

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

Ochoa E*, Madoz-Gúrpide A**, Salvador E,*.

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Centro de Salud Mental de San Blas. Madrid.

CORRESPONDENCIA: Enriqueta Ochoa. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra Colmenar Km 9,100. 28034 Madrid.

e-mail: eochoa.hrc@salud.madrid.org

RESUMEN

Objetivos: 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: 1432 pacientes (83.1% varones 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 de 29.75%, siendo de 30.92% para varones y de 23.97% para mujeres. Esta diferencia al año es significativa según la prueba de Mantel-Cox (estadístico: 8.38; gl: 1; sign: 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 varón o mujer). Los varones tienen mejor pronóstico que las mujeres en la población estudiada. Dichas diferencias parecen deberse al contenido sociocultural del concepto género.

PALABRAS CLAVE: Diferencias Género, Mujer, Heroína, Tratamiento.

GENDER DIFFERENCES IN THE TREATMENT OF THE OPIATE DEPENDENCE

SUMMARY:

Objective: To know the influence of gender factor in the consume characteristics, social support and evolution in the treatment with naltrexone in an opiate addicts group.

Material and method: 1432 patients (83.1% males and 16.9% females) that successively and for 12 years start treatment with naltrexone. Retrospective observance study, with design of treatment group without control group. We evaluate the gender role in the retention with the Mantel-Cox test. With tables of contingency the differences are analyzed depending to the gender.

Results: The one-year retention for the whole is 29.75%, being 30.92% for males and 23.97% for women. This difference is significant according to the Mantel-Cox test (statistical: 8.38%; gl: 1; sign : 0.0038).

Women show lesser frequency of cocaine use ($p=0.011$) and lesser use intravenous cocaine ($p=0.048$), minor frequency of consumption of alcohol, ($p=0.000$) and cannabis ($p=0.002$), a shorter period of heroine abuse ($p=0.016$) and higher proportion of them only use heroine ($p=0.015$). They have less economic independence ($p=0.001$), their couple are with more frequency addict ($p=0.000$), having smaller help for the treatment of a no-consumer couple ($p=0.000$).

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). The males have better prediction that the women in the studied population. These differences seem to be due to the socio-cultural 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 varón 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 varones dependientes que solicitaban asistencia, las mujeres eran vistas como casos atípicos y en su evaluación y tratamiento no se aplicaba ninguna consideración de género ⁽¹⁻²⁾.

Las diferencias en la adicción según género se relacionan con fenómenos socio-políticos y con la estructura particular del sujeto, la familia y las redes sociales en las que se haya 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 incorporación a 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 varón. 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 a 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 ⁽¹⁻⁵⁾.

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 ^(2,5). 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 varones. 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 es del 1 a 3 por 1000 en total. Se calcula una adicta a opiáceos por 4 o 5 varones, aunque la proporción que solicita tratamiento es 1 a 7 ⁽⁶⁻¹³⁾. Las mujeres también están subrepresentadas entre los dependientes de opiáceos que demandan tratamiento en nuestro medio, de los que solo el 15-20% son mujeres ^(6,14-15).

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 socio-ambientales han sido estudiados como predictores de respuesta.

El factor género puede establecer distinta evolución en la terapia de la dependencia de opiáceos.

Otros factores han sido estudiados en relación con la retención en el tratamiento. Los datos de severidad de la adicción indican mal pronóstico ^(16,17), así como el de consumo de alcohol ^(18,19) y otras sustancias ^(20,21). 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

(22-26), mientras que adicciones prolongadas y dosis altas de heroína son un factor predictor de recaída (27). Se encuentra una peor evolución entre los usuarios de drogas por vía parenteral respecto a aquellos que consumen por vía inhalada/fumada (28,29). La opinión mayoritaria (30,31) 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" (32,33). 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 periodos amplios de abstinencia (34-36). El número y duración de los periodos de abstinencia también influyen, señalándose una mejor evolución en los pacientes que han tenido periodos prolongados de abstinencia o acuden nuevamente al mismo después de una recaída previa (36-40).

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

La posesión en el inicio del tratamiento de estabilidad laboral (27, 58), de mayor estabilidad e implicación familiar (59-62) y el nivel profesión superior (63,64) ... son predictores de buena respuesta (65).

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 METODOS

Se estudia una muestra de 1432 pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia de opiáceos (F11.2,CIE-10) (66), (1190 varones 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 (67,68).. 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 periodo de retención viene marcado por la toma de la primera dosis completa

de naltrexona tras cualquier tipo de desintoxicación previa. El final del mismo está señalado por la fecha de alta, pudiendo ser varias las causas de este alta (alta médica, muerte, abandono...). 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 éstas 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 estandar 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 t .⁽⁶⁹⁻⁷²⁾ Para evaluar el papel que el género juega 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.

RESULTADOS

Del total de los 1432 pacientes, el 83.1% son varones y el 16.9% mujeres. El perfil del usuario en conjunto tiene una edad media de 27.3 años (d.s.: 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%.

Consume heroína (0.66 gr/d (d.s.: 0.6)), vía inhalada o fumada (55.8%), desde los 19.87 años (d.s.: 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%) vía intravenosa acompañando a la heroína. Entre quienes consumen, la media de cocaína diaria administrada es de 0.63 (d.s.: 0.57), y se iniciaron en este consumo con 19.83 años como media (d.s.: 4.1). En relación con otras sustancias, el 44.2% consume de manera regular cannabis; el 59.2%, benzodicepinas, y el 50.6%, alcohol.

La retención para el total de los pacientes al año de iniciarse la terapia es de 29.75%. La probabilidad de supervivencia en el tratamiento con naltrexona para los varones es de 30.92%, siendo el valor del mismo parámetro para las mujeres de 23.97% (Tabla I y Gráfica I). Esta diferencia en la probabilidad de supervivencia (retención) al año es significativa según la prueba de Mantel-Cox (estadístico: 8.38; gl: 1; sign: 0.0038).

Como muestran las Tablas II y III existen diferencias relevantes respecto a las características del consumo según el género del consumidor (sea varón o mujer). Así respecto a las variables toxicológicas, las mujeres presentan menor frecuencia de consumo de cocaína (55.1% vs 64.5%; $p=0.011$), menor uso de la vía intravenosa para el consumo de cocaína (50.9% fumado vs 38.9% fumado; $p=0.048$), menor frecuencia del consumo de alcohol (49.4% vs 66.5%; $p=0.000$), menor frecuencia del consumo de cannabis (34% vs 46%; $p=0.002$), menor tiempo de consumo de heroína (58% menos de 7 años vs 49% de varones menos de 7 años; $p=0.016$), mayor proporción de mujeres que consumen sólo heroína (10.5% vs 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% vs 54%; $p=0.065$) y a presentar una menor edad al inicio del tratamiento (26.9% vs 28.4%; $p=0.049$). Respecto a las diferencias relevantes al entorno y apoyo social según el género del adicto encontramos que las

mujeres están con menor frecuencia solteras (59.4% vs 72.8%; $p=0.000$), ocupan en menor proporción trabajos no cualificados (19.4% vs 46.8%; $p=0.000$), y en mayor medida se encuentran en situación de paro sin subsidio (60.3% vs 47.2%; $p=0.001$), cuentan con mayor porcentaje de estudios que el varón (80% vs 73.3% ha completado o superado los estudios básicos obligatorios; $p=0.044$), tienen con mayor frecuencia pareja adicta (43% vs 10%; $p=0.000$), y cuentan con menor apoyo de pareja no consumidora (22% vs 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 político-sanitarios. 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 lo sustancial con los datos referidos por otras publicaciones del entorno (^{6,9,14,15,36,40,73,74}), 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 varones (24% vs 31%). El factor género, por tanto, establece distinta evolución en la terapia de la dependencia de opiáceos. Así, los varones tienen mejor pronóstico que las mujeres en la población estudiada.

Al valorar las diferencias respecto a los varones encontramos que presentaban 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 dosis altas de heroína (²⁷), el consumo de alcohol (⁴¹⁻⁴⁴), y principalmente el consumo de cocaína (^{53-55,57}) han sido relacionados 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 (^{27,58}), el nivel profesional (^{63,64}) y la estabilidad e implicación familiar (⁵⁹⁻⁶²) 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 estos 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 ⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾.

Las adictas a heroína se caracterizan por una mayor marginalidad que los varones. Con frecuencia suelen asociarse con un varón que les ayuda en la adquisición de la droga, o puede acabar dedicándose a actividades marginales como prostitución. Estas mujeres tienen mayor disponibilidad 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 ^(4,76).

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 ^(4, 77). 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 varones la pareja de la mujer es consumidora, por lo que este género cuenta con un menor apoyo para el tratamiento. Los varones 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 varones con parejas drogodependientes.

Creemos que estos factores son 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 varones en la población estudiada.

Las mujeres tienen un patrón de consumo diferente a los varones, 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...) condicionan las diferencias entre los sexos, haciendo que la mujer dependa económicamente más que el varón de su pareja o de otros. Las mujeres tienen con más frecuencia parejas consumidoras, lo que condiciona significativamente su evolución.

Por tanto, el 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.

Posiblemente estos factores son determinantes en el peor pronóstico que las mujeres presentan en los tratamientos de la adicción.

BIBLIOGRAFIA

1. Stocco P, Llopis JJ, DeFazio L, Calafat A, Mendes F. Women drug abuse in

- Europe: gender identity. Irefrea. Venecia 2000.
2. Fundación Instituto Spiral. I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Debate e Instituto de la Mujer; 2002.
 3. 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; 24-7.
 4. Llopis JJ; Rebollida 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; 156-72.
 5. Morales E, Sánchez Hervás E, Tomás, V. Abuso y dependencia a drogas en la mujer. *Conductas Adictivas* 2003, 3 (1): 49-50.
 6. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Memoria 2005. Madrid 2006.
 7. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
 8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Lisboa, 2006.
 9. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 6. Madrid 2003.
 10. 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.
 11. SAMHSA. Oficina de Estudios Aplicados. National Survey on Drug Use on Health. 2004.
 12. 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.
 13. 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.
 14. Carreño JE, Bobes J, Brewer C, Alvarez CE, San Narciso GI, Bascarán MT, Sánchez del Río J. 24-hour opiate detoxification an antagonist induction at home- the "Asturian Method": a report on 1368 procedures. *Addict Biol* 2002; 7 (2): 243-50.
 15. 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 Psiquiatría* 2004; 32(4): 199-210.
 16. Brewer C, Strel E. Implantes de naltrexona: un avance terapéutico tanto comportamental como farmacológico. *Adicciones* 2003; 15: 299-308.
 17. Arias F, Ochoa E. Retención en los programas de deshabitación con naltrexona. En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona. Col. Psiquiatría 21. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. Psiquiatría Editores SL; 2001; 83-94.
 18. Ling W, Wesson DR, Charuvastra C, Klett CJ. A controlled trial comparing buprenorphine y methadone maintenance in opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 401-7.
 19. Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber HD. The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 479-88.

20. Simpson DD, Joe GW, Lehman WE, Sells SB. Addiction careers: etiology, treatment y 12-year follow-up outcomes. *J Drug Issues* 1986; 16: 107-21.
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.
22. 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.
23. Iguchi MY, Stitzer ML. Predictors of opiate drug abuse during a 90-day methadone detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1991;17(3): 279-94.
24. Simsom y 97 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. Ediciones en Neurociencias* 1995; 129-160.
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(3): 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(6191): 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(10): 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 (1): 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, et al. Clinical efficacy of naltrexone: a one year follow up. *NIDA Res Monogr* 1976 (9): 114-7.
35. Apodaca I, Montejo E, Lejardi N, Moreno A, Aresti A, Duque J, Avellanal N. Características de los toxicómanos que no inician o interrumpen tempranamente el tratamiento. *Adicciones* 1995; 7: 159-67.
36. Elizarárate 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 [citado 05/05/03];2(4):[27 pantallas]. URL: 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, Witztum E, Gandacu D, Bar Hamburger R, Ginath Y. The efficacy of naltrexone in preventing reabuse of heroin after detoxification. *Biol Psychiatry* 1994 Jun 15; 35(12): 935-45.
39. Sansone J. Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse. *Int J Addict* 1980; 15(5): 711-36.
40. Landabaso MA, Fernández B, Sanz J, Ruíz de Apodanca J, Pérez B, Gutiérrez-Fraile M, Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de antagonistas. *Adicciones* 1996, 8 (1): 67-74.
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 (1): 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; 18/4: 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 Jul; 33(9): 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(2): 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(1-2): 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, Olle 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(1): 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. Clasificación Internacional de la Enfermedades. Décima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1993.
67. Baca-García E, García A, Ochoa E. Historia Psiquiátrica Estructurada en la Interconsulta Hospitalaria a Toxicomanías/Sida. *Revista Española Drogodependencias* 1999; 24(1): 60-70.
68. Baca-García E, Madoz-Gúrpide A. Protocolos de recogida de datos en una unidad de toxicomanías con "Clínica de naltrexona". En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona. Col. Psiquiatría 21. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. Psiquiatría Editores SL; 2001; 135-54.
69. Allgulander C, Fisher LD. Survival analysis (or time to an event analysis), and the Cox regression model - methods for longitudinal psychiatric research. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74(6): 529-35.
70. Juez Martel P, Díez Vegas FJ. Probabilidad y estadística en Medicina. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1996.
71. Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91(5): 336-40.
72. Ferrán Aranaz M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw-Hill; 1997.
73. 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(4): 150-54.
74. Landabaso MA, Fernández B, Sanz J, Ruíz de Apodanca J, Pérez B, Gutiérrez-Fraile M, Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en

- programas de antagonistas. *Adicciones* 1996, 8 (1): 67-74.
75. 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 al I Symposium sobre Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Instituto Spiral; 2000.
 76. 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; 30-40.
 77. Crone B. Gender differences in substance misuse and psychiatric Comorbidity. *Current Opinion Psychiatry* 1997; 10: 194-98.

Tabla I. Supervivencia al año en función del factor género

	Supervivencia al año	Mediana	I.C. 95%
Varón	30.92 %	164	146.98-181.02
Mujer	23.97 %	119	87.38-150.62

Gráfica. I. Curvas de supervivencia en función del género

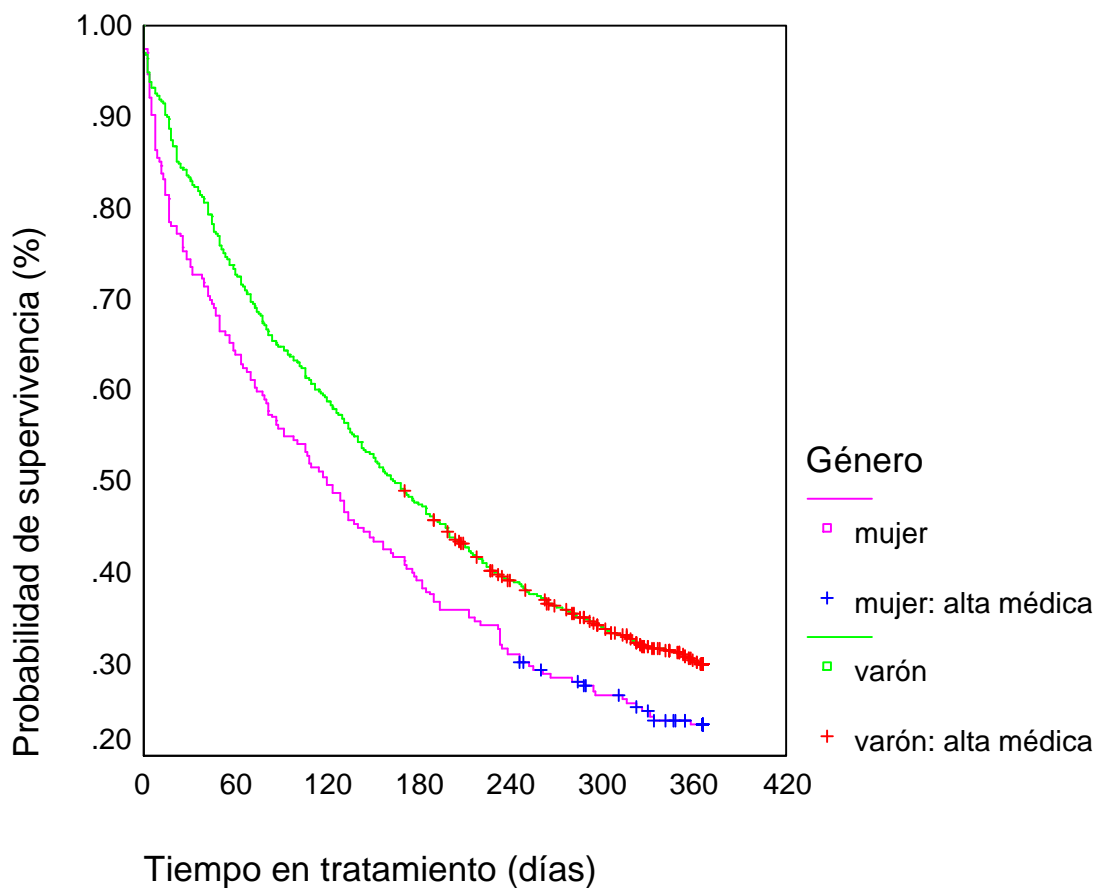


Tabla II: Diferencias de género en las variables significativas

	Varón	Mujer
	1190	242
Vía de consumo actual de heroína		
Vía IV	524	95
Fumada/inhalada	636	136
NC/NS	30	11
Vía anterior de consumo de heroína		
Vía IV	429	65
Fumada/inhalada	499	104
NC/NS	262	73
Consumo de cocaína		
No	374	97
Si	680	119
NC/NS	136	26
Vía de consumo de cocaína		
IV + heroína IV	350	49
IV + heroína fumada	38	7
Fumada/inhalada	247	58
NC/NS	45	5
Consumo de cannabis		
No	510	119
Si	437	61
NC/NS	243	62
Consumo de alcohol		
No	252	80
Si, previo a opiáceos	98	19
Si	402	59
NC/NS	438	84
Tiempo de consumo		
Menos de 7 años	576	136
De 7 a 15 años	492	88
Más de 15 años	78	7
NC/NS	38	11
Estudios		
Estudios primarios	279	41
Graduado o más	765	164
NC/NS	146	37
Profesión		
Sin profesión	48	26
Obrero	387	28
Funcionario, liberal	392	90
NC/NS	363	98
Situación laboral		
Sí, estable	221	22
Sí, inestable	202	33

	Paro con subsidio	166	32
	Paro sin subsidio	526	132
	NC/NS	75	23
Estado civil			
	Soltero	820	139
	Casado	206	52
	Otros	90	43
	NC/NS	74	8
Pareja			
	No pareja	633	81
	Pareja no consumidora	350	42
	Pareja consumidora	110	96
	NC/NS	99	22
Apoyo de pareja no consumidora			
	No apoyo	617	160
	Apoyo	340	45
	NC/NS	233	37

Tabla III. Chi cuadrado y significación del factor género en variables significativas

	Chi	Sion
Consumo cocaína	6.823	0.011
Vía cocaína	6.082	0.048
Vía anterior heroína	3.484	0.065
Consumo cannabis	9.213	0.002
Consumo alcohol	16.519	0.000
Consumo solo heroína	6.377	0.015
Tiempo de consumo	8	0.016
Edad al inicio del tto.	6.050	0.049
Estado civil	23.137	0.000
Nivel escolar	4.066	0.044
Trabajo	16.944	0.001
Profesión	51.256	0.000
Pareja consumidora	19.831	0.000
Apoyo tratamiento pareja no consumidora	14.046	0.000