

## REVISIÓN DE TEMA SOBRE LA AGRESIÓN SEXUAL FACILITADA POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Arias Mira DE, Micolta Ortiz CD. Revisión de tema sobre la agresión sexual facilitada por sustancias psicoactivas. *Rev Arg Med* 2021;9[1]:26-31

Recibido: 1 de enero de 2021.

Aceptado: 31 de enero de 2021.

<sup>1</sup> Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos de la IPS Universitaria, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Médico de Urgencias de Bienestar IPS, Medellín.

### SUBJECT REVISION ABOUT SEXUAL ASSAULT FACILITATED BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

David Esteban Arias Mira,<sup>1</sup> César David Micolta Ortiz<sup>2</sup>

#### RESUMEN

Las agresiones sexuales representan un problema de salud pública con secuelas físicas, económicas y psicológicas. Las sustancias alucinógenas, principalmente las de uso recreativo, son utilizadas para facilitar este tipo de delitos. El etanol, las benzodiazepinas, el cannabis, el éxtasis y el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) son las sustancias más usadas; por lo tanto, el personal de salud debe familiarizarse con los signos clínicos que sugieren una agresión sexual mediada por estas sustancias.

**PALABRAS CLAVE.** Sexual, cannabis, etanol.

#### ABSTRACT

Sexual assaults represent a public health problem with physical, economic and psychological consequences. Hallucinogenic substances, mainly those of recreational use, are employed to facilitate this type of crime. Ethanol, benzodiazepines, cannabis, ecstasy and gamma-hydroxybutyric acid (GHB) are the most widely used substances; therefore, health personnel should be familiar with the clinical signs suggesting a sexual assault mediated by said substances.

**KEY WORDS.** Sexual, cannabis, ethanol.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

#### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

David Esteban Arias Mira. Correo electrónico: mdavidarias@hotmail.com.

## Introducción

Las agresiones sexuales abarcan actos que van desde la violencia verbal hasta la penetración forzada (1) y afectan en mayor medida al sexo femenino, con tasas que superan el 7% en la población general (2) y subregistros calculados en más del 50% (3), con el sexo masculino como principal victimario (4). Datos recientes sugieren una similitud de los sexos en el caso de las víctimas, con subregistros asociados al temor por la estigmatización social y mitos urbanos de virilidad (5,6).

La población infantil es en especial vulnerable a estos actos ilícitos, con cifras inversamente proporcionales al nivel de riqueza y educación de la población estudiada, desde el 3% hasta el 30% de los menores de 18 años (7,8), con prevalencia en el sexo femenino (9,10).

Entre otros factores de riesgo para ser víctima de violencia sexual se encuentran el uso de alcohol y sustancias ilícitas (11,12), los trastornos cognitivos o enfermedades mentales en cualquier etapa de la vida (13,14), el desplazamiento forzado (15) y la trata de personas (16), la fragilidad asociada a la edad avanzada (17), el estado gestacional en algunas culturas (18), la falta de hogar (19) y las identidades sexuales homosexual o bisexual (20). Para las víctimas, las consecuencias van desde los trastornos mentales somáticos (21,22) y de la conducta (23), la depresión posparto (24), la ideación suicida en menores de 18 años (25), los trastornos de la conducta alimentaria (26) y el trastorno de estrés postraumático (27) hasta las enfermedades de transmisión sexual, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (28-30).

Un factor de riesgo común en las zonas urbanas es el consumo voluntario de alcohol y sustancias psicoactivas (31); no obstante, hasta el 2% de los abusos sexuales facilitados por sustancias con efecto sedante se asocian con un consumo involuntario de estas. El etanol mezclado con benzodiazepinas (principalmente, el flunitrazepam), el cannabis, el éxtasis y el ácido gamma-hidroxi-butírico (GHB) son las principales sustancias detectadas (32).

El objetivo de la presente revisión es realizar un abordaje integral de las principales sustancias –tanto de uso voluntario como involuntario– reportadas como facilitadoras de las agresiones sexuales con el fin de dar herramientas a los profesionales de la salud para su diagnóstico, tratamiento y prevención.

## Etanol

El alcohol etílico es la droga de abuso más antigua. Los estados de embriaguez inducidos por su consumo se caracterizan por un compromiso gradual del estado de alerta, medido con la escala de Glasgow. Su diagnóstico se puede realizar de modo clínico, con los hallazgos de

halitosis, disminución o pérdida de reflejos y disminución o pérdida del equilibrio, esto en relación con una historia reciente o de larga evolución de consumo de alcohol, principalmente de forma voluntaria. Las ayudas diagnósticas se reservan sobre todo para procedimientos médico-legales o ante la sospecha de asociación con otras sustancias psicoactivas (33).

El tratamiento consiste en medidas de soporte tales como la administración de glucosa en agua destilada al 5% –si no hay contraindicaciones– y 100 mg intravenosos de vitamina B1 o tiamina, en casos de alcoholismo crónico, con el fin de disminuir el riesgo de la aparición de una encefalopatía de Wernicke. Si los pacientes muestran agitación se les debe administrar benzodiazepinas en dosis bajas (33).

Los grupos poblacionales de mayor riesgo de consumo de alcohol etílico son los menores de edad y los adultos jóvenes (34,35). Esta sustancia facilita el abuso sexual, ya que genera un cambio en la percepción de la aceptación y el deseo sexual por parte del victimario hacia la víctima, cambios que se ven tanto en personas propensas a cometer estos delitos como en individuos sin antecedentes. Esta relación se debe a que las personas que consumen alcohol tardan más en identificar el rechazo por parte de la víctima y sus propias actitudes como inapropiadas (36-42).

El consumo de alcohol en los abusos sexuales es predominantemente voluntario, por lo que las medidas terapéuticas deben ir encaminadas a la prevención en poblaciones de riesgo. Las medidas no farmacológicas que han demostrado ser efectivas en la disminución de abusos sexuales asociados al consumo de alcohol y al estado de embriaguez son la terapia cognitivo-conductual (43), las asesorías telefónicas, las terapias motivacionales (44), la difusión masiva en redes sociales de información sobre las consecuencias del consumo (45) y los videos educativos (46).

Las medidas farmacológicas están dirigidas al control de los cuadros de ansiedad en aquellos pacientes con una historia de consumo crónico de alcohol. Las benzodiazepinas son de elección en el tratamiento hospitalario (47). El requerimiento de su uso se puede predecir de acuerdo con la identificación del riesgo de dependencia y posibles episodios de abstinencia, el cual puede ser evaluado con escalas como SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire), EIDA (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica) y CIWA (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) (48). El manejo ambulatorio es multidisciplinario y requiere principalmente terapias no farmacológicas encaminadas a comprender el problema y las consecuencias personales y sociales del consumo (47).

## Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son fármacos que se unen al receptor GABA (ácido gamma-aminobutírico) y potencian su efecto inhibitorio en el sistema nervioso central, por lo que generan un efecto hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante y amnésico. Dentro de este grupo se encuentran el midazolam, el diazepam, el alprazolam, el lorazepam, el oxazepam, el clobazam, el flunitrazepam y el bromazepam, los cuales se pueden administrar por vías enteral y parenteral (49). Al potenciar los efectos depresores sobre el sistema nervioso central mediados por GABA, las benzodiacepinas presentan un amplio espectro de efectos adversos con rangos de dosis que dependen de cada individuo, por lo que su uso conlleva un estricto monitoreo clínico (50).

Los principales efectos adversos asociados a su uso son el deterioro cognitivo, la depresión respiratoria, el deterioro del estado de alerta y la dependencia (51). Debido a su mecanismo de acción y sus efectos adversos, este grupo farmacológico se utiliza con gran frecuencia en los abusos sexuales facilitados por sustancias, con cifras que van desde el 15,8% hasta el 18% de los casos (52,53), por lo que es esencial el diagnóstico clínico inicial, el cual se basa en los hallazgos de bradicardia, hipotensión, bradipnea, hipotermia y piel pálida y la falta de cambios pupilares en pacientes con estado de alerta deprimido.

En estos casos se debe iniciar un manejo de soporte y solicitar la medición sérica de tóxicos con dicho efecto (50); una vez documentada la presencia de benzodiacepinas, se procede a la administración de flumazenilo en dosis de 0,25 mg por vía intravenosa en bolo hasta alcanzar una recuperación del estado de alerta medido con la escala de Glasgow o hasta una dosis máxima de 2 mg. Debido a su vida media corta, es posible presentar un nuevo deterioro del estado de alerta secundario al efecto persistente de la benzodiacepina circulante, por lo que se puede iniciar una infusión de flumazenilo con 2 mg diluidos para pasar en un período de 4 horas (54). Se deben vigilar los principales efectos adversos, que son agitación, convulsiones y arritmias cardíacas; estos, pese a que no aumentan la mortalidad, obligan a reservar el uso de flumazenilo a pacientes con gran deterioro del estado de alerta y compromiso hemodinámico (55). Se ha sugerido el empleo de naloxona o naltrexona para disminuir el efecto sedante de las benzodiacepinas en pacientes que no son candidatos al uso de flumazenilo; no obstante, la implementación de esto requiere una mayor evidencia científica (56,57).

## Cannabis

El cannabis o tetrahidrocannabinol (THC) es una sustancia psicoactiva ampliamente utilizada en todo el mundo debido a los efectos terapéuticos que le han atribuido diferentes culturas durante milenios (58), tales como el tratamiento del

estreñimiento, el cólico menstrual, el reumatismo, la gota o la malaria. La evidencia científica actual lo considera un analgésico efectivo en el manejo de pacientes con dolor neuropático crónico, diarrea, vómito y mialgias, por lo que su uso se ha difundido en el control del dolor causado por patologías tumorales. Asimismo, sigue siendo la sustancia ilícita de mayor consumo mundial debido a sus efectos alucinógenos, provocados por el estímulo del sistema endocannabinoide (59,60), por lo que diferentes países han optado por políticas de libre consumo con el fin de disminuir el interés económico que genera su tráfico. Sin embargo, esto ha ocasionado un aumento en el consumo crónico con fines recreativos y el número de intoxicaciones por THC, que ocasionan deterioro cognitivo, episodios psicóticos y ataques de pánico, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes (61,62).

En el contexto de los ataques sexuales facilitados por sustancias psicoactivas, el cannabis constituye una de las drogas de mayor uso y se detecta en más del 15% de las víctimas, que, a diferencia de lo que ocurre en los casos asociados con etanol, niegan el uso previo de compuestos con cannabis (52,53); igualmente se ha asociado el cannabis con el riesgo de convertirse en victimario en este tipo de delitos (63).

Los efectos psicoactivos asociados a la intoxicación por THC se inician 20 minutos después de la ingesta y tienen una duración de hasta 3 horas, con manifestaciones clínicas caracterizadas por euforia, aumento de la percepción sensorial, antinocicepción, mayor sociabilidad, alteración en la concentración, amnesia, agitación, alucinaciones auditivas y visuales y despersonalización. Su diagnóstico químico es relativamente sencillo, ya que el metabolismo hepático produce el 11-hidroxi-9-carboxi-THC, una sustancia que, al ser muy liposoluble, se puede detectar hasta 14 días después de la ingesta de THC.

El tratamiento de la intoxicación por THC es de soporte y contención verbal o farmacológica en caso de episodios psicóticos. Si se documenta consumo crónico, se debe realizar manejo multidisciplinario para acompañar en el proceso de desintoxicación (64).

## Éxtasis

El éxtasis o 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) es otra de las drogas empleadas globalmente para la sumisión química durante el abuso sexual y otras prácticas delictivas. Su uso, en la mayoría de los casos, es voluntario, ya que sustancias como la MDMA, el alcohol y otras son consideradas clave para crear y mantener un ambiente de fiesta (53). Dado que el objetivo de suministrar un tóxico a la víctima es dejarla incapaz de responder, la literatura francesa emplea el término "sumisión química" para este tipo de prácticas (52).

Como la gran mayoría de las drogas empleadas con fines delictivos (abuso sexual), se usa para que el agresor tenga total

dominio sobre la víctima y con el fin de que el primero desarrolle el máximo placer sexual –lo cual no quiere decir que aumente su desempeño–, mientras que la segunda experimenta sobre todo la agresión, lo cual se relaciona con daños físicos y psicológicos que pueden ser permanentes (53).

Es difícil determinar con total certeza el número de abusos sexuales en los que se emplea MDMA, lo cual está directamente relacionado con diferentes factores como el número de pacientes que no consultan por vergüenza (de la agresión o del consumo voluntario del tóxico), la cercanía de la víctima con el agresor, el retraso en el pedido de ayuda, la falta de disponibilidad en las instituciones médicas, la ausencia de sospecha clínica de la presencia de tóxicos al momento de la consulta y la falta de disponibilidad de laboratorios capacitados para la medición del tóxico, entre otros. A pesar de lo anterior, algunos estudios han tratado de cuantificar el porcentaje de abusos sexuales relacionados con la sumisión química, como se hizo en Australia entre los años 2003 y 2004, cuando se determinó que el 17,5% de los abusos estaban relacionados con esta práctica; asimismo, se estableció que el 95% de las víctimas eran mujeres, y de estas, el 77% admitió el consumo voluntario de drogas recreacionales y psicofármacos, entre los cuales el más frecuente fue el alcohol (66).

Los estudios epidemiológicos evidencian que el 17% de los abusos sexuales son bajo la modalidad de sumisión química (66), por exposición voluntaria o involuntaria, con una edad de las víctimas que oscila entre los 14 y los 37 años. Son más frecuentes en el sexo femenino y con un promedio de 18 horas de retraso en la consulta médica una vez ocurridos los hechos (66).

Entre las manifestaciones clínicas que facilitan el empleo de MDMA para el abuso sexual están la ampliación de sensaciones emocionales como los sentimientos de cercanía, confianza y empatía hacia las demás personas, además de alta autoestima, bienestar, felicidad, desinhibición, euforia, estimulación, amigabilidad, necesidad de comunicarse con otras personas, aumento de la apreciación de la música (modificación de las percepciones sensoriales), deseos de abrazar, deseos de besar, etc. (52).

Se debe aclarar que, aunque en la mayoría de los casos las víctimas admitieron el consumo voluntario de alcohol y otras sustancias psicoactivas, como cocaína y cannabis, esto no absuelve al agresor de toda la parte legal que implica haber cometido el abuso sexual.

La intoxicación por MDMA también es parte de este contexto, y sus principales manifestaciones clínicas son la ansiedad, ataques de pánico, hipertermia o golpe de calor (infrecuente) y hasta la muerte, la cual, en el 95% de los casos, corresponde a mujeres (53).

El examen físico debe ser cuidadoso y detallado y describir de manera puntual todos los hallazgos, y durante este se deben realizar muestras biológicas. En este contexto, también se puede conservar prendas de vestir para continuar con la recolección de evidencia.

Durante el examen físico es muy importante la exploración genital completa, que incluya mamas, vulva, glúteos y región anal y describa detalladamente contusiones, hematomas, equimosis, laceraciones y excoriaciones. Se debe describir el himen si lo amerita (52).

Entre los principales diagnósticos diferenciales de la intoxicación por MDMA tenemos hipoglucemia, intoxicación por anfetaminas u otros tóxicos, trastorno de ansiedad y accidente cerebrovascular (ACV), entre otros. En cuanto al diagnóstico del abuso sexual y de la sumisión química, es clínico. Si el o la paciente tiene historial de consumo de MDMA, la sospecha clínica de la intoxicación cobra más importancia. Se puede realizar paraclínicos para diagnósticos diferenciales como, por ejemplo, una glucometría desde el ingreso para descartar la hipoglucemia, un hemoleucograma (HLG) para tachar una etiología infecciosa si hay fiebre o un ionograma para descartar la hiponatremia. Si hay fiebre se debe descartar una enfermedad hepática subyacente.

La prueba toxicológica en orina sólo es positiva para MDMA si el o la paciente ingirió grandes cantidades del tóxico; además, su positividad sólo indica la presencia de un compuesto anfetamínico, pero no determina cuál, por lo que se recomienda la confirmación mediante una cromatografía de gases o una espectrometría (66).

El tratamiento de la intoxicación se realiza mediante el ABC de las intoxicaciones: obtener dos accesos venosos, administrar cristaloides y benzodiacepinas en caso de convulsiones o agitación y vigilar siempre la parte cardiovascular por arritmias. Además, ejecutar medidas de enfriamiento ante la posibilidad de una hipertermia secundaria.

## GHB

El GHB, conocido con un amplio número de seudónimos, entre los que se destacan “éxtasis líquido” o “líquido X”, es una sustancia similar al GABA. Se produce a partir del compuesto gamma-butirolactona (GBL), el cual se encuentra en productos de limpieza para pisos, esmaltes de uñas y removedores de pegamento. Además, es un medicamento de comercio libre en algunos países de Europa, ya que se emplea con fines terapéuticos en el manejo de las adicciones al alcohol y los opiáceos y en el manejo de la narcolepsia (68).

La vía de administración es oral, se absorbe con rapidez por el tracto gastrointestinal y alcanza su máxima concentración en 30 minutos, pero los primeros síntomas se inician entre los 5 y los 10 minutos y tiene una vida media corta, de alrededor de 1 hora. Su eliminación es, sobre todo, hepática y el 1% es renal. Esta eliminación es rápida y a las 6 horas aproximadamente no se encuentran rastros del tóxico en la sangre; luego, a las 10 horas, no hay rastros del tóxico en la orina (67).

El GHB no tiene efectos parecidos a los del éxtasis –por más que los consumidores creen otra cosa–, pero produce

una impresión de euforia y de felicidad, aumenta la sensación de sexualidad, relaja e induce sueño profundo (52).

Por sus rápidas acción y eliminación, se vuelve un compuesto ideal para la sumisión química y el posterior abuso sexual; además, por sus efectos, se convierte en una droga bastante atractiva para la población asistente a fiestas (52). El diagnóstico del abuso sexual y de la intoxicación por GHB es, sobre todo, clínico, ya que las pruebas de laboratorio que detectan el tóxico en fluidos corporales no están muy disponibles y su proceso es lento, por lo que, clínicamente, son pruebas importantes en el manejo de la intoxicación aguda. Su mayor importancia se da en el campo legal, ya que nos aclaran si antes del abuso sexual hubo sumisión química (65).

El tratamiento de la intoxicación es sintomático, y hasta ahora no se encuentran disponibles agentes reversores, según un estudio llevado a cabo en la ciudad de Nueva York (65).

## Conclusión

El uso recreativo de sustancias alucinógenas representa un problema de salud pública debido al desarrollo de dependencia, con la subsecuente afectación en el quehacer diario y las relaciones interpersonales. Esto, aunado a las complicaciones de sobredosis y efectos adversos de dichas sustancias, obliga al desarrollo de políticas públicas de intervención en campañas de promoción y prevención. Los delitos sexuales mediados por sustancias alucinógenas tienen una frecuencia no despreciable, con una relación directamente proporcional con la legalidad de la sustancia utilizada; por lo tanto, el personal de salud, luego de estabilizar cualquier entidad que comprometa la vida del paciente afectado, debe estar atento a los signos clínicos que sugieran agresiones sexuales, con independencia de las sustancias ingeridas y sospechadas. [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Washington D. C.: OPS; 2013
2. Abrahams N, Devries K, Watts C, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet* 2014;383(9929):1648-54
3. Wilson LC, Miller KE. Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. *Trauma Violence Abuse* 2016;17(2):149-59
4. Chirwa ED, Sikweyiya Y, Addo-Lartey AA, et al. Prevalence and risk factors of physical or sexual intimate violence perpetration amongst men in four districts in the central region of Ghana: baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PLoS One* 2018;13(3):e0191663
5. Anderson RE, Silver KE, Ciampaglia AM, et al. The frequency of sexual perpetration in college men: a systematic review of reported prevalence rates from 2000 to 2017. *Trauma Violence Abuse* 2019;1524838019860619
6. Peterson Z, Voller E, Polusny M, et al. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: review of empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev* 2011;31(1):1-24
7. Barth J, Bermetz L, Heim E, et al. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013;58(3):469-83
8. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016;137(3):e20154079
9. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, et al. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011;16(2):79-101
10. Pereda N, Guilera G, Forns M, et al. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009;29(4):328-38
11. Baigorria J, Warmling D, Magno Neves C, et al. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2017;19(6):818-26
12. Testa M, Hoffman JH, Livingston JA. Alcohol and sexual risk behaviors as mediators of the sexual victimization-revictimization relationship. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(2):249-59
13. Hughes K, Bellis MA, Jones L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;379(9826):1621-9
14. Jones L, Bellis MA, Wood S, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;380(9845):899-907
15. Araujo JO, Souza FM, Proença R, et al. Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev Saude Publica* 2019;53:78
16. Ottisova L, Hemmings S, Howard LM, et al. Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiol Psychiatr* 2016;25(4):317-41
17. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5(2):e147-e156
18. Bazyar J, Safarpour H, Daliri S, et al. The prevalence of sexual violence during pregnancy in Iran and the world: a systematic review and meta-analysis. *J Inj Violence Res* 2018;10(2):63-74

19. Sundin EC, Baguley T. Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50(2):183-94
20. Rothman EF, Exner D, Baughman AL. The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: a systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2011;12(2):55-66
21. Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302(5):550-61
22. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr* 2014;43(4):177-85
23. Maniglio R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014;17(3):268-82
24. Neamah HH, Sudfeld C, McCoy DC, et al. Intimate partner violence, depression, and child growth and development. *Pediatrics* 2018;142(1):e20173457
25. Pérez-González A, Pereda N. Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(4):149-58
26. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, et al. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychol* 2017;5(1):33
27. Cook JM, Dinnen S, O'Donnell C. Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(7):1075-81
28. Oram S, Stöckl H, Busza J, et al. Prevalence and risk of violence and the physical, mental, and sexual health problems associated with human trafficking: systematic review. *PLoS Med* 2012;9(5):e1001224
29. Mathews K, Kalichman MO, Laubscher R, et al. Sexual relationships, intimate partner violence and STI partner notification in Cape Town, South Africa: an observational study. *Sex Transm Infect* 2018;94(2):144-50
30. Shamu S, Shamu P, Zarowsky C, et al. Does a history of sexual and physical childhood abuse contribute to HIV infection risk in adulthood? A study among post-natal women in Harare, Zimbabwe. *PLoS One* 2019;14(1):e0198866
31. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: a systematic review. *J Forensic Leg Med* 2017;47:46-54
32. Beynon CM, McVeigh C, McVeigh J, et al. The involvement of drugs and alcohol in drug-facilitated sexual assault: a systematic review of the evidence. *Trauma Violence Abuse* 2008;9(3):178-88
33. López Briz E, Ruiz García V. Tratamiento de la intoxicación etílica aguda. *Semergen* 2006;32(3):146-8
34. Jernigan D, Noel J, Landon J, et al. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction* 2017;112 Suppl 1:7-20
35. Curtis BL, Lookatch SJ, Ramo DE, et al. Meta-analysis of the association of alcohol-related social media use with alcohol consumption and alcohol-related problems in adolescents and young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 2018;42(6):978-86
36. Abbey A, Buck PO, Zawacki T, et al. Alcohol's effects on perceptions of a potential date rape. *J Stud Alcohol* 2003;64(5):669-77
37. Hust S, JT, Rodgers KB, Cameron N, et al. Viewers' perceptions of objectified images of women in alcohol advertisements and their intentions to intervene in alcohol-facilitated sexual assault situations. *J Health Commun* 2019;24(3):328-38
38. Loisele M, Fuqua WR. Alcohol's effects on women's risk detection in a date-rape vignette. *J Am Coll Health* 2007;55(5):261-6
39. Norris J, Davis KC, George WH, et al. Alcohol's direct and indirect effects on men's self-reported sexual aggression likelihood. *J Stud Alcohol* 2002;63(6):688-95
40. Davis KC, Norris J, George WH, et al. Rape-myth congruent beliefs in women resulting from exposure to violent pornography: effects of alcohol and sexual arousal. *J Interpers Violence* 2006;21(9):1208-23
41. Gross AM, Bennett T, Sloan L, et al. The impact of alcohol and alcohol expectancies on male perception of female sexual arousal in a date rape analog. *Exp Clin Psychopharmacol* 2001;9(4):380-8
42. Testa M, Hoffman JH, Livingston JA. Alcohol and sexual risk behaviors as mediators of the sexual victimization-revictimization relationship. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(2):249-59
43. Norman P, Cameron D, Epton T, et al. A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions. *Br J Health Psychol* 2018;23(1):108-27
44. Armstrong-Moore R, Haighton C, Davinson N, et al. Interventions to reduce the negative effects of alcohol consumption in older adults: a systematic review. *BMC Public Health* 2018;18(1):302
45. Gilmore AK, Lewis MA, George WH. A randomized controlled trial targeting alcohol use and sexual assault risk among college women at high risk for victimization. *Behav Res Ther* 2015;74:38-49
46. Walsh K, Gilmore AK, Frazier P, et al. A randomized clinical trial examining the effect of video-based prevention of alcohol and marijuana use among recent sexual assault victims. *Alcohol Clin Exp Res* 2017;41(12):2163-72
47. Ochoa Mangado E, Madoz-Gurpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med Segur Trab (Madr)* 2009;55(214):26-40
48. Jiménez M, Monasor R, Rubio G. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastor Adict* 2003;5(1):13-21
49. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G y col. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Rev Urug Med Interna* 2016;1(3):14-24
50. Danza Á, Cristiani F, Tamosiunas G. Riesgos asociados al uso de benzodiazepinas. *Arch Med Intern* 2009;31(4):103-7
51. Seldenrijk A, Vis R, Henstra M, et al. Aandacht voor bijwerkingen van benzodiazepinen is belangrijk: een systematisch overzicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1052
52. Isorna Folgar M, Rial Boubeta A. Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Salud Drogas* 2015;15(2):137-50
53. Navarro Escayola E, Vega Vega C. Agresiones sexuales facilitadas por sustancias psicoactivas, detectadas en el instituto de medicina legal de Alicante en el cuatrienio 2009-2012. *Gac Int Cienc Forense* 2013;8:8-15
54. Knudsen L, Lonka L, Sørensen BH, et al. Benzodiazepine intoxication treated with flumazenil (Anexate, RO 15-1788). *Anaesthesia* 1988;43(4):274-6
55. Penninga EI, Graudal N, Ladekarl MB, et al. Adverse events associated with flumazenil treatment for the management of suspected benzodiazepine intoxication--a systematic review with meta-analyses of randomised trials. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2016;118(1):37-44
56. Solhi H, Mostafazadeh B, Vishteh HR, et al. Benefit effect of naloxone in benzodiazepines intoxication: findings of a preliminary study. *Hum Exp Toxicol* 2011;30(7):535-40
57. Swift R, Davidson D, Rosen S, et al. Naltrexone effects on diazepam intoxication and pharmacokinetics in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 1998;135(3):256-62
58. Russo EB. History of cannabis and its preparations in saga, science, and sobriquet. *Chem Biodivers* 2007;4(8):1614-48
59. Maule WJ. Medical uses of marijuana (Cannabis sativa): fact or fallacy? *Br J Biomed Sci* 2015;72(2):85-91
60. Biswas P, Mishra P, Bose D, et al. Cannabis: a neurological remedy or a drug of abuse in India. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2017;16(5):576-84
61. Kilmer B. Recreational cannabis - minimizing the health risks from legalization. *N Engl J Med* 2017;376(8):705-7
62. Verbanck P. Effets à court et à long terme de la consommation de cannabis. *Rev Med Brux* 2018;39(4):246-9
63. Sharma S, Sharma G, Barkataki B. Substance use and criminality among juveniles-under-enquiry in New Delhi. *Indian J Psychiatry* 2016;58(2):178-82
64. Gainza I, Nogué S, Martínez Velasco C y col. Intoxicación por drogas. *An Sist Sanit Navar* 2003;26 Suppl 1:99-128
65. Traub SJ, Nelson LS, Hoffman RS. Physostigmine as a treatment for gamma-hydroxybutyrate toxicity: a review. *J Toxicol Clin Toxicol* 2002;40(6):781-7
66. Navar-Landeira A, Quintela-Jorge O, López-Rivadulla M. Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 2008;131(20):783-9
67. Dueñas A. Ácido gamma-hidroxibutírico o "éxtasis líquido", ¿la intoxicación que viene? *Med Clin* 1998;111:24-6
68. Towiwat P, Phattananudee S, Maher TJ. Comparative study of equimolar doses of gamma-hydroxybutyrate (GHB), 1,4-butanediol (1,4-BD) and gamma-butyrolactone (GBL) on catalepsy after acute and chronic administration. *Food Chem Toxicol* 2013;51:337-42