

EVALUACIÓN

2.3 Evaluación de un programa específico para mujeres: 10 años de experiencia.

Pilar Blanco, médico psicoterapeuta coordinadora de investigación clínica de la Fundación Instituto Spiral. Madrid.

RESUMEN: El trabajo consta de 3 bloques fundamentalmente, por una parte se hace un breve repaso del programa terapéutico femenino, por otra se muestran los datos sociodemográficos y de consumo más significativos de forma global, así como un análisis comparativo de los tres periodos en que se ha dividido la muestra y, por último, se muestran los datos de un estudio de seguimiento realizado tras el alta.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa específico para mujeres drogodependientes llevado a cabo, a lo largo de 10 años de experiencia, en un centro residencial femenino.

Material y método: Se incluyen en el estudio los pacientes atendidas en el período comprendido entre el 29 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1999, filiados en la clasificación DSM-IV como trastorno por uso de sustancias, que hubieran recibido un tratamiento, de al menos 1 mes de duración, en régimen residencial. El instrumento de evaluación utilizado es el protocolo D.A.R.P.-m (drug abuse reporting programme) modificado, en sus formas A (cuestionarios cumplimentados por profesionales) y B (cuestionarios para cumplimentar el interesado y su familia). El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS para Windows versión 9.0

Resultados: Del análisis comparativo de los tres periodos en los que hemos dividido la muestra, lo más significativo ha sido lo siguiente: aumento de la edad de las mujeres tratadas, una mayor antigüedad en el consumo de drogas, un mayor nº de tratamientos realizados antes de su ingreso en nuestro centro y, una disminución de la heroína como droga única principal motivo del tratamiento, con un aumento de la cocaína y del alcohol.

En el estudio de seguimiento encontramos una relación directamente proporcional entre tiempo de estancia, tipo de alta y situación. Más concretamente, la situación de las mujeres resulta tanto más favorable cuanto más tiempo hayan permanecido en tratamiento y si su alta sobrevino por motivos terapéuticos. Respecto a los resultados a lo largo de los años no encontramos diferencias significativas.

Palabras clave: Mujer, Drogas, Adicción y Tratamiento

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes Instituto Spiral ha conferido una especial importancia al problema de la mujer drogodependiente. Dado que el colectivo de varones adictos casi quintuplica al de mujeres, la situación de ésta dentro del espacio asistencial ha sido precario ya que solían ser dispositivos funcionalmente connotados por el predominio masculino. No es que - como se ha dicho - sean centros *para varones*, sino que el enorme predominio de éstos hace que intrínsecamente y sobre todo en sus planos horizontales (interrelación de usuarios) vengan determinados por el estilo que aquellos marcan.

Convencidos de lo oportuno que era crear una estructura de atención específica para mujeres, pusimos en marcha todos nuestros esfuerzos técnicos y materiales al servicio de un programa terapéutico a la sazón adaptado al nuevo contexto. Como es lógico, antes que nada se hizo un trabajo previo de búsqueda de experiencias análogas, bibliografía, referencias y demás información al objeto de preparar bien el programa aunque, por las características del mismo, no eran del todo aplicables.

En 1.990 se inauguró la C.T. femenina de Instituto Spiral en Peón (Asturias) Los comienzos resultaron algo difíciles, sobre todo por la falta de usuarias, debido en parte al desconocimiento general del dispositivo y a que la proporción de mujeres en programas de rehabilitación residencial es todavía menor que la relación numérica respecto a los varones, si ésta es de 4 ó 5 varones por cada mujer, la relación de *pacientes* mujeres respecto a hombres es de 7 - 8 varones por cada mujer.

La referida ausencia de precedentes nos hizo aplicar el programa que desarrollábamos en centros mixtos con ciertos matices y modificaciones además de algunas innovaciones que fueron cobrando cuerpo propio hasta la actualidad en que se dispone de un programa autóctono. Lo que más nos llamó la atención desde los primeros meses de andadura fueron las sensibles diferencias macro y microgrupales respecto a los centros de varones, que nos obligaban a mostrar un talante distinto y adecuado a la nueva situación, rompiendo la natural inercia de los equipos a mantener actitudes válidas en el otro contexto pero poco eficaces en la C.T. femenina.

Las principales peculiaridades de la C.T. femenina eran, entre otras muchas, la menor tradición gregaria de las mujeres drogodependientes, con un estilo de relacionarse menos grupal, con menor sentimiento de pertenencia a un grupo, costándoles inicialmente un considerable trabajo funcionar grupalmente, sobre todo en los aspectos normativos; eso sí, una vez que se logra - tras denodados esfuerzos - constituir el grupo de mujeres, se evidencia éste fuertemente cohesionado y con lazos afectivos de amistad que perduran incluso después de superado el programa.

Otra característica es la diferente manifestación de emociones y sentimientos que se exteriorizan con mayor facilidad en la mujer. Por contra el hombre parece más normativo y asume mejor las pautas y medidas reglamentarias y funcionales del centro, en tanto que la mujer drogodependiente necesita que se le expliquen y argumenten más las cosas.

Quizá la peculiaridad más importante sea la bidependencia, o doble dependencia, de la droga y de la(s) figura(s) protectora(s)

¿Por qué un tratamiento específico?

✓ El índice de mujeres que *solicita tratamiento* es inferior al de hombres en tanto que el *fracaso terapéutico* es superior en la mujer (este porcentaje se invierte en el programa específico)

✓ Cuando la mujer presenta *secuelas o antecedentes* de malos tratos, o la tríada depresión, sentimiento de soledad e ínfima autoestima la presencia de varones dificultaría el abordaje.

✓ Si una mujer (o un hombre) tienen antecedentes de *codependencia o bidependencia* existen más posibilidades de repetir dicho comportamiento en centros mixtos.

✓ La mujer necesita sentirse cómoda y relajada en el tratamiento. En un centro "sólo mujeres" se puede expresar con *mayor desinhibición y espontaneidad*, pudiéndose acceder a planos íntimos con mayor tranquilidad, sin el freno psicológico que representa el grupo mixto.

✓ Por fin, en centros mixtos se producen bastantes altas o fracasos terapéuticos por la *formación de parejas no autorizadas*. El problema es que ambos desvían la atención desde su recuperación hacia la relación, lo que suele conducir al abandono y - por lo común - ulterior recaída

REFLEXIONES RESPECTO AL PROGRAMA TERAPÉUTICO FEMENINO

A. Respecto a las Actividades:

A la hora de efectuar psicoterapia, se deberán tener en cuenta los rasgos de personalidad diferenciadores sobre todo en lo relativo a:

- Minusvaloración de sus capacidades por lo que es importante trabajar la autoestima desde el principio del tratamiento.
- Estilo de relacionarse menos "grupal", más emocional, en ocasiones buscando antes la atracción individual del hombre o mujer que el autoafianzamiento dentro del grupo.

- Mayor desvitalización y aparición frecuente de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos.
- Menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y de independencia a la hora de tomar decisiones. En muchas ocasiones la mujer vive sintiéndose inferior. Esta situación las lleva a estar bajo la “tutela” o cuidado de otros, no importa la edad que tengan, piensan que van a equivocarse si deciden por ellas mismas.

Por lo que se deben incluir actividades específicas enfocadas a la reestructuración afectiva y expresión adecuada de emociones, y que propicien la adquisición de una autonomía personal.

B. Asunción de responsabilidades:

Cuando se asignan tareas y responsabilidades a las mujeres, éstas, al contrario que los chicos, las sobrellevan no como un reto personal, sino como una pesada carga que soportar y la asunción de las mismas la perciben como un riesgo.

C. Diferencias en el estilo terapéutico

Exige un estilo terapéutico diferente donde la comunicación es muy importante, pues a las mujeres les cuesta más opinar, en ocasiones por falta de hábito; así mismo las chicas reaccionan con rebeldía claramente manifiesta ante las actitudes rígidas y tajantes por lo que se debe de huir de posturas enérgicas y tajantes

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO

I. Principios y objetivos terapéuticos

Un programa no es un mero compendio de técnicas. Supone un entramado de principios teóricos, objetivos prácticos, intervenciones a diversos niveles y de mecanismos de evaluación tanto clínicos como de calidad y recursos.

El modelo Spiral tiene, por un lado: características estructural-integradoras en cuanto pretende incidir sobre las microestructuras (del sujeto, familiares y si es posible en personas significativas de su entorno), macroestructuras (intervención comunitaria) e integradoras, ya que el objetivo final no es sólo la curación, sino la curación en armonía con el medio y si es posible plenamente integrado en él. La dialéctica del modelo es que los múltiples procesos terapéuticos (individual, grupal, familiar, multifamiliar) que cada sujeto y familiares van experimentando sean sincrónicos, coordinados y sobre todo sinérgicos de manera que el continuum terapéutico se asegure como una sumación de diversos frentes de intervención (del sujeto en el centro, terapia familiar, intervención comunitaria, psicoterapia, socioterapia, formación cultural,

etc.) lo que conduce a una progresión globalizadora tendente a la reincorporación social plena.

Este modelo estructural-integrador no significa necesariamente que parta de hipótesis culturalistas ("el medio, la sociedad tiene la culpa") ni biologicistas ("existe una predisposición personal") sino que abstrae cualquier interpretación etiológica (lo que no significa que no se tengan en cuenta los factores causales) para, en pro de la practicidad, aplicar un modelo fresco, actual, completo y con posibilidades de crecimiento y adaptación a la rápida evolución social, de manera que se evitan planteamientos contundentes, monolíticos o monofocales, como podrían ser todos aquellos adscritos a una escuela o modo de interpretar la realidad que en tan complejo marco como el de las adicciones resulta en extremo difícil de referenciar. Así el modelo Spiral se caracterizaría por ser:

INTEGRADOR Y ECLÉCTICO: Integrador de fondo y ecléctico en la forma, pues la complejidad del propio fenómeno obliga a plantearse intervenciones multiaxiales.

DIALÉCTICO : El programa es un corpus en evolución dinámica, no mecánica. Cambia en función de la sensibilidad que mantiene respecto a la aparición de nuevos perfiles y necesidades en la población atendida.

SECUENCIADO : Existe un aspecto fundamental que va a gravar el proceso terapéutico de la adicta, *la preparación para la consciencia*. Debido a ello, si bien el fin último es la curación, existe una secuencia delicada de etapas a tener en cuenta al objeto de que el proceso se desarrolle congruentemente. n atendida.

REESTRUCTURADOR : El caos total en que cae la adicta se produce tanto a nivel psicológico como relacional y vital. La *disciplina terapéutica* viene a convertirse así no sólo en instrumento necesario en la clínica sino en un fin en sí mismo. El programa aspira a conseguir que la paciente se apropie del metaaprendizaje de la disciplina como principio vital, reorganizador y reintegrador.

RESPONSABILIZACIÓN DEL PACIENTE: Si todas las decisiones las tomaran los profesionales aparecería la *pasividad*, que degeneraría (tan cercana a la dependencia) y, al final, llegaría el *fracaso*.

IMPORTANCIA DEL ESTILO: A iguales elementos, programa y profesionales no corresponden idénticos resultados. El estilo surge del equilibrio entre normalización, presión grupal, co - gestión, clima acogedor, carisma terapéutico, espíritu crítico y capacidad de iniciativa.

BUSCA LA CURACIÓN: Aunque la reestructuración precede a la curación, no son fenómenos estancos y aislados y más bien suponen un continuum desde el inicio del proceso terapéutico.

II. Ficha del programa terapéutico femenino

1. Duración del programa: entre los 12 y 18 meses, siendo la media 14 meses.

2. Descripción abreviada del programa

- ◆ **1er ciclo (*integración funcional*)** entre 2 y 3 meses, consta de una primera etapa de acogida, que dura entre 5 y 15 días, donde la recién ingresada es recibida y ayudada por los responsables terapeutas, y los propios residentes, procurándole hacer más fácil y grata su adaptación a la rutina básica del programa (horarios, ritmos, actividades, etc.) Pasado este tiempo se entra en la denominada etapa de seguimiento, que sirve para, una vez conocido el funcionamiento del centro comprender y vivenciar mejor las actitudes sin solución de continuidad entre la acogida y el discurrir de cada persona por el la C.T. En el caso de las mujeres se hace especialmente cuidadosa esta subetapa. Por fin se entra de pleno en las actividades terapéuticas del programa, procurando cubrir los objetivos de este primer. La terapia familiar va siguiendo un curso paralelo y coordinado con el devenir en la C.T.
- ◆ **2º ciclo (*maduración*)** entre 4 y 9 meses, se realiza en el mismo centro aunque en régimen semiabierto, con salidas programadas a casa y estancias intermitentes de 7 días en el piso de reinserción para ir efectuando trabajo sobre áreas básicas y afrontar más decididamente el plano de la dependencia (y bidependencia), de los estímulos condicionados, autoestima, etc., todo ello bajo la tutela de educadores, psicólogos y trabajador social que coordinan los frentes abierto y cerrado junto con la terapia familiar que a este nivel efectúa una inflexión de manera que se adecuen al estado real de la paciente, sin rémoras del pasado y con los ajustes precisos para un nuevo marco convivencial.
- ◆ **3er ciclo (*(re)integración social*)** entre 2 y 6 meses (media 4 meses), que se efectúa en un piso tutelado y ocasionalmente en el seno familiar o de otra familia responsable. Suele durar entre 2 y 6 meses (media de 3 meses). Sirve para implementar de manera decidida lo anteriormente apprehendido, desarrollando aspectos psicosociales relacionados con su devenir inmediato, objetivos pragmáticos de futuro y proyecto de vida, donde se combine la autonomía con la incorporación social.

2. Régimen de convivencia: centro específicamente femenino y residencial

3. Modo asistencial: El programa terapéutico femenino se realiza en dos estructuras diferentes:

- Centro residencial cerrado (1e y 2º ciclo o etapa)
- Centro residencial abierto (3º ciclo o etapa)

4. Equipo técnico básico: Es casi específicamente femenino, propiciando el crecimiento terapéutico al tratarse de un medio homogéneo donde se comparten problemas afines y se hace inexcusable la asunción de responsabilidades y la elucidación autónoma e independiente de objetivos. El equipo está constituido por psiquiatra, médico, psicólogos, trabajador social y educadores.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Dentro de la evaluación de resultados, el seguimiento postterapéutico es imprescindible si se pretende evaluar la intervención. Todavía hay pocos trabajos de esta naturaleza, sobre todo los seguimientos a largo plazo, quizá debido a la complejidad metodológica y los recursos que deben mobilizarse para llevar a cabo estudios diacrónicos dilatados en el tiempo.

El objetivo fundamental del presente trabajo es evaluar la eficacia de un programa específico para mujeres drogodependientes llevado a cabo, a lo largo de 10 años de experiencia, en un centro residencial femenino.

Objetivos

El objetivo fundamental del presente trabajo es evaluar la eficacia de un programa amplio específico para mujeres drogodependientes llevado a cabo, a lo largo de 10 años de experiencia, en un centro residencial femenino a corto, medio y largo plazo, y entendiendo como programa amplio aquellos que cumplen los siguientes requisitos:

- que tengan carácter biopsicosocial
- que la intervención sea multifrontal (psicológica, familiar, socioambiental)
- que comprenda un horario extenso de tratamiento
- que la duración temporal del programa sea prolongada (entre 3 y 18 meses de tratamiento).

Otros objetivos del estudio son:

- evaluar la influencia específica de cada una de las áreas (subescalas) en la situación global en el momento evolutivo del sujeto
- identificar factores concurrentes y diferenciales de recaída en cada ámbito para elaborar la posible intervención (prevención de recaídas por ejemplo) e identificar (si los hay) elementos diferenciadores de género

Método y Material

Se incluyen en el estudio los pacientes atendidos el período comprendido entre el 29 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1999, filiados en la clasificación DSM-IV como trastorno por uso de sustancias, que hubieran recibido un tratamiento, de al menos 1 mes de duración, en régimen residencial. De las 643 mujeres atendidas se ha escogido una muestra de 161 las cuales cumplían los requisitos requeridos: tener perfectamente cumplimentada su historia clínica, permitiéndonos recoger todos los datos necesarios para el estudio, y que hubiesen cumplimentado adecuadamente el protocolo evaluativo. La fórmula de aplicación evaluativa ha seguido tres procedimientos: 1º entrevista directa técnico-sujeto aprovechando además para recoger muestras de orina y hacer determinación de metabolitos de drogas (en nuestro caso mediante técnicas de inmunofluorescencia), 2º entrevistas telefónicas técnico-paciente/ técnico-paciente y 3º cuestionarios postales remitidos por duplicado para la familia y el paciente.

El instrumento de evaluación utilizado es el protocolo D.A.R.P.-m (drug abuse reporting programme) modificado, en sus formas A (cuestionarios cumplimentados por profesionales) y B (cuestionarios para cumplimentar el interesado y su familia). Dicho protocolo ampliado y adaptado al ámbito español fue validado en 1985 por Carlos Sirvent a partir de la forma reducida empleada por Simpson, Savage y Lloyd en los años setenta. El protocolo consta de 25 ítems, de los cuales 21 son cerrados y 4 abiertos. Cada ítem cerrado tiene una puntuación parcial ponderada que cuantifica la situación del sujeto parcial y globalmente mediante tres subescalas denominadas adictiva, psicológica y sociofamiliar. Todas ellas sumadas dan una puntuación final que determina la situación del sujeto.

La subescala denominada sociofamiliar explora lo siguiente:

- 1) Relaciones familiares
- 2) Conflictividad familiar
- 3) Colaboración de familiares y allegados,
- 4) Naturaleza de su residencia actual,
- 5) Ambiente que frecuenta,
- 6) Personas con que convive,
- 7) Pareja o compañera,
- 8) Ámbitos laboral y/o escolar
- 9) Hábitos y régimen de vida

La subescala psicológica recoge los siguientes aspectos:

- 1) Vitalidad/ motivación,
- 2) Grado de madurez y autoconfianza,
- 3) Habilidades y capacidad para enfrentar situaciones
- 4) Estabilidad afectivo-emocional, hedonismo y consumismo,
- 5) Inmediatez y tolerancia a las frustraciones,
- 6) Conducta

7) Grado de sinceridad y mixtificación.

La subescala adictiva explora los siguientes factores:

- 1) Magnitud del consumo de sustancias
- 2) Calidad del consumo
- 3) Abstinencia
- 4) Perfil de consumo
- 5) Adictofilia.

La escala DARP original era poco discriminativa ya que solo diferenciaba situaciones favorable y desfavorable, la escala DARP –m tiene mayor número de posibilidades y –en consecuencia- de ajustar el diagnóstico y la ulterior intervención en el área, ámbito e incluso factor más deficiente. Cada subescala contiene unas puntuaciones que –en orden creciente- determina cuatro niveles situacionales según sea la puntuación parcial. La situación global o general se obtiene sumando las parciales. Así, cuanto más baja sea la puntuación, mejor será la situación.

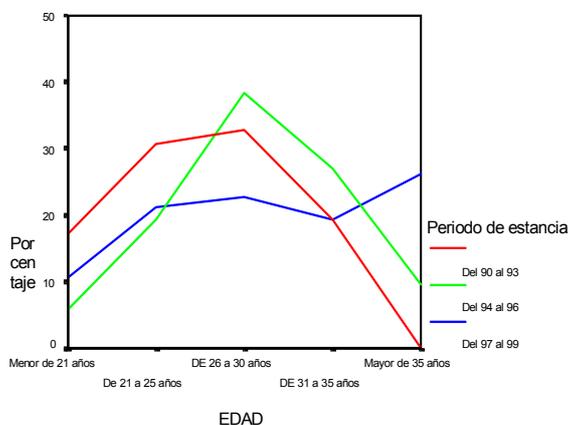
- La situación óptima (0 a 9 puntos en los totales) es la mejor posible y empíricamente equivale a escaso o remoto riesgo de recaída.
- La situación favorable (10 a 18 puntos totales) abunda en que el sujeto se mantiene bien pero, puede tener algún área (subescala) desajustada. Empíricamente equivale a baja situación de riesgo.
- Situación limítrofe (19 a 22 puntos totales) equivale a estar en situación de alto riesgo aunque aún no se ha producido la recaída, o bien no tiene riesgo de recaída inmediato pero una de las demás áreas (por ejemplo sociofamiliar) está abiertamente deficitaria.
- Por fin, situación desfavorable (23 puntos ó más) significa situación de recaída presente.

El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS para Windows versión 9.0 empleando el cruce de variables la prueba del Chi cuadrado, la prueba de T. De Student y los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman

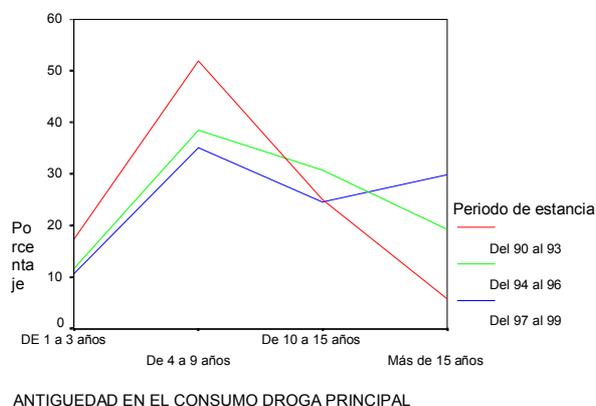
Análisis comparativo

Se realiza un estudio longitudinal con una muestra de 161 mujeres divididas en tres grupos según su periodo de estancia: De Enero de 1990 a Diciembre de 1993: N=52, de Enero de 1994 a Diciembre de 1996: N=52 y de Enero de 1997 a Diciembre de 1999: N=57

Del análisis comparativo de los tres periodos en los que hemos dividido la muestra las cuestiones más significativas observadas han sido las siguientes: aumento de la edad de las mujeres tratadas, pasando de un 25,6 años de



Gráfica n° 1

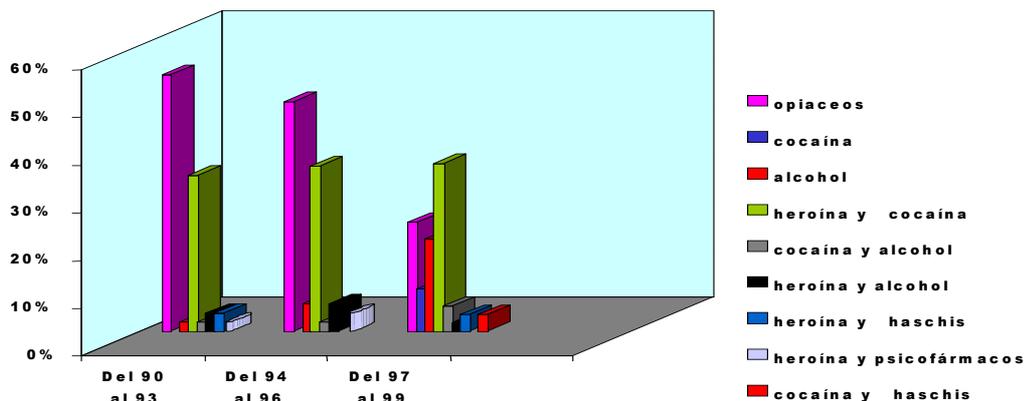


Gráfica n° 2

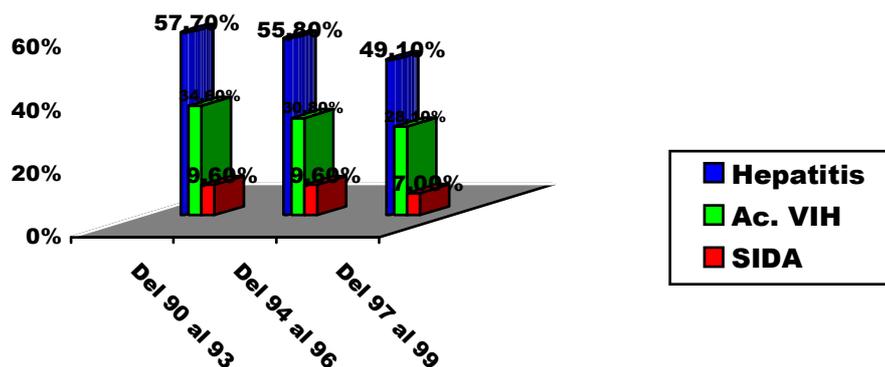
media en el periodo 90-93 a 29,6 años de media en el periodo 97-99 (gráfica n° 1), una mayor antigüedad en el consumo de drogas, pasando de 9 años de media en el 1º periodo a 12 años de media en el último periodo (gráfica n° 2), un mayor nº de tratamientos realizados antes del ingreso y una disminución de la heroína como droga única principal motivo del tratamiento en paralelo al aumento de la cocaína y del alcohol (gráfica n° 3).

DRUGA PRINCIPAL MOTIVO DEL TRATAMIENTO

Gráfica nº 3



También, y motivado en parte por el miedo al contagio de enfermedades como el sida y/o la hepatitis, y en parte marcada por el aumento del consumo de otras drogas como la cocaína, se ha observado un cambio en las vías de administración que, actualmente, son mayoritariamente no parenterales. La vía más prevalente de consumo de la droga principal a principios de los 90 fue la vía parenteral, un 61,5%, mientras que a finales de esta misma década solamente el 14 % utilizaban la v.i.v. A ese cambio en la vía de administración al que antes aludíamos se deba posiblemente el que nos encontremos con un descenso de enfermedades infecciosas. Según los estudios de 1999 desarrollados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas España es el país europeo donde la epidemia de sida relacionada con el consumo de drogas por vía parenteral ha sido más intensa. Actualmente, España tiene la mayor tasa de incidencia de Sida de este origen de Europa. La proporción de consumidores de drogas por vía parenteral infectados por el VIH continúa siendo muy alta. Sin embargo, parece que la proporción de consumidores de heroína que están infectados por el virus del sida ha descendido en los últimos años. Muy probablemente este descenso se debe principalmente al descenso de la proporción de consumidores de heroína que se inyectan, pues en España existe ya una proporción importante de consumidores de heroína que nunca se han inyectado drogas o que, aunque se hayan inyectado, actualmente ya no lo hacen. Otra de las enfermedades asociadas es la hepatitis, aunque en nuestro estudio también se observa un descenso en el porcentaje de infectados por el virus de la hepatitis B o C (Gráfica nº 4)



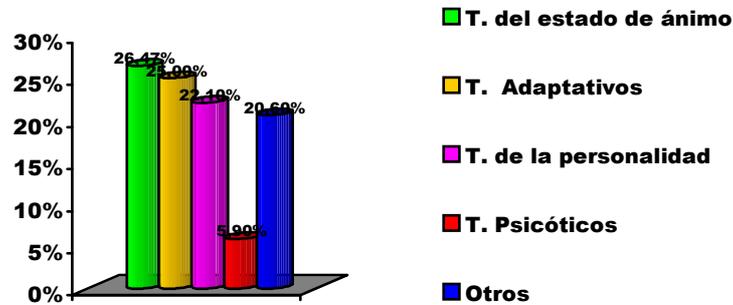
ANTECEDENTES DE HEPATITIS Y SIDA

Gráfica n° 4

Mención especial merecen los trastornos psicopatológicos asociados al consumo de drogas. Diferentes estudios epidemiológicos y clínicos han demostrado una elevada comorbilidad entre los trastornos relacionados con el abuso de drogas y otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos. En un estudio epidemiológico realizado sobre patología dual por el Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health (ECA) en Estados Unidos sobre 20.291 individuos revela que:

- La tasa de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias fue del 29% con una odds ratio de 2,7 (es decir, que su probabilidad de padecer un trastorno por abuso de sustancias era 2,7 veces superior a la población sin trastorno mental)
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de alcohol asociado a cualquier tipo de trastorno mental fue del 36,6%
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53,1%.
- En lo que respecta a trastornos psicopatológicos específicos, sus tasas de comorbilidad con algún trastorno por uso de sustancias, al menos alguna vez en su vida, fueron en la esquizofrenia del 47%, en los trastornos de ansiedad del 23,7%, en los trastornos del pánico del 35,8%, en los trastornos obsesivos compulsivos del 32,8%, en los trastornos afectivos del 32% y en el trastorno antisocial de personalidad de hasta un 83,6%.

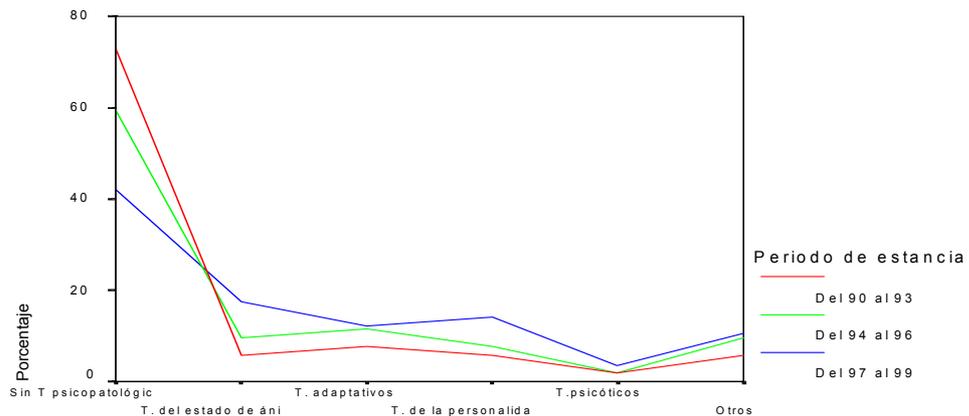
En lo que se refiere a la población española es difícil presentar datos unificados pues las escasas publicaciones de trabajos a este respecto parten de diversas fuentes con situaciones metodológicas distintas. En el presente estudio, de las 161 mujeres, un 48% presentaban trastornos psicopatológicos, de estas, el 26,5% trastornos del estado de ánimo, 26% trastornos adaptativos, 22% trastornos de la personalidad y casi un 6% trastornos psicóticos (gráfica nº 5).



TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS

Gráfica nº 5

Al comparar los 3 periodos en que se dividió la muestra, se puede observar un claro incremento de esta patología a lo largo de los años, así pues mientras en el periodo 90-93 eran un 26,9 % las personas que padecían estos trastornos,



TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS Y PERIODO DE ESTANCIA

Gráfica nº 6

en el último periodo el porcentaje ascendió al 57,9% (gráfica nº 6). Esto no es

de extrañar pues, según un informe sobre la salud mental en 2001 presentado por la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas se verá afectada por alguna enfermedad mental o neurológica a lo largo de su vida. Como es lógico este incremento de las enfermedades mentales también afecta a la población toxicómana.

Correlaciones

		Período de estancia	Trastornos psicopatológicos
Período de estancia:	Correlación de Pearson		
	Sig. (bilateral)		
	N		
Período de estancia:	Correlación de Pearson	.258**	
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	161	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CORRELACIÓN TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y PERIODO DE ESTANCIA
TABLA I

Resultados DARP_M

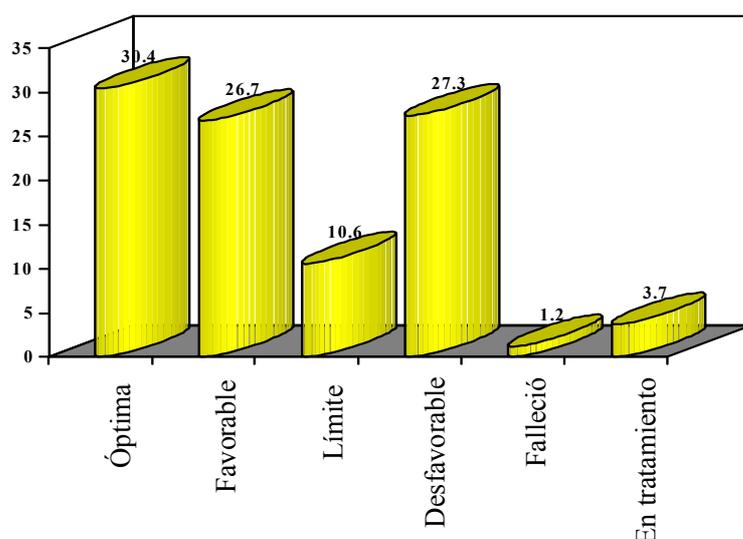
De las 161 mujeres a las que se les aplicó el protocolo DARP – m, 108 habían causado alta terapéutica, 44 alta voluntaria, 7 fueron expulsadas y 2 causaron alta médica (tabla II), siendo el tiempo medio total de estancia de casi 9 meses (8,7), oscilando entre 1 y 17 meses (tabla III). Cabe señalar que más del 50% de los sujetos estudiados había finalizado el programa hacía más de 3 años.

	Incidencia			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alta Terapéutica	108	67.1	67.1	67.1
Alta Voluntaria	44	27.3	27.3	94.4
Alta Forzosa	2	1.2	1.2	95.7
Expulsión	7	4.3	4.3	100.0
Total	161	100.0	100.0	

Tabla II

	Estadísticos	
	Días de estancia	
N	Válidos	161
	Perdidos	0
Media		261.47
Moda		184
Mínimo		30
Máximo		525
Suma		42097

Tabla III



SITUACIÓN GLOBAL

Gráfica nº 7

Como se puede ver en la gráfica nº 7 el 57,1 % de las mujeres del presente estudio se encontraban en una situación global óptima o favorable, lo cual, como ya se hacía referencia con en párrafos anteriores, equivale empíricamente a una escasa o baja situación de riesgo de recaída

Respecto a los resultados a lo largo de los años, si bien no encontramos diferencias significativas, sí aparece una relación directamente proporcional entre tiempo de estancia, tipo de alta y situación personal (tabla 3). Más concretamente, la situación de las mujeres resulta tanto más favorable cuanto más tiempo hayan permanecido en tratamiento y si su alta sobrevino por motivos terapéuticos. Esto se observa especialmente a partir de los seis meses de tratamiento (de hecho, el porcentaje se multiplica casi por cinco pasando de un 14% de altas terapéuticas entre tres a seis meses a un 73,3% en la categoría de 6 a 9 meses de estancia para incrementarse hasta el 95,6% de altas terapéuticas en pacientes de más de un año de tratamiento).

Como dato curioso hay que señalar que existen porcentajes considerables de pacientes que, sin permanecer tiempo suficiente en el programa como para lograr una reestructuración psicológica profunda, disfrutaban de situaciones tanto óptimas como favorables.

Correlaciones

		SITUACIÓN GLOBAL	Período de estancia	Incidencia	Tiempo transcurrido tras el alta	Días de estancia
SITUACIÓN GLOBAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N					
Período de estancia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.078 .324 161				
Incidencia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.320** .000 161	.040 .614 161			
Tiempo transcurrido tras el alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.065 .411 161	-.803** .000 161	.080 .312 161		
Días de estancia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.379** .000 161	-.197* .012 161	-.650** .000 161	-.016 .839 161	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES SITUACIÓN GLOBAL, PERIODO DE ESTANCIA, TIPO DE ALTA TIEMPO
TRANSCURRIDO TRAS EL ALTA Y TIEMPO DE ESTANCIA
TABLA IV

CONCLUSIONES

– El objetivo fundamental del trabajo era valorar la eficacia de un programa específico para mujeres drogodependientes, observándose que casi un 70 % de las mujeres finalizaron el programa y, de estas, el 73% están en situación óptima o favorable, comprobando así la eficacia del tratamiento. Cabe advertir que el 54% del estudio llevaban más de 3 años de alta, y el 84% de la muestra hacía más de un año que obtuvieron dicho alta.

– Se confirma la eficacia de los tratamientos prolongados y extensos, comprobándose una relación directa entre tiempo de estancia y situación óptima o favorable del sujeto, especialmente a partir de los seis meses de tratamiento.

– La variable alta terapéutica también mejora el pronóstico existiendo una relación directamente proporcional entre situación global del sujeto y altas terapéuticas,. Como es lógico, sucede lo contrario con las altas voluntarias ya que el 81,4% de abandonos en la franja 3 – 6 meses se reduce drásticamente hasta un 23,8% en la correspondiente a los 6 – 9 meses para llegar al 4,4% de altas voluntarias en pacientes que llevan más de un año en el programa terapéutico.

Bibliografía:

Alison Bishop. (1994). La mujer y la adicción al alcohol, en *Addictus*, año 1, núm. 1, Cuernavaca, Morelos, marzo-abril de, pp. 23-26.

Anderson, D.J. (1981). *Perspectives on treatment*. Hazelden Foundation: USA.

Bergeret, J.(1982). *Toxicomanie et personnalité*, ed. PUF.

Bissel, L. y Royce, J. (1987). *Ethics for addiction professionals*. Hazelden Foundation: USA.

Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25 (9A- 1 OA), 1085-1140.

Cirillo, S.; Berrini, R.; Cambiaso, G.; Mazza, R.(1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Cortina Editore, Milano.

Deutch, H. (1925). The psychology of women in relation to the function of reproduction. *International Journal of Psycho-Analysis*, 6, p. 405.

Diez M., Caballero L. y Muñoz P.E. (1998). Estudio descriptivo de los Drogodependientes que iniciaron tratamiento en los Centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86 en Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dweck Carol. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*. Pag. 441 - 452.

Ey Hary.(1978). *Traité de Psychiatrie*. Masson. Paris.

Gomberg, E.S. Lisansky, J.M. (1984). *Antecedents of alcohol problems in women*. New York : The Guilford Press,

Harb, J.J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.

Hospital psiquiátrico de Zamudio.(1999).Taller sobre patología dual.

Hyde Janet. (1995). *Psicología de la mujer*. Ed. Morata. Madrid.

Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744

KORT, ELKE (1998). Modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. *Revista de Trabajo Social*, 22:52-57. Universidad Nacional Autónoma De México (UNAM): México.

Lips Hillary. (1989). Gender - role socialization: Lessons infeminisity. Moratin Wiew C.A. Mayfield.

Llopis Llacer, J.J. (1997): " Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia." Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol., pp 363-398. Madrid 1998.

Mayor Martínez, L.; Cano Pérez, L.; López Camps, R.(1999). De la exclusión a la complementariedad: una perspectiva psicológica del tratamiento de las drogodependencias. *revista información psicológica (70)*: 22-26, 14 ref.

Merino Fernández, R.; Claro Gómez, J. (1990). Sucesos vitales y alcoholismo femenino. *Anales de Psiquiatría 6* : 35-45

Moore Henvieffa. (1991). *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra. Madrid.

National Institutes on Drug Abuse. (1996). *Métodos de tratamiento para la mujer 12964*.

Ormer Sherry. (1984). *Theory in anthropology since the sixties*. Comparative studios in Society and history.

Ortner Sherry and Whit Rhead(1981). *Introduction: accounting for sexual meanings"*. Sexual Meanings Cambridge University Press.

Ortner Sherry. (1974). Is Jenale to male as natura is to culture? en M. Rosaldo y L. Lamphere (eds). *Standford University Press*.

Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999.

Powel, D.J. (1993). *Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling*. Lexington Books: New York.

Sánchez Hervás, E; Tomás Gradolí, V. (1996) *Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de dependientes a opiáceos*.

Sirvent Ruiz Carlos. (1990). *Programa Terapéutico Femenino*. Fundación Instituto Spiral.

Sirvent Ruiz, Carlos. (1998). *Breve historia significativa de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en España*.

Sirvent Ruiz, Carlos. (1998). *Cuerpo e Identidad Femenina*. Seminario Internacional sobre la Mujer Toxicómana. Santarém (Portugal).

Sirvent Ruiz, Carlos. (1995). *La Mujer Drogodependiente*. Fundación Instituto Spiral e Instituto de la Mujer. Madrid.

Stocco, P. (1998). *Identidad femenina, entre el riesgo y la protección*. Adicciones, Vol. 10, nº 2.

Swan, N. (1998). *Innovative treatment helps traumatized drug-abusing women*. En, *NIDA Notes*, Vol. 13, Nº 2.