Eficacia de una Intervención Especializada en un Programa de Metadona para Mujeres

Norma G. Bartholomew, M.A.; Grace A. Rowan-Szal, Ph.D
Lois R. Chatham, Ph.D.&D.Dwayne Simpson, Ph.D
Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, Forth Worth, Texas.

A lo largo de los últimos 20 años, se recomendó a las mujeres químicamente dependientes realizar una programación especializada para mejorar el funcionamiento psicosocial y la permanencia en el tratamiento. Este estudio examina el impacto que ha tenido en un grupo de trabajo estructurado sobre la asertividad y sexualidad en mujeres de tres comunidades basadas en programas de mantenimiento con metadona de 6 semanas de duración. Los resultados obtenidos indican que las mujeres que participaban con frecuencia en grupos de mujeres (de cuatro a seis sesiones) presentaban un aumento mayor en la autoestima y la cognición si las comparamos con las mujeres que no participaban con igual frecuencia (de una a tres sesiones). Además, el nivel de participación se asoció de manera positiva, con el tiempo de permanencia en el programa de tratamiento una vez finalizado el grupo de trabajo.
Palabras clave : intervención, mantenimiento con metadona, permanencia, autoestima, tratamiento, mujer.
(Journal of Psychoactive Drugs. Vol.26(3) 1994)

A lo largo de las últimas dos décadas tanto los clínicos como los investigadores han mostrado que las mujeres con problemas de abuso de substancias tienen unas necesidades especiales en el tratamiento. En general existe el común acuerdo de que como grupo, las mujeres dependientes químicamente, presentan una baja autoestima, están más ansiosas y deprimidas, son más pasivas en sus relaciones con los demás, tienen un menor apoyo social y se enfrentan a temas sexuales no resueltos (Reed 1987; Wendenoja & Reed 1982; Burt, Glynn & Sowder 1979; Colten 1979; Tucker 1979; Cuskey, Berger &Densen-Gerber 1977). Estas características interesan al campo del tratamiento de abuso de drogas en el preciso momento en que las mujeres que consumen drogas son especialmente vulnerables a la infección de HIV/SIDA.

Ellinwood, Smith and Vaillant 1966, fueron de los primeros autores en informar de las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres consumidores de opiáceos cuando buscan de tratamiento. Estos vieron que los problemas económicos y de apoyo social eran más comunes en las mujeres y tenían mayor facilidad en mostrar transtornos "neuróticos". El estudio también exponía los elevados porcentajes de incesto y abuso sexual existentes entre las mujeres adictas a los narcóticos. De Leon (1974) observó que las mujeres residentes en comunidades terapéuticas tenían más facilidad en presentar evidencias de depresión, ansiedad y baja autoestima . Una autoestima alta era pronóstico de una mayor permanencia en el tratamiento. Este hecho fue secundado por Aron y Daily (1976) en un estudio de pacientes que finalizaron los programas de comunidad terapéutica. Vieron que la característica más significativa en mujeres que finalizaron el tratamiento con éxito era presentar una autoestima alta.

Después de revisar extensamente la literatura Cuskey, Berger y Densen-Gerber (1977) también advirtieron del impacto de la baja autoestima, ansiedad y depresión en la permanencia de las mujeres en el tratamiento, indicaron que los programas que presentan dichos temas como parte del proceso de tratamiento pueden tener mayores probabilidades de permanencia en el mismo.

El Women's Drug Research Project (WDR) es un proyecto demostrativo realizado en diferentes localidades subvencionado por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) durante los años setenta. Dicho proyecto investigó con mas profundidad las necesidades de las mujeres dependientes de substancias químicas y de los servicios y programas que mejor podían aplicarse a dichas necesidades (ver Moise, Reed&Conell 1981; Reed&Leibson

1981; Burt, Glynn&Sowder 1979). En los estudios realizados por el WDR, se comparaban a hombres y mujeres adictos con un grupo de mujeres no adictas de diferentes historiales familiares y entorno psicosociales. En uno de estos estudios, Colten (1979) señaló las mujeres adictas tenían baja autoestima y altos síntomas de depresión y ansiedad en relación con las no adictas. Además, carecían de confianza en sus habilidades de comunicación y parecían afrontar mayores problemas de salud, económicos e interpersonales que los hombres adictos o las mujeres no adictas. Kandel, Davies y Raveis (1981) en un informe final a NIDA, señalaban que "las mujeres adictas a las drogas… tenían niveles más bajos de autoestima y niveles más altos de depresión y ansiedad que los hombres dependientes de las drogas y que las mujeres que no lo eran".

Kosten, Rounsaville y Kleber (1985) compararon las características clínicas de los pacientes que utilizaban opiáceos con las étnicas y de sexo; hallaron que las mujeres independientemente del pasado étnico, revelaban mayores porcentajes de depresión y ansiedad, tenían un funcionamiento social más pobre y decian sufrir problemas médicos más serios que los hombres. Al discutir las implicaciones del tratamiento, sugirieron que las intervenciones dirigidas a mejorar la autoestima y tratar la depresión y la ansiedad podrían ser especialmente beneficiosas para las mujeres. Al mismo tiempo, recomendaban una evaluación médica y formativa de los problemas ginecológicos como un complemento importante en el tratamiento de las mujeres.

Estudios mas recientes han intentado precisar como las variables psicosociales (ej. baja autoestima, ansiedad y depresión) impactan en la permanencia y en el éxito de las mujeres en el tratamiento. Williams y Roberts (1991) examinaron los datos de entrada de las mujeres en una comunidad terapéutica residencial y descubrieron que las puntuaciones en el Cuestionario de Depresión de Beck eran significativamente más altas en las pacientes que abandonaron el tratamiento que aquellas que lo finalizaron.

Al intentar definir la naturaleza de la depresión en las mujeres químicamente dependientes, los autores compararon las preguntas del CB referentes a la autoestima con aquellas relacionadas con los síntomas somáticos o físicos. Detectaron que la depresión se encontraba más cercana a la línea de la baja autoestima que a las quejas somáticas. Los autores sugirieron que se investigase el factor de la autoestima en la depresión como un posible pronóstico de permanencia en el tratamiento.

Además de los hallazgos de la investigación sobre las características y necesidades de las mujeres adictas, existe una creciente defensa por parte de los clínicos y las feministas sobre la necesidad de realizar una intervención especializada en el tratamiento. Reed (1987) indica que la disponibilidad de programas y servicios para mujeres es un factor importante a la hora de atraer a las mujeres y retenerlas en el tratamiento y recomienda que los programas de abuso de drogas ofrezcan una variedad de intervenciones específicas de tratamiento que dirijan las necesidades e inquietudes para la curación de las mujeres.

Otros investigadores recomiendan grupos solo de mujeres como único camino para ayudar a las mujeres a tratar con los temas sensitivos, tales como autoestima, ansiedad, depresión, sexualidad, patrones de comunicación y salud personal (Blume 1990; Doshan & Bursch 1982; Doyle 1982; Wenedoja & Reed 1982; Burt, Glynn &Sowder 1979).

El propósito del presente estudio es evaluar los beneficios de la participación de un grupo estructurado de mujeres en un programa de tratamiento en comunidad. La hipótesis fue que las mujeres que más participaban mostraban progresos mayores antes y después en las valoraciones del funcionamiento psicosocial (ej. autoestima, ansiedad, depresión) y un aumento en cognición, basándose en la información presentada en las reuniones del grupo. Además, desde una perspectiva clínica, se esperaba que las mujeres respondieran favorablemente a los materiales presentados en los grupos considerandolos de ayuda y que la oportunidad de recibir apoyo social proporcionada por la asistencia, pudiese contribuir al aumento de la permanencia en el tratamiento.

EL PROYECTO DATAR

El programa especializado de mujeres que se estudió fue desarrollado como parte del Perfeccionamiento del Tratamiento de Abuso de Drogas para la Reducción del Riesgo de SIDA (en inglés DATAR) proyecto dirigido por el Instituto de Investigación Comportamental de la Universidad Cristiana de Texas (Simpson 1993; Simpson, Chatham&Joe 1993).

El proyecto fue diseñado para acentuar el tratamiento del abuso de drogas a través de la utilización de diversos módulos; éstos se basaron en el curriculum psicoeducacional diseñados para que los utilizaran los consejeros de DATAR cuando dirigiesen los grupos. Además del módulo de mujeres descrito en este informe, otros módulos DATAR se aplicaban al SIDA/HIV, prevención de recaída, predisposición para cuidados posteriores y para la transición.

El módulo de intervención evaluado en este estudio, "¡Me ha llegado el momento de Dejarlo!" consistió en un grupo de trabajo para mujeres que versaba sobre sexuali-

dad y asertividad (Bartolomew, Chathman&Simpson 1991), el grupo se componia de seis sesiones semanales, de dos horas de duración. Se introdujeron en las discusiones temas tópicos tales como la salud y exploración mamaria, anatomía sexual y reproductora, respuesta sexual, salud ginecológica y enfermedades de transmisión sexual y prevención de HIV/SIDA; se siguió un esquema para las discusiones, ejercicios, ayudas visuales, folletos, videos, modelos anatómicamente correctos y role-play. También se examinaron temas como socialización sexual, roles de las mujeres, experiencias sexuales e imágen de las mujeres en la sociedad.

Los grupos eran conducidos por consejeras femeninas que habían realizado un entrenamiento previo a los grupos de trabajo de 30 horas de duración, al mismo tiempo el staff de DATAR realizó visitas periódicas a lo largo del tratamiento para asegurar que el módulo de intervención transcurría tal como se habia planificado.

El entrenamiento se realizó para ayudar a los consejeros a sentirse cómodos y familiarizados con los tópicos del grupo de trabajo, de este modo se minimizan las diferencias entre los consejeros y los diferentes grupos. Además de la revisión de los tópicos cubiertos por el manual, el entrenamiento se centraba en ayudar a los consejeros a estandarizar sus presentaciones y familiarizarse con los requisitos de investigación del grupo de trabajo.

El propósito principal del modulo era enseñar patrones básicos de comunicación, mejorar la conciencia sobre la salud y aumentar la autoestima para que las mujeres se sintieran más cómodas al hablar sobre temas sexuales con sus compañeros (Hollandsworth & Wall 1977; Eisler, Hersen & Miller 1975). Se identificaron estos patrones como fundamentos importantes a la hora de ayudar a las mujeres adictas a tener relaciones sexuales más seguras (Schilling, El-Bassel&Gilbert 1993; Watkins et al 1993; Karan 1989; Mondanaro 1987).

Además, el módulo ofrecía información sobre la salud sexual y la oportunidad de discutir y disipar la mitología y los esteriotipos sexuales que a menudo tienen un impacto negativo en el auto-concepto y la autoestima de las mujeres (Rosenbaum &Murphy 1987; Doshan & Bursch 1982; Mondanaro et al 1982).

Las mujeres fueron seleccionadas mediante la utilización de diferentes propuestas que incluían posters, invitación de palabra, invitación escrita y a través del estímulo de la primera consejera. Se animó a la participación de las mujeres pacientes inscritas en el programa DATAR durante las fechas en que se ofrecía el módulo.

Para facilitar su asistencia, se les proporcionaba servicios de guarderia, refrescos y los grupos se realizaban por la mañana y a última hora de la tarde.

Dirigir la evaluación de un programa ambulatorio impone ciertas limitaciones al rigor con que pueda aplicarse al diseño de la investigación. El estudio estaba orientado a evaluar el impacto de la intervención psicoeducacional de los participantes en tratamiento y la designación al azar habría sido el método preferido en el diseño de los grupos. Sin embargo, estono pudo realizarse debido al número limitado de mujeres en el tratamiento esponsorizado DATAR y el problema moral que dicha elección al azar hubiera creado al negar servicios especializados a mujeres interesadas en ellos. Como resultado, se invitó a asistir a todas las mujeres - una decisión del proyecto que eliminaba un grupo de control no expuesto y que también provocaba confusión debido a la autoselección. Por lo tanto, para estudiar el impacto de la intervención en ausencia de un grupo de control, la muestra de individuos que participó en el grupo de trabajo se dividió en aquellos que asistieron con menor frecuencia (una a tres sesiones) y aquellos que asistieron con mayor frecuencia (cuatro a seis sesiones).

METODOS

Muestra

La muestra se componía de 81 mujeres admitidas en tres programas DATAR ambulatorios de metadona ubicados en Corpus Christi, Dallas y Houston, Texas, entre Octubre de 1991 y Abril de 1993. En estos programas las mujeres constituían el 31% de la población en tratamiento. Para clasificarse para la admisión al tratamiento como parte del proyecto DATAR, todos los pacientes tenían que (1) haberse inyectado drogas durante los seis meses anteriores a la admisión, (2) tener 18 años de edad, (3) ser angloparlante, (4) no haber estado en otro tratamiento por consumo de drogas al menos durante los últimos seis meses y (5) aceptar la participación en un estudio de seguimiento posterior al tratamiento.

De las 81 mujeres, 26% eran mejico-americanas, 50% eran anglosajonas y 24% eran afro-americanas. La edad media era de 35 años, con una oscilación de los 20 a 63 años. El cuarenta y cinco por ciento de estas mujeres estaban casadas legal o civilmente, 49% habían trabajado durante los seis meses previos a la admisión en la clínica y 42% poseían el graduado escolar.

El sesenta y cuatro por ciento de la muestra había estado anteriormente al menos una vez en tratamiento por abuso de drogas y en el momento en que se inició el grupo de trabajo de mujeres, las pacientes habían estado en el programa de tratamiento DATAR un término medio de 6,4 meses.

TABLA 1

COMPARACIONES DE LAS CARACTERISTICAS DEL HISTORIAL DE LAS MUJERES QUE PARTICIPAN EN LA INTERVENCION "¡ME HA LLEGADO EL MOMENTO DE DEJARLO!" EN BASE A LAS SESIONES ATENDIDAS

		Dejarlo	
	No Dejarlo (N=42)	1-3 Sesiones (N=46)	4-6 Sesiones (N=35)
Demografía			
Raza (%)			
Afro-Americana	24	27	21
Anglosajonas	39	44	58
Hispana	37	29	21
Edad (%)			
Menor de 30	12	22	34
30-35	31	26	23
36-40	43	26	17
Mayor de 40	14	26	26
(Media)	35.2	36.0	33.8
(Fluctuación)	(21-44)	(22-63)	(20-47)
Grado mas alto (Media)	10.5	10.6	11.5
Número de hijos (Media)	2.5	1.8	2.2
Estado civil (%)			
Soltero/nunca casado	19	9	23
Casado	45	41	49
Divorciado/separado	36	50	29
Empleo en los últimos 6 meses (%)			
Trabajo (tiempo parcial, todo el dia o trabajos temporales)	44	50	49
Características del consumo de drogas (últimos 30 dias)*			
Consumo de drogas (Media)			
Alcohol	2.1	1.7	1.9
Marihuana	1.3	1.5	1.6
Cocaína	1.6	1.4	1.7
Spedbal	2.1	1.8	2.0
Heroína	3.6	3.6	3.7

* Frecuencia códigos de consumo: (1) sin frecuencia, (2) mensualmente, (3) semanalmente, (4) diariamente

Procedimiento e Instrumentos

En el estudio se utilizó un grupo de instrumentos de recogida de datos y desarrollados para el proyecto DATAR (ver Simpson 1992). Los antecedentes sociodemográficos, familiares, compañerismo, historial delictivo, estatus sanitario y psicológico, historia toxicológica y comportamientos de riesgo de HIV/SIDA, se obtuvieron utilizando el formulario TCU Intake, pasado a todos los pacientes como una entrevista estructurada durante el proceso de admisión. Además, se utilizaron los datos del formulario TCU Self-Rating (completado durante la admisión) (Knight, Holcom&Simpson 1994). Incluye escalas fidedignas para dirigir el funcionamiento psicológico (autoestima, depresión, ansiedad y toma de decisión), funcionamiento social (problemas de niñez, hostilidad, toma de riesgo y conformidad social) y motivación (evaluación de los problemas derivados por el uso de drogas, deseo de ser ayudado y preparación para el tratamiento). Se halló que la escala de depresión TCU estaba relacionada con la escala de depresión SCL-90 (Myers et al, 1991) y el Cuestionario de Depresión de Beck (Simpson et al 1992). Así mismo la escala de ansiedad TCU estaba en gran medida relacionada con la escala de ansiedad SCL-90 (Myers et al 1991).

Los cambios cognitivos de los sujetos se medían por medio de un cuestionario de 20 preguntas anterior y posterior al test que cubría áreas del contenido del grupo de trabajo, tales como patrones de comunicación (ej. utilización de afirmaciones-I; escuchar), salud de los órganos reproductores (ej. cuando pasar exámenes médicos; cuidado prenatal) y salud sexual (ej. evitar STD; respuesta sexual).

TABLA II

PUNTUACION DE AUTOEVALUACION Y PERMANENCIA EN TRATAMIENTO PARA MUJERES QUE ASISTIERON DE UNA A TRES SESIONES DEL "¡Me ha llegado el momento de dejarlo!"

	Dejarlo			
	1-3 sesiones (N=24)		4-6 sesiones (N=32)	
	Media	SD	Media	SD
Autoestima				
Pretest	2.53	(.79)	2.40	(.71)
Postest	2.44	(.86)	2.63	(.67)*
Ansiedad				
Pretest	1.81	(.86)	1.88	(.84)
Postest	1.74	(.88)*	1.66	(.74)*
Tiempo en tratamiento	(N+46)		(N=35)	
Antes grupo de trabajo	163.6	(123.1)	162.8	(125.1)
Después grupo de trabajo	153.0	(135.7)	236.6	(109.6)**

* p <.0.5
**p <.01

RESULTADOS

Comparaciones de la Muestra

Se realizaron diversas comparaciones entre los test para comprobar las diferencias nacidas de las mujeres que eligieron participar en el grupo de trabajo "¡Me ha llegado el momento de dejarlo!" y aquellas que no participaron. Este análisis comparaba tres grupos, incluyendo a las mujeres que estaban en las clínicas en el momento en que se ofrecieron los grupos de trabajo pero que no participaron (n = 42), las que asistieron de una a tres sesiones (n = 46) y las que asistieron de cuatro a seis sesiones (n = 35). Estos grupos se compararon según los valores del historial sociodemográfico (ej. raza, etnia, edad, educación, número de hijos, estado marital y empleo), de la información sobre el consumo de drogas según la información obtenida en el ingreso y la valoración del funcionamiento psicosocial, funcionamiento social y motivación. En la tabla 1 se resumen los datos sociodemográficos y de consumo de drogas.

Los análisis no revelaron diferencias estadísticas significativas entre los grupos en relación a cualquiera de las variables sociodemográficas o patrones en el consumo de drogas. Los análisis adicionales realizados en el ingreso sobre el funcionamiento psicológico, funcionamiento social y escalas de motivación tampoco revelaron diferencias significativas entre los grupos.

En resumen, estos resultados no identificaron diferencias preexistentes o sistemicas relacionadas con los niveles de participación en el grupo de trabajo.

Puntuaciones de la cognición anteriores y posteriores al test

Se analizaron las puntuaciones de los cambios en la cognición utilizando la medición bidireccional repetida ANOVA en los subgrupos de dos sesiones como el factor entre los grupos y las puntuaciones en la cognición anteriores y posteriores al test como factor de repetición. El análisis reveló un aumento significativo en la cognición ($F(1'54) = 11.7$, $p < .002$) y un tiempo significativo en la interacción del grupo ($F(1'54) = 6.8$, $p < .01$). En los tests posteriores de las medias cuadradas (LSD <.05) no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de los pre-tests (medias de 14.5 versus 15.4), pero las mujeres que completaron de cuatro a seis sesiones mostraban en los tests posteriores, un aumento mayor en las puntuaciones de la cognición (media de 17.3) que aquellas que solo completaron de una a tres sesiones (media de 14.7).

Escalas de Funcionamiento Psicosocial

También se analizaron los cambios en las escalas TCU Self-Rating utilizando en los grupos de dos sesiones la medición bidireccional repetida ANOVA como el factor entre los grupos y la escala de puntuaciones en el tiempo como el factor repetido. Los datos del pretest se obtuvieron de la administración de las escalas durante los dos meses anteriores al inicio del grupo de mujeres y los datos posteriores al test provenían de una segunda administración al finalizar las sesiones del grupo de trabajo.

La escala de autoestima indicaba que las mujeres que realizaban de cuatro a seis sesiones (alta frecuencia de asistencia) mostraban un aumento mayor de la autoestima que las que lo hacian de una a tres sesiones (baja frecuencia de asistencia) (Tiempo x Grp F (1,58) = 4.01, p<.05) (ver Tabla II). Los resultados del análisis de la escala de ansiedad indican que los dos grupos mostraban descensos significativos en la ansiedad a través del tiempo (Tiempo F(1,58) = 3.85, p<.05). Los resultados de la escala de depresión indicaron diferencias no fidedignas tanto entre los grupos como a través del tiempo.

Permanencia en el Tratamiento después de los Grupos de Trabajo

Uno de los análisis basados en el tiempo de permanencia en el tratamiento al iniciar los grupos, comparaba a las mujeres que asistían de una a tres sesiones con aquellas que asistían de cuatro a seis sesiones. Un t-test revelaba que no existía diferencia en la forma en que se realizó el tratamiento entre los grupos de baja y alta asistencia (t = .03, df = 80, p = .97). También se analizó el tiempo pasado en el tratamiento después de la participación en los grupos de trabajo. Aquellos que participaron en cuatro o seis sesiones permanecían en tratamiento un tiempo mayor que aquellos que participaban de una a tres sesiones (t = -2.98, df = 80, p<.003).

DISCUSION

Los resultados del estudio indicaron que la participación en un grupo especializado de mujeres tuvo un impacto positivo tanto en la permanencia en el tratamiento como en el resultado. Significativamente, las mujeres que asistían a cuatro o más sesiones del grupo de trabajo "¡Me ha llegado el momento de dejarlo!" a diferencia de aquellas que asistían solo de una a tres sesiones obtuvieron mayores progresos en autoestima y cognición. Se observó la reducción de la ansiedad en los dos grupos de alta y baja frecuencia en asistencia y en aquellos que asistieron con mayor frecuencia mostraban mayores descensos de ansiedad. Sin embargo, esta diferencia no era estadísticamente significativa. Además, la frecuencia de asistencia estaba relacionada con el aumento de la permanencia en el tratamiento después del grupo de trabajo. Estos resultados confirman la conclusión de informes previos que proponían la utilidad e importancia de una programación especializada para mujeres (Marsh & Miller 1985; Mondanaro et al 1982; Wedenoja & Reed 1982).

También existía la anecdótica evidencia de que la alta frecuencia de asistencia al grupo de trabajo identificaba el grupo como un importante recurso social y que algunas personas habiendo completado el grupo de trabajo seguían reuniéndose para discutir tópicos como la contracepción, nutrición, temas familiares y para seguir practicando los patrones de comunicación que habían aprendido. En las evaluaciones de las sesiones en cuanto a satisfacción, todos los participantes dieron alta puntuación al programa y describieron las reuniones como educativas, placenteras y beneficiosas. Esta evidencia de red social da a entender que la frecuente participación de mujeres en el grupo no sólo aumentaba la cognición y la autoestima sino que también proporcionaba ayuda social, lo cual podría ayudar a explicar la tendencia hacia la reducción de la ansiedad. Colten (1979) indicó que la ansiedad en las mujeres dependientes quimicamente puede darse por la falta de apoyo social frente a los numerosos problemas de la vida diaria.

Tucker (1979) también señaló que las mujeres dependientes de la heroina con toda probabilidad no tenían amigos en el vecindario, posiblemente estaban separadas o divorciadas y hablaban de sentimientos de soledad y aislamiento si lo comparamos con los hombres y mujeres sin problemas de dependencia a las mismas. Aunque cauto en la interpretación de estos hallazgos, Tucker concluye que las mujeres dependientes de la heroína pueden tender a no ver los sistemas de apoyo social. Otros autores (Moise, Reed&Ryan 1982; Bahna&Gordon 1978; Ellinwood, Smith&Vaillant 1966) también discutían sobre la importancia de aumentar las oportunidades de apoyo social para lograr mejores resultados en el tratamiento y Mumm (1991) señalaba en una revisión de los estudios sobre los cuidados posteriores de las mujeres, que el compañerismo de otras mujeres y el desarrollo de un concepto positivo de uno mismo son factores importantes a la hora de ayudar a las mujeres a mantener su recuperación.

Las limitaciones de este estudio incluyen la posibilidad de un ejemplo bias, particularmente auto-selección bias. En general, las mujeres que mostraron una mayor motivación a la hora de participar en las ofertas del tratamiento, habrían asistido a los grupos con mayor regularidad y su permanencia en el tratamiento habría sido mayor. Aunque los tests de las muestras bias no identificaban diferencias ya existentes en el grupo que apoyaran la auto-selección bias, los investigadores se mostraban cuidadosos frente a dicha posibilidad. Igualmente, la utilización de la designación de "alta" y "baja" frecuencia de asistencia, aunque problemática, permitía realizar una serie de beneficiosas comparaciones en ausencia de un diseño más riguroso. Futuros estudios podrían corroborar los presentes hallazgos utilizando pruebas al azar, incluyendo también intervenciones

específicas sin distinción entre hombres y mujeres. Aunque las estadísticas fueran significativas, la importancia de los cambios observados tanto en la cognición como en el funcionamiento psicosocial fue pequeña. Sin embargo, estos cambios sólo se observaron durante algunas semanas y se dieron después de que en el inicio del tratamiento la esperada mejoría en la depresión y ansiedad ya se habia producido. Este estudio apoya la utilización del módulo de intervención especializada de mujeres en tratamiento de abuso de drogas centrándolo en temas sobre sexualidad y patrones de comunicación y grupos unidos donde exista atmósfera de compañerismo. Las mujeres en programas de tratamiento deberían elegir entre una varidedad de grupos de mujeres y servicios que mejor se adaptasen a sus necesidades. Por ejemplo, en esta muestra las preocupaciones adicionales que surgían en las mujeres eran referentes a la resolución del trauma sexual, patrones de educación y prevención del HIV. Por lo tanto se recomienda realizar un trabajo adicional para desarrollar materiales de apoyo apropiados, y así ayudar al equipo de los programas de tratamientos residenciales a responder a éstas y otras necesidades de las mujeres pacientes.

Originariamente este artículo apareció publicado en el Journal of Psychoactive Drugs, Volumen 26, Número 3, ©1994. Traducción e impresión debidamente autorizadas.. Derechos reservados.

REFERENCIAS

Aron, W.S&Daily, D.W.1976. Graduates and splitees from a therapeutic drug treatment program:A comparison. *International Journal of the Addictions* 11(1):1-18.

Bahna, G&Gordon, N.B. 1978.Rehabilitation experiences of women ex-addicts in methadone treatment.*International Journal of the Addictions* 13 (4):639-55.

Bartholomew, N.G; Chatham, L.R&Simpon, D.D.1991. *Time Out! For Me : An Assertiveness/Sexuality Workshop Specially Designed for Women*. Fort Worth : Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

Blume, S.B. 1990. Chemical dependency in women : Important Issues. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 16 (3&4): 297-307.

Burt, M.R; Glynn, T.J&Sowder, D.J. 1979. *Psychosocial Characteristics of Drug Abusing Women*. NIDA. Research Monograph. DHEW Publication Nº. ADM 80-197. Rockville, Maryland : U.S.GPO.

Colten, M.E.1979. A descriptive and comparative analysis of self-perceptions and attitudes of heroin addicted women. In: *Addicted Women: Family Dynamics, Self-Perceptions, and Support Systems*. DHHS Publication Nº.ADM 80-762. Washington, D.C: U.S.GPO.

Cuskey, W.R.; Berger, L.H&Densen-Gerber, J. 1977. Issues in the treatment of female addiction : A review and critique of the literature. *Contemporary Drug Problems* 7 (3): 307-71.

De Leon, G. 1974. Phoenix House : Psychopathological signs among male and female drug-free residents. *Addictive Diseases* 1 (2): 135-51.

Doshan, T&Bursch, C.1982. Women and substance abuse : Critical issues in treatment design. J*ournal of Drug Education* 12 (3):229-39.

Doyle, K.M.1982. Assertiveness training for the drug dependent woman. In: G. M.Beschner, B.G.Reed&Mondanaro (Eds.) *Treatment Services for Drug Dependent Women*:Vol.2.NIDA Monograph, DHHS Nº.ADM 82-1219. Washington,D.C: U.S.GPO.

Eisler, R.M; Hersen, M&Miller, P.M.1975. Situational determinants of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43 (3): 330-40.

Ellinwood, E.H; Smith, W.G&Vaillant, G.E.1966.Narcotic addiction in males and females: A comparison. *International Journal of the Addictions* 1(2):33-45.

Hollandsworth, J.G&Wall, K.E.1977. Sex differences in assertive behavior: An empirical investigation. *Journal of Counseling Psychology* 24(3):217-22.

Kandel, D.B; Davies, M&Raveis, V.H.1981. Women and drugs: Social strains, coping and psychological functioning. Final report submitted to the National Institute on Drug Abuse, Grant Nº H81 DA 01931. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Karan, L.D. 1989. AIDS prevention and chemical dependence: Treatment needs of women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs* 21(4): 359-99.

Knight, K; Holcom, M&Simpson, D.D. 1994. TCU *Psychosocial Functioning and Motivation Scales: Manual on Psychometric Properties.* Forth Worth: Texas Christian University. Institute of Behavioral Research.

Kosten, T.R; Rounsaville, B.J&Kleber, H.D.1985.Ethnic and gender differences among opiate addicts. *International Journal of the Addictions* 20(8):1143-62.

Marsh, J.C&Miller, N.A.1985. Female clients in substance abuse treatment. *International Journal of the Addictions* 20(6&7): 995-1019.

Moise, R.; Reed, B.G&Conell, C.1981Women in drug abuse treatment programs Factors that influence retention at very early and later stages in twotreatment modalities: A summary. *International Journal of the Addictions* 16(7):1295-

Moise, R.; Reed, B.G&Ryan, V. 1982. Issues in the treatment of heroin addicted women: A comparison of men and women entering two types of drug abuse programs. *International Journal of the Addictions* 17(1): 109-39.

Mondanaro, J.1987. Strategies for AIDS prevention: Motivating health behavior in drug dependent women. *Journal of Psychoactive Drugs* 19(2): 143-49.

Mondanaro, J; Wedenoja, M; Densen-Gerber, J; Elahi, E; Mason, M&Redmond, A.C.1982. Sexuality and fear of intimacy as barriers to recovery for drug dependent women. In: G.M.Beschner, B.G; Reed&J. Mondanaro (Eds). *Treatment Services for Drug Dependent Women*: Vol.2. NIDA Monograph, DHHS Nº ADM 82-1219. Washington D.C: U.S. GPO.

Myers, M.D; Knoght, K; Simpson, D.D&Stevens, S. 1991. Psychosocial assessments during drug abuse treatment. Paper presented at the Southwestern Psychological Association, New Orleans, April.

Mumm, D.1991. Aftecare:Its role in primary and secondary recovery of women from alcohol and other drug dependence. *International Journal of the Addictions* 26(5): 549-64.

Reed, B.G. 1987. Developing women sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult?. *Journal of Psychoactive Drugs* 19(2): 151-64.

Reed, B.G.&Leibson, E. 1981. Women clients in special women's demostration drug abuse programs compared with women entering selected co-sex programs. *International Journal of the Addictions* 16(8): 1425-66.

Rosenbaum, M&Murphy, S. 1987. Not the picture of health: Women on methadone. *Journal of Psychoactive Drugs* 19(2): 217-26.

Schilling, R.F; El-Bassel, N&Gilbert, L. 1993. Predictors of change in sexual behavior among women on methadone. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 19(4): 409-22.

Simpson, D.D. 1993. Drug treatment evaluation research in the United States. *Journal of Addictive Behaviors* 7(2): 120-28.

Simpson, D.D.1992. TCU Forms Manual: Drug Abuse Treatment for AIDS Risk Reduction (DATAR). Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

Simpson, D.D; Chatham, L.R&Joe, G.W. 1993. Cognitive enhancements to treatment in DATAR: Drug abuse treatment for AIDS risk reduction. In: J. Inciardi, F.Tims&B. Fletcher (Eds).*Innovative Approaches to the Treatment of Drug Abuse: Program Models and Strategies*.Westport, Connecticut: Greenwood Press.

Simpson, D.D.; Joe, G.W; Knight, K; Ray, S&Watson, D.D. 1992.Psychological and cognitive correlates of AIDS-risky behaviors. Community-based AIDS prevention among intravenous drug users and their sexual partners. Paper presented at the Second Annual NADR Meeting, October 1990. Bethseda, Maryland: NOVA Research Company.

Tucker, M.B. 1979. A descriptive and comparitive analysis of the social support structure of heroin-addicted women.In:*Addicted Women: Family Dynamics, Self-Perceptions and Support Systems*. DHHS Publication Nº ADM 80-762. Washington, D.C: U.S.GPO.

Watkins, K.E; Metzger, D; Woody, G&McLellan, A.J. 1993. Determinants of condom use among injection drug users. AIDS 7: 719-23.

Wedenoja, M&Reed, B.G. 1982. Women's groups as a form of intervention for drug dependent women. In: G.M. Beschner, B.G; Reed&Mondanaro (Eds) *Treatment Services for Drug Dependent Women*: Vol.2. NIDA Monograph, DHHS Nº ADM 82-1219. Washington, D.C: U.S.GPO.

Williams, M.T&Roberts, C.S. 1991. Predicting length of stay in long-term treatment for chemically dependent females. I*nternational Journal of the Addictions* 26(5): 605-13.

F O S C A D

Alta de Gironella, 42. Torre
08017 – Barcelona
Tel.: 201 49 44 Fax: 201 64 44

CAT / BARCELONA

CENTRE D'ASSISTÈNCIA TOXICOMANIES

Fundado en 1986

CAT/BARCELONA es un centro privado e independiente dedicado al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas con las drogas, fundado por el Dr. Manuel Mas-Bagà. Master en Toxicomanías por la Universidad de Yale. EEUU.

Desde que abrimos el centro en 1986, CAT/BARCELONA ha tratado con éxito a hombres y mujeres, mediante dos tipos de programas, uno residencial, la comunidad Terapéutica de Mas -Tabà y otro ambulatorio en la ciudad de Barcelona.

El paciente ingresado en el centro recibe toda la ayuda necesaria. Cuenta con unas instalaciones apropiadas necesarias para su recuperación, y un staff multidisciplinario altamente cualificado gracias a nuestra relación como Professional Asociate con el Institut for Rational Emotive Therapy de Nueva York, primer centro asistencial y docente de Terapia Cognitiva del mundo.

Cuando termina el programa el paciente ha conseguido resolver sus problemas psicológicos, y alcanzar y mantener sus objetivos de independencia emocional, afectiva y económica, y la recuperación de unos valores, con la ayuda del grupo terapéutico y los profesionales.

Al final, los pacientes son libres para decir no a las drogas y si al futuro.

LA RESPUESTA OPTIMISTA A LOS PROBLEMAS DE ADICCIÓN

CAT/BARCELONA TEL. (93) 201.49.44 FAX. (93) 201.64.44