

Adherencia al tratamiento en toxicomanías versus salud mental. Un análisis de supervivencia

Ioseba Iraurgi Castillo

Psicólogo. Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde (Bilbao, España)

Resumen: Se exploran los niveles de adherencia a tratamiento entre usuarios de un programa de toxicomanías (n=300) en relación a sujetos sociobiográficamente análogos, usuarios de un programa de salud mental (n=312) seleccionados aleatoriamente del cupo de asistencia. La hipótesis subyacente es que, una vez controlados los factores de confusión, los usuarios del programa de toxicomanías tienen una adherencia similar a la mostrada por los usuarios de salud mental.

Se analiza, mediante análisis de supervivencia, la adherencia a tratamiento de ambos grupos, constatándose la hipótesis de no diferencias. Si bien se observa un tiempo promedio de adherencia de 97,8 días (IC 95%: 66,8 a 128,7) para los usuarios de salud mental, frente a 157 días (IC 95%: 125,5 a 188,7) del grupo de toxicómanos, las funciones de supervivencia (tiempos de adherencia) no difieren significativamente. Los resultados obtenidos por el grupo de toxicómanos son comparables a los de otros estudios realizados en España con el mismo tipo de población.

Palabras clave: Toxicomanías. Salud mental. Adherencia al tratamiento. Análisis de supervivencia.

Summary: The levels of adherence to treatment were compared between users of a drug addiction programme (n=300) and sociobiographically similar users of a mental illness programme (n=312), selected at random from the main group in attendance. The underlying hypothesis was that, once all the confusion factors were under control, users of the drug addiction programme had an adherence similar to that shown by users of the mental illness programme.

CORRESPONDENCIA A:

Ioseba Iraurgi.
Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde.
C/ Camilo Villabaso 24 lonja.
48002 Bilbao (España)
Tfno.: (94) 444 98 59-60

Using survival analysis techniques, a treatment adherence analysis was carried out for both groups, showing the no-difference null hypothesis. Although there was an average adherence time of 97,8 days (IC 95%: 66,8 at 128,7) for users of the mental illness programme, as against 157 days (IC 95%: 125,5 at 188,7) for the drug addiction group, survival functions (adherence periods) showed no significant differences. The results obtained by the group of drug addicts are comparable to those obtained from other studies carried out in Spain for the same population numbers.

Key words: *Drug addiction. Mental illness. Treatment adherence. Survival analysis.*

Résumé: *On explore les niveaux d'adhérence au traitement parmi ceux qui sont soumis à un programme de santé mentale (n=312), sélectionnés d'une façon aléatoire parmi ceux qui sont présents. L'hypothèse sous-jacente est que, une fois contrôlés les facteurs de confusion, les usagers du programme de toxicomanies ont une adhérence semblable à celle montrée par ceux du programme de santé mentale. On étudie, au moyen d'analyses de survie, l'adhérence au traitement dans les deux groupes, constatant qu'il n'y a aucune différence. Cependant on observe un temps moyen d'adhérence de 97.8 jours (IC 95%: 66.8 à 128.7) pour les usagers du programme de santé mentale, face aux 157 jours (IC 95%: 125.5 à 188.7) du groupe de toxicomanes; les fonctions de survie, les temps d'adhérence n'ont pratiquement aucune différence. Les résultats obtenus par le groupe de toxicomanes sont comparables à ceux formulés dans d'autres études réalisées en Espagne avec le même genre de personnes.*

Mots clé: *Toxicomanies. Santé mentale. Adhérence au traitement. Analyse de survie.*

1. Introducción

Si bien los trastornos adictivos tienen un capítulo específico en los manuales diagnósticos de psicopatología (DSM y CIE en sus diferentes versiones), es frecuente observar que estas afecciones resultan poco atractivas para multitud de profesionales de la psiquiatría. Entre las alegaciones más usuales se citan la dificultad de manejo de los pacientes toxicómanos y la poca adherencia de éstos al tratamiento en comparación con los adscritos a programas de salud mental.

Por otra parte, son poco frecuentes las publicaciones y/o estudios que tratan de cotejar los resultados de pacientes adscritos a programas de salud mental en comparación con usuarios de drogas que demandan atención. En algunos casos, consisten en descripciones de la subpoblación de toxicómanos que comparten un centro de salud mental o servicio de psiquiatría de un hospital con otros usuarios afectados de problemas psiquiátricos (García-López y Ezquiaga, 1991, 1992; Salazar y Rodríguez-López, 1995), pero en ninguno de estos casos se comparan los resultados obtenidos por unos y otros usuarios. En otros casos,

se trata de las memorias anuales que los servicios de gestión sanitaria (Osakidetza, 1991-1994) y/o los propios servicios de salud mental generan para optimizar su atención (MAPS-Rekalde, 1994-95).

En la memoria descriptiva de la actividad en salud mental y asistencia psiquiátrica del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (1994), se presentan datos, tabulados por diagnósticos, que recogen el número de pacientes asistidos, así como el número de consultas realizadas. Asimismo, se describe el Índice de Contactos (número de consultas/número de pacientes), si bien se utiliza de una forma genérica para la descripción de toda la población atendida, independientemente del programa o diagnóstico por el cual fue asistido.

Si tomamos los datos referidos a los servicios extrahospitalarios para el año 1994 y aplicamos este índice, encontramos una frecuencia de contactos en salud mental inferior a la ocasionada por trastornos adictivos (7,87 frente a 13,15). El índice de contactos aumenta hasta un valor de 15,31 en el caso de considerar sólo los trastornos adictivos no alcohólicos. Si considerásemos la premisa según la cual una mayor frecuentación implicaría un mayor tiempo de tratamiento, estos datos podrían interpretarse como indicativos de una mayor adherencia al tratamiento por parte de los usuarios toxicómanos frente a los que presentan problemas psiquiátricos. Por otra parte, al igual que los servicios de gestión sanitaria descritos, nuestro equipo se propuso evaluar los resultados asistenciales de un Centro de Salud Mental (CSM),

haciendo especial hincapié en la estimación de la adherencia al tratamiento (Iraurgi, Basabe, Páez et al., 1996). El CSM evaluado cuenta con cinco programas asistenciales (tres de salud mental y dos para trastornos adictivos -toxicomanías y alcoholismo-). Los resultados encontrados evidenciaban diferencias entre estos programas; los usuarios del programa de salud mental mostraban mayor adherencia al tratamiento que los toxicómanos. Pero como se hace observar en las conclusiones de este estudio, estas diferencias podrían estar confundidas por el efecto de otras variables, como pueden ser la edad y el sexo: es frecuente que la población toxicómana sea más joven que los usuarios de salud mental, y éstos, de forma genérica, están mayormente representados por mujeres, cuya prevalencia es inversa en el caso de toxicomanías (MAPS-Rekalde, 1993-94; Osakidetza, 1994).

Nuestro objetivo es explorar los niveles de adherencia a tratamiento entre los usuarios de un programa de toxicomanías en relación a sujetos sociodemográficamente análogos usuarios de un programa de salud mental.

La hipótesis subyacente es que, una vez controlados los factores de confusión, los usuarios del programa de toxicomanías tienen una adherencia similar a la mostrada por los usuarios de salud mental. Es decir, mantenemos la hipótesis nula de no diferencias.

2. Material y método

2.1. Diseño

Estudio de seguimiento retrospectivo con

selección controlada de los grupos de análisis.

2.2. Ubicación del estudio

El estudio se ha realizado a partir de los pacientes atendidos en el Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde (MAPS-Rekalde) durante los años 1994 y 1995.

El MAPS de Rekalde es un centro de salud mental (CSM) concertado con Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) y el Ayuntamiento de Bilbao (España), que ofrece cinco programas de asistencia psiquiátrica: salud mental (SM) adultos, infantil, psicogeriatría, alcoholismo y toxicomanías no alcohólicas (TOX).

Entre enero de 1994 y diciembre de 1995 se produjeron, en los diferentes programas, 16.110 consultas que fueron realizadas por 1.554 usuarios.

Atendiendo al objetivo del estudio, hemos descartado los servicios de psicología infantil y psicogeriatría, por estar afectados de forma extrema por la edad, y el programa de alcoholismo, puesto que sus usuarios tienen características diferenciales respecto a los consumidores de otras drogas.

De este modo, durante estos dos años, fueron usuarios del programa de toxicomanías no alcohólicas un total de 300 usuarios y 891 lo fueron del programa de SM adultos.

2.3. Muestra

A partir de estas dos poblaciones, se han incluido en el estudio 612 casos. El grupo

TOX lo forman los 300 usuarios del programa de toxicomanías, todos ellos diagnosticados de adicción a opiáceos. Atendiendo a las características sociobiográficas (sexo y edad) del grupo TOX, se apareó el grupo de salud mental (SM) conforme a las mismas cuotas, realizando a continuación una selección aleatoria de los sujetos que formaban esos estratos. Se consideraron finalmente 312 pacientes con problemas psiquiátricos (un 47,44% con trastornos neuróticos, un 33,01% con problemas adaptativos, un 15,06% afectados por psicosis y un 4,49% diagnosticados de trastornos de personalidad) como muestra del grupo SM.

2.4. Procedimiento

Se consideró el día 1 de enero de 1994 como fecha de inicio del estudio, fijando la finalización del mismo para el día 31 de diciembre de 1995. Los sujetos se han incorporado al estudio si durante este período iniciaban tratamiento o bien si lo estaban recibiendo en el momento de iniciar el estudio; y han sido seguidos hasta el momento que abandonaron el programa -voluntaria o terapéuticamente- o hasta el cierre del estudio si mantenían las visitas.

Para el análisis se ha considerado una función de supervivencia en aras a estimar los tiempos libre de suceso¹ para el acontecimiento "Abandono del tratamiento". Consideraremos "Adherencia" o "Retención" el tiempo transcurrido entre un primer momento en el cual el sujeto inicia un tratamiento o toma contacto con el servicio hasta un momento concreto posterior donde el sujeto

abandona el tratamiento, es dado de alta o simplemente desaparece del Centro.

A efectos de seguimiento, se consideró como "Abandono" toda ausencia de contacto físico con el centro durante al menos tres meses o la falta de asistencia a tres entrevistas consecutivas previamente concertadas, en cuyo caso el último contacto constituía su fecha final y su estado era considerado como abandono. Como tiempos incompletos aleatorios se consideraron las interrupciones del tratamiento por fallecimiento, por derivación a otros servicios o por cambio de domicilio. El alta terapéutica también fue considerada como un tiempo completo², pero es tratada como una fuente de censura distinta a la del abandono.

2.5. Material

A partir del registro acumulativo de casos Psiquiátricos realizado durante el período 1994-95, que recoge todas aquellas actividades asistenciales desarrolladas en el CSM y de las cuales se informa al Servicio de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (Osakidetza), y previa selección de la muestra

de estudio, se confeccionó un registro que contemplaba las siguientes variables: sexo, edad, fecha de inicio del programa o primera observación, fecha de la última visita u observación, estado del sujeto respecto al programa en la última observación (sigue, alta, abandona, muerto, perdido) y número de contactos con el centro. El tiempo de adherencia se ha estimado mediante el cálculo de días que median entre la fecha de inicio y la fecha de la última observación.

2.6. Análisis de datos

Se utilizaron pruebas de homogeneidad para confirmar la no diferencia entre los usuarios de ambos programas en relación a las variables sociobiográficas de confusión. En el caso de variables continuas, se utilizó la prueba F de Snedecor; para variables categoriales, la prueba de Ji Cuadrado sin corrección de Yates. El nivel de adherencia se estimó mediante análisis de supervivencia siguiendo el método actuarial. La diferencia de tiempos de supervivencia se estimó a partir de la prueba Log-rank de Mantel-Haenszel.

	TOTAL	SALUD MENTAL	TOXICOMANÍAS	PRUEBA DE HOMOGENEIDAD
NÚMERO DE SUJETOS	612 (100%)	312 (50.9%)	300 (49.1%)	
EDAD	X = 29,12 (DE= 6,3)	X= 29,38 (DE= 7,3)	X= 28,86 (DE= 5,1)	F (1,610)= 1,04; p= 0,307
SEXO				
Hombre	76,2%	75,3%	76,7%	X ² = 0,0870; p= 0,767
Mujer	24,8%	24,7%	23,3%	
		X : Media DE: Desviación Estándar		F: F de Snedecor (g.l.) X ² : Ji Cuadrado

Tabla 1.- Control de posibles variables de confusión. Pruebas de homogeneidad por programa.

Para los análisis estadísticos de diferencia de medias y/o proporciones (pruebas de homogeneidad), se ha utilizado el programa SPSS V.6.1 (Norusis, 1994). Las tablas de vida-análisis de supervivencia-y prueba de Mantel-Haenszel han sido obtenidas mediante el programa BMDP V.7 (Dixon, 1992).

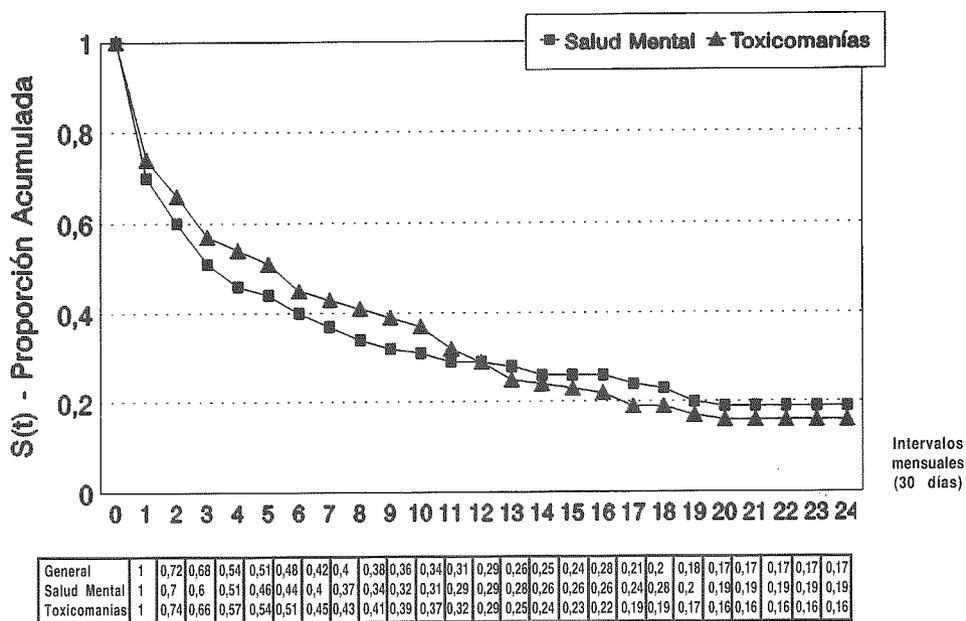
3. Resultados

El control de las variables sexo y edad como posibles variables de confusión, a través del ajuste en la selección de los grupos, viene contrastada en la **Tabla 1**.

Ambos grupos muestran su homogeneidad respecto a estas variables (sexo, $p= .767$; edad, $p= .307$). Para el conjunto de usuarios, la edad media es de 29,12 años (DE: 6,3 - Amplitud: 17-46) y está compuesta en su mayoría por hombres (76,2%).

3.1. Funciones de supervivencia

Se ha estimado la función de supervivencia "adherencia al tratamiento", cuya tabla de vida e índices de localización y distribución han sido resumidos en la **Tabla 2**. Asimismo, los tiempos de supervivencia obtenidos por cada uno de los grupos, así como el contraste



Prueba de Mantel-Haenszel:
JI Cuadrado (1) = 0,506; $p= 0,4768$

Figura 1. Funciones de Supervivencia de los grupos de Salud Mental (SM) y Toxicomanías (TOX) y prueba de Mantel-Haenszel

Períodos	PROPORCIÓN ACUMULADA S(t) E INTERVALOS DE CONFIANZA (I.C.) DEL 95%			
	SALUD MENTAL		TOXICOMANÍAS	
	S _{SM(t)}	I.C. 95%	S _{TOX(t)}	I.C. 95%
1 mes	.7022	.6500 - .7288	.7426	.6969 - .7882
3 meses	.5126	.4524 - .5727	.5735	.5204 - .6266
6 meses	.4002	.3947 - .4030	.4538	.3981 - .5094
12 meses	.2960	.2342 - .3275	.2921	.2365 - .3477
18 meses	.2285	.1651 - .2918	.1892	.1351 - .2433
24 meses	.1980	.1345 - .2615	.1592	.1063 - .2121

Cuartiles	ÍNDICES DE LOCALIZACIÓN Y DE DISTRIBUCIÓN			
	SALUD MENTAL		TOXICOMANÍAS	
	Estimación	I.C. 95%	Estimación	I.C. 95%
3º - 25%	25.18	18.8 - 31.6	29.13	21.4 - 36.8
2º - 50% (Mediana)	97.77	66.8 - 128.7	157.09	125.5 - 188.7
1º - 75%	497.14	425.4 - 568.9	397.77	324.4 - 471.1
Media	245	208 - 281	252	222 - 282

Tabla 2.- Tabla de vida e Índices básicos de las funciones de supervivencia de Salud Mental (SM) y Toxicomanías (TOX)

de diferencias, se presentan de manera conjunta en la **Figura 1**.

De manera genérica, "una proporción (acumulada) de supervivencia estima la probabilidad S(t) de que un sujeto de la población estudiada sobreviva durante un intervalo de tiempo T igual o superior a t" (Doménech y Sarriá, 1993, p.10). Porejemplo, una probabilidad acumulada de supervivencia de los usuarios toxicómanos a los 30 días de $S_{TOX(1)} = 0,7426$ (Tabla 2), quiere decir que los usuarios de esta población tienen, en promedio, un 74,26% de posibilidades de permanecer en el programa 30

días después del inicio del mismo. Recíprocamente, la probabilidad de abandonar el tratamiento durante el primer mes se estimará a partir de $1 - S_{TOX(1)}$, de modo que, en este caso, se encontraría una probabilidad de 0,2574 de abandonar el tratamiento. El análisis visual de la **Figura 1** sugiere una disminución paralela de las proporciones acumuladas de ambos grupos que, en su conjunto, no alcanzan diferencias significativas ($\chi^2_{(1)} = 0,506$; $p = 0,477$).

Si bien las diferencias no son significativas, cabe observar cómo durante los primeros 12 meses la probabilidad de adherencia es mayor

en el grupo de toxicómanos. Al año se observa un punto de inflexión, de modo que este grupo pasa a ofrecer una menor probabilidad de seguir en tratamiento.

A los seis meses, el nivel de adherencia/retención del programa de toxicomanías se estima, con una confianza del 95%, entre el 39,81% y 50,94% ($S_{TOX(6)} = 0,4538$), y la probabilidad de permanecer en el programa al año está entre el 23,65% y el 34,77% ($S_{TOX(12)} = 0,2921$). En el caso de la adherencia mostrada por los usuarios con problemas psiquiátricos, se observa que a los seis meses la probabilidad de mantenerse en tratamiento ($S_{SM(6)}$) es de 0,4002 (IC 95%: 0,3947 a 0,4030), y al año ($S_{SM(12)}$) es de 0,2960 (IC 95%: 0,2342 a 0,3275).

Otro criterio para evaluar las funciones de supervivencia es atender a índices de dispersión y/o localización (Tabla 2). A este respecto, la media de días en tratamiento para el grupo de usuarios del programa de salud mental es de 245 días (IC 95%: 208 a 281 días) y la media del grupo de toxicómanos es de 252 días (IC 95%: 222 a 282 días). No obstante, la mediana (Md) es el índice más adecuado para describir la tendencia central de la distribución de supervivencia ya que, en general, es muy asimétrica. En nuestro caso, la Md del grupo de toxicomanías es de 157,09 días (IC 95%: 125,5 a 188,7 días) y la de usuarios del programa de salud mental de 97,77 días (IC 95%: 66,8 a 128,7 días).

Por otro lado, se han calculado los índices de contactos para cada uno de los grupos. Los usuarios del servicio de salud mental realizaron en total 2.429 consultas, resultando un índice de 7,78 contactos por

usuario. En el caso del grupo TOX, las consultas totales ascendían a 3.009, por lo que se deduce que el índice de contactos para este grupo era de 10,03. La razón entre estos dos índices (10,03/7,78) nos ofrece un valor de 1,29; es decir, los toxicómanos realizan 1,29 veces más contactos que los usuarios con problemas psiquiátricos.

4. Discusión

El resultado más constatable de este estudio es la no diferencia respecto a la adherencia a tratamiento entre los usuarios que demandan atención por problemas psiquiátricos y entre los que lo hacen por uso de drogas. Con ello, la idea ampliamente difundida, pero escasamente constatada, de que los pacientes toxicómanos tienden a ser poco adherentes al tratamiento queda en entredicho.

Otra cuestión, pendiente de estudio, y que de algún modo marca diferencias entre los profesionales de la Salud Mental respecto al tratamiento y/o preferencias por pacientes psiquiátricos *versus* toxicómanos, se basa en las características diferenciales de ambos tipos de pacientes. Se sugiere, en comentarios interprofesionales personales, que la patología psiquiátrica resulta más interesante, más variada y con una mayor posibilidad de intervención; en cambio, los problemas presentes en las toxicomanías son menos sugerentes y diversos (de manera genérica se les clasifica como estructuras narcisísticas (Mansilla, 1994)), con escasa posibilidad de intervención a nivel psicoterapéutico y con variedad de problemas colaterales (penales, laborales, residenciales, etc.) que interfieren en gran

medida en la dinámica de un centro de salud. Nuestra hipótesis, pendiente de prueba, es que incluso estas características expuestas como diferenciales no son tan divergentes. El reto, en este caso, se centra en encontrar un diseño y unos indicadores apropiados para su estudio.

Por otro lado, las tasas de retención observadas en el grupo con problemas adictivos son comparables con las observadas en otros estudios que atienden población específica de toxicomanías (Bedate, Bobes, Ochoa et al., 1995; Iraurgi, Jiménez-Lerma, Herrera, et al., 1996). Esto nos sugiere que el tratamiento de estos trastornos desde un servicio de salud mental no tiene por qué suponer un sesgo respecto al realizado en centros específicos de toxicomanías.

Si bien se ha encontrado una relación entre las probabilidades de adherencia al tratamiento de ambos grupos y los índices de frecuentación, consideramos que esta relación podría ser espuria o podría estar mediada por factores no controlados en este estudio (solicitud de informes, trabajo comunitario o de relación con otros centros, etc.). Por otra parte, el índice de frecuentación no tiene por qué estar relacionado con el tiempo de adherencia: un mismo índice de 3, por ejemplo, puede obtenerse para un intervalo de tiempo de un mes como de tres meses. Asimismo, el índice de frecuentación puede estar afectado por valores extremos que incrementarían la frecuentación de usuarios poco asiduos. Por todo ello, consideramos más adecuado para la estimación de la adherencia el cálculo de los tiempos libres de suceso mediante técnicas de supervivencia.

Notas

¹ El término "libre de suceso" (Doménech y Sarriá, 1993) se utiliza para clasificar a los sujetos que durante dicho periodo no se les ha presentado el acontecimiento o suceso objeto del estudio: abandono del programa, en nuestro caso.

² Una buena síntesis de la terminología y procedimiento de la técnica de análisis de supervivencia se encuentra en Doménech y Sarriá (1993); Doménech (1992); Hill et al., (1990); o en Guirado, Freixa, Guàrdia y cols. (1994).

Bibliografía

- Bedate, J.; Bobes, J.; Ochoa, E.; Sole, J.** (1995). Evaluación del tratamiento de los heroínómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico. En M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (Eds). *Avances en Drogodependencias. Tratamientos farmacológicos*. 129-168. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Dixon, W.J. (ed.)** (1992). *BMDP Statistical Software Manual. Release 7*. Vols, 1 y 2. Berkeley, University of California Press.
- Doménech, J.M.** (1992). Una aplicación del análisis de la supervivencia en ciencias de la salud. *Anuario de Psicología*, 55, 109-141.
- Doménech, J.M.; Sarriá, A.** (1993). Análisis de la supervivencia. En J.M. Doménech y A. Sarriá (Eds). *Análisis Multivariante en Ciencias de la Salud: Modelos de Regresión*. Barcelona, Signo.
- García, A.; Ezquiaga, E.** (1991). Estudio descriptivo de 433 drogodependientes que acudieron a un centro de salud mental. *Adicciones*, 3, 167-180.

- García, A.; Ezquiaga, E.** (1992). Indicadores pronóstico en la evolución a los seis meses de un grupo de 94 drogodependientes atendidos en un centro de salud mental. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19, 1, 26-34.
- Guirado, V.; Freixa, M.; Guàrdia, J.; Salafranca, Ll.; Turbanny, J.** (1994). Predicción del riesgo de recaída en tratamientos de drogodependientes. *Adicciones*, 6, 4, 453-463.
- Iraurgi, I.; Basabe, N.; Páez, D.; Araluce, K. et al.** (1996). Estudio longitudinal de la adherencia a tratamiento en un Centro de Salud Mental. *Osasunkaria*, sometido a revisión.
- Iraurgi, I.; Jiménez-Lerma, J.M.; Herrera, A.; Murua, F.; Gutiérrez-Fraile, M.** (1996). Tasas de retención y consumo en un programa de antagonistas opiáceos. Un análisis de supervivencia. *Adicciones*, sometido a revisión.
- Mansilla, F.** (1994). Drogodependencias: un modelo carencial. En Ingala, A., Frère, J., Mansilla, F. et al. (Eds). *La intervención psicoanalítica en la institución pública. IV Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.* Barcelona.
- MAPS-Rekalde** (1994-1995). *Memoria de la actividad asistencial. Servicio de Salud Mental. Memorias de 1994 y 1995.* Bilbao, Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde. Manuscrito no publicado.
- Miller, R.G.** (1981). *Survival analysis.* Nueva York, John Wiley & Sons.
- Norusis, M.J.** (1994). *SPSS for Windows. Advanced Statistics. Release 6.1.* Chicago, SPSS Inc.
- Osakidetza** (1991-1994). *Actividad en salud mental y asistencia psiquiátrica. Memorias 1991, 1992, 1993, y 1994.* Registro acumulativo de casos psiquiátricos, Bizkaia.
- Sánchez-Carbonell, J.** (1993). La evaluación de la eficiencia del tratamiento ambulatorio con heroínómanos. *Adicciones*, 5, 4, 359-370.
- Salazar, I.; Rodríguez-López, A.** (1995). Manejo del drogodependiente en una unidad de desintoxicación integrada en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Adicciones*, 7, 4, 495-508.