

La relación entre el abuso de sustancias y el trastorno de estrés postraumático en las mujeres

Una Revisión de Investigación

Lisa M. Najavits, Ph.D
Roger D. Weiss, M.D.
Sarah R. Shaw, B.A.

La investigación ha documentado una gran incidencia de comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático (PTSD) y el abuso de sustancias. En concreto, las mujeres que abusan de sustancias, muestran grandes tasas de este doble diagnóstico (entre el 30% y el 59%), que normalmente proviene de un historial reiterativo de agresiones sexuales y físicas repetidas durante su infancia. Entre los hombres, los índices son dos o tres veces menores y suelen provenir de traumas de combate o crímenes. Los pacientes con ambos trastornos se caracterizan por tener gran severidad en una multitud de variables psicológicas y de tratamiento y por el uso de las drogas más fuertes (cocaína y opiáceos). La investigación sobre tratamientos para mujeres está limitada pero sugiere la posibilidad de retener a las pacientes y conseguir resultados positivos.

En este artículo, se revisa la literatura existente sobre mujeres con trastorno de estrés postraumático (PTSD) y trastornos por abuso de sustancias. Estos estudios han empezado a proporcionar una emergente comprensión de los índices de concomitancia de los trastornos, la relación entre ellos, su asociación frecuente con agresiones físicas y/o sexuales durante la infancia, a diferencia de los casos masculinos, asociados a problemas de la vida y a las características de los tratamientos (Si no se indica lo contrario, el término abuso de sustancias será utilizado de ahora en adelante para todos los trastornos por uso de sustancias, incluida la dependencia de sustancias, puesto que es el término utilizado comúnmente en los centros de tratamientos).

Índices de concomitancia entre PTSD y el Abuso de Sustancias.

Tasas de PTSD en muestras de abuso de sustancias.

La investigación de la asociación entre PTSD y el abuso de sustancias empezó con estudios sobre varones veteranos de guerra, corrientemente en las dependencias de la Administración de Veteranos (AV)¹. En los últimos años, también se han empezado a realizar estudios en pacientes de ambos sexos con un conjunto de

traumas más diversos. Los informes de estos últimos, utilizando los criterios DSM-III-R para el tratamiento de abuso de sustancias, han estimado unos índices de PTSD del 12%,² 20,5%³, 25%⁴ y 34%.⁵

Para las mujeres en particular, los índices son más del doble, y van desde el 30% hasta el 59%, dependiendo de la población estudiada. En la tabla 1 se describen los estudios específicos, todos ellos utilizaron los criterios de la DSM-III-R para valorar los diagnósticos actuales entre los pacientes en tratamiento por abuso de sustancias. Se debe mencionar que todos estos estudios reportan mayores tasas de PTSD que las que se han visto entre las mujeres en la población general, que promedian alrededor del 11% (Kessler et al.⁶ informan del 10%; Breslau et al.⁷ informan del 11%; Resnick et al.⁸ informan del 12%, todos ellos tasas de toda la vida). Estos hallazgos sugieren que las mujeres abusadoras de sustancias tienen mayor tendencia a sufrir un PTSD que el resto de las mujeres en general. Los resultados también reflejan el hallazgo común de que muestras de tratamiento^{3,4,9,10} tienden a tener mayores tasas de diagnósticos positivos que las muestras de la comunidad.⁶

Los estudios que contemplan un historial de toda una vida de trauma entre mujeres abusadoras de sustancias, más que el diagnóstico del PTSD per se, son incluso más frecuentes e indican consistentemente altas tasas de trato injusto que van desde el 55% al 99%: Grice et al.⁵, 55%; Millar et al.¹⁰ 66%; Yandow,¹¹ 75%; Najavits et al.,³ 85% y Fullilove et al.,⁹ 99%. Estudios sobre mujeres de la población general (sin tener en cuenta el abuso de sustancias) estiman unas tasas de trauma durante toda la vida de entre el 36%⁸ y el 51%⁶. También en este caso las mujeres en tratamiento por abuso de sustancias muestran unos índices de trauma más altos que las mujeres de la población general.

Tasas de abuso de sustancias en muestras de PTSD

Los estudios que evalúan el índice de abuso de sustancias en individuos que se sabe que padecen PTSD confirman también una fuerte asociación entre ambos trastornos. Por ejemplo, en un estudio entre 1.007 hombres urbanos escogidos entre la población general, la tasa DSM-III-R de trastornos por uso de sustancias era del 43% entre aquellos con diagnóstico de PTSD, comparado con el 24,7% para aquellos sin PTSD.⁷ Para las mujeres en particular, los estudios se describen en la Tabla 2 y también indican mayores tasas de trastornos por el uso de sustancias entre mujeres con PTSD que entre las mujeres que no padecen PTSD.

La relación entre PTSD y el abuso de sustancias

Los síndromes de PTSD y de abuso de sustancias parecen estar fuertemente conectadas.¹² Por ejemplo, la presencia de cualquiera de estos trastornos en solitario, puede incrementar el riesgo de desarrollar el otro trastorno. Además, nos hemos encontrado constantemente con que los trastornos concomitan a través de varios tipos de traumas¹ y de sustancias.¹³ Los estudios indican que los consumidores de sustancias tienen una mayor probabilidad de sufrir, posteriormente eventos traumáticos que los que no las consumen, ambos entre la población general¹⁴ y entre mujeres específicamente.^{15,16} La cocaína y los opiáceos muestran consistentemente una mayor asociación con un trauma y con el diagnóstico de PTSD que la marihuana o el alcohol (que pre-

sumiblemente son sustancias “más leves”).^{2,5,14,17} Incluso una historia familiar de problemas por uso de sustancias es un factor de riesgo significativo a la exposición a sucesos traumáticos.⁷

Contrariamente, la presencia de trauma se ha relacionado con el abuso de sustancias;^{18,19} esta idea ha sido denominada la teoría traumatogénica de trastornos por abusos de sustancias²⁰ y puede reflejar un intento de “automedicar” el sufrimiento experimentado. Además, las mujeres traumatizadas se inician en el abuso de sustancias más rápidamente que las mujeres que no han sufrido un trauma⁵ y tienen una mayor tasa de abuso de sustancias incluso cuando se tienen controladas las variables de su historial familiar.¹⁰ El trauma y el abuso de sustancias también pueden estar relacionados, en muchas mujeres, en que se había encontrado que los perpetradores habían usado sustancias en el momento de la agresión en un alto porcentaje de agresiones domésticas (50%) y de violaciones (39%).²¹

La relación entre los dos trastornos también parece ser más duradera que para algunos otros trastornos del Eje I (tales como trastornos de humor o de ansiedad). Los síntomas de esto último algunas veces remiten con la abstinencia o parecen ser un artefacto del uso de sustancia, retirada o solapando las normas de decisión DSM-IV.^{13,22} De hecho, se ha informado ampliamente de que los síntomas de PTSD son peores con la abstinencia inicial,^{13,23-25} quizás porque el uso de sustancias ya no enmascara los síntomas del PTSD. Las mujeres con PTSD pueden ser particularmente vulnerables a la recaída en el uso de sustancias.²³⁻²⁵ Desde la perspectiva de los pacientes, los síntomas de PTSD son frecuentes disparadores del uso de sustancias,^{4,26} que, a su vez, puede intensificar los síntomas del PTSD.^{13,24,25}

Una historia común de agresiones sexuales y/o físicas repetidas en la infancia. Varios estudios han encontrado frecuentes historias de agresiones sexuales y/o físicas repetidas en la infancia entre mujeres que en la actualidad abusan de sustancias, con tasas que van desde el 32 al 66%: 66% para la agresión sexual,¹⁰ 42% para la agresión sexual y 32% para la agresión física,⁹ 61% para la agresión física,⁵ 63% para agresión física o sexual,²³ y 46% para la agresión sexual y 58% para la

Tabla 1. Traumatismo de estrés postraumático (PTSD) entre mujeres con trastorno de abuso de sustancias (SUD)^a

Estudios	Muestra	Medida para diagnosticar SUD (sistema / periodo)	Medida para diagnosticar PTSD (sistema / periodo)	Tasa de PTSD en mujeres con SUD	Hallazgos adicionales
Brown y col. ⁴	84 pacientes internos en unidad de desintoxicación (36 mujeres)	Valoración no especificada (DSM-III-R ⁴⁹ /actual ^b)	Lista de Verificación de Estresantes de la Vida y Escala de Mississippi para PTSD (DSM-III-R ⁴⁹ /actual ^b)	43%	12% de PTSD actual entre los hombres; PTSD asociado con una mayor tasa de pacientes internos en tratamiento por abuso de sustancias que no PTSD
Cottler y col. ¹⁴	2.663 en muestra de comunidad (1.569 mujeres)	Programa de Entrevista Diagnóstica (DIS: DSM-III ⁴⁹ /toda la vida	Uso de sustancias (no trastorno) vía el DIS: (DSM-III ⁴⁹ /toda la vida	Ver nota. ^e	El sexo femenino y el uso de cocaína fueron los dos únicos factores de riesgo que predijeron el desarrollo de PTSD
Dansky y col. ¹⁷	75 mujeres ingresadas en unidad de abuso de sustancias	Entrevista clínica, creibaje de orina, y/o Puntuación del índice de Severidad de la Adicción (Addiction Severity) Index (inespecífico/actual ^b)	Versión de modificada del DIS (DSM-III-R ⁵⁰ /actual	42,5%	Tasa de PTSD durante toda la vida: 56,2%
Fullilove y col. ⁹	105 mujeres, pacientes externos en un programa de abuso de sustancias en un barrio marginal	Dos cuestionarios de autoinforme ^d (no especificada/ toda la vida	Entrevista Clínica Estructurada para DSM-III ⁵⁰ (SCID) Módulo PTSD (DSM-III-R ⁵⁰ / toda la vida)	59%	1) De todas los PTSD en toda la vida, un 67% tenía síntomas de PTSD; 2) 99% de tasa de trauma durante toda la vida con una tasa de 87% de trauma violento durante toda la vida
Najavits y col. ⁴¹	128 pacientes ambulatorios dependientes de cocaína (43 mujeres)	Módulos SCID de trastorno de Uso de Sustancias y Trastorno de Uso de Alcohol (DSM-III-R ⁵⁰ /actual	Síntomas de PTSD modificados Escala-revisada y Cuestionario de la Historia del Trauma (DSM-III-R ⁵⁰ /actual	30%	PTSD asociada con mayor severidad a variables psicológicas, médicas, motivacionales, diagnóstica e interpersonal que no PTSD

^aEl énfasis en ambas Tablas 1 y 2 se puso en los estudios disponibles que usaron los criterios de DSM-III-R. De forma interesante todos los estudios en la Tabla 1 muestran mujeres actualmente en tratamiento (excepto Cottler y col.¹⁴), mientras todos los estudios en la Tabla 2 eran muestras de no tratamiento (aunque los estudios no se seleccionaron por estos criterios).

^bPresumido, no declarado en el artículo.

^cSe incluye este estudio a causa de su relevancia sobre el tema. Sin embargo, no proporciona tasas reales de mujeres, no evaluó el trastorno de uso de sustancias per se y no usó el criterio de DSM-III-R⁴⁹

^dPropiedades psicométricas no especificadas

^eLa mayoría de mujeres de este estudio (56%) estaban libres de sustancia (según el análisis de orina) durante 1 mes antes del estudio.

agresión física.³ Además si una mujer padeció tanto agresión sexual como física cuando era niña, su probabilidad de usar sustancias ilícitas era casi dos veces más elevada (44%) que si había sufrido solo un tipo de agresión (23%).²⁷ De la importancia del trauma durante la infancia se hace eco el trabajo epidemiológico general, que ha encontrado que la inmensa mayoría de los traumas a las mujeres ocurren antes de los 18 años,²⁸ cuando las víctimas carecen a menudo de recursos de desarrollo y ambientales suficientes con las que superarlos.

Se ha encontrado que las mujeres con abuso de sustancias tienen altas tasas de traumas repetidos.^{3-5,9} En ambos estudios de mujeres de barrios marginales⁹ y una muestra diversa de sujetos ambulatorios adictos a la cocaína,³ el número medio de traumas durante la vida entre las mujeres era de cinco. Además, la probabilidad de diagnóstico de PTSD estaba aumentada en las mujeres expuestas a un mayor número de traumas y a traumas más violentos.⁹

PTSD y Abuso de Sustancias en Mujeres vs. Hombres

La investigación previa sobre el PTSD y el abuso de sustancias se centró casi exclusivamente en varones combatientes en Vietnam cuyo abuso de sustancias surgió en el contexto de un trauma de guerra.¹ En la década pasada, la investigación se ha ampliado a las mujeres con PTSD y abuso de sustancias; ello indica que las mujeres son diferentes a los hombres en su perfil de PTSD y abuso de sustancias en varias maneras importantes.

Primero, la combinación de PTSD y abuso de sustancias es mucho más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En dos estudios anteriores que compararon separadamente mujeres y hombre, se encontró que las mujeres tenían una tasa entre dos y cerca de cuatro veces más alta de PTSD: 43% para las mujeres vs. 12% para los hombres⁴, y 30% para las mujeres vs. 15% para los hombres.³ En un importante estudio epidemiológico sobre consumidores de sustancias,¹⁴ el género femenino se asoció significativamente con diagnóstico de PTSD entre los sujetos expuestos a eventos traumáticos, mientras que la edad, raza, depresión o el trastorno de personalidad antisocial no lo fueron.

Tales resultados reflejan el hallazgo de que, en gene-

TABLA 2. Trastorno de abuso de sustancias (SUD) entre mujeres con traumatismo de estrés postraumático (PTSD)					
Estudios	Muestra	Medida para diagnosticar PTSD (sistema / periodo)	Medida para diagnosticar SUD (sistema / periodo)	Tasa de PTSD en mujeres con SUD	Hallazgos adicionales
Breslau y col. ⁴⁶	801 mujeres (todas madres)	Programa de Entrevista Diagnóstica (DIS) (DSM-III ⁵⁰ /toda la vida	(DIS)(DSM-III ⁴⁹ / toda la vida	Cualquier trastorno de uso de droga ilegal: odds ratio = 3.11; trastorno por uso alcohol: odds ratio = 3.12	Odds ratio del trastorno del uso de marihuana = 3.49; odds ratio del trastorno del uso de cocaína = 1.80 (NS); el trastorno preexistente de uso de drogas ilícitas predijo riesgo aumentado (tasas peligro=2.1) para exposición a sucesos traumáticos (pero no PTSD per se)

TABLA 2. Trastorno de abuso de sustancias (SUD) entre mujeres con traumatismo de estrés postraumático (PTSD)

Estudios	Muestra	Medida para diagnosticar PTSD (sistema / periodo)	Medida para diagnosticar SUD (sistema / periodo)	Tasa de PTSD en mujeres con SUD	Hallazgos adicionales
Helzer y col. ⁴⁷	2.493 en muestra de comunidad (1.528 mujeres)	(DSM-III ⁴⁹ /toda la vida	(DIS)(DSM-III ⁴⁸ / no especificado	Las mujeres con PTSD tenían 1,4 veces más de probabilidad de tener un trastorno de uso de drogas que las mujeres sin PTSD y 2,8 veces más de tener un trastorno de uso de alcohol	
Kessler y col. ⁶	5.877 en muestra de comunidad (3.065 mujeres)	Versión modificada del DIS (DSM-III ⁵⁰ /toda la vida	Entrevista Diagnóstica Internacional Modificada Compuesta (Modified Composite International Diagnostic Interview) DSM-III-R ⁵⁰ /toda la vida)	Trastorno por uso de alcohol: en mujeres, 27,9% (odds ratio = 2.48); trastorno de uso de drogas en mujeres 26,9%: (odds ratio =4.46)	Trastorno por uso de alcohol, 13,5% para mujeres sin PTSD; trastorno de uso de droga, 7,6% para mujeres sin PTSD
Kilpatrick y col. ³⁴	3.400 en muestra de comunidad	Módulo del Estudio Nacional de Mujeres con PTS (Matinal Woman's Study PTSD Module) (DSM-III ⁵⁰ /6 últimos meses	Medidas no especificadas de dependencia de alcohol (DSM-III-R ⁵⁰ /actual	Las mujeres co PTSD actual tienen 5.52 veces más de probabilidad de tener dependencia al alcohol que las mujeres sin PTSD	1) Las mujeres co PTSD durante toda la vida, tienen 2,4 veces más de probabilidad de tener dependencia al alcohol que las mujeres sin PTSD 2)- agresiones físicas/sexuales, tasas de dependencia de alcohol. 3) - uso de sustancias - de la probabilidad de agresiones violentas posteriores
Kulka y col. ⁴⁸	1.600 veteranos de Vietnam (430 mujeres)	Compuesto de múltiples medidas (DSM-III-R ⁵⁰ / actual y toda la vida	(DIS)(DSM-III ⁵⁰ /actual y toda la vida	13 de 42 mujeres con PTSD (30,5% actual cumplieron los criterios para SUD	
Oumete y col, no publicado ^a	52 mujeres veteranas de Vietnam	Escala de Administración Clínica de PTSD (DSM-III-R ⁵⁰ /toda la vida)	Modulo SCID de Trastorno del Uso de Alcohol (DSM-III-R ⁵⁰ /toda la vida) ^b	De 25 mujeres con PTSD durante toda la vida, un 48% tenía un también un trastorno de uso de alcohol durante toda la vida	Las mujeres con PTSD y trastorno de uso de alcohol (vs. mujeres con PTSD solo) tenían tasas más altas de agresiones sexuales durante ambos la infancia y el tiempo de guerra, más síntomas de PTSD. disociación

^aOuimette P, Wolfe J, Chrestman K: Características de la comorbilidad de PTSD – abuso de alcohol en mujeres (manuscrito no publicado, 1997).^bEn este estudio se eliminaron los pacientes con “abuso activo de sustancias”

ral, (no solo en muestras de abuso de sustancias) las mujeres tienen un riesgo más alto de PTSD que los hombres. Los estudios epidemiológicos han encontrado una tasa de PTSD en mujeres que dobla la de los hombres: 10,4% vs. 5%⁶ y 11,3% vs. 6%.⁷ Ambos estudios han encontrado también que las mujeres tienen el doble de probabilidad de desarrollar el síndrome de PTSD tras una exposición a un trauma que los hombres: un estudio por ejemplo, mostró una tasa del 30,7% entre las mujeres y del 14% entre los hombres⁷. Este hallazgo puede sugerir que las mujeres pueden tener una particular vulnerabilidad para el PTSD o que los tipos de trauma a los que están expuestas las mujeres pueden tener más probabilidad de ocasionar PTSD. Sin embargo, no está claro si realmente las mujeres con PTSD y abuso de sustancias han experimentado más traumas que los hombres. Un estudio apoya esta hipótesis,⁵ pero otros no.^{3,4}

Segundo, mientras las mujeres con PTSD y abuso de sustancias tiene típicamente una historia de agresión sexual y/o física, los hombres tiene tasas significativamente menores de este tipo de traumas³⁻⁵ y tasas significativamente mayores de trato injusto por crímenes, desastre general o exposición a combate en guerra.³ Estos estudios son consistentes con un estudio de la comunidad en el que los hombres experimentaron más combates y testimonios de eventos traumáticos mientras las mujeres experimentaron más agresiones sexuales. Se ha encontrado también que las mujeres abusadoras de sustancias tienen tasas significativamente más altas de traumas repetidos y familiares que los cometen que los hombres abusadores de sustancias.

Problemas de la Vida Asociados a Mujeres con PTSD y Abuso de Sustancias

Algunos estudios han comparado pacientes con PTSD y abuso de sustancias con pacientes con sólo abuso de sustancias.^{3,5,23} Estos estudios han encontrado regularmente que los primeros son más desvalidos. Específicamente, tienen más trastornos comórbidos del Eje I,^{3,23} trastornos del Eje II,³ problemas médicos,³ síntomas psicológicos,³ ingresos⁴ y problemas interpersonales,³ y menor nivel de funcionamiento global,³ cumplimentación con los post cuidados,³ tratamiento,²³ y motivación para el tratamiento³. Las mujeres con

PTSD y abuso de sustancias han reportado también tener numerosos problemas de la vida concurrentes, tales como falta de hogar (“sin techo”)^{29,30} pérdida de la custodia de los hijos,³¹ maltrato de sus hijos,³² y el síndrome de la mujer maltratada”.³³

Además de problemas tan evidentes, las experiencias subjetivas de mujeres con PTSD y abuso de sustancias pueden ser devastadoras. Un artículo de Fullilove y col.⁹ proporciona una descripción de abusadoras de cocaína-crack en Harlem. Ellas expresan una profunda humillación, culpa por su fracaso en el papel de madre, frecuentes relaciones sexuales a cambio de droga, y la espiral descendente de “La Vida” en la que el crack se usa para manejar los síntomas del trauma, la repetición del trauma ocurre en el contexto del crack y el ciclo se repite. El aumento de la probabilidad de la mujer abusadora de sustancias de ser traumatizada (comparado con las mujeres no abusadoras) se refuerza en diversos informes^{15,16,34} que encuentran que las mujeres abusadoras de drogas tienen más probabilidad de ser víctimas de la violencia.

Tratamiento del PTSD y el Abuso de Sustancias Comórbidos

El tratamiento es un aspecto crucial, no sólo a causa de la prevalencia y la severidad de la concomitancia de PTSD y abuso de sustancias, si no también porque los tratamientos que son típicamente usados para el PTSD o el abuso de sustancias solos pueden ser insuficientes para su combinación. Por ejemplo, la exposición conductual y los modelos de inundación, que son bastante exitosos para el PTSD solo, se cree que es un tratamiento nada recomendable para pacientes con abuso de sustancias porque su intensidad emocional puede disparar demasiado fácilmente una recaída del abuso de sustancias.^{26,35} (aunque todavía no se ha estudiado mediante ensayos empíricos). De estudio similar, el uso de benzodiazepinas para los trastornos de ansiedad está contraindicado a menudo en pacientes propensos a la adicción.¹³ Alcohólicos Anónimos (AA) y otros grupos de 12-pasos de autoayuda, que frecuentemente son de ayuda para pacientes abusadores de sustancias pueden no ser apropiados para pacientes con PTSD-abusadores de sustancias, por ejemplo en el

inicio de la recuperación o en casos graves. La presencia de hombres en la mayoría de los grupos, la filosofía de no centrarse en el pasado y varios aspectos de la filosofía de AA (por ejemplo “rendición a un poder superior”, “compartir la historia públicamente”) puede ser problemático.^{36,37} Los tratamientos de abusos de sustancias que son fuertemente confrontacionales en el acercamiento pueden ser también anti terapéuticos para pacientes con PTSD y abuso de sustancias porque pueden evocar experiencias traumáticas.³⁸ Igualmente, para el PTSD solo, no hay hasta ahora un acuerdo de tratamiento estándar validado empíricamente.³⁵ Los tratamientos existentes para hombres con PTSD y abuso de sustancias no pueden tampoco ser trasladados directamente a las mujeres. Tales tratamientos eran típicamente para veteranos de guerra y se realizaban en los centros de la VA. Las mujeres con PTSD y abuso de sustancias, que normalmente desarrollan los trastornos en el contexto de agresiones físicas y sexuales, se describen como sufridoras de temores diferentes a los de los veteranos de guerra y con más sentimiento de culpa, intentos de suicidio, repetición del maltrato y disfunciones sexuales.^{19,39,40}

El reto del tratamiento está aumentado por observaciones clínicas que las mujeres con PTSD y abuso de sustancias tienden a evocar alianzas tensas; crisis múltiples^{23,24,31} y fuertes contratransferencias negativas por los terapeutas, incluyendo impulsos sádicos y de venganza;³⁸ y que reciben con frecuencia la etiqueta de “pronóstico pobre” y “fracaso de tratamiento”.^{23,24} Sin embargo, al menos un estudio ha encontrado resultados positivos y una alta tasa de asistencia para mujeres en una psicoterapia desarrollada específicamente para PTSD y abuso de sustancias, así como una fuerte alianza y satisfacción del paciente.⁴¹

En el futuro, el cuidado clínico puede mejorarse por una mayor integración de los tratamientos de PTSD y abuso de sustancias. Actualmente, la mayoría de los programas no intentan tratar los dos trastornos simultáneamente, si no que rotan a los pacientes bien al tratamiento del PTSD bien al de abuso de sustancias.^{11,26,37,38,40} Sin embargo, un modelo integrado está recomendado consistentemente por los investigadores y los clínicos como con más probabilidad de éxito., mejor coste-efectividad, y más sensible a las necesidades de los pacien-

tes.^{3,4,9,13,23,26,37,38,40-42}

En muchos centros de tratamiento de abuso de sustancias, no se ocupan de la información acerca del trauma y el persona clínico es reacio a valorar el PTSD.^{9,11,40} La propia vergüenza e insensibilidad del paciente acerca del trauma conspiran también contra una rápida identificación del caso.⁴

Cuestiones Claves para la Investigación Futura

En este momento, se desconoce más de lo que se conoce de esta población y los problemas metodológicos limitan las conclusiones que pueden derivarse en firme de la investigación existente.

Habiendo emergido relativamente recientemente, la literatura sobre el PTSD y el abuso de sustancias en mujeres es bastante limitada y los estudios varían enormemente en su rigor diagnóstico y metodológico. La naturaleza retrospectiva de la mayoría de los estudios puede llevar a retirar sesgos como aquellos asociados a un trauma y la influencia sobre la memoria del uso de sustancias. También es difícil separar el impacto del trauma del estilo de vida general asociado con el abuso de sustancias²³ y los diagnósticos concomitantes.¹³ Las cuestiones claves para la investigación futura incluyen lo siguiente:

¿Por qué algunas mujeres expuestas a traumas desarrollan abuso de sustancias mientras otras expuestas a traumas similares no?

Esta pregunta sólo si ha empezado plantearse.^{10,23} Además, ningún estudio existente ha abordado esta cuestión retrospectivamente – ya que los síndromes surgen con el tiempo. Este acercamiento será necesario para obtener una respuesta rigurosa. Los intentos de prevenir el desarrollo de abuso de sustancias en pacientes con PTSD y viceversa podrían ser un esfuerzo público productivo si se supiera más.

Un probable marcador para el desarrollo comórbido de abuso de sustancias y PTSD puede ser la exposición a una violación. Se ha encontrado que la violación es el suceso más desagradable y el que con más probabilidad ocasiona PTSD tanto entre las mujeres como entre los hombres.⁶ Dada la alta prevalencia de la violación a lo largo de la vida de las mujeres – 9,2% comparado con 0,7% para los hombres⁶- es probable, aunque todavía no

se ha demostrado que las mujeres víctimas de violación sean particularmente vulnerables a altas tasas de abuso de sustancias.

¿Hasta qué punto los paciente se “automedican” con sustancias? Se asume a menudo que la automedicación es el caso (particularmente por los clínicos) aunque sin embargo esto puede no ser necesariamente verdad. Por ejemplo, en un estudio² se encontró que los trastornos de ansiedad, incluido PTSD, estaban presentes una media de 11 años antes del inicio del abuso de sustancias; este hallazgo argumenta contra una relación causal entre los dos síndromes. Véase también Cottler y co.¹⁴ quién encontró uso de sustancias (aunque no abuso de sustancias per se) precediendo al PTSD. La heterogeneidad de las drogas de las que abusan por los pacientes con PTSD y abuso de sustancias concomitantes⁴³ (por ejemplo, estimulantes y ansiolíticos) sugiere también que la automedicación puede ser un complejo fenómeno con muchos derivando de constelaciones particulares de síntomas y percepciones subjetivas con respecto a que sustancias los alivian. El hecho de que los síntomas de PTSD puedan empeorar tanto por el uso^{13,24,26} como por la abstinencia de sustancias^{13,23-25,43} complica aún más nuestra comprensión del fenómeno de la automedicación. Finalmente, pensando acerca de la automedicación, será importante diferenciar dos versiones: automedicación como etiología del síndrome del abuso de sustancias (es decir el PTSD causa que una persona desarrolle el síndrome de abuso de sustancias) y la automedicación como un método de superación una vez los trastornos coexisten (es decir, el abuso puede ser causado por cualquier otro factor, tal como la predisposición genética, pero entonces puede ser usado próximamente con síntomas de PTSD como un intento de superarlos).

¿Empeora el PTSD con la abstinencia de sustancias, y si es así, por cuanto tiempo? El fenómeno del empeoramiento del PTSD con la abstinencia se ha descrito en informes anecdóticos pero aún no ha sido estudiado. Sin embargo, claramente, algunas mujeres se recuperan verdaderamente, por lo que este fenómeno está probablemente limitado en el tiempo o puede depender de factores del paciente. Proporcionar a pacientes y tratadores con un curso esperable para tales

cambios puede ser una faceta importante de la psicoeducación y puede ayudar a decidir que medicamentos prescribir. La investigación sobre los síntomas sobrepone a menudo entre PTSD e intoxicación por sustancias y/o la retirada puede ayudar a clarificar la interrelación de los trastornos. Estudios neurobiológicos podrían proporcionar una comprensión más avanzada de las conexiones entre los trastornos a un nivel psicológico.

¿Cuál es el curso esperado en el tiempo del PTSD-abuso de sustancias tanto con tratamiento como sin tratamiento? Aún no se han realizado estudios con seguimiento a largo plazo en mujeres con PTSD y abuso de sustancias. Sin embargo es digno de destacarse que el estudio de Kessler y col6 en población general, el PTSD fracasó en su remisión en más de un tercio de la muestra incluso después de muchos años. De forma interesante, esto se mantuvo tanto para aquellos que recibían tratamiento como para los que no lo recibían. Sin embargo, la duración media de los síntomas fue más corta en los primeros (36 meses) que en los últimos (64 meses), lo que sugeriría un tratamiento efectivo.

¿Qué tiende a desarrollarse primero –PTSD o abuso de sustancias? Esta cuestión tiene numerosas implicaciones para la prevención, la educación y el tratamiento. En este momento, algunos estudios se han dirigido a esta cuestión porque requiere datos rigurosos a menudo no disponibles en estos momentos. Algunos estudios lo han intentado con hallazgos mezclados.^{2,6,14}

¿Cuán efectivo es el tratamiento de mujeres con PTSD y abuso de sustancias? El impacto positivo del tratamiento se ha reportado de forma anecdótica,^{37,40,44} pero hasta ahora solo un estudio prospectivo se ha dirigido a esta cuestión⁴¹ con hallazgos de reducciones significativas en los síntomas de PTSD y abuso de sustancias hacia el final de la sesión 24 de la terapia de grupo cognitiva-conductual específicamente diseñada para esta subpoblación. También se informó de una alta tasa de retención en el tratamiento y una fuerte satisfacción del consumidor. El único otro estudio dirigido al tratamiento de esta subpoblación²³ encontró que las mujeres con y abuso de sustancias tenían menos probabilidad de completar el post cuidado que las mujeres con solo

abuso de sustancias. Los estudios de tratamientos de muestras de ambos géneros también pueden proporcionar información. Por ejemplo, un estudio de 12 semanas de sertralina se asoció con reducciones significativas de PTSD, abuso de sustancias y síntomas de depresión entre sujetos alcohólicos con PTSD, dos tercios de los cuales eran mujeres.

¿Cuál es el mejor tipo de tratamiento para mujeres con PTSD y abuso de sustancias? Esta cuestión está inherentemente relacionada con la anterior. Cuán efectivo puede ser un tratamiento puede depender de qué tipo de tratamiento se encuentre más útil. Surgen una multitud de puntos: ¿Es una orientación teórica más efectiva que otra? ¿Puede el tratamiento ser genérico o debe ser adaptado a esta población? ¿Cuánto debería durar el tratamiento? ¿En qué formato? ¿Qué cualidades son necesarias en el terapeuta? ¿Predicen las características particulares del paciente una buena respuesta al tratamiento? Aún no hay investigaciones conocidas para responder a estas preguntas. Sin embargo, algunos investigadores y clínicos recomiendan para esta población un acercamiento con habilidades de superación.^{37,40-44}

¿Deben tratarse ambos, el trauma y el abuso de sustancias al mismo tiempo? Este es para muchos clínicos un dilema confuso, quienes encuentran que la naturaleza común de los dos trastornos puede impedirles una dirección precisa de uno sin el otro, mientras por otra parte, el tratamiento concomitante puede parecer poco preciso o incluso como un disparador para los pacientes. La mayoría de los escritores sobre este tema recomiendan un modelo integrado,^{3,4,9,13,23,26,37,38,40,42} y un estudio individual de los casos proporciona apoyo adicional para esta postura. Sin embargo, la falta de conocimiento actual acerca del impacto del tratamiento sobre el curso del PTSD y el abuso de sustancias imposibilita actualmente una conclusión.

En resumen, la investigación ha documentado una alta prevalencia de mujeres con PTSD y abuso de sustancias y un conocimiento inicial de su perfil clínico. El trabajo futuro será necesario para dirimir la etiología, el curso, y el tratamiento de esta importante población.

La bibliografía está a disposición del lector en la dirección de correo electrónico: lzuloagaa@nexo.es