

## Ingresos hospitalarios de desintoxicación en mujeres con alcoholismo y otras toxicomanías

### *Hospitalized inpatient detoxification of women with alcoholism and other drug addictions*

María-Dolores Martín (a, b); Jesus Cobo (a, b, c); Angel Santiago (a); Esther Patró (a); Montserrat Paños (a); Cristina Domènech (d); Noèlia Ortuño (e); Josep Romero (a); Esther Westermeyer (a, b); Gemma García-Parés (b, f)

(a) Servei de Salut Mental. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (Sabadell, Barcelona)

(b) Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental, Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental (Barcelona)

(c) Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (Bellaterra, Barcelona)

(d) Unitat de Subaguts i Hospital de Dia. Centre Numància. San Joan de Dèu Serveis de Salut Mental (Barcelona)

(e) Institut de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona, University of Barcelona, IDIBAPS (Barcelona)

(f) CAP EAE Salut Mental (C/ Dels Escalls, s.n.; AD700 Escaldes- Engordany; Andorra)

Recibido: 29/04/2016 · Aceptado: 07/04/2017

### **Resumen**

Objetivos: Analizar las características descriptivas de los ingresos de Desintoxicación por Alcoholismo u otras Toxicomanías en mujeres que requieren un ingreso hospitalario de desintoxicación en nuestro medio. Diseño: Retrospectivo, incluyendo todas las mujeres ingresadas en la Unidad de Desintoxicación de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) entre enero de 2010 y junio 2013. Utilizamos criterios diagnósticos DSM-IV-TR y una estadística descriptiva. De forma secundaria, se compararon mujeres que habían requerido un ingreso por alcohol como sustancia principal de desintoxicación (APD) y aquellas con alcohol como sustancia única de desintoxicación (AUD) en relación al resto de la muestra. Resultados: Desde Enero de 2010 a Junio de 2013 se realizaron 360 ingresos en la Unidad de Desintoxicación, de los cuales 82 fueron mujeres (22,7%). Se trataba de mujeres de edad media (43,3 años) que ingresaron principalmente para la desintoxicación de más de una sustancia. El tóxico principal fue el alcohol con 67,1% (n=55), seguido de las politoxicomanías que incluyeron casos con abuso de varias sustancias como motivo principal de desintoxicación. A nivel de otra comorbilidad psiquiátrica, las mayoría de las mujeres no presentaban ningún diagnóstico DSM-IV-TR (53,7%, n=44). Las mujeres AUD (n=33) fueron significativamente mayores de edad, utilizaron más benzodiazepinas y tuvieron menos diagnósticos en el Eje II. Conclusiones: El principal motivo de desintoxicación en mujeres de nuestro medio es el alcohol. Existen diferencias significativas entre las mujeres con desintoxicación de alcohol y aquellas con consumos comórbidos de otras sustancias.

Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Dr. Jesús Cobo  
e-mail: jcobo@tauli.cat



### **Palabras Clave**

Ingreso hospitalario, mujer, género, alcohol, comorbilidad.

### **Abstract**

**Objectives:** To analyze the characteristics of inpatient detoxification hospitalizations for alcoholism and other drug addictions in women from our area. **Design:** We use a retrospective design. The subjects were inpatient women hospitalized in the Detoxification Unit at the Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) between January 2010 and June 2013. Diagnoses were made by DSM-IV-TR criteria. The statistics were descriptive. In a secondary analysis, we compared women with alcohol as a principal reason of admission (APD) with women with alcohol as an isolated reason of admission (AUD) in relation with the rest of the sample. **Results:** From January 2010 to June 2013 there were 360 admissions in the Detoxification Unit, 82 of whom were women (22.7%). These were middle-aged women (43.3 years), who were mainly admitted for detoxification from more than one substance. The main drug involved in the abuse was alcohol (67.1%, n=55), followed by multiple drug abuse as a main reason for detoxification. Considering psychiatric comorbidity, most of the women did not display any DSM-IV-TR diagnosis criteria (53.7%, n=44). Women in AUD (n=33) were significantly older, used more benzodiazepines and had fewer Axis II diagnoses. **Conclusions:** The main reason for inpatient detoxification in women in our area is alcohol. There are significant differences between women with alcohol detoxifications and women with comorbid abuse of other substances.

### **Key Words**

Hospitalization, women, gender, alcohol, comorbidity.

## **INTRODUCCIÓN**

Durante los años 70 del pasado siglo, las mujeres se incorporan progresivamente a un consumo más patológico de diversos tóxicos. De hecho, existe una considerable preocupación sobre los cambios en los patrones de consumo de tóxicos, que hasta ahora eran más perjudiciales entre el sexo masculino. Los primeros cambios sustanciales de género se observan entre las mujeres jóvenes y en especial en el consumo de tóxicos ilegales, hasta entonces casi sólo consumidos por la pobla-

ción masculina. Mientras que, en poblaciones más jóvenes, las mujeres se van acercando a la ratio masculina (Romo Avilés, 2006), en poblaciones adultas, las mujeres prefieren el consumo de drogas legales (alcohol, tabaco y tranquilizantes). De momento, en población adulta, los hombres siguen predominando entre los consumidores de drogas ilegales, donde triplican la prevalencia global. Por otra parte, los motivos que llevan a iniciar un consumo de tóxicos entre hombres y mujeres son bastante similares (Romo Avilés, 2006).



Actualmente, el Estado español, la principal sustancia legal de consumo entre las mujeres es el alcohol, seguido del tabaco y de una sustancia ilegal, el cannabis (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013). El resto de los tóxicos de abuso viene detrás, pero se observa un preocupante aumento del consumo de cocaína y tranquilizantes / hipnosedantes. En todos los tóxicos citados existen diferencias de género: en la mayoría de los casos el sexo femenino tiene menor consumo, excepto para el caso de los tranquilizantes / hipnosedantes (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

Aunque las muestras epidemiológicas detectan todavía una mayor prevalencia de alcoholismo entre los hombres respecto de las mujeres, se está observando un aumento de su prevalencia también entre las mujeres (Ávila Escribano y González Parra, 2007; Gruzca, Bucholz, Rice y Beirut, 2008; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Entre las adolescentes europeas, la tasa de consumo de alcohol importante (cinco o más consumos de alcohol en una única ocasión) en los últimos 30 días se ha ido acercando cada más entre chicos y chicas (tendencias en 25 países de 1995 a 2015; ESPAD Report, 2015). Por otra parte, las características del alcoholismo en las mujeres son diferentes (Bríñez-Horta, 2001; Monrás Arnau, 2010).

Aunque clásicamente se consideraba que el alcoholismo femenino tenía una peor evolución (Limosin, 2002), revisiones recientes observan la relevancia de las características de personalidad diferenciales, así como, de momento, una mejor evolución, tasas de abstinencia superiores, e igualmente una menor mortalidad a largo plazo entre las mujeres (Monrás Arnau, 2010).

Por otra parte, las diferencias de género en las conductas de consumo de alcohol siguen

siendo de interés y, de hecho, se encuentran en todas las culturas estudiadas hasta el momento (Holmila y Raitasalo, 2005). Aunque ciertas características todavía buscan una correcta comprensión, estas diferencias en la conducta adictiva de beber se han asociado a variaciones biológicas entre hombres y mujeres. Podría existir una mayor vulnerabilidad de las mujeres para el alcoholismo, pero, por otra parte, las motivaciones de las mujeres en relación al inicio o mantenimiento del consumo también serían diferentes, en relación con los roles específicos de la mujer en otras áreas de la vida. De ésta forma, los aspectos culturales también regulan el comportamiento adictivo de las mujeres en relación al alcohol (Holmila y Raitasalo, 2005).

Existe cierta evidencia sobre una mayor severidad en la adicción a cocaína en mujeres (Robbins, Ehrman, Childress y O'Brien, 1999), así como una cierta mayor prevalencia entre mujeres adolescentes americanas (Kandel, Chen, Warner, Kessler y Grant, 1997) o una mayor tendencia a las recaídas comparadas con los hombres (Fattore, Altea y Fratta, 2008). De hecho, las mujeres podrían tener una mayor vulnerabilidad al abuso de cocaína que los hombres y, de hecho, en muestras de jóvenes norteamericanos, la proporción de mujeres jóvenes con dependencia a cocaína es mayor que entre los hombres jóvenes ( $p < 0.01$ ) (Cotto et al., 2010). Sin embargo, estos datos norteamericanos no se replican en nuestra población adolescente y joven (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013) ni en las muestras europeas recogidas en el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) del European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) (ESPAD Report, 2015). Las bases neurobiológicas de todos estos aspectos sólo están comenzando a ser dilucidadas (Andersen, Sawyer y Howell, 2012).



Respecto del cannabis, en el Estado español continúa siendo la sustancia ilegal más consumida, afectando al 13,6% de los hombres frente al 5,5% de las mujeres, pero, afortunadamente, se ha producido un descenso en el consumo para ambos sexos respecto a los datos del 2009 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013). El problema es que su uso está muy aceptado y normalizado socialmente en el Estado español y, desgraciadamente, el consumo entre las mujeres ha crecido desde las primeras estadísticas realizadas en el año 1995 (Romo Avilés, 2006). Las tasas en otros estados y entornos son variables, pero, por lo menos en los Estados Unidos de Norteamérica, las tasas masculinas siguen siendo significativamente superiores a las femeninas (Haberstick, Young, Zeiger, Lessem Hewitt y Hopfer, 2014). Entre los y las adolescentes europeos, las tasas de consumo de cannabis también han aumentado desde 1995, pero todavía son superiores entre los chicos que entre las chicas (ESPAD Report, 2015).

Existe cierto debate sobre la posible influencia del género a la hora de definir los criterios de abuso y dependencia de cannabis. De hecho, quizás las mujeres necesiten consumos menos frecuentes o intensos para considerarlos como problemáticos (Agrawal y Lynskey, 2007). Estos autores destacan también cómo los efectos negativos del cannabis sobre los hombres pueden implicar más riesgos legales (Fergusson, Swain-Campbell y Horwood, 2003), mientras que en las mujeres implican más riesgos sexuales (relaciones sexuales sin protección) o bien parentales (dificultades para el cuidado de los niños) (Castillo, Tarter, Giancola, Lu, Kirisci y Parks, 1997; Agrawal y Lynskey 2007). El consumo de otras drogas en el Estado español (anfetamínicos, alucinógenos, etc.) no es tan prevalente y las diferencias de género han sido menos estudiadas.

Las diferencias de género en las respuestas fisiológicas y psicológicas a las drogas de abuso están bien documentadas. En éste sentido, los efectos de los estrógenos sobre los sistemas dopaminérgicos de recompensa podrían constituir la base de estas diferencias sexuales. Recientemente, Bobzean, DeNobrega y Perrotti (2014) proponen que las diferencias de género en la adicción se deben a diferencias sexo-dependientes en los sistemas neuronales que median en el refuerzo positivo y negativo, y que estas diferencias son moduladas por las hormonas ováricas. Estos estudios proponen que las bases neuroconductuales moleculares y celulares que guían las conductas motivacionales, hacen que las mujeres sean más vulnerables a desarrollar y sostener una adicción que los hombres (Lynch, Roth y Carroll, 2002; Carroll y Anker, 2010; Anker y Carroll, 2011; Bobzean et al., 2014). Por todo ello, el estudio de las diferencias de género en las conductas adictivas (o de su tratamiento) supone un problema de creciente interés.

La influencia del género en los ingresos de desintoxicación ha sido relativamente poco estudiada. Un estudio clásico ya mostraba cómo las mujeres que ingresaban con problemas de alcoholismo tenían una peor integración social (John, 1987) y, en general, las mujeres que ingresan por problemas de drogas en una Unidad de Desintoxicación, tienen más antecedentes de traumas psicológicos (Hien y Scheier, 1996).

El estudio más amplio sobre diferencias de género en desintoxicación hospitalaria fue realizado por Callaghan y Cunningham, del Departamento de Psicología de la Universidad de Toronto (Canadá). Los autores analizan 2.595 ingresos consecutivos durante tres años en su Unidad, encontrando diferencias significativas entre hombres y mujeres: las mujeres presentan un patrón de consumo diferente, una menor edad de ingreso, dife-



rentes orígenes asistenciales, mayor estatus parental y mayores tasas de desempleo (Cahillan y Cunningham, 2002).

Finalmente, las mujeres presentan una patología dual (esto es, la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental) diferente a los hombres. En mujeres duales existe mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos, mientras que en hombres hay mayor prevalencia de trastornos psicóticos y bipolares. Sin embargo, el pronóstico en la psicosis dual es similar. Al mismo tiempo, el policonsumo es más frecuente entre los varones duales (Miquel et al., 2011).

En éste contexto, nuestro grupo se plantea averiguar las características de los ingresos hospitalarios de desintoxicación en mujeres en nuestro entorno. El objetivo principal sería realizar una aproximación descriptiva de cuáles son las principales sustancias motivo de ingreso, así como las características principales en cuanto a patología dual y comorbilidad. Nuestra hipótesis de partida plantea que existen diferencias significativas en las características principales entre las mujeres que plantean un ingreso de desintoxicación única (o principalmente) por motivo de su alcoholismo y aquellas que necesitan la desintoxicación de otras sustancias.

## MATERIALES Y MÉTODO

Utilizamos un diseño observacional, retrospectivo y descriptivo, sin intervención. Los sujetos fueron mujeres que fueron remitidas para ingreso en nuestra Unidad de Desintoxicación de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Se trataba de mujeres atendidas en diferentes Centros de Atención a las Toxicomanías de la provincia de Barcelona, con diferentes patologías y que solicitaron ingreso por imposibilidad de desintoxicación ambulatoria. En el análisis se incluyeron todas las usuarias atendidas entre enero de 2010 y junio de 2013, con ingresos consecutivos por cualquier tipo de tóxico.

Para la identificación de los casos, utilizamos criterios diagnósticos DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Las variables analizadas fueron de tipo sociodemográfico, toxicológico, clínico y farmacológico (uso y tipo de interdictores). Se recogieron también los antecedentes familiares toxicológicos y la duración de ingreso. Debido a la alta prevalencia del consumo de alcohol en nuestra muestra, consideramos de forma diferenciada a las mujeres que habían requerido un ingreso por alcohol como sustancia principal de desintoxicación (APD) y aquellas con alcohol como sustancia única de desintoxicación (AUD). Se recogieron los datos y se anonimizaron todos los casos.

Debido al tamaño muestral y su heterogeneidad, la estadística realizada fue básicamente descriptiva. De forma secundaria, primero se compararon mujeres que habían requerido un ingreso por alcohol como sustancia principal de desintoxicación (Grupo APD), pero que a su vez podían consumir más de una sustancia contra mujeres que ingresaban para desintoxicación de otras sustancias (Grupo APD,  $n=55$  contra  $n=27$ ), y, posteriormente mujeres con un ingreso motivado únicamente para la desintoxicación de alcohol contra el grupo que no tenían el alcohol como única sustancia de desintoxicación (Grupo AUD,  $n=33$  contra  $n=49$ ). Se utilizaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, UMW, o el Test Exacto de Fisher, TEF) según corresponda. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS v. 19.0.

## RESULTADOS

### Características principales de la muestra

Entre Enero de 2010 y Junio de 2013, se realizaron 360 ingresos consecutivos en la Unidad de Desintoxicación, de los cuales sólo 82 fueron



mujeres (22,7%). Las principales características de la muestra se resumen en las Tablas 1 y 2. Se trataba de mujeres de edad media (43,3 años), que ingresaban principalmente para la desintoxicación de más de una sustancia.

La principal sustancia de abuso consumida fue el tabaco seguido del alcohol, la cocaína y el cannabis (Tabla 1). El tóxico principal consumido como motivo principal de desintoxicación fue el alcohol, en un 67,1% de los casos (n=55), seguido de las mujeres con politoxicomanía, que incluían casos con abuso de varias sustancias.

La edad media de inicio del consumo problemático fue a los 23,8 años, lo cual implica una larga duración media del consumo (Tabla 1).

A nivel de comorbilidad psiquiátrica del Eje I, las mujeres en su mayoría no presentaban ningún diagnóstico (53,7%, n=44), y el resto presentaban diferentes patologías psiquiátricas, sobre todo de la esfera afectiva (Tabla 2). En cuanto a diagnósticos de personalidad en el Eje II, igualmente una gran proporción no presentaba diagnósticos (47,6%, n=39), destacando los diagnósticos del clúster B en el 41,5% restantes (n=34, Tabla 2).

En cuanto a la comorbilidad con patología médica, destacaban la alta proporción de hepatopatía, patología broncopulmonar, hipertensión arterial y dislipemia (Tabla 2). En nuestra muestra, sólo 6,1% (n=5) presentaba serologías positivas para VIH, pero hasta un 15,9% presentaba serologías positivas para VHC (n=13, Tabla 2).

Los antecedentes toxicológicos familiares eran frecuentes (Tabla 1) y hasta un 68,3% (n=56) presentaban importantes problemas a nivel social, familiar o laboral (Tabla 2).

Un importante porcentaje de mujeres precisaron de tratamiento con interdictores al alta (58,6%, n=48), sobre todo disulfiram oral o depot (Tabla 2).

Todas las pacientes finalizaron correctamente el proceso de desintoxicación, excepto una paciente que solicitó el alta voluntaria por motivos personales. No se detectó ningún efecto secundario grave ni mortalidad asociada a la desintoxicación o el tratamiento en nuestra muestra.

### **Alcohol como sustancia principal de desintoxicación (APD)**

Este grupo incluye personas con un ingreso motivado por la desintoxicación principalmente de alcohol, pero que a su vez podían consumir más de una sustancia. Concretamente, incluimos personas con consumo problemático de cocaína, cannabis u otros (Tabla 1), aunque en menor proporción. La única sustancia que consumían en mayor proporción era las benzodiazepinas, pero en este caso muchas veces eran recetadas por su terapeuta o se utilizaban como automedicación y no fue posible diferenciar ambos usos. En esta muestra de mujeres APD (55 casos), la edad media fue significativamente mayor (UMW=320,0,  $p<0.001$ ; Tabla 1), que en aquellas que no tenían el alcohol como sustancia principal de desintoxicación (27 casos).

La edad de inicio del consumo problemático fue a los 24,9 años, sin diferencias significativas respecto del resto que no tenían el alcohol como principal sustancia de desintoxicación (UMW=406,0,  $p=0.001$ ; Tabla 1).

A nivel de comorbilidad psiquiátrica del Eje I, las mujeres en su mayoría tampoco presentaban ningún diagnóstico (52,7%, n=29), y además no había diferencias significativas respecto del resto que no tenían el alcohol como principal sustancia de desintoxicación (TEF,  $p=1,000$ ; Tabla 2). En cuanto a diagnósticos de personalidad en el Eje II, sí que había diferencias significativas, y las mujeres del grupo APD mostraban significativamente menos diagnósticos en el Eje II (58,2%, n=32), en especial menos diagnósticos del clúster B (TEF,  $p=0,009$ ; Tabla 2).

**Tabla I.** Características sociodemográficas, clínicas y toxicológicas

	<b>Toda la muestra (n = 82)</b>	<b>Alcohol como sustancia principal de desintoxicación (n = 55)</b>	<b>Alcohol como sustancia única de desintoxicación (n = 33)</b>
<b>Edad:</b> media (DE), rango	43.3 (11.4), 20-67	47.0 (10.6) ****, 27-67	50.3 (10.6)****, 28-67
<b>Días de ingreso:</b> media (DE), rango	11.9 (5.3), 3-38	10.9 (3.3) <sup>ns</sup> , 3-18	10.8 (3.1) <sup>ns</sup> , 5-16
<b>Sustancias abuso (a):</b>			
<i>Alcohol (n, %)</i>	66 (80.5 %)	55 (100 %)	33 (100 %)
UBE alcohol/día: media (DE), rango	14.7 (8.8), 1-40	15.1 (8.9) <sup>ns</sup> , 4-40	13.0 (8.0) <sup>ns</sup> , 4-40
<i>Tabaco (n, %)</i>	64 (87.1 %)	48 (87.2 %) <sup>ns</sup>	27 (81.8 %) <sup>ns</sup>
Nº Cigarrillos tabaco/día: media (DE), rango	27.6 (15.5), 5-80	30.5 (15.8) <sup>ns</sup> , 10-80	29.6 (12.4) <sup>ns</sup> , 15-60
<i>Cocaína (n, %)</i>	36 (43.9 %)	15 (27.3 %)****	-
Gramos cocaína/día: media (DE), rango	1.1 (0.8), 0.25-3	0.5 (0.2) <sup>ns</sup> , 0.25-1	-
<i>Benzodiazepinas (c) (n, %)</i>	33 (40.2 %)	23 (41.8 %) ****	10 (30.3 %)****
Equiv. Diazepam mg/día: media (DE), rango	47.4 (83.7), 5-400	14.5 (10.5) *, 5-35	14.1 (12.0) <sup>ns</sup> , 5-35
<i>Cannabis (n, %)</i>	21 (25.6 %)	7 (12.7 %) ****	-
Nº Cigarrillos cannabis/día: media (DE), rango	4 (5.7), 1-20	5.3 (7.3) <sup>ns</sup> , 1-20	-
<i>Heroína (n, %)</i>	11 (13.4 %)	1 (1.8 %)****	-
Gramos heroína/día: media (DE), rango	1.0 (0.9), 0.5-3	0.5 -	-
<i>Anfetamínicos (n, %)</i>	4 (4.9 %)	1 (1.8 %) <sup>ns</sup>	-
<i>Éxtasis (n, %)</i>	2 (2.4 %)	1 (1.8 %) <sup>ns</sup>	-
<i>Analgésicos Opioides (n, %)</i>	1 (1.2 %)	-	-
Nº total de <b>sustancias</b> (a): media (DE), rango	1.9 (1.3) 1-6	1.5 (0.9)**** 1-4	1****
<b>Tóxico principal de desintoxicación:</b>			
Alcohol	55 (67.1 %)	55 (100 %)	33 (100 %)
Cocaína	6 (7.3 %)	-	-
Heroína	2 (2.4 %)	-	-
Benzodiazepinas	1 (1.2 %)	-	-
Anfetamínicos	1 (1.2 %)	-	-
Analg. Opioides	1 (1.2 %)	-	-
Politoxicomanía (b)	16 (19.5 %)	-	-
<b>Edad de inicio</b> (d): media (DE), rango	23.8 (11.5) 12-52	24.9 (11.9) <sup>ns</sup> 12-52	25.8 (12.7) <sup>ns</sup> 12-52
<b>Duración del consumo</b> (d): media (DE), rango	19.3 (13.2) 1-50	21.6 (14.7) <sup>ns</sup> 1-50	24.2 (16.2) <sup>ns</sup> 1-50
<b>Antecedentes Toxicológicos</b>	33 (41.3 %)	25 (45.5 %) <sup>ns</sup>	15 (45.5 %) <sup>ns</sup>
<b>Familiares</b>			

DE: Desviación estándar. UBE alcohol/día: Unidad de Bebida Estándar de alcohol, día. (a) Incluye todas las sustancias de consumo patológico aunque no sean el motivo principal de ingreso, incluido el tabaco y las benzodiazepinas sin consumo abusivo. (b) Incluye casos con varias sustancias como motivo principal de desintoxicación. (c) Incluye benzodiazepinas en uso terapéutico no abusivo. (d) Edad de inicio y duración del consumo del tóxico principal motivo de ingreso. Resultados comparativos respecto del resto de la muestra: <sup>ns</sup> No significativo; \* Significación <0.05; \*\* Significación <0.01; \*\*\* Significación <0.005; \*\*\*\* Significación <0.001.

**Tabla 2.** Comorbilidad psiquiátrica y somática

Diagnósticos comórbidos	Toda la muestra (n = 82)	Alcohol como sustancia principal de desintoxicación (n = 55)	Alcohol como sustancia única de desintoxicación (n = 33)
<b>Eje I:</b>			
NO diagnóstico	44 (53.7 %)	29 (52.7 %) <sup>ns</sup>	17 (51.5 %) <sup>ns</sup>
T.A. Unipolar (a)	17 (20.7 %)	12 (21.8 %) <sup>ns</sup>	8 (24.2 %) <sup>ns</sup>
Trast. Bipolar	6 (7.3 %)	5 (9.1 %) <sup>ns</sup>	3 (9.1 %)
ESQZ y otras psicosis	7 (8.5 %)	4 (7.3 %)	1 (3.0 %)
TDHA	3 (3.7 %)	2 (3.6 %)	1 (3.0 %)
Trast. de Pánico	2 (2.4 %)	2 (3.6 %)	2 (6.1 %)
TCA	4 (4.9 %)	3 (5.5 %)	2 (6.1 %)
<b>Eje II:</b>			
NO diagnóstico	39 (47.6 %)	32 (58.2 %) <sup>**</sup>	22 (66.7 %) <sup>**</sup>
TPCB	34 (41.5 %)	17 (30.9 %) <sup>**</sup>	7 (21.2 %) <sup>**</sup>
TPM	9 (8.8 %)	5 (9.1 %) <sup>ns</sup>	4 (12.1 %)
TPO	1 (1.2 %)	1 (1.8 %)	-
<b>Serologías:</b>			
VIH (+)	5 (6.1 %)	-	-
VHC (+)	13 (15.9 %)	2 (3.6 %)	1 (3.0 %)
<b>Enf. sistémicas:</b>			
Hipertensión Arterial	12 (14.6 %)	12 (21.8 %) <sup>***</sup>	8 (24.2 %) <sup>*</sup>
Dislipemias	15 (18.3 %)	15 (27.3 %) <sup>***</sup>	10 (30.9 %) <sup>*</sup>
Pat. Cardiovascular (b)	2 (2.4 %)	2 (3.6 %)	1 (3.0 %)
Diabetes Mellitus	3 (3.7 %)	3 (5.5 %)	3 (9.1 %)
Hepatopatía (c)	18 (22.0 %)	13 (23.6 %) <sup>ns</sup>	10 (30.3 %) <sup>ns</sup>
Pat. Neurológica	7 (8.5 %)	6 (10.9 %) <sup>ns</sup>	3 (9.1 %)
Pat. Broncopulmonar	12 (14.6 %)	9 (16.4 %) <sup>ns</sup>	5 (15.2 %) <sup>ns</sup>
Pat. Tiroidea	4 (4.9 %)	3 (5.5 %)	1 (3.0 %)
Pat. Osteoarticular	8 (9.8 %)	8 (14.5 %) <sup>*</sup>	4 (12.1 %)
<b>Problemas de soporte social, familiar o laboral</b>	56 (68.3 %)	34 (61.8 %) <sup>ns</sup>	16 (48.5 %) <sup>**</sup>
<b>Interdictores al alta</b>			
NO interdictor Disulfiram v.o.	34 (41.4 %)	11 (20.0 %) <sup>****</sup>	8 (24.2 %) <sup>*</sup>
Disulfiram Depot i.m.	27 (32.9 %)	24 (43.6 %) <sup>**</sup>	16 (48.5 %) <sup>*</sup>
Disulfiram Depot i.m.	16 (19.5 %)	16 (29.1 %) <sup>**</sup>	7 (21.2 %) <sup>ns</sup>
Carbimida v.o.	5 (6.1 %)	4 (7.3 %)	2 (6.1 %)

DE: Desviación estándar. (a) Trastorno Afectivo Unipolar incluye Depresión Mayor y otros Trastornos Ansioso-Depresivos. ESQZ: Esquizofrenia. TDHA: Trast. de Hiperactividad y Déficit de Atención. TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria. TPCB: Trastorno de Personalidad del Clúster B. TPM: Trastorno de Personalidad Mixto. TPO: Trastorno de Personalidad Orgánico. (b) Excluida únicamente Hipertensión Arterial. (c) Hepatopatías de diverso origen son incluir las hepatopatías VHC (+). V.o.: Vía oral; i.m.: Vía intramuscular. Comparativa respecto del resto de la muestra: <sup>ns</sup> No significativo; <sup>\*</sup> Significación <0.05; <sup>\*\*</sup> Significación <0.01; <sup>\*\*\*</sup> Significación <0.005; <sup>\*\*\*\*</sup> Significación <0.001.



En cuanto a la comorbilidad física, las mujeres APD mostraban una presencia significativamente mayor hipertensión arterial, dislipemia y patología osteoarticular (Tabla 2), quizás debido a una mayor media de edad. Por otra parte, ninguna de ellas presentaba serologías positivas para VIH, y sólo un 3,6% ( $n=2$ ) presentaba serologías positivas para VHC, probablemente debido a las diferencias de riesgo de los diferentes tóxicos (Tabla 2).

Los antecedentes toxicológicos familiares también eran frecuentes (Tabla 1), pero sin diferencias significativas entre grupos (TEF,  $p=0,330$ ), y los mismo sucedía en cuanto a los problemas a nivel social, familiar o laboral (TEF,  $p=0,083$ ;Tabla 2).

Lógicamente, un porcentaje significativamente mayor de mujeres del grupo APD precisaron de tratamiento con interdictores al alta (80%,  $n=44$ ), sobre todo disulfiram oral o depot, a diferencia de aquellas donde el alcohol no era la sustancia principal de desintoxicación ( $p<0,001$ ;Tabla 2).

### **Alcohol como sustancia única de desintoxicación (AUD)**

Éste análisis separa a usuarias con un ingreso motivado únicamente por la desintoxicación de alcohol, del resto que podían consumir otras sustancias. Aceptamos en este grupo el consumo de tabaco o benzodiazepinas ya que, por una parte, no se realizaron ningún ingreso con el objetivo de abandono del tabaco y, además las benzodiazepinas eran frecuentemente el tratamiento pautado por sus especialistas en el período previo al ingreso sin poder diferenciar aquellas pacientes que realizaban un abuso y aquellas que consumían únicamente las dosis pautadas (Tabla 1). De hecho, la única sustancia que consumían en mayor proporción en el grupo AUD era las benzodiazepinas, pero las dosis no eran significativamente diferentes respecto de las

mujeres que habían requerido un ingreso por alcohol como sustancia principal de desintoxicación (APD) (Equivalentes de Diacepam en mg/día,  $UMW=36,00$ ;  $p=0.023$ ; Tabla 1). En esta muestra de mujeres AUD (33 casos), la edad media fue incluso significativamente mayor ( $UMW=348,00$ ;  $p<0.001$ ; Tabla 1), que en aquellas que no tenían el alcohol como única sustancia de desintoxicación (49 casos).

La edad de inicio del consumo problemático fue algo más tarde (25,8 años), pero sin diferencias significativas respecto del resto que no tenían el alcohol como única sustancia de desintoxicación ( $UMW=455,00$ ;  $p=0.245$ ; Tabla 1).

A nivel de comorbilidad psiquiátrica del Eje I, las mujeres AUD en su mayoría tampoco presentaban ningún diagnóstico (51,5%,  $n=17$ ), y además tampoco había diferencias significativas respecto del resto que no tenían el alcohol como única sustancia de desintoxicación (TEF;  $p=0.823$ ; Tabla 2). En cuanto a diagnósticos de personalidad en el Eje II, al igual que en el análisis del grupo APD, encontrábamos que había diferencias significativas, y las mujeres del grupo AUD mostraban significativamente menos diagnósticos en el Eje II (66,7%,  $n=22$ ) y en especial menos diagnósticos del clúster B que aquella no-AUD (TEF;  $p=0.007$ ; Tabla 2).

En cuanto a la comorbilidad física, las mujeres AUD también mostraban una presencia significativamente mayor hipertensión arterial y dislipemia y (Tabla 2), quizás debido también a una mayor edad media. Por otra parte, ninguna de ellas tampoco presentaba serologías positivas para VIH, y sólo un caso (3,0%) presentaba serología positiva para VHC (Tabla 2).

Los antecedentes toxicológicos familiares eran frecuentes (Tabla 1), pero sin diferencias significativas entre grupos (TEF;  $p=0.330$ ). Sin embargo, los problemas de soporte a nivel social, familiar o laboral eran significativamente menores (TEF;  $p=0.003$ ; Tabla 2).



También lógicamente, un porcentaje significativamente mayor de mujeres del grupo AUD precisaron de tratamiento con interdictores al alta (75,8%, n=25), que aquellas donde el alcohol no era la única sustancia principal de desintoxicación (TEF;  $p=0.012$ ; Tabla 2).

## DISCUSIÓN

Los programas de ingreso hospitalario para el abordaje de las adicciones suponen un importante paso, y a veces el primero realmente útil, para abordar los procesos adictivos graves, en especial aquellos más complejos donde han fracasado todas las estrategias ambulatorias, donde existe un riesgo vital evidente o una posibilidad cierta de abandono del proceso. La muestra de mujeres que precisaron ingresos en nuestra Unidad de Desintoxicación hospitalaria, incluye mujeres de edad media que ingresaron principalmente para la desintoxicación de alcohol, pero también otras que precisaron de desintoxicación del alcohol y de más de una sustancia.

En nuestra muestra, el tóxico principal de desintoxicación fue el alcohol y, en menor medida, la cocaína u otros. No hubo una presencia importante de opiáceos como sustancia principal de desintoxicación. Además, se observó un patrón de consumo asociado diferente. Aunque el cannabis estaba presente en muchos casos de policonsumo, no motivó ningún ingreso hospitalario por sí mismo. El uso de benzodiazepinas también fue bastante prevalente, pero sólo representó motivo de ingreso en un caso y en otros era prescrita como parte del tratamiento previo.

Estos datos están en relación con los consumos patológicos detectados en nuestra población general (Estudio EDADES; Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2013). Las diferencias de género en el consumo en población general de nuestra

población son evidentes, como ya han sido citadas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Se constata que hay diferencias en el uso de drogas según el sexo del encuestado, y en general hay más riesgo de consumo de tóxicos en los hombres, a excepción de los hipnosedantes. El consumo de hipnosedantes entre las mujeres es 7,7 puntos mayor que entre los hombres (15,3% y 7,6% respectivamente, si consideramos únicamente los últimos 12 meses). Respecto al tabaco, el estudio español del 2013 muestra que, aunque los hombres obtienen un porcentaje de consumo 8,2 puntos mayor en los últimos 12 meses que en las mujeres (44,2% y 36,0%, respectivamente). Esta diferencia en el consumo de tabaco se ha reducido respecto a los datos del año 2009, debido principalmente al descenso de consumo que se produce entre hombres. Actualmente, la proporción de hombres que consumen tabaco con respecto a la de mujeres es la misma: 1,23 hombres por cada mujer, tanto en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

En relación al consumo de alcohol, los datos poblacionales de los últimos 12 meses muestran una prevalencia de consumo del 83,2% en los hombres, frente al 69,9% en las mujeres. Si nos centramos en los últimos 30 días, la diferencia se hace mayor (73,2% en hombres vs 51,2% en mujeres), similar, como refiere el estudio, a la que se produce en años anteriores (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

Continuando con estos datos poblacionales, en las otras drogas ilegales de abuso, la prevalencia entre los hombres al menos duplica a la de las mujeres en todas las sustancias estudiadas, con excepción de los hipnosedantes sin receta (ya citado) y destacando los casos de consumo de alucinógenos o anfetamínicos. El número de hombres que



consumen dichas sustancias triplica al de las mujeres. En el caso de la cocaína en polvo, el consumo en los últimos 12 meses es cuatro veces mayor en hombres que en mujeres (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

Un tóxico de especial interés es el cannabis y su relación con el género. Como destaca Romo Avilés (2006), el cannabis es la única sustancia de consumo ilegal que aumenta su prevalencia de consumo en la mujer de manera constante en los últimos años. Los datos recientes muestran que el cannabis se encuentra extendido entre un 13,6% de los hombres, frente al 5,5% en las mujeres, habiéndose producido un descenso en su consumo respecto a 2009 en los dos sexos (10,2% hombres y 3,8% en mujeres, durante los últimos 30 días) (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

Los jóvenes de nuestra población presentan un panorama totalmente diferente (Estudio ESTUDES). Entre los estudiantes de 14 a 18 años, el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes (sustancias "legales") son más consumidas por las mujeres para todos los tramos temporales considerados, y en especial en el caso de los hipnosedantes. En el resto de sustancias ilegales, como el cannabis, los hombres continúan con mayores prevalencias y la brecha en el consumo de cannabis se ha aumentado: las adolescentes y mujeres jóvenes continúan con menores consumos (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

Existen diversos estudios previos en nuestro medio sobre el impacto del alcoholismo en las mujeres. Aparte de los citados en la introducción, destacaremos los realizados en nuestro medio. El estudio de Escribano y González (2007) en población española (Unidad de Alcoholismo de Salamanca), permite detectar interesantes diferencias de género en la enfermedad alcohólica. Se trataba de

un estudio comparativo de las características de la enfermedad alcohólica de 413 pacientes (87,4% varones y 12,4% mujeres), que fueron atendidos en dicha Unidad desde Junio del 2002 hasta Diciembre del 2004. Las mujeres iniciaron el consumo de alcohol significativamente más tarde que los hombres (19,61 y 16,90 años respectivamente;  $p < 0,008$ ), también mostraban una mayor edad cuando el patrón de consumo se volvió problemático (30,93 y 24,68 años;  $p < 0,003$ ), llevaban menos años de consumo cuando entraron en el programa (13,26 versus 17,85 años;  $p < 0,02$ ) y consumían menos gramos de alcohol (117,70 y 133,80 gramos, respectivamente; diferencias no significativas).

Las mujeres obtenían significativamente más puntuación que los hombres en la patología psiquiátrica, pero los hombres afectados de alcoholismo presentaban más problemas legales (Escribano y González, 2007).

Por otra parte, Bríñez-Horta (2001), encuentra interesantes diferencias de género en los problemas con el alcohol según el nivel de consumo en una muestra de 910 estudiantes universitarios. Los hombres presentaron un mayor riesgo de intoxicación, de abuso y de dependencia alcohólica, principalmente bajo un consumo ocasional, ligero y frecuente. Las mujeres presentaron un mayor riesgo de aparición de los signos fisiológicos de intoxicación y los hombres un mayor riesgo de pérdida del autocontrol.

En otras muestras internacionales, las mujeres alcohólicas en general iniciaron más tarde el consumo, iniciaron más tarde el alcoholismo, bebían menos cantidad, tenían una menor duración del alcoholismo, menor síndrome de abstinencia y menor aislamiento social, pero tuvieron menos acceso a un tratamiento eficaz que los hombres (Preuss et al., 2009; Greenfield, Pettinati, O'Malley, Randall y Randall, 2010).



La personalidad puede influir en determinados aspectos diferenciales del alcoholismo según el sexo. Un estudio previo de 1.079 pacientes (hombres y mujeres) ingresados en tres Centros universitarios de Alemania (Ludwig-Maximilians de Munich,  $n=386$ ; Gutenberg de Mainz,  $n=202$ ; y Regensburg,  $n=491$ ), demostró la presencia de una alta prevalencia (60%) de Trastornos de Personalidad (TP) del Eje II de los pacientes. Además, se encontraron diferencias de género relevantes, pero sólo en relación al Clúster B. Mientras los hombres cumplieron más frecuentemente criterios diagnósticos de Trastorno Antisocial y Narcisista, las mujeres alcohólicas ingresadas cumplieron significativamente más los criterios para Trastorno Límite de la Personalidad que los hombres. Por otra parte, aunque las mujeres tenían un menor porcentaje de Trastorno Antisocial de la Personalidad, cuando aparecía (aproximadamente el 10%), ésta característica influía decisivamente en una mayor severidad del alcoholismo (Preuss et al., 2009). Estos datos replican unos previos del estudio norteamericano de Morgenstern y colaboradores (Morgenstern, Langenbucher, Labouvie y Miller, 1997).

Sin embargo, estas diferencias diagnósticas de grupo (clúster) eran poco relevantes en cuanto a los efectos del TP en general sobre la evolución de los pacientes. Hombres y mujeres alcohólicos afectados de TP tienen una menor edad, un mayor consumo diario y mayor comorbilidad (Preuss et al., 2009). Los hombres afectados de TP tienen un inicio más precoz del consumo, suelen vivir solos, presentan una mayor tolerancia al alcohol, más dificultades para la abstinencia y una peor funcionalidad. Las mujeres alcohólicas afectas de TP iniciaron más precozmente el consumo de alcohol que aquellas sin Trastorno (16.99 vs. 19.81) (Preuss et al., 2009).

En nuestra muestra podemos observar una presencia importante de TP, especialmen-

te del Clúster B, pero no hay presencia tan importante quizás, como en otras muestras citadas. Además, se observan diferencias respecto a la sustancia principal de desintoxicación (Tabla 2). En nuestra muestra, se observan también interesantes datos a nivel de la comorbilidad de otras patologías psiquiátricas del Eje I. Como destacan Laia Miquel et al. (2011), existe todavía una controversia acerca de si la patología dual es más frecuente en varones o en mujeres. Los autores destacan cómo las diferencias pueden deberse a factores organizativos (el lugar donde los estudios se realicen) u otros, ya que los datos epidemiológicos generales no presentan grandes variaciones de género entre pacientes duales y no duales. En unidades de psiquiatría general, se detectan más hombres duales que mujeres, mientras que en unidades de ingreso de adicciones, se detecta lo inverso.

Entre los pacientes duales, nuestra muestra encuentra una alta proporción de patología afectiva unipolar, y menos trastornos bipolares o psicóticos. La revisión de Miquel et al. (2011), muestra cómo las pacientes con trastorno afectivo dual tienen mayor riesgo de realizar intentos suicidas o suicidios consumados y además presentan frecuentemente un patrón de automedicación y consumo compulsivo. Igualmente, propone que los trastornos afectivos duales en las mujeres serían primarios (primero el trastorno afectivo y subsecuentemente el consumo problemático), mientras que los hombres duales serían predominantemente secundarios al consumo y por ello más difíciles de tratar.

En nuestra muestra también, a nivel de otra comorbilidad psiquiátrica, las mayoría de las mujeres no presentaban ningún diagnóstico DSM-IV-TR exceptuando sus adicciones, pero sí presentaban una importante comorbilidad con patología médica (Tabla I). Entre la patología dual del Eje I (Trastorno



Mentales mayores) detectada en el resto, se encuentran sobre todo trastornos afectivos y de ansiedad, y, en menor medida, trastornos psicóticos. Por lo tanto, sería similar a otras muestras duales. No se observan diferencias significativas entre las mujeres donde el alcohol era la única sustancia principal de desintoxicación (AUD) y aquellas que no (Tabla 2). Como ya hemos citado, sí que se encuentran diferencias significativas en el Eje II (Trastornos de la Personalidad): las mujeres AUD tienen menos diagnósticos en el Eje II (Tabla 2), y menores que en otras muestras europeas (Preuss et al., 2009).

Un importante porcentaje de mujeres de nuestra muestra precisaron de tratamiento con interdictores al alta (58,6%), sobre todo disulfiram oral o depot (Tabla 2). Aunque el objetivo de nuestro estudio no era determinar diferencias de género en la efectividad de las desintoxicaciones, de hecho, existe un debate sobre el efecto del disulfiram (y otros tratamientos) según el sexo. DeVito y colaboradores (DeVito, Babuscio, Nich, Ball y Carroll, 2014) proponen que el disulfiram obtiene peores resultados en el tratamiento de las adicciones en mujeres, mientras que las terapias conductuales funcionarían por igual, y, por tanto, la indicación debe hacerse también teniendo en cuenta éste factor de género.

Por otra parte, Greenfield et al. (2010), no encuentra diferencias de género en el tratamiento del alcoholismo con terapia combinada conductual y farmacológica (naltrexona o acamprosato). Nich y colaboradores (Nich, McCance-Katz, Petrakis, Cubells, Rounsaville y Carroll, 2004) tampoco encuentran especiales diferencias de género en el uso de disulfiram para la prevención del consumo de cocaína, pero, en todo caso, el uso de disulfiram permite reducir el consumo de cocaína en hombres y mujeres.

En resumen, como destacaba Kranzler (2000), es necesaria una atención mayor a las

diferencias de tratamiento entre hombres y mujeres, así como la atención a las minorías étnicas y raciales, las poblaciones jóvenes y las poblaciones geriátricas, cada una con sus especiales características y problemáticas.

Como hemos citado, la influencia del género en los ingresos de desintoxicación ha sido relativamente poco estudiada. Ya hemos citados los principales resultados de los estudios de John (1987), Hien y Scheier (1996) y Preuss et al. (2009). En los siguientes párrafos nos centraremos en los resultados de la muestra de Callaghan y Cunningham (2002), del Prince George Regional Hospital (Toronto, Canada). Las mujeres que ingresaron para desintoxicación de drogas, tuvieron diferentes patrones de consumo que los hombres (más cocaína y opiáceos y menos alcohol), una edad menor, mayor status parental, mayor desempleo y mayor origen étnico aborígen canadiense.

Los autores encuentran más semejanzas que diferencias entre hombres y mujeres ingresados para desintoxicación entre los problemas médicos. Las mujeres muestran sólo mayor proporción de asma y menor de hipertensión (Callaghan y Cunningham, 2002). Por otra parte, las enfermedades médicas y serologías descritas entre las mujeres del estudio de Callaghan y Cunningham (2002), son muy similares a nuestra propia muestra (Tabla 2).

Las principales sustancias de desintoxicación en las mujeres ( $n = 443$ ) del estudio de Callaghan y Cunningham (2002), fueron el alcohol (53,5%), seguidas por la cocaína (22,8%), los opiáceos (14,7%) y las benzodiazepinas (4,5%), con un 57,1% de policonsumo. En nuestra muestra (Tabla 1), las principales sustancias de desintoxicación en mujeres son diferentes. Quizás la prevalencia de alcohol problemático (como motivo principal de ingreso) sea similar pero en todo caso, las prevalencias de consumo problemá-



tico de cocaína y opiáceos son mayores. Por lo tanto, pueden existir otros factores de tipo social, cultural u organizativo que expliquen estas diferencias.

Evidentemente, nuestro estudio cuenta con importantes limitaciones, la menor de las cuales es el tamaño final de la muestra. Otras limitaciones son la característica local de los resultados y el análisis fundamentalmente retrospectivo y descriptivo, similar, sin embargo, a la mayoría de los estudios previos publicados. Sin embargo, la falta de estudios en nuestro medio o de muestras internacionales específicamente centradas en los aspectos de género, añaden un interés mayor a nuestros resultados.

Como conclusiones, resaltar que el principal motivo de desintoxicación en mujeres de nuestro medio fue el alcohol y que existen diferencias significativas entre las mujeres con desintoxicación de alcohol y aquellas con consumos comórbidos de otras sustancias.

Estas diferencias reflejan diferentes poblaciones respecto de la patología adictiva grave, detectando un patrón diferente de mujer adicta al alcohol y aquellas con adicciones múltiples o por otras sustancias. Estos aspectos permiten coordinar los equipos de atención ambulatoria, y establecer planes terapéuticos diferenciales en función del género.

Por otra parte, la desintoxicación hospitalaria de mujeres afectas de adicciones graves, y en ocasiones complejas, es un método seguro y bien aceptado por nuestras usuarias.

## DECLARACIÓN DE INTERESES

Ninguna a efectos de este estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, A. y Lynskey, M.T. (2007). Does gender contribute to heterogeneity in criteria for cannabis abuse and dependence? Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 300-307.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fourth Edition, Text Revised*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Andersen, M.L., Sawyer, E.K. y Howell, L.L. (2012). Contributions of neuroimaging to understanding sex differences in cocaine abuse. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20, 2-15.
- Anker, J. J. y Carroll, M. E. (2011). Females are more vulnerable to drug abuse than males: evidence from preclinical studies and the role of ovarian hormones. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 8, 73-96.
- Ávila Escribano, J. J. y González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19, 383-392.
- Bobzean, S. A., DeNobrega, A. K. y Perrotti, L. I. (2014). Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Experimental Neurology*, 259, 64-74.
- Bríñez-Horta, J. A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13, 439-455.



- Callaghan, R. C. y Cunningham, J. A. (2002). Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 399-407.
- Carroll, M. E. y Anker, J. J. (2010). Sex differences and ovarian hormones in animal models of drug dependence. *Hormones and Behavior*, 58, 44-56.
- Castillo, M. A., Tarter, R. E., Giancola, P. R., Lu, S., Kirisci, L. y Parks, S. (1997). Substance use and risky sexual behavior in female adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 157-166.
- Cotto, J.H., Davis, E., Dowling, G. J., Elcano, J. C., Staton, A. B. y Weiss, S.R. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine*, 7, 402-413.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2013). *Informe 2013, Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.mssi.gob.es>
- DeVito, E. E., Babuscio, T. A., Nich, C., Ball, S. A. y Carroll, K. M. (2014). Gender differences in clinical outcomes for cocaine dependence: randomized clinical trials of behavioral therapy and disulfiram. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 156-167.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). (2015). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Recuperado de <http://www.espad.org/report/about-report>
- Fattore, L., Altea, S. y Fratta, W. (2008). Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies. *Womens Health*, 4, 51-65.
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R. y Horwood, L. J. (2003). Arrests and convictions for cannabis related offences in a New Zealand birth cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 70, 53-63.
- Greenfield, S. F., Pettinati, H. M., O'Malley, S., Randall, P.K. y Randall, C. L. (2010). Gender differences in alcohol treatment: an analysis of outcome from the COMBINE study. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 34, 1803-1812.
- Gruzca, R. A., Bucholz, K. K., Rice, J. P. y Beirut, L.J. (2008). Secular trends in the lifetime prevalence of alcohol prevalence in the United States: A Re-evaluation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 763-770.
- Haberstick, B. C., Young, S. E., Zeiger, J. S., Lessem, J. M., Hewitt, J. K. y Hopfer, C. J. (2014). Prevalence and correlates of alcohol and cannabis use disorders in the United States: results from the national longitudinal study of adolescent health. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 158-161.
- Hien, D. y Scheier, J. (1996). Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 227-231.



- Holmila, M. y Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction*, 100, 1763-1769.
- John, U. (1987). Alcohol-dependent men and women in detoxification: some comparisons. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 11, 155-157.
- Kandel, D., Chen, K., Warner, L.A., Kessler, R.C. y Grant, B. (1997). Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 11-29.
- Kranzler, H. R. (2000). Pharmacotherapy of alcoholism: gaps in knowledge and opportunities for research. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 537-547.
- Limosin, F. (2002). Spécificités cliniques et biologiques de l'alcoolisme de la femme. *L'Encephale*, 28, 503-509.
- Lynch, W. J., Roth, M. E. y Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology (Berl)*, 164, 121-137.
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C. y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23, 165-172.
- Monrás Arnau, M. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones* 22, 339-352.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E. y Miller, K.J. (1997) The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol.* 1997 Feb;106(1):74-84.
- Nich, C., McCance-Katz, E F., Petrakis, I. L., Cubells, J. F., Rounsaville, B. J. y Carroll, K. M. (2004). Sex differences in cocaine-dependent individuals' response to disulfiram treatment. *Addictive Behaviors*, 29, 1123-1128.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES*. Recuperado de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf)
- Preuss, U. W., Johann, M., Fehr, C., Koller, G., Wodarz, N., Hesselbrock, V.,... Soyka M. (2009). Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity. *European Addiction Research*, 15, 188-195.
- Robbins, S. J., Ehrman, R. N., Childress, A.R. y O'Brien, C. P. (1999). Comparing levels of cocaine cue reactivity in male and female outpatients. *Drug and Alcohol Dependence*, 53, 223-230.
- Romo Avilés, N. (2006). Mujeres: Mirando desde el género los usos de drogas. En J. C. Pérez de los Cobos Peris, J.C. Valderrama Zurián, G. Cervera Martínez y G. Rubio Valladolid (Eds.). *Tratado SET de Trastornos Adictivos. Tomo II* (pp. 522-526. Madrid: Editorial Médica Panamericana.