

# Alcohol, cocaína y mujer

Pedro Cuadrado Callejo.  
Servicio de Salud Mental Vallecas Villa

Los datos disponibles de la última Encuesta Domiciliaria de Abuso de Drogas en España (EDADES), la de 2003, pone de manifiesto que el 52.1% de las mujeres había consumido alcohol en los últimos 30 días, frente a un 75.8% de los hombres., que venía a coincidir con las tasas de consumo en fin de semana, mientras que el consumo diario lo hacían un 6.2% frente a un 21.9% de los hombres y un 3.1% de las mujeres cumplían criterios de Consumo de Riesgo (más de 4 Unidades de Bebida Estándar ó 40 gramos/día) frente a un 7.4% de los hombres. En la mujer el grupo de Gran Riesgo (más de 8 Unidades de Bebida Estándar ó 80 gramos /día) suponen un 1.7% y se localiza en el grupo de 15 a 19 años, disminuyendo bastante a partir de los 39 años, situándose alrededor del 1%. Respecto a la cocaína los datos de consumo en el último mes, que coinciden con los de la última semana, se sitúan en el 0.5% en la mujer frente al 1.6% en el hombre. La edad de inicio es similar en el hombre que en la mujer, alrededor de los 21 años y su forma de consumo es esporádica, fundamentalmente de fin de semana. El avance de datos de la Encuesta Domiciliaria de 2005 confirma los datos de consumo de alcohol; pero señala un fuerte incremento del consumo de cocaína que pasa desde un 1.1% del total en el último mes, en el 2003, a un 1.6%. Esto tiene una repercusión directa en la clínica, donde la búsqueda de tratamiento para desintoxicación por cocaína se ha duplicado en los últimos 3 años y ya supone el 40% de todas las demandas de desintoxicación. Sin embargo, las mujeres están infrarrepresentadas en las muestras en tratamiento donde no llegan a una de cada 5 mientras que la prevalencia de consumos habituales supone un poco menos de una mujer por cada 3 hombres.

Desde el punto de vista de la asociación entre alcohol y cocaína, los datos epidemiológicos ponen de manifiesto que entre los consumidores de alcohol un 3.4% consumen cocaína y entre los consumidores de cocaína en polvo un 98.3% consumen alcohol y un 100% de los consumidores de cocaína base. Este hecho se ha puesto de manifiesto en otros estudios y coincide con lo que vemos en la clínica, donde hay muy pocos casos que acudan por un problema exclusivo de cocaína.

Las mujeres con problemas por consumo de alcohol y cocaína van a presentar una serie de peculiaridades con manifestaciones clínicas específicas, complicaciones y abordaje terapéutico que las va a diferenciar tanto del hombre que consume alcohol y cocaína como de la mujer que únicamente consume cocaína. El consumo excesivo de alcohol se ha asociado a problemas hormonales y en la función reproductora que son mucho más marcados en el caso de la cocaína. El aumento de FSH y de LH puede explicar las alteraciones del ritmo menstrual, oligomenorrea e hipomenorrea. Las acciones de la cocaína en la mujer embarazada con aumento de la tensión arterial en la madre y el feto, placenta previa, ruptura anticipada de membranas, hemorragia y efectos sobre el feto con peso reducido al nacer, menor edad gestacional, riesgo de malformaciones del sistema genitourinario, problemas cardíacos y muerte súbita. Por otro lado, la acción sobre los estrógenos, con un aumento de los efectos estimulantes de la cocaína El aumento de FSH y de LH puede explicar las alteraciones del ritmo menstrual, oligomenorrea e hipomenorrea. Las acciones de la cocaína en la mujer embarazada con aumento de la tensión arterial en la madre y el feto, placenta previa,

ruptura anticipada de membranas, hemorragia y efectos sobre el feto con peso reducido al nacer, menor edad gestacional, riesgo de malformaciones del sistema genitourinario, problemas cardiacos y muerte súbita. Por otro lado, la acción sobre los estrógenos, con un aumento de los efectos estimulantes de la cocaína puede tener como resultado una mayor rapidez en el desarrollo de la adicción, una mayor severidad de la misma y una mayor dificultad para conseguir la abstinencia. El papel de los estrógenos también puede tener un efecto protector y así se ha visto que la cocaína produce vasoconstricción cerebral en el hombre pero no en las mujeres durante la 1ª parte de su ciclo menstrual, cuando los niveles de estrógenos son más elevados, lo que podría explicar que los hombres sean más vulnerables al daño cerebral producido por la cocaína que las mujeres.

Los datos de estudios clínicos permiten concluir que: 1) La mujer adquiere más rápido la dependencia, con un menor lapso de tiempo entre el inicio del consumo y la búsqueda de tratamiento, mayor gravedad con el ASI excepto en problemas legales y tasas de mortalidad más elevadas. 2) El consumo durante el embarazo puede ser causa de parto prematuro y tamaño reducido del bebé. 3) Las mujeres que buscan tratamiento son más jóvenes que los hombres, disponen de menos recursos educativos, laborales y económicos, tienen hijos que conviven con ellas, y conviven con un cónyuge o pareja que consume sustancias. 4) Mayor historia familiar de abuso de sustancias. 5) Tienen más probabilidad de haber experimentado trauma físico y abuso sexual en la infancia y de padecerlo en la actualidad, de presentar problemas psiquiátricos concomitantes (ansiedad, depresión, trastorno por estrés post-traumático, trastorno límite, trastorno de la alimentación, somatizaciones, con más ideación y tentativas de suicidio) que, a diferencia del hombre, suelen ser previos al consumo de sustancias y más de la mitad la fuente principal de ingresos es la prostitución. 6) En las mujeres que buscan tratamiento, no hay diferencias en cuanto a las tasas de retención y resultados, y algunos estudios propugnan programas específicos y diferenciados únicamente para mujeres.

En cuanto a las diferencias entre consumidores de cocaína y de cocaína y alcohol, no existen datos desglosados para las mujeres, aunque los datos de las muestras totales pueden ser trasladables a éstas. Se ha encontrado: 1) Mayor percepción de control sobre el consumo que en otras adicciones. En especial a lo que se refiere al alcohol. 2) Percepción de problema con la cocaína pero no con el alcohol aún cumpliendo criterios de Abuso/ Dependencia de alcohol. 3) Progresivo incremento en la cantidad consumida en cada episodio, pero no tanto en la frecuencia de episodios. 4) La ingesta de alcohol aparece como desencadenante del craving y conducta de búsqueda compulsiva de cocaína. 5) Mayor pérdida de control del consumo. 6) Aparición de conductas antisociales durante la intoxicación. 7) Mayores consecuencias sociales, laborales, familiares y conductas de riesgo a nivel sexual (sexo compulsivo, relaciones sexuales sin protección), grandes gastos, ludopatía, peleas, problemas de pareja y separación.

La base de estas diferencias podría estar, en buena parte, ligada al cocaetileno, resultante de la interacción del alcohol con la cocaína, que es mucho más selectivo del sistema dopaminérgico que la cocaína y que podría explicar una mayor toxicidad (neurológica, cardiovascular y hepática) con un incremento del riesgo de muerte súbita entre 18 y 25 veces respecto a la cocaína sola, compulsividad de los episodios de consumo y una mayor rapidez y gravedad de la dependencia. El etanol inhibiría la metabolización por hidrólisis de la cocaína y favorecería la producción de cocaetileno. Se ha comprobado que es la administración previa de alcohol la que más aumenta los niveles de cocaetileno en sangre y que apenas ocurre cuando se invierte el orden.

Este hecho tiene una repercusión importante en el abordaje terapéutico, donde las intervenciones sobre el alcohol se van a convertir en imprescindibles y prioritarias.

En cuanto al tratamiento, las mujeres buscan menos tratamiento que los hombres, suponiendo únicamente una de cada 5 o 6 personas tratadas por este problema. Existen obstáculos para el tratamiento que son inherentes al sistema (escasa sensibilización a las diferencias de género en cuanto a la dimensión del problema y organización de dispositivos basados en las necesidades específicas de las mujeres, falta de modelos de tratamiento sensibles a las cuestiones de género). Otros obstáculos son estructurales con políticas, organización y prácticas de los servicios que dificultan el acceso de las mujeres (programas con horarios rígidos, dificultades para compaginar el cuidado de hijos y de la casa con el tratamiento, pérdida de tutela en caso de mujeres embazadas o con hijos por asociar su enfermedad a maltrato y abandono, dificultades económicas para financiar el acceso al tratamiento y el tratamiento mismo). Y, por último, obstáculos sociales, culturales y personales (normas sociales referentes al papel de la mujer, estigmatización, vergüenza y culpa por su consumo o las conductas que llevan a cabo durante las intoxicaciones o los trabajos que desempeñan como fuente de ingreso, que les hace difícil reconocer el problema y buscar ayuda, miedo a la pérdida de la tutela de sus hijos, falta de apoyo familiar y de sus parejas y miedo a perder la relación con éstas, falta de confianza en la eficacia de los tratamientos).

Dado el papel del alcohol de iniciador en la pérdida de control, las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas prioritariamente al control de éste. La utilización de interdictotes (Disulfiram y Cianamida Cálcica) con toma voluntaria o supervisada, y fármacos anticraving como Acamprosato y Naltrexona deben incluirse en el repertorio terapéutico. Además dadas las dificultades de acceso, la alta comorbilidad psiquiátrica y la presencia de problemas socio-familiares asociados, los programas terapéuticos deben ser flexibles, de fácil acceso e incluir un amplio repertorio de intervenciones para resolver cada problema específico. Algunos autores se plantean la necesidad de programas dirigidos exclusivamente a mujeres.