Um ano de tratamento de heroínodependentes com Naltrexone e Abordagem Familiar

Tratamento combinado e por etapas em Ambulatório

(Trabalho de campo realizado no CAT do Restelo do SPTT)

Domingos Neto

Introdução

Palavras chave: *Heroinodependência*
Naltrexone
Terapia Familiar

Quando, em 1990, começámos a tratar sistemàticamente heroinodependentes em ambulatório, pretendendo ajudá-los a atingir uma situação de abstinência, começámos a tropeçar nas mesmas dificuldades com que outros médicos e terapeutas, nestas consultas, usualmente se debatem:

As motivações dos jovens eram normalmente fracas e ambivalentes, obtendo-se usualmente uma percentagem baixa de abstinências sustentadas de opiáceos.

As recaídas eram extremamente fáceis. Os jovens não pretendiam, muitas vezes, efectivamente, voltar a consumir diariamente, mas, ao quererem experimentar de novo a heroína, "apenas uma vez", ficavam muitas vezes fisicamente dependentes do produto, cinco minutos de incerteza bastando, muitas vezes, para invalidar um trabalho de meses.

A ênfase do tratamento era posta no heroinodependente, numa doença que envolve sempre, embora de modos diferentes, toda a família. Muitas vezes as tentativas de desintoxicação eram confiadas ao jovem, sendo as medicações entregues a este e ficando ele a tomar cronicamente, durante meses seguidos, medicamentos como clonidina e benzodiazepinas, misturando-os com heroína, e nunca atingindo uma situação de abstinência.

De facto, na maioria destas consultas e nas nossas primeiras tentativas, abordávamos toxicodependentes como se de pessoas autónomas se tratasse, importando para este campo técnicas terapêuticas que têm plena aplicação noutros jovens, com maior capacidade de independência e de relacionamento humano, mas que, aqui, se revelavam ineficazes.

A anterior experiência de trabalho multidisciplinar no CEPD, com ênfase familiar e em comunidades terapêuticas, levou-nos, no entanto, a modificar o nosso modo de tratamento, incluindo nele, sempre, uma abordagem familiar concomitante à do jovem, feita na mesma consulta e pelo mesmo terapeuta, e introduzindo noções de firmeza (amor firme), veiculadas ao jovem pelos seus progenitores.

A intervenção do naltrexone (o antagonista opióide oral) permitiu também uma abstinência sustentada, e que, por exemplo, uma fraqueza de poucos minutos não viesse invalidar meses de tratamento, uma vez que o jovem, sob a acção deste produto, e mesmo que consumisse heroína, não iria sentir os seus efeitos nem ficar fisicamente dependente deste opiáceo.

Material e Métodos

Tendo em vista estudar os resultados desta metodologia terapêutica, o autor e investigadores associados trataram e estudaram a evolução, durante um ano, na consulta externa de um serviço público, em Lisboa, de 63 heroinodependentes e suas famílias, admitidos consecutiva-

mente e sem selecção prévia.
Expusemos a todos, na primeira consulta, os princípios deste tratamento, que começava por uma desintoxicação física com clonidina, preferìvelmente em casa e sob a responsabilidade da família de origem, seguida por consultas familiares, que incluíam ouvir em conjunto, separadamente e depois de novo em conjunto, na mesma consulta, os adictos e os seus pais.
Fizemos, nesta base, aos adictos e aos seus pais, intervenções familiares e psicoterapêuticas breves que, quando necessário e no caso das segundas, podiam evoluir para uma psicoterapia semanal, feita por um segundo terapeuta.
O tratamento incluía a tomada do naltrexone, o antagonista opióide oral, administrado ao adicto pelos seus pais, ou, na sua ausência, por outras pessoas que tivessem autoridade, influência e afecto sobre ele.
A administração era progressiva, desde 6,25 mg durante a desintoxicação, no segundo dia de abstinência opióide, até à dose de 50 mg diários, durante alguns meses até um ano ou mais. A tomada de naltrexone era gradualmente diminuída, depois de algum tempo de uso, e retomada outra vez, em caso de recaída, o objectivo geral sendo a obtenção de uma abstinência opióide estável. Procurávamos, normalmente, que o jovem tomasse o antagonista opióide durante um ano.
Os pais, ou quando eles não estavam disponíveis, a pessoa designada para administrar o antagonista, tinham a responsabilidade pelo tratamento, por comparecer às consultas, pelas análises toxicológicas de urina, por ajudar o adicto em vários aspectos, incluindo o controle de gastos monetários e de fontes de receita nas primeiras semanas de tratamento. Era esperado que eles encorajassem o jovem a encontrar trabalho e ressocialização. Mesmo quando o toxicodependente não vinha às consultas, por qualquer razão, esperava-se que estas pessoas responsáveis comparecessem.
Antes de começarmos cada tratamento planeávamos com o adicto e com a entidade tutora do mesmo (os seus pais ou outra) um programa geral, que incluía um projecto viável para uma desintoxicação em ambulatório (sob o cuidado da família) ou em internamento, e que compreendia também o objectivo de procurar trabalho para depois da desintoxicação e o acordo do toxicodependente em tomar o antagonista, dado por essas pessoas, durante pelo menos um ano. Só começávamos o tratamento quando essas condições tivessem sido estabelecidas e acordadas.
Cada jovem e respectiva família era tratado por um único terapeuta, médico, que superintendia à desintoxicação, prescrevia toda a medicação e fazia ao mesmo tempo a abordagem individual e familiar.
Contou-se a frequência às consultas em situação de abstinência (o melhor preditor do sucesso neste tipo de tratamento) e contaram-se, para cada caso, as semanas de abstinência conseguidas.

Metodologia estatística

No que se refere à valoração estatística dos resultados conseguidos, utilizámos o teste do qui-quadrado nos casos em que se pretenderam analisar as associações entre variáveis qualitativas.
Nos casos em que pretendemos analisar as possíveis associações das variáveis qualitativas com as quantitativas utilizámos o teste F de Fisher, resultante da análise de comparação das médias das variáveis quantitativas.
No entanto, e com o objectivo de confirmar alguns dos resultados, utilizámos em simultâneo com o teste F o teste K-W (Kruskal-Wallis) ou o teste M-W (Mann-Whitney), que, conforme se pode ver em Siegel (1975), são testes estatísticos alternativos ao teste F, que permitem respectivamente comparar K (K>2) e duas amostras independentes.
Nos casos em que se pretenderam analisar as associações entre variáveis quantitativas, utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson como medida quantificadora dessa associação.
Para quantificar o significado estatístico da associação ou da existência de diferenças significativas, utilizámos em qualquer teste as seguintes notações:
s - Representa suspeita de teste com significado estatístico, e é colocado no valor calculado para a estatística de teste se a correspondente probabilidade de erro (P) fôr inferior ou igual a 0,10.
***** – Representa um teste estatìsticamente significativo para o nível de significância 0,05.
****** – Representa um teste estatìsticamente significativo para o nível de significância 0,01. Iremos considerar como muito significativo um teste que se encontre nessas condições.

*** – Representa um teste estatìsticamente significativo para o nível de significância 0,001. Iremos considerar como extremamente significativo um teste que se encontre nessas condições.

Caracterização inicial da amostra

Da amostra inicial de 63 heroinodependentes, 87% eram do sexo masculino. A idade média era de 25 anos e a classe mais frequentada da escolaridade era de 8 anos. Apenas 49% tinham uma actividade socialmente útil (trabalho ou, num caso, estudo). 70% dos progenitores estavam vivos e viviam em conjunto, 14% sendo divorciados. Em 16% dos casos um dos progenitores, pelo menos, tinha falecido. A classe social mais frequentada, segundo Graffard (1956), era 4.

Tinham uma média de 4 anos de uso de heroína, variando entre os limites de 1 e 17 anos. 67% injectavam-na e 33% fumavam-na. 51% não eram casados nem tinham uma relação afectivo-sexual estável. 84% usaram heroína no dia da primeira consulta. 8% eram seropositivos para o HIV.

Resultados do tratamento

70% dos doentes da amostra original aderiram ao tratamento. Algumas das pessoas que não aderiram foram enviadas para comunidades terapêuticas e outras foram consideradas como não tendo uma adição de suficiente gravidade para ser tratada por este método.

89% dos 44 casos que aderiram ao tratamento fizeram uma desintoxicação em casa, sob a responsabilidade da família, não porque lhes faltassem instituições para que esta fosse feita em internamento mas porque as características ambulatórias da desintoxicação foram consideradas como aquelas que mobilizam melhor as famílias e os toxicodependentes. 89% reuniam, portanto, as condições necessárias, nas suas famílias de origem, para realizarem este importante passo em casa e sob o cuidado dos pais.

Numa média de 13 dias depois da primeira consulta, a desintoxicação tinha sido completada e os adictos tinham começado a tomar a sua dose diária de 50 mg de naltrexone, tendo o período de adesão sido terminado. Para eles, o período pròpriamente considerado como de tratamento, tinha começado.

Esta rapidez do período de desintoxicação e de início de toma de naltrexone é muito importante para melhorar a adesão ao tratamento.

Foi conseguida, para os pacientes que aderiram, durante o ano em estudo, uma média de 35,25 semanas de abstinência, com variação dos valores individuais de 3 até um máximo de 52, coincidente com o ano do período de estudo. Esta média é melhor do que a obtida nos estudos prévios consultados, só tendo um paralelo com a abstinência dos doentes de Ochoa (1993) em Madrid, igualmente de 35 semanas. Ao fim de seis meses de tratamento 61% dos doentes que a ele tinham aderido estavam abstinentes, com melhoria em todas as áreas psico-sociais. Ao fim de um ano essa percentagem era de 57%. Estes aspectos podem ser melhor visualizados no **quadro 1** e no **gráfico 1**.

Quadro 1

EVOLUÇÃO GERAL DA AMOSTRA

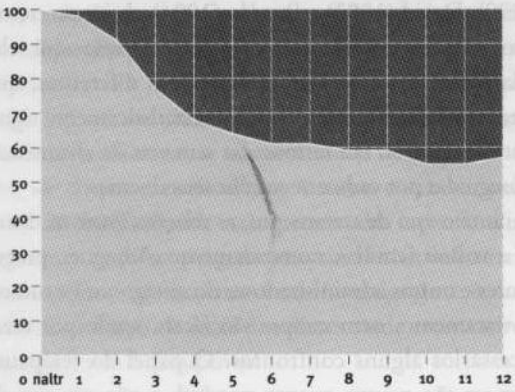
(valores absolutos e percentagens)

tempo (meses)	valores absolutos	percentagens
0	63	–
o naltr	44	100%
1	43	98%
2	40	91%
3	34	77%
4	30	68%
5	28	64%
6	27	61%
7	27	61%
8	26	59%
9	26	59%
10	24	55%
11	24	55%
12	25	57%

O terceiro mês da tomada do naltrexone foi aquele em que mais pessoas abandonaram o tratamento (6 doentes), seguido por 4 no 4º mês e por 3 no segundo. Em todos os outros meses podemos verificar um menor

Gráfico 1

Evolução geral da amostra durante o ano de estudo



número de desistências, algumas estabilizações ou mesmo pequenos aumentos, constituídos por doentes que tinham deixado o tratamento prèviamente e que o tinham retomado de novo a seguir, e entrado de novo em abstinência.

Evolução do estado psicológico e psico-social

Pudemos encontrar, durante o tratamento, diferenças no estado psicológico dos doentes, muito evidentes a partir do momento em que eles começaram a ficar abstinentes e a tomar a dose diária de naltrexone.

O Inventário Depressivo de Beck, por exemplo, registou os valores médios que apresentamos no quadro nº 2, no início do tratamento e aos 4, 8 e 12 meses do mesmo: Os valores médios registados foram respectivamente de 20, antes da desintoxicação e com os doentes ainda a consumir, e de 8, 6 e 9 durante a vigência do tratamento.

Esta diferença, conseguida quase sem psicoterapias adicionais (que se realizaram apenas em 4,5% dos casos), quase sem medicação psiquiátrica adicional (só em 6,8% dos casos), e apenas com o recurso às consultas e à metodologia terapêutica referidas acima, à abstinência opióide e à reinserção social entretanto conseguida, é considerada estatisticamente muito significativa (P <= 0,01).

Os problemas de emprego diminuíram, tendo os jovens com actividade socialmente útil passado de 49% para 64% no fim do ano de estudo. Nessa altura, 54% dos jovens tinha uma relação afectivo-sexual estável, contra 49% no início.

Os consumos de drogas ilícitas (heroína, cannabis, cocaína e outras) baixaram, enquanto houve uma ligeira subida nos consumos de álcool.

Quadro 2

EVOLUÇÃO DA DEPRESSÃO

segundo o inventário depressivo de Beck

Tempo	medição inicial	4 meses de nalt	8 mes naltr	12 me naltr	HOT T2
Escala de Beck	20	8	6	9	1,41**

Discussão e conclusões

O tratamento por antagonista é uma das abordagens disponíveis, e não a única, para a dependência opióide. Está um passo em frente em relação à utilização de agonistas, porque promove uma abstinência opióide efectiva durante o seu decurso, e não depois, num futuro mais ou menos remoto, conforme é pretendido, por exemplo, com os tratamentos por metadona (o que não lhes retira validade nem aplicabilidade, em certos casos).

Por causa disto, estes dois tipos de tratamento não são comparáveis. O primeiro, tal como é praticado nesta investigação, não é dispendioso em meios humanos e materiais, tendo também uma taxa de retenção superior à de muitos tratamentos por metadona (Ochoa, 1993). A qualidade de vida entretanto conseguida, em termos de abstinência, relações familiares e trabalho, é, também, muito melhor.

A comparação com os resultados obtidos em comunidades terapêuticas também não é possível, uma vez que estas últimas são mais adequadas para os doentes cujos tratamentos ambulatórios que não tinham sido bem sucedidos prèviamente, ou para casos que, à partida, se configurassem como excessivamente difíceis. Onde, por exemplo, não seja possível encontrar uma família de ori-

gem com suficiente estabilidade e autoridade, ou uma pessoa responsável para tutelar o tratamento.

A modalidade terapêutica que apresentamos aqui (Tratamento Combinado e por Etapas em Ambulatório) é ecológica, no sentido de que trata o adicto no seu meio de vida e na sua família natural, e de que fornece um leque variado de acções terapêuticas, actuando complementarmente na pessoa e nos seus sistemas. É bastante completa na medida em que, na maioria das vezes (95,5% nesta amostra) a sua acção psicoterapêutica, que actua ao mesmo tempo no jovem e na família, é suficiente, não sendo necessária uma psicoterapia adicional.

Não sai cara em meios humanos e materiais, quando comparada com as outras modalidades de tratamento ambulatório. Requere, na maioria dos casos, apenas um único terapeuta e, neste estudo, foi necessária apenas, em média, uma consulta familiar em cada 23 dias. Como o adicto é encorajado a começar a trabalhar muito cedo, pode começar a ganhar a sua vida e a pagar o seu próprio tratamento, nos casos bem sucedidos. As desintoxicações em casa são também, usualmente, baratas, não disruptivas, constituindo, muitas vezes, em si próprias, um meio importante de reorganização das famílias.

Tem como limitações ser por vezes um tanto superficial no que se refere à acção psicológica sobre o adicto. O aprofundamento dessa acção requere, normalmente, um tratamento residencial.

As famílias e a sociedade devem, em nosso entender, dar amizade aos adictos, mas porem-lhes também limites e contenção. Nós encorajamos as famílias a fazerem isso, durante a vigência do tratamento, e ficámos com a ideia, nesta experiência, onde também seguimos jovens com medidas judiciais de tratamento, de que estas medidas, que combinam autoridade e afecto, quando seguidas por uma acção terapêutica apropriada, são um instrumento poderoso para o bom prognóstico destes casos.

Este método é largamente aplicável: 70% dos heroinodependentes de uma amostra não seleccionada aderiram a ele (6,8% das pessoas da amostra inicial tendo sido internados em comunidades terapêuticas). É compreensivo, sendo capaz de resolver, com a sua acção terapêutica, muitas das dificuldades que possam ocorrer durante o tratamento (apenas 4,5% dos heroinodependentes que aderiram requereram uma psicoterapia adicional durante o ano em estudo e apenas 6,8% requereram ao mesmo tempo uma medicação psicotrópica).

Trata-se de um método reproduzível, sendo os seus resultados semelhantes aos de Lopez Ibor (1990) e Ochoa (1992 a, 1992 b e 1993), em Espanha. Neto (1990), David (1993) e Rosado (1994) obtiveram resultados semelhantes. Os doentes da investigação aqui relatada foram tratados por três médicos diferentes, que tiveram resultados sem diferenças estatisticamente significativas entre si, em termos das semanas de abstinência conseguidas por cada um com os seus doentes.

Durante o ano de tratamento, as relações entre os doentes e as suas famílias, nomeadamente cônjugues, progenitores e outros administradores do antagonista e tutores do tratamento, nem sempre são fáceis, sendo por vezes necessários alguns confrontos. O papel do terapeuta deve ser tão neutro quanto possível, a não ser que ele seja directamente confrontado, não devendo ser confundido com o sistema familiar. Por vezes requere-se, nestes aspectos, algum treino e supervisão.

Foram detectados, nesta experiência, alguns factores de bom prognóstico, relacionados com as semanas de abstinência conseguidas:

Fumar heroína em vez de injectar (associação estatisticamente significativa *).

A colaboração dos pais no tratamento (suspeita de associação estatisticamente significativa **s**).

Ter menos recaídas durante o tratamento, medida pelo consumo de heroína no 8º mês (associação extremamente significativa ***).

Ter à partida, ou conseguir, durante o tratamento, uma actividade socialmente útil (associação estatisticamente significativa nas medições do 4º e do 8º meses de tratamento-*).

Ter à partida, ou conseguir, durante o tratamento, uma relação afectivo-sexual estável (suspeita de associação estatìsticamente significativa aos 12 meses de tratamento-**s**).

Através do uso do Addiction Severity Index–ASI (McLellan 1980) e da colheita regular de urina para análises toxicológicas, verificámos que o uso de drogas ilícitas diminuiu, durante o ano de estudo, de uma maneira estatìsticamente muito significativa. A droga cujo uso concomitante é mais frequente, é a cannabis, seguida pela heroína, pelo álcool e pela cocaína. Não confirmámos a transferência do uso de heroína para outras drogas

excepto, num pequeno número de casos, para o álcool. Considerando o seu alto grau de aplicabilidade e de sucesso para uma amostra não seleccionada, (40% dos doentes de uma amostra inicial não seleccionada de 63 estavam abstinentes ao fim de um ano), sugerimos a sua aplicação como de primeira linha na abordagem em ambulatório da heroinodependência, em Portugal, sendo necessários, de modo geral, mais esforços para relacionar os adictos com as suas famílias de origem.

Deve ser de primeira escolha, em nosso entender, pelo menos em famílias onde estão preservados laços familiares fortes e onde os progenitores ainda têm influência sobre o adicto. Encorajamos mais investigação e ênfase no fortalecimento de laços familiares onde estes estiverem mais fracos e disruptivos.

Agradecimentos

Este trabalho foi realizado com um subsídio do Projecto Vida, atribuído através do Ministério da Justiça: Centro de Estudos Judiciários e Gabinete de Planeamento e Coordenação de Combate à droga. Contou também com o apoio de uma bolsa da Câmara Municipal de Sintra. Agradeço ao Professor Doutor Caldas de Almeida todo o apoio dado na sua orientação e leitura crítica.

Domingos Neto
Assistente Hospitalar Graduado do SPTT.
Assistente de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

RESUMO: *O autor e investigadores associados trataram, durante um ano, 63 heroinodependentes, admitidos consecutivamente na consulta externa de um serviço público de atendimento de toxicodependentes, em Lisboa.*
Usaram um método terapêutico que recorre à desintoxicação física, realizada predominantemente em casa e sob a responsabilidade dos pais, seguida por consultas familiares que incluiam ouvir separadamente e em conjunto os adictos e os seus pais.
O tratamento baseou-se na abstinência de drogas e incluía a administração de um antagonista opióide, denominado naltrexone, dado a tomar ao jovem por pessoas que tivessem autoridade, influência e afecto sobre ele, nomeadamente os seus pais.
70% dos jovens aderiram ao método e conseguiram um total de 35,5 semanas de abstinência. Ao fim de um ano de tratamento 57% destes estavam abstinentes e com parâmetros psico-sociais e de emprego bastante melhores. Na totalidade, 40% da amostra inicial de 63, continuava a aderir ao tratamento, e abstinente, no final do ano de estudo.
Este tratamento consumiu apenas, em média para cada caso, uma consulta em cada 23 dias. Apenas 2 destes jovens (4,5%) requereram uma psicoterapia semanal adicional durante um certo tempo, e 3 (6,8%) necessitaram tomar uma medicação psicotrópica fora do período da desintoxicação. ■

RÉSUMÉ: *L'auteur et des chercheurs associés ont traité pendant une année 63 dépendants d'heroïne, admis consécutivement dans la consultation externe d'un service public de traitement de toxicomanes, à Lisbonne.*
Ils ont utilisé une méthode thérapeutique qui fait recours à la désintoxication physique realisée chez le toxicomane sous la responsabilité des parents, suivie de consultations à la famille que comprennaient l'écoute, séparément et ensemble, du toxicomane et de ses parents.
Le traitement est fondé sur la privation de drogues et inclue l'administration d'un antagoniste opiacé nommé Naltrexone, qui est donné au toxicomane par quelqu'un qui a sur lui de l'autorité, de l'influence et de l'affection, notamment ses parents.
70% des jeunes ont adheré à cette méthode et ont obtenu un total de 35,5 semaines de privation. Après une année de traitement 57% de ces jeunes étaient encore abstinents et présentaient des paramètres psycho-sociaux et d'emploi bien meilleurs. Dans la totalité 40% de l'échantillon initial de 63, continuait à adherer au traitement et était encore abstinent à la fin de l'année d'étude.
Ce traitement a eu besoin seulement, en moyenne, pour chaque cas, d'une consultation chaque 23 jours. Seulement 2 de ces jeunes (4,5%) ont eu besoin d'une psychothérapie hebdomadaire pendant un certain temps et 3 (6,8%) ont eu besoin de prendre une médication psychotrope en dehors de la période de désintoxication. ■

ABSTRACT: *The author and associated researchers have treated for a year, 63 heroin addicts, admitted consecutively in the external consultation of a public service of drug addict's attendance, in Lisbon.*

They used a theurapeutic method that resorts to physical desintoxication predominantly made at home under the responsibility of parents, followed by family sessions where drug addicts and their parents were listened to (separately or together).

The treatment was based on drug abstinence and included the administration of an opiate antagonist named Naltrexone, that was given to the patient by people who had towards him authority, influence and affection, namely his parents.

70% of the patients adhered to the method and achieved a total of 35,5 weeks of abstinence. By the end of one year of treatment 57% of these remained abstinent and presented much better psycho-social and employment parameters. On the whole, 40% of the initial sample of 63, continued to adhere to treatment and remained abstinent by the end of the year.

This treatment required only, for each case, an average of one consultation every 23 days. Only 2 of these patients(4,5%) required for some time, an aditional weekly psychotherapy; 3 (6,8%) required a psychotropic medication out of the desintoxication period. ■

BIBLIOGRAFIA

DAVID, M. NETO, D. (1993). *A evolução de dois casos de jovens heroinómanos segundo o método "Tratamento Combinado e por Etapas"*. Notícias Médicas nº 2113, de 8 Mar 1993. Pag-12-14.

GRAFFARD, M. (1956). *Une methode de classification sociale d'echantillons de population*. Courrier de l'Unesco 6 455. Genève.

LOPEZ IBOR Jr., J. L., COBOS, J. P., OCHOA, E. (1990). *The medical model in the management of heroin dependence. In: Stefanis, C. N. Rabavilas, A. D. Soldatos, C. R. Classification and psychopathology; child psychiatry; substance abuse*. Amsterdam; New York; Oxford: Excerpta Medica. 1.

MCLELLAN, A. T. LUBORSKY , L. WOODY, G. E. O'BRIEN, C. P. (1980 c). *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index*. The Journ of Nervous and Mental Disease. 168 1. Pag 26-33.

NETO, D. DAVID, M. (1991 a). *Toxicodependentes. Tratamento combinado e por etapas*. Suplemento aos nº 1994 (pag 1-4) e 1995 (Pag 1-2) do jornal Notícias Médicas. Lisboa. Jul-l99l.

NETO, D. (1991 b). Dois casos de tratamento de toxicodependentes. Evolução contrária às expectativas. Suplemento ao nº 2010 do jornal Notícias Médicas. Pags l-4. 8 de Novembro. Lisboa.

NETO, D. (1992). *Estrutura neurótica da personalidade e toxicodependência*. Revista Portuguesa de Psicanálise. 10/11 Abril. Pags 57-65.

NETO, D. SARDINHA, L. DAVID, M. CANTANTE, S. (l993 a). *Adopção de heroinodependentes como estratégia de tratamento em ambulatório. Apresentação de um caso*. Acta Médica Portuguesa. 6. Pag 105-107.

NETO, D. SARDINHA, L. (l993 b). *Remissão e maturação espontâneas após paragem dos consumos, num caso de tratamento de uma heroinodependente*. Notícias Médicas. 12/3/93. Pag 6, 7 e 10. Lisboa.

OCHOA, E. ALIÑO, J. L. PERIS, J. C. GRACIA, A. C. (1992-a). *Tratamiento de deshabituación con naltrexona en la dependencia de opiáceos*. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 20-5. Pag 215-229.

OCHOA, E. ARIAS, F. SOMOZA, J. C. IBOR, J. L. (1992 b). *Tratamiento con naltrexona en dependientes de opiáceos: dos años y medio de seguimiento*. Arch de Neurobiol. 55 5. Pag-224-227.

OCHOA, E. (1993). *Epidemiology in drug addicts treated with naltrexone in a general hospital between 1988-1992*. VI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. Epidemiology in Psychiatry and Mental Health: New International Perspectives. Lisboa, 14-17 de Abril de 1993.

ROSADO, M (1994). *Tratamento em ambulatório de heroinodependentes com naltrexone. Avaliação de uma amostra*. A publicar.

SIEGEL, S. (1975). *Estatística não paramétrica (para as ciências do comportamento)*. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil.

STANTON, M. D. TODD, T. C. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. The Guilford Press. Nova York.