55	57 F	58
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.2	Disocial	11 F	18 F	20	29	38 F	47	51		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.30	Impulsivo	19	30	37	53	56				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.31	Límite	4	9	13	25 F	40				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.4	Histriónico	5	17	26	28	35 F	44			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.5	Anancástico	3 F	10	23	32	41	48	54	59	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.6	Ansioso	7	16	34	39	43	50			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F60.7	Dependiente	6	15	33	42	45	49			

8.3.- ANEXO III

Retención-supervivencia seis meses

Tabla de supervivencia						
	Tiempo	Estado	Probabilidad acumulada que sobrevive hasta el momento		Nº de eventos acumulados	Nº de casos que permanecen
	Estimación	Error típico	Estimación	Error típico	Estimación	Error típico
1	1,000	,00	.	.	1	274
2	1,000	,00	,993	,005	2	273
3	2,000	,00	.	.	3	272
4	2,000	,00	.	.	4	271
5	2,000	,00	.	.	5	270
6	2,000	,00	.	.	6	269
7	2,000	,00	,975	,009	7	268
8	2,000	1,00	.	.	7	267
9	3,000	,00	.	.	8	266
10	3,000	,00	.	.	9	265
11	3,000	,00	.	.	10	264
12	3,000	,00	.	.	11	263
13	3,000	,00	.	.	12	262
14	3,000	,00	.	.	13	261
15	3,000	,00	.	.	14	260
16	3,000	,00	.	.	15	259
17	3,000	,00	.	.	16	258
18	3,000	,00	,938	,015	17	257
19	3,000	1,00	.	.	17	256
20	4,000	,00	.	.	18	255
21	4,000	,00	.	.	19	254
22	4,000	,00	.	.	20	253
23	4,000	,00	.	.	21	252
24	4,000	,00	.	.	22	251
25	4,000	,00	.	.	23	250
26	4,000	,00	.	.	24	249
27	4,000	,00	.	.	25	248
28	4,000	,00	.	.	26	247
29	4,000	,00	.	.	27	246
30	4,000	,00	.	.	28	245
31	4,000	,00	,894	,019	29	244
32	5,000	,00	.	.	30	243
33	5,000	,00	.	.	31	242
34	5,000	,00	.	.	32	241
35	5,000	,00	.	.	33	240
36	5,000	,00	.	.	34	239

37	5,000	,00	.	.	35	238
38	5,000	,00	.	.	36	237
39	5,000	,00	.	.	37	236
40	5,000	,00	.	.	38	235
41	5,000	,00	.	.	39	234
42	5,000	,00	.	.	40	233
43	5,000	,00	.	.	41	232
44	5,000	,00	.	.	42	231
45	5,000	,00	.	.	43	230
46	5,000	,00	.	.	44	229
47	5,000	,00	,835	,022	45	228
48	6,000	,00	.	.	46	227
49	6,000	,00	.	.	47	226
50	6,000	,00	.	.	48	225
51	6,000	,00	.	.	49	224
52	6,000	,00	.	.	50	223
53	6,000	,00	.	.	51	222
54	6,000	,00	.	.	52	221
55	6,000	,00	.	.	53	220
56	6,000	,00	.	.	54	219
57	6,000	,00	.	.	55	218
58	6,000	,00	,795	,024	56	217
59	7,000	,00	.	.	57	216
60	7,000	,00	.	.	58	215
61	7,000	,00	.	.	59	214
62	7,000	,00	.	.	60	213
63	7,000	,00	.	.	61	212
64	7,000	,00	,773	,025	62	211
65	8,000	,00	.	.	63	210
66	8,000	,00	.	.	64	209
67	8,000	,00	.	.	65	208
68	8,000	,00	.	.	66	207
69	8,000	,00	.	.	67	206
70	8,000	,00	.	.	68	205
71	8,000	,00	.	.	69	204
72	8,000	,00	.	.	70	203
73	8,000	,00	,740	,027	71	202
74	9,000	,00	.	.	72	201
75	9,000	,00	.	.	73	200
76	9,000	,00	.	.	74	199
77	9,000	,00	.	.	75	198
78	9,000	,00	.	.	76	197
79	9,000	,00	.	.	77	196
80	9,000	,00	.	.	78	195
81	9,000	,00	.	.	79	194

82	9,000	,00	.	.	80	193
83	9,000	,00	,704	,028	81	192
84	10,000	,00	.	.	82	191
85	10,000	,00	.	.	83	190
86	10,000	,00	.	.	84	189
87	10,000	,00	.	.	85	188
88	10,000	,00	.	.	86	187
89	10,000	,00	.	.	87	186
90	10,000	,00	.	.	88	185
91	10,000	,00	.	.	89	184
92	10,000	,00	.	.	90	183
93	10,000	,00	.	.	91	182
94	10,000	,00	.	.	92	181
95	10,000	,00	.	.	93	180
96	10,000	,00	,656	,029	94	179
97	11,000	,00	.	.	95	178
98	11,000	,00	.	.	96	177
99	11,000	,00	.	.	97	176
100	11,000	,00	.	.	98	175
101	11,000	,00	.	.	99	174
102	11,000	,00	.	.	100	173
103	11,000	,00	.	.	101	172
104	11,000	,00	.	.	102	171
105	11,000	,00	.	.	103	170
106	11,000	,00	,619	,029	104	169
107	12,000	,00	.	.	105	168
108	12,000	,00	.	.	106	167
109	12,000	,00	,608	,030	107	166
110	13,000	,00	.	.	108	165
111	13,000	,00	.	.	109	164
112	13,000	,00	.	.	110	163
113	13,000	,00	.	.	111	162
114	13,000	,00	.	.	112	161
115	13,000	,00	.	.	113	160
116	13,000	,00	,583	,030	114	159
117	14,000	,00	.	.	115	158
118	14,000	,00	.	.	116	157
119	14,000	,00	.	.	117	156
120	14,000	,00	.	.	118	155
121	14,000	,00	.	.	119	154
122	14,000	,00	.	.	120	153
123	14,000	,00	.	.	121	152
124	14,000	,00	.	.	122	151
125	14,000	,00	.	.	123	150
126	14,000	,00	.	.	124	149

127	14,000	,00	.	.	125	148
128	14,000	,00	.	.	126	147
129	14,000	,00	.	.	127	146
130	14,000	,00	,531	,030	128	145
131	15,000	,00	.	.	129	144
132	15,000	,00	.	.	130	143
133	15,000	,00	.	.	131	142
134	15,000	,00	,517	,030	132	141
135	16,000	1,00	.	.	132	140
136	17,000	,00	.	.	133	139
137	17,000	,00	.	.	134	138
138	17,000	,00	.	.	135	137
139	17,000	,00	,502	,030	136	136
140	17,000	1,00	.	.	136	135
141	18,000	,00	,498	,030	137	134
142	18,000	1,00	.	.	137	133
143	19,000	,00	.	.	138	132
144	19,000	,00	.	.	139	131
145	19,000	,00	,487	,030	140	130
146	20,000	,00	.	.	141	129
147	20,000	,00	.	.	142	128
148	20,000	,00	.	.	143	127
149	20,000	,00	,472	,030	144	126
150	21,000	,00	,468	,030	145	125
151	22,000	,00	,464	,030	146	124
152	22,000	1,00	.	.	146	123
153	23,000	,00	,461	,030	147	122
154	24,000	1,00	.	.	147	121
155	26,000	1,00	.	.	147	120
156	26,000	1,00	.	.	147	119
157	26,000	1,00	.	.	147	118
158	27,000	,00	,457	,030	148	117
159	27,000	1,00	.	.	148	116
160	27,000	1,00	.	.	148	115
161	27,000	1,00	.	.	148	114
162	28,000	1,00	.	.	148	113
163	28,000	1,00	.	.	148	112
164	28,000	1,00	.	.	148	111
165	29,000	1,00	.	.	148	110
166	29,000	1,00	.	.	148	109
167	29,000	1,00	.	.	148	108
168	30,000	1,00	.	.	148	107
169	30,000	1,00	.	.	148	106
170	30,000	1,00	.	.	148	105
171	30,000	1,00	.	.	148	104

172	31,000	,00	,452	,030	149	103
173	31,000	1,00	.	.	149	102
174	31,000	1,00	.	.	149	101
175	31,000	1,00	.	.	149	100
176	31,000	1,00	.	.	149	99
177	31,000	1,00	.	.	149	98
178	31,000	1,00	.	.	149	97
179	31,000	1,00	.	.	149	96
180	31,000	1,00	.	.	149	95
181	31,000	1,00	.	.	149	94
182	32,000	1,00	.	.	149	93
183	32,000	1,00	.	.	149	92
184	32,000	1,00	.	.	149	91
185	32,000	1,00	.	.	149	90
186	32,000	1,00	.	.	149	89
187	33,000	1,00	.	.	149	88
188	33,000	1,00	.	.	149	87
189	33,000	1,00	.	.	149	86
190	33,000	1,00	.	.	149	85
191	34,000	1,00	.	.	149	84
192	35,000	1,00	.	.	149	83
193	35,000	1,00	.	.	149	82
194	35,000	1,00	.	.	149	81
195	36,000	1,00	.	.	149	80
196	36,000	1,00	.	.	149	79
197	37,000	1,00	.	.	149	78
198	38,000	1,00	.	.	149	77
199	39,000	1,00	.	.	149	76
200	39,000	1,00	.	.	149	75
201	40,000	1,00	.	.	149	74
202	40,000	1,00	.	.	149	73
203	43,000	1,00	.	.	149	72
204	44,000	1,00	.	.	149	71
205	45,000	1,00	.	.	149	70
206	46,000	1,00	.	.	149	69
207	47,000	1,00	.	.	149	68
208	47,000	1,00	.	.	149	67
209	48,000	1,00	.	.	149	66
210	49,000	,00	,446	,031	150	65
211	50,000	,00	,439	,031	151	64
212	50,000	1,00	.	.	151	63
213	51,000	1,00	.	.	151	62
214	52,000	1,00	.	.	151	61
215	52,000	1,00	.	.	151	60
216	52,000	1,00	.	.	151	59

217	52,000	1,00	.	.	151	58
218	52,000	1,00	.	.	151	57
219	52,000	1,00	.	.	151	56
220	52,000	1,00	.	.	151	55
221	52,000	1,00	.	.	151	54
222	52,000	1,00	.	.	151	53
223	52,000	1,00	.	.	151	52
224	52,000	1,00	.	.	151	51
225	52,000	1,00	.	.	151	50
226	52,000	1,00	.	.	151	49
227	52,000	1,00	.	.	151	48
228	52,000	1,00	.	.	151	47
229	52,000	1,00	.	.	151	46
230	52,000	1,00	.	.	151	45
231	53,000	1,00	.	.	151	44
232	53,000	1,00	.	.	151	43
233	53,000	1,00	.	.	151	42
234	53,000	1,00	.	.	151	41
235	53,000	1,00	.	.	151	40
236	53,000	1,00	.	.	151	39
237	53,000	1,00	.	.	151	38
238	53,000	1,00	.	.	151	37
239	53,000	1,00	.	.	151	36
240	53,000	1,00	.	.	151	35
241	53,000	1,00	.	.	151	34
242	53,000	1,00	.	.	151	33
243	53,000	1,00	.	.	151	32
244	53,000	1,00	.	.	151	31
245	53,000	1,00	.	.	151	30
246	53,000	1,00	.	.	151	29
247	53,000	1,00	.	.	151	28
248	53,000	1,00	.	.	151	27
249	53,000	1,00	.	.	151	26
250	53,000	1,00	.	.	151	25
251	53,000	1,00	.	.	151	24
252	53,000	1,00	.	.	151	23
253	53,000	1,00	.	.	151	22
254	53,000	1,00	.	.	151	21
255	53,000	1,00	.	.	151	20
256	53,000	1,00	.	.	151	19
257	53,000	1,00	.	.	151	18
258	54,000	1,00	.	.	151	17
259	54,000	1,00	.	.	151	16
260	54,000	1,00	.	.	151	15
261	54,000	1,00	.	.	151	14

262	54,000	1,00	.	.	151	13
263	54,000	1,00	.	.	151	12
264	54,000	1,00	.	.	151	11
265	54,000	1,00	.	.	151	10
266	54,000	1,00	.	.	151	9
267	54,000	1,00	.	.	151	8
268	54,000	1,00	.	.	151	7
269	55,000	1,00	.	.	151	6
270	55,000	1,00	.	.	151	5
271	55,000	1,00	.	.	151	4
272	56,000	,00	,329	,098	152	3
273	56,000	1,00	.	.	152	2
274	57,000	,00	,165	,126	153	1
275	57,000	1,00	.	.	153	0

8.4.- ANEXO IV

Retención-supervivencia seis meses con implante subcutáneo de naltrexona

Tabla de supervivencia							
implante		Tiempo	Estado	Proporción acumulada que sobrevive hasta el momento		Nº de eventos acumulados	Nº de casos que permanecen
		Estimación	Error típico	Estimación	Error típico	Estimación	Error típico
NO	1	1,000	,00	.	.	1	204
	2	1,000	,00	,990	,007	2	203
	3	2,000	,00	.	.	3	202
	4	2,000	,00	.	.	4	201
	5	2,000	,00	.	.	5	200
	6	2,000	,00	.	.	6	199
	7	2,000	,00	,966	,013	7	198
	8	3,000	,00	.	.	8	197
	9	3,000	,00	.	.	9	196
	10	3,000	,00	.	.	10	195
	11	3,000	,00	.	.	11	194
	12	3,000	,00	.	.	12	193
	13	3,000	,00	.	.	13	192
	14	3,000	,00	.	.	14	191
	15	3,000	,00	.	.	15	190
	16	3,000	,00	.	.	16	189
	17	3,000	,00	,917	,019	17	188
	18	3,000	1,00	.	.	17	187
	19	4,000	,00	.	.	18	186

20	4,000	,00	.	.	19	185
21	4,000	,00	.	.	20	184
22	4,000	,00	.	.	21	183
23	4,000	,00	.	.	22	182
24	4,000	,00	.	.	23	181
25	4,000	,00	.	.	24	180
26	4,000	,00	.	.	25	179
27	4,000	,00	.	.	26	178
28	4,000	,00	.	.	27	177
29	4,000	,00	,863	,024	28	176
30	5,000	,00	.	.	29	175
31	5,000	,00	.	.	30	174
32	5,000	,00	.	.	31	173
33	5,000	,00	.	.	32	172
34	5,000	,00	.	.	33	171
35	5,000	,00	.	.	34	170
36	5,000	,00	.	.	35	169
37	5,000	,00	.	.	36	168
38	5,000	,00	.	.	37	167
39	5,000	,00	.	.	38	166
40	5,000	,00	.	.	39	165
41	5,000	,00	.	.	40	164
42	5,000	,00	.	.	41	163
43	5,000	,00	,794	,028	42	162
44	6,000	,00	.	.	43	161
45	6,000	,00	.	.	44	160
46	6,000	,00	.	.	45	159
47	6,000	,00	.	.	46	158
48	6,000	,00	.	.	47	157
49	6,000	,00	.	.	48	156
50	6,000	,00	.	.	49	155
51	6,000	,00	.	.	50	154
52	6,000	,00	,750	,030	51	153
53	7,000	,00	.	.	52	152
54	7,000	,00	.	.	53	151
55	7,000	,00	.	.	54	150
56	7,000	,00	.	.	55	149
57	7,000	,00	.	.	56	148
58	7,000	,00	,721	,031	57	147
59	8,000	,00	.	.	58	146
60	8,000	,00	.	.	59	145
61	8,000	,00	.	.	60	144
62	8,000	,00	.	.	61	143
63	8,000	,00	.	.	62	142
64	8,000	,00	.	.	63	141

65	8,000	,00	.	.	64	140
66	8,000	,00	,682	,033	65	139
67	9,000	,00	.	.	66	138
68	9,000	,00	.	.	67	137
69	9,000	,00	.	.	68	136
70	9,000	,00	.	.	69	135
71	9,000	,00	.	.	70	134
72	9,000	,00	.	.	71	133
73	9,000	,00	.	.	72	132
74	9,000	,00	,642	,034	73	131
75	10,000	,00	.	.	74	130
76	10,000	,00	.	.	75	129
77	10,000	,00	.	.	76	128
78	10,000	,00	.	.	77	127
79	10,000	,00	.	.	78	126
80	10,000	,00	.	.	79	125
81	10,000	,00	.	.	80	124
82	10,000	,00	.	.	81	123
83	10,000	,00	.	.	82	122
84	10,000	,00	.	.	83	121
85	10,000	,00	.	.	84	120
86	10,000	,00	,584	,035	85	119
87	11,000	,00	.	.	86	118
88	11,000	,00	.	.	87	117
89	11,000	,00	.	.	88	116
90	11,000	,00	.	.	89	115
91	11,000	,00	.	.	90	114
92	11,000	,00	.	.	91	113
93	11,000	,00	,549	,035	92	112
94	12,000	,00	.	.	93	111
95	12,000	,00	,539	,035	94	110
96	13,000	,00	.	.	95	109
97	13,000	,00	.	.	96	108
98	13,000	,00	.	.	97	107
99	13,000	,00	.	.	98	106
100	13,000	,00	.	.	99	105
101	13,000	,00	,510	,035	100	104
102	14,000	,00	.	.	101	103
103	14,000	,00	.	.	102	102
104	14,000	,00	.	.	103	101
105	14,000	,00	.	.	104	100
106	14,000	,00	.	.	105	99
107	14,000	,00	.	.	106	98
108	14,000	,00	.	.	107	97
109	14,000	,00	.	.	108	96

110	14,000	,00	.	.	109	95
111	14,000	,00	.	.	110	94
112	14,000	,00	.	.	111	93
113	14,000	,00	.	.	112	92
114	14,000	,00	,446	,035	113	91
115	15,000	,00	.	.	114	90
116	15,000	,00	.	.	115	89
117	15,000	,00	,432	,035	116	88
118	16,000	1,00	.	.	116	87
119	17,000	,00	.	.	117	86
120	17,000	,00	.	.	118	85
121	17,000	,00	,417	,035	119	84
122	17,000	1,00	.	.	119	83
123	18,000	,00	,412	,034	120	82
124	18,000	1,00	.	.	120	81
125	19,000	,00	.	.	121	80
126	19,000	,00	.	.	122	79
127	19,000	,00	,396	,034	123	78
128	20,000	,00	.	.	124	77
129	20,000	,00	.	.	125	76
130	20,000	,00	.	.	126	75
131	20,000	,00	,376	,034	127	74
132	21,000	,00	,371	,034	128	73
133	22,000	,00	,366	,034	129	72
134	22,000	1,00	.	.	129	71
135	23,000	,00	,361	,034	130	70
136	24,000	1,00	.	.	130	69
137	26,000	1,00	.	.	130	68
138	27,000	,00	,355	,034	131	67
139	27,000	1,00	.	.	131	66
140	27,000	1,00	.	.	131	65
141	27,000	1,00	.	.	131	64
142	28,000	1,00	.	.	131	63
143	28,000	1,00	.	.	131	62
144	28,000	1,00	.	.	131	61
145	29,000	1,00	.	.	131	60
146	30,000	1,00	.	.	131	59
147	30,000	1,00	.	.	131	58
148	30,000	1,00	.	.	131	57
149	31,000	1,00	.	.	131	56
150	31,000	1,00	.	.	131	55
151	31,000	1,00	.	.	131	54
152	31,000	1,00	.	.	131	53
153	31,000	1,00	.	.	131	52
154	32,000	1,00	.	.	131	51

155	33,000	1,00	.	.	131	50
156	33,000	1,00	.	.	131	49
157	33,000	1,00	.	.	131	48
158	33,000	1,00	.	.	131	47
159	35,000	1,00	.	.	131	46
160	35,000	1,00	.	.	131	45
161	36,000	1,00	.	.	131	44
162	39,000	1,00	.	.	131	43
163	43,000	1,00	.	.	131	42
164	44,000	1,00	.	.	131	41
165	45,000	1,00	.	.	131	40
166	47,000	1,00	.	.	131	39
167	47,000	1,00	.	.	131	38
168	48,000	1,00	.	.	131	37
169	49,000	,00	,346	,034	132	36
170	50,000	,00	,336	,034	133	35
171	51,000	1,00	.	.	133	34
172	52,000	1,00	.	.	133	33
173	52,000	1,00	.	.	133	32
174	52,000	1,00	.	.	133	31
175	52,000	1,00	.	.	133	30
176	52,000	1,00	.	.	133	29
177	52,000	1,00	.	.	133	28
178	52,000	1,00	.	.	133	27
179	52,000	1,00	.	.	133	26
180	52,000	1,00	.	.	133	25
181	52,000	1,00	.	.	133	24
182	53,000	1,00	.	.	133	23
183	53,000	1,00	.	.	133	22
184	53,000	1,00	.	.	133	21
185	53,000	1,00	.	.	133	20
186	53,000	1,00	.	.	133	19
187	53,000	1,00	.	.	133	18
188	53,000	1,00	.	.	133	17
189	53,000	1,00	.	.	133	16
190	53,000	1,00	.	.	133	15
191	53,000	1,00	.	.	133	14
192	53,000	1,00	.	.	133	13
193	53,000	1,00	.	.	133	12
194	53,000	1,00	.	.	133	11
195	53,000	1,00	.	.	133	10
196	53,000	1,00	.	.	133	9
197	54,000	1,00	.	.	133	8
198	54,000	1,00	.	.	133	7
199	54,000	1,00	.	.	133	6

	200	54,000	1,00	.	.	133	5
	201	54,000	1,00	.	.	133	4
	202	56,000	,00	,252	,077	134	3
	203	56,000	1,00	.	.	134	2
	204	57,000	,00	,126	,097	135	1
	205	57,000	1,00	.	.	135	0
SI	1	4,000	,00	,986	,014	1	68
	2	5,000	,00	.	.	2	67
	3	5,000	,00	,957	,025	3	66
	4	6,000	,00	.	.	4	65
	5	6,000	,00	,928	,031	5	64
	6	8,000	,00	,913	,034	6	63
	7	9,000	,00	.	.	7	62
	8	9,000	,00	,884	,039	8	61
	9	10,000	,00	,870	,041	9	60
	10	11,000	,00	.	.	10	59
	11	11,000	,00	.	.	11	58
	12	11,000	,00	,826	,046	12	57
	13	12,000	,00	,812	,047	13	56
	14	13,000	,00	,797	,048	14	55
	15	14,000	,00	,783	,050	15	54
	16	15,000	,00	,768	,051	16	53
	17	17,000	,00	,754	,052	17	52
	18	26,000	1,00	.	.	17	51
	19	26,000	1,00	.	.	17	50
	20	29,000	1,00	.	.	17	49
	21	29,000	1,00	.	.	17	48
	22	30,000	1,00	.	.	17	47
	23	31,000	,00	,738	,053	18	46
	24	31,000	1,00	.	.	18	45
	25	31,000	1,00	.	.	18	44
	26	31,000	1,00	.	.	18	43
	27	31,000	1,00	.	.	18	42
	28	32,000	1,00	.	.	18	41
	29	32,000	1,00	.	.	18	40
	30	32,000	1,00	.	.	18	39
	31	32,000	1,00	.	.	18	38
	32	34,000	1,00	.	.	18	37
	33	35,000	1,00	.	.	18	36
	34	36,000	1,00	.	.	18	35
	35	37,000	1,00	.	.	18	34
	36	38,000	1,00	.	.	18	33
	37	39,000	1,00	.	.	18	32
	38	40,000	1,00	.	.	18	31
	39	40,000	1,00	.	.	18	30

40	46,000	1,00	.	.	18	29
41	50,000	1,00	.	.	18	28
42	52,000	1,00	.	.	18	27
43	52,000	1,00	.	.	18	26
44	52,000	1,00	.	.	18	25
45	52,000	1,00	.	.	18	24
46	52,000	1,00	.	.	18	23
47	52,000	1,00	.	.	18	22
48	52,000	1,00	.	.	18	21
49	53,000	1,00	.	.	18	20
50	53,000	1,00	.	.	18	19
51	53,000	1,00	.	.	18	18
52	53,000	1,00	.	.	18	17
53	53,000	1,00	.	.	18	16
54	53,000	1,00	.	.	18	15
55	53,000	1,00	.	.	18	14
56	53,000	1,00	.	.	18	13
57	53,000	1,00	.	.	18	12
58	53,000	1,00	.	.	18	11
59	53,000	1,00	.	.	18	10
60	53,000	1,00	.	.	18	9
61	54,000	1,00	.	.	18	8
62	54,000	1,00	.	.	18	7
63	54,000	1,00	.	.	18	6
64	54,000	1,00	.	.	18	5
65	54,000	1,00	.	.	18	4
66	54,000	1,00	.	.	18	3
67	55,000	1,00	.	.	18	2
68	55,000	1,00	.	.	18	1
69	55,000	1,00	.	.	18	0

8.5.- ANEXO V

Retención-supervivencia doce meses

Tabla de supervivencia						
	Tiempo	Estado	Proporción acumulada que sobrevive hasta el momento		Nº de eventos acumulados	Nº de casos que permanecen
	Estimación	Error típico	Estimación	Error típico	Estimación	Error típico
1	1,000	,00	.	.	1	274
2	1,000	,00	,993	,005	2	273
3	2,000	,00	.	.	3	272

4	2,000	,00	.	.	4	271
5	2,000	,00	.	.	5	270
6	2,000	,00	.	.	6	269
7	2,000	,00	,975	,009	7	268
8	2,000	1,00	.	.	7	267
9	3,000	,00	.	.	8	266
10	3,000	,00	.	.	9	265
11	3,000	,00	.	.	10	264
12	3,000	,00	.	.	11	263
13	3,000	,00	.	.	12	262
14	3,000	,00	.	.	13	261
15	3,000	,00	.	.	14	260
16	3,000	,00	.	.	15	259
17	3,000	,00	.	.	16	258
18	3,000	,00	,938	,015	17	257
19	3,000	1,00	.	.	17	256
20	4,000	,00	.	.	18	255
21	4,000	,00	.	.	19	254
22	4,000	,00	.	.	20	253
23	4,000	,00	.	.	21	252
24	4,000	,00	.	.	22	251
25	4,000	,00	.	.	23	250
26	4,000	,00	.	.	24	249
27	4,000	,00	.	.	25	248
28	4,000	,00	.	.	26	247
29	4,000	,00	.	.	27	246
30	4,000	,00	.	.	28	245
31	4,000	,00	,894	,019	29	244
32	5,000	,00	.	.	30	243
33	5,000	,00	.	.	31	242
34	5,000	,00	.	.	32	241
35	5,000	,00	.	.	33	240
36	5,000	,00	.	.	34	239
37	5,000	,00	.	.	35	238
38	5,000	,00	.	.	36	237
39	5,000	,00	.	.	37	236
40	5,000	,00	.	.	38	235
41	5,000	,00	.	.	39	234
42	5,000	,00	.	.	40	233
43	5,000	,00	.	.	41	232
44	5,000	,00	.	.	42	231
45	5,000	,00	.	.	43	230
46	5,000	,00	.	.	44	229
47	5,000	,00	,835	,022	45	228
48	6,000	,00	.	.	46	227

49	6,000	,00	.	.	47	226
50	6,000	,00	.	.	48	225
51	6,000	,00	.	.	49	224
52	6,000	,00	.	.	50	223
53	6,000	,00	.	.	51	222
54	6,000	,00	.	.	52	221
55	6,000	,00	.	.	53	220
56	6,000	,00	.	.	54	219
57	6,000	,00	.	.	55	218
58	6,000	,00	,795	,024	56	217
59	7,000	,00	.	.	57	216
60	7,000	,00	.	.	58	215
61	7,000	,00	.	.	59	214
62	7,000	,00	.	.	60	213
63	7,000	,00	.	.	61	212
64	7,000	,00	,773	,025	62	211
65	8,000	,00	.	.	63	210
66	8,000	,00	.	.	64	209
67	8,000	,00	.	.	65	208
68	8,000	,00	.	.	66	207
69	8,000	,00	.	.	67	206
70	8,000	,00	.	.	68	205
71	8,000	,00	.	.	69	204
72	8,000	,00	.	.	70	203
73	8,000	,00	,740	,027	71	202
74	9,000	,00	.	.	72	201
75	9,000	,00	.	.	73	200
76	9,000	,00	.	.	74	199
77	9,000	,00	.	.	75	198
78	9,000	,00	.	.	76	197
79	9,000	,00	.	.	77	196
80	9,000	,00	.	.	78	195
81	9,000	,00	.	.	79	194
82	9,000	,00	.	.	80	193
83	9,000	,00	,704	,028	81	192
84	10,000	,00	.	.	82	191
85	10,000	,00	.	.	83	190
86	10,000	,00	.	.	84	189
87	10,000	,00	.	.	85	188
88	10,000	,00	.	.	86	187
89	10,000	,00	.	.	87	186
90	10,000	,00	.	.	88	185
91	10,000	,00	.	.	89	184
92	10,000	,00	.	.	90	183
93	10,000	,00	.	.	91	182

94	10,000	,00	.	.	92	181
95	10,000	,00	.	.	93	180
96	10,000	,00	,656	,029	94	179
97	11,000	,00	.	.	95	178
98	11,000	,00	.	.	96	177
99	11,000	,00	.	.	97	176
100	11,000	,00	.	.	98	175
101	11,000	,00	.	.	99	174
102	11,000	,00	.	.	100	173
103	11,000	,00	.	.	101	172
104	11,000	,00	.	.	102	171
105	11,000	,00	.	.	103	170
106	11,000	,00	,619	,029	104	169
107	12,000	,00	.	.	105	168
108	12,000	,00	.	.	106	167
109	12,000	,00	,608	,030	107	166
110	13,000	,00	.	.	108	165
111	13,000	,00	.	.	109	164
112	13,000	,00	.	.	110	163
113	13,000	,00	.	.	111	162
114	13,000	,00	.	.	112	161
115	13,000	,00	.	.	113	160
116	13,000	,00	,583	,030	114	159
117	14,000	,00	.	.	115	158
118	14,000	,00	.	.	116	157
119	14,000	,00	.	.	117	156
120	14,000	,00	.	.	118	155
121	14,000	,00	.	.	119	154
122	14,000	,00	.	.	120	153
123	14,000	,00	.	.	121	152
124	14,000	,00	.	.	122	151
125	14,000	,00	.	.	123	150
126	14,000	,00	.	.	124	149
127	14,000	,00	.	.	125	148
128	14,000	,00	.	.	126	147
129	14,000	,00	.	.	127	146
130	14,000	,00	,531	,030	128	145
131	15,000	,00	.	.	129	144
132	15,000	,00	.	.	130	143
133	15,000	,00	.	.	131	142
134	15,000	,00	,517	,030	132	141
135	16,000	,00	,513	,030	133	140
136	17,000	,00	.	.	134	139
137	17,000	,00	.	.	135	138
138	17,000	,00	.	.	136	137

139	17,000	,00	.	.	137	136
140	17,000	,00	,495	,030	138	135
141	18,000	,00	.	.	139	134
142	18,000	,00	,487	,030	140	133
143	19,000	,00	.	.	141	132
144	19,000	,00	.	.	142	131
145	19,000	,00	,476	,030	143	130
146	20,000	,00	.	.	144	129
147	20,000	,00	.	.	145	128
148	20,000	,00	.	.	146	127
149	20,000	,00	,462	,030	147	126
150	21,000	,00	,458	,030	148	125
151	22,000	,00	.	.	149	124
152	22,000	,00	,451	,030	150	123
153	23,000	,00	,447	,030	151	122
154	24,000	,00	,443	,030	152	121
155	26,000	,00	.	.	153	120
156	26,000	,00	.	.	154	119
157	26,000	,00	,432	,030	155	118
158	27,000	,00	.	.	156	117
159	27,000	,00	.	.	157	116
160	27,000	,00	.	.	158	115
161	27,000	,00	,418	,030	159	114
162	28,000	,00	.	.	160	113
163	28,000	,00	.	.	161	112
164	28,000	,00	,407	,030	162	111
165	29,000	,00	.	.	163	110
166	29,000	,00	.	.	164	109
167	29,000	,00	,396	,030	165	108
168	30,000	,00	.	.	166	107
169	30,000	,00	.	.	167	106
170	30,000	,00	.	.	168	105
171	30,000	,00	,381	,029	169	104
172	31,000	,00	.	.	170	103
173	31,000	,00	.	.	171	102
174	31,000	,00	.	.	172	101
175	31,000	,00	.	.	173	100
176	31,000	,00	.	.	174	99
177	31,000	,00	.	.	175	98
178	31,000	,00	.	.	176	97
179	31,000	,00	.	.	177	96
180	31,000	,00	.	.	178	95
181	31,000	,00	,344	,029	179	94
182	32,000	,00	.	.	180	93
183	32,000	,00	.	.	181	92

184	32,000	,00	.	.	182	91
185	32,000	,00	.	.	183	90
186	32,000	,00	,326	,028	184	89
187	33,000	,00	.	.	185	88
188	33,000	,00	.	.	186	87
189	33,000	,00	.	.	187	86
190	33,000	,00	,311	,028	188	85
191	34,000	,00	,308	,028	189	84
192	35,000	,00	.	.	190	83
193	35,000	,00	.	.	191	82
194	35,000	,00	,297	,028	192	81
195	36,000	,00	.	.	193	80
196	36,000	,00	,289	,027	194	79
197	37,000	,00	,286	,027	195	78
198	38,000	,00	,282	,027	196	77
199	39,000	,00	.	.	197	76
200	39,000	,00	,275	,027	198	75
201	40,000	,00	.	.	199	74
202	40,000	,00	,267	,027	200	73
203	43,000	,00	,264	,027	201	72
204	44,000	,00	,260	,027	202	71
205	45,000	,00	,256	,026	203	70
206	46,000	,00	,253	,026	204	69
207	47,000	,00	.	.	205	68
208	47,000	,00	,246	,026	206	67
209	48,000	,00	,242	,026	207	66
210	49,000	,00	,238	,026	208	65
211	50,000	,00	.	.	209	64
212	50,000	,00	,231	,026	210	63
213	51,000	1,00	.	.	210	62
214	52,000	1,00	.	.	210	61
215	52,000	1,00	.	.	210	60
216	52,000	1,00	.	.	210	59
217	52,000	1,00	.	.	210	58
218	52,000	1,00	.	.	210	57
219	52,000	1,00	.	.	210	56
220	52,000	1,00	.	.	210	55
221	52,000	1,00	.	.	210	54
222	52,000	1,00	.	.	210	53
223	52,000	1,00	.	.	210	52
224	52,000	1,00	.	.	210	51
225	52,000	1,00	.	.	210	50
226	52,000	1,00	.	.	210	49
227	52,000	1,00	.	.	210	48
228	52,000	1,00	.	.	210	47

229	52,000	1,00	.	.	210	46
230	52,000	1,00	.	.	210	45
231	53,000	,00	,226	,025	211	44
232	53,000	1,00	.	.	211	43
233	53,000	1,00	.	.	211	42
234	53,000	1,00	.	.	211	41
235	53,000	1,00	.	.	211	40
236	53,000	1,00	.	.	211	39
237	53,000	1,00	.	.	211	38
238	53,000	1,00	.	.	211	37
239	53,000	1,00	.	.	211	36
240	53,000	1,00	.	.	211	35
241	53,000	1,00	.	.	211	34
242	53,000	1,00	.	.	211	33
243	53,000	1,00	.	.	211	32
244	53,000	1,00	.	.	211	31
245	53,000	1,00	.	.	211	30
246	53,000	1,00	.	.	211	29
247	53,000	1,00	.	.	211	28
248	53,000	1,00	.	.	211	27
249	53,000	1,00	.	.	211	26
250	53,000	1,00	.	.	211	25
251	53,000	1,00	.	.	211	24
252	53,000	1,00	.	.	211	23
253	53,000	1,00	.	.	211	22
254	53,000	1,00	.	.	211	21
255	53,000	1,00	.	.	211	20
256	53,000	1,00	.	.	211	19
257	53,000	1,00	.	.	211	18
258	54,000	1,00	.	.	211	17
259	54,000	1,00	.	.	211	16
260	54,000	1,00	.	.	211	15
261	54,000	1,00	.	.	211	14
262	54,000	1,00	.	.	211	13
263	54,000	1,00	.	.	211	12
264	54,000	1,00	.	.	211	11
265	54,000	1,00	.	.	211	10
266	54,000	1,00	.	.	211	9
267	54,000	1,00	.	.	211	8
268	54,000	1,00	.	.	211	7
269	55,000	1,00	.	.	211	6
270	55,000	1,00	.	.	211	5
271	55,000	1,00	.	.	211	4
272	56,000	,00	,169	,052	212	3
273	56,000	1,00	.	.	212	2

274	57,000	,00	,085	,065	213	1
275	57,000	1,00	.	.	213	0

8.6.- ANEXO VI

Retención-supervivencia doce meses con implante subcutáneo de naltrexona

Tabla de supervivencia							
implante		Tiempo	Estado	Proporción acumulada que sobrevive hasta el momento		Nº de eventos acumulados	Nº de casos que permanecen
		Estimación	Error típico	Estimación	Error típico	Estimación	Error típico
NO	1	1,000	,00	.	.	1	204
	2	1,000	,00	,990	,007	2	203
	3	2,000	,00	.	.	3	202
	4	2,000	,00	.	.	4	201
	5	2,000	,00	.	.	5	200
	6	2,000	,00	.	.	6	199
	7	2,000	,00	,966	,013	7	198
	8	3,000	,00	.	.	8	197
	9	3,000	,00	.	.	9	196
	10	3,000	,00	.	.	10	195
	11	3,000	,00	.	.	11	194
	12	3,000	,00	.	.	12	193
	13	3,000	,00	.	.	13	192
	14	3,000	,00	.	.	14	191
	15	3,000	,00	.	.	15	190
	16	3,000	,00	.	.	16	189
	17	3,000	,00	,917	,019	17	188
	18	3,000	1,00	.	.	17	187
	19	4,000	,00	.	.	18	186
	20	4,000	,00	.	.	19	185
	21	4,000	,00	.	.	20	184
	22	4,000	,00	.	.	21	183
	23	4,000	,00	.	.	22	182
	24	4,000	,00	.	.	23	181
	25	4,000	,00	.	.	24	180
	26	4,000	,00	.	.	25	179
	27	4,000	,00	.	.	26	178
	28	4,000	,00	.	.	27	177
	29	4,000	,00	,863	,024	28	176
	30	5,000	,00	.	.	29	175
	31	5,000	,00	.	.	30	174
	32	5,000	,00	.	.	31	173
	33	5,000	,00	.	.	32	172
	34	5,000	,00	.	.	33	171

35	5,000	,00	.	.	34	170
36	5,000	,00	.	.	35	169
37	5,000	,00	.	.	36	168
38	5,000	,00	.	.	37	167
39	5,000	,00	.	.	38	166
40	5,000	,00	.	.	39	165
41	5,000	,00	.	.	40	164
42	5,000	,00	.	.	41	163
43	5,000	,00	,794	,028	42	162
44	6,000	,00	.	.	43	161
45	6,000	,00	.	.	44	160
46	6,000	,00	.	.	45	159
47	6,000	,00	.	.	46	158
48	6,000	,00	.	.	47	157
49	6,000	,00	.	.	48	156
50	6,000	,00	.	.	49	155
51	6,000	,00	.	.	50	154
52	6,000	,00	,750	,030	51	153
53	7,000	,00	.	.	52	152
54	7,000	,00	.	.	53	151
55	7,000	,00	.	.	54	150
56	7,000	,00	.	.	55	149
57	7,000	,00	.	.	56	148
58	7,000	,00	,721	,031	57	147
59	8,000	,00	.	.	58	146
60	8,000	,00	.	.	59	145
61	8,000	,00	.	.	60	144
62	8,000	,00	.	.	61	143
63	8,000	,00	.	.	62	142
64	8,000	,00	.	.	63	141
65	8,000	,00	.	.	64	140
66	8,000	,00	,682	,033	65	139
67	9,000	,00	.	.	66	138
68	9,000	,00	.	.	67	137
69	9,000	,00	.	.	68	136
70	9,000	,00	.	.	69	135
71	9,000	,00	.	.	70	134
72	9,000	,00	.	.	71	133
73	9,000	,00	.	.	72	132
74	9,000	,00	,642	,034	73	131
75	10,000	,00	.	.	74	130
76	10,000	,00	.	.	75	129
77	10,000	,00	.	.	76	128
78	10,000	,00	.	.	77	127
79	10,000	,00	.	.	78	126

80	10,000	,00	.	.	79	125
81	10,000	,00	.	.	80	124
82	10,000	,00	.	.	81	123
83	10,000	,00	.	.	82	122
84	10,000	,00	.	.	83	121
85	10,000	,00	.	.	84	120
86	10,000	,00	,584	,035	85	119
87	11,000	,00	.	.	86	118
88	11,000	,00	.	.	87	117
89	11,000	,00	.	.	88	116
90	11,000	,00	.	.	89	115
91	11,000	,00	.	.	90	114
92	11,000	,00	.	.	91	113
93	11,000	,00	,549	,035	92	112
94	12,000	,00	.	.	93	111
95	12,000	,00	,539	,035	94	110
96	13,000	,00	.	.	95	109
97	13,000	,00	.	.	96	108
98	13,000	,00	.	.	97	107
99	13,000	,00	.	.	98	106
100	13,000	,00	.	.	99	105
101	13,000	,00	,510	,035	100	104
102	14,000	,00	.	.	101	103
103	14,000	,00	.	.	102	102
104	14,000	,00	.	.	103	101
105	14,000	,00	.	.	104	100
106	14,000	,00	.	.	105	99
107	14,000	,00	.	.	106	98
108	14,000	,00	.	.	107	97
109	14,000	,00	.	.	108	96
110	14,000	,00	.	.	109	95
111	14,000	,00	.	.	110	94
112	14,000	,00	.	.	111	93
113	14,000	,00	.	.	112	92
114	14,000	,00	,446	,035	113	91
115	15,000	,00	.	.	114	90
116	15,000	,00	.	.	115	89
117	15,000	,00	,432	,035	116	88
118	16,000	,00	,427	,035	117	87
119	17,000	,00	.	.	118	86
120	17,000	,00	.	.	119	85
121	17,000	,00	.	.	120	84
122	17,000	,00	,407	,034	121	83
123	18,000	,00	.	.	122	82
124	18,000	,00	,397	,034	123	81

125	19,000	,00	.	.	124	80
126	19,000	,00	.	.	125	79
127	19,000	,00	,383	,034	126	78
128	20,000	,00	.	.	127	77
129	20,000	,00	.	.	128	76
130	20,000	,00	.	.	129	75
131	20,000	,00	,363	,034	130	74
132	21,000	,00	,358	,034	131	73
133	22,000	,00	.	.	132	72
134	22,000	,00	,348	,033	133	71
135	23,000	,00	,343	,033	134	70
136	24,000	,00	,338	,033	135	69
137	26,000	,00	,333	,033	136	68
138	27,000	,00	.	.	137	67
139	27,000	,00	.	.	138	66
140	27,000	,00	.	.	139	65
141	27,000	,00	,314	,032	140	64
142	28,000	,00	.	.	141	63
143	28,000	,00	.	.	142	62
144	28,000	,00	,299	,032	143	61
145	29,000	,00	,294	,032	144	60
146	30,000	,00	.	.	145	59
147	30,000	,00	.	.	146	58
148	30,000	,00	,280	,031	147	57
149	31,000	,00	.	.	148	56
150	31,000	,00	.	.	149	55
151	31,000	,00	.	.	150	54
152	31,000	,00	.	.	151	53
153	31,000	,00	,255	,031	152	52
154	32,000	,00	,250	,030	153	51
155	33,000	,00	.	.	154	50
156	33,000	,00	.	.	155	49
157	33,000	,00	.	.	156	48
158	33,000	,00	,230	,029	157	47
159	35,000	,00	.	.	158	46
160	35,000	,00	,221	,029	159	45
161	36,000	,00	,216	,029	160	44
162	39,000	,00	,211	,029	161	43
163	43,000	,00	,206	,028	162	42
164	44,000	,00	,201	,028	163	41
165	45,000	,00	,196	,028	164	40
166	47,000	,00	.	.	165	39
167	47,000	,00	,186	,027	166	38
168	48,000	,00	,181	,027	167	37
169	49,000	,00	,177	,027	168	36

	170	50,000	,00	,172	,026	169	35
	171	51,000	1,00	.	.	169	34
	172	52,000	1,00	.	.	169	33
	173	52,000	1,00	.	.	169	32
	174	52,000	1,00	.	.	169	31
	175	52,000	1,00	.	.	169	30
	176	52,000	1,00	.	.	169	29
	177	52,000	1,00	.	.	169	28
	178	52,000	1,00	.	.	169	27
	179	52,000	1,00	.	.	169	26
	180	52,000	1,00	.	.	169	25
	181	52,000	1,00	.	.	169	24
	182	53,000	1,00	.	.	169	23
	183	53,000	1,00	.	.	169	22
	184	53,000	1,00	.	.	169	21
	185	53,000	1,00	.	.	169	20
	186	53,000	1,00	.	.	169	19
	187	53,000	1,00	.	.	169	18
	188	53,000	1,00	.	.	169	17
	189	53,000	1,00	.	.	169	16
	190	53,000	1,00	.	.	169	15
	191	53,000	1,00	.	.	169	14
	192	53,000	1,00	.	.	169	13
	193	53,000	1,00	.	.	169	12
	194	53,000	1,00	.	.	169	11
	195	53,000	1,00	.	.	169	10
	196	53,000	1,00	.	.	169	9
	197	54,000	1,00	.	.	169	8
	198	54,000	1,00	.	.	169	7
	199	54,000	1,00	.	.	169	6
	200	54,000	1,00	.	.	169	5
	201	54,000	1,00	.	.	169	4
	202	56,000	,00	,129	,042	170	3
	203	56,000	1,00	.	.	170	2
	204	57,000	,00	,064	,050	171	1
	205	57,000	1,00	.	.	171	0
SI	1	4,000	,00	,986	,014	1	68
	2	5,000	,00	.	.	2	67
	3	5,000	,00	,957	,025	3	66
	4	6,000	,00	.	.	4	65
	5	6,000	,00	,928	,031	5	64
	6	8,000	,00	,913	,034	6	63
	7	9,000	,00	.	.	7	62
	8	9,000	,00	,884	,039	8	61
	9	10,000	,00	,870	,041	9	60

10	11,000	,00	.	.	10	59
11	11,000	,00	.	.	11	58
12	11,000	,00	,826	,046	12	57
13	12,000	,00	,812	,047	13	56
14	13,000	,00	,797	,048	14	55
15	14,000	,00	,783	,050	15	54
16	15,000	,00	,768	,051	16	53
17	17,000	,00	,754	,052	17	52
18	26,000	,00	.	.	18	51
19	26,000	,00	,725	,054	19	50
20	29,000	,00	.	.	20	49
21	29,000	,00	,696	,055	21	48
22	30,000	,00	,681	,056	22	47
23	31,000	,00	.	.	23	46
24	31,000	,00	.	.	24	45
25	31,000	,00	.	.	25	44
26	31,000	,00	.	.	26	43
27	31,000	,00	,609	,059	27	42
28	32,000	,00	.	.	28	41
29	32,000	,00	.	.	29	40
30	32,000	,00	.	.	30	39
31	32,000	,00	,551	,060	31	38
32	34,000	,00	,536	,060	32	37
33	35,000	,00	,522	,060	33	36
34	36,000	,00	,507	,060	34	35
35	37,000	,00	,493	,060	35	34
36	38,000	,00	,478	,060	36	33
37	39,000	,00	,464	,060	37	32
38	40,000	,00	.	.	38	31
39	40,000	,00	,435	,060	39	30
40	46,000	,00	,420	,059	40	29
41	50,000	,00	,406	,059	41	28
42	52,000	1,00	.	.	41	27
43	52,000	1,00	.	.	41	26
44	52,000	1,00	.	.	41	25
45	52,000	1,00	.	.	41	24
46	52,000	1,00	.	.	41	23
47	52,000	1,00	.	.	41	22
48	52,000	1,00	.	.	41	21
49	53,000	,00	,386	,059	42	20
50	53,000	1,00	.	.	42	19
51	53,000	1,00	.	.	42	18
52	53,000	1,00	.	.	42	17
53	53,000	1,00	.	.	42	16
54	53,000	1,00	.	.	42	15

55	53,000	1,00	.	.	42	14
56	53,000	1,00	.	.	42	13
57	53,000	1,00	.	.	42	12
58	53,000	1,00	.	.	42	11
59	53,000	1,00	.	.	42	10
60	53,000	1,00	.	.	42	9
61	54,000	1,00	.	.	42	8
62	54,000	1,00	.	.	42	7
63	54,000	1,00	.	.	42	6
64	54,000	1,00	.	.	42	5
65	54,000	1,00	.	.	42	4
66	54,000	1,00	.	.	42	3
67	55,000	1,00	.	.	42	2
68	55,000	1,00	.	.	42	1
69	55,000	1,00	.	.	42	0