

E. Ochoa<sup>1</sup>  
A. Madoz-Gúrpide<sup>2</sup>  
E. Salvador<sup>1</sup>

# Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos con naltrexona

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Madrid  
<sup>2</sup> Centro de Salud Mental de San Blas  
Madrid

**Introducción.** Se quiere conocer la influencia del factor género en las características de consumo, apoyo social y evolución en el tratamiento con naltrexona de un grupo de dependientes de opiáceos.

**Material y métodos.** Mil cuatrocientos treinta y dos pacientes (83,1% hombres y 16,9% mujeres) que sucesivamente y durante 12 años inician tratamiento con naltrexona en la unidad de toxicomanías. Estudio observacional retrospectivo con diseño de grupo de tratamiento sin grupo control. Evaluamos el papel del género en la retención con la prueba de Mantel-Cox. Con tablas de contingencia se analizan las diferencias en función del género.

**Resultados.** La retención al año de iniciarse el tratamiento para el total es del 29,75%, siendo del 30,92% para hombres y del 23,97% para mujeres. Esta diferencia al año es significativa según la prueba de Mantel-Cox (estadístico: 8,38; gl: 1; significación: 0,0038). Las mujeres presentan menor frecuencia de consumo ( $p=0,011$ ) y uso de la vía intravenosa para cocaína ( $p=0,048$ ), menor frecuencia de consumo de alcohol ( $p=0,000$ ) y de cannabis ( $p=0,002$ ), menor tiempo de consumo de heroína ( $p=0,016$ ) y mayor proporción consumen sólo heroína ( $p=0,015$ ). Tienen menor independencia económica ( $p=0,001$ ), cuentan con mayor frecuencia con pareja consumidora ( $p=0,000$ ), contando con menor apoyo para el tratamiento de una pareja no consumidora ( $p=0,000$ ).

**Conclusiones.** Existen diferencias relevantes respecto a las características del consumo, apoyo social y evolución del tratamiento según el género (sea hombre o mujer). Los hombres tienen mejor pronóstico que las mujeres en la población estudiada. Dichas diferencias parecen deberse al contenido sociocultural del concepto género.

Palabras clave:  
Diferencias de género. Mujer. Heroína. Tratamiento.

*Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(4):197-204

Correspondencia:  
Enriqueta Ochoa  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Ctra. Colmenar, km 9,100  
28034 Madrid  
Correo electrónico: eochoa.hrc@salud.madrid.org

## Gender differences in the treatment of the opiate dependence with naltrexone

**Introduction.** We want to know the influence of gender factor in the consumption characteristics, social support and evolution in treatment with naltrexone in an opiate addict group.

**Material and methods.** 1.432 patients (83.1% males and 16.9% females) recruited over a 12 year period who successively initiated treatment period years with naltrexone. Retrospective observance study, with design of treatment group without control group. We evaluated the role of gender in retention with the Mantel-Cox test. The differences were analyzed according to the gender with contingency tables.

**Results.** One year retention for all of them was 29.75%, this being 30.92% for men and 23.97% for women. This difference is significant at one year according to the Mantel-Cox test (statistics: 8.38%; gl: 1; significance: 0.0038). Women show less frequency of cocaine use ( $p=0.011$ ) and less use of intravenous cocaine ( $p=0.048$ ), lower frequency of consumption of alcohol ( $p=0.000$ ) and cannabis ( $p=0.002$ ), a shorter period of heroine abuse ( $p=0.016$ ) and a higher proportion of them only use heroine ( $p=0.015$ ). They have less economic independence ( $p=0.001$ ), their partner is more frequently an addict ( $p=0.000$ ), they have less help for the treatment from a non-consuming partner ( $p=0.000$ ).

**Conclusions.** There are outstanding differences with regard to consume characteristics, social support and evolution of the treatment according to the gender (either male or female). Men have better prognosis than women in the population studied. These differences seem to be due to the sociocultural contents of the gender concept.

Key words:  
Gender differences. Woman. Heroine. Treatment.

## INTRODUCCIÓN

El estudio del análisis de género en el campo de la dependencia de opiáceos es relativamente reciente, a pesar de que

el hecho de ser hombre o mujer condiciona y conforma la expresión de los consumos y la problemática que les acompaña. Aunque las diferencias de hombres y mujeres está bien documentada, la investigación de las adicciones pocas veces considera el género, y en general las contempla desde un punto de vista masculino. Hasta hace unos pocos años el consumo de opiáceos era predominantemente masculino, y dado el predominio de hombres dependientes que solicitaban asistencia, las mujeres eran vistas como casos atípicos y en su evaluación y tratamiento no se aplicaba ninguna consideración de género<sup>1,2</sup>.

Las diferencias en la adicción según el género se relacionan con fenómenos sociopolíticos y con la estructura particular del sujeto, la familia y las redes sociales en las que se halla inmerso. Nuestra sociedad está viviendo en los últimos 100 años cambios importantes respecto al rol femenino y la mujer va adquiriendo más oportunidades educativas y profesionales que antaño. Su nuevo lugar en la sociedad supone también la incorporación en los aspectos más negativos como las adicciones. Sin embargo, la valoración social del consumo en la mujer continúa siendo diferente a la del hombre. Cuando una mujer realiza un acto transgresor como es el consumo de drogas en general y de opiáceos en particular recae sobre ella una doble transgresión, la del hecho en sí, y la que se asigna a la transgresión del rol y sus expectativas. Aunque en las últimas dos décadas ha habido una mayor aceptabilidad social hacia el consumo de alcohol (que no de su dependencia), tabaco y tranquilizantes por parte de las mujeres, persiste la valoración muy negativa al consumo de heroína y cocaína<sup>1-5</sup>.

La atribución de comportamientos esperables a un colectivo radica en la forma de socialización. La mujer tiene diferente exigencia, con asunción de mayor responsabilidad y control del entorno<sup>2,5</sup>. Esto implica que las consecuencias del consumo puedan ser diferentes dado que la tolerancia social de la dependencia en la mujer es menor y la mujer dependiente puede padecer mayor rechazo social y más discriminación.

Los estudios epidemiológicos muestran mayor prevalencia del uso de heroína en hombres. Los datos de consumo de opiáceos en la mujer indican que el 0,3% de las mujeres mayores de 14 años ha consumido alguna vez heroína, pero su consumo regular es menor del 0,1%. La dependencia de heroína se estima en el 1 a 3 por 1.000 en total. Se calcula una adicta a opiáceos por 4 o 5 hombres, aunque la proporción que solicita tratamiento es 1 a 7<sup>6-13</sup>. Las mujeres también están subrepresentadas entre los dependientes de opiáceos que demandan tratamiento en nuestro medio, de los que sólo el 15-20% son mujeres<sup>6,14,15</sup>.

### Factores asociados a la evolución del tratamiento

Numerosas variables de diferentes ámbitos han sido asociadas a la evolución en las terapias de deshabituación en general y en la dependencia de opiáceos en particular. Factores

individuales y socioambientales han sido estudiados como predictores de respuesta y de retención en el tratamiento.

Los datos de gravedad de la adicción indican mal pronóstico<sup>16,17</sup>, así como el de consumo de alcohol<sup>18,19</sup> y otras sustancias<sup>20,21</sup>. El estudio de la cantidad habitual de opiáceo consumida marca el pronóstico del tratamiento. Los consumos de baja cantidad en los meses previos al inicio de la terapia se consideran un factor favorecedor de buen resultado<sup>22-26</sup>, mientras que adicciones prolongadas y dosis altas de heroína son un factor predictor de recaída<sup>27</sup>. Se encuentra una peor evolución entre los usuarios de drogas por vía parenteral respecto a aquellos que consumen por vía inhalada/fumada<sup>28,29</sup>. La opinión mayoritaria<sup>30,31</sup> considera que historias de consumo relativamente cortas, normalmente asociadas a menos repercusión en otras áreas de funcionamiento del individuo, determinan peor pronóstico en el tratamiento debido a una menor motivación y a escasa búsqueda de ayuda. Paradójicamente, lo mismo ocurre con consumos ya inveterados, habitualmente asociados a numerosos intentos de deshabituación fallidos, en los que la adicción ha llegado a formar parte de un «estilo de vida»<sup>32,33</sup>. Por tanto, una historia adictiva de duración media-larga, pero aún no crónica, marca un factor de buen pronóstico en programas de naltrexona, con la misma importancia que la existencia previa de períodos amplios de abstinencia<sup>34-36</sup>. El número y duración de los períodos de abstinencia también influyen, señalándose una mejor evolución en los pacientes que han tenido períodos prolongados de abstinencia o acuden nuevamente al mismo después de una recaída previa<sup>36-40</sup>.

El consumo de alcohol predice una peor evolución en el tratamiento<sup>41-43</sup>. El consumo alto de alcohol aumenta la mortalidad<sup>44</sup> y empeora la retención<sup>45</sup>. El consumo de otras sustancias, como la cocaína, entre adictos a opiáceos es elevada<sup>46-50</sup>. Este consumo de cocaína se relaciona negativamente con áreas tan diversas como exposición a la violencia, aumento de la actividad criminal<sup>51,52</sup>, abandono precoz<sup>53</sup>, recaída en el consumo de opiáceos<sup>54,55</sup>, mayor proporción de psicopatología y marcadores de VIH<sup>56</sup>. En nuestro medio la adicción a cocaína establece un peor pronóstico de cara al programa de deshabituación con naltrexona<sup>57</sup>.

La posesión en el inicio del tratamiento de estabilidad laboral<sup>27,58</sup>, de mayor estabilidad e implicación familiar<sup>59-62</sup> y de superior nivel profesional<sup>63,64</sup> son predictores de buena respuesta<sup>65</sup>.

Se discute si el factor género puede establecer distinta evolución en la terapia de la dependencia de opiáceos. Algunos estudios señalan que las mujeres están subrepresentadas entre los pacientes que demandan tratamiento, tardan más tiempo en iniciar tratamiento y cuando lo hacen los resultados son peores<sup>4,66,67</sup>.

El objetivo de este trabajo es evaluar la importancia predictora del factor género en la evolución del tratamiento sobre una muestra amplia de pacientes adictos a heroína en

tratamiento con naltrexona. Igualmente, y asumiendo la amplia implicación de variables socioculturales en la variable género, se plantea como segundo objetivo diferenciar, en el caso de poder asumir el género como predictor pronóstico, qué características concretas están diferenciando ambos géneros. Para ello se estudia la influencia de dicho factor en las características del consumo de sustancias y en el apoyo y entorno social que presenta el dependiente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudia una muestra de 1.432 pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia de opiáceos (F11.2, CIE-10)<sup>68</sup> (1.190 hombres y 242 mujeres) que sucesivamente y durante 12 años iniciaron tratamiento con naltrexona, pautado y seguido por la Unidad de Toxicomanías del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, con diseño de un grupo de tratamiento sin grupo control (tipo serie de casos, de direccionalidad anterógrada y de temporalidad mixta). La recogida de datos se llevó a cabo mediante un protocolo estructurado de recogida de datos clínicos<sup>69,70</sup>. Como parámetro para la evaluación de éxito terapéutico se eligió la retención al año en el programa. Se define como retención aquel seguimiento correcto del paciente según las citas pautadas y en estado de abstinencia. El inicio del período de retención viene marcado por la toma de la primera dosis completa de naltrexona tras cualquier tipo de desintoxicación previa. El final del mismo está señalado por la fecha de alta, pudiendo ser varias las causas de esta alta (alta médica, muerte, abandono, etc.). La dificultad para la recogida de datos (ante la peculiaridad de la población) y el proceso constante de adaptación del protocolo a las nuevas investigaciones condicionan la recogida de datos, circunstancias que han sido tenidas en cuenta para el análisis estadístico. Los datos son almacenados en una base de datos Access y explotados con el programa informático SPSS\_8. Para el análisis descriptivo se emplean parámetros adecuados a tal fin (media aritmética y desviación estándar [DE] en variables cuantitativas y frecuencias en variables cualitativas). En el estudio inferencial se adoptan técnicas de supervivencia que permiten establecer la probabilidad de que un sujeto sobreviva o se mantenga en terapia al menos hasta un tiempo dado<sup>71-74</sup>. Para evaluar el papel que el género desempeña en la retención se emplea la prueba de Mantel-Cox, que permite señalar en la variable la presencia significativa de diferentes comportamientos en función de las categorías de la misma respecto a la probabilidad de supervivencia en terapia. Por medio de tablas de contingencia se analizan las diferencias encontradas en función del género en otras variables del protocolo tal como se definen en el protocolo estructurado de recogida de datos clínicos que utilizamos<sup>69,70</sup>.

## RESULTADOS

Del total de los 1.432 pacientes, el 83,1% son hombres y el 16,9% mujeres. El perfil del usuario en conjunto tiene

Tabla 1	Supervivencia al año en función del factor género		
	Supervivencia al año	Mediana	IC 95%
Hombre	30,92%	164	146,98-181,02
Mujer	23,97%	119	87,38-150,62

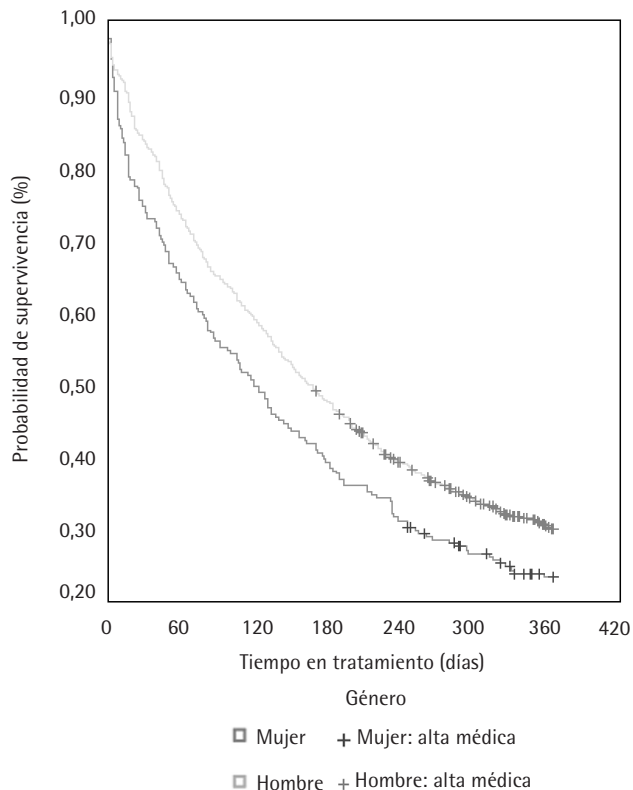
IC: intervalo de confianza.

una edad media de 27,3 años (DE: 5,1), es de raza mayoritariamente caucásica (99%), está soltero (71%) y convive con su familia de origen (74,1%). La mitad de la población se declara inactiva y sin derecho a subsidio ni pensión (49,3%), siendo su nivel escolar básico en el 24,8%.

Consumo heroína (0,66 g/día) (DE: 0,6), por vía inhalada o fumada (55,8%), desde los 19,87 años (DE: 4,2). Cerca de un 63% de los sujetos reconocen el consumo de cocaína concomitante durante los últimos 6 meses, en su mayor parte (53,3%) por vía intravenosa acompañando a la heroína. Entre quienes consumen, la media de cocaína diaria administrada es de 0,63 (DE: 0,57), y se iniciaron en este consumo con 19,83 años como media (DE: 4,1). En relación con otras sustancias, el 44,2% consume de manera regular cannabis, el 59,2% benzodiazepinas y el 50,6% alcohol.

La retención para el total de los pacientes al año de iniciarse la terapia es del 29,75%. La probabilidad de supervivencia en el tratamiento con naltrexona para los hombres es del 30,92%, siendo el valor del mismo parámetro para las mujeres del 23,97% (tabla 1 y fig. 1). Esta diferencia en la probabilidad de supervivencia (retención) al año es significativa según la prueba de Mantel-Cox (estadístico: 8,38; gl: 1; significación: 0,0038).

Como muestra la tabla 2 hay diferencias relevantes respecto a las características del consumo según el género del consumidor (sea hombre o mujer). Así, respecto a las variables toxicológicas, las mujeres presentan menor frecuencia de consumo de cocaína (55,1 frente a 64,5%;  $p=0,011$ ), menor uso de la vía intravenosa para el consumo de cocaína (50,9% fumado frente a 38,9%;  $p=0,048$ ), menor frecuencia del consumo de alcohol (49,4 frente a 66,5%;  $p=0,000$ ), menor frecuencia del consumo de cannabis (34 frente a 46%;  $p=0,002$ ), menor tiempo de consumo de heroína (58% menos de 7 años frente a 49% de hombres menos de 7 años;  $p=0,016$ ), mayor proporción de mujeres que consumen sólo heroína (10,5 frente a 5,6%;  $p=0,015$ ), con tendencia a un menor uso de la vía intravenosa de heroína a lo largo de la carrera adictiva (20 frente a 54%;  $p=0,065$ ) y a presentar una menor edad al inicio del tratamiento (26,9 frente a 28,4%;  $p=0,049$ ). Respecto a las diferencias relevantes al entorno y apoyo social según el género del adicto



**Figura 1** Curvas de supervivencia en función del género.

encontramos que las mujeres están con menor frecuencia solteras (59,4 frente a 72,8%;  $p=0,000$ ), ocupan en menor proporción trabajos no cualificados (19,4 frente a 46,8%;  $p=0,000$ ) y en mayor medida se encuentran en situación de paro sin subsidio (60,3 frente a 47,2%;  $p=0,001$ ), cuentan con mayor porcentaje de estudios que el hombre (80 frente a 73,3% ha completado o superado los estudios básicos obligatorios;  $p=0,044$ ), tienen con mayor frecuencia pareja adicta (43 frente a 10%;  $p=0,000$ ) y cuentan con menor apoyo de pareja no consumidora (22 frente a 35,5%;  $p=0,000$ ).

## DISCUSIÓN

Pese al considerable tamaño de la muestra y a la prolongada duración del seguimiento, es criticable metodológicamente la ausencia de un grupo control; sin embargo, la revisión de estudios similares muestra que este defecto es casi inevitable en este tipo de estudios por motivos metodológicos, éticos y politicosanitarios. Tampoco hay que olvidar que los resultados proceden de una muestra de pacientes exclusivamente tratados con naltrexona. Los pacientes de este estudio proceden de varias áreas de Madrid, pero se aglutinan en torno a la consulta de toxicomanías de un solo hospital. La prolongación del estudio en el tiempo supone incluir perfiles y patrones de consumo diversos, marcadas en

parte por sucesivas políticas sanitarias, a veces dispares. Ello ofrece heterogeneidad a la muestra.

La posibilidad de generalizar los resultados requiere que el perfil del usuario sea representativo de la población más amplia posible de heroinómanos. El perfil de sujeto aquí expuesto respecto a sexo, edad, variables de consumo y variables relacionadas con su situación social coincide en los sustancial con los datos referidos por otras publicaciones del entorno<sup>6,9,14,15,36,40,75,76</sup>, por lo que las conclusiones pueden ser válidas al menos para el entorno nacional.

En nuestro estudio se confirma que las mujeres presentan menor probabilidad de supervivencia al año en tratamiento que los hombres (24 frente a 31%). El factor género, por tanto, establece distinta evolución en la terapia de la dependencia de opiáceos. Así, los hombres tienen mejor pronóstico que las mujeres en la población estudiada.

Al valorar las diferencias respecto a los hombres encontramos que las mujeres presentan diferencias en dos campos: en las características del consumo y en el apoyo y situación social.

Respecto a las características del consumo, las mujeres de nuestra muestra tienen menor consumo de cocaína con menor uso de la vía intravenosa, menor consumo de alcohol y menor politoxicomanía junto con un menor tiempo de consumo de heroína al iniciar el tratamiento de su adicción. Todas estas características son, como indica la literatura, marcadores de buen pronóstico, dado que las adicciones prolongadas y las dosis altas de heroína<sup>27</sup>, el consumo de alcohol<sup>41-44</sup> y principalmente el consumo de cocaína<sup>53-55,57</sup> se relacionan con una peor respuesta terapéutica.

De todas las diferencias encontradas entre ambos sexos son relevantes las referidas al entorno y apoyo social. La literatura indica que la estabilidad laboral<sup>27,58</sup>, el nivel profesional<sup>63,64</sup> y la estabilidad e implicación familiar<sup>59-62</sup> son predictores de buena respuesta.

Por otra parte, la presencia de un compañero toxicodependiente es fundamental en la identidad de género y un componente esencial para explicar el primer contacto con la sustancia. Posteriormente, la mujer adicta se vincula con mayor frecuencia a pareja toxicómana. Los primeros consumos de heroína se producen junto con la pareja en la mayoría de las mujeres, siendo éstos los inductores o bien modificando la percepción hacia el consumo. La influencia de la pareja drogodependiente sobre las recaídas en el consumo en la mujer es muy importante<sup>66,78,78</sup>.

Las adictas a heroína se caracterizan por una mayor marginalidad que los hombres. Con frecuencia suelen asociarse con un hombre que les ayuda en la adquisición de la droga o puede acabar dedicándose a actividades marginales como la prostitución. Estas mujeres tienen mayor disponibilidad

Tabla 2		Diferencias de género en las variables significativas con $\chi^2$ y significación							
	Hombre (n = 1.190)	Mujer (n = 242)	$\chi^2$	Sig.		Hombre (n = 1.190)	Mujer (n = 242)	$\chi^2$	Sig.
Vía de consumo actual de heroína			6.377	0,015	Estudios			4.066	0,044
Vía IV	524	95			Estudios primarios	279	41		
Fumada/inhalada	636	136			Graduado o más	765	164		
NC/NS	30	11			NC/NS	146	37		
Vía anterior de consumo de heroína			3.484	0,065	Profesión			51.256	0,000
Vía IV	429	65			Sin profesión	48	26		
Fumada/inhalada	499	104			Obrero	387	28		
NC/NS	262	73			Funcionario, liberal	392	90		
Consumo de cocaína			6.823	0,011	NC/NS	363	98		
No	374	97			Situación laboral			16.944	0,001
Sí	680	119			Sí, estable	221	22		
NC/NS	136	26			Sí, inestable	202	33		
Vía de consumo de cocaína			6.082	0,048	Paro con subsidio	166	32		
IV + heroína IV	350	49			Paro sin subsidio	526	132		
IV + heroína fumada	38	7			NC/NS	75	23		
Fumada/inhalada	247	58			Estado civil			23.137	0,000
NC/NS	45	5			Soltero	820	139		
Consumo de cannabis			9.213	0,002	Casado	206	52		
No	510	119			Otros	90	43		
Sí	437	61			NC/NS	74	8		
NC/NS	243	62			Pareja			19.831	0,000
Consumo de alcohol			16.519	0,000	Sin pareja	633	81		
No	252	80			Pareja no consumidora	350	42		
Sí, previo a opiáceos	98	19			Pareja consumidora	110	96		
Sí	402	59			NC/NS	99	22		
C/NS	438	84			Apoyo de pareja no consumidora			4.046	0,000
Tiempo de consumo			8.000	0,016	Sin apoyo	617	160		
Menos de 7 años	576	136			Apoyo	340	45		
De 7 a 15 años	492	88			NC/NS	233	37		
Más de 15 años	78	7							
NC/NS	38	11							

IV: vía intravenosa; NC: no contesta; NS: no sabe.

de droga y más problemas ligados a la adicción en general con gran precariedad y degradación en su vida. Además retrasan el inicio de tratamiento y cuando lo hacen cuesta más hacerlo porque antes hay que desmontar el bagaje actitudinal negativo que arrastran<sup>4,78</sup>.

Las mujeres de nuestra muestra presentan mayor inestabilidad laboral y baja cualificación personal junto con importante dependencia económica de terceros, al igual que

lo descrito por otros autores<sup>4,66</sup>. Las mujeres cuentan con menor independencia social y mayor dependencia económica a pesar de su mejor nivel educativo y cualificación laboral y se inician en el consumo a través de sus parejas. Con mayor frecuencia han abandonado el domicilio familiar y no cuentan con parejas no consumidoras. Además también con mayor frecuencia que los hombres la pareja de la mujer es consumidora, por lo que este género cuenta con un menor apoyo para el tratamiento. Los hombres cuentan mayor

apoyo en sus intentos terapéuticos de parejas no consumidoras. El dependiente presenta grandes dificultades para abandonar el consumo si su pareja sigue consumiendo drogas. Existe mayor número de mujeres casadas o emparejadas que los hombres con parejas drogodependientes.

Son estos factores, de menor apoyo y peor situación social, los determinantes en el peor pronóstico que las mujeres presentan en los tratamientos de la adicción.

## CONCLUSIONES

El género de los sujetos dependientes de heroína condiciona significativamente la respuesta al tratamiento de su dependencia. Así, las mujeres tienen peor pronóstico que los hombres en la población estudiada.

Las mujeres tienen un patrón de consumo diferente a los hombres, con un menor consumo de cocaína y menor uso de la vía intravenosa, menor consumo de alcohol y menor politoxicomanía, junto con un menor tiempo de consumo de heroína al iniciar el tratamiento de su adicción. Estas variables deberían condicionar un mejor pronóstico, aunque no lo hacen.

Las variables relacionadas con la independencia social (situación laboral, independencia económica, etc.) condicionan las diferencias entre los sexos, haciendo que la mujer dependa económicamente más que el hombre de su pareja o de otros. Las mujeres tienen con más frecuencia parejas consumidoras, lo que condiciona significativamente su evolución.

Por tanto, ser mujer supone una menor independencia social (dependencia económica del entorno social), menor apoyo de la familia de origen y menor probabilidad de tener pareja no consumidora como apoyo en el tratamiento.

Son estos factores los determinantes del peor pronóstico que las mujeres presentan en los tratamientos de la adicción.

## BIBLIOGRAFÍA

- Stocco P, Llopis JJ, DeFazio L, Calafat A, Mendes F. Women drug abuse in Europe: gender identity. Venecia: Irefrea, 2000.
- Fundación Instituto Spiral. I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Debate e Instituto de la Mujer, 2002.
- Rodríguez E. Perspectiva de género en los problemas de drogas y su impacto. Fundación Instituto Spiral. I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Debate e Instituto de la Mujer, 2002; p. 24-7.
- Llopis JJ, Rebolida M. Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de actitudes. Fundación Instituto Spiral. I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Debate e Instituto de la Mujer, 2002; p. 156-72.
- Morales E, Sánchez Hervás E, Tomás, V. Abuso y dependencia a drogas en la mujer. *Conductas Adictivas* 2003;3:49-50.
- Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Memoria 2005. Madrid, 2006.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Lisboa, 2006.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED). Plan Nacional sobre Drogas. Informe n.º 6. Madrid, 2003.
- CND. Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría de Comisión de Estupefacientes de Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Viena, 2007.
- SAMHSA. Oficina de Estudios Aplicados. National Survey on Drug Use on Health, 2004.
- National Institute on Drug Abuse. Gender differences in drug abuse risk and treatment. NIDA Notes. National Institute on Drug Abuse. US Department of Health and Human Services, 2000.
- National Institute on Drug Abuse. Advances in research on women's health and gender differences. National Institute on Drug Abuse. US Department of Health and Human Services, 2002.
- Carreño JE, Bobes J, Brewer C, Álvarez CE, San Narciso GI, Bascarán MT, et al. 24 hour opiate detoxification an antagonist induction at home the «Asturian Method»: a report on 1,368 procedures. *Addict Biol* 2002;7:243-50.
- Madoz-Gúrpide A, Barbudo E, Leira M, Navío M, Villoria L, Ochoa E. Características de la adicción como factor pronóstico en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:199-210.
- Brewer C, Streel E. Implantes de naltrexona: un avance terapéutico tanto comportamental como farmacológico. *Adicciones* 2003;15:299-308.
- Arias F, Ochoa E. Retención en los programas de deshabituación con naltrexona. En: Ochoa Mangado E, editor. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la naltrexona. Col. Psiquiatría 21. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría Editores, 2001; p. 83-94.
- Ling W, Wesson DR, Charuvastra C, Klett CJ. A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:401-7.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber HD. The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:479-88.
- Simpson DD, Joe GW, Lehman WE, Sells SB. Addiction careers: etiology, treatment and 12 year follow-up outcomes. *J Drug Issues* 1986;16:107-21.
- Ochoa E, Arias F, Somoza JC, López-Ibor JJ. Tratamiento con naltrexona en dependientes de opiáceos: dos años y medio de seguimiento. *Arch Neurobiol* 1992;55:224-7.
- Capone T, Brahen L, Condren R, Kordal N, Melchionda R, Peterson M. Retention and outcome in a narcotic antagonist treatment program. *J Clin Psychol* 1986;42:825-33.
- Iguchi MY, Stitzer ML. Predictors of opiate drug abuse during a 90 day methadone detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:279-94.
- Simpson DD, Savage LJ, Lloyd MR. Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:772-80.

25. Resnick RB, Washton AM, Thomas MA, Kestenbaum RS. Naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Int Chall Drug Abuse* 1978;32:321-32.
26. Babst DV, Chambers CD, Warner A. Patient characteristics associated with retention in a methadone maintenance program. *Br J Addict* 1971;66:195-204.
27. Bedate J, Bobes J, Ochoa E, Solé J. Evaluación del tratamiento de los heroínómanos con naltrexona. *Estudio multicéntrico. Avances en drogodependencias. Barcelona: Ediciones en Neurociencias* 1995; p. 129-60.
28. Newman RG. Methadone treatment. Defining and evaluation success. *N Eng J Med* 1987;317:447-50.
29. Iguchi MY, Stitzer ML. Predictors of opiate drug abuse during a 90 day methadone detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:279-94.
30. Oppenheimer E, Stimson GV, Thorley A. Seven-year follow-up of heroin addicts: abstinence and continued use compared. *Br Med J* 1979;2:627-30.
31. Del Río M, Mino A, Perneger TV. Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. *Addiction* 1997;92:1353-60.
32. Comas Arnau D, García Martín E, Roldán Inchusta G. Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a la heroína (1982-1992). *Adicciones* 1996;8:75-89.
33. Hser YI, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:503-8.
34. Resnick R, Aronoff M, Lonborg G. Clinical efficacy of naltrexone: a one year follow up. *NIDA Res Monogr* 1976:114-7.
35. Apodaca I, Montejo E, Lejardi N, Moreno A, Aresti A, Duque J, et al. Características de los toxicómanos que no inician o interrumpen tempranamente el tratamiento. *Adicciones* 1995;7:159-67.
36. Elizárate E, Gutiérrez M, Fernández C, Figuerido JL, González-Pinto A, Jiménez JM. Antagonización rápida de opiáceos: eficacia en una muestra de 91 pacientes. *Psiquiatría.com* (revista electrónica) 1998 diciembre (consultado 05/05/03);2(4):(27 pantallas). URL:[http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_4.htm).
37. Resnick RB, Washton AM. Clinical outcome with naltrexone. *Ann NY Acad Sci* 1978;311:241-46.
38. Shufman EN, Porat S, Witzum E, Gandacu D, Bar Hamburger R, Ginath Y. The efficacy of naltrexone in preventing reabuse of heroin after detoxification. *Biol Psychiatry* 1994 15;35:935-45.
39. Sansone J. Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse. *Int J Addict* 1980;15:711-36.
40. Landabaso MA, Fernández B, Sanz J, Ruiz de Apodanca J, Pérez B, Gutiérrez-Fraile M. Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de antagonistas. *Adicciones* 1996;8:67-74.
41. Senay EC. Methadone maintenance treatment. *Int J Addict* 1985;20:803-21.
42. Simpson DD, Joe GW, Lehman WE, Sells SB. Addiction careers: etiology, treatment and 12 year follow-up outcomes. *J Drug Issues* 1986;16:107-21.
43. Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber HD. The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:479-88.
44. Joe GW, Lloyd MR, Simpson DD, Singh BK. Recidivism among opioid addicts after drug treatment: an analysis by race and tenure in treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1982;9:371-82.
45. Maddux JF, Desmond DP. Residence relocation inhibits opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1313-7.
46. Darke S, Hall W. Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug Alcohol Depend* 1995;39:231-5.
47. Kiddorf M, Brooner RK, King VL, Chutuape MA, Stitzer ML. Concurrent validity of cocaine and sedative dependence diagnoses in opioid-dependent outpatients. *Drug Alcohol Depend* 1996;42:117-23.
48. San Narciso GI, Carreño JE, Pérez SF, Alvarez CE, González MP, Bobes J. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones* 1998;10:7-21.
49. Hobfoll SE, Segal B. A factor analytic study of the relationship of experience seeking and trait anxiety to drug use and reasons for drug abuse. *Int J Addict* 1983;18:448-9.
50. Strug DL, Hunt DE, Goldsmith DS, Lipton DS, Spunt B. Patterns of cocaine use among methadone clients. *Int J Addict* 1985;20:1163-75.
51. Nurco DN. A long term program of research on drug use and crime. *Subst Use Misuse* 1998;33:1817-37.
52. Greenfield L, Brady JV, Besteman KJ, De Smet A. Patient retention in mobile and fixed-site methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 1996;42:125-31.
53. Broers B, Giner F, Dumont P, Mino A. Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months. *Drug Alcohol Depend* 2000;58:85-92.
54. Hanbury R, Sturiano V, Cohen M, Stimmel B, Aguiillaume C. Cocaine use in persons on methadone maintenance. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1986;6:97-106.
55. Nurco DN, Hanlon TE, Kinlock TW, Duszynski KR. Differential criminal patterns of narcotic addicts over an addiction career. *Criminology* 1988b;26:407-23.
56. Torrens M, San L, Peri JM, Ollé JM. Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Depend* 1991;27:29-34.
57. Ochoa E, Arias F, Somoza JC, López-Ibor JJ. Tratamiento con naltrexona en dependientes de opiáceos: dos años y medio de seguimiento. *Arch Neurobiol* 1992;55:224-7.
58. Washton AM, Pottash AC, Gold MS. Naltrexone in addicted business executives y physicians. *J Clin Psychiatry* 1984;45:4-6.
59. Arias F, López-Ibor JJ, Ochoa E. Predictores evolutivos en un programa de mantenimiento con Naltrexona. *Adicciones* 1996;8:479-500.
60. Ochoa E, Cebollada A, Ibañez A. Implicación familiar como predictor en un tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos. *Adicciones* 1994;6:51-60.
61. Madanes J, Dukes J, Harbin H. Family ties of heroin addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:889-94.
62. 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.
63. Ling W, Wesson DR. Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: a collaborative private practice experience. *J Clin Psychiatry* 1984;45:46-8.
64. Washton AM, Pottash AC, Gold MS. Naltrexone in addicted business executives y physicians. *J Clin Psychiatry* 1984;45:4-6.

65. Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A meta-analysis of predictors of continued drug use during y after treatment for opiate addiction. *Addiction* 1998;93:73-92.
66. Crone B. Gender differences in substance misuse and psychiatric Comorbidity. *Current Opinion Psychiatry* 1997;10:194-8.
67. Ochoa E, Madoz-Gúrpide A. Situación actual de los programas con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Revisión de su efectividad. *Adicciones* 2005;17(Suppl. 2):223-34.
68. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1993.
69. Baca-García E, García A, Ochoa E. Historia psiquiátrica estructurada en la interconsulta hospitalaria a toxicomanías/sida. *Rev Esp Drogodepend* 1999;2481:60-70.
70. Baca-García E, Madoz-Gúrpide A. Protocolos de recogida de datos en una unidad de toxicomanías con «clínica de naltrexona». En: Ochoa Mangado E, editor. *Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona*. Col. *Psiquiatría 21*. Barcelona: Ars Medica. *Psiquiatría Editores*, 2001; p. 135-54.
71. Allgulander C, Fisher LD. Survival analysis (or time to an event analysis), and the Cox regression model-methods for longitudinal psychiatric research. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74:529-35.
72. Juez Martel P, Díez Vegas FJ. *Probabilidad y estadística en medicina*. Madrid: Díaz de Santos, 1996.
73. Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 336-40.
74. Ferrán Aranaz M. *SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico*. Madrid: McGraw-Hill, 1997.
75. Fernández Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin* 2001;116:150-4.
76. Landabaso MA, Fernández B, Sanz J, Ruíz de Apodanca J, Pérez B, Gutiérrez-Fraile M. Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de antagonistas. *Adicciones* 1996;8:67-74.
77. Torre M, Balboa A, Ayesta F. Situación de la mujer dependiente de la heroína en Cantabria: análisis de los resultados del estado de las pacientes en la última década. Comunicación presentada en el I Symposium sobre Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Instituto Spiral, 2000.
78. Orte C. Sexualidad en la mujer adulta. Fundación Instituto Spiral. I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Debate e Instituto de la Mujer, 2002; p. 30-40.
79. Crone B. Gender differences in substance misuse and psychiatric comorbidity. *Curr Opin Psychiatry* 1997;10:194-8.