

Características diferenciales del alcoholismo femenino

Differential features of female alcoholism

MIQUEL MONRAS ARNAU

Unidad de Alcoholología. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona.

Enviar correspondencia a:
Miquel Monras. Unidad de Alcoholología. Hospital Clínico de Barcelona
Villarroel, 170. 08036 BARCELONA. E-mail: monras@clinic.ub.es

recibido: Febrero 2010
aceptado: Junio 2010

RESUMEN

Introducción: Las mujeres alcohólicas presentan diferencias con los varones. Se ha discutido si implican dificultades específicas y suplementarias que deben recibir estudio y atención extra. Pero quizás estas diferencias suponen una ventaja en algunos aspectos del tratamiento.

Material y método: se reanalizan desde una perspectiva de género los datos de 11 estudios ya publicados con pacientes alcohólicos.

Objetivo: conocer las diferencias entre ambos sexos y sus repercusiones terapéuticas. **Resultados:** las mujeres tienen más intentos suicidas que los hombres pero de menor letalidad e intencionalidad. La estructura de personalidad es similar a los hombres, pero tienen una evolución terapéutica mejor, incluso estando presentes trastornos psiquiátricos. En su mejor evolución destaca la mayor y mejor adherencia a las terapias grupales. En los casos con dependencia alcohólica más grave que precisan ingreso para desintoxicación existe más juventud y mayor proporción de abuso de benzodiazepinas y trastornos de la personalidad que los hombres, pero tienen una actitud más colaboradora y se benefician más de la terapia. En las abusadoras de benzodiazepinas la frecuencia de deterioro cognitivo es menor que en los hombres. Cuando las mujeres alcohólicas tienen tal gravedad orgánica que precisa ingreso su historial de tratamientos fracasados es peor que el de los hombres y su pronóstico igualmente malo.

Conclusiones: las mujeres alcohólicas disponen de mecanismos psicológicos que les facilitan tasas de abstinencia superiores y de mortalidad inferiores a los hombres. Debería investigarse estos mecanismos, que influyen en fenómenos emocionales como la culpa, la depresión y la ansiedad, aparentemente problemáticos, pero quizás motivadores para el cambio.

Palabras clave: Alcoholismo, pronóstico, femenino, aspectos psicológicos.

ABSTRACT

Introduction: Alcoholic men and women have differential characteristics. It has been discussed whether alcoholic women have specific and additional difficulties that require extra study. However, these differences may imply an advantage for some aspects of treatment.

Material and method: data from eleven published studies of alcoholic patients are reanalyzed from a gender perspective.

Objective: to gain better knowledge of gender differences and their therapeutic implications. **Results:** women present more suicidal attempts than men, but these attempts are less lethal and have less intentionality. Personality structure is similar in the two sexes, but women have better prognosis, even if they present psychiatric disorders. A notable characteristic of women's prognosis is their better adherence to group therapies. Women diagnosed with severe alcohol dependence who need inpatient treatment for detoxification are usually younger and have higher rates of benzodiazepine abuse and personality disorders than men, but are also more collaborative, and benefit more from therapy. Female benzodiazepine abusers show lower rates of neurocognitive impairment than men. Alcoholic women with severe organic conditions that require inpatient treatment usually have a medical record with more unsuccessful treatment attempts for alcohol dependence than men, and their prognosis is equally unfavourable. **Conclusion:** alcoholic women may have psychological mechanisms that facilitate higher abstinence rates and lower mortality rates than men. Future research for improving knowledge of such mechanisms, which are related to emotional factors such as guilt, depression and anxiety, and traditionally considered as problematic, may indicate that they actually increase motivation to change.

Key Words: Alcoholism, prognosis, female, psychological aspects.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la prevalencia de consumo diario, abuso de alcohol y alcoholismo en los hombres es muy superior al de las mujeres¹. También los inicios de tratamiento del alcoholismo masculino cuadruplican los de las mujeres², si bien la paulatina igualación de las pautas de comportamiento entre ambos sexos esta provocando un aumento del abuso y dependencia alcohólica en ellas³. En cambio otros trastornos psiquiátricos como la depresión o la ansiedad, son más prevalentes entre las mujeres^{4,5}, habiéndose incrementado mucho más ésta prevalencia en ellas que en los hombres durante el último cuarto de siglo⁶.

Esta claro por tanto que existen diferencias de género en la expresión de los problemas psicológicos y en su capacidad de adaptación ante ellos.

Socialmente ha existido una estigmatización del abuso de alcohol en las mujeres, que no ha empezado a disminuir hasta mucho después de la aparición del concepto de enfermedad alcohólica. Si bien este concepto había facilitado el acceso a los tratamientos de los pacientes alcohólicos, no fue hasta la creciente aparición de movimientos sociales de igualdad, la normalización de los tratamientos en centros públicos y la emergencia de problemáticas específicas de las mujeres (como en los casos de intoxicación en niños y lactantes en EE.UU. en los 70 y 80) que se ha conseguido una mayor atención hacia los programas de tratamiento para mujeres alcohólicas⁷.

Estos programas, aunque dirigidos a mujeres, se han hecho muchas veces pensando en las características de los varones, probablemente por la influencia del hecho de que el 80% de los pacientes alcohólicos sean hombres. Por ello algunos de estos programas todavía deben contribuir a superar la sensación de impotencia y desamparo ante la enfermedad que sienten las mujeres al relegarlas a un papel dependiente y de pérdida de estatus respecto del varón⁸.

Las mujeres toleran peor el alcohol y lo metabolizan más lentamente, haciéndolas más vulnerables a sus efectos, con más eventos traumáticos, mayor comorbilidad psiquiátrica y menor tiempo hasta que inician un tratamiento⁹. También empiezan a beber más tarde y en menor cantidad que los hombres¹⁰.

Posiblemente existan diferencias particulares en la génesis del alcoholismo femenino, como una mayor violencia en la infancia o alcoholismo familiar¹¹ o una menor autoestima¹². Sus características intra e interpersonales pueden perfilar patrones de consumo alcohólico distintos¹³, además de favorecer mayores tasas de depresión. La presencia de depresión a su vez influye en la evolución de los tratamientos y es un indicador de más alcoholismo familiar¹⁴.

Sabemos también que el alcoholismo femenino se caracteriza por la presencia de más sentimientos de culpa y ocultación, que se traducen en unas dificultades específicas a la hora de beneficiarse de los tratamientos disponibles¹⁵.

Acostumbran a tener menos soporte por parte de sus parejas, cuando no maltrato, y muchas veces sufren el rechazo de los alcohólicos varones y de sus familiares en general. Una vez en tratamiento se sienten incomprendidas por ellos. Uno de los fenómenos típicos del alcoholismo femenino es el consumo a escondidas, que es causa y a la vez favorece la existencia de importantes sentimientos de culpa. También hay mayor abuso de psicofármacos¹⁶ y predominan los trastornos de la personalidad de tipo histriónico, mientras que en los hombres lo son los de tipo antisocial.

Los factores de riesgo de recaída pueden ser distintos en ambos sexos: el hecho de estar casado protege a los hombres, pero no a las mujeres, en las que los acontecimientos adversos no tienen un papel tan importante¹⁷.

Estas características, junto con una mayor sensibilidad social, estimulan una creciente atención al estudio de diversas enfermedades desde una perspectiva de género, también en el campo de las drogodependencias y del alcoholismo.

Otro factor que explica en la actualidad este auge de la investigación de enfermedades en mujeres es la tendencia que había existido hasta ahora de estudiar muchas enfermedades sólo en grupos masculinos, en parte debido a la presencia de una mayor prevalencia de la enfermedad en hombres. En el caso del alcoholismo ha sido históricamente de 4/1, aunque la diferencia se va reduciendo.

Expresión de este interés es la celebración en los últimos años de conferencias específicas sobre diversos aspectos psicológicos y de salud en mujeres, la creación de secciones profesionales dedicadas a la psicología de la mujer como en el Colegio de Psicólogos de Catalunya, o la convocatoria de becas de investigación por parte del Plan Nacional sobre Drogas con una línea prioritaria sobre "Investigaciones sobre aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos diferenciales entre hombres y mujeres en relación con las adicciones".

También la creación del Instituto de la Mujer y del Ministerio de Igualdad y finalmente la aparición de la Ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, 71/2007, de 23 de marzo de 2007 suponen esfuerzos en esta línea de igualar las oportunidades de hombres y mujeres en general y de su acceso a la atención sanitaria en particular.

En el campo que nos ocupa –el alcoholismo– el resultado práctico de todo este interés sería finalmente poder ofrecer a las mujeres el mismo acceso a unos tratamientos de la misma calidad y eficacia que a los hombres. Para ello el primer paso debería ser poder conocer las características específicas y diferenciales de las mujeres que pueden afectar el curso de su tratamiento. Con ello se podrían diseñar estrategias terapéuticas específicas para ellas.

Sin embargo a pesar de la mayor vulnerabilidad física, sufrimiento psíquico, consumo de tranquilizantes y rapidez en el curso del alcoholismo de las mujeres, las suposiciones de un peor pronóstico terapéutico no se han visto confirmadas¹⁸. Es por ello que creemos que se deben re-examinar las evidencias ya disponibles sobre las características diferen-

ciales de las mujeres antes de abordar nuevos estudios, que podrían ser superfluos.

Posiblemente parte de las expectativas y las iniciativas que hay en este momento surgen más de los prejuicios y las falsas creencias que de datos rigurosos. Seguramente nos podemos llevar alguna sorpresa acerca del tratamiento de las mujeres alcohólicas y sus resultados, y nuestra experiencia subjetiva así lo sugiere, que quizás pueden hacernos replantear los objetivos y la utilidad de las futuras líneas de investigación.

El presente trabajo pretende re-evaluar desde una perspectiva de género los datos ya existentes de estudios previos realizados en enfermos alcohólicos y en los que las diferencias entre hombres y mujeres no habían sido el centro de estudio.

El objetivo es poder obtener información de base acerca del tratamiento actual de las mujeres alcohólicas, que permita un punto de partida objetivo en el diseño de nuevas investigaciones sobre la detección, el tratamiento y la evolución de las mujeres alcohólicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se reanalizan desde una perspectiva de género, las bases de datos de diversos estudios publicados previamente. Todos ellos han sido realizados con pacientes alcohólicos tratados en la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínic de Barcelona (UA-HCB).

El objetivo general es estudiar las posibles características diferenciales de las mujeres alcohólicas en una serie de áreas de su tratamiento.

Las preguntas concretas a respondernos en cada área son:

- a) *Tratamientos alcohólicos en general.*
 - a.1) *¿Ha cambiado la edad y la frecuencia de mujeres en los inicios de tratamiento por alcoholismo en España?*
- b) *Personalidad, rendimientos neuropsicológicos y manifestaciones psicopatológicas (autolisis): diferencias de género y su influencia en el pronóstico:*
 - b.1) *¿Son distintas las mujeres alcohólicas que los hombres respecto de su perfil de personalidad y neuropsicológico? ¿Y las características de este perfil son distintas en ambos sexos en caso de antecedentes de tentativas autolíticas?*
 - b.2) *¿Son distintos los hombres y las mujeres que realizan tentativas autolíticas? ¿En este caso qué distinto papel pueden tener las tentativas desde el punto de vista psicopatológico?*
 - b.3) *¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en la evolución terapéutica a los cinco años? ¿De que manera pueden haber influido los antecedentes de tentativas autolíticas en ésta evolución terapéutica?*

- b.4) *¿La estructura de personalidad y el funcionamiento neuropsicológico pueden influir en la evolución terapéutica de estos pacientes a los 5 años?*

- c.) *Alcohólicos ingresados por causas orgánicas. Interconsultas hospitalarias.*

- c.1) *¿Existen diferencias de género entre los pacientes alcohólicos mas graves orgánicamente, detectados a través de la interconsulta hospitalaria?*

- c.2) *¿Y en su evolución terapéutica a los dos años de su detección a través de la interconsulta hospitalaria?*

- c.3) *¿Y en la mortalidad y rehospitalizaciones a los cuatro años de la interconsulta?*

- d.) *Terapia grupal.*

- d.1) *¿Hay diferencias en la adherencia y evolución en la terapia grupal (TG) para alcohólicos entre hombres y mujeres?*

- e) *Ingresos para desintoxicación.*

- e.1) *¿Existen diferencias de género en el consumo de tranquilizantes, la psicopatología y el deterioro cognitivo entre los pacientes que ingresan para desintoxicación en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD)?*

- e.2) *¿Existen diferencias de género en la evolución a los 3 años de los pacientes ingresados para desintoxicación en una UHD situada en una sala de psiquiatría?*

En cada reanálisis de datos se explica brevemente las características de la muestra y el diseño del estudio.

A continuación se exponen los resultados hallados de la explotación estadística y se comenta y discute el significado y las implicaciones de esos resultados en relación con las posibles especificidades de las mujeres alcohólicas.

RESULTADOS

Estudio a.1. Cambios en la edad y la frecuencia de mujeres en los inicios de tratamiento por alcoholismo en España.

Se ha revisado la información histórica de los inicios de tratamiento en la propia UA-HCB en diversos periodos escogidos aleatoriamente desde 1972 hasta 1997, y que ya ha sido anteriormente publicada¹⁹.

También se han revisado los informes anuales desde 1991 hasta 2007 del "Sistema d'informació sobre drogodependències" de la Generalitat de Catalunya².

No ha sido posible utilizar la información publicada por el Plan Nacional sobre Drogas²⁰ o por el Observatorio Español sobre Drogas²¹ debido a que no ofrecen datos detallados de edad y sexo para los inicios de tratamiento por el consumo de alcohol. Los datos históricos y los informes sobre tratamientos por drogas en España han estado durante muchos años focalizados en las drogas ilegales.

Tabla 1. Inicios de tratamiento por alcoholismo en Catalunya.

AÑO DE INICIO	Menores de 25 años	Menores de 30 años	Mayores de 60 años	Total de casos	Edad promedio	SEXO (V/M)	Edad V/M
1991	207 (7%)	590 (19,9%)	200 (6,8%)	2962	35 a 39	79% / 21%	SD
1992	192 (5,4%)	584 (16,6%)	227 (6,5%)	3505	35 a 39	82/18%	SD
1993	184 (4,8%)	555 (14,5%)	277 (7,3%)	3814	41,3±11	80/20%	SD
1994	190 (4,6%)	606 (14,8%)	283 (6,9%)	4085	41,3±11	81/19%	SD
1995	168 (3,8%)	613 (14%)	310 (7,1%)	4365	35 a 39	82/18%	SD
1996	151 (3,4%)	546 (12,6%)	302 (7%)	4318	35 a 39	81/19%	SD
1997	178 (3,9%)	557 (12,3%)	335 (7,4%)	4508	42	81/19%	SD
1998	156 (3,2%)	516 (10,8%)	400 (8,4%)	4760	42	81/19%	SD
1999	147 (2,9%)	476 (9,7%)	358 (7,3%)	4888	43	81/19%	SD
2000	166 (3,4%)	553 (11,3%)	380 (7,8%)	4890	43	81/19%	SD
2001	163 (3,1%)	559 (10,7%)	438 (8,4%)	5189	43	80/20%	SD
2002	197 (3,5%)	588 (10,5%)	417 (7,4%)	5619	43	79/21%	SD
2003	199 (3,4%)	597 (10,4%)	447 (7,8%)	5706	43	79/21%	SD
2004	233 (3,8%)	663 (11%)	500 (8,3%)	6027	43	79/21%	42,9/44,1
2005	211 (3,5%)	636 (10,7%)	496 (8,4%)	5908	43	79/21%	43,1/44,2
2006	195 (3,1%)	632 (10,3%)	526 (8,6%)	6130	44	79/21%	43,3/44,5
2007	181 (3%)	609 (10,2%)	526 (8,9%)	5925	43	79/21%	43,3/44,6

Fuente: Informes anuales desde 1991 hasta 2007. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Organ Tècnic de Drogodependències. 1991 a 2007, Barcelona.

SD: Sin datos.

La Tabla 1 muestra la existencia de un paulatino incremento a lo largo de los años del porcentaje de mujeres sobre el total de inicios de tratamiento por alcoholismo, que probablemente refleja cambios sociales en el consumo de alcohol y tóxicos, pero también en las menores resistencias de las mujeres en aceptar su problemática alcohólica y acceder a los servicios sanitarios.

Esta evolución no se da de la misma manera en los pacientes tratados por la propia UA-HCB (ver Tabla 2), debido a sus especiales características históricas. La UA-HCB fue uno de los primeros dispositivos de España en ofrecer tratamientos para el alcoholismo y además ha tenido históricamente una especial atención del alcoholismo femenino: por ello parte de unos porcentajes muy elevados de mujeres tratadas ya en 1972 y que hoy en día siguen siendo superiores a los del conjunto de Centros especializados de Catalunya.

En lo que coinciden los datos de Catalunya y de la UA-HCB es en el progresivo incremento de la edad de inicio de los tratamientos. Parece que este incremento de edad se produce tanto en hombres como mujeres (no hay datos desglosados en Catalunya antes del 2004), aunque la mayor edad de ellas a nivel de Catalunya se contraponen a su mayor juventud en el caso de la UA-HCB, posiblemente por los mismos motivos específicos que explican la mayor frecuencia de mujeres.

Tabla 2. Porcentaje por sexos y edad de inicio del tratamiento alcohólico en la UA-HCB.

Año de inicio del tratamiento	N	Varones %	Edad hombres	Edad mujeres
AÑO 1972	80	71,3%	39,7±8	37,1±9
AÑO 1977	197	70%	41,1±11	35,6±12
AÑO 1982	210	69,5%	38,7±12	39,1±13
AÑO 1987	247	80,6%	39,7±10	37,4±10
AÑO 1993	500	75%	43,5±10	42,7±12
AÑO 1997	502	74%	45,1±11	41±12

UA-HCB: Unidad de Alcoholología del Hospital Clínic de Barcelona.

Fuente: Base de datos histórica de pacientes que inician tratamiento en la UA-HCB.

Estudio b.1. Diferencias en la estructura de personalidad y el perfil neuropsicológico en alcohólicos en función del sexo. Relación con las tentativas suicidas.

Se analiza transversalmente una cohorte de 165 enfermos alcohólicos a los que se realizó exploración neuropsicológica y de personalidad, seleccionados aleatoriamente sobre todos los pacientes alcohólicos visitados en un periodo de 4 años.

Tabla 3. Notas T del MMPI y de la exploración neuropsicológica en función del sexo y de la existencia de antecedentes de tentativa autolítica (TA).

NOTAS T			TA		No TA		Hombres	Mujeres
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	TA vs no TA	TA vs no TA
Escalas MMPI y Neuropsicología	N= 130	N= 35	N= 26	N=16	N= 89	N= 15		
L	55,6±8	55,6±9	52,6±6	56,6±9	56,5±8	55,9±9	*	
F	69,9±10	70,1±13	74,8±10	71,8±12	68,4±10	69,5±14	**	
K	49,4±8	47,7±7	45,4±8	46,8±8	50,7±8	48,8±7	**	
HS	63,8±14	59,3±10 *	64,7±12	59,1±12	63,5±14	59,5±10		
D	75,8±15	71,5±16	82,6±12	68,3±17**	73,4±14	74,8±15	**	
HY	63,2±10	59,7±11	65,2±7	58,2±11*	62,7±11	60,4±10		
PD	67,2±12	67,9±12	74,4±10	65,8±12*	65,3±11	70,2±13	***	
PA	61,7±11	65±11	68±9	66±11	60,1±11	64,8±11	**	
PT	65,5±15	64,6±13	73,3±11	63,6±15 *	63,3±15	66,2±13	**	
SC	70,4±18	69,3±16	79,3±14	69,1±17 *	67,8±18	70±16	**	
MA	60,6±10	57,8±11	65,2±10	59,7±10	59,2±10	55,6±11	**	
Voc	48,8±8	47,9±6	50,8±10	46±5	48,2±7	48,5±6		
Cub	47,3±8	44,6±7	46,7±10	43,6±7	47,7±8	45,7±7		
Sem	47,1±6	47,9±7	48,7±7	46,9±6	46,7±6	47,2±6		
Tap	58,4±12	57,6±11	63,4±10	57,5±8	57,2±12	60±10	*	
T-A	40±11	37,4±10	43,6±12	37,5±10	39,2±11	38,3±10		
Dig	42,3±11	40,4±1	44,9±12	34,8±7 *	41,6±10	45±10		**
M-L	48,3±11	48±9	46,8±12	47±10	48,4±10	47±7		
M-V	46,8±9	46,5±8	46,2±8	47,3±9	47±9	44,9±8		
Aso	50,5±8	50,7±9	50,2±8	48,4±11	50,6±9	52,1±7		
Edad	39,5±10	38,4±10	34,2±7	37,7±11	40,5±10	36,8±7	***	

L= Sinceridad; F= ; K=Corrección; Hs= Hipocondriasi; D=Depresión; Hy= Histeria; Pd= Impulsividad; Pa= Paranoídismo; Pt= Psicastenia; Sc= Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Voc: Vocabulario; Cub= Cubos de Kohs; Sem= Semejanzas; Tap= Tapping; T-A= Trazo A; Dig= Dgitos; M-L= Memoria lógica; M-V= Memoria visual; Aso= Asociaciones.

* p <0,05; ** p <0,01; p <0,001

Fuente: Base de datos de pacientes explorados neuropsicológicamente en la UA-HCB durante 1990 y 1991.

Las pruebas utilizadas en la exploración de personalidad, así como el procedimiento y los resultados ya han sido publicadas²².

Todos los sujetos llevaban un mes abstinentes en el momento de la exploración psicométrica. De ellos 130 (79%) son hombres y 35 (21%) mujeres. La edad media es de 39,2±10 años, sin diferencias entre ambos sexos.

26% de pacientes habían tenido tentativas autolíticas (TA) previas (51,5% de mujeres y 20,6% de hombres; Chi²= 12; p < 0,001).

La Tabla 3 describe las diferencias de las Notas T del MMPI y de la exploración neuropsicológica entre ambos sexos y entre ellos pero estratificado en función de la existencia de antecedentes de TA. La única diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos fue en la escala Hs del MMPI, con mayores quejas hipocondríacas por parte de ellos.

Al estratificar según existencia de TA se observa que los hombres alcohólicos con antecedentes de TA presentan niveles más elevados de sintomatología depresiva, impulsividad, agresividad, ansiedad, síntomas conversivos y experiencias sensoriales excéntricas que las mujeres con TA, así como mayor capacidad atencional, que puede relacionarse con una mayor juventud.

Respecto a los hombres no -TA además de estas diferencias también tienen mayor sufrimiento psicológico, psicopa-

tología, aceleración psicomotora, hostilidad y desconfianza y menos mecanismos de defensa, siendo significativamente más jóvenes.

Por el contrario las mujeres con TA no se distinguen apenas de las mujeres y los hombres no -TA.

En las mujeres la tentativa autolítica es mucho más frecuente que en los hombres, pero en ellas la personalidad no parece ser un factor determinante, siendo el perfil de las que las realizan poco psicopatológico.

Ello sugiere que la tentativa autolítica en las mujeres no tiene que ver con características como la impulsividad o la sintomatología depresiva, sino quizás con motivaciones conscientes e inconscientes para buscar un beneficio secundario, tanto en la realización del acto como en su explicación subjetiva posterior.

Seguramente la tentativa suicida en la mujer alcohólica es menos letal y más finalista y la realiza en momentos determinados como una opción adaptativa más, mientras que en los hombres representa el resultado de un proceso psicopatológico que se da en sujetos más jóvenes y con unas características de personalidad mucho más diferenciadas.

En cuanto al perfil global de personalidad no se observan diferencias significativas entre los hombres y las mujeres alcohólicas, siendo los hombres alcohólicos con antecedentes de TA los que destacan por sus niveles de psicopatología.

Neuropsicológicamente no existen diferencias marcadas en el patrón de rendimientos, a excepción de una menor capacidad atencional en la prueba de Dígitos por parte de las mujeres con TA: este hallazgo puntual debería poder confirmarse con una muestra mayor.

Estudio b.2. Características diferenciales de las tentativas autolíticas en función del sexo.

Se analiza transversalmente una cohorte de 414 pacientes alcohólicos visitados consecutivamente de forma ambulatoria²³. El objetivo es comparar las características diferenciales de hombres y mujeres en función de la existencia de tentativas autolíticas (TA), mediante las pruebas estadísticas pertinentes (Chi cuadrado y t de Student).

El 18,3% de la muestra total tiene antecedentes de TA, existiendo un porcentaje significativamente mayor de TA en mujeres alcohólicas que en hombres (37,2% versus 12,8%; $p < 0,0001$).

La edad de hombres y mujeres es similar ($40,5 \pm 14$ vs $40,8 \pm 14$ años, $p = n.s.$), pero los pacientes con TA son más jóvenes ($35,6 \pm 13$ vs. $41,7 \pm 14$ años; $p = 0,001$). Esta diferencia de edad se mantiene en ambos sexos, pero es mayor en las mujeres (34 ± 12 vs. 44 ± 13 años; $p = 0,001$) que en los hombres (36 ± 14 vs. 41 ± 14 años; $p = 0,07$).

Tabla 4. Diferencias entre pacientes con o sin tentativa autolítica (TA) en función del sexo.

	Hombres N= 320		Mujeres N= 94	
	TA	No TA	TA	No TA
Edad	36,6±14	41±14	34,5±12	44,5±13 ***
Colaboración en familia de origen	41%	23% **	44,8%	23,1% *
Colaboración en familia actual	55,9%	52,6%	55,2%	34,6%
Problemática familia de origen	64,7%	51,1%	61,5%	42%
Problemática familia actual	87,9%	76,4%	96,6%	70,6% **
Tratamientos anteriores	65,9%	39,6% **	60,6%	27,1% **
Alcoholismo paterno	45%	38,9%	43,8%	37%
Delirium tremens	37,5%	14,4% ***	2,9%	10,2%
Demencia alcohólica	2,5%	10,3%	0%	14% *
Trastornos psiquiátricos	59,3%	14,9% ***	70%	22,4% ***

Pruebas estadísticas: t de Student para la comparación de medias y χ^2 para la de frecuencias. $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,001$.

Fuente: Base de datos de pacientes que inician tratamiento en la UA-HCB durante 1990.

La Tabla 4 muestra las diferencias entre los pacientes con o sin tentativa autolítica (TA) en función del sexo. En general los pacientes con TA son más jóvenes y en ellos hay más colaboración y problemática familiar, así como tratamientos anteriores, antecedentes familiares de alcoholismo y antecedentes psiquiátricos. A destacar que en el caso concreto de las mujeres estas diferencias son mucho más acusadas.

Además el delirium tremens es más frecuente en los hombres con TA, mientras que en las mujeres se da el caso contrario. En el caso de la demencia alcohólica siempre es más frecuente en los pacientes sin TA, siendo también la diferencia más acusada en las mujeres.

En general la TA implica una mayor psicopatología, tratamientos y conflictos socio-familiares. En las mujeres son más frecuentes las TA y en las que las realizan hay una mayor carga psiquiátrica y posiblemente de sufrimiento psicológico, así como repercusiones en su entorno. La mujer con TA es significativamente más joven que la no-TA y tiene un perfil menos "alcohólico" que en el caso del hombre, pues presenta muchos menos delirium tremens y demencias alcohólicas.

Se puede hipotetizar que en las mujeres la realización de tentativas autolíticas refleja un mayor sufrimiento psicológico y quizás una petición de ayuda, mientras que en los hombres puede ser simplemente el resultado de la pérdida de control de la conducta propia del alcoholismo o un funcionamiento más impulsivo.

Estudio b.3. Diferencias en función del sexo en la evolución a cinco años de alcohólicos con antecedentes de tentativas suicidas.

Se realiza un seguimiento longitudinal prospectivo a cinco años de una cohorte de 323 pacientes alcohólicos tratados ambulatoriamente, excluyendo sólo los sujetos con historial de consumo de opiáceos²⁴.

80% eran hombres y 20% mujeres, sin diferencias significativas en sus edades ($38,1 \pm 9$ y $37,8 \pm 9$ años). 23% de pacientes tenían antecedentes de tentativa autolítica (TA).

A los 5 años de iniciar el tratamiento lo han abandonado el 79% de los hombres y el 55,6% de las mujeres. Los porcentajes de altas terapéuticas (8,4% versus 23,8% respectivamente) y de pacientes que siguen aún en tratamiento (12,4% versus 20,6%) son estadísticamente superiores en las mujeres ($\chi^2 = 16,4$; $p < 0,001$).

La Tabla 5 muestra las diferencias en la evolución a los 5 años de tratamiento según el sexo y los antecedentes de tentativas autolíticas (TA).

Entre los hombres, la presencia de antecedentes de TA corresponde a los 5 años con un menor consumo de alcohol, menor afectación física, más psicopatología, más tratamientos psiquiátricos y en cambio mejor adaptación psicosocial.

A pesar de ello se encuentran menos en situación de abandono del tratamiento, probablemente porque lo reinician con más facilidad, como sugiere el hecho de que al año la tendencia era la inversa: mayor abandono en los pacientes varones TA. El hecho de que en algunos casos el porcentaje de abandonos a año sea inferior que a los 5 se debe precisamente al reinicio de tratamientos.

Parece por tanto que los hombres con TA tienen un alcoholismo menos "físico" (beben menos y les afecta en menor medida a nivel analítico), pero más "psíquico" (más tratamientos y diagnósticos psicopatológicos) y mayor juventud

Tabla5. Variables dependientes de evolución terapéutica (al año y a los 5 años) estratificadas según sexo y TA.

	Hombres (H)		Mujeres (M)		TA+	TA-
	TA+	TA-	TA+	TA-	H vs. M	H vs. M
Evolución al año y los 5 años	N=48	N=209	N=25	N=41	P	P
Edad inicial	34,2±8,4	39±9,7 ***	38,7±10,4	37,2±9,2	*	
N. desintoxicaciones	0,12±,3	0,18±,4	0,28±,6	0,17±,3		
Meses visitas	5,8±11	8,2±13	13±17	11±14		
Meses terapia grupal	1,8±5	2,2±5	6,3±12	2,7±6		
Numero accidentes	0,8±2	0,3±,8	0,16±,3	0,26±,7		
Numero visitas urgencias	1,6±,4	1,6±,4	1,7±,4	1,5±,5		
Tratamiento psiquiátrico	15%	5,7% *	8,7%	12,5%		
Diagnóstico de otras Psicopatologías	17,5%	6,7% *	26,1%	15%		
Abandono visitas de Seguimiento al 1er. año.	76,1%	71,9%	50%	52%	*	*
Abandono tratamiento al 5º año (situación actual)	68%	79% **	56%	51%		***
Abandono de la terapia grupal al año	81,5%	74,4%	50%	81,8% *	*	
Abandono de interdictores al año	77,3%	75,6%	54,2%	71,1%	*	
GOT	22±5	34±23 ***	24±9	25±19		
GPT	23±10	43±53 **	28±15	30±44		
Gamma GT	24±15	56±67 ***	12±4	37±55	*	
VCM	89±4	103±92	89±4	91±5		
Consumo alcohol acumulado año anterior	1186± 1961cc	1642± 2743cc	439± 910cc	313± 815cc	*	***
Consumo alcohol mes anterior	80± 150cc	115± 219cc	35± 79cc	55± 220cc		
Intensidad estrés psicosocial	3,6±1,7	3,7±1,8	3,4±2	3,3±1		
Adaptación psicosocial /escala GAF	74±14	68±19 *	71±19	72±16		
Trastorno digestivo	7%	17%	0%	10%		

Pruebas estadísticas: t de Student para la comparación de medias y χ^2 para la de frecuencias.

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001.

TA-: Sin antecedentes de conducta autolítica; TA+: Con antecedentes de conducta autolítica.

Fuente: Base de datos de pacientes que inician secuencialmente tratamiento en la UA-HCB durante 1988 y son seguidos a los 5 años.

que los no TA, pero obtienen mejores resultados alcoholológicos y psicosociales.

Entre las mujeres la presencia de TA no modifica mucho el pronóstico a los 5 años, a excepción de una disminución de la tasa de abandono de las terapias grupales.

Comparando los hombres y las mujeres con TA se observa en ellos a los 5 años un mayor consumo de alcohol, mayor afectación hepática y un mayor abandono del tratamiento, tanto individual como grupal o farmacológico que entre las mujeres.

En el caso de no existir antecedentes de TA, además de un consumo alcohólico mucho menor a los 5 años, también hay una mejor adherencia terapéutica por parte de las mujeres.

En general se puede afirmar que la evolución a los 5 años de las mujeres es mejor, tanto con o sin antecedentes de TA: están más abstinentes, con mejor estado orgánico y cumplen más el tratamiento, aunque tengan que hacer más desintoxicaciones (las que tienen TA) y padezcan más sufrimiento psicopatológico. En ellas la presencia de TA tiene un papel menos psicopatológico que en los hombres y quizás responde a una petición indirecta de ayuda. En ellos corresponde a personalidades más inestables y con seguimientos terapéuticos discontinuos.

Estudio b.4. Diferencias en la evolución terapéutica a cinco años de pacientes alcohólicos, en función del sexo, la estructura de personalidad y los antecedentes de tentativas suicidas.

Se realiza un seguimiento longitudinal prospectivo a cinco años de 106 pacientes que son evaluados neuropsicológicamente y acerca de su personalidad. Proviene de una cohorte de 165 enfermos alcohólicos anteriormente evaluados (que conforman el estudio b.1.), de los que una parte fue seguida durante 5 años²⁴.

Se ha dicotomizado la evolución terapéutica a los 5 años entre "buena" (15 pacientes de alta terapéutica y 15 que siguen en tratamiento) y "mala" (74 que abandonaron el tratamiento, 1 difunto y 1 derivado).

Se ha realizado un análisis de regresión logística binaria tomando esta evolución como variable dependiente y los resultados psicométricos (personalidad y perfil neuropsicológico), el sexo y los antecedentes de tentativas autolíticas como variables predictoras o independientes.

Aunque utilizando el método de introducción forzosa de todas las variables se logra una ligera mejora en el porcentaje de predicción correcta (del 72,6% al 84,5%), las únicas variables que por si mismas contribuyen significativamente

a esta mejoría son las escalas L ($\text{Exp}(B) = 0,8$; $p = 0,02$) y Sc ($\text{Exp}(B) = 1,1$; $p = 0,03$) del MMPI, la primera mejorando el pronóstico a medida que aumenta su puntuación y la segunda en sentido contrario.

Utilizando, en cambio, el método de introducción condicional hacia delante, sólo la escala Pd del MMPI muestra que aporta una mejoría significativa al ajuste del modelo, el cual sigue teniendo poca capacidad predictiva.

En general no se halla que el patrón global de personalidad y neuropsicológico combinado con los antecedentes autolíticos y el sexo sean buenos predictores de la evolución terapéutica. Probablemente la realidad es mucho más compleja: i) hay diversos grados y tipos de evolución terapéutica, a pesar de que la de las mujeres tiende a ser mejor, ii) la evolución del alcoholismo, como enfermedad crónica recidivante, puede cambiar en el tiempo (abandonos, altas, reinicios de tratamiento tanto entre unos como otros y muertes, tanto en abstinentes como no), iii) los intentos de autolisis ya se ha señalado que afectan de forma distinta a hombres y mujeres y, iv) las escalas de personalidad del MMPI no reflejan dimensiones generales del carácter humano, sino aspectos muy simples. Por último el pequeño número de pacientes no permite la consideración simultánea de demasiadas categorías.

Estudio c.1. Diferencias de género en pacientes alcohólicos graves, detectados a través de la interconsulta hospitalaria.

Estudio descriptivo transversal de la cohorte de 212 interconsultas (IC) recibidas consecutivamente en la UA-HCB durante un año, de enfermos ingresados en un hospital general que presentan complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol²⁵. Se han excluido IC por consumo de otras drogas o debido a valoración pre-trasplante hepático (protocolo de evaluación psicológica para pacientes ingresados que se consideran candidatos para trasplante hepático y que presentan indicios de abuso/dependencia de alcohol u otras drogas).

El objetivo es identificar las diferencias en las características de la IC entre hombres y mujeres.

La totalidad de IC se corresponden a pacientes que cumplen criterios DSM-III-R de dependencia alcohólica. El 19,8% de las IC son de mujeres y presentan similar edad que los hombres.

También son similares las características de la IC (tardanza hasta la petición, duración del ingreso, duración de la atención durante el ingreso, servicios que generan la IC, urgencia de ésta) y los porcentajes de antecedentes de ingresos y de urgencias previas.

No llegan a la significación estadística las diferencias en la frecuencia de marginalidad, trastornos de la personalidad, síndrome de abstinencia o de síndrome amnésico durante el ingreso (ver Tabla 6).

Tabla 6. Diferencias entre hombres y mujeres a los que se solicita interconsulta alcohólica durante su ingreso en un hospital general.

	Hombres (N= 170)	Mujeres (N= 42)
Edad	49,9±12 años	47,6±10 años
Antecedentes de ingresos	43,8%	57,1%
Urgencias previas	74,6	83,3%
Dificultades y resistencias para el tratamiento	68,8%	85,7% *
Interconsultas previas	18,2%	35,7% **
Rechazo del tratamiento (entre los 171 candidatos)	18,2%	35,3% *
Otros trastornos psiquiátricos	14,4%	28,9% *
Consumo de otras drogas	9,4%	26,3% **
Marginación social	2,5%	5,3%
Trastornos de la personalidad	11,9%	15,8%
Deterioro neuropsicológico	15,3%	21,4%
Negación patológica de los problemas alcohólicos	12,4%	21,4%
Síndrome de abstinencia en el ingreso	25%	13,2%
Síndrome amnésico en el ingreso	5%	7,9%
Urgencia de la interconsulta	7,6%	11,9%

Pruebas estadísticas: t de Student para la comparación de medias y χ^2 para la de frecuencias. $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Fuente: Base de datos de pacientes de los que solicita interconsulta a la UA-HCB durante 1998.

Sin embargo se detecta una tendencia hacia una mayor gravedad psicológica por parte de las mujeres: estas tienen más trastornos psiquiátricos y consumo de otras drogas, así como más antecedentes de IC previas que los hombres, confirmando la impresión de que las mujeres alcohólicas, cuando ingresan en un hospital por causas orgánicas y son detectadas, presentan más antecedentes de patología relacionada con el consumo de alcohol que los hombres.

Estos datos se refuerzan por el hecho de que las mujeres tienen muchas más dificultades y resistencias que los hombres para poder beneficiarse de un tratamiento alcohólico de seguimiento. Entre estas dificultades destaca una mayor frecuencia de deterioro neuropsicológico, más negación patológica de los problemas alcohólicos y, entre los 171 pacientes a quienes se puede ofrecer tratamiento (excluyendo los fallecidos durante el ingreso y los pacientes no tributarios debido a la gravedad de su estado orgánico) una mayor frecuencia de rechazo del tratamiento ofrecido.

Resumiendo, las mujeres alcohólicas ingresadas en un hospital general y que se detectan mediante interconsulta presentan más antecedentes hospitalarios que los hombres, así como más dificultades para aceptar tratamientos de seguimiento, que se traducen en una mayor probabilidad de rechazarlos. Estas características se corresponden a alcoholismos más graves, tanto desde el punto de vista orgánico, como seguramente del neuropsicológico y social.

Estudio c.2. Diferencias de género en el cumplimiento terapéutico de pacientes alcohólicos graves, a los dos años de su detección a través de la interconsulta hospitalaria.

Se hace un seguimiento longitudinal de la cohorte de las 100 interconsultas (IC) recibidas consecutivamente durante un semestre de enfermos ingresados que presentan complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol, habiendo excluido las IC por consumo de otras drogas o debido a valoración pre-trasplante. Esta muestra es aproximadamente la mitad de la del anterior estudio (sólo el primer semestre del año) y ya han sido publicados algunos resultados previamente²⁶.

El objetivo era identificar las diferencias entre hombres y mujeres en su evolución terapéutica a los 2 años del alta hospitalaria.

Se halla que a los 2 años de la interconsulta no hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al tiempo de supervivencia ni sus porcentajes (67,1% de hombres y 71,4% de mujeres), cumplimiento de tratamientos médicos (61,7% versus 52,9%) o alcoholológicos (11,7% versus 17,6%).

Esta similitud se da a pesar de que en esta muestra y como era de esperar (es la mitad de la misma muestra) también las mujeres presentaban mayores resistencias y rechazo del tratamiento. Ello sugiere que las mujeres alcohólicas que son detectadas en un hospital general a través de la interconsulta, aunque son más graves que los hombres y rechazan más su alcoholismo y los tratamientos que se les ofrece esto no afecta significativamente al cumplimiento de los tratamientos, tanto alcoholológicos como orgánicos, y a su evolución orgánica posterior. Esta falta de diferencias es debida a que tanto estos hombres como las mujeres tienen un alcoholismo y unas consecuencias orgánicas de una gravedad tan avanzada que la capacidad para adherirse a un programa terapéutico es igualmente mala.

Estudio c.3. Diferencias de género en la mortalidad y rehospitalizaciones de pacientes alcohólicos graves, a los cuatro años de su detección a través de la interconsulta hospitalaria.

Se realiza un seguimiento longitudinal prospectivo a 4 años de la cohorte de 198 interconsultas (IC) recibidas durante 1998 de enfermos ingresados en un hospital general que presentan alcoholismo. Se compara entre hombres y mujeres la mortalidad, rehospitalizaciones y el uso del servicio de Urgencias.

La composición de esta muestra es similar a la de los dos estudios anteriores. También de ella se han publicado resultados generales²⁷.

Hombres y mujeres tienen similar edad ($50,1 \pm 12$ versus $47,2 \pm 10$ años). No se hallan diferencias significativas en el porcentaje de fallecidos a los 4 años (35% de los hombres y 28,9% de las mujeres), en el tiempo de supervivencia (1153 días de media en hombres y 1161 en mujeres) o en la edad

en el momento de la muerte (hombres $57,9 \pm 11$ años frente a $53,6 \pm 10$ en mujeres; $t = 1,1$; $p = n.s.$).

Tampoco son significativamente distintos los porcentajes de pacientes que han vuelto a acudir a Urgencias (71,1% de hombres y 73,7% de mujeres) o de los que se ha vuelto a solicitar nueva interconsulta por alcohol (18,8% de los hombres y 23,7% de las mujeres). Tan solo hay una diferencia en los porcentajes de reingresos en el hospital (57,9% de hombres y 36,8% de mujeres; $\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$).

Estos resultados complementan los del estudio anterior: la detección del alcoholismo en fases demasiado avanzadas hace poco eficaces los tratamientos, siendo la mortalidad y el uso de servicios hospitalarios muy elevados, tanto en hombres como en mujeres.

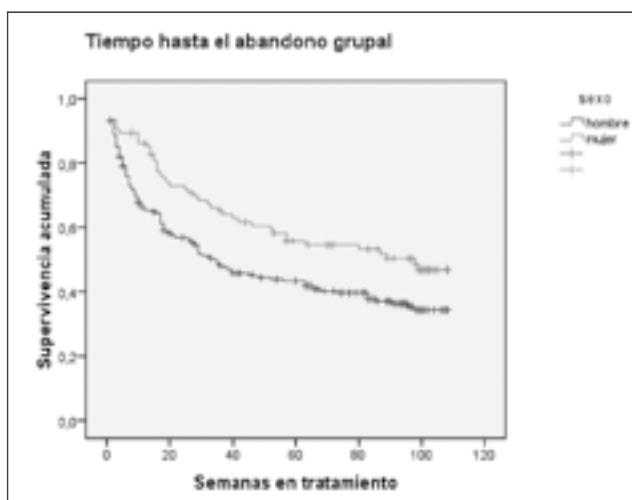
Estudio d.1. Adherencia y evolución de las mujeres en la terapia grupal (TG) para alcohólicos.

Se realiza un análisis de supervivencia hasta el alta terapéutica a los 2 años o el abandono de la terapia grupal (TG) de 329 pacientes alcohólicos incluidos consecutivamente en TG. Se excluyeron los pacientes incluidos con anterioridad (21 repetidores) y los que no llegaron a acudir a TG (42 pacientes no asistentes) a pesar de haber sido asignados²⁸.

Los resultados muestran que aunque el abandono de la TG se da en un 61,7% de los hombres y un 51,1% de las mujeres las diferencias en el porcentaje de abandonos a los 2 años no son estadísticamente significativas.

Mediante técnicas de análisis de supervivencia (ver Figura 1) se comprueba que la mediana de semanas hasta el abandono grupal es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (98 vs. 34 semanas; $\text{Log Rank} = 6,6$; $p = 0,01$).

Las diferencias en la adherencia empiezan al inicio del tratamiento: desde las primeras 4-8 semanas se mantiene un porcentaje más alto de mujeres en tratamiento grupal.



Fuente: Base de datos de pacientes incluidos en cinco grupos de terapia de la UA-HCB desde Enero del 1988 a Junio de 1993.

Figura 1. Comparación del tiempo hasta el abandono en función del sexo.

La conclusión es que la TG es más eficaz en las mujeres que en los hombres y ello puede generalizarse muy probablemente al resto de centros de tratamiento de España, habida cuenta de las similitudes que presentan con la UA-HCB en la utilización de técnicas grupales¹. Además estos resultados coinciden con los hallados en otra cohorte de enfermos más amplia y anterior en el tiempo⁴.

Las mujeres presentan diferencias desde los primeros dos meses, con un porcentaje de adherencia superior que mantienen hasta el final del tratamiento. Ello plantea el punto crítico de los primeros 60 días, superado el cual aumenta mucho la probabilidad de finalizar el tratamiento con éxito. Los hombres presentan una especial dificultad para superar este obstáculo inicial.

Las causas son variadas, pero el hecho de que las mujeres funcionen mejor, a pesar de que su número es inferior al de hombres y de que asisten acompañadas de un familiar con menor frecuencia, indica probablemente una búsqueda de apoyo externo superior a la de los hombres. Posiblemente también se explica por una serie de diferencias psicológicas a analizar en el futuro, entre las que la presencia de sentimientos de culpa puede ser importante.

Estudio e.1. Diferencias de género en el consumo de tranquilizantes, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo de los pacientes alcohólicos que ingresan para desintoxicación en una UHD.

Estudio transversal descriptivo de 401 pacientes alcohólicos ingresados en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD) situada en una Sala de Medicina Interna, comparando entre hombres y mujeres las características respecto del consumo de benzodiazepinas (BZD), los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo¹⁶. 286 pacientes son varones (71,3%). La edad media es de 47,7±10 años, sin diferencias significativas entre ambos sexos. La Tabla 7 muestra las diferencias entre los hombres y mujeres.

Tabla 7. Diferencias clínicas entre hombres y mujeres ingresados para desintoxicación en una UHD.

	Hombres (N= 296)	Mujeres (N= 115)
Edad	47,4±10	48,4±9
Abuso/dependencia de BZD (BZD+)	56 (19,6%)	57 (49,6%) ***
Trastornos de la personalidad (TP)	46 (16,1%)	28 (24,3%) *
Deterioro cognitivo (DC)	70 (24,5%)	26 (22,6%)

UHD: Unidad Hospitalaria de Desintoxicación; BZD: Benzodiazepinas.

Pruebas estadísticas: t de Student para la comparación de medias y χ^2 para la de frecuencias.

* p < 0,05; ** p < 0,01; ***p<0,001.

Fuente: Base de datos de pacientes ingresados consecutivamente para desintoxicación hospitalaria en la UA-HCB durante 2004 y 2005.

Las Tablas 8 a 10 indican las diferencias entre ambos sexos cuando se estratifica en función del abuso de BZD, de los trastornos de la personalidad o de la presencia de deterioro cognitivo.

Tabla 8. Trastornos de la personalidad (TP) y deterioro cognitivo, según el abuso de tranquilizantes y el sexo.

	BZD+ (N= 113)			BZD- (N= 288)		
	Hombres N= 56	Mujeres N= 57	Total	Hombres N=230	Mujeres N=58	Total
Con TP	11 (19,6%)	18 (31,6%)	29 (25,7%)	35 (15,2%)	10 (17,2%)	45 (15,6%)
Con DC	17 (30,4%)	5 (8,8%)	22 (19,5%) **	53 (23%)	21 (36,2%)	74 (25,7%) *

Frecuencias y porcentajes.

BZD+/-: Con o sin abuso de tranquilizantes; DC+/-: Con o sin deterioro cognitivo; TP+/-: Con o sin trastornos de la personalidad.

*p < 0,05; **p < 0,005.

Fuente: Base de datos de pacientes ingresados consecutivamente para desintoxicación hospitalaria en la UA-HCB durante 2004 y 2005.

Tabla 9. Consumo de tranquilizantes (BZD+) y deterioro cognitivo según los trastornos de la personalidad (TP) y el sexo.

	TP- (N= 327)			TP+ (N= 74)		
	Hombres N= 240	Mujeres N= 87	Total	Hombres N=46	Mujeres N=28	Total
BZD+	45 (18,8%)	39 (44,8%)	84 (25,7%) ***	11 (23,9%)	18 (64,3%)	29 (39,2%) ***
DC+	67 (27,9%)	24 (27,6%)	91 (27,8%)	3 (6,5%)	2 (7,1%)	5 (6,8%)

Frecuencias y porcentajes.

BZD+/-: Con o sin abuso de tranquilizantes; DC+/-: Con o sin deterioro cognitivo; TP+/-: Con o sin trastornos de la personalidad.

* p < 0,05; ** p < 0,005; *** p < 0,001.

Fuente: Base de datos de pacientes ingresados consecutivamente para desintoxicación hospitalaria en la UA-HCB durante 2004 y 2005.

Tabla 10. Consumo de tranquilizantes (BZD+) y trastornos de la personalidad (TP) según el deterioro cognitivo y el sexo.

	DC- (N= 305)			DC+ (N= 96)		
	Hombres N= 216	Mujeres N= 89	Total	Hombres N=70	Mujeres N=26	Total
BZD+	39 (18,1%)	52 (58,4%)	91 (29,8%) a ***	17 (24,3%)	5 (19,2%)	22 (22,9%)
TP+	43 (19,9%)	26 (29,2%)	69 (22,6%)	3 (4,3%)	2 (7,7%)	5 (5,2%)

Frecuencias y porcentajes.

BZD+/-: Con o sin abuso de tranquilizantes; DC+/-: Con o sin deterioro cognitivo; TP+/-: Con o sin trastornos de la personalidad.

* p < 0,05; ** p < 0,005; *** p < 0,001.

Fuente: Base de datos de pacientes ingresados consecutivamente para desintoxicación hospitalaria en la UA-HCB durante 2004 y 2005.

De todas ellas se concluye que las mujeres alcohólicas que ingresan para desintoxicación padecen un porcentaje mucho más elevado de abuso de BZD y de trastornos de la personalidad (TP) que los hombres.

En ellas predominan los trastornos de la personalidad (TP) e histriónicos (35,7% de los casos de TP) y límites (21,4%), mientras que en los hombres predomina el trastorno antisocial (71,7% de los casos de TP).

Aunque la frecuencia de deterioro cognitivo es similar entre ambos sexos, entre los pacientes que no abusan de BZD es más importante en las mujeres, mientras que entre los abusadores de BZD los hombres presentan mucho más deterioro cognitivo que las mujeres.

Dicho de otra manera: el abuso de BZD es significativamente superior en las mujeres que en los hombres que no presentan deterioro cognitivo (DC). Entre los pacientes con

DC no hay diferencias significativas entre mujeres y hombres, aunque el predominio pasa a ser de los hombres.

La posible explicación es que las mujeres utilizan las BZD en fases tempranas de su historial de consumo alcohólico, para sustituir sus efectos y disminuir su consumo, logrando con ello estar menos expuestas a la toxicidad del alcohol y disminuir el daño neurológico. Los hombres en cambio utilizan las BZD cuando ya existe una dependencia alcohólica bien instaurada con complicaciones neuropsicológicas, con el objetivo de mitigar los síntomas de abstinencia o para complementar el efecto del alcohol, con lo que el daño neurológico no tan solo no se evita, sino que puede complicarse.

Estudio e.2. Evolución a los 3 años de los pacientes ingresados para desintoxicación en una UHD situada en una sala de Psiquiatría.

Se ha seguido a los 3 años del alta terapéutica la cohorte de los 72 enfermos alcohólicos (40 hombres y 32 mujeres) ingresados en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD) situada en una Sala de Psiquiatría para desintoxicación alcohólica²⁹, con el objetivo de analizar las características diferenciales en la actitud de hombres y mujeres alcohólicos que pueden haber influido en su evolución.

Durante el ingreso hospitalario las únicas diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres estaban en su actitud (no colaboran el 27,5% de hombres versus 9,4% de mujeres; $\chi^2 = 3,7$; $p = 0,05$) y en su evolución psicoterapéutica (positiva en 40% de hombres versus 62,5% de mujeres; $\chi^2 = 3,6$; $p = 0,05$). Probablemente esta es la causa de que a continuación se indique terapia grupal al 21,9% de mujeres y sólo al 5% de los hombres ($\chi^2 = 4,6$; $p = 0,03$).

A lo largo del seguimiento ambulatorio posterior no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de adherencia terapéutica (alta o en tratamiento) a los 2 años (27,5% de hombres versus 46,9% de mujeres; $\chi^2 = 2,8$; $p = 0,08$) o a los 3 años (32,5% versus 53,1% respectivamente; $\chi^2 = 3,1$; $p = 0,07$).

Resumiendo, las mujeres tienen una actitud más terapéutica, colaboradora y constructiva durante el ingreso de desintoxicación. Aunque a los 2 y 3 años las diferencias en la adherencia no son estadísticamente significativas ello se debe probablemente al pequeño tamaño de la muestra y al tipo de prueba estadística utilizada.

Lo que sí se observa es la existencia de una clara tendencia *hacia un mejor aprovechamiento y una mejor adherencia terapéutica por parte de las mujeres.*

DISCUSIÓN

Como limitación de los datos de que disponemos se ha de señalar la particularidad de que se han obtenido de una población muy parecida a través de los años, representativa de los pacientes atendidos en un Centro de Drogodependen-

cias de un área concreta de Barcelona. Aunque los pacientes atendidos abarcan zonas geográficas de toda Catalunya no pueden considerarse representativos de los pacientes alcohólicos que se tratan en España, si bien tampoco existe un perfil de alcohólico típico.

A pesar de ello creemos que nuestras muestras son mucho más representativas que las que aparecen publicadas en otros estudios, habitualmente americanos, y tienen los mismos problemas de validez que los de cualquier otro estudio. La posible falta de representatividad, por el contrario, está compensada por una gran homogeneidad de los pacientes, que son atendidos por el mismo equipo desde hace 25 años y que se ha demostrado que han experimentado pocos cambios sociodemográficos¹⁹, aparte del fenómeno de la inmigración³⁰.

Los resultados son inequívocos en señalar que a pesar de que las diferencias sociales, psicológicas y orgánicas de las mujeres respecto a los hombres podrían sugerir en ellas un peor pronóstico terapéutico, la realidad es bien distinta.

La presencia de más sintomatología depresiva, la menor ayuda por parte de sus parejas y la posible dificultad en acceder a los tratamientos, las mujeres lo compensan con una mayor demanda y aprovechamiento de ayuda psicoterapéutica, que puede traducirse incluso en conductas autolíticas, después de las cuales se adhieren con mucha mayor constancia a los tratamientos a largo plazo que los hombres^{22, 24}. Estas conductas, cuando las hacen, tienen una menor letalidad y unas características psicopatológicas muchos más leves que las de los hombres. Esto coincide con la llamada "paradoja de género en el suicidio" en población general, caracterizada por mayores porcentajes de ideación y conducta suicida por parte de las mujeres y en cambio una mayor mortalidad por éstas conductas entre los hombres³¹.

En ellas acostumbran a pesar más los aspectos psicológicos y menos los orgánicos que en los hombres, lo cual es coherente con la presencia de mayores sentimientos de culpa y conductas de ocultación que se observan clínicamente en las mujeres.

Se adhieren más tiempo y mejor a las terapias grupales, que son el centro de la mayoría de programas terapéuticos para el tratamiento del alcoholismo, particularmente en España³², hecho confirmado en otros estudios propios^{33, 34} pero también en otros países y contextos³⁵. A pesar de la abundante literatura sobre terapias grupales se han publicado escasos estudios científicos acerca de su eficacia y mecanismos de acción³⁴, pero muchos terapeutas coincidimos en que las mujeres cualitativamente también expresan mejor las emociones, interactúan más con los demás miembros, aclaran mejor sus dudas y en definitiva logran mayores motivaciones para modificar de forma más adaptativa sus conductas.

La mejor evolución terapéutica observada en las mujeres no parece deberse a sus perfiles de personalidad, que en muestras ambulatorias son similares a los de los hombres, sino a rasgos que parecen específicos del hecho de ser mujer.

El mayor componente de sufrimiento psicológico de las mujeres se expresaría en los casos con una dependencia de mayor gravedad (y que deben realizar la desintoxicación en medio hospitalario) por más abuso de BZD y una mayor frecuencia de trastornos de la personalidad, básicamente histriónicos y límite (a diferencia de los hombres que son antisociales, lo que confirma las distintas características adaptativas ante la enfermedad y las limitaciones).

Aunque los trastornos psiquiátricos empeoran el pronóstico de los tratamientos, por contradictorio que parezca, la presencia en las mujeres de más trastornos histriónicos de la personalidad, ideación autolítica o sintomatología depresiva quizás puede aumentar su motivación a seguir un tratamiento.

En el caso de las mujeres en que la afectación más grave que presentan es de tipo orgánico su situación es especial: En ellas se invierten los términos con los hombres y sus características psicopatológicas son más graves que las de ellos. También en ellas existen mayores dificultades para aceptar los tratamientos a pesar de, o precisamente debido a, la grave afectación orgánica, neuropsicológica, social y psiquiátrica que padecen.

Evolutivamente podríamos decir que en las mujeres aparecen antes las manifestaciones de su dependencia alcohólica, probablemente debido a una menor tolerancia orgánica. Estos datos son coherentes con el efecto "telescoping" hallado en las mujeres, caracterizado por una progresión más rápida de su enfermedad alcohólica, de sus complicaciones y de su acceso a los tratamientos^{36,37}, pero nosotros creemos que también se debe a un mayor sufrimiento psicológico y que son capaces de pedir ayuda antes y beneficiarse mejor de los tratamientos.

Si no lo hacen y continúan bebiendo hasta la aparición de enfermedades orgánicas graves, entonces sus consecuencias son peores que las de los hombres, a pesar de que siguen siendo más jóvenes. Las posibilidades de que un tratamiento sea efectivo en ellas se reducen drásticamente y se igualan con las de los hombres de similar condición, que son muy malas.

Esto podría ser una posible explicación de la peor evolución del alcoholismo observado en muestras recogidas en estudios epidemiológicos³⁸ de principios de los años 80. También el hecho de ser una época en que el alcoholismo femenino era muy estigmatizado en EE.UU o de tener un estatus socio-económico más bajo que los hombres y una peor situación familiar contribuyen a explicar los casos de peor pronóstico.

Finalmente se confirma el progresivo incremento del número de mujeres tratadas por una dependencia alcohólica, lo que supone seguramente una normalización de su tratamiento por parte de ellas. Pero no por ello estos tratamientos parece que les sean inadecuados.

Tampoco el acceso a los tratamientos por parte de las mujeres parece ser inferior al que correspondería a la prevalencia del alcoholismo en la mujer en comparación al hombre.

En vista de los datos que tenemos es discutible que sea necesario un tratamiento específico para las mujeres, por sus características de mayor soledad o baja autoestima. Quizás simplemente deben incluirse recursos que faciliten el tratamiento, como transporte o cuidados de los hijos³⁹.

Por el contrario, existen aspectos femeninos que deberían aplicarse en los tratamientos "masculinos", por su mayor poder terapéutico.

En nuestra práctica clínica se observa sistemáticamente un mejor aprovechamiento de los recursos psicoterapéuticos por parte de las mujeres, así como una mejor implicación, sinceridad y disposición al cambio, creemos que básicamente por la menor racionalización y mayor empatía y emotividad que utilizan. Esta actitud favorece, especialmente en los grupos de terapia, que los hombres puedan sentirse también participes de este cambio y utilicen parte de las estrategias de ellas. Por ello no nos parecen nada sorprendentes estos resultados.

También en otras enfermedades se observa una mayor utilización y aprovechamiento de los recursos sanitarios por parte de las mujeres⁴⁰⁻⁴³. Es conocido que en gran parte del mundo las mujeres son las que perseveran en el cuidado y cohesión de la familia y en la búsqueda de recursos para su subsistencia^{44,45}.

Todo ello sugiere que hay una serie de factores psicológicos femeninos diferenciales que les proporcionan una mayor motivación para cuidar de sus vidas y de la calidad del estado físico-psíquico de ellas y de sus familias.

Sabemos poco de cuáles de estos factores son determinantes en las distintas actitudes ante los tratamientos y que pueden predecir la distinta adherencia terapéutica de hombres y mujeres

Las diferencias en la estructura de personalidad (según el TCI) entre hombres y mujeres alcohólicos son inespecíficas (mayor evitación del daño, dependencia de la recompensa y cooperación)⁴⁶. En el caso de las estrategias de afrontamiento medidas con el COPE⁴⁷ las mujeres usan más el desahogo emocional y el consumo de sustancias, pero son diferencias que nos dicen poco acerca de sus virtudes para adaptarse a los tratamientos y mantener la abstinencia.

En resumen, las mujeres alcohólicas disponen de mecanismos que les permite mantener a los 20 años del tratamiento unas tasas de abstinencia muy superiores y de mortalidad inferiores a los hombres⁴⁸. Debería investigarse estos mecanismos, posiblemente mediante su papel en la génesis de fenómenos emocionales como la depresión y la ansiedad⁴⁹, pero sobretodo la culpa^{50,51}, muy distintos en su expresión entre hombres y mujeres⁵² y posiblemente relacionados con sus roles sociales y familiares⁴⁰, que externamente pueden parecer problemáticos, pero que quizás son motor para el cambio.

REFERENCIAS

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
2. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informes anuales del 1991 al 2007. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
3. Grucza RA, Bucholz KK, Rice JP, Beirut LJ. Secular Trends in the Lifetime Prevalence of Alcohol Dependence in the United States: A Re-evaluation. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32: 763-770.
4. Hammarström A, Lehti A, Danielsson U, Bengs C, Johansson EE. Gender-related explanatory models of depression: A critical evaluation of medical articles. *Public Health* 2009; 123: 689-93.
5. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1995; 166 (Suppl 27): 19-22.
6. Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO, Mezuk B, Ding Y. Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 182-8.
7. Schmidt L, Weisner C. The emergence of problem-drinking women as a special population in need of treatment. *Recent Dev Alcohol* 1995; 12: 309-34.
8. Burman S. The disease concept of alcoholism: its impact on women's treatment. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11: 121-6.
9. el-Guebaly N. Alcohol and polysubstance abuse among women. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 73-9.
10. Avila Escribano JJ, González Parra D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones* 2007; 19: 383-92.
11. Chermack ST, Stoltenberg SF, Fuller BE, Blow FC. Gender differences in the development of substance-related problems: the impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 845-52.
12. Walitzer KS, Sher KJ. A prospective study of self-esteem and alcohol use disorders in early adulthood: evidence for gender differences. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 1118-24.
13. Rubin A, Stout RL, Longabaugh R. Gender differences in relapse situations. *Addiction* 1996; 91 Suppl: S111-20.
14. Dawson DA, Grant BF. Family history of alcoholism and gender: their combined effects on DSM-IV alcohol dependence and major depression. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 97-106.
15. Bischof G, Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 783-6.
16. Monras M, Mondon S, Jou J. Consumo de tranquilizantes en pacientes alcohólicos y su relación con los trastornos de personalidad y el deterioro neuropsicológico. *Med Clin (Barc)* 2008; 130: 693-5.
17. Schneider KM, Kviz FJ, Isola ML, Filstead WJ. Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment. *Addict Behav* 1995; 20: 1-21.
18. Diehl A, Croissant B, Batra A, Mundle G, Nakovics H, Mann K. Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 344-51.
19. Monras M. Cambios en la edad de inicio del tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial?. *Adicciones* 2001; 13: 139-146.
20. Plan Nacional sobre Drogas. Memorias del 1996 al 2006. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad.
21. Observatorio Español sobre Drogas. Informes 1998 (nº 1) a 2007. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
22. Monras M, Marcos V, Ramon G. Estructura de personalidad y perfil neuropsicológico en alcohólicos con tentativas suicidas. *Adicciones* 1993; 5: 21-37.
23. Monras M, Marcos V, Ramon G. Tentativas de suicidio en pacientes alcohólicos. *Adicciones* 1992; 4:45-56.
24. Monras M. Seguimiento a 5 años de alcohólicos con antecedentes de tentativas suicidas. *Adicciones* 1995; 7: 479-494.
25. Monras M, Ortega L, Mondon S, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: detección y tratamiento. *Medicina Clínica (Barc)* 2003; 121: 733-5.
26. Monras M, Ortega L, Mondon S, Balcells M, Gual A. Enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol: seguimiento a los dos años de la hospitalización. *Medicina Clínica (Barc)* 2004; 123: 521-6.
27. Monras M, Mondon S, Ortega L, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: Mortalidad y hospitalizaciones a los 4 años de su detección. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 441-7.
28. Monras M, Gual A. Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. *Drug and Alcohol Review* 2000; 19: 55-63.
29. Monras M, Garcia S, Torres M, Gual A, Ortega L. El ingreso hospitalario en el tratamiento de los alcohólicos cronicados. *Adicciones* 1998; 10: 151-160.
30. Monras M, Freixa N, Ortega L, Pineda P, Gonzalez A y Gual A. Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 250-2.
31. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 1-23.
32. Gual A, Martinez M, Ortega L, Bach L. Utilización de técnicas grupales en el tratamiento de enfermos alcohólicos. Estudio de las características de los grupos terapéuticos realizados en los centros asistenciales especializados del Estado Español. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1992.
33. Monras M, Freixa N, Martinez M, Bach L. Abandono de la terapia grupal en pacientes alcohólicos. Seguimiento de diez grupos. *Adicciones* 1990; 2: 93-104.
34. Monras M, Freixa N, Ortega L, Lligoña A, Mondon S, Gual A. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 126-131.
35. Moos RH, Moos BS, Timko C. Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clin Med Res* 2006; 4: 163-74.
36. Diehl A, Croissant B, Batra A, Mundle G, Nakovics H, Mann K. Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 344-51.

37. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend* 2004; 74: 265-72.
38. Edens EL, Glowinski AL, Grazier KL, Bucholz KK, The 14- year course of alcoholism in a community sample: Do men and women differ?. *Drug Alcohol Depend* 2008; 93: 1-11.
39. Wald R, Harvey SM, Hibbard J. A treatment model for women substance users. *Int J Addict* 1995; 30: 881-8.
40. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003; 58: 5-14.
41. Rafuse J. Men's attitudes about seeking health care may put them at risk, conference told. *CMAJ*, 1993; 149: 329-330.
42. Griffiths S. The neglected male. *Br J Hosp Med*. 1992; 48: 627-629.
43. Gijbbers Van Wijk CM, Kolk AM, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. *Soc Sci Med* 1992; 35: 665-678.
44. Dowler JM, Jordan-Simpson DA, Adams O. Gender inequalities in care-giving in Canada. *Health Rep* 1992; 4:125-36.
45. DiGirolamo AM, Salgado de Snyder N. Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being. *Salud Publica Mex* 2008; 50: 516-22.
46. Monras M, Mondon S, Jou J. Características de personalidad en pacientes alcohólicos mediante el cuestionario Temperament and Character Inventory (TCI). Diferencias según la existencia de abuso de benzodiazepinas (BZD) y trastornos de la personalidad. *Adicciones* 2008; 20: 143-148.
47. Monras M, Mondon S, Jou J. Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de BZD, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones* 2010; 22: 191-198.
48. Gual A, Bravo F, Lligoña A, Colom J. Treatment for Alcohol Dependence in Catalonia: Health Outcomes and Stability of Drinking Patterns over 20 Years in 850 Patients. *Alcohol Alcohol* 2009; 44: 409-15.
49. Simonds VM, Whiffen VE. Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety? *J Affect Disord* 2003; 77: 197-202.
50. Etxebarria I, Ortiz MJ, Conejero S, Pascual A. Intensity of habitual guilt in men and women: differences in interpersonal sensitivity and the tendency towards anxious-aggressive guilt. *Span J Psychol* 2009; 12: 540-54.
51. Robichaud M, Dugas MJ, Conway M. Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 501-16.
52. Earls F. Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences. *Psychiatr Dev* 1987; 5: 1-23.