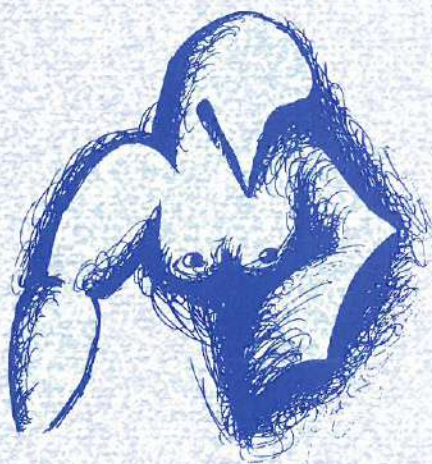


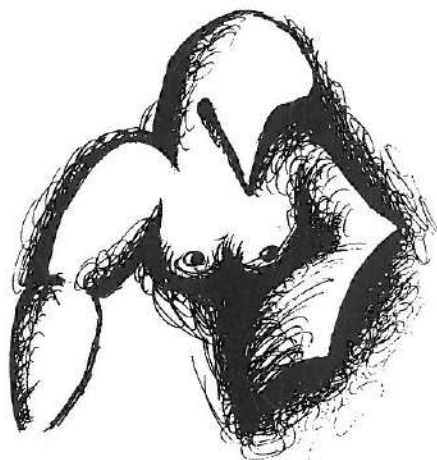
# Experiencias Europeas de Atención a Drogodependientes con hijos

Seminario Internacional



# **Experiencias Europeas de Atención a Drogodependientes con hijos**

Seminario Internacional



Coordinador: Gabriel Roldán Intxusta

Edición: Junio 1999

Tirada: 700 ejemplares

© Comunidad Terapéutica Haize-Gain

Edita: AGIPAD.  
Asociación Guipuzkoana de Investigación y prevención del  
abuso de Drogas

Fotocomposición e Impresión: Didot, S.A.  
Nervión, 3-6.º - 48001 Bilbao

ISBN: 84-920825-6-9

Depósito Legal: BI-1431-99

# EXPERIENCIAS EUROPEAS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES CON HIJOS

GABRIEL ROLDÁN INTXUSTA

En los últimos años en el Estado Español ha habido un aumento del número de pacientes drogodependientes que tienen hijos, como consecuencia del progresivo aumento de la edad media de consumidores habituales de drogas ilegales (~ 28 años) En la actualidad más de un 25% de los pacientes atendidos en los servicios de atención a drogodependientes son padres o madres, añadiendo una nueva situación a la complejidad de las problemáticas sumadas a la situación del drogodependiente. Muchos de estos niños sufren las consecuencias de la precariedad de las vidas de sus padres y presentan síntomas en su desarrollo y su ámbito de relación que merecen de nuestra atención.

El padre o la madre drogodependiente debe hacerse cargo de una responsabilidad en la crianza, en la que el/ella mismo/a se reencuentra con importantes déficits en su propio pasado, con elementos de poca contención, falta de límites, abandono o maltrato.

Hay un pasaje en los tratamientos de tomar al paciente como hijo con sus propios padres (familia de origen), a este otro paciente padre o madre, incluyendo una dimensión trigeracional —abuelos-padres-hijos.

Las nuevas situaciones incluyen nuevas demandas —por ejemplo la atención a madres embarazadas y con bebés pequeños— con dificultad para integrarse en determinados recursos asistenciales: familias monoparentales, custodia de los niños en situaciones de precariedad o maltrato, niños seropositivos.

Asimismo observamos en las investigaciones la transmisión transgeneracional de la carencia o la dependencia. Un ejemplo, entre un 30 - 40% de los pacientes atendidos en la C.T. Haize-Gain en el periodo 1982-1992, encontramos padres/madres dependientes a alcohol, fármacos, juego, comida... (Comas, Roldán, García, 1995) ¿De qué manera podemos prevenir esta rueda de la drogodependencia entre las generaciones?



Preguntas y más preguntas que nos hacemos que constituyen los dos asuntos a debate del Seminario «Experiencias europeas de atención a drogodependientes con hijos»

La metodología para conducir el Seminario, nos exigió varios meses de preparación para seleccionar los proyectos y experiencias que conocíamos en Europa en el marco de FDHE - EURO TC relacionados con el tratamiento a drogodependientes con hijos, que pudiesen aportar puntos de referencia claros para la discusión de dos temas:

- Características de los hijos de drogodependientes ¿Qué dificultades, qué problemas?
- Respuestas de los programas en la atención de drogodependientes con hijos.

Posteriormente pedimos los textos que constan en estas actas y se elaboraron unas preguntas en relación a cada uno de los temas que sugirieran la discusión sobre ayudas, cuestiones prácticas que nos encontramos en el día a día en nuestro trabajo.

Los textos se recogen en un primer bloque.

*1.º Bloque. Características de los drogodependientes con hijos ¿Qué dificultades, que problemas, que características?*

El primer texto a debate de Paolo Stocco y Alessandra Simonelli nos refiere a la presencia de los niños los últimos años, como actores principales de una escena siempre muy complicada y delicada, en el cual el uso de drogas por parte de los padres y en particular la madre, propone múltiples interrogantes sobre los resultados evolutivos y relacionales de esta diada. Revisando los estudios sobre la transmisión intergeneracional de la carencia, se plantea cómo trabajar cuando la seguridad es imposible, a través de un estudio realizado en Villa Renata (Italia) sobre 7 diadas madre-hijo proponiendo una serie de reflexiones sobre los resultados, con la certeza de que es posible ayudar a las madres drogodependientes a convertirse en personas capaces de ofrecer un espacio sensible para el crecimiento de su hijo y ofrecerle los cuidados necesarios para ello.

El rol del hijo en familia de adictos es descrito por Thomas Legl para realizar un recorrido sobre diferentes estudios desde la teoría del apego, viendo la dinámica de la adicción, señalando también aspectos neurobiológicos para ver cómo son las relaciones de estos niños con sus padres adictos a través de la experiencia de 23 madres entrevistadas en Gruner Kreis (Austria), acerca de su historia con sus hijos, con sus modelos de conducta, métodos de educación, conflictos, y de

cómo percibían su propia infancia, concluyendo que el tratamiento terapéutico de los hijos es una medida preventiva que reduce su propio riesgo de adicción, así como enfermedades psico-sociales y psicosomáticas.

Enrique García nos propone intervenciones grupales con padres para disminuir las tasas de recaída y abandono del tratamiento de hijos toxicómanos, basados en un estudio sobre el modelo de emoción expresada realizado en la C.T. Haize-Gain a partir de 46 heroinómanos y sus familias. Nos sumerge en la percepción de los drogodependientes de sus familias de origen, cómo han sentido y perciben las relaciones con sus propios padres. A camino entre el rol de hijos y de padres que nos movemos en el debate.

Asun Berasategui en «Aprender a ser padres, versus ser padres, por qué y para qué» nos invita a trabajar con la asunción de la parentalidad, a través de la realización de experiencias de formación con drogodependientes con hijos y posibles futuros padres drogodependientes.

Javier Ruiz nos embarca al lugar de encuentro del Seminario —Euskadi— y en la prevención comunitaria de la drogodependencia en Euskadi. Nos refiere del modelo vasco de actuación y su aproximación conceptual, así como el desarrollo de las actuaciones en diversos escenarios de la vida social.

*La 2.ª Parte* trata de presentar «Respuestas de los programas en la atención a drogodependientes con hijos», intercambiando experiencias de tratamiento.

La comunicación «Necesidades especiales de los padres drogadictos» de Elfriede Steffan recoge un amplio estudio realizado bajo el auspicio del Grupo Pompidou de la Comunidad Europea en 12 países europeos, sobre los efectos del consumo de drogas durante el embarazo y el desarrollo del hijo. Para mostrarnos posteriormente 4 modelos de atención diferentes para padres drogodependientes con hijos en Holanda, Alemania y Suiza.

Alice Castro y Maria Gracia Areias describen las situaciones más frecuentes que caracterizan el nacimiento y desarrollo del hijo de padres drogodependientes y la manera en que vienen trabajando en la C.T. Arco Iris de Coimbra (Portugal) para reforzar la relación madre-hijo ¿qué terapia, qué educación?

«Niños de padres adictos y niños con trastorno de déficit de atención (ADD ADHD) Experiencias e ideas para una discusión y una terapia diferenciadas». Es una invitación sugerente de Horts Bromer para adentrarnos en el tema del tratamiento con medicamentos a niños con problemas de déficit de atención o niños hiperactivos. Niños, como viene a demostrar, con problemas parecidos a los hijos de los adictos o a los de familias con graves cargas sociales. Propuestas de tratamiento en el contexto familiar y social para romper el círculo vicioso de niños de padres adictos que llegan a ser adictos.

Posterior a los textos se incluyen los comentarios y las discusiones con referente a los temas de debate propuestos.

Agradecer a AGIPAD y la Federación Europea de Centros de Tratamiento (FDHE, EUROTC) el soporte técnico y humano para la realización del encuentro. A la Secretaría General de Drogodependencias del Gobierno Vasco, a la Diputación Foral de Gipuzkoa y al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco su apoyo económico para la realización del mismo. Y a todos los participantes su esfuerzo y colaboración que lo han hecho posible.

En la elaboración de las actas de los temas a debate, se ha tratado de mantener lo más fielmente posible las intervenciones de los participantes al seminario, que han constituido la fuente de la discusión más rica. Aun así la realización del debate en tres idiomas —alemán, castellano, italiano— ha dificultado su traslado y puede contener traducciones que no se ajusten al espíritu exacto del interviniente. Por lo cual, si alguna persona se siente perjudicada, solicitamos nos disculpe.

# PROGRAMA

## Seminario Internacional EXPERIENCIAS EUROPEAS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES CON HIJOS

9 h. - **MESA REDONDA N.º 1: Características de los hijos de drogodependientes ¿Qué dificultades, qué problemas, qué características?**

Paolo Stocco (Villa Renata - Venezia - ITALIA)  
«Uno studio qualitativo sulla relazione madre tossicodipendente e bambino»

Tomas Legl (Gruner Kreis - AUSTRIA) «The Role of Children in Addict Families

Enrique García (U.P.V. - Bilbao) «Intervenciones grupales con padres para disminuir las tasas de recaída y de abandono de tratamiento e hijos toxicómanos basadas en el modelo de Emoción Expresada»

Asun Berasategui (AGIPAD - San Sebastián)  
«Aprender a ser padres versus ser padres por qué y para qué»

11 h. - **Presentación Seminario (Lothar Schafer, Presidente F.D.H.E. Rudli SUIZA)**

Jesús Loza (Viceconsejero de Asuntos Sociales de Gobierno Vasco Vitoria)

Luis Bandrés (Diputado Bienestar Social - Diputación Foral de Guipúzcoa)

11,30 h. - **Pausa**

12 h. - **Temas a debate Mesa N.º 1**

12,45 h. - **La atención a los drogodependientes en el País Vasco**

Javier Ruiz (Secretaría de Drogodependencias - Gobierno Vasco - Vitoria)

Alvaro Iruin (Gerente Salud Mental de Guipúzcoa - OSAKIDETZA - Donostia)

15 - 17 h. **MESA REDONDA N.º 2 - Respuestas de los problemas en la atención de drogodependientes con hijos**

Elfriede Steffan (Sozialpädagogisches Institut - Berlín - ALEMANIA) «Special needs of children of drug Misusers»

Alice Castro y Maria de Gracia Areias (C.T. Arco Iris - Coimbra - PORTUGAL) «A relação mae toxicodependente - filho, que terapia, que educação?»

Horst Bromer (Drogenhilfe Tannenhof e.V. - Berlín - ALEMANIA) «Niños de padres adictos y niños con trastorno de déficit de atención (ADD/ADHD)- experiencias e ideas para una discusión y una terapia diferenciadas»

17 h. - **Temas a debate Mesa N.º 2**

18 h. - **Conclusiones Jornadas**

Lothar Schäfer (Presidente F.D.H.E. - Rudli - SUIZA)

Julen Perurena (Relator - Programa Martutene - AGIPAD)

Gabriel Roldán (Coordinador Seminario. C.T. Haize-Gain - AGIPAD)

## **Ponencias Mesa 1.<sup>a</sup>**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS  
DROGODEPENDIENTES CON HIJOS ¿QUÉ  
DIFICULTADES, QUÉ PROBLEMAS, QUÉ  
CARACTERÍSTICAS?**



# «LA CONDICION DE LA MATERNIDAD, LA FUNCION PARENTAL Y EL USO DE DROGA»

## UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA RELACION ENTRE LA MADRE TOXICODEPENDIENTE Y EL NIÑO

PAOLO STOCCO Y ALESSANDRA SIMONELLI

*Villa Renata*

Traducción: PILAR ARANGUREN

En un primer análisis, por desgracia no corroborado por estudios prospectivos, la trayectoria toxicológica en las mujeres parece exponerlas a unas condiciones de mayor problemática respecto a los hombres. Estas diferencias específicas constituyen, sin duda alguna, un punto de interés y de ulterior estudio, ya que en la actualidad estamos todavía en una posición de absoluto retraso en lo referente a la comprensión de los distintos fenómenos referentes al abuso de drogas en relación al complejo universo de la identidad de género.

Uno de los aspectos de particular interés se refiere a la condición de embarazo y maternidad en las mujeres toxicodependientes. El interés de los operadores incluye los múltiples ámbitos del problema, de la observación y de la intervención psicológica, médica, jurídica y social. En los últimos años tal interés está llevando a una cierta modificación, tanto en las perspectivas de la intervención terapéutica como en la programación de los modelos de asistencia. Una variable peculiar en el cambio de los programas de asistencia ha estado obviamente determinada por la presencia de los niños, como actores principales de una escena siempre muy complicada y delicada, en el cual el uso de drogas por parte de sus padres y en particular de la madre, propone múltiples interrogantes sobre los resultados evolutivos, relacionales y generales de esta díada.

Por tanto, junto con las acciones de monitorización y acompañamiento durante la gestación a partir de sus correlatos fisiológicos, físicos y toxicológicos que afectan tanto a la embarazada como al feto, en el curso del tiempo no ha nacido la exigencia de preparar intervenciones dirigidas a valorar y eventualmente a sostener la condición de maternidad en su complejidad psicológica y relacional, ayudando paso a paso a superar las inevitables dificultades para ambos componentes de la pareja madre-hijo. Con estos presupuestos en muchos países europeos se han iniciado numerosos proyectos de «toma en cargo» residencial de mujeres to-

xicodependientes embarazadas o madres de niños, sobre todo durante la primera infancia.

Este creciente interés se traduce en el intento de captar esta especificidad en el mundo de la toxicomanía femenina y de responder de forma más puntual y acertada a las necesidades de las mujeres. El punto de mayor fuerza de estos proyectos reside, no sólo en la atención sobre el foco de intervención, sino también en el intento de reforzar y valorizar aquellos aspectos de la identidad femenina propias de la función materna.

A través de estas intervenciones vienen en buena medida evitadas aquellas dolorosísimas consecuencias jurídicas que imponen la separación de la pareja madre-hijo y que llevan a la mujer toxicodependiente hacia una ulterior exacerbación de su ya difícil situación existencial. Uno de los mayores riesgos en las intervenciones de este tipo es que los niños puedan ser utilizados como una especie de instrumento terapéutico para la recuperación de la madre, colocándolo en un segundo plano respecto al adulto. En el mejor de los casos en cambio, la «toma en cargo» tiene lugar dentro de una dimensión de intervención multifocal, con un específico espacio terapéutico (individual y/o grupal) para el adulto y un espacio específico dirigido a la mejora de la relación madre-hijo.

En estas experiencias se tiende a diferenciar el hecho que para el niño el tener una madre toxicodependiente puede constituir sólo un potencial de riesgo sin que necesariamente tenga que dar lugar a evidentes dificultades evolutivas. Queda de hecho todavía por demostrar que el estado de toxicodependencia de una madre genere condiciones de abandono, maltrato o disfuncionalidad en el crecimiento del niño y las investigaciones realizadas hasta el momento nos conducen a conclusiones de signo opuesto (Colten 1980, Sowder Burt 1980). También en este caso sería útil desarrollar líneas de investigación cualitativa para una mejor comprensión de estos problemas.

## 1. LA TRANSMISION INTERGENERACIONAL DE LA CARENCIA

Una propuesta de toma en cargo terapéutica específica por la díada madre-hijo, conjuntamente a una actividad de estudio, ha sido realizada en estos años en la Comunidad Terapéutica Villa Renata (Venecia). Esta investigación-intervención denominada Proyecto Aurora, además de una intervención multifocal (psicoterapia individual y grupal) en régimen residencial para el tratamiento de la toxicodependencia de la madre, prevé intervenciones específicas sobre la relación que se establece entre la madre y el niño.

Esta experiencia ha traído a la luz la necesidad de pensar para estas jóvenes madres con hijos de muy corta edad peculiares formas de intervención terapéutica.

Dentro de nuestras intenciones estaba también la preventiva respecto al niño, situándolo en un ambiente donde pudiera estar atendido y controlado, y protegido de situaciones que pudieran resultar nocivas o perturbadoras como las oscilaciones del tono de humor de la madre producidos por el uso o la falta de la sustancia, las separaciones de los padres, las situaciones de precariedad y de abandono bajo la custodia de los abuelos o de familiares extraños con todos los diversos problemas para el desarrollo afectivo y emotivo que de todo esto se pudiera derivar. Nuestro objetivo es que entre estos niños y las figuras parentales, se constituya un espacio familiar que consienta al pequeño una continuidad afectiva y una posibilidad de comunicación con la propia madre como principal figura de referencia parental.

Por otra parte, la intervención sobre la relación ha permitido a menudo también a la madre un descubrimiento de las propias capacidades y recursos a la hora de acudir al hijo, reforzando de este modo la percepción de la propia función en relación al hijo. En muchos casos, para las jóvenes toxicodependientes y sobre todo para las madres, la condición de maternidad constituye un núcleo capaz de catalizar y de reactualizar las distintas problemáticas internas del individuo, haciéndole casi imposible el desenvolvimiento de la función de figura de referencia para el niño. Junto con los momentos terapéuticos llevados a cabo conjuntamente con el hijo se han realizado diversos encuentros de revisión y re-elaboración de las vivencias realizadas únicamente con la madre y para la madre, con el fin de hacer emerger los principales problemas y dificultades relativos a la construcción de la relación con el niño y a la estructuración del propio rol interno de ésta.

Una de las hipótesis principales de nuestro trabajo hace referencia al complejo conjunto de vivencias extraídas de la historia de vida de estos sujetos y que hemos recogido bajo el concepto de carencia familiar, así como la posibilidad de una transmisión de dicha carencia a través de las diversas generaciones del árbol familiar (cfr. Cirillo et al., 1996). Anticipamos que las situaciones que hemos sometido a estudio se caracterizan por un grave deterioro, tanto desde el punto de vista toxicológico como psicológico y relacional y que por tanto no pueden representar una muestra generalizable, de todos modos en nuestra experiencia, un elemento que se evidencia de una manera clara en la historia de estas jóvenes es la presencia repetitiva y recurrente de eventos de luto, traumáticos y separaciones vividas en el seno del grupo familiar. En particular, además, aparece una situación de sufrimiento más fuerte en las mujeres allí donde se evidencian situaciones repetitivas de malestar reconducibles a los comportamientos de las figuras de referencia parental y a graves problemas en la relación entre los propios padres. Estos conflictos son a menudo el resultado de una organización familiar caracterizada por la presencia de una figura materna, a menudo muy frágil, o con problemas depresivos, dominada por un cónyuge que contrariamente se presenta como un individuo de carácter autoritario y en algunos casos incluso violento con la mujer

y los hijos, o en algunos casos como una persona terriblemente irresponsable, que no está en grado de desempeñar la función paterna. Dentro de este clima familiar no resulta extraño que uno o ambos padres abusen de alcohol o psicofármacos. Sin querer por otra parte generalizar la infinidad de situaciones que pueden dar vida a una constelación familiar carencial, nuestro cuadro explicativo hace referencia a la hipótesis de una dificultad de identificación femenina por parte de las chicas en relación a un modelo materno débil que pide comprensión, atención y protección a los mismos hijos con el fin de superar las dificultades conyugales. En las circunstancias descritas resulta precario e incluso fallido también el modelo de diferenciación masculino en el momento en que la identidad masculina paterna está connotada por actitudes irresponsables o de naturaleza agresiva, tales que marcan las relaciones hijo-padre con el signo del rechazo, de la ambivalencia y en algunos casos incluso del miedo. En este sentido, muchos estudios subrayan las repercusiones de inadaptación derivadas de los comportamientos asustados y «asustantes» por parte de las figuras parentales hacia el hijo, sobre todo durante la infancia y la adolescencia, así como también las repercusiones en relación a la evolución en el joven de la misma capacidad de ejercer la función parental en el momento en el que él a su vez se convertirá en padre de un niño (Main, Kaplan, Cassidy, 1985; Main, Hesse, 1991; Ainsworth, Eichberg, 1991; Liotti, 1994). Las observaciones que hemos podido desarrollar ofrecen una confirmación a estos estudios que han detectado un núcleo carencial en la infancia del toxicodependiente en particular si pensamos en el modo en el que tales experiencias vividas han podido bloquear el desarrollo adaptativo de la persona e incidir negativamente en el posterior desarrollo de las propias competencias como padres. Sobre estas bases consideramos útil profundizar en el estudio de algunos posibles puntos problemáticos relativos al desarrollo de la identidad de género en la toxicodependencia.

Nuestro marco teórico y metodológico hace referencia a una aproximación evolutiva en la que el interés principal está dirigido a la observación y al estudio del desarrollo individual a partir de una óptica relacional que incluye a la persona desde el momento del nacimiento en el interior de un complejo sistema de relaciones con las figuras significativas, las cuales representarán la base sobre la cual desarrollarse y sostenerse a lo largo del tiempo (Stern, 1985; Sameroff, Emde, 1989). En este sentido, son justamente las relaciones en el curso del tiempo las que parecen constituir y formar el ser (self) del individuo y sus particulares modalidades de relacionarse a su vez con el ambiente (Stern, 1985), representando aquellos aspectos de continuidad e historicidad sobre la base de los cuales el individuo puede retomar elementos de repetición en el propio mundo externo, a través de los cuales aprender a sentir también las propias instancias internas, y sus significados y manifestaciones a través del comportamiento. Uno de los aspectos particularmente interesantes de este proceso de construcción está repre-

sentado por la formación del vínculo de unión con la figura materna, en el curso del primer año de vida del niño, el cual representa un estadio de la relación madre-hijo particularmente relacionado con la matriz de origen biológica, adaptativa y protectora de la socialización y de la función parental como función fundamentalmente orientada al desarrollo sano del individuo (Bowlby, 1969-82). La posibilidad, de hecho, de tener a su disposición una figura de referencia sensible a sus necesidades en el sentido de responder de forma eficaz, representa para el niño la base para la construcción del sentimiento de seguridad, o sea del núcleo del self vinculado a la toma de conciencia de no estar solo en el mundo y de ser merecedor de amar y ser capaz de responder a los requerimientos tanto internos como provenientes del ambiente exterior (Bowlby, 1969-82, 1980; Ainsworth, et al., 1978).

El núcleo de la «seguridad» se propone por tanto como un elemento constitutivo de la fe en sí mismo y de la capacidad de lectura de la realidad que acompañará al individuo a través de las fases sucesivas y los procesos evolutivos que le esperan, haciéndolo capaz de afrontar tales tareas de forma adaptada y funcional al propio bienestar. Sobre estas bases se instaura la construcción de los llamados Modelos Operativos Internos (Internal Working Model, IWM). Los modelos operativos internos no son otra cosa que las representaciones mentales dotadas de aspectos cognitivos y afectivos cuyo contenido hace referencia justamente a las experiencias con las figuras vinculantes de la infancia (parentales o con las cuales el individuo ha establecido un vínculo preferencial) y la organización actual que estas tienen en la mente del individuo (Bretherton, 1992; Crittenden, 1990; Liotti, 1994). Tales representaciones son patrimonio interno de la persona y pertenecen al pasado en cuanto a su construcción y estructuración, pero funcionan activamente en la mente a la hora de filtrar las experiencias y las informaciones y a orientar el comportamiento (Stern, 1995; Crittenden, 1990). Siguiendo esta línea de pensamiento es por tanto posible hablar de transmisión intergeneracional de estilos de relación y en particular de transmisión del estilo de vinculación, sobre la base propiamente de aquellos núcleos que partiendo de la experiencia infantil constituyen en la edad adulta un modelo, aplicable y repetible al cual recurrir frente a las exigencias ambientales. El aspecto de la intergeneracionalidad se utilizó, por tanto, como una posibilidad de establecer una continuidad en la historia del individuo que conecte, más allá de las distintas manifestaciones comportamentales adecuadas al estadio del desarrollo en el cual la persona se encuentre, el pasado al presente (y en consecuencia al futuro) por aquello que concierne a la estructura misma subyacente a los comportamientos. De este modo aparece claro cómo la maternidad representa una de las tareas con una mayor representatividad a la hora de reevocar en la mujer el propio pasado y las experiencias relacionales significativas que lo han caracterizado y construido (Bibring, 1961; Pazzagly et al., 1981); la maternidad viene a constituirse, de hecho, como un banco de pruebas fundamental y como un momento de crisis y reorganización en el ámbito del cual la



mujer está involucrada nuevamente en su propio pasado y que retorna a través del hijo, objeto de amor y de conflicto, en relación al cual es necesario una completa revisión de la propia historia del individuo, pero sobre todo de niña, de adolescente y de mujer, frente a la femineidad misma y a la propia capacidad de generar (Stern, 1995). Muchos son los trabajos teóricos y de investigación que a este propósito ponen en evidencia la enorme importancia del bagaje experiencial de la mujer en relación a los resultados del embarazo y de la maternidad. La condición de la maternidad tiene una importancia extrema sobre todo en relación a la interiorización de los modelos parentales de identificación (la madre) y de diferenciación (el padre) sobre la base de las cuales es posible hablar de evolución femenina ligada a la aparición de las instancias reproductivas y por consiguiente maternas que parecen fundar en la mujer la posibilidad de instaurar una relación basada en la sensibilidad con el niño desde el momento del nacimiento e incluso mucho antes, desde la idea/deseo de concebir un hijo (Ammantiti, 1992).

La capacidad de hacerse cargo de un niño es, por consiguiente, una función fundamentalmente evolutiva en el ámbito de la cual son justamente las representaciones las que serán activadas y las que mediarán el comportamiento, de forma particular será el núcleo central de la personalidad que se constituye alrededor de los vínculos primarios, el que servirá de vehículo para canalizar el estilo relacional y en el cual será acogido el niño. De aquí la convicción de que existe un proceso de co-construcción de la relación madre-hijo en el ámbito de la cual la calidad del vínculo primario materno puede guiar los comportamientos y la respuesta para dotar al pequeño de compartimentos a los que, con el paso del tiempo, se les podrá atribuir un espacio interno dotado de significado y valencias a más de un nivel.

## 2. CUANDO LA SEGURIDAD ES IMPOSIBLE

El recorrido evolutivo descrito brevemente con anterioridad representa para nosotros un modelo general de referencia en el sentido de aportar algunas líneas directrices acerca del desarrollo adaptativo y funcional de la persona, que se realiza principalmente en una situación de cuidados maternos adecuados y de sensibilidad por parte de las figuras encargadas de cuidar al niño (Ainsworth et al., 1978) o también, cuando en una situación de carencia de cuidados, existen figuras significativas que puedan garantizar al pequeño ese ambiente «lo suficientemente bueno» (Winnicott, 1958) necesario para que pueda construir su propio núcleo de seguridad. En los últimos años, el punto de interés para muchos investigadores se ha centrado en el desarrollo infantil y los resultados en el adulto, partiendo de casos en los que el niño ha sido sometido precozmente a experiencias dolorosas, traumáticas o simplemente carenciales, que en cierta medida no les ha permitido es-

tablecer un vínculo de seguridad con una figura adulta referencial (Crittenden, 1988; Cicchetti, Carlson, 1989; Aisworth, Eichberg, 1991). En este sentido se hipotetiza que una modalidad de vinculación ansiosa (sea de tipo evitativo o ambivalente) o desorganizada, parece proponerse como un índice de malestar en cuanto que no sólo presupone un ambiente primario carente a la hora de responder adecuadamente, sino que priva al individuo de aquellos instrumentos y recursos afectivos, cognitivos y sociales necesarios para adaptarse adecuadamente a los requerimientos externos, no solamente en la infancia sino también en las épocas sucesivas (Crittenden, 1994-96). Se han hecho muchos estudios relativos al estilo Ansioso o Desorganizado en la relación madre-hijo. Estos estilos relacionales parecen derivar de comportamientos de rechazo o abandono por parte de la madre, de una inestabilidad afectiva en relación a una ambivalencia de fondo o de núcleos extremadamente traumáticos no resueltos en relación a sentimientos de miedo, rabia e inadecuación (Main, Hesse, 1990, Crittenden, 1994). Existen también muchos otros trabajos relativos a los resultados evolutivos de estos niños a los que la ausencia de una «base segura» parece cerrar el paso hacia una correcta socialización (Attili et al., 1994), hacia un adecuado desarrollo afectivo y emotivo (Zimmermann, Grossmann, 1994) y hacia la adquisición de competencias a más niveles (Cicchetti, Carlson, 1989).

A este respecto consideramos que el aspecto de la no-seguridad en la relación madre-hijo puede proponerse como un núcleo de observación y de profundización en una óptica de estudio del desarrollo y de la prevención, ya que presenta una fuerte conexión con aspectos de la estructuración del self del individuo sobre el que se fundamentan las bases para su bienestar, su adaptación y su posibilidad de interacción con el ambiente. A partir de estos estudios surge el interrogante sobre las interrelaciones entre la modalidad de vínculo y lo clínico desde el momento en el que parecen existir puntos neurálgicos mencionados y las señales de malestar y sufrimiento expresados por los individuos en las distintas fases de la existencia y del desarrollo. Aquí nace la posibilidad de observar desde el punto de vista del «vínculo con las figuras primarias» las situaciones de dificultad a partir de unas condiciones donde la seguridad resulta imposible, por causa de un ambiente materno de por sí caracterizado por unos recorridos evolutivos, familiares y sociales que no permiten la acogida del niño y de sus necesidades, generando preguntas en cadena a las cuales resulta imposible formar respuestas adecuadas, sensibles y eficaces.

Sobre la base de estas reflexiones, por lo que concierne a nuestra casuística de sujetos toxicodependientes consideramos necesario intentar comprender cómo estos aspectos del pasado que retornan de una forma coactiva puedan inferirse dentro de una posibilidad de desenvolvimiento, por su parte, de la función parental por lo que respecta a los factores de riesgo para el posterior desarrollo del niño. A tal propósito y a pesar de estar convencidos de la existencia de un modelo de

transmisión, de causalidad circular, en el que múltiples y variados elementos se conjugan para influenciar la construcción de la relación, es también cierto que la toxicoddependencia femenina representa un síntoma más bien fuerte de graves problemáticas personales, relacionales y familiares que están en la base de la experiencia de estas mujeres, las cuales pueden de hecho entrar con toda su carga negativa en la relación con el niño. El estudio realizado por nosotros tiene un doble significado de orden temporal: el primero, de naturaleza retrospectiva hace relación al pasado de estas madres, su historia y su dependencia; el segundo, con una perspectiva de tipo prospectivo, se refiere a los aspectos relacionados con la parentalidad, a la posibilidad de creación de un espacio sano para el niño que le permita un desarrollo afectivo al lado de la complicada problemática materna.

### **3. LA INVESTIGACION**

A partir del marco teórico que hemos expuesto en el párrafo precedente, hemos madurado la idea de un proyecto de investigación que permita no sólo una recogida sistematizada de datos, sino también una posibilidad de lecturas de estos, según parámetros y modelos que en parte derivan de los mismos instrumentos utilizados y de los presupuestos teóricos que los fundamentan. Se ha realizado también un atento trabajo de observación de los casos y de confrontación en el ámbito del equipo de trabajo entre las distintas figuras profesionales; el trabajo se coloca por tanto como un análisis de tipo cualitativo sobre el material recogido.

### **4. LA MUESTRA**

Los primeros resultados de nuestro trabajo de investigación son relativos a un primer grupo de 7 díadas madre-hijo, que representan en nuestra opinión una muestra aceptable incluso desde el punto de vista cuantitativo teniendo en cuenta las dificultades que conlleva el reclutamiento de los casos y el seguimiento de los mismos en el tiempo. Las díadas están constituidas por mujeres jóvenes toxicoddependientes constituyendo un grupo más bien heterogéneo desde el punto de vista socio-demográfico, madres de niños con edades comprendidas entre 12-30 meses, residentes en el ámbito de nuestro centro (Tav. 1 y 2).

### **5. METODO DE RECOGIDA Y ANALISIS DE DATOS**

La investigación prevé la utilización de dos instrumentos: (Tav. 3).

1. L'Adult Attachment Interview di Mary Main e coll. (1985), una entrevista semiestructurada centrada en la historia de vida del individuo, en particular sobre

los aspectos de ésta mayormente relacionados con la construcción y evolución del vínculo. El método de elaboración y de trabajo del material nos ofrece un cuadro de la organización mental en términos afectivos y cognitivos que la experiencia relacional de la infancia con las figuras de vinculación presenta en la edad adulta. Sobre la base de los métodos de revisión, análisis y reflexión realizado sobre el material recogido (Main, Kaplan, Cassidy, 1985; Crittenden, 1994-96) la clasificación del vínculo adulto prevé las siguientes categorías:

- Evitante (Ds);
- Seguro (F);
- Involucrado (E). (Tavola. 4)

Las categorías distinguidas por los autores (Main, 1995) y expuestas de forma resumida arriba se proponen como categorías descriptivas y por definición excluyentes entre sí, por lo que la asignación de un determinando «pattern» a un sujeto implica de hecho la imposibilidad de una coexistencia con cualquier otra categoría.

Con respecto al material recogido a través de la entrevista arriba citada AAI, hemos realizado paralelamente un análisis de los contenidos relativos a las historias de vida narradas por los sujetos, teniendo por objeto la individuación de núcleos temáticos comunes y típicos de las situaciones personales y familiares y en relación a las vivencias ligadas a la toxicodependencia.

2. La Strange Situation di Ainsworth et al. (1978), en una versión ligeramente modificada, por la observación de la relación madre-niño en el curso de la primera infancia así como por una evaluación del vínculo.

El limitado número de sujetos nos lleva a considerar nuestro trabajo como una investigación de carácter cualitativo que se refiere a un estudio de tipo explorativo preliminar, el cual necesita evidentemente posteriores profundizaciones, así como una recogida de datos más extensa sobre todo desde un punto de vista numérico para permitir un análisis estadístico de los datos revelados, sobre la base de los cuales poder formular conclusiones más generalizables y exhaustivas, por lo que respecta a los elementos emergentes. Consideramos todavía, que estos aspectos constituyen limitaciones propias de aquello que podríamos definir como un estudio «in progress», en el ámbito del cual es siempre posible efectuar ampliaciones y profundizaciones de forma paralela a la evolución misma de la estructura y de los casos en ella estudiados. Este aspecto reviste por tanto una importancia fundamental para nosotros que operamos en el campo, en cuanto que nuestros objetivos de estudio e investigación se desvían de las instancias metodológicas y especulativas de la investigación de laboratorio, a favor de un trabajo seguramente menos estructurado pero asimilable en su mayoría a las exigencias clínicas y de conocimientos intrínsecos a nuestro trabajo, allí donde las reflexiones

relativas a los casos constituyen un patrimonio de riqueza al cual dirigirse frente a nuevas situaciones.

## 6. LAS HIPOTESIS

En el ámbito de nuestra limitada muestra, hemos formulado una serie de hipótesis.

La posibilidad de que puedan existir aspectos de las modalidades relacionales, de la construcción del mundo interno y de la organización de su comportamiento interactivo que pueda tener una relación intergeneracional, en el que se puede evidenciar el elemento de la repetición, sobre todo a nivel de núcleos de conflictividad no resueltos presentes en la mente de las madres, que inciden de forma explícita en la relación con el niño, constituyéndose como elementos de dificultad respecto a una constitución adaptativa de esta relación.

La posibilidad de que exista una continuidad del modelo de dependencia que parece atravesar las historias relacionales de estos núcleos familiares, a través de aspectos distintos en el tiempo en las que permanecen constantes las expresiones de un malestar, sea en el registro simbólico como en el plano comportamental.

La existencia de algunos aspectos del mundo interno de la madre, en términos de «vinculación» y de representaciones internas, que intervienen en la constitución de la relación con el niño en modo poco funcional, para su desarrollo y crecimiento emotivo, cognitivo y comportamental.

La presencia de particulares características interactivas y comportamentales que connotan a esta díada; relacionadas también con las vivencias de dependencia a las sustancias presente en las madres, a su recorrido terapéutico y a su actual condición de residencia en la comunidad con el niño. Este conjunto de características necesita de una investigación basada en la observación y dirigida hacia una mejor comprensión de las dinámicas en ella implicadas.

La verificación de la definición de los niños hijos de padres toxicodependientes como niños de riesgo debido a las condiciones de vida que han experimentado desde las primeras fases de la infancia en términos de separación, traumas y falta o escasa idoneidad de las figuras de vinculación primarias.

La posibilidad de aislar eventuales factores de riesgo, pronósticos en relación al crecimiento de estos niños, en el intento también de formular algunas hipótesis acerca de las intervenciones de sostén para la díada madre-hijo, y para eventuales programas de prevención relativos a la evolución de los pequeños en las fases sucesivas a la primera infancia.



## 7. REFLEXIONES SOBRE LOS RESULTADOS

Los aspectos relativos a los resultados de AAI ponen en evidencia en los sujetos adultos la utilización masiva de la estrategia de evitación, junto con elementos de «enligamiento» que parecen constituir un substrato confuso y desorganizado, del cual parece necesario defenderse en el intento de mantener algún tipo de control sobre la afectividad invasiva y dolorosa que las vivencias desencadenan en el sujeto, y por tanto una forma de unidad y de cohesión del ser (self). En este punto es interesante poner en evidencia los contenidos relacionados con los afectos que hay que excluir, y de los cuales resulta necesario huir, si se quiere evitar que emerjan emociones y recuerdos excesivamente traumáticos y dolorosos capaces de activar procesos de enligamiento en los que el pasado se reproduce continuamente con sus valores destructivos de una forma no elaborada ni elaborable.

El estudio del vínculo nos ha proporcionado también una importante clave de lectura de las historias de vida y de las experiencias que han marcado el recorrido de estos sujetos, ofreciéndonos un modelo de evaluación, también del peso que algunos sucesos particularmente fuertes y traumáticos pueden intervenir en la instauración del síntoma de la toxicodependencia. Vemos de hecho, como existe una línea de continuidad en el ámbito de estas familias en los que elementos de dependencia hacia padres o hermanos, elementos de cuidados inadecuados, separaciones traumáticas gestadas con dificultad, se proponen como núcleos no resueltos y confusos que actualmente ocupan la mente de estas mujeres, impidiendo el necesario proceso de reestructuración y valoración de la experiencia, en ausencia de la cual resulta imposible el sentimiento de seguridad, también en la edad adulta (Tavole 5 y 6). La alternancia entre evitación y enligamiento nos conduce al mecanismo de defensa de la escisión, que resulta típico en sujetos toxicodependientes, en los que la dificultad para integrar aspectos internos se convierte también en una necesidad de mantener separados aspectos de la realidad en compartimentos diferenciados en modo que resulta irrecuperable una unidad final. La confusión relativa, por tanto, al estado mental de la vinculación nos trae a colación procesos de mala integración, ya sea a un nivel afectivo como cognitivo (Crittenden 1995-96) sobre la base de las cuales, los sucesos de la infancia vienen coartados por la ausencia de recuerdos, la idealización o la evitación cuyas matrices profundas parecen residir en un constante substrato de afectos presentes e invasores que justamente por su carga de angustia son negados.

A este propósito tomamos prestada la definición de «transmisión de la carencia»: Cirillo et al. (1996) en la etiopatogénesis de la toxicodependencia masculina en un ambiente familiar, donde los complejos mecanismos de mistificación del sufrimiento y del dolor conducen a la creación de círculos perversos allí donde la densidad y la estaticidad de la comunicación, también a nivel comportamental,

no consiente otro camino al joven que la salida completa y totalizante que ofrece la sustancia (Bergeret, 1982; Stocco, 1991; Cancrini, 1994). Sobre la base de este conjunto de reflexiones pertenecientes a varias experiencias clínicas, encontramos todavía a través de las historias de vida de estas mujeres la repetición inquietante de una serie de elementos cuyo denominador común parece ser la incapacidad de sentir el dolor y la imposibilidad de comunicar el malestar que no traspasa el ambiente familiar, creando núcleos de ausente elaboración y mentalización. El consumo de sustancias desempeña una función de llenado paliativo de estos vacíos y al mismo tiempo funciona como una señal de malestar dirigido a los miembros de la familia, el cual se inserta en el ámbito de unos sistemas disfuncionales, por los cuales ha sido generado, produciendo posteriores sufrimientos y dolor. En este sentido la referencia teórica y clínica de mayor importancia en el estudio de la problemática de la toxicodependencia corre a cargo de los trabajos de Jean Bergeret (1982; Bergeret, et al., 1983), que partiendo de una orientación psicodinámica ha ofrecido una importante contribución a la comprensión y a la profundización de las dinámicas inherentes a la toxicodependencia y a la personalidad del toxicodependiente.

Es también cierto que la constelación de sucesos que han caracterizado la experiencia infantil y adolescencias de estas mujeres, pone en evidencia como hemos visto, la presencia de graves sucesos traumáticos sobre todo en relación a las figuras de vinculación primarias. Estas experiencias negativas aumentan considerablemente la dificultad del paso hacia las sucesivas etapas evolutivas importantes, como la adolescencia, que representa una nueva puesta en juego de los elementos de la infancia y de la organización del ser (self) hacia el desarrollo y la puesta en marcha de las obligaciones adultas. No es por tanto casual que la edad prevalente en la que aparece la dependencia de sustancias en estas mujeres es alrededor de los 17 años, momento en el que el trabajo de la adolescencia está llegando a su culminación y el fracaso del mismo se presenta como una auténtica derrota sobre toda la línea evolutiva. En este sentido, el fracaso adolescente que caracteriza estas historias, parece definirse como la imposibilidad de la individuación (desvinculamiento) (Cancrini, La Rosa, 1991) por causa justamente de estos sistemas relacionales familiares en los que el rechazo está a menudo derivado de un enligamiento de fondo que no ha consentido una identificación adecuada ni tampoco una separación hacia la autonomía y la emancipación.

La ausencia de barreras generacionales, la confusión de los roles y una gestión ambivalente de la ley (en la que todo está permitido o todo viene negado), parecen elementos comunes a las familias de los jóvenes toxicodependientes, y a su funcionamiento mental y comportamental también en comunidad.

Por otra parte, la misma confusión relativa a la propia infancia y las vivencias desorganizadas en relación a su ser de niñas, trae consigo una profunda acusación

de indefensión e inseguridad en relación a la feminidad, a la maternidad, que resulta característica en estas mujeres, en las que los modelos de identificación han fallado, en modo particular, el modelo femenino sobre el que poder pensar y construir la propia femineidad. Es justamente el modelo de madre, en estos casos el que se presenta más débil.

Por lo que concierne a la observación de la interacción madre-hijo y a la calidad del vínculo del pequeño, el material obtenido en nuestro estudio pone en evidencia algunas características específicas que de algún modo caracterizan estas díadas en relación a un estilo común de relación sobre el cual resultaría importante reflexionar. El estilo interactivo, característico de la relación entre estas madres y sus hijos, parece representado por una dificultad en la modulación de las distancias, sea a nivel comportamental, en el sentido de una escasa gestión de los espacios y de los tiempos relacionales, sea una dificultad a nivel más propiamente mental, en el sentido de una imposibilidad de pensar en el hijo colocándolo en su propia dimensión. Esta dificultad de mentalizar al hijo, adquiere una prevalencia espacial por lo que respecta a las distancias relacionales e interactivas, y una prevalencia temporal por lo que concierne en cambio a la posibilidad de construcción de una historia de la relación para interiorizar y narrar. En el registro de las defensas psicológicas se ha visto que estas madres tienden a activar fuertes censuras en relación a sus propios recuerdos desagradables y la relación terapéutica, sobre todo en las primeras fases, viene caracterizada por un análoga modalidad de evitación hacia el terapeuta. Las escasas reminiscencias y las sensaciones de vacío mental relativas a las representaciones de sí mismos que caracterizan la estructura de personalidad borderline, pueden fácilmente reproponearse en la relación con el niño, en el momento en el que la interacción necesite de una presencia afectiva y una capacidad de contención pensada que se corresponde con la existencia de un espacio interno concebido para el hijo, en el ámbito del cual pueda representarse la relación. En un precedente trabajo (Fava Vizziello, Capra, Simonelli, 1996) hemos encontrado que en estos niños el estilo preferente de vínculo es el de evitación, de esta forma las estrategias afectivas resultan dejadas a un lado, en el intento de alcanzar una autonomía y una competencia de cara al ambiente que consiente de alguna forma al pequeño recortarse algunos espacios de continuidad y seguridad al lado de la madre y sus comportamientos. Esta modalidad relacional, se califica de hecho como la respuesta más adaptada que los pequeños ofrecen a un ambiente materno en el que sus cuidados no consiguen ofrecer una base segura debido a las emociones fuertemente marcadas por la ambivalencia, derivadas de los sentimientos de miedo y rabia de frente a los rechazos sufridos por parte de la madre a sus propias demandas. A los ojos del mismo tales rechazos expresados manifiesta o veladamente, acompañados de una escasa capacidad de reaseguración o de improvisar virajes en la disponibilidad, resultan cuanto menos desorientadores, la reacción frente a esta desorien-

tación lleva al niño a desarrollar estrategias de autonomía y autogestión que resultan a veces excesivas. Su comportamiento frío y distante en los episodios de separación de la madre, vienen interpretados como una modalidad de evitación del dolor, a menudo ya vivido precoz y repetidamente a través de estas experiencias en las que ha faltado la respuesta materna, y ha habido separaciones e inseguridad. Se ha notado de todas formas que tanto en los pequeños como en las madres en el curso de las sesiones de observación de «Strange Situation» aparece un substrato de fuerte activación emotiva y de ambivalencia que caracterizan algunas de las reacciones observadas en las que están presentes episodios de fuerte rabia, de llanto o comportamientos de pasividad extrema que impiden al niño una exploración eficaz del ambiente. Una posible interpretación de estos datos hace referencia a la presencia de una relación de fondo calificable como ambivalente y desorganizada, sobre la cual las estrategias de evitación, como hemos dicho vienen adaptadas como defensas organizadas frente a la incertidumbre afectiva y comportamental que el niño está experimentando.

Por lo que respecta a las consideraciones relativas a la relación entre el vínculo inseguro y la manifestación de trastornos en la infancia, los niños pertenecientes a nuestro grupo presentan una serie de problemas a nivel psicosomático y/o comportamental, que definiremos como reactivos a la compleja situación en el ámbito de la cual han estado insertas desde el momento del nacimiento.

Las reflexiones relativas a los casos presentados deben de hecho representar un terreno sobre el que proceder con cautela, sobre todo en lo referente a la investigación de las causas, vista la diversidad de elementos que están presentes en estas situaciones tan complejas que hacen casi imposible a veces poder aislar variables o indicadores de previsión.

De las consideraciones anteriores emerge por tanto, una presencia de fuerte inseguridad en el interior de estas díadas y de un entresijo de vivencias y fantasías de diferente naturaleza y que caracterizan la relación, las cuales parecen derivar en buena parte de las experiencias relacionales pasadas por estas madres, en las cuales los aspectos de confusión, miedo e imposibilidad de fiarse del adulto de referencia parecen constituir las bases sobre las que se fundan tales dificultades.

## 8. ¿SERAN BUENAS MADRES?

El trabajo de análisis y de reflexión realizado hasta ahora contiene ciertamente aspectos de gran preocupación por lo que se refiere a la toma a cargo de las situaciones presentadas, a la elección del tipo de intervención y a la valoración de las posibilidades evolutivas inherentes a estas díadas más allá de la problemática presente en modo masivo, sobre todo en lo referente al mundo interno de

la madre y particularmente en lo referente a los aspectos del ser (self) involucrados en el desarrollo de la función parental. Pensamos por otra parte, que los esfuerzos que hemos realizado en el ámbito de nuestra actividad no sean del todo infructuosos y que más allá de movernos en un terreno accidentado sea posible algún tipo de construcción de futuro, no solo a nivel personal para estas mujeres, sino referente también a la posibilidad de éstas de llegar a ser unas madres lo «suficientemente buenas» para sus hijos (Winnicott, 1958). Lo que nos interesaba demostrar con este trabajo, es que los métodos de investigación pueden constituir una importante lente de observación útil a la hora de extraer una serie de informaciones fundamentales para la clínica y la terapia, gracias a la sensibilidad y a la capacidad de escucha del clínico, que actúan como instrumentos de descodificación del material recogido; todo esto realizado con la certeza de que es posible ayudar a las madres toxicodependientes a convertirse en personas capaces de ofrecer un espacio sensible para el crecimiento de su hijo y ofrecerle los cuidados necesarios para ello.

### 8.1. Las madres

✓ *Caso 1:* Ana es una chica de 21 años soltera, la 2.<sup>a</sup> de 5 hijos (2 hermanos y 3 hermanas). Ha cursado los estudios obligatorios (EGB). El núcleo familiar de Ana parece unido, está constituido por padres que viven juntos y no muy lejos de los abuelos paternos. No obstante Ana desde los 3 años ha sufrido abusos sexuales por parte del padre y del abuelo, situación por la cual Ana desde muy pequeña ha estado frecuentemente institucionalizada. Ana ha comenzado a hacer uso de drogas ligeras desde los 17 años.

✓ *Caso 2:* Marina es una mujer de 34 años, soltera, la primera de 3 hermanas, una de las cuales también es toxicodependiente. Pertenece a una familia social y culturalmente más bien acomodada. Ha conseguido el diploma de Maestra. Los padres, casados, han permanecido unidos, aunque eran frecuentes los conflictos y los intentos de separación hasta la muerte de la madre en 1992. Marina vivía sola desde los 18 años, periodo en el que se puede situar el inicio del consumo de drogas. Marina tiene una larga historia de toxicodependencia en el curso de lo cual ha tenido 5 interrupciones espontáneas de embarazo (abortos espontáneos). Se ha prostituido durante largos periodos.

✓ *Caso 3:* Domenica es una mujer de 36 años casada y separada del marido también toxicodependiente y seropositivo, que actualmente se encuentra detenido por varios actos delictivos. Es la primera de 4 hijos (2 hermanos y 2 hermanas) entre ellos un hermano toxicodependiente. Ha cursado EGB. Los padres están casados y viven juntos, durante los primeros años de su vida, hasta los 4-5 años Domenica ha vivido con los abuelos paternos debido a la emigración por



motivos de trabajo de los padres. Domenica tiene una larga historia de toxicodependencia vivida junto con el marido.

✔ *Caso 4:* Lorena es una chica de 27 años, soltera, la última de 5 hijos (2 hermanos y 3 hermanas) de los que un hermano es también toxicodependiente y el otro tiene problemas psiquiátricos. Ha cursado EGB. Los padres están casados y viven juntos. Su familia es social y culturalmente modesta. Lorena empezó a hacer uso de sustancias alrededor de los 20 años.

✔ *Caso 5:* Lavinia es una mujer de 36 años, soltera, hija única. Ha vivido en el extranjero hasta los 11 años, periodo en el que sus padres se divorciaron debido al alcoholismo del padre. Ha conseguido el Diploma en Lingüística. Cuando Lavinia ingresó en Comunidad presentaba un problema neurológico de origen infeccioso que le afectaba a las extremidades superiores e inferiores y que le impedía caminar y le limitaba la funcionalidad de las manos. Lavinia tiene 3 hijas de las cuales las dos mayores están en adopción temporal con los abuelos paternos y con una familia adoptiva respectivamente, mientras que la pequeña está con ella en Comunidad.

✔ *Caso 6:* Serena es una mujer de 35 años, casada y separada con un nivel de instrucción equivalente al primer ciclo de EGB. La familia de origen de Serena la maltrataba y Serena ha sido institucionalizada en la adolescencia debido a conductas antisociales y a embarazos. Principalmente la figura maltratante es la madre mientras que el padre muere suicidado a edad bastante joven. Serena se ha escapado numerosas veces de su casa, a los 15 años inicia su carrera como toxicodependiente. Actualmente tiene 4 hijos de distintos padres, los cuales están a cargo de los servicios sociales, algunos en adopción familiar y otros en instituciones, de 18, 15, 11 y 1 años, esta última está con la madre en comunidad.

✔ *Caso 7:* Mirela es una chica de 21 años que ha vivido hasta los 9 años con los abuelos paternos debido a los problemas existentes entre los padres. Tiene una hermana mayor y un hermano más joven. La madre sufre graves depresiones presentes todavía en la actualidad y con tratamiento psiquiátrico, y el padre es alcohólico. Mirela ha sido más de una vez maltratada por su padre, al cual ha seguido los pasos iniciando el consumo de alcohol a los 12 años y a raíz de un periodo depresivo desencadenado por los conflictos familiares. Durante la infancia ha presentado también problemas de lenguaje (tartamudez) debido a los problemas psicológicos y a las presiones sufridas en el interior de la familia.

## 8.2. Los hijos

✔ *Caso 1:* Sofía es una niña de 18 meses nacida a raíz de una relación ocasional de la madre. El padre es toxicodependiente y seropositivo el cual ac-

tualmente no mantiene ningún contacto ni con Ana (la madre) ni con la hija. Desde su nacimiento, Sofía ha vivido en un Instituto o en la Comunidad con la madre. Presenta algunas manifestaciones de agresividad.

✓ **Caso 2:** Marco es un niño de 14 meses, nacido de una relación duradera y más bien estable entre Marina y el padre, el cual no es toxicodependiente y continúa su relación con la madre y el niño, habiéndolo reconocido desde el punto de vista legal. Marco ha vivido en un instituto sin la madre desde su nacimiento hasta los 9 meses, época en la que ha entrado en Comunidad con la madre.

✓ **Caso 3:** Nadia es una niña de 29 meses, nacida de una relación estable entre sus padres, casados entonces y ahora separados. El padre es toxicodependiente y enfermo de SIDA, actualmente en prisión. Nadia ha vivido con los padres, ambos toxicómanos activos, hasta los 24 meses, cuando la madre decide entrar en Comunidad. Presenta trastornos psicosomáticos y comportamentales.

✓ **Caso 4:** Alejandro es un niño de 24 meses nacido de una relación estable entre sus padres actualmente separados a causa de la toxicomanía activa del padre, el cual ha interrumpido los contactos con la madre y con el niño. Alejandro ha vivido con una familia de adopción temporal hasta los 18 meses, tiempo en el que ha entrado en Comunidad junto con la madre. Presenta problemas físicos y un cierto retraso en el desarrollo del lenguaje.

✓ **Caso 5:** Julia es una niña de 30 meses nacida de una relación estable entre sus padres actualmente interrumpida a causa de la toxicomanía activa del padre, el cual no mantiene relación ni con la madre ni con la hija. Julia es la tercera hija de Lavinia, ha vivido con la abuela materna hasta los 24 meses, edad con la que ha entrado en Comunidad junto a su madre. Presenta algunas manifestaciones comportamentales problemáticas.

✓ **Caso 6:** Catalina es una niña de 13 meses nacida de una relación estable entre los padres, actualmente interrumpida a causa de la encarcelación del padre, el cual no tiene contactos ni con la madre ni con la hija. Catalina es la 4.<sup>a</sup> hija de Serena, ha vivido con la madre en una institución hasta los 8 meses y después ha entrado en Comunidad. Presenta desconsuelo emotivo y algunas manifestaciones de estrés emotivo ante la separación de la madre, aunque se trate de breve periodo de tiempo.

✓ **Caso 7:** Elena es una niña de 13 meses, nacida de una relación estable entre sus padres. El padre, también toxicómano, esta en otra Comunidad Terapéutica y participa regularmente en los encuentros semanales con la hija y con Mirella (la madre) aunque en estos momentos están viviendo un periodo de replanteamiento y redefinición de la pareja. Elena es hija única y ha vivido en casa con sus padres hasta los 8 meses, edad con la que ha entrado en comunidad junto con la madre. No presenta problemas de orden físico, afectivo o comportamental.

### 8.3. Diseño de la investigación

Muestra:

- 7 madres toxicodependientes residentes en la comunidad.
- 5 hijas de edad comprendida entre 12-30 meses.

Método de evaluación

- Adult Attachment Interview (Main, George, Kaplan, 1985)
- Strange Situation (Ainsworth, et al., 1978)

Con el objetivo de evaluar:

- La calidad de la relación madre-hijo y la existencia de una continuidad entre los «Internal Working Models» y los comportamientos presentados por la madre con el hijo.
- El vínculo y la construcción del ser (self) en el curso de la primera infancia.
- El comportamiento del niño y sus habilidades en el contexto social.
- La transmisión intergeneracional de las carencias y los nuevos recursos de estas díadas.

### 8.4. Pattern del vínculo en el adulto

#### PATTERN DE EVITACION (Ds)

- Intento de limitar la influencia de las relaciones y de las experiencias de vínculo con las figuras primarias.
- Organización del pensamiento en modo tal que comporte una relativa desactivación del vínculo.
- Idealización de algunos elementos de la propia autobiografía.
- Memoria semántica con carencia en la memoria episódica.

#### PATTERN AUTONOMO-SEGURO (F)

- Capacidad de explorar los propios pensamientos y sentimiento relativos a las relaciones y experiencias de «vínculo»
- Capacidad de captar las influencias en el tiempo de las relaciones pasadas.

- Autobiografía equilibrada y capacidad de evaluar el comportamiento de los padres durante la infancia.
- Libre acceso tanto a la memoria episódica como semántica.

### **PATTERN DE IMPLICACION (E)**

- Implicación excesiva relativa a particulares aspectos o experiencias de las relaciones de vínculo.
- El sentimiento de la propia identidad parece confuso o débil.
- La narración autobiográfica se caracteriza por la pasividad, la vaguedad, la conflictividad y la carencia de análisis.
- Acceso a la memoria episódica con incapacidad para las generalizaciones semánticas.

### **8.5. El modelo de carencia**

#### **Hitos, traumas, separaciones**

✓ *Caso 1:* Abuso sexual desde los 3 años por el padre y el abuelo. Institucionalización.

✓ *Caso 2:* Madre muere por tumor a los 30 años, la cual ha sufrido malos tratos sexuales a cargo de su hermano. La madre intenta el suicidio. La paciente vive sola desde los 18 años.

✓ *Caso 3:* De 0 a 5 años criada por los abuelos.

✓ *Caso 4:* Malos tratos vistos y sufridos por parte del padre.

✓ *Caso 5:* Malos tratos a la madre por parte del padre. Vuelta del extranjero a Italia. Separación de los padres 10-13 años, colegio.

✓ *Caso 6:* Padre muerto por suicidio. Malos tratos a la paciente por parte de la madre. Frecuentes fugas en la adolescencia.

✓ *Caso 7:* Malos tratos por parte del padre. Hasta los 9 años criada por los abuelos.

### **8.6. Modelo de dependencia**

✓ *Caso 1:* Trastornos psíquicos hermano.

✓ *Caso 2:* Toxicomanía hermana. Depresión madre. Tumor.

- ✓ *Caso 3:* Toxicomanía hermano.
- ✓ *Caso 4:* Toxicomanía hermano. Toxicomanía, trastornos psíquicos hermano.
- ✓ *Caso 5:* Alcoholismo padre.
- ✓ *Caso 6:* Problemas psíquicos madre.
- ✓ *Caso 7:* Alcoholismo padre. Depresión madre. Toxicomanía hermano.

# EL ROL DEL HIJO EN FAMILIAS DE ADICTOS

THOMAS LEGL  
*Grüner Kreis, Austria*

El rol del niño creciendo en familias de alcohólicos, los modelos específicos de la interacción padre-hijo, y los roles desempeñados por cada uno de ellos dentro del sistema de la estructura familiar han sido suficientemente descritos. Además, es comúnmente sabido que en los niños con uno o ambos padres alcohólicos, existe el riesgo muchas veces mayor, en algunos casos incluso 500 veces mayor, de convertirse en adicto al alcohol o drogas, de hacerse dependiente de algún tipo de sustancia que forme hábito, o de asumir la parte co-adicta de un cónyuge adicto. Sperling ha demostrado en sus comprensivos estudios que explicando desórdenes del desarrollo uno puede empezar por una perspectiva que tenga en cuenta varias generaciones, que los desórdenes y conflictos de los niños, generalmente son consecuencia de conflictos inconscientes entre sus padres y abuelos o entre sus cónyuges y sus padres, y que básicamente, en las familias, el mismo conflicto se presenta una y otra vez a través de las generaciones, es decir, una repetición compulsiva intrafamiliar. Teniendo en cuenta tres generaciones, podemos identificar estos modelos, y solamente considerando las tres generaciones es posible tratar y cambiar las redundancias disfuncionales de la interacción familiar casi en su origen.

Estos mecanismos de repetición son más que evidentes en las familias de madres que siguen tratamiento en nuestra institución. El antecedente de la adicción no está sólo limitado al abuso del alcohol, profundamente enraizado en la familia durante generaciones, el problema ya afecta a los niños de la segunda generación de padres politoxicómanos: en este caso, la vida familiar está fuertemente influenciada por la expresión social del panorama de la droga y su típico estilo de vida.

La gran tensión en hijos de alcohólicos es consecuencia mayormente de los cambios constantes de humor y repentino estallido de emociones de sus padres, así como de algunas formas de abuso al niño, en su mayor parte de naturaleza



violenta. El niño se vuelve en «el que reacciona», la violencia se convierte en una amenaza permanente y diaria en sus vidas. En consecuencia, estos niños sienten vergüenza de la conducta de sus padres; tienen que aguantar humillaciones constantes y se culpan a sí mismos por la desesperada situación en que están sus familias. En lo que concierne a su contacto con el mundo exterior, tratan de agarrarse a la regla: «no oír lo malo, no ver lo malo, no hablar de lo malo». Muchos de estos niños tienden a desarrollar enfermedades psicosomáticas, principalmente desórdenes del tracto gastrointestinal, asma, así como enfermedades de la piel, muchas de ellas se mantienen en su edad adulta. Las siguientes formas de conductas pueden ser consideradas típicas del crecimiento de los niños en estas familias:

- Para estos niños es normal proteger en vez de ser protegidos.
- Tienden a asumir responsabilidades a muy pronta edad; mantener el control ayuda a reducir su constante ansiedad e inseguridad en un mundo inseguro.
- Se sienten avergonzados de sus padres adictos y tratan de defenderlos.
- Hay una gran incidencia de desórdenes en la conducta (aislamiento, incapacidad de relacionarse con otras personas, etc.), típico de niños que han sufrido alguna forma de abuso; a menudo el abuso consiste de hecho en que los padres necesitan al hijo como un sustituto emocional de sus cónyuges.

## **1. PERSPECTIVA MULTIGENERACIONAL DE ENFERMEDADES ADICTIVAS CON VISTA A LA RELACION PADRE-HIJO**

### **1.1. Teoría del apego**

Las investigaciones y teorías sobre el «apego», en las tempranas conductas de relación humanas, ofrecen una caracterización muy apropiada del modo en que los modelos se estabilizan progresivamente a través de las generaciones, que en el caso patológico nos da unas conclusiones muy exactas del establecimiento de modelos de conducta adictiva. Los modelos relacionales se obtienen en el primer año de vida del niño y son a menudo transmitidos a través de la familia de generación en generación. Diferenciamos entre ambivalencia segura e insegura o también modelos de relación vinculados al miedo y evasivos. Ambas variantes de desórdenes de modelos de relación óptimos son bastante comunes en familias de adictos.

El «síndrome de rechazo» de muchos padres adictos es bien conocido, especialmente en el tratamiento diario de los adictos. Se caracteriza principalmente

por una fuerte aversión concerniente al contacto físico, y además por reacciones severas sin cariño, cuando los deseos del niño están en conflicto con las actividades de uno mismo. Los padres parecen ser conscientes de sí mismos manifiestamente, restringidos en sus expresiones emocionales, y a menudo no son conscientes de su propia contribución a la conducta evasiva y se sienten rechazados por el niño.

En esos casos, a menudo reconocemos un cambio en los roles desde la expectativa de los padres, quienes seriamente impiden el desarrollo emocional del niño. Un conflicto de escalada simétrica de proximidad y distancia realza este defectuoso desarrollo. Por lo tanto, una madre débil, quien de niña ha experimentado abusos de su propia madre y ahora, a través del cambio de roles, espera recibir amor, amor maternal de su propio hijo, puede experimentar el llanto y la conducta del hijo como ataque contra sí misma. Frecuentemente, una espiral de violencia verbal y real consigue intensificar esta costumbre. Las relaciones de apego de un niño no son accesibles al control consciente, son de larga durabilidad e indestructibles, a pesar de las experiencias negativas con la persona a quien el niño se siente vinculada. Por consiguiente, el niño «parentalizado» no puede escapar de estas excesivas demandas; la decepción sentida por los padres así como una escalada simétrica de los factores de desarrollo negativos, frecuentemente conducen a serios desórdenes mentales.

Ocurre a menudo que la conducta adictiva sirve como posibilidad para compensar la falta de estabilidad que el niño tiene que sufrir durante la etapa de necesidades de apego tempranas.

En este aspecto es de especial interés siempre el rol del padre, quien está muy raras veces disponible en familias de adictos. El desarrollo de una relación de apego en la infancia temprana no está vinculada exclusivamente a la madre, sino también a su rol y función. Un vínculo primario puede también ser establecido con el padre o con otra persona de apego.

Las relaciones de rol que han sido interiorizadas de manera poco clara e incierta agravan las condiciones del vínculo entre el niño y los padres y pueden ser corregidas por vínculos estrechos hacia uno o más sustitutos parentales adicionales. La carencia de un padre intensifica en cualquier caso los problemas de la sobrecargada madre y sus modelos patológicos en la conducta vinculante.

## 1.2. La dinámica de la adicción

En 1992, Wallen mostró en una investigación hecha con 181 hombres y 48 mujeres drogadictos que el 55 % de los padres de los hombres y mujeres analizados sufría de alcoholismo, también el 20 % de las madres de los hombres ana-

lizados y hasta el 30 % de las madres de las mujeres analizadas. El 40 % de los hombres y el 67 % de las mujeres analizadas reconocen con una valoración subjetiva, haber sufrido una angustiada infancia.

En 1990, Wallace mostró en una muestra aleatoria que el 61 % de los padres de personas adictas al crack sufría de alcoholismo. El 97 % de las personas entrevistadas podían ser consideradas como hijos desarrollados en ambientes familiares disfuncionales. Además el 52 % tenía un diagnóstico adicional, el 31 % sufría de obvios desórdenes de la personalidad y el 21 % desórdenes emocionales.

Las numerosas investigaciones realizadas sobre este aspecto muestran que las enfermedades adictivas se intensifican no solamente en su curso individual sino también en su historia de desarrollo durante generaciones. Este modelo puede observarse como parte del trabajo práctico ya en la corta historia de los tratamientos de larga estancia para personas adictas en comunidades terapéuticas de Austria. El aspecto más conspicuo se da en una paciente politoxicómana, que es madre de tres hijas, y es la enorme rigidez en su expresión. Ella demuestra hacia sus hijas una rigidez especial, una conducta de tipo fracaso basada en sus características miedo e inseguridad. Cada contacto físico está acompañado por un gran temor. Ella ve que la tiranía que sufrió de su propia madre continúa parcialmente en la conducta de sus propias hijas. Su propia madre también fue tratada por alcoholismo y adicción a drogas. No existe contacto tampoco hacia su padre o al padre de sus hijas. Es obvio que repite su propia relación con su madre, en la relación con sus hijas. La mayor de las hijas se hizo adicta a la heroína a los 13 años y está siguiendo tratamiento en nuestra joven institución. La paciente niega el problema de adicción de su hija mayor y demanda que ella es independiente y asume su propia responsabilidad, demanda que ella no cumple consigo misma.

Uno puede dar por sentado que las otras dos hijas, de 11 y 8 años de edad, ya han sufrido de un problema de dependencia durante largo tiempo, que con gran probabilidad, se expresará en una adicción a la sustancia mientras que la de 11 años ha tomado firmemente el rol de hija parentalizada, la hija más joven muestra un desorden conductual con estallidos de agresión y carencia de distancia. Ambas ofrecen una superficie de protección ideal para los problemas de apego no resueltos y las necesidades de relación del paciente respecto a su propia madre. Este sistema se presenta con tal estabilidad que los cambios serán difíciles de obtener y son experimentados con una enorme irritación. Todas las personas participantes necesitan obtener condiciones de vínculo sanas a través de relaciones terapéuticas y deshacer el sistema actual en un esfuerzo terapéutico familiar. Si se asume que estos modelos de apego (adictivos) están no sólo en las tres personas conocidas sino que se ha consolidado a través de generaciones, la importancia de las tareas se vuelve evidente.

### 1.3. Aspectos neurobiológicos

Según las investigaciones de Hoffman, la conducta de apego de la figura caracterizante no sólo le afecta en el aspecto emocional, mental, sino también en la producción de péptidos opioides en el niño. Es el aspecto más expresivo emocionalmente de la figura de apego quien tiene una influencia estimulante en la producción de endorfinas en un cerebro que se está desarrollando. Hacia el final del primer año, se hace posible una cierta independencia. Como de ese periodo, basado en esa imagen modelo interiorizada, se puede deducir la conducta de apego temprana. De mayor importancia respecto a esto son los péptidos opioides como las hormonas pituitarias y los neurotransmisores. Puede notarse una mayor privación en esta conexión, especialmente en niños cuyos padres son adictos.

## 2. REALIDAD DE LOS PARAMETROS DE RELACION PARA NIÑOS CON PADRES ADICTOS

A través de la asociación «Grüner Kreis» 23 madres fueron entrevistadas acerca de su historia con sus hijos, de sus modelos de conducta, métodos de educación, conflictos, así como de cómo percibían su propia infancia. Además, la investigación fue complementada con observaciones de la conducta de los hijos así como información devuelta por el personal de crianza. Se encontraron en todas las familias entrevistadas, los modelos de familias alcohólicas antes mencionados, así como los siguientes modelos de conducta y condiciones de percepción:

- El niño vive en permanente y real miedo a ser abandonado. La protección aparece tanto en forma de un completo bloqueo de sentimientos que puede conducir al letargo y al autismo, como un «llanto silencioso por uno mismo».
- El abuso de drogas es mantenido en secreto por el niño, ya a una temprana edad (a partir de los tres años) el niño se convierte en observador secreto y se ve a sí mismo obligado a interferir y ayudar. Está familiarizado con las arriesgadas sobredosis de droga de sus padres y toma la posición del «salvador» que es una demanda demasiado grande para él.
- Los padres se perciben como emocional y físicamente ausentes; son incapaces de reconocer las necesidades de sus hijos a quienes incluso encuentran fastidiosos. El niño desarrolla los desórdenes del apego a temprana edad; generalmente los síntomas de negligencia se pueden encontrar muy pronto.
- El padre como persona a quien se pueden dirigir se hecha casi siempre en falta, las madres viven su vida separadas del padre de su hijo, en la

mayoría de los casos sin una relación permanente. Había sólo una familia en situación de tratamiento que estaba completa, el resto de las 22 madres eran tratadas sin el padre de sus hijos. En el peor de los casos, el niño actúa como sustituto del cónyuge.

- En todas las familias los límites del niño eran transgredidos por la falta de una estructura familiar, y el niño crecía en un entorno dominado por el cuadro de las drogas. Esto es parcialmente en relación a los padres en sí mismos, o porque los padres no pueden ofrecer ninguna protección; el niño tenía que sentirse profundamente herido sin la posibilidad, sin embargo, de relacionar eso con alguien.
- Las madres son, en gran medida, necesitadas y retrasadas ellas mismas, extremadamente regresivas en el campo emocional durante el tratamiento. Muchas de ellas usan los juguetes de los niños (animales de trapo) ellas mismas, desarrollan una fuerte envidia hacia el hijo, quien ya se enfrenta a la tarea de cubrir las necesidades emocionales de la madre de cualquier modo.

Los celos pueden incluso volverse contra el niño y convertirse en peligrosos para él. Todas las madres interrogadas mencionaron que habían sentido odio hacia sus hijos en algún momento. En consecuencia los niños están expuestos a situaciones peligrosas inconscientemente, pero también conscientemente, que pueden tomar tal magnitud que incluso la vida de los niños se pone en peligro. Más de un tercio de las madres ha confesado desear la muerte de sus hijos en algún momento, algunas incluso más a menudo; una cuarta parte de las madres declaró un incrementado número de accidentes de los hijos. Estas madres conocían su responsabilidad al respecto, y por esa razón también sufrían de elevados sentimientos de culpa.

Los desórdenes de conducta de los niños son múltiples. En cuanto a lo que concierne al área social, su incapacidad de adaptarse a las reglas sociales así como sus problemas sociales con los otros niños, extendiéndose desde la timidez hasta la falta de distancia, son bastante obvios. A veces, se puede notar una excesiva agresividad.

En el área emocional aparecen miedos masivos, irritación disfórica, componentes histéricos, desórdenes lingüísticos así como desarrollos lingüísticos retrasados, enfermedades psicósomáticas y una falta de tolerancia a la frustración. Dos niños expresaron incluso amenazas de suicidio y planes durante fases de depresión.

### 3. PERSPECTIVAS Y PREMISAS

La adicción a de ser tratada como enfermedad sistémica que continúa durante generaciones. Eso incluye también el tratamiento de hijos de adictos que

todavía no sufren los síntomas de la enfermedad, como son los modelos de consumo activos.

- Uno debe empezar fuera de un desorden temprano, digno de un esfuerzo de tratamiento estable, que tiene una historia transmitida y resulta en un cambio de rol de la relación hijo-padre.
- En el ámbito de un tratamiento a la larga de los padres, los hijos también deben ser admitidos y comprendidos como pacientes y como tales están necesitados de tratamiento.
- El tratamiento de hijos de adictos requiere una infraestructura específica a sus necesidades y déficits.
- La rehabilitación a largo plazo de los adictos junto con sus hijos necesita un modelo de tratamiento diseñado especialmente que satisfaga las necesidades de terapia de los padres, del hijo, así como del sistema de co-adicción.
- El tratamiento de hijos de adictos requiere y justifica una financiación apropiada.
- El tratamiento terapéutico de hijos de adictos es una medida preventiva secundaria y terciaria que reduce su propio riesgo de adicción, así como enfermedades psico-sociales y psicosomáticas.



#### 4. BIBLIOGRAFIA

Hoffmann HS (1987) Imprinting and the critical period for social attachment, in Bornstein MH, Sensitive periods in developmente (99-121).

Hopkins J (1991) Failure of the holding relationship in Parks CM. Stenvenson-HndeJ.

Morris P. Attachment across the life-cycle.

Zimmer Hofler D, Kooyman M, Attachmente Transition, Addiction and Therapeutic Banding «An Integrative Approach, 1994, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol 14; (1-9).

## 5. CUESTIONES SOBRE LA PONENCIA

**Tenison Milhomen** (Universidad de Brasilia, Brasil): Una cuestión a la que nos enfrentamos normalmente en Brasil es lo que llamamos «cordón umbilical elástico» entre el drogodependiente y su familia, yo quería que hablaras un poco más de este enmarañado y mezcla de papeles entre los drogodependientes y especialmente sus madres.

**Tomas Legl** (Gruner Kreis - Austria): Solo puedo confirmar que efectivamente estos sistemas son muy estables, no debemos olvidar que cuando hablamos de varias generaciones de drogodependientes este cordón umbilical tiene un carácter altamente patológico.

**Elfriede Steffan** (Sozialpädagogisches Institut - Berlín - Alemania): A mí me parecía que vuestras intervenciones en este caso se centran en la línea femenina del sistema familiar ¿Puedes decirnos algo sobre el papel de los hombres en estas familias? ¿También se implican en el tratamiento y se confrontan con la situación?

**Tomas Legl** (Gruner Kreis - AUSTRIA): Este es uno de los grandes problemas en estas familias, también en el caso de esta paciente que no tiene una relación con el padre de sus hijos, lo que no hacemos si no hay contacto entre las hijas y el padre es fomentar ese contacto ya que pensamos que sería frustrante. Si los hijos expresan el deseo de contactar con los padres intentamos ayudar e implicarle a un nivel terapéutico. La otras figuras masculinas en este caso serían los hermanos pero son alcohólicos y nos encontramos que no hay una figura de referencia masculina. En este caso son los terapeutas masculinos los que asumen este papel de persona de referencia.

**Lothar Schäfer** (Presidente F.D.H.E. - Rudlil - Suiza): Romper con el comportamiento adictivo de varias generaciones es muy importante para el hijo así como analizar el papel del padre, porque si ahora el hijo no es consciente de este papel del padre, tendrá en el futuro el deseo de conocer a su padre y existe el peligro de que vuelva a identificarse negativamente con él. Este peligro siempre existe. Otra cosa es que los hijos hablen del padre en la vida cotidiana a veces de forma crítica. Con frecuencia el padre es el tema de conversación de la madre con los hijos y yo creo que es muy importante relativizar la imagen negativa del padre y buscar respuestas realistas a las necesidades e intereses de los hijos. La agresividad de los hijos en un momento posterior cuando son jóvenes muchas veces se adjudica a la madre pero en el fondo es una obstinación por la falta del padre. Yo creo que en la terapia no deberíamos pensar que esto cuando son muy pequeños podemos resolverlo de forma definitiva porque en un momento dado puede volver ese síntoma y esto es un signo de que nunca se aceptó la situación.

**Elfriede Steffan** (Sozialpädagogisches Institut - Berlín - Alemania): Quizá estas chicas que crecen en estas condiciones, buscan en su pareja la imagen del padre.

**Tomas Legl** (Gruner Kreis - Austria): Sí, en este caso hemos visto que eso es una repetición continua a través de las generaciones, las mujeres buscan parejas que se asemejan a los padres. Por ejemplo la hermana que es abstinente y que fue politoxicómana se busca pareja que abusa de sustancias. También vemos que en los jóvenes a veces evoluciona hacia la prostitución, la criminalidad, la búsqueda de parejas en esos mundillos. Es importante intervenir en este sentido, de que se creen relaciones más sanas con el otro sexo.

**Elfriede Steffan** (Sozialpädagogisches Institut - Berlín - Alemania): Esto no es posible sin implicar de alguna manera a los hombres.

**Tenison Milhomen** (Universidad de Brasilia, Brasil): Solo una intervención. Lo que se ha estado hablando es simplemente un síntoma de la simbiosis. La simbiosis indica la muerte de una parte de esta relación, para que la otra intente sobrevivir y no morir.



# **INTERVENCIONES GRUPALES CON PADRES PARA DISMINUIR LAS TASAS DE RECAÍDA Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN HIJOS TOXICÓMANOS BASADAS EN EL MODELO DE EMOCIÓN EXPRESADA**

ENRIQUE GARCÍA MARTÍN

*Psicólogo, U.P.V.*

(Esta investigación ha sido financiada por el Gobierno Vasco a través de una beca del Programa de Formación de Investigadores del Departamento de Educación, Universidades e Investigación)

## **1. ESTUDIOS SOBRE LA INCIDENCIA FAMILIAR EN LA RECAÍDA Y ABANDONO EN TOXICÓMANOS**

La recaída y el abandono de tratamiento son problemas centrales en el proceso de rehabilitación de toxicómanos. La recaída viene determinada por interacciones entre diversos factores de los cuales uno de los más importantes es el familiar (Baker y cols., 1989; Sánchez-Carbonell y cols., 1988). Los toxicómanos que iniciando un programa, comunican a sus familias la toxicomanía, tienen mejor pronóstico que el resto (Kosten y cols., 1983), de igual forma que la duración de la abstinencia depende en gran parte, de que la familia acepte la viabilidad del programa de rehabilitación. También se ha encontrado que las tasas de funcionamiento familiar rígido, se relacionaban con más largos períodos de tiempo libres de drogas.

En drogodependientes solteros, la reacción de los padres a los esfuerzos de autonomía, la expresión abierta a pensamientos y sentimientos y la empatía se relacionó con un mayor tiempo transcurrido libre de drogas (Kosten y cols., 1987). Asimismo en esta área, se considera predictora de recaída la presencia de familiares consumidores de drogas. Por otra parte, las falsas expectativas por parte de los padres sobre la recuperación del hijo drogodependiente inciden en la recaída, así como las crisis y los problemas graves en la familia (Daley y Miller; 1989).

Los sujetos que recaen también presentan peor clima familiar, una menor red social de apoyo y mayor número de acontecimientos vitales estresantes incontrolables (muertes, divorcio de los padres, etc.) (Kornblit y cols., 1989; Kosten y cols. 1986; Wallace, 1989; Rhoads. 1983; Hawkins y Catalano; 1985; Judson y Goldstein, 1983). Para Cummings y cols., (1980) un 16% de las recaídas están asociadas a «conflictos interpersonales» actuales o relativamente recientes (amis-

tades, relaciones de trabajo, con miembros de la familia, con la pareja, etc.). Por otra parte según estos autores otro 20 % de las recaídas se relacionan con la «presión social», que se refiere a la influencia de otra persona o grupo de sujetos para que realice las conductas de consumo. En un trabajo posterior (Marlatt y Gordon, 1985), se unirían estos dos grupos dentro de «Determinantes interpersonales» que explicarían el 55% de las recaídas totales. En otros estudios se constata que el número de factores protectores (trabajo, estudios, actividades de ocio y amigos), protege frente a la recaída en heroinómanos.

En cuanto al abandono, numerosos autores destacan la importancia de la familia en la retención del paciente drogodependiente en el tratamiento (Panyard y cols., 1979; Feigelman, 1987; Siddall y Conway, 1988). Se ha encontrado también que en los pacientes que dentro de un programa de Comunidad Terapéutica realizan además una terapia familiar estructural, disminuye significativamente el número de abandonos de tratamiento (Weidman, 1987). En conclusión, hay más retención en tratamiento en los toxicómanos cuyas familias participan en los programas terapéuticos, que en aquellos cuyas familias no lo hacen. En otro trabajo se encontró que los heroinómanos que viven con miembros de su familia generalmente obtienen mejores resultados en el tratamiento que aquellos que viven solos (Kosten y cols., 1983). Por lo tanto un mayor compromiso de la familia con el programa, incluyendo a los padres y/o pareja se asocia con un mejor pronóstico. Pero no sólo el compromiso de la familia incide en la retención del paciente. Cuando los sujetos informaban encontrarse bajo la presión de personas significativas en su vida como familia, pareja o amigos, permanecían también más tiempo en tratamiento (Condelli, 1989).

Estos estudios dejan patente la influencia de los factores familiares en la recaída y en el abandono terapéutico en toxicómanos, sin embargo no existen estudios que analicen en profundidad y con instrumentos adecuados, los aspectos y matices de la interacción familiar y la forma en la que esta incide en la evolución del hijo toxicómano.

No obstante, existen líneas de investigación en otras patologías como la esquizofrenia donde sí se profundiza en este aspecto. Es el caso del constructo de Emoción Expresada (EE). Este concepto centra la atención en factores relacionados con la familia y su especial influencia en el pronóstico del paciente.

El concepto de Emoción Expresada (EE) es creado por Brown y Rutter (1.968), y desarrollado por Vaughn y Leff (1.976a), por medio de una entrevista semiestructurada llamada «Camberwell Family Interview» (CFI), que se aplica a los padres del paciente y a partir de la cual se valora la EE. Actualmente es una de las líneas de investigación más fructíferas. Según Brown Y cols. (1.972), Vaughn y cols. (1.984), Leff y Vaughn (1.985), la EE es el mejor predictor individual de recaída en esquizofrénicos, tanto en el seguimiento a los nueve meses como a los dos

años. Estos autores encontraron que las tres cuartas partes de los esquizofrénicos con padres altos en EE, recaían a los nueve meses de ser dados de alta y retornar al hogar, mientras que menos de un tercio lo hacían si sus padres eran bajos en EE. En este sentido las investigaciones sobre Emoción Expresada han mostrado que la presencia de familiares altamente críticos o implicados con el paciente constituye un estresor crónico de gran magnitud y estabilidad (Zubin y Spring, 1977) y como tal, potencia la recaída en esquizofrenia y en otras patologías.

A partir de la CFI se evalúa, por jueces entrenados para ello, el constructo de Emoción Expresada, que consta de cinco escalas: Comentarios Críticos (CC), Sobreimplicación Emocional (SIE), Hostilidad (H), Comentarios Positivos (CP) y Cálor (CA). Sólo las tres primeras se mostraron predictoras de recaída en esquizofrenia. La EE es considerada un estresor ambiental crónico y un hogar es considerado alto en EE si al menos uno de los familiares puntúa en cualquiera de esas escalas lo siguiente: en CC seis o más comentarios críticos, en SIE tres o más puntos, en H presencia de Hostilidad.

Numerosos estudios transculturales han confirmado que en los hogares altos en EE las recaídas en pacientes esquizofrénicos a los nueve meses y a los dos años son mucho más frecuentes que en los hogares bajos en EE (Leff y Vaughn, 1985; Moline y cols., 1985; Karno y cols., 1987; Leff y cols., 1987; Gutiérrez y cols., 1988; Cazzullo y cols., 1988). Esto es cierto tanto para muestras inglesas como para muestras americanas (Vaughn y cols., 1984).

Los estudios sobre EE se han extendido a otras patologías como la depresión (Vaughn y Leff, 1976) confirmándose su valor predictor para la recaída y la anorexia y bulimia nerviosa (Szmukler y cols., 1985) como factor predictor de abandono de tratamiento. Las intervenciones sociales destinadas a disminuir el nivel de EE en los padres, han conseguido reducir la tasa de recaídas, confirmando el valor predictivo de un nivel alto de EE en estas patologías.

Si bien la recaída en toxicomanías es un fenómeno multifactorial, no encontramos ningún estudio sobre EE y drogodependencias, por lo que decidimos estudiar la aplicabilidad de este constructo como predictor de recaídas y abandono de tratamiento en pacientes toxicómanos (García Martín 1996; García Martín y cols., 1996). Expondremos a continuación los resultados más relevantes encontrados.

## **2. EMOCIÓN EXPRESADA Y SU INCIDENCIA EN LA TASA DE RECAÍDAS Y ABANDONOS EN PACIENTES TOXICÓMANOS**

Formaron parte de este estudio 46 heroinómanos y sus familias (padre y madre) que demandaron tratamiento en el Programa de Comunidad Terapéutica Haize-Gain desde octubre de 1988 hasta octubre de 1992. Se evaluó la EE en



padres y madres mediante la entrevista Camberwell Family Interview (CFI). En la fase de seguimiento, nueve meses después, se recogió información sobre la recaída y el abandono.

En dos de los 46 sujetos de la muestra se descartó la información sobre la recaída por contradictoria, y de los 44 restantes, 15 (32,6 %) habían consumido heroína durante el seguimiento y 19 abandonaron el tratamiento (41,3 %).

Se analizaron todas las combinaciones posibles de escalas de EE, modificando los puntos de corte de cada escala, como se ha hecho en otros estudios de Emoción Expresada, con la finalidad de aislar las combinaciones de escalas significativas con la recaída y el abandono.

## 2.1. Recaídas

La EE de la madre no se relacionaba con la recaída, ni de forma global ni por escalas. Encontramos 21 combinaciones diferentes de las escalas de EE del padre significativas respecto a la recaída del hijo. De estas, la combinación Comentarios Críticos (CC)-Comentarios Positivos (CP) es, de todas las posibles, la que obtuvo una significación más alta ( $\chi^2=11,66$ ;  $p=0,00064$ ). Teniendo en cuenta esto, se consideró alto en EE a los padres que eran altos en CC (8 o más) y/o carentes de CP y eran bajos en EE cuando aparecía cualquier otra posibilidad.

En la Tabla N.º 1 se expone la relación entre esta combinación de escalas ( $\square$ CP y/o  $\square$ CC) del padre con recaída. ( $\chi^2=11,66$ ;  $p=0,00064$ ). Observamos que los hijos de padres bajos en CC y que además, manifiestan algún Comentario Positivo recaen con menos frecuencia de la esperada, mientras que los hijos de padres altos en CC y/o carentes de CP, recaen más frecuentemente de lo que se espera.

**TABLA 1. Tabla de contingencia entre CP y CC del padre y la recaída**

	$\square$ CP y/o $\square$ CC	$\square$ CP y $\square$ CC	Total
Recaída	13 (7,9)	1 (6,1)	14 34,1%
No recaída	10 (15,1)	17 (11,9)	27 65,9%
Total	23 56,1%	18 43,9%	41

( ) Frecuencias esperadas  $\chi^2=11,66$   $p=0,00064$

Parece ser que la actitud positiva (CP) de los padres es un protector de la recaída. Tal vez estos Comentarios Positivos ayudan al hijo a sentirse valorado, puesto que no se le está tomando como alguien negativo que sólo provoca con-

flictos en la vida familiar, angustiando, preocupando, etc., sino que estos padres reconocen que el hijo tiene sus valores y aspectos que se pueden resaltar como positivos. Las implicaciones de cara al tratamiento son importantes, puesto que sería interesante favorecer en los padres la valoración de aspectos positivos de los hijos y enseñarles mediante intervenciones en grupos de padres, grupos familiares, o incluso en terapias familiares, a poder rescatar aspectos positivos del hijo, teniendo en cuenta que todo esto puede protegerle frente a la recaída.

Respecto a los CC con relación a la recaída, encontramos que los hijos de padres altos en EE recaen más que los hijos cuyos padres son bajos en EE, lo cual nos muestra que quizá los toxicómanos tienen una mayor sensibilidad a la actitud del padre, es decir, que un padre alto en EE si tiene menos CP puede ser mucho más estresante para el hijo. Estos datos confirman los resultados de los estudios realizados en esquizofrenia y depresión (Brown y cols. 1972; Vaughn y cols. 1984; Leff y Vaughn, 1985). (Vaughn y Leff, 1976b; Hooley y cols., 1986), de manera que esta escala es de las más negativas para el hijo toxicómano, lo mismo que es negativa para los hijos con otras patologías.

El papel del padre en las toxicomanías ha sido señalado por bastantes autores (Selnow, 1987), al igual que en otras patologías y sería interesante estudiar el significado que tiene el padre para el hijo toxicómano, en la medida que parece que hay en él una sensibilidad especial a estas actitudes de su padre, tanto a que le valore como a que le controle o le critique, es decir, a nivel terapéutico, en los padres es importante estar atentos no sólo a neutralizar actitudes altas en EE, lo mismo que se han observado en otras patologías antes citadas, sino que además deberíamos buscar activamente que los padres tengan Comentarios Positivos con el hijo, como línea de trabajo importante para fomentar una buena relación padre-hijo. En las toxicomanías muchas veces se ha hecho hincapié en lo negativa que puede ser la excesiva relación de la madre con el hijo, relación descrita por algunos autores como simbiótica (Attardo, 1965; Kalina, 1985). Nuestros resultados sugieren que quizás, el toxicómano necesita mucho la presencia del padre y que no sea un padre que le critica e infravalora, sino un padre que adopte una actitud positiva con el hijo. En los tratamientos suele ser difícil conseguir involucrar al padre, pero observando estos resultados en relación con las recaídas, sería interesante procurar, diseñando programas específicos, que estos padres se impliquen en el tratamiento e incidir en estos aspectos de la actitud hacia el hijo que estamos citando.

Otro aspecto para comentar en cuanto a la EE alta en los padres, a nivel descriptivo, es que estos datos coinciden con las investigaciones que se han realizado sobre las relaciones entre padres e hijos en toxicómanos. La mayoría de los autores destacan a unos padres con actitudes, en muchos casos negativas y padres que brindan menos apoyo emocional que los padres de grupos control (Eldred

y cols., 1974). En algunos estudios (Norem-Hebissen y cols., 1984; Stoker y Swadi, 1990), se describían a los padres de consumidores de drogas como más hostiles, con mayor rechazo y negligencia que aquellos padres de sujetos no toxicómanos, otros autores (Glynn y Haenlein, 1988) hablan también de que el hijo se encuentra atrapado entre la sobreimplicación de las madres y la desimplicación de los padres.

Se ha estudiado la influencia de las interacciones y las expectativas de los padres hacia el hijo toxicómano Denoff (1988), encontrándose un patrón interaccional caracterizado por altas expectativas y el uso de la retirada de afecto como una forma de demostrar su desaprobación y para intentar controlar su conducta, ello hace que el hijo perciba a su padre como rechazante, frío y distante y a la madre como intrusiva. Asimismo el estudio de Emmelkamp y Heeres (1988) en el cual evaluaron las actitudes parentales y las prácticas de crianza mediante el EMBU (Perris y cols., 1980) encontraron que la falta de calor emocional y el rechazo del padre son las dimensiones más asociadas con la drogodependencia. Nuestros datos confirman los de estos autores, en cuanto a que la figura del padre es de gran importancia para el hijo respecto a la cercanía y la valoración, si bien estos autores lo relacionan con la aparición de la toxicomanía y en este caso se asocia con la recaída.

## 2.2. Abandono

También se analizaron todas las combinaciones posibles de escalas, tanto en padres como en madres en relación al abandono. Al contrario que con la recaída no encontramos ninguna relación significativa entre la EE del padre y el abandono, mientras que con la madre se hallaron 9 combinaciones de escalas relacionadas significativamente con el abandono. Hay que considerar que el sentido de las escalas de EE de la madre respecto al abandono fue inversa al sentido de las escalas del padre y su relación con la recaída, es decir que en el padre, un alto Criticismo y/o la ausencia de Comentarios Positivos, se relacionaba con la recaída, mientras que en el caso de las madres, un alto Calor y un bajo Criticismo ( $\square$ CA y  $\square$ CC); se relacionaba con una mayor tasa de abandono del hijo.

En la Tabla 2 se puede apreciar la combinación de escalas de la madre que se relaciona con más fuerza con el abandono ( $\chi^2=7,29$ ;  $p=0,0069$ ). Los hijos de madres altas en CA y bajas en CC abandonan con más frecuencia de lo esperado, mientras que los hijos de madres bajas en CA y/o altas en CC, lo hicieron con menor frecuencia de la esperada.

**TABLA 2. Tabla de contingencia entre Calor y CC de la madre y el abandono**

	□CA y/o □CC	□CA y □CC	Total
Abandono	4 (8,4)	15 (10,6)	19 42,2%
No Abandono	16 (11,6)	10 (14,4)	26 57,8%
Total	20 44,4%	25 55,6%	45

( ) Frecuencias esperadas  $\chi^2=7,29$   $p=0,0069$

Únicamente en las escalas de la madre encontramos relación entre la EE y el abandono. Por escalas individuales sólo el Calor mantiene una relación significativa con el abandono ( $\chi^2=6,50$ ;  $p=0,011$ ), encontrando también una tendencia en los CC de la madre con punto de corte en ocho ( $\chi^2=3,60$ ;  $p=0,057$ ), y es precisamente la combinación de estas dos escalas la que establece una relación más fuerte con el abandono, siendo los hijos de madres bajas en CC y/o altas en Calor los que abandonan con mayor frecuencia, tanto en relación a las frecuencias esperadas, como a la relación entre las otras combinaciones y el abandono. Por lo tanto tomaremos la combinación de escalas de la madre más significativa (□CA y □CC), como índice de EE en relación al abandono.

En cuanto a los resultados del Calor de la madre en su relación con el abandono hemos encontrado que de las madres bajas en Calor abandonan el 14,3% de los hijos y de las madres altas en Calor abandonan el 54,8% de los hijos. Estos resultados parecen indicar que el Calor de la madre tiene un cierto peso en el abandono, en contra de lo que se podía pensar que unas madres altas en Calor, al tener una actitud más positiva hacia el hijo podría influir en que este se viera menos impelido a abandonar un programa, encontramos que estas madres más cálidas, que pueden ser más comprensivas con esa actitud no parecen prevenir el abandono del hijo, mientras que en las madres con una actitud más fría el hijo abandona menos. Habría que ver en que medida la frialdad de esta madre puede hacer que el hijo esté más a gusto en el tratamiento. El resultado de que las madres poco cálidas y más críticas están asociadas a que sus hijos no abandonen, puede deberse a que la madre tenga más fuerza de cara a imponerse sobre el hijo para que continúe en el tratamiento, mientras que quizás el criticismo de la madre puede estar asociado también a una presión para permanecer en el tratamiento y por lo tanto a una mayor retención.

En resumen tenemos que una madre que es fría, desapegada del hijo, («haz tu vida») y que además es crítica («ya estoy harta de tus conductas») hace que el hijo abandone menos. Esto desde el punto de vista terapéutico es muy importante, porque se ha dado bastante importancia al hecho de la empatía, la comprensión del toxicómano y parece que una actitud quizá menos comprensiva y más exigente, de no entrar en el juego que plantea el toxicómano, que es muy mani-

pulador, puede ser más adecuada para que este se mantenga en el tratamiento y asuma su vida y sus responsabilidades.

### **3. MODELO DE INTERVENCIONES GRUPALES CON PADRES Y MADRES PARA DISMINUIR LAS TASAS DE RECAÍDA Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN HIJOS TOXICÓMANOS**

Los resultados encontrados en este estudio anteriormente descrito justifican la aplicación de intervenciones con padres para disminuir el índice de EE y por lo tanto la tasa de recaídas y abandono terapéutico en pacientes toxicómanos.

#### **3.1. Objetivo del estudio**

Comprobar si un modelo de intervenciones con padres encaminadas a disminuir los índices de Emoción Expresada consiguen disminuir las tasas de recaídas y abandono de tratamiento en pacientes toxicómanos.

#### **3.2. Metodología**

Participaron en el estudio 41 familias con hijos heroinómanos de tres Comunidades Terapéuticas diferentes, divididas en dos grupos con similares características sociodemográficas:

Grupo A o grupo experimental: 22 pacientes cuyos padres y madres reciben intervenciones para disminuir el índice de EE.

Grupo B o grupo control: 19 pacientes cuyos padres no reciban estas intervenciones.

Las variables e instrumentos de medida que se utilizaron fueron:

- Variables sociodemográficas recogidas a través de un cuestionario «ad hoc».
- Criterios del DSM-IV para evaluar el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas.
- Addiction Severity Index (ASI) al paciente.
- A los padres, la CFI para valorar la Emoción Expresada.

Después de la 1.ª evaluación se formaron los grupos para la aplicación de las intervenciones (15 sesiones semanales de 90 minutos de duración). Los terapeutas que coordinaban los grupos tenían formación y experiencia en terapia familiar. En las diez primeras sesiones se separaron padres y madres en dos grupos diferentes, el de padres dirigido por un terapeuta masculino y el grupo de madres por una terapeuta femenina. Al finalizar estas intervenciones, aproximadamente 4 meses después, se realizó la 2.ª evaluación con la aplicación de todas las pruebas iniciales y una escala de Acontecimientos Vitales Estresantes. En el momento actual, nueve meses después, se está realizando un seguimiento para recoger información sobre el abandono y la recaída.

Se plantearon cuatro objetivos básicos para trabajar con padres y madres, en los grupos, los dos primeros dirigidos a los padres y los otros dos a las madres:

1. Que el padre disminuya el n.º de CC al mínimo o que los evite porque esto va a afectar especialmente al hijo y a su pronóstico. Aumentar la importancia de la influencia del padre.
2. La ausencia de refuerzo también es inadecuada. Es necesario intentar que el padre valore las conductas positivas del hijo, porque éste está esperando su refuerzo.
3. En el caso de que el paciente esté en tratamiento, las actitudes a modificar son sobre todo en la madre la ausencia de CC ante las conductas desadaptativas del hijo. Es importante que el hijo se encuentre con una actitud firme por parte de la madre, una madre dispuesta a no dejar pasar ningún retroceso en el tratamiento.
4. El último objetivo dirigido especialmente a las madres consiste en crear en ellas un planteamiento de firmeza no rechazante, puesto que la idea de un hogar cálido y acogedor podría potenciar las ideas de abandono en los hijos, frente a las exigencias del tratamiento.

### 3.3. Fundamentación de las intervenciones

Con estos objetivos en mente se diseñó un paquete de intervenciones encaminado a modificar estas actitudes con la finalidad de conseguir el menor número de recaídas y abandonos posibles. En un principio elegimos el contexto grupal por ser el más económico y el que mejor se adaptaba al contexto de trabajo en un programa de Comunidad Terapéutica, ya que en el transcurso de las sesiones era muy probable que se produjera el ingreso del hijo en la Comunidad Terapéutica y esto nos limitara la posibilidad de trabajo en un contexto de terapia familiar.



El primer problema con el que hubo que enfrentarse fue que los objetivos a conseguir con los padres (disminuir el criticismo y aumentar el número de comentarios positivos) eran de corte opuesto al de las madres (aumentar la capacidad de crítica ante conductas negativas y disminuir las manifestaciones de calidez hacia el hijo). Finalmente se optó por separar a padres y madres en dos grupos diferentes pero simultáneos con una duración de diez sesiones para que los mensajes e intervenciones no parecieran confusos o contradictorios. Éramos conscientes de las dificultades de emplear este encuadre novedoso, ya que padres y madres podían comentar posteriormente las intervenciones realizadas y mostrar una confusión ante las diferencias en los planteamientos. Por lo que se optó también por una segunda fase de cinco sesiones con padres y madres de forma conjunta, donde se abordaba la coordinación en el manejo de los diferentes aspectos aprendidos en las diez primeras sesiones. Esto supuso un reto ya que el cambio en las actitudes y conductas realizado en las primeras sesiones se debían presentar aquí no como contradictorias sino como complementarias.

El segundo gran reto que se planteó fue qué tipo de intervenciones utilizar para conseguir los objetivos propuestos. Se tenían referencias de muy diferentes encuadres de trabajo en esquizofrenia para disminuir el nivel de EE, pero al ser el objetivo común tanto en padres como en madres (es decir disminuir la crítica, la hostilidad y la sobreimplicación en ambos) no podíamos utilizar el mismo tipo de encuadre. Por otra parte el tratamiento en drogodependencias tiene peculiaridades que lo diferencian de la terapia con esquizofrénicos y que se debían contemplar. Se analizaron diferentes modelos de intervención en toxicomanías cuyos objetivos fueran similares a los que se planteaban en este estudio y finalmente se definió un modelo pragmático, integrado por diferentes aspectos de diferentes planteamientos de intervención en drogodependencias, pero con peculiaridades exclusivas.

Desde diferentes modelos de intervención se han aplicado psicoterapias muy diversas con la finalidad de modificar la Emoción Expresada de los padres para disminuir las tasas de recaída en esquizofrenia (Fallon y cols., 1985; Anderson y cols., 1986; Tarrier y cols., 1988). De los empleados, escogimos el Entrenamiento en Habilidades Sociales para modificar las actitudes planteadas en nuestros objetivos. La razón principal era que se trataba del tipo de intervención que mejor se adaptaba a las 15 sesiones grupales. A lo largo de las sesiones, en el caso de los padres, se les enseñaba a hacer una crítica constructiva, y a evitar críticas innecesarias, también se les entrenó a reforzar de forma adecuada los aspectos positivos de la conducta del hijo. En el caso de las madres, también se trabajaron habilidades para no ceder ante manipulaciones afectivas del hijo, se les enseñó a mostrarse firmes ante la posibilidad de abandono del hijo y a ser más críticas con las actitudes negativas de sus hijos. Las representaciones se valoraban por los terapeutas a través de un registro, con la finalidad de analizar el avance en las habilidades y la evolución de cada padre y madre. El establecimiento de estas

habilidades se potenció empleando técnicas psicodramáticas y se abordaron no sólo aspectos cognitivos sino también bloqueos emocionales que aparecían a lo largo de las sesiones.

Otro modelo que se tuvo en cuenta fue el de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985), que pone el énfasis, por un lado entre la recaída y los factores de riesgo (percepción del estrés, afectos negativos, expectativas positivas respecto al uso de sustancias) y por el otro en la recaída y los factores protectores (habilidades de afrontamiento, autoeficacia). La recaída dependerá por lo tanto de la disponibilidad de respuestas alternativas por parte del sujeto y de la percepción del grado de estrés o amenaza. Estos aspectos irán configurando el grado de autoeficacia del sujeto y la probabilidad de la recaída. Según Marlatt existen situaciones en la vida del sujeto (pensamientos, sentimientos y acciones) que le exponen a situaciones de alto riesgo de recaída. A través de un programa de prevención de recaídas el paciente aprende a detectar sus propias situaciones de alto riesgo y a evitarlas, así como a utilizar recursos personales y de su entorno para fortalecer la sensación de autoeficacia.

Aunque Marlatt no niega la influencia de la familia en la evolución del hijo (englobándola en lo que llama factores de «relaciones interpersonales»), lo cierto es que no los aborda dentro de su modelo de intervención. Desde este punto de vista existen publicaciones de divulgación dirigidas a padres que intentan una aproximación comprensiva al fenómeno de las recaídas en drogodependencias (Daley y Miller, 1989). Hay que tener en cuenta que en numerosos casos los intentos del paciente por prevenir sus recaídas se ven boicoteados por actitudes negativas de los padres, echando por tierra los esfuerzos realizados por los pacientes.

En nuestras intervenciones, adaptamos el modelo de Marlatt pero aplicado a través de los padres, consiguiendo que estos sirvan de vía de transmisión a sus hijos favoreciendo la comunicación padre-hijo, así este percibe un apoyo y un intento de comprensión por parte del padre, de un aspecto tan conflictivo como es la recaída. A lo largo de las diez primeras sesiones, se explicaba a los padres diferentes aspectos relacionados con la recaída, aspectos que posteriormente debían comentar con sus hijos ayudándoles a rellenar una serie de registros relacionados con el tema y donde se establecía un compromiso previo de apoyo. También establecían los padres con sus hijos una estrategia de afrontamiento, tanto para prevenir la recaída como para evitar una recaída total después de un consumo esporádico. Como podemos apreciar, esta tarea facilita también una aproximación no crítica que ayuda al padre a disminuir su nivel de criticismo y facilita la pauta de comentarios positivos, que es uno de nuestros objetivos.

Desde la «Terapia Racional Emotiva» de Ellis (1988), el origen de muchos problemas psicológicos está en la existencia de patrones de pensamiento erróneos

que llevan al sujeto a un modo de percibir el mundo de una forma irracional («creencias irracionales»: «es esencial que todo el mundo nos quiera y aprecie», «debemos de evitar y huir de las situaciones que nos produzcan miedo y preocupación», «resulta terrible que las cosas no salgan tal como esperamos», etc.). Durante el proceso de tratamiento deben ser identificadas dichas ideas irracionales y sustituidas por modos más lógicos de pensar, utilizando para ello ante todo, la persuasión verbal. Se explica al sujeto la relación entre su manera de pensar y el trastorno que sufre, y poco a poco se le irá induciendo un modo de ver el mundo mucho más acorde con la realidad. El terapeuta ejerce una labor didáctica, enseña al sujeto a pensar lógicamente, por eso, este método es calificado de racional. Es una terapia directiva donde el peso de la terapia recae en el terapeuta y en su habilidad para identificar y modificar creencias irracionales, ya que el paciente debido a sus problemas contribuye poco a la solución de los mismos.

A lo largo de las sesiones se exponían charlas psicopedagógicas, que pretendían redefinir un «mito» (Gorski, 1988) o una creencia irracional (Ellis, 1988) relacionada con la recaída o el abandono y que hacía referencia de forma gráfica a la situación que se representaba posteriormente en un contexto de entrenamiento en habilidades sociales.

También tuvimos en cuenta que a lo largo de las charlas nos podíamos encontrar, dentro de las creencias erróneas que íbamos a redefinir, con lo que Beck desde su terapia cognitiva llama «Errores comunes» que son:

1. Inferencias arbitrarias: El sujeto saca conclusiones que no se apoyan en la experiencia.
2. Abstracción selectiva: Fija su atención sólo en algunos detalles.
3. Sobregeneralización: Las conclusiones sacadas de una situación, son generalizadas a otras que nada tienen que ver con ellas.
4. Magnificación y Minimización: Concede mucha importancia a algunas experiencias, mientras que minimiza otras.

Era importante controlar la aparición de estos errores durante el desarrollo de habilidades de los padres a lo largo de las sesiones y en el cumplimiento de las tareas.

A lo largo de 5 de las 10 primeras sesiones con las madres nos planteamos reforzar su autoridad hacia el hijo a través de una serie de tareas y entrenamiento en habilidades relacionadas con el cumplimiento de tareas en casa por parte del hijo. También se trabajó desde los parámetros de la terapia estratégica (Haley, 1980; 1985) en la redacción de un acuerdo que debía cumplir el hijo en caso de abandono, referente a una serie de normas de convivencia que ayudarían a normalizar

la vida familiar y estabilizar la vida del hijo, este contrato se utilizaba también para presionar al paciente a finalizar el tratamiento.

En las cinco últimas sesiones, que se realizaron de forma conjunta con padres y madres, se trabajaron aspectos de coordinación para conseguir que estos trabajaran juntos para conseguir los objetivos planteados en la fase previa y tomaran una actitud coherente y coordinada respecto al hijo.

A partir de estas fuentes se elaboró de forma detallada la descripción del procedimiento, objetivos y técnicas empleadas en cada sesión que se publicarán próximamente.

### 3.4. Reflexiones sobre la aplicación de las intervenciones

En la actualidad se están recogiendo datos de los seguimientos y los resultados están en proceso de elaboración por lo que no podemos adelantar resultados concluyentes respecto a si las intervenciones consiguen disminuir las tasas de recaída y abandono, pero sí podemos avanzar impresiones clínicas derivadas de la aplicación del modelo.

Uno de los aspectos que más llamó nuestra atención fue el alto nivel de asistencia a todas las sesiones tanto de madres como de padres, sobre todo teniendo en cuenta que estos últimos suelen desvincularse rápidamente del proceso de rehabilitación del hijo. Esto suele afectar a todo tipo de tratamiento en drogodependencias y es un problema que realmente preocupa a los profesionales que trabajan en esta área, ya que las madres suelen llevar el peso del tratamiento del hijo, sus supervisiones, etc. y esto no sólo no ayuda, sino que a veces obstaculiza el proceso al no verse el padre beneficiado por una ayuda profesional, siendo una parte muy importante del sistema familiar y un apoyo fundamental para el hijo.

En nuestras intervenciones observamos un aspecto muy importante y es que los padres se integraron rápidamente en una identidad grupal masculina (el terapeuta era varón, al igual que la terapeuta era mujer en el grupo de madres). Esto permitió que los padres se sintieran como parte integrante en el proceso del hijo y que se pudiese trabajar con aspectos emocionales paternos que en otro tipo de entorno mixto tendrían más difícil cabida. Dentro de este encuadre se sentían valorados como padres y que su papel era muy importante en la evolución del hijo. Se intentó romper desde un principio los clásicos esquemas padre periférico-madre sobreimplicada y padre autoridad-madre afectividad, que en numerosas ocasiones cronifican un problema, limitan la riqueza de sus soluciones e impiden la expresión de todos los matices de la persona. Por eso desde esta experiencia, recomendamos la creación de espacios para los padres que les hagan sentir necesarios en el proceso de evolución del hijo. También nos sorprendió la capacidad de los

padres de expresar un mundo afectivo tradicionalmente atribuido a la madre y que tan necesario es para los hijos.

Respecto a las madres también nos sorprendió su capacidad para asumir papeles de autoridad que a veces delegaban en los padres. Todo esto acompañado de tareas que tanto padres como madres debían cumplir en casa les daban una visión mutua de flexibilidad a la que no estaban acostumbrados (según nos informaban en las sesiones). Esto a su vez producía en el hijo una sensación de coherencia del subsistema parental, que limitaba la posibilidad de triangulaciones o coaliciones con padre o madre.

Por otra parte éramos conscientes de que la identidad grupal establecida (de padres y madres) si bien era beneficiosa en sí misma no podía convertirse en un gueto que limitara la visión del problema. Por esta razón realizamos las cinco últimas sesiones de forma conjunta. Los terapeutas hombre y mujer, también se unían aquí como referentes de los grupos e intentaron dar un ejemplo de cooperación en el transcurso de estas sesiones, alternándose en las representaciones realizadas y en la dirección de las sesiones. En la primera de estas cinco sesiones conjuntas pudimos apreciar un lógico recelo inicial, debido al cambio de encuadre que progresivamente fue superado, aumentando la participación de todos los miembros del grupo.

Nos encontramos inicialmente con una dificultad y resistencia en padres y madres para hablar de abandonos y recaídas, quizás debida al proceso de crisis que sufre toda la familia que lleva a la solicitud del tratamiento. Debido al sentimiento que tienen los padres de que este tratamiento «tiene que ser» el definitivo y que esta es «la última oportunidad» que le dan al hijo, les asusta mucho hablar de la posibilidad de recaída o abandono, sobre todo en fases iniciales del tratamiento donde el dolor es cercano todavía en el tiempo. Por esta razón tuvimos que vencer una resistencia inicial para abordar estos temas. Pero posteriormente pudimos observar también que la sensación de conocimiento y control de estos fenómenos daban una mayor tranquilidad y seguridad a los padres.

Otra de las reflexiones que nos sugirió la aplicación de estas intervenciones fue la inseguridad de los padres en los recursos propios para hacer frente a una situación crítica en la evolución del hijo una vez terminado el tratamiento. Cuando se inicia el programa, se establece una dependencia de los padres a las normas e indicaciones del centro, lógica y necesaria en las fases iniciales del programa, pero que en los casos de abandono prematuro deja a los padres en una situación de indefensión e inseguridad en cómo reaccionar no sólo ante el abandono, sino también ante una posible recaída. Por esta razón en nuestras intervenciones vimos necesario dotar a los padres de recursos y técnicas no sólo para prevenir estos fenómenos, sino también para saber cómo reaccionar ante ellos si ocurren. Esto desde un principio crea una seguridad en las propias capacidades de reacción que se transmite al hijo aumentando las posibilidades de retención en el programa.



#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C.; Reiss, D.; & Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: The Guilford Press.
- Attardo, N. (1965). Psychodynamic factors in the mother-child relationships in adolescent drug addiction: A comparison of mothers of schizophrenics and mothers of normal adolescent sons. *Psychotehr. Psychosom.*, 13, 249-255.
- Baker, T.B., Morse, E. y Sherman, J.E. (1989). The motivation to use drugs: A Psychobiological analysis of urges. In P.C. Rivers (ed.), *Nebreska Symposium on Motivation: Alcohol and addictive behavior*. Lincoln: University of Nebraska Press, 257-322.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T., y Wing, J.K. (1972). Influence of family life in the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, G.W. y Rutter, M.L. (1968). The measurement of family activities and relationships. *Human relations*, 19, 241-263.
- Cazullo, C.L., Bertrando, P., Bressi, C., (1988). Emotività espressa e schizofrenia: studio prospettico di replicazione. *Notizie ARS (Suppl. 3/88)*, 16-21.
- Condelli, W.S. (1989). External pressure and retention in Therapeutic Communities. *International Journal of therapeutic Communities*, 10 (4) 21-33.
- Condelli, W.S.; & De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in Therapeutic Communities. *Journal of substance Abuse Treatment*, 10 11-16.
- Cummings, C., Gordon, J.R., y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. In W.S. Miller, (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Daley, D., y Miller, J. (1989). *A parent's guide to alcoholism and drug abuse*. Newport, Rhode Island: Edgehill Publications.
- Denoff, M.S. (1988). An integrates analysis of the contribution made by irrational beliefs and parental interaction to adolescent drug abuse. *The International Journal of the Addictions*, 23 (7), 655-669.
- Eldred, C.A., Brown, B.S., y Mahabir, C. (1974). Heroin addict clients' description of their families of origin. *The International Journal of Addictions*, 23, (7), 655-669.



- Ellis, A.; McInerney, J.F. DiGiuseppe, R. & Yeager, R.J.(1988). «Rational-Emotive Therapy with alcoholics and substance abusers». Pergamon Inc.
- Emmelkamp, P.M. y Heeres, H. (1988). Drug addiction and parental rearing style: A controlled study. *The international Journal of the addictions*, 23 (2), 207-216.
- Falloon, I.R.H., Boyd, T.F., McGill, C.W., Razani, J., Moss, H.B., Gildemar, A.M., y Simpson, G.M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 42, 882-896.
- Feigelman, W. (1987). Day-care treatment for multiple drug abusing adolescents: Social factors linked with completing treatment. Fifty-seventh Annual Meeting of the Eastern Sociological Society. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19 (4), 335-344.
- García Martín, E. (1996) «Factores familiares (Emoción Expresada) y su incidencia en la recaída y abandono de tratamiento en pacientes toxicómanos». Universidad del País Vasco. Tesis doctoral no publicada.
- García Martín, E.; Espina, E.; Pumar, B.; Ayerbe, A. y Santos A. (1996) «La Emoción Expresada familiar como factor pronóstico en toxicomanías». Colección Haize-Gain, Editado por AGIPAD.
- Glynn, T.J., y Haenlein, M. (1988). Family theory and research on adolescent drug use: A review. *Journal of chemical dependency treatment*, 1, (2), 39-56.
- Gutierrez, E., Escudero, V., Valero, J.A., Vazquez, M.C., Castro, A., Alvarez, L.C., Baltar, M., Blanco, J., Gonzalez, I., y Gomez, I. (1988). Expresión de Emociones y curso de la esquizofrenia: II Expresión de Emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. *Análisis y modificación de conducta*, 15, (40), 275-316.
- Haley, J. (1980). «Terapia para resolver problemas» Edit. Amorroutu, Buenos Aires.
- Haley, J. (1985). «Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar» Edit. Amorroutu, Buenos Aires.
- Hawkins, J.D., y Catalano, R. (1985). Aftercare in drug abuse treatment. *International journal of the addictions*, 20 (6-7), 917-945.
- Hooley, J. M., Orley, J., y Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.

- Judson, B.A., y Goldstein, A. (1983). Episodes of heroin used during maintenance treatment with a stable dosage of acetyl- methadol (Methadyl-acetate, LAAM). *Drug and alcohol dependence*, 11, 271-278.
- Kalina, E. (1985). La familia del drogadicto. 15 años de Experiencias. Dossier: sobre las drogas. 2.<sup>a</sup> parte. *Clinica y Análisis Grupal*, 9, (37), 380-397.
- Karno, M. Jenkins, J., Selva, A., Santana, F., Telles, C., Lopez, S., y Mintz, J. (1987). Expressed emotion and schizophrenia outcome among mexican-american families. *The journal of nervous and mental disease*, 175, 143-151.
- Kornblit, A.L., Mendes, A.M., Bilyk, A., Di Marco, G., Gonzalez, J.L., y Frankel, D. (1989). Situaciones de riesgo en relación con la recaída en las conductas adictivas. *Fundación CEDRO. Serie Investigación*, 1, 1-32.
- Kosten, T.R., Jalali, B., Hogan, I.K., y Kleber, H.D. (1983). Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *The Journal of N. and Mental Disease*, 171 (10), 611-616.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., y Kleber, H.D. (1986). A 2.5-year follow-up depression, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts. *Archives General of Psychiatry*, 43, 733-738.
- Kosten, T.R., Jalali, B., Steidl, J.H., y Kleber, H.D. (1987). Relationship of marital structure and interactions to opiate abuse relapse. *Am. J. drug alcohol abuse*, 13 (4), 387-399.
- Leff, J.P., y Vaughn, C.E. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. N.Y.: The Guilford Press.
- Leff, J., Wig, N, Ghosh, A., Beedi, H., Menon, D., Knipers, L., Korten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N., y Jablensky, A. (1987). Influence of relatives expressed Emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British journal of psychiatry*, 151, 166-173.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt, G.A. y J.R. Gordon, J.R. (Eds.). *Relapse prevention* (pp 3-67). New York; The Guilford Press.
- Moline, R.A., Singh, S., Morris, A. y Meltzer, H. (1985). Family Expressed Emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban american patients. *American journal of psychiatry*, 142, 1078-1081.
- Norem-Hebeisen, A. et al. (1984) Predictors and concomitants of changes in drug use patterns among teenagers. *Journal of Social Psychology*, 124, 43-50.

- Panyard, C.; Wolf., K.Y.; & Dreachslin, J. (1979). Source of referral as an indicator of motivacional factors and treatment outcome with drug dependent clients. *International Journal of the Addictions*, 1 (5), 645-656.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., Von Knorrig, L., y Perris H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr. Scand.*, 161, 265-274.
- Rhoads, D.A. (1983). Longitudinal study of life stress and social support among drug abusers. *International Journal of the Addictions*, 18, 195-222.
- Sánchez-Carbonell, J., Cami, J., y Brigos, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): Results 1 year after treatment admision. *British Journal of Addiction*, 83, 1439-1449.
- Selnow, G.W. (1985). Using e stratified approach in substance interventionand prevention programs among adolescent: An empirical analysis *Journal of drug education*, 15 (4), 327-341.
- Siddall, J.W.; & Conway, G.L. (1988). International variables associated with retention and success in residential drug treatment. *Int. Journal of the Addictions*, 23 (12), 1241-1254.
- Stoker, A. y Swadi, H. (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 25, 293-297.
- Szmukler, C.L., Eisler, I., Russell, F.M., y Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental expressed emotion and dropping out of tratment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, K., y Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British journal of psychiatry*, 153, 532-542.
- Vaughn, C.E. y Leff, J.P. (1976a). The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patiens. *British Journal of S. and C.P.*, 15, 157-165.
- Vaughn, C.E., y Leff, J.P. (1976b). The influence of family and social factors of the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patiens. *B.J. of P.*, 129, 125-139.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B., y Falloon, I.R.H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research of expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.

- Wallace, B.C. (1989). Psychological and environmental determinants of relapse in crack cocaine smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6 (2), 95-106.
- Weidman, A. (1987). Family therapy and reductions in treatment dropout in a residential therapeutic community for chemically dependent adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4 (1), 21-28.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of Schizophrenia. *Journal of abnormal psychology.*, 86, 103-126.

## 5. CUESTIONES SOBRE LA PONENCIA

**Julen Perurena (AGIPAD):** Se está hablando de transmisión intergeneracional de la carencia, de los vínculos, de qué todo lo que uno mama de pequeño va a aparecer después, del malestar que parece que también se transmite y del tipo de comunicación. La pregunta que quería hacerte desde la Emoción Expresada, es si se van a reproducir los roles del padre de la madre, antes hemos hablado de la propia elección de la pareja, no sé si ahí hay un zócalo inconsciente. Por eso quizá sería interesante que pudieras profundizar desde el estudio que habéis hecho, qué es lo que puede pasar.

**Enrique García Martín (Psicólogo, U.P.V.):** Antes de nada quería hacer una aclaración, el constructo de Emoción Expresada no es un instrumento diagnóstico que predice la aparición de una determinada problemática sino que es un instrumento pronóstico, valora la evolución de una problemática que ya se ha establecido, y aquí radica la dificultad, lo que no se puede inferir es que estas actitudes provoquen la aparición de la toxicomanía, pero sí inciden en su evolución.

# APRENDER A SER PADRES VERSUS SER PADRES POR QUÉ Y PARA QUÉ

Asun Berasategui

AGIPAD

En el siguiente artículo vamos a intentar recoger el taller realizado por el Equipo de Intervención Familiar de Agipad con un grupo de paciente residentes en la Comunidad Terapéutica Haize-Gain. Dicho taller pretendía una reflexión/revisión de los pacientes identificados sobre su propia parentalidad, pasada, presente o futura. Con los primeros se pretendía trabajar el ejercicio responsable de su parentalidad y con los segundos una mentalización preventiva del hecho parental.

## 1. DE DONDE SURGE LA IDEA

El Equipo de Intervención Familiar viene funcionando en Agipad desde 1986. Está compuesto por tres profesionales a tiempo parcial y su objeto principal de intervención son los padres de pacientes identificados atendidos por los diferentes programas de tratamiento de la Asociación.

En 1996, ante el aumento de pacientes identificados ingresados en la C.T que son padres de algún hijo y que muestran serias dificultades en el manejo de su parentalidad, el equipo responsable de la Comunidad Terapéutica nos solicitó la realización de un taller de formación a P.I sobre cómo ser padres.

Establecimos un debate en nuestro equipo sobre esta demanda y concluimos que la idea de enseñar a alguien cómo se ha de ser padre, podía verse imbuida por el prejuicio de que hay un modo común, ortodoxo y respaldado socialmente que es transmisible como modelo a seguir. Muy lejos de esta concepción, y más cercanos a la idea de que el ejercicio de la parentalidad tiene mucho más que ver con el bagaje que cada cual trae de su propia familia de origen y con lo que dos modelos que se suman (paterno + materno) dan como resultado, de-



cidimos proponer al equipo de C. T un taller de sensibilización sobre la dimensión parental de todos los pacientes identificados atendidos en su servicio.

Nos planteamos como objeto de intervención al grupo de P.I en su totalidad por entender que una reflexión sobre las implicaciones del hecho parental no tenían solo por qué servir a los que ya habían constituido una familia sino también a aquellos que podían originarla, consciente o inconscientemente en un futuro.

Además, la dimensión parental de los pacientes hasta ese momento, había sido tan solo objeto de intervención en relación a las situaciones individuales de cada paciente y en base al resultado de este taller se pretendía incorporar esta iniciativa a nuestro programa de trabajo habitual, generando así un nuevo espacio grupal en el que se recogiera esta dimensión de cada paciente facilitando su intercambio y comunicación.

Por otra parte e independientemente de la importancia de incorporar la dimensión parental de los P.I al trabajo que se realiza con ellos dentro de su deshabitación, generando entre ellos una dinámica de comprensión y apoyo generadora de recursos nuevos en su parentalidad, pensamos que es importante ser conscientes de que este tipo de intervenciones puede ejercer un efecto preventivo en el futuro de su relación con sus hijos. Relación que generalmente sufre las consecuencias de sus deterioradas relaciones interpersonales y como padres; de sus frecuentes trastornos de conducta: impulsividad, irresponsabilidad, inmadurez y egocentrismo; de su escaso nivel de contacto con sus hijos, su inestabilidad emocional, su bajo nivel de autoestima, etc.

Así planteamos a todo el grupo de residentes (veinte en total) la posibilidad de tomar parte en cinco sesiones de trabajo entre noviembre y diciembre, de dos horas de duración cada una. Trece de ellos aceptaron y nombraron al taller como «Ser padres: por qué y para qué».

## 2. BASES TEÓRICAS DE REFERENCIA

La aproximación trigeneracional representa una orientación en la terapia sistémica que tiene en cuenta tanto la dimensión histórica como la evolución del sistema (Andolfi 1991). Es precisamente por esta combinación de historia familiar y de evolución por lo que la tomamos como modelo de base para desarrollar el taller sobre parentalidad.

Durante *la primera infancia* se va a producir un hecho psicológico de singular importancia que tendrá gran repercusión durante la vida adulta. El bebé, al margen de todo raciocinio y de toda comprensión verbal, se va a formar una imagen interna sobre sus padres, tanto a nivel de relación de pareja como a nivel individual, como

padre y como madre. Así, el bebé construye lo que se ha venido en llamar familia interna (Klein, 1952; Fairbairn 1952). Esto es, una representación mental de las figuras parentales, de la relación entre ellas y con ellas. Lógicamente desde una perspectiva infantil, mítica, emocional y no verbal. Va a ser esta familia interna, la que nos acompañe durante toda nuestra vida y la que mediatice nuestra elección y relación de pareja; así como el ejercicio de la parentalidad y la relación con nuestros hermanos (Framo).

Por otro lado, Bowen partiendo de la teoría de Mahler sobre el proceso de separación-individuación, va a definir a los individuos según el grado de fusión o diferenciación entre el funcionamiento emocional e intelectual. Así, en un continuo situaría en un extremo a aquellas personas cuyas emociones e intelecto están tan fusionadas que sus vidas están dominadas por el sistema emocional. Se trata de personas poco flexibles, poco adaptables y dependientes emocionalmente, son fácilmente afectados por disfunciones y patologías. En el otro extremo, estarían los sujetos más diferenciados, aquellos en los que hay una separación entre el funcionamiento emocional y el intelectual. Estos sujetos son más flexibles, adaptables e independientes.

Estas características de personalidad pueden observarse desde una óptica sistémica familiar dando lugar a un continuo en el que en un extremo se sitúan las familias centradas sobre sí mismas, muy unidas, fusionadas, aglutinadas, indiferenciadas, etc. y en el otro, las familias centradas hacia el exterior, desligadas, diferenciadas, autonomizadas, etc.

En el campo de las toxicomanías predominan las familias centradas sobre sí mismas o familias aglutinadas. Esto es, familias caracterizadas por sus tendencias a la homeostasis, al no cambio a lo largo del tiempo. Es como si quisieran seguir siempre igual, evitando la maduración de los hijos, su diferenciación y posterior emancipación de la familia. La ausencia de límites generacionales facilita la implicación del hijo toxicómano en el conflicto conyugal, lo cual perpetúa el sistema familiar.

Así pues, la familia interna y el grado de diferenciación del si-mismo que a nivel familiar determina el tipo de orientación familiar, son dos conceptos íntimamente ligados y que van a tener gran importancia tanto en la elección de pareja, como en la relación con esa pareja: *el noviazgo*.

En la elección de pareja (según Klein 1952 y Fairbairn 1952), tendrá más importancia el vínculo, la relación objetal de acuerdo a la familia interna, que las características individuales de los miembros de la pareja. Así la relación de pareja actual será una reproducción de la relación pasada percibida en la pareja de los padres o la relación tenida con uno de ellos. Por lo que a la pareja, no se la ve objetivamente como es, sino que es un vago representante de figuras pertenecientes al pasado y aspectos escindidos del sí-mismo.

Los miembros de la pareja se seleccionan mutuamente sobre la base de redescubrir los aspectos perdidos de sus relaciones objetales primarias que han escindido y que al involucrarse con su pareja vuelven a vivenciar mediante la identificación proyectiva (Dicks 1967).

Así, según Framo, las personas generalmente no eligen la pareja que quieren, sino que reciben la pareja que necesitan. Se escoge una pareja que permita al individuo eliminar, reproducir, controlar, superar, revivir o cicatrizar, en un marco diádico, lo que no pudo saldarse internamente. Así, los íntimos, la esposa, los hijos, etc. son en parte sucedáneos de antiguas imágenes, encarnaciones de introyecciones que están enterradas mucho tiempo atrás.

Por tanto, la elección de pareja no es algo tan libre como pensamos, sino que influyen poderosamente las familias de origen a través de la representación mental de la familia interna en la primera infancia. Como dice Framo, en las relaciones íntimas del presente ejercen una fuerza decisiva fuerzas transgeneracionales ocultas, de esta manera, al escoger pareja, la gente intenta dar una solución interpersonal a sus conflictos intrapsíquicos.

De cualquier manera, una vez que la pareja está constituida va a ser fundamental conseguir una adaptación mutua, esto es, una adecuada integración del sujeto en la pareja, sin que ello suponga una pérdida de la propia identidad, potenciando la estabilidad y la cohesión del yo del individuo, así como el progreso personal del mismo. La comunicación será el eje central que alimente la relación de pareja, que en la interacción mutua, creará reglas y normas que estructuren la relación y la encaminen hacia un compromiso de mayor entidad: *El matrimonio*.

El matrimonio es un ritual por el que los cónyuges abandonan físicamente sus respectivas familias de origen y se unen para formar una nueva familia. Pero en cada matrimonio no sólo se unen un hombre y una mujer, sino que se unen dos familias de origen, dos visiones del mundo y de entender la vida, formando el telón de fondo en el que una nueva familia se va a desarrollar.

El comienzo del matrimonio es el momento de los acuerdos y de la creación de reglas que den una estabilidad a la organización en pareja, es el momento del reparto y asunción de roles, es el momento en el que cada miembro aportará su particular visión del mundo y de entender la vida, a través de los valores, mitos, costumbres, rituales, etc. Dando forma a un entramado organizativo, estructural, jerárquico, comunicativo, social, afectivo, etc. que estará mediatizado por lo que cada uno de los cónyuges aprendió y vivió en su propia familia de origen.

Una de las principales tareas que debe afrontar el nuevo matrimonio, es el establecimiento de una frontera y de límites claros con las dos familias de origen, de manera que la pareja pueda establecer su territorio con cierta independencia parental.

En la consolidación del nuevo matrimonio, cambiarán las relaciones con las familias de origen hacia una relación más adulta, más simétrica, más de igual a igual entre el padre y el hijo. Esto implica que los componentes de la pareja comienzan a sentirse profundamente casados e implicados el uno con el otro. Uno de los problemas más típicos en esta etapa, es el hombre casado que no acaba de establecer una relación madura y adulta con su mujer porque está anclado en conflictos o dependencias con alguna figura parental que le impide percibirse como marido y casado, ya que predomina el sentimiento de hijo.

Ligado al tema de las relaciones con la familia de origen está el concepto de lealtad familiar y de fidelidades ocultas, de Boszormenyi-Nagy y Spark 1965. Este concepto a nivel familiar hace referencia a la expectativa de adhesión a ciertas reglas y la amenaza de expulsión si se transgrediesen. La lealtad implica un vínculo y conlleva una dimensión ética. De esta manera, las lealtades mantienen unida a la familia. La lealtad tiene como marco de referencia la confianza, el mérito, el compromiso y la acción, y determina la obligación ética vinculada al sentido del deber, la ecuanimidad y la justicia con los miembros comprometidos en esa lealtad (Espina 1994).

Así pues, el tema de la lealtad y de las fidelidades se transmite de generación en generación, de padres a hijos en una cadena que no tiene fin, y que tendrá continuidad en la siguiente etapa del Ciclo Vital: *El nacimiento de los hijos*.

Con el nacimiento del primer hijo en la familia nuclear se va a dar un gran cambio tanto a nivel individual como en pareja, en los mecanismos de adaptación, comunicación, relación, contacto, etc.

Por un lado, a nivel estructural, hay que diferenciar la relación conyugal como tal, del ejercicio de la parentalidad que son dos funciones distintas y que conviene distinguir claramente para que una no interfiera en la otra dando lugar a confusiones, malentendidos, etc. En esta línea podemos diferenciar el amor conyugal del amor parental. Ambos son diferentes y uno no quita al otro, es decir no se excluyen. Por mucho amor que se dedique al hijo, esto no se le resta a la pareja. El amor, como fenómeno afectivo, no es algo que al repartirlo se acaba, al contrario si hay, hay para todos. Otra cosa, es que con la atención que requiere un bebé, la pareja puede sentir que se le deja un poco de lado, lo cual a nivel fantasmático es mal vivido por la pareja.

En parejas mal avenidas, es frecuente que la mujer frustrada e insatisfecha con la relación, busque en el hijo un elemento de compensación a sus propias necesidades. Con lo que el hijo no provoca la separación conyugal, sino que se muestra a través suyo. Así, este hijo, no solo desvía la atención del conflicto conyugal sino que además justifica la excesiva atención que la madre vuelca sobre él. Con lo que se cronifica este sistema familiar.

Por otro lado, el hecho de la paternidad, el hecho de sentirse padres hace que cambien más las relaciones con la familia de origen, en el sentido de entrar en otro tipo de relación más adulta con los propios padres, una relación de igual a igual, más simétrica. Es preciso una adecuación en este sentido por ambas partes. Tanto en el sentido de que los hijos no vean en sus padres a esas figuras míticas del pasado, como que los padres vean a sus hijos como adultos y no como los eternos niños. En el matrimonio toxicómano con hijos, la adicción parental va a potenciar la intromisión de la familia de origen en la familia nueva, favoreciendo la ruptura de límites generacionales, la incapacidad e irresponsabilidad del matrimonio y en definitiva una dependencia por parte del matrimonio de su familia de origen las cuales, tienden a ver a su hijo/a como inmaduro e irresponsable y a su yerno/nuera como no válido e incapaz en su función parental.

Con el nacimiento del primer hijo el juego diádico de pareja, pasa a ser un triángulo, con el consiguiente cambio organizativo, estructural, jerárquico, etc. Las cuestiones de la pareja empiezan a ser tratadas a través del hijo, en la medida en que éste se convierte en chivo expiatorio y en excusa para los nuevos problemas y para los viejos no resueltos. En otros casos, un hijo problemático o defectuoso puede levantar dudas potenciales sobre toda la familia y usarse como munición de batalla (Ríos 1994).

Otro concepto importante es el de parentalización de un hijo. Hace referencia a que uno de los padres no asume su rol parental y este vacío es ocupado por un hijo. Asumiendo un papel que no le corresponde, renunciando a su autonomía y llevándole hacia una indiferenciación con su familia.

Para Bowen, el camino más favorable hacia el cambio está en el trabajo dirigido a definir el sí-mismo en la familia de origen. Esto es, procurar ayudar al paciente a salirse del sistema emocional de los padres, viendo la familia de origen con mayor objetividad y respondiendo ante sus propias ideas en lugar de reaccionar ante el campo emocional de la familia. Así, alecciona a los pacientes a establecer una relación personal (aquella en la que es posible hablar con el progenitor como persona) con cada progenitor por separado y hablar con cada uno de ellos sobre sí mismo como persona. Así, el paciente desarrollará un sí-mismo diferenciado, autónomo y maduro que le permita relacionarse de forma adulta y responsable en el matrimonio e influir en un adecuado estilo de parentalidad y relación con los hijos.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Generales

- Promover la revisión individual de cada P.I de su representación mental y significado de la parentalidad

- Facilitar la introducción de la dimensión parental en las relaciones intra-grupales de la C.T
- Orientar las dificultades experimentadas en el ejercicio de la parentalidad
- Prevenir parentalidades no deseadas o mal planificadas, diferenciando sexualidad y reproducción

### 3.2. Específicos

- Revisar los modelos familiares de origen en relación a sus estilos educativos
- Tomar conciencia de la responsabilidad intrínseca a la decisión de tener un hijo
- Toma de contacto con los cambios originados en la vida personal, conyugal y familiar por la presencia de un hijo
- Trabajar las expectativas depositadas en la parentalidad
- Dotarles de unos contenidos formativos mínimos sobre embarazo, parto y desarrollo evolutivo e implicaciones legales del hecho parental
- Facilitar el intercambio grupal de experiencias (aumento de referencias intragrupal)

## 4. METODOLOGIA

El trabajo con los pacientes a lo largo del taller lo situamos en apartados diferentes, siendo éstos los siguientes: fases del proyecto, participantes, encuadre del taller, sesiones, recursos y evaluación.

### 4.1. Tareas previas al inicio del taller

1.<sup>a</sup>: Una vez que hemos decidido poner en marcha el proyecto, se elabora el borrador desde el programa de intervención familiar que posteriormente se expone en el área terapéutica de la comunidad terapéutica Haize Gain de Agipad, de cara a plantear un buen nivel de coordinación y de trabajo en todos aquellos aspectos inherentes al paciente relacionados con la parentalidad. Esto nos permitirá realizar una aproximación a las problemáticas y a los recursos de los pa-



cientes desde la visión de los profesionales que trabajan directamente con ellos y poder definir más claramente las actividades a realizar a lo largo del taller.

2.<sup>a</sup>: Antes de poner en marcha el taller, era necesario poder tener una reunión con los posibles participantes en esta experiencia con el objeto de presentarles el proyecto y recoger directamente sus opiniones, necesidades, intereses, saber su situación respecto al tema a desarrollar; así como, su predisposición a participar en el taller.

Una vez se han completado estos pasos consideramos que es el momento de poner en marcha el taller. A través de los educadores de la comunidad se realiza lo relativo a las inscripciones, indicar la fecha de inicio y la primera tarea a realizar para ese día.

#### 4.2. Participantes

Los pacientes que han participado en el taller son un total de 13 de los 19 a los que se ofertó. De estos trece nos encontramos 2 mujeres que a su vez son madres y con 11 hombres de los que 5 son padres. El 53,8% de los participantes son padres y madres.

Los «pacientes» padres/madres tenían desde la comunidad terapéutica la consigna de participar en el taller por el hecho de tener hijos; el resto de pacientes podían participar si ese era su deseo.

La situación familiar de pareja de los 7 padres/madres (53,85%) era la siguiente: 2 (28,7%) mantenían relación y vivían con su pareja e hijo; 1 (14,28%) mantenían relación con su pareja e hijo pero no vivían juntos por problemas con la familia de origen de la pareja; 4 (57,14%) no tenían relación con su pareja. De estos cuatro 3 mantenían relación con sus hijos. El otro una vez finalizado el taller inició un trabajo de pareja para recuperar la relación con su hijo.

Los 6 pacientes restantes (46,15%), no padres, tampoco tenían relación con una pareja, ni se planteaban por el momento tener una pareja.

Uno de los aspectos que nos llamó la atención de los pacientes padres/madres es la falta de comunicación entre ellos sobre el tema de los hijos y el nulo intercambio de experiencias, sucesos, dudas, etc. relacionados con su rol como padres/madres.

#### 4.3. Encuadre

Para la buena marcha del taller y saber a qué atenernos todos los integrantes del taller se realiza un encuadre en el que se marcan una líneas generales de actuación, siendo éstas las siguientes:

- **Periodicidad semanal**, con el objeto de no dilatar el tiempo entre sesión y sesión y trabajar las situaciones que se presenten, relacionadas con lo expuesto o con el tema de la siguiente sesión.
- **Un total de cinco sesiones**, en las que se incluye una presentación y evaluación final en la que poder realizar una despedida.
- **Día, hora de inicio y duración**; las sesiones se realizaron los lunes a las tres y media con una duración de 120 minutos.
- **Compromiso de asistencia** a las sesiones: Las sesiones y los temas forman un continuo que se perdería con inasistencias puntuales.
- **Compromiso de trabajo** en la realización de las tareas. Las tareas responden a un tiempo de reflexión de la propia persona sobre el tema tratado, como una forma de plasmar lo que el propio individuo ha integrado, sus propios deseos, su bagaje histórico...
- **Compromiso de respeto a las normas del grupo** relativas a turnos, opiniones, puntualidad y compromisos acordados.

#### 4.4. Recursos disponibles

Los recursos con los que hemos contado son básicamente: humanos «2 asistentes sociales y 1 psicólogo»; económicos, para materiales y desplazamientos, e institucionales donde la Comunidad Terapéutica ha puesto a nuestra disposición una sala.

#### 4.5. Evaluación del taller

En la última sesión se ha pasado un cuestionario con el objeto de recoger la opinión de los pacientes sobre el desarrollo del taller y sobre aquellos aspectos que ellos creían que deberían haberse trabajado y no se ha hecho.

### 5. DESARROLLO DE LAS SESIONES

El taller se estructuró en base a cinco sesiones. Cinco sesiones que no pretendían abarcar todos los campos ni todos los temas relacionados con el taller. A través de estas cinco sesiones se perfilaban diferentes pinceladas que pudiesen orientar y situar a las personas asistentes. Cada uno podía situarse en su realidad

y después poder tener una mínima base orientativa que les permitiese ir completando aquellas cuestiones que les surgieran en momentos puntuales.

Pasamos a continuación a mostrar una rápida reseña de cada sesión desde tres aspectos: temas trabajados, algunas técnicas utilizadas y el desarrollo de la sesión.

### 5.1. Primera sesión

- Temas: Presentación del taller; Buscar un nombre al taller; Familia de Origen
- Técnicas: Lluvia de ideas, grupos pequeños,...
- Desarrollo: Esta es la primera sesión del taller y se aprovecha para indicar cuales serán los objetivos que se pretenden trabajar a lo largo de las cinco sesiones. Así mismo se realiza el encuadre y se explica la forma en la que se llevará a cabo el taller.

Tal y como hemos indicado al principio del artículo se nos indicó una idea de trabajo para direccionar el taller hacia la enseñanza, por nuestra parte veíamos interesante plantearlo desde otra visión, la «reflexión». Este hecho nos llevó a decidir no ponerle ningún nombre y que fueran los propios participantes los encargados de nombrarlo. Lo entendíamos, también como una forma de conocer cuales eran las expectativas de cada miembro con respecto al trabajo que íbamos a realizar.

Una vez finalizado el taller, pensamos que no se repetiría este planteamiento, pues el tiempo con el que se cuenta es exiguo y lo pretendido no justifica su dedicación.

Previamente se les había encargado como tarea para el primer día, el que representarían con arcilla a su familia, a modo de escultura.

La mayoría tenía terminada la tarea para la primera sesión por lo que se pasó a trabajar en grupos pequeños en los que había 3 ó 4 personas junto con un profesional.

Estos pequeños grupos trabajan las esculturas familiares. Se pretende que el paciente «revise» su familia, reconozca el modelo educativo familiar en el que se ha desarrollado. A partir de ahí, puede ir pensando a lo largo del taller qué aspectos de ese modelo él cree que son válidos para su propia/futura familia y que aspectos cree que no deberán repetirse.

## 5.2. Segunda sesión

- Temas: Expectativas de parentalidad. Toma de decisiones. Embarazo y parto I
- Técnicas: Visualización de videos. Forum...
- Desarrollo: En la primera parte de la sesión se aborda a modo de debate abierto a todos la idea de tener hijos o no. Se les pide que expongan aquellos aspectos que crean tienen que ver con la toma de decisiones de tener hijos.

En el transcurso del debate surgen diferentes cuestiones que les preocupan a la hora de tener o no un hijo. Algunas de sus ideas tenían que ver con situaciones vividas y otras como temidas, tales como: abortos, medios anticonceptivos, la culpa, miedo, tener hijos porque así se ha decidido, necesidad de crear un espacio para el hijo, utilización de los hijos como salvadores de situaciones de los padres, SIDA...

Se cierra el debate comentando como aspectos fundamentales la necesidad de separar sexualidad y reproducción. Sexualidad como algo más comportamental, donde en el acto no hay un deseo del hijo. En la reproducción se observa un aspecto mental donde hay una apertura a la representación del hijo, si no se quiere el hijo se ponen los medios.

Al final de la sesión a través de videos se observan varios partos. A grandes rasgos se esbozan algunas ideas del proceso del embarazo y el papel que puede tener el padre en este período.

## 5.3. Tercera sesión

- Temas: Embarazo y parto II. Cambios en la familia ante el nacimiento del hijo. Función parental.
- Técnicas: Phillips 6.6. Lluvia de ideas...
- Desarrollo: En este inicio de sesión se continúa con el tema iniciado el día anterior incidiendo en la parte del parto y post-parto. Se plantean ideas sobre cual tiene que ser el papel del hombre en los diferentes momentos del embarazo, parto y post-parto.

Se viven momentos de intensidad cuando las dos madres comentan sus experiencias del embarazo y se refuerza en gran medida el tema que se estaba tratando con sus experiencias de abandono por parte de la pareja.

Con la llegada del hijo se abre un pequeño debate que se decide trabajarlo en dos grupos pequeños durante un tiempo determinado con el fin de recoger el máximo de opiniones sobre los cambios que se dan y se tienen que dar en la familia.

En la realidad del trabajo de estos pequeños grupos la diferencia que se indica en estas líneas no fue tan evidente pero sí que se observó el siguiente aspecto: los pacientes no padres marcaban más cambios en lo relativo a la relación de pareja, menor tiempo para estar con el otro; en cambio los pacientes que son padres marcaban o se fijaban más en los aspectos de relación referentes a las familias de origen, donde se explicaban vivencias de intromisión... *(no se investiga la situación de consumos de esos momentos, la atención que le estaban dando a sus hijos, etc.)*.

En base a este trabajo se prosigue en el grupo grande recogiendo los planteamientos descritos y se inicia la labor de marcar aspectos relacionados con la función parental; así como, los no relacionados con ella.

#### 5.4. Cuarta sesión

- Temas: Función parental y dificultades que se encuentran en su desarrollo. Desarrollo evolutivo.
- Técnicas: Forum, videos,...
- Desarrollo: Desde el trabajo personal de las dificultades con las que pueden encontrarse a la hora de desarrollar la función parental se centran primordialmente en la necesidad de tener estabilidad en la pareja en aspectos económicos, relacionales y personales —como individuo— y la manera de buscar una responsabilidad compartida.

Se plantea la preocupación de saber estar y responder a las necesidades que vayan surgiendo y si serán capaces de poder hacerlo pues hasta el momento en su trayectoria personal ha predominado la huida.

Si de por sí, el hecho de ser padre/madre puede resultar complejo, ellos se ven envueltos en situaciones de inferioridad, ya que tienen que realizar un trabajo personal por cuestiones de su drogodependencia; las relaciones con su pareja no existen, la situación de monoparentalidad les sitúa en un mayor grado de responsabilidad con respecto al hijo y a sí mismos, que se puede complejizar en las situaciones en las que además necesitan buscar un trabajo.

Otras situaciones vividas de forma conflictiva son los casos en los que el cuidado de los hijos se delega a los abuelos. Surgen enfrentamientos por la forma

de educar a los hijos/nietos. Se plantean en algunos casos, comparaciones entre lo que hacían conmigo mis padres y lo que hacen con mi hijo, situaciones de celos, ven a sus propios hijos como receptores de más cariño del que recibieron ellos.

Al final de este pequeño debate se plantea una de las cuestiones de difícil abordaje con los padres, y no es otra que el sentimiento de culpa. Culpa que puede venir motivada porque el hijo no hace lo que ellos como padres pensaban, porque no le han sabido enseñar bien, etc. Se trabaja en la línea de sintonizar con la culpa que pueden sentir sus propios padres respecto a ellos.

En este punto queda zanjada toda cuestión parental y pasamos a plantear de forma muy somera los aspectos evolutivos del desarrollo, abarcando desde el nacimiento hasta los once años. Se visionan dos videos como complemento al tema y se da por finalizada la sesión.

### 5.5. Quinta sesión

- Temas: Divorcio y los aspectos jurídicos en las separaciones. Evaluación del taller.
- Técnicas:
- Desarrollo: La parte principal de la sesión está dedicada a aquellos aspectos jurídicos de las situaciones de pareja que llegan a su fin, separación, divorcio y aquellos aspectos colaterales que vienen acompañando, sobre todo cuando en la pareja hay hijos: custodia compartida, patria potestad, manutención, etc.

Los participantes en el taller muestran la idea del «chollo» que resulta quedarse con la responsabilidad de los hijos: casa, manutención. Se incide en los hombres para que cuando se den casos de separación tengan los recursos suficientes para solicitar sus derechos y no dejarlo a la decisión del juez. Queda claro, a lo largo de la sesión, que si la educación de los hijos y la responsabilidad que supone su mantenimiento en todos los aspectos es duro para un padre y una madre, no resulta ningún «chollo» una situación de separación ni para los padres/madres ni para los hijos.

La última parte de la sesión se dedica a realizar un pequeño intercambio de opiniones e impresiones referentes a la marcha del taller que pasaremos a señalar en el apartado de la evaluación.

## 6. EVALUACIÓN

Este apartado lo vamos a dividir en dos, por una parte se muestran cuáles han sido las opiniones de los participantes en el taller y por otra el balance que podemos hacer de nuestro trabajo respecto a los objetivos que nos planteábamos.



## 6.1. Evaluación de los pacientes

En líneas generales el contenido, los materiales, la dinámica de las sesiones ha cumplido sus expectativas. Por otra parte, plantean que a veces era muy teórico y algunos temas no se han tratado, por ejemplo: adolescencia, educación, relaciones padres-hijos.

Respecto a la sesión que más les ha gustado fue la primera, en la que se trabajan los aspectos de la familia de origen.

## 6.2. Evaluación del taller

Tanto la duración de las sesiones, dos horas, como la periodicidad semanal nos parecen correctos. El número de sesiones se podría variar en función de los temas que se planteen en el futuro.

Trabajar con los pacientes cómo llamarían el taller puede estar bien para conocer cuáles son sus expectativas sobre el taller, pero a pesar de ser una tarea que tenían que traer preparada a la sesión, el tiempo que se invierte, en un calendario de actividad tan apretado, vemos que no tiene mucho sentido.

Siguiendo con el tema de las tareas a realizar entre sesión y sesión creemos que sí cumplen su función y que los participantes en su gran mayoría dedican un tiempo a realizarlas y reflexionar sobre los temas propuestos.

Tras esta primera experiencia hemos comprobado la necesidad de revisar el contenido de alguna de las tareas y adecuarlo al nivel de recursos que pueden tener.

Los objetivos propuestos se han cumplido en su totalidad dentro de lo que se puede a lo largo de cinco sesiones. Sobre todo se ha incidido en la revisión de los modelos familiares y los estilos educativos. Este aspecto nos sirvió para trabajar la responsabilidad de tener hijos y los cambios que supone para la persona y la pareja esta nueva etapa.

Uno de los objetivos que pensamos no alcanzó un desarrollo adecuado es el relacionado con las expectativas depositadas en la parentalidad.

En líneas generales el taller se situó como un espacio de reflexión sobre la parentalidad y a pesar de desarrollarse en un tiempo determinado, quizás corto, creemos que los que han tenido necesidad de seguir profundizando en cuestiones

particulares lo han podido hacer a través de sus tutores en la comunidad terapéutica, la responsable de salidas o su terapeuta de referencia, o también con profesionales ajenos al centro.

Más que decir que aquí terminamos esta primera experiencia, pensamos que es el momento para decir que empezamos con una interesante iniciativa en la que hay que seguir investigando e intercambiando experiencias.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- James L. Framo. «Exploraciones en terapia familiar y matrimonial» 1990. Descleé de Brouwer. Bilbao.
- Manuel Millan. «Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico» 1996. Promolibro. Valencia.
- J. Haley. «Terapia no convencional» 1973 Amorrortu. Buenos Aires.
- M. Brouwen «Terapia familiar en la práctica clínica».
- Boszormeny-Nagi & Spark «Lealtades invisibles» 1983. Amorrortu. Buenos Aires.
- Andolfi y Angelo «Tres generaciones en terapia» 1991. Rev. Sistemas familiares.
- Canevaro «El contexto trigeracional en terapia familiar»
- James L. Framo «Familia de origen y psicoterapia: un enfoque trigeracional.» Paidós Terapia Familiar
- José A. Ríos González «Manual de Orientación y Terapia Familiar». Instituto de Ciencias del Hombre
- Miguel Garrido, Alberto Espina. Autores compiladores. «Terapia Familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales». Editorial Fundamentos. Madrid.
- Félix López. «La formación de los vínculos sociales» n.º 4. Colección: El niño y el conocimiento. Serie básica. Editado por el Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.
- Dr. George B. Feldman, Anne Felshman «Embarazo y parto. Una guía completa para la futura madre». Editorial Círculo de lectores.
- P. Osterrieth. «Psicología infantil». Ediciones Morata.
- Sheila Kitzinger. «Embarazo y nacimiento»
- Calendario de desarrollo del niño de 0 a 18 meses. Editado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y atención a personas con Minusvalías. Material cedido por: Ajuntament de Barcelona.
- Jacqueline Gassier. «Manual del desarrollo psicomotor del niño». Editorial Masson.

## 8. CUESTIONES SOBRE LA PONENCIA

**Jordi Gaya** (C.T. La Coma, España): Me gustaría si pudieras insistir un poco en la evolución de los pacientes y los resultados. ¿Cómo los valoráis?

**Asun Berasategui** (AGIPAD, España): En cuanto a la evolución de los pacientes, hay un número de ellos que entran porque el taller les parece de interés y aquí hay que destacar los que tienen hijos y los que en algún momento se han planteado el tema y luego hay otros pacientes que prefieren estar en el taller que en un espacio de trabajo. Esta es la realidad con la que nos encontramos. En cuanto a la evolución lo más destacable es que para ellos fue muy importante, incluso para el segundo grupo, revisar el modelo del que venían incluso comentaron que el trabajo que habían hecho les hubiera gustado continuarlo y profundizarlo porque se daban cuenta que en la expectativa de cara a sus hijos había mucho de los que sus padres habían planteado con ellos. El interés por el taller crece en la medida en la que los pacientes se dan cuenta de esto. Desde la metodología se intentó que el taller fuera muy participativo. Otro tema de interés fue el cambio que todo esto significaba en la pareja y en la función parental, que en un principio no se habían planteado, pero que en ese intercambio rico entre los que no tenían hijos y los que sí los tenían, tomaban contacto con una realidad que estaba ahí para muchos. La experiencia para nosotros fue buena, es la primera vez que trabajábamos con los pacientes en su calidad de padres. La valoración que ellos hicieron fue que era interesante continuar darle más espacio a la revisión de los modelos de origen. Hemos iniciado un grupo nuevo y la respuesta ha sido similar en cuanto a nivel de participación e interés mostrado por los temas, y en especial hacia la importancia de la figura de los abuelos. Existe una demanda para trabajar en este nuevo taller al nivel de esta tercera generación.

**Gabriel Roldán** (C.T. Haize-gain, España): Me gustaría ampliar desde el trabajo que vemos con los pacientes, un dato importante que ha resaltado Asun, que es la diferenciación entre sexualidad y reproducción y que tiene una incidencia directa en los tratamientos de drogas sean o no residenciales. La cantidad de embarazos que se producen en tratamientos de pacientes, es un hecho que a nosotros nos preocupaba en el sentido de cómo incidir y orientar en esta confusión entre sexualidad y reproducción. Esta dimensión, este deseo sexual importante, aparece con muchos pacientes en el momento de dejar la droga, y a veces vinculado a cuestiones mágicas en relación a los hijos que no está suficientemente claro.

**María Pérez Nebreda** (Sección de Menores, Diputación Gipuzkoa, España): Me gustaría que hicieras una distinción dentro del grupo con el que nosotros habéis trabajado, entre los hijos que se mantienen en la familia de origen y aquellos niños cuyo cambio ha sido a alguna familia de acogida dentro de nuestro departamento. Nosotros sí encontramos diferencias entre los niños que vivían con una familia en la que había una patología y los que lo hacían en una familia acogedora sin una patología concreta.

**Asun Berasategui** (AGIPAD, España): En nuestro grupo concreto no había ningún hijo que no estuviera con su familia extensa por lo que no te puedo dar datos basados en una experiencia práctica en ese taller. Yo sí creo que ellos se preocupan de que sus hijos estén donde se han criado, y existe una ambivalencia, por una parte piensan que mejor que ellos no los puede cuidar nadie, y por otra parte son muy críticos con los elementos de crianza que han recibido. También existe el mensaje incapacitante de los abuelos que transmiten a sus hijos toxicómanos que son incapaces de hacerse cargo de los niños y que la dimensión de la droga anula su papel como padres, y esto en lo operativo está muy claro, pero a nivel afectivo es cuestionable. Otro problema es la frecuencia de familias reconstituidas en la que los padres son toxicómanos, y puede que exista hasta un debate moral de qué cosas son rescatables y qué cosas no. Existe una usurpación de papeles, las abuelas que son madres sobreimplicadas son a su vez abuelas sobreimplicadas.

**Elfriede Stefan** (Sozialpädagogisches Institut - Berlin - Alemania): Quisiera hacer una observación sobre el tema sexualidad y reproducción, menos mal que hoy en día todavía no se puede dividir reproducción de sexualidad, tratándose de toxicómanas si hay una conducta contraceptiva en el ámbito de la prostitución, quieren evitar un embarazo mientras están prostituyéndose, sin embargo no lo hacen en su vida privada. Aquí los embarazos accidentales no son embarazos no deseados. Por ejemplo en Alemania el 60% de los niños son fruto de un embarazo accidental, pero no de un embarazo no deseado, ya que existe un desho latente de tener un hijo, este tema es muy complejo.

**Paolo Stocco** (Villa Renata, Italia): Todo lo que dice Elfriede es verdad aunque yo creo que lo que se refiere a la población de drogodependientes, los embarazos no se pueden definir como deseados o como accidentales, es una mezcla de los dos, pero sobre todo es lo que obliga a una demanda y es un hecho que al hijo que está por nacer se le da cualidades mágicas con aspectos muy idealizados aún a riesgo de generalización. La mujer tiene una fuerte preocupación por su propia condición y una hiperidealización del niño.

**Asun Berasategui** (AGIPAD, España): Nosotros lo que hemos visto es la dificultad de dar un soporte básico a los niños, es tan importante que tienden a plantearse más lo que es la relación, aquí sí vemos una idealización del afecto, o una expectativa de que el niño va a ser el todo para la madre y la madre el todo para el niño, es una idealización que se ve muy enfrentada con el mensaje del contexto real. No llega a idealización pero sí a deseo de que el niño complete las carencias. Para mí es complicada la pregunta porque no lo hemos explorado a fondo, pero sí que aparecen constantemente mensajes muy idealizados referentes a lo que es el ejercicio de la parentalidad.

# Temas a debate Mesa 1.<sup>a</sup>

## CARACTERÍSTICAS DE LOS DROGODEPENDIENTES CON HIJOS, ¿QUÉ DIFICULTADES, QUÉ PROBLEMAS, QUÉ CARACTERÍSTICAS?

1. Papel que juegan los hijos en las personas toxicómanas y en sus familias de origen. Identidad y género.
2. Pasaje generacional de lo adictivo. Cómo se inscribe en lo biológico, psicológico y social.
  - Hipótesis de la automedicación - biológico
  - Teoría de la carencia - psicológico
  - Cosas a nivel relacional - social
3. El hijo de un drogodependiente va a ser especialmente vulnerable en el desarrollo psíquico (emocional) más que físico. ¿Cómo se puede recoger esto? Cómo detectar las situaciones donde hay niños que puedan estar viviendo una situación de vulnerabilidad/falta de contención/abuso/maltrato.



**Horst Bromer** (Drogenhilfe Tannenhof e.V. - Berlín - Alemania): Trabajo en Tannenhof, una de las primeras instituciones que trabaja en Alemania con drogodependientes y sus hijos. Se trata para mí de una desmitificación del tema que estamos tratando. Cuando escuchamos lo de drogodependientes, hijos, padres, nuestras fantasías se ponen en marcha y a veces perdemos de vista la realidad. En Alemania hay un póster de Cáritas que dice «de familias muy normales salen adictos muy normales», y nosotros en Tannenhof observamos que hay familias rotas, hay una madre con su hijo, falta el padre, la abuela está cuidando al nieto, para reparar lo que ha hecho mal con su hija. Todo esto lo abordaremos mejor si observamos y describimos lo que existe, porque si no nosotros nos convertimos en los mejores padres o a lo mejor nos entrometemos de forma violenta y rompemos esa unidad, aunque sea una familia rota. La capacidad de motivación de esta madre es baja, pero es su madre y el niño es su hijo. Debemos desmitificar estas familias y verlas como lo que son en realidad y sólo entonces podremos trabajar con las diferentes generaciones y crear un método de tratamiento, porque si sancionamos a los padres ausentes o decimos que las abuelas son malas, no tenemos un enfoque adecuado para la terapia.

**Paolo Stocco** (Villa Renata, Italia): Estoy de acuerdo con lo que dice Horst respecto a evitar dramatizar excesivamente la situación. Sigmund Freud en una ocasión dijo que hay tres misterios imposibles: El primero es ser educador, el segundo es ser terapeuta y el tercero ser padre, son roles incompatibles, es muy difícil no sólo para el progenitor drogodependiente y para su familia. Como hemos visto esta mañana la historia que ha presentado Tomas y la que he traído yo, como han podido comprobar se trata de cuadros existenciales toxicómanos muy graves. Estas situaciones aún cuando son analizadas por un observador externo, llevan a una implicación del observador. Si alguien observa desde el exterior mi interacción con un hijo riñéndole probablemente piense que yo soy un buen padre, pero si en

la misma situación se dice al observador que la madre es drogodependiente, probablemente se piense que está teniendo lugar una situación de maltrato. Es importante tener en cuenta la influencia que tiene la presentación de un fenómeno para el que observa la interacción padre-hijo porque puede dar pie al establecimiento de un prejuicio y con esto muestro mi acuerdo con lo que dice Hörst. Pero no estoy de acuerdo en que la familia de origen no sea una familia multiproblemática.

**Julen Perurena** (AGIPAD, España): Yo estoy de acuerdo en que no se puede generalizar, detrás de cada familia hay un mundo. Desde la práctica clínica debemos preguntarnos cual es la función que los padres asignan al hijo, con frecuencia la función del hijo es cubrir las propias carencias de los padres «quiero tener un hijo para que ponga orden en mi vida, para asentar la cabeza, asumir responsabilidad» con esto se está poniendo al hijo en el lugar que no le corresponde y si uno observa después la evolución de estos hijos puede ver que se están haciendo cargo constantemente de las carencias de los padres sin que haya nadie que recoja las necesidades de los hijos. Entiendo que no se puede generalizar ni entrar bruscamente en estos sistemas como a veces hacen las instituciones, donde es difícil pensar que se les está dando un lugar a los hijos en sus familias o si desde esa protección se entra en un proceso de institucionalización. El deterioro del niño va a ser mayor en la institución que en su familia de origen si se ayuda a los padres en sus dificultades para que se puedan hacer cargo de él. Estos niños se desarrollan en un ambiente donde son más vulnerables de lo que lo fueron sus propios padres drogodependientes y el deterioro y la falta de contención es mucho mayor.

**Alice Castro** (C.T. ARCO IRIS, Portugal): Respecto a los drogodependientes con hijos yo pienso que lo más importante no son los apartados. Hay un psicólogo portugués que ha escrito un artículo muy interesante. Si una madre drogodependiente va a la playa con su hijo, su hijo está jugando, la madre lo baña, juega con él, ¿es peor madre que una madre no drogodependiente en la playa tranquila con un hijo tranquilo? Yo pienso que la cuestión es intentar que la vinculación madre-hijo se establezca no sólo en lo funcional, no sólo en la comida o en el baño, sino en el vínculo de la relación, el aceptar a su hijo, no como milagro de la cura de la toxicomanía, sino aceptar lo que el hijo le va a aportar, e intentar trabajar esto en la relación.

**Tenison Milhomen** (Universidad de Brasilia, Brasil): Una aspecto que yo trabajo mucho en Brasilia, es la separación entre sexualidad y reproducción, para nosotros una relación sexual comprende cariño, respeto, consideración para con la otra persona, pero lo que se hace es una masturbación con el cuerpo de otra persona que lleva a la aparición indeseada de un hijo. Cómo asumir una responsabilidad frente a algo irresponsable desde el inicio. Esta es una cuestión muy

sería para nosotros y en la que procuramos profundizar en Brasilia. Padre y madre indica una autoridad masculina y femenina dentro de un contexto familiar, y estas personas no son autoridades, entonces cómo rescatar esta característica profunda de ser padres y madres. Otra cuestión está en la crianza del hijo dentro de esta familia, porque desde el momento que hay un hijo los demás adultos deben gastar mucha energía de su vida, dejando de ser un adolescente y siendo una persona que tiene mucha responsabilidad para con el hijo. Cómo hacer que estas personas asuman su responsabilidad si este hijo se convierte en un bloqueador de su libertad. En Brasil este niño pasa a ser abandonado en el sentido de que no hay una gran responsabilidad hacia él.

**Lothar Schäfer** (Presidente F.D.H.E. - Rudli - Suiza): Creo que no tenemos que hablar de si un hombre es un buen padre o si una mujer es una buena madre, porque muchas personas, no sólo los drogodependientes, no han obtenido un certificado de paternidad o maternidad, se trata simplemente de seres humanos, que en algún momento de su vida van a ser olvidados o abandonados o ya lo han sido. Coincido con la opinión de Perurena, los niños tienen funciones, los hijos de alcohólicos o drogodependientes han de asumir desde el principio unas tareas muy concretas. Por un lado son desde el principio coterapeutas y tienen que preocuparse porque les vaya bien a los padres o son co-alcohólicos o co-dependientes. Por otro lado aunque el niño no sea deseado, la madre desea gracias a ese niño salir de la situación tremenda en la que se encuentra, y de esa manera el niño está asumiendo una función, es decir cumplir las expectativas de librar a su madre de la drogodependencia y que pueda llevar a cabo una vida familiar normal. Esto supone una carga o presión emocional tremenda con la que el niño ha de vivir. Esta carga es tan grande que puede tener consecuencias negativas en su desarrollo. Si tenemos una madre que quiere ser madre con todas sus dificultades, nosotros tenemos que de dar a la madre la posibilidad de que acepte esa situación para que pueda asumir su papel de madre. Según estadísticas de Estados Unidos hay un gran aumento de madres no adultas al igual que en la antigua Alemania del Este. No sólo son problemas de drogas, son problemas sociales pero tienen un denominador común, la esperanza de que una familia propia le pueda dar al individuo seguridad. La madre drogodependiente que llega a uno de nuestros centros terapéuticos quiere por una parte solucionar su problema de drogadicción y por otro lado vivir con esa mala conciencia de no poder ser una buena madre o con la mala conciencia de que no quiere ser madre y si tenemos en cuenta estos aspectos no sólo tenemos que limitar esos problemas a nuestras mujeres drogodependientes, sino a todas las mujeres que esperan un hijo, a las que tenemos que dar la posibilidad de asumir su papel de madre, pero también me gustaría que se reflexionara sobre el hecho de que la mayor parte de las mujeres que viven con su pareja han de asumir la tarea de tener el hijo, de educarlo y de cuidar el hogar. No sé si los hombres que estamos aquí somos tan buenos padres como los demás

esperan de nosotros, probablemente deberíamos sacrificar gran parte de nuestro tiempo para jugar con nuestros hijos. Me gustaría instar a todos a que nos apartáramos de nuestras reflexiones teóricas, y nos preguntáramos que podemos hacer como terapeutas, como seres humanos para ayudar a los padres y madres. Se ha aprobado un artículo de la UNESCO en el que se trata principalmente de la protección del niño. El Dr. Koenig dijo en los años 50 en Escocia que la peor madre siempre es mejor que el mejor centro de acogida. Creemos las condiciones para que la relación afectiva madre-hijo sea buena y alcanzaremos grandes éxitos.

**Tomas Legl** (Grüner Kreis, Austria): Creo que aunque analicemos todas las situaciones de los niños y de los padres como ha dicho Hörst, si desmitificamos debemos saber de forma realista con qué estamos tratando, tenemos que contar con una historia de abusos que ya han sufrido los padres, que sufren los hijos de drogodependientes y esta es una realidad y nuestra obligación como terapeutas es proteger a esos niños y esto no significa siempre tener que sacar a los niños de sus familias e introducirles en comunidades terapéuticas, pero sí ofrecer un marco de seguridad en cuanto al abuso. También se ha hablado de la autoridad positiva paterna o materna, no es que esta no exista sino que es la autoridad negativa la que se proyecta sobre el niño. Es nuestra responsabilidad crear garantías de futuro para esos niños. Si los padres sufren un proceso de recaída el ambiente de seguridad del niño se desmorona. En última instancia si vemos que el sistema en el que se desenvuelve el niño afecta a su seguridad quizás tengamos que proteger a ese niño de esa familia.

**Público:** Lo que ha dicho Tomas debe apoyarse en criterios, ¿a partir de qué criterio intervenimos? Nosotros tenemos capacidad de actuación, tenemos criterios que creo que podemos expresar. Cuando llega una madre al centro no se está tratando sólo la relación madre hijo, se está trabajando con tres generaciones por lo menos, ya que en la madre y el niño están personificadas tres o cuatro generaciones. Lo difícil es plasmar todo esto. Si un terapeuta varón se acerca a una díada madre-hijo probablemente aparezca como el buen abuelo o el mal abuelo, es introducido en esos conflictos familiares sin que él se dé cuenta de ello. Esto es muy complejo. Pensamos que no se debe quitar el hijo a la madre porque esta tenga una recaída, debemos tratar a la madre como si tratáramos con ella a tres generaciones, en vez de a una persona, debemos desvelar cuál es el secreto de esa familia, donde se encuentra el niño en ese proceso familiar. Tenison tiene razón el que «folla» puede tener hijos, pero hay que desvelar ese entramado familiar de los afectados para entender cómo podemos actuar.

**Alice Castro** (C.T. ARCO IRIS, Portugal): El papel de las Comunidades terapéuticas, es fundamental de cara a enseñar a las madres la parte más funcional de comida higiene, etc., de los hijos.

**Lothar Schäfer** (Presidente F.D.H.E. - Rudli - Suiza): Pero existen niños que no han crecido en familias que funcionen bien desde ese punto de vista funcional,

pero donde sí ha existido buenas condiciones afectivas y que probablemente hayan adquirido mucho mejor equipamiento para la vida y nuestra principal preocupación consiste en dar a la madre drogodependiente la posibilidad, lo más rápidamente posible de desarrollar la parte emocional, afectiva, y de experimentarla con su hijo. Cuando las mujeres llegan a nuestro centro el aspecto funcional es importante como garantía y seguridad para la mujer y el niño, pero lo importante es la afectividad.

**Giuseppe Chiodaroli** (Asociación «La Ricerca», Italia): Trabajamos en una comunidad con madres e hijos, con 30 drogodependientes, es muy interesante esta mañana con la discusión sobre la situación de las madres y sus hijos, como decía Lothar, cuando entra la madre en el centro lo importante es la relación de la madre con el hijo. La comunidad debe ser como una familia con todos los problemas de una familia normal, donde no sólo aparezcan dificultades de relación, sino también situaciones de ansiedad que aparecen en la vida y esto debe afrontarse como decía García con una modificación de las actitudes. Hay que potenciar una parte fundamental en una familia normal: la seguridad, el afecto, la comprensión.

**LA ATENCIÓN A LOS  
DROGODEPENDIENTES  
EN EL PAÍS VASCO**

# LA PREVENCIÓN COMUNITARIA DE DROGODEPENDENCIAS EN EUSKADI

JAVIER RUIZ FERNÁNDEZ

*Secretario de Drogodependencias (Gobierno Vasco)*

## 1. INTRODUCCIÓN

Existe en la actualidad un elevado consenso entre profesionales y organismos internacionales a la hora de considerar prioritaria la intervención preventiva ante el fenómeno de las drogodependencias (OEDT, 1996). Entendiendo por prevención, de manera genérica, todas aquellas actuaciones encaminadas a reducir la prevalencia de los problemas derivados del uso indebido de drogas. Lo que tradicionalmente se ha conocido como «prevención primaria» (Caplan, 1985), y que aquí denominaremos simplemente prevención.

Las amplias competencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) para el diseño y la gestión de intervenciones en los ámbitos educativo, social, sanitario, etc., han permitido ir elaborando un modo particular de entender la intervención en materia de drogodependencias a impulsar por las instituciones. Un modelo singular que ha ido conociendo diversos perfiles hasta adquirir su actual fisonomía que en este artículo nos proponemos presentar.

Expondremos, en primer lugar, la elaboración conceptual que nos permite sostener nuestra política preventiva, para pasar a pormenorizar los diferentes momentos en la constitución del modelo, así como los diversos engranajes normativos, y organizativos a que ha ido dando lugar en su desarrollo.

## 2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

### 2.1. Definir la prevención

Entendemos por prevención el conjunto de estrategias que una comunidad particular ensaya para anticiparse a la aparición de fenómenos no deseados (los



usos inadecuados de drogas, en el caso que nos ocupa), a fin de evitarlos o reducir su presencia a mínimos socialmente aceptables.

La prevención se plantea así, como objetivo general, promover estilos de vida que hagan a los individuos y grupos que conforman la comunidad, menos proclives a involucrarse en relaciones problemáticas con las drogas. Conscientes de la necesidad de sostener tales pretensiones con humildad (es evidente que no se puede prevenir todo malestar humano ni todo desacierto en la construcción personal de estilos de vida), la prevención tendrá que ver con aprender a manejar situaciones de desconcierto, sin embarcarse en comportamientos que conlleven un plus inaceptable de conflicto psicosocial.

Una concepción de la prevención ajustada al saber actual de las ciencias sociales que acentúan la importancia de las dinámicas psicosociales en la generación de relaciones problemáticas con las drogas, y al encuadre sistémico en el que tales dinámicas se activan.

## **2.2. Criterios generales de la prevención**

Algunos criterios generales que enmarcan nuestra concepción de la prevención son los siguientes:

### **2.2.1. Globalidad**

Abordaje integral de todas aquellas sustancias psicoactivas susceptibles de problematizar al sujeto y/o a la comunidad de la que forma parte, generando dependencia y/u otros problemas asociados, independientemente del estatuto legal de las drogas.

### **2.2.2. Normalización**

En el doble sentido de trabajar para desactivar percepciones imaginarias, y de actuar desde los recursos normalizados de la comunidad. Sólo un abordaje racional que permita desmontar los tópicos y fantasmas que sobre el fenómeno se han ido depositando, coadyuvará a su control. Este abordaje habrá de acometerse desde las estructuras normalizadas de las que la comunidad se ha ido dotando para propiciar el desarrollo de los ciudadanos, y hacer frente a sus dificultades.

### **2.2.3. Intersectorialidad e interinstitucionalidad**

Una realidad multidimensional como la constituida por los usos indebidos de drogas, no puede abordarse con una mirada unidireccional. Se hace preciso el

concurso de los diversos sectores en que se articula la intervención social (sanidad, bienestar social, cultura, etc.), y de las diversas instituciones con competencias en estas áreas: en el caso de la CAPV, el Gobierno Vasco, las Diputaciones y los Ayuntamientos. En definitiva, diferentes áreas de las diversas instituciones comprometidas en la búsqueda de soluciones a un fenómeno poliédrico.

#### 2.2.4. *Participación comunitaria*

Difícilmente puede concebirse hoy en día el trabajo preventivo sin la complicidad de todos aquellos colectivos que vertebran la comunidad. Parafraseando a Marchioni (1987), trabajar EN, CON y PARA la comunidad, es un requisito técnico de un trabajo preventivo de calidad. La búsqueda de la complicidad de los grupos que tejen la vida social. De lo que este mismo autor denomina «la comunidad organizada».

### 2.3. **¿Que es la prevención comunitaria?**

La experiencia internacional señala que la intervención de acuerdo con un modelo comunitario supone:

- Asumir el influjo de los contextos microsociales (la familia, el grupo de amigos, el barrio, etc.) en el origen y/o evolución del fenómeno.
- Aceptar la necesidad de implicar a la comunidad organizada en la búsqueda de soluciones.
- Actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que dan forma a la comunidad.
- A partir del compromiso conjunto de los responsables políticos (que han de decidir priorizar la prevención, respaldar financieramente tal opción y favorecer procesos de diálogo y coordinación), los profesionales (dinamizadores de procesos de desarrollo comunitario) y la sociedad civil (agente de la intervención desde el momento del diagnóstico de la realidad hasta la gestión de los programas).

Nada que ver, por tanto, con patrullas de ciudadanos airados persiguiendo su propia obsesión (en tantas ocasiones las drogas que consumen otros), un remake del «despotismo ilustrado»: todo por la comunidad, pero sin la comunidad, la delegación en la Administración de la solución a los conflictos que los usos indebidos de drogas representan, movilizaciones espectáculo: maratones, partidos

de fútbol contra las drogas, etc., que, aisladas, carecen de utilidad, actuaciones puntuales, no planificadas, descontextualizadas.

## 2.4. Marco comunitario

Impulsar la prevención de las drogodependencias según un enfoque comunitario supone señalar un marco caracterizado por:

- La comunidad como territorio simbólico, sujeto y destinatario de la acción
  - \* El ámbito local, como escenario articulador de las propuestas a impulsar.
  - \* La necesidad de dinamizar a la comunidad organizada, impulsando redes entre las entidades implicadas.
- La creación de espacios de encuentro que favorezcan actuaciones coordinadas.
- El papel clave de la figura del mediador social a la que más adelante aludiremos.
- La formación de los diversos agentes sociales comprometidos con la prevención, en una tentativa de socializar un saber para la acción.
- La multiplicidad de programas: en función de espacios, poblaciones, etc.

## 2.5. Perspectiva comunitaria: escenarios, actores y guiones

### 2.5.1. Escenarios de prevención

En los diversos escenarios que configuran la vida de la comunidad (escuela, familia, tiempo libre, empresa, etc.), distintos actores (individuales y colectivos), con guiones coherentes, impulsan acciones simultáneas, buscando así propiciar el protagonismo creciente de la sociedad civil.

Al igual que existe consenso en la definición de las drogodependencias como un fenómeno multifactorial, lo existe acerca de la multilateralidad de las intervenciones a desarrollar: diversidad de niveles, ámbitos, mediadores y actuaciones (Carron et al., 1995). Puesto que los usos inadecuados de drogas forman parte de estilos de vida generados en las instancias normalizadas de socialización, en ellas habrá que acometer el trabajo preventivo: escuela, tiempo libre, familia, etc. Todos aquellos lugares que contribuyen a desarrollar estilos de vida de los que las drogas pueden formar parte (Pentz, 1993).

### 2.5.2. Actores de la prevención

El paradigma comunitario representa una estrategia que busca comprometer a los colectivos que dan cuerpo a la comunidad. Frenar, así, lo que podemos denominar la rueda de la delegación, todavía vigente (que lo haga el policía, que lo haga el maestro, que lo haga quien sea, pero otro), a partir de la evidencia de que sólo así cabe acometer iniciativas preventivas sólidas. No puede ser la prevención asunto de expertos. Tratándose de un fenómeno vinculado con los estilos de vida, son los sectores que intervienen en su promoción quienes han de comprometerse: padres, educadores, asociaciones, etc. Es la propia sociedad civil, en definitiva, la que ha de movilizarse para hacer frente a sus conflictos.

Este complejo modelo comunitario descansa en la figura de los mediadores sociales: aquellas personas que por su papel social tienen una posición privilegiada para movilizar a determinados sectores de la comunidad e introducir en sus organizaciones inquietudes y compromisos con la prevención. Una figura que se ha definido como «aquel ciudadano que ocupa un lugar estratégico en la sociedad que le permite a la vez recibir informaciones de carácter científico e institucional, y transmitir las de forma comprensible y eficaz a determinados colectivos sociales que, de otra manera, o no recibirían las informaciones, o no estarían en condiciones de asumirlas, codificarlas y utilizarlas» (Comas, 1989).

### 2.5.3. El territorio de la prevención

El municipio es el espacio privilegiado de esta actuación. En él encontramos:

- Mediadores en alianza: posibilidad de crear redes entre organizaciones comprometidas, en distintos ámbitos, con la mejora de la calidad de vida.
- Posibilidades de formación para los diversos colectivos: entrenamiento en habilidades de comunicación, de organización, etc., susceptibles de convertir su conciencia ante el fenómeno en una acción potencialmente efectiva.
- Programas desarrollados simultáneamente en los diferentes escenarios, dando lugar a un abanico organizado de actuaciones que se entrecruzan en los diferentes espacios socializadores de la comunidad.

## 3. EL MODELO VASCO: UN MARCO DE ACTUACION

### 3.1. La Ley de Drogodependencias

En Noviembre de 1988 se aprobó la Ley 15/88 de Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de Drogodependencias. Respaldada unánimemente por to-

dos los grupos políticos presentes en el Parlamento Vasco, la Ley establece desde entonces el marco filosófico, organizativo y normativo que regula las actuaciones sociales e institucionales en la CAPV ante el fenómeno.

Ya en su exposición de motivos señala la Ley la necesidad de arbitrar una respuesta global y normalizada al fenómeno. Señala, por otra parte, que «la Ley orienta sus actuaciones hacia todos los ciudadanos sin discriminación, y prioriza la política preventiva», que «engloba un conjunto de actuaciones desde diversas instancias, Salud, Educación, Interior, Juventud, Justicia, Servicios Sociales, etc., que son orientadas según un enfoque pedagógico».

La Ley establece las competencias de las Administraciones es vascas en la respuesta al fenómeno. Así, en su Artículo 31 señala lo siguiente:

1. Las actuaciones públicas y desarrollo normativo a que hubiere lugar en aplicación de esta Ley se ejercerán por el Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Ayuntamientos conforme a sus respectivas competencias en materia educativa, cultural, de orden público, comercio, sanidad, servicios sociales u otras.
2. En todo caso, será competencia del Gobierno Vasco la función de planificación y coordinación de las actuaciones reguladas en la presente Ley.
3. Desde los niveles municipal y supramunicipal se promoverá la coordinación en su ámbito de las actuaciones contempladas en la presente Ley, el apoyo a instituciones de autoayuda y la participación de la iniciativa social.

### 3.2. **Entramado institucional**

Para hacer efectiva la filosofía integradora y globalizadora que la inspira, la Ley establece la puesta en pie de un complejo entramado institucional.

#### 3.2.1. *La Secretaría de Drogodependencias*

En su Artículo 33 señala la conveniencia de disponer de un Organismo coordinador, descrito así: «Para el asesoramiento al Lehendakari en la definición de la política en materia de drogodependencias y para asistirle en su labor de coordinación y control de las actuaciones de Gobierno en esta materia, se podrá crear un Organismo de apoyo, cuya estructura y funciones se establecerán reglamentariamente.»

Esta es la función que desempeña la Secretaria de Drogodependencias, actualmente adscrita al Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. No tiene por misión desarrollar intervenciones por sí misma, sino coordinar las actuaciones del resto de las instituciones y propiciar los oportunos compromisos técnicos y financieros, haciendo así bueno el abordaje intersectorial, transdisciplinar, transversal, que la prevención de las drogodependencias requiere.

### 3.2.2. *Una acción de Gobierno*

Partiendo de la evidencia de que no cabe impulsar una política ante las drogas desde un único ámbito de intervención social (sanidad, bienestar social, o cualquier otro), la Ley establece en su Artículo 34 la creación de una Comisión Interdepartamental en la que estén representados los diferentes Departamentos del Gobierno Vasco con implicaciones en la materia: «En el seno del Gobierno Vasco se constituirá una Comisión Interdepartamental en materia de drogodependencias, presidida, en su caso, por el titular del Órgano a que se refiere el artículo 33, o por representante designado por el Lehendakari y compuesta por representantes de los Departamentos implicados, con rango de Viceconsejeros».

### 3.2.3. *Del Gobierno hacia el concurso de otras Administraciones*

Conscientes de la necesidad de dar respuesta desde distintos ámbitos de intervención y diferentes niveles de responsabilidad, se impulsa la creación de una Comisión Interinstitucional, entendida como un Organismo integrado por responsables técnicos de los distintos Departamentos del Gobierno Vasco, de las Diputaciones Forales de los tres Territorios Históricos, de los Ayuntamientos de las tres capitales y de la Asociación de Municipios Vascos EUDEL. Los tres niveles de la Administración Vasca participan en este espacio de encuentro para la reflexión, la propuesta y la valoración de políticas.

### 3.2.4. *De la Administración hacia la sociedad civil*

Una política en materia de drogodependencias que se plantea desde sus primeras manifestaciones apostar por la prevención, necesariamente ha de propiciar el compromiso efectivo de la sociedad civil. Así es como la Ley recoge en su Artículo 35 la creación de un Consejo Asesor: de carácter consultivo en el que estarán representadas las Administraciones Vascas, las entidades asociativas de la materia, las centrales sindicales, las organizaciones empresariales y los colegios profesionales, para favorecer una acción coordinada entre Administraciones Pu-

blicas, Instituciones Sociales y ciudadanos en general. Su estructura, organización y atribuciones se determinaran reglamentariamente».

Este Consejo Asesor funciona en la práctica dividido en Pleno y en Comisiones Técnicas que hacen posible un trabajo operativo en los siguientes temas específicos: Alcoholismo, Prevención, Asistencia, Reinserción, Mundo laboral y Ambito judicial y penitenciario.

### 3.3. Los Planes Trienales

#### 3.3.1. *Un mandato legislativo*

La Ley de Drogodependencias establece en su Artículo 32 la responsabilidad planificadora del Gobierno:

1. El Gobierno Vasco elaborara y remitirá al Parlamento Vasco para su aprobación un Plan de Drogodependencias en el que se recojan de forma coordinada y global las acciones de prevención y asistencia que hayan de realizarse por las distintas Administraciones del País Vasco durante el periodo que se determine.
2. En el proceso de elaboración del Plan, se dará audiencia a las distintas Administraciones y entidades que actúen en el campo de la prevención y asistencia de las drogodependencias».

En una tentativa de intensificar el compromiso institucional con la política de drogodependencias, en 1989 se puso en marcha una nueva estrategia de planificación orientada, básicamente, a explicitar las iniciativas a desarrollar por las administraciones implicadas en los siguientes tres años. Una declaración expresa que contenía las precisiones presupuestarias que la hacían viable. Nace así el Primer Plan Trienal en el que las Administraciones desarrollan sus propuestas para el próximo trienio en los ámbitos de la prevención, la asistencia y la incorporación social. La valoración positiva de este nuevo estilo de intervención ha permitido que en la actualidad este vigente el Tercer Plan Trienal.

Para la elaboración del Plan Trienal, la Secretaria de Drogodependencias se encarga de diseñar el proceso y recopilar los programas de los Departamentos del Gobierno implicados, las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, elaborar el documento que contempla la política conjunta a desarrollar en el próximo trienio y hacer la coordinación, seguimiento y evaluación de su desarrollo.

Corresponde a la Comisión especial del Parlamento Vasco estudiar la propuesta de Plan Trienal y hacer cuantas enmiendas e interpelaciones estimen oportunas. Finalmente, corresponde al Parlamento Vasco aprobar el Plan.



### 3.3.2. *Aproximación al Tercer Plan Trienal 96-98*

En cuanto hace referencia a la prevención de los usos indebidos de drogas, el Tercer Plan Trienal ha tenido la siguiente materialización:

#### A) *GOBIERNO VASCO*

##### *Secretaría de Drogodependencias*

- \* Coordinación de las estructuras de intervención en drogodependencias. Promover cambios en la mentalización social.
- \* Formación, investigación y documentación en materia de drogodependencias.
- \* Dirigir el Observatorio Vasco de las Drogas.
- \* Impulsar el desarrollo de estudios sobre el consumo de drogas en Euskadi.

##### *Departamento de Industria*

- \* Información sobre riesgos asociados al abuso de tóxicos industriales
- \* Señalización de la prohibición de fumar en ascensores y organismos públicos
- \* Actuación ante el fenómeno en el ámbito laboral.
- \* Información sobre drogas a colectivos profesionales
- \* Formación sobre problemas asociados al abuso de alcohol en el ámbito laboral.

##### *Departamento de Sanidad*

- \* Plan de Prevención, control y reducción del tabaquismo.
- \* Información, asesoramiento y orientación en prevención y tratamiento.
- \* Educación para la Salud y Salud escolar.

##### *Departamento de Educación*

- \* Promover el desarrollo del Programa CINE Y SALUD
- \* Desarrollo de Programas de Iniciación Profesional y Educación Compensatoria.

- \* Red europea de escuelas promotoras de salud.
- \* Educación para la Salud en el currículo de Educación Primaria y de E.S.O.

#### *Departamento de Comercio y Turismo*

- \* Promoción de campañas informativas.
- \* Limitación de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco.

#### *Departamento de Cultura*

- \* Información sobre drogodependencias en el ámbito juvenil.
- \* Promover el desarrollo del Programa CINE Y SALUD.
- \* Formación de educadores de tiempo libre y agentes socioculturales en la materia.
- \* Investigación y publicaciones.
- \* Coordinación en materia de juventud y prevención

#### *Departamento de Interior*

- \* Documentación en drogodependencias.
- \* Controles preventivos de alcoholemia.
- \* Control del tabaquismo.
- \* Control del horario de apertura y cierre de locales.
- \* Control de estancia de menores en establecimientos expendedores de alcohol.
- \* Formación en materia de drogodependencias de la Policía Vasca.

#### *OSALAN. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales*

- \* Publicación y evaluación de metodologías de actuación en el medio laboral.
- \* Estudio de la evaluación del consumo de drogas en el ámbito laboral.
- \* Formación en materia de drogodependencias para los mediadores del mundo laboral.

*Dirección de Bienestar Social*

- \* Prevención comunitaria de las drogodependencias.
- \* Apoyo para el desarrollo de programas escolares: Cine y Salud, Osasunkume, etc.
- \* Apoyo a la investigación en materia de drogodependencias.
- \* Formación de profesionales y voluntarios.

B) *DIPUTACIONES FORALES**Diputación Foral de Vizcaya. Departamento de Bienestar Social*

- \* Intervención Comunitaria con población infantojuvenil.
- \* Educación compensatoria.
- \* Asistencia a menores usuarios de drogas, hijos de usuarios, en situación de riesgo.
- \* Subvenciones a instituciones publicas y privadas no lucrativas.

*Diputación Foral de Gipuzkoa*

- \* Intervención comunitaria para la prevención de causas que producen marginación.
- \* Subvenciones a instituciones publicas y privadas no lucrativas.

*Diputación Foral de Alava. Instituto Foral de Bienestar Social*

- \* Prevención de las drogodependencias y reinserción social.
- \* Desarrollo comunitario.
- \* Información, formación, asesoramiento y divulgación.

C) *AYUNTAMIENTOS**Ayuntamiento de Bilbao*

- \* Oficina de información sobre drogodependencias.
- \* Prevención de drogodependencias en el ámbito familiar.
- \* Formación de mediadores sociales.
- \* Prevención en Educación Primaria y Secundaria.

- \* APOYO y colaboración con asociaciones que desarrollan actividades en la materia.

#### *Ayuntamiento de Vitoria*

- \* Oficina de Información y Orientación sobre drogodependencias.
- \* Formación de mediadores sociales.
- \* Educación para la salud.
- \* Consejo sectorial de salud, drogodependencias y consumo.
- \* Curso de comunicación padres-hijos.
- \* Un consenso social para prevenir y controlar el consumo de alcohol en menores.

#### *Ayuntamiento de San Sebastián*

- \* Comisión Municipal de Prevención Comunitaria.
- \* Prevención en Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.
- \* Talleres de Educación para la Salud en el tiempo libre.
- \* Formación en Educación para la salud de monitores de tiempo libre.
- \* Sensibilización y formación para padres y madres.
- \* Prevención de los trastornos psicoafectivos en la etapa de 0 a 6 años.

### **3.4. Apuesta por la prevención**

La Ley sanciona el consenso profesional e institucional existente en torno a la necesidad de priorizar la intervención preventiva. Así es como, sin desatender el resto de los ámbitos de actuación, se ha optado de manera decidida por hacer de la prevención el eje que define la política a desarrollar. Esta opción tiene una materialización presupuestaria evidente que lleva a que en la CAPV, no menos del 40% de las asignaciones presupuestarias de la intervención en drogodependencias se inviertan en prevención.

### **3.5. El municipio: escenario organizador**

La Administración Local, en el ejercicio de las competencias que le son propias, impulsa el desarrollo de Planes Locales de Drogodependencias (PLD) con

el concurso de las diferentes áreas municipales implicadas (cultura, bienestar social, etc.), impulsados, en su caso, por los Equipos Municipales de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias (EMPCD).

El PLD es definido como el conjunto ordenado de programas y actuaciones estructuradas, coordinadas y planificadas que, relativas al ámbito de las drogodependencias y formalizadas en documento aprobado por el órgano local correspondiente, expresa la voluntad de la Administración Local en su ámbito competencial propio. El PLD, que tendrá una vigencia de 2 años, deberá incorporar los siguientes elementos:

- a) Análisis global del fenómeno en el ámbito de la entidad local.
- b) Planificación de las aportaciones de las diferentes áreas municipales.
- c) Estrategias de coordinación para la gestión del Plan.
- d) Mecanismos de participación ciudadana en la elaboración y desarrollo del Plan.
- e) Metodología e instrumentos de evaluación.

### 3.6. Los Equipos Municipales de Prevención

Los EMPCD tienen las siguientes funciones:

- a) Desarrollar las acciones necesarias para lograr un adecuado conocimiento del fenómeno de las drogodependencias en la comunidad.
- b) Asesorar a las distintas áreas municipales y entidades colaboradoras en la planificación de actividades en el campo de las drogodependencias y en la elaboración del PLD, a fin de lograr una intervención integral y coordinada.
- c) Información y asesoramiento a las personas, familias y colectivos sobre los recursos sociales disponibles en la comunidad y remisión, en su caso, a la asistencia social de base o a servicios especializados.
- d) Colaboración, en el desarrollo de sus funciones, con los servicios sanitarios y educativos.
- e) Información y orientación específica a personas, familias y colectivos sociales sobre el fenómeno.
- f) Colaboración con las Administraciones Públicas y promoción de las iniciativas privadas sin ánimo de lucro y del voluntariado social, en las ac-

ciones que desarrollen en la materia. En particular, colaboraran en la ejecución de programas de ámbito supramunicipal promovidos por el Gobierno Vasco.

### **3.7. El concurso de la iniciativa social**

La Ley dedica un capítulo específico a acentuar la importancia de la participación social, haciendo referencia expresa al voluntariado, las entidades sin ánimo de lucro y la iniciativa social. Como desarrollo natural de este principio nace en el año 1996 el «*Foro de organizaciones de profesionales para la prevención de las drogodependencias*». Un espacio de encuentro para el trabajo conjunto, integrado por las diez entidades con mayor presencia social en el desarrollo de actuaciones preventivas. Entidades especializadas en la producción de materiales, la formación, la cooperación al desarrollo, el uso de medios audiovisuales o la investigación, se dan cita en una plataforma que quiere ser depositaria de ese compromiso legislativo de impulso a la participación de la sociedad civil.

Edición de manifiestos, organización de cursos y jornadas, presentación a la comunidad educativa de los programas existentes, en distintos soportes, son algunas de las actuaciones en que se ha concretado el trabajo de este Foro.

## **4. LA PREVENCIÓN EN EL TERRITORIO**

Toda esta filosofía y metodología de prevención comunitaria de las drogodependencias tiene una materialización local que podemos caracterizar a partir de los siguientes ejes:

### **4.1. Desarrollo de actuaciones en los diversos escenarios de la vida social**

Algunos de estos espacios de intervención son los siguientes:

#### **4.1.1. La escuela**

Actuaciones educativas orientadas a favorecer conocimientos, actitudes, valores y habilidades que ayuden a los individuos a desentenderse de usos inadecuados de drogas y desarrollen personas autónomas y responsables, capaces de gestionar sus riesgos y sus placeres.

Enmarcando el trabajo educativo en la Educación para la Salud (EPS) como estrategia que, con la adolescencia, adquiere tintes más específicos, no por centrarse en saberes sobre drogas, sino por desplegarse en torno a sus significados y presencias. Sin olvidar valores como la autonomía, el placer o la responsabilidad.

En definitiva un trabajo escolar inspirado en un modelo de competencia, orientado a que los adolescentes sean más capaces de tomar decisiones saludables y autónomas respecto a las drogas (Botvin, 1993). Sin olvidar otras dimensiones diferentes a la salud que, además de estar también implicadas en el fenómeno de las drogas, tienen su relevancia en la búsqueda adolescente de identidad: la libertad y el placer, entre otras.

Distintas propuestas articulan en la CAPV este trabajo educativo organizado, adaptando a las peculiaridades de cada etapa educativa la intervención preventiva:

- \* Educación Infantil: En la huerta con mis amigos
- \* Educación Primaria: Osasunkume
- \* Educación Secundaria: Unidad didáctica sobre tabaco

#### Ordago

- \* Educación Secundaria PostObligatoria: Cine y Salud

#### Jóvenes y Drogas

En cada municipio, los EMPCD promueven la asunción por los profesores de las distintas etapas educativas, de propuestas específicas que permitan desarrollar un trabajo transversal en cada etapa y longitudinal a lo largo del itinerario educativo de nuestros escolares.

#### 4.1.2. *La familia*

Junto con la escuela, la familia constituye un ámbito de privilegio para la actuación preventiva por representar una de las principales instancias de la socialización, de la formación de estilos de vida saludables y autónomos que la prevención pretende. Una actuación decididamente comunitaria ha de tener a la familia en su punto de mira. Muchos padres viven actualmente una situación de desconcierto. Entre la «cultura del trauma» y un liberalismo mal digerido, no aciertan en ocasiones a actuar educativamente con sus hijos, dimitiendo en parte de su función.

Una fotografía aérea de un municipio en el que se estuviera trabajando acertadamente de acuerdo con un modelo comunitario nos ofrecería, entre otras reali-



dades, que los centros educativos del municipio, en las distintas etapas obligatorias y no obligatorias, estarían realizando programas preventivos con sus escolares; que grupos de padres y madres estarían participando en encuentros formativos diversos y Escuelas de Madres y Padres.

#### 4.1.3. *El tiempo libre*

Intervenciones encaminadas a fomentar intereses en múltiples escenarios y direcciones, a partir de la evidencia de que las drogas se imponen como problema, especialmente allí donde se constituyen en fuente exclusiva de satisfacción. Un trabajo preventivo orientado a promover una ocupación diversificada del tiempo libre, que no gire monótonamente en torno al bar y al consumo de unas u otras sustancias, hará menos probable que, aun si existieran tales consumos, problematizaran al sujeto.

#### 4.1.4. *La empresa*

El mundo del trabajo no es ajeno al fenómeno de las drogodependencias y no podía serlo a la búsqueda de soluciones para su contención. Y es que, finalmente, son ciudadanos quienes lo conforman, en su papel de empresarios, gerentes, mandos intermedios o trabajadores. El escenario laboral se encuentra en una posición privilegiada para organizar en su seno actuaciones encaminadas a reducir el fenómeno. Es, por lo tanto, un espacio insustituible para acometer actuaciones en la materia.

Vivimos una época de grandes cambios en el mundo del trabajo que han llevado a acentuar cuestiones como la calidad, competitividad, productividad, gestión eficaz de recursos humanos, etc. Este moderno marco de las relaciones laborales padece el impacto de los problemas asociados a los usos de drogas. Una influencia negativa que resulta factible minimizar por medio de una actuación decidida en el interior de la empresa. El espacio laboral como escenario privilegiado de actuación con la población adulta; como territorio en el que los usos indebidos de drogas se actualizan, impactando negativamente sobre los elementos organizadores de la propia dinámica empresarial.

## 4.2. **La Caja de Herramientas de la Prevención: materiales y capacitación**

Lograr que diversos protagonistas desarrollen en los diferentes escenarios del territorio municipal iniciativas preventivas complementarias, requiere la provisión

de instrumentos que permitan la materialización coherente de las posibilidades de actuación en cada ámbito. Por otra parte, el compromiso preventivo exige una formación para la acción orientada a racionalizar el saber de los distintos agentes sociales en torno al fenómeno, así como a entrenarles en estrategias y habilidades preventivas a impulsar en sus respectivos ámbitos de actuación.

La provisión de instrumentos prácticos a los diferentes actores de la comunidad constituye la «Caja de herramientas de la prevención» (Coulombe, 1992) que, integrando las dimensiones del Saber (respecto a las drogas y la prevención), el Querer (actitudes positivas hacia el desarrollo de compromisos activos) y el Poder (técnicas y destrezas para la actuación efectiva en cada ámbito), alienta una capacitación para la acción. El cuadro adjunto, resultado de cruzar el plano de los SUJETOS con los que queremos trabajar y las diferentes DIMENSIONES a desarrollar, nos permite inventariar los elementos con los que contamos en cada municipio para impulsar una intervención integrada y efectiva. Esto permite detectar posibles desequilibrios. Idealmente, cada comportamiento de la «Caja» ha de estar convenientemente ocupado con iniciativas (materiales + formación) para su desarrollo. Cuando desde nuestra responsabilidad en lo local impulsamos programas preventivos, la «Caja de herramientas» nos ayuda a tomar conciencia de los desequilibrios y a potenciar un trabajo coherente e integrado. Para cada compartimento de la «Caja» desarrollamos y ponemos en práctica propuestas preventivas estructuradas de tal modo que incorporan como eje un determinado instrumento que recoge la iniciativa de un modo organizado. Pero los materiales son sólo recursos de los que nos servimos para propiciar una actuación, el utillaje del que disponemos para desarrollar un trabajo efectivo. Para su utilización acertada son necesarios adecuados procesos formativos en los que se desplieguen sus contenidos y su operativización en la práctica. Una formación específica para cada mediador que le capacite para la acción en su particular ámbito, sirviéndose de los materiales que ponemos a su disposición, y que cualifique progresivamente su compromiso ciudadano. Una formación que se disemine por el conjunto de la comunidad afectando a: mediadores sociales, educadores, madres y padres, políticos, policías, etc., orientada a: compartir una cultura de base sobre el fenómeno y su contención, modificar discursos sociales inhibidores, fortalecer la toma de conciencia y facilitar el uso de herramientas operativas diseñadas para cada colectivo

## 5. A MODO DE CONCLUSION

A lo largo de estas páginas se han ido sucediendo reflexiones, conceptos y experiencias que en la realidad particular de la CAPV nos han ido sirviendo para tejer un compromiso sólido con la prevención de las drogodependencias inspirado

en el paradigma comunitario. Un modelo que busca promover la participación de los diferentes sectores de la comunidad, buscando la complicidad de los agentes más activos en una iniciativa compartida que permita dirigir actuaciones preventivas hacia el resto de la comunidad.

Es mucho el camino que queda por recorrer en la tarea de ir consolidando propuestas e iniciativas en cada territorio. Es mucho igualmente lo avanzado en esta aventura de la prevención que difícilmente puede tener ya marcha atrás.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Botvin, G. J. y E.M. Botvin (1993). «Adicción juvenil: estrategias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración». Tratado sobre prevención de las drogodependencias. (Comps.: J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz). EDEX Kolektiboa. Bilbao.
- Caplan, G. (1985). «Principios de psiquiatría preventiva». Paidós. Barcelona.
- Carron et al.(1995). «Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes». Grupo Interdisciplinar sobre Drogas. Madrid.
- Comas, D. (1989). «La formación de mediadores». Drogodependencias. Guía para realizar programas de formación de mediadores. Instituto de la Juventud. Madrid.
- Coulombe, M. (1993). «¿Es posible la prevención de las drogodependencias sin recursos de apoyo». Materiales y recursos para la prevención del uso indebido de drogas. Gobierno Vasco. Documentos de Bienestar Social, 49. Vitoria-Gasteiz.
- Marchioni, M. (1987). «Planificación social y organización de la comunidad». De. Popular. Madrid.
- OEDT (1996). «Annual report on the state of the drug problem in the European Union, 1995». U.K.
- Pentz, M. A. (1993). «Estrategias para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar y en la comunidad». Tratado sobre prevención de las drogodependencias. (Comps.: J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz). EDEX Kolektiboa. Bilbao.

## 7. CUESTIONES SOBRE LA PONENCIA

**Horst Bromer** (Drogenhilfe Tannenhof e.V. - Berlín - Alemania): ¿Podrían explicarnos cómo han conseguido reducir el consumo de alcohol en un 50%?

**Javier Ruiz** (Secretaría de Drogodependencias - Gobierno Vasco Vitoria, España): Esto se consiguió con una estrategia que se inicia en el año 1980, en el que se analizó el estilo de consumo de alcohol de la sociedad vasca, y se encontró que existía un uso totalmente integrado en el estilo social de relación y a partir de esa fecha se inicia una estrategia cuyo objetivo es la disminución de la frecuencia, con campañas informativas actividades de prevención a nivel educativo, programas escolares, laborales que consiguen que se reduzca la frecuencia y graduación de las bebidas (según cifras de productores y comercializadores). Se disminuye el consumo de vinos de menor calidad en favor de otros de mayor calidad pero también en menor cantidad, en definitiva un uso más selectivo y en menor cantidad, más moderado.

**Julen Perurena** (AGIPAD, España): Me gustaría preguntar si el tema del seminario que aquí nos reúne, se contempla desde las instituciones o desde el observatorio sobre drogas, como un tema específico para abordar.

**Javier Ruiz** (Secretaría de Drogodependencias - Gobierno Vasco-Vitoria, España): Yo creo que este es un foro importante para plantear las necesidades que se perciben, y profundizar en ellas, a partir de aquí son importantes las investigaciones, las reuniones de este tipo y el proponer líneas de investigación que analicen esta situación y que establezcan algún tipo de respuesta. No tenemos ahora mismo en mente un proyecto específico de trabajo con estas familias, a nivel preventivo. Hoy en día no existe un proyecto específico para este problema, pero deberíamos atajarlo, antes de que sea grave, aprovechando los recursos de ayuntamientos y de la red de salud.

## **Ponencias Mesa 2.<sup>a</sup>**

**RESPUESTAS DE LOS PROGRAMAS EN LA  
ATENCIÓN DE DROGODEPENDIENTES CON  
HIJOS**

# NECESIDADES ESPECIALES DE HIJOS DE PADRES DROGADICTOS

ELFRIEDE STEFFAN

*Sozialpädagogisches Institut - Berlin - Alemania*

El objetivo de nuestro estudio es valorar las necesidades especiales de los hijos de padres drogadictos con el fin de analizar, tanto la situación de los padres drogadictos como la de sus hijos en Europa. También mostrar las posibilidades de apoyo a los hijos de padres drogadictos y representar algunas ofertas que se hacen en países europeos a modo ilustrativo. Este estudio se desarrolla desde el Grupo Pompidou.

## 1. EFECTOS DEL CONSUMO DE DROGAS SOBRE EL EMBARAZO Y EL DESARROLLO DEL HIJO

Cerca del 60-80 % de los recién nacidos hijos de madres heroínomanas, presentan síndrome de abstinencia —desde suaves a fuertes—. Especialmente problemáticos para los recién nacidos y los fetos, donde la mujer embarazada además del consumo y dependencia sufre además con serios problemas sociales.

Cuanto peores son las condiciones de vida, cuanto más arraigado es el estilo de vida marginal, más negativo es el efecto del consumo de drogas para la madre y el hijo.

Los exámenes del desarrollo corporal de los hijos de madres heroínomanas, presentan claras diferencias en relación a los hijos en ámbitos diversos como crecimiento, desarrollo motor y el lenguaje, en relación a los hijos de madres no heroínomanas. Pero estas diferencias son menores de las que cabría esperar.

La drogodependencia de los padres y el estilo de vida, tienen una clara repercusión en el desarrollo psíquico de los hijos. Frecuentemente los hijos recogen esta confusión, reproducen la miseria social de sus padres y la drogodependencia.



La educación de estos padres hacia sus hijos viene marcada por un descuido de las necesidades psíquicas y/o corporales del hijo, una educación inconsecuente con cambios arbitrarios del autoritarismo al excesivo mimo; informalidad, inconstancia de los padres así como un fuerte riesgo de que los hijos sufran violencia física y/o sexual.

Las consecuencias más probables son que el hijo viva en una situación de tensión, miedos, incertidumbre, falta de seguridad, engaños y desengaños. Frecuentemente los hijos desarrollan sentimientos de culpa, porque piensan que son la causa del consumo de drogas de sus padres y de las consecuencias que esto tiene en la familia.

## 2. MÉTODO Y DESARROLLO DE TRABAJO DEL ESTUDIO

Una revisión de la literatura sobre la situación de los hijos de padres drogodependientes constituyó la base para la elaboración de dos cuestionarios sobre los temas siguientes:

- a) Preguntas sobre el número de personas afectadas, datos sociológicos y biográficos de las personas drogodependientes.
- b) Preguntas sobre las estructuras de ayuda a personas drogodependientes, teniendo en cuenta las ofertas dirigidas a padres/madres drogodependientes y sus hijos, así como preguntas dirigidas hacia las ofertas especiales para mujeres embarazadas drogodependientes.
- c) Preguntas sobre la situación jurídica de las personas drogodependientes.

Además se pidió a los participantes en el estudio mencionar organizaciones que hacen ofertas dirigida a madres/padres drogodependientes y sus hijos.

Elegimos de tres países —Suiza, Holanda y Alemania— cuatro organizaciones relevantes en esta área de intervención.

## 3. RESULTADO DE LOS CUESTIONARIOS

### 3.1. Material

En total existen informaciones de 12 países (48 % de respuesta); Dinamarca, Alemania, Finlandia, Luxemburgo, Holanda, Noruega, España, Turquía, Chipre, Suiza, Polonia y Checoslovaquia.

### 3.2. Número de personas drogodependientes y sus hijos

Los indicadores en números, de personas drogodependientes se basan en estimaciones:

- Chipre 193 personas drogodependientes.
- Alemania 100.000 - 150.000 drogodependientes.

La proporción de mujeres drogodependientes se estima del 16,5 % a 30-40 %. Los indicadores sobre hijos de padres drogodependientes se estiman en 96 hijos —Chipre— y de 20.000 a 30.000 en Alemania.

### 3.3. Programas especiales para embarazadas y padres drogodependientes con sus hijos

Programas especiales ginecológico/obstetricia para embarazadas drogodependientes se dan en: Dinamarca, Alemania, Finlandia, Gran Bretaña, Holanda y Noruega.

Las organizaciones de Dinamarca, Alemania, Gran Bretaña, Luxemburgo, Holanda, Noruega y Suiza desarrollan programas para padres drogodependientes y sus hijos a nivel ambulatorio y en Comunidades Terapéuticas, teniendo ofertas diversificadas. Los mismos países refieren programas especiales para hijos de personas drogodependientes.

### 3.4. La situación jurídica de las personas drogodependientes

Datos sobre la situación jurídica de las personas drogodependientes existen en 10 estados: Dinamarca, Alemania, Finlandia, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Polonia, España, Turquía y Chipre.

Se contempla la posibilidad de retirar la custodia de los hijos a padres drogodependientes en Noruega, Dinamarca, Holanda, Luxemburgo, España, Chipre y Turquía.

En Holanda, Chipre y Turquía, una acción criminal en relación con drogas, la adquisición de los mismos o la prostitución no son causa suficiente para retirar la custodia de los hijos, en cambio esto es posible en Noruega, Dinamarca, Luxemburgo y España, no se hacen indicaciones precisas.

En todos los estados otro tipo de causas pueden llevar a una retirada de los hijos, por ejemplo, el descuido o malos tratos al hijo.

#### 4. ORGANIZACIONES MODELO PARA PADRES DROGODEPENDIENTES Y SUS HIJOS

##### 4.1. Trabajo con mujeres drogodependientes y sus hijos en la Comunidad Terapéutica y Social «Rüdlí» en Wimmis (Suiza)

El trabajo con mujeres drogodependientes con hijos se basa en la parcialidad entre madre e hijo. No deben fomentar sólo a la madre sino al hijo también.

La Comunidad Terapéutica y Social «Rüdlí» dispone de una casa para mujeres drogodependientes y sus hijos. Admiten mujeres con 1 a 3 hijos con edades inferiores a 12-13 años, así como mujeres embarazadas. Para las mujeres con hijos mayores se busca un piso individual que permita estar juntos a la madre con los hijos.

Las mujeres en programas de metadona no se admiten.

La madre pasa la fase de motivación sin su hijo, al inicio de la fase de rehabilitación —cerca de un año— la madre y su hijo viven juntos en la casa de mujeres y sus hijos.

En esta fase las mujeres trabajan sólo el 50 % de las horas de trabajo normal, con eso tienen tiempo para sus hijos.

Las áreas de actividades se dan en una u otra casa «Brodhür» (casa, cocina, lavandería, jardín, taller). Mientras la madre trabaja o participa en el programa terapéutico, su hijo está en el grupo interno de juego.

Durante la fase de integración/reintegración, la madre y su hijo viven en un grupo fuera o en un piso propio. La madre debe empezar una formación o un trabajo exterior y continuar éste. El hijo se atiende en el parvulario de «Rüdlí» («Sunnezyt»).

En la casa para mujeres e hijos, las madres viven de dos en dos por habitación y los hijos en una habitación de niños propia (3 ó 4 por habitación). Esta separación es muy importante porque el hijo tiene más espacio para el desarrollo propio, que le liberará de la responsabilidad frente a los padres drogodependientes.

Las salidas del día y la semana siguen un esquema sólido de tiempos de trabajo, comida, sesiones de terapia, actividades de grupo, ocupación de los hijos, trabajos domésticos y tiempo libre.

Las tareas domésticas necesarias, las realizan las mujeres por turnos, así mismo la cena la toman juntos. El desayuno, almuerzo y comidas las hacen en la casa «Brodhür». Las madres lavan la ropa de sus hijos.

La madre debe tomar primero la responsabilidad con el hijo, aunque hay personas especializadas para la atención de los hijos.

Es importante establecer relaciones fuera. Las mujeres tienen que aceptar los programas, por ejemplo deportivos para madres e hijos, y otros programas para mujeres en el municipio. Los hijos que están en edad escolar acuden a la escuela nacional de Wimmis.

Para mujeres drogodependientes se desarrolla un programa de terapia especial a través de grupos y actividades ofertándose lo siguiente:

- Un grupo especial para las madres y sus hijos.
- Un grupo especial de mujeres.
- Un grupo especial de mujeres de movimiento, baile y juego.
- Actividades madre-hijo.
- Ayudas terapéutica y pedagógica especial con el hijo singular.
- Ayuda terapéutica individual con la madre.
- Ruedas colectivas
- Las fases extendiéndose el trabajo madre-hijo.
- Grupos terapéuticos colectivos y actividades con todas las mujeres y hombres en la fase de rehabilitación.

Una particularidad representa el contrato sobre la seguridad del hijo. Al inicio la madre firma un contrato donde ella se compromete a dejar la comunidad sin su hijo cuando ella rompe la terapia. Este contrato es importante para el hijo, ya que con ello él no vive en una situación insegura y él dejará la Comunidad cuando el estilo de vida de la madre es claro.

#### **4.2. Trabajo con hijos de padres drogodependientes en la Comunidad «Drogenhille Tannenhof» en Berlín (Alemania)**

El Tannenhof admite en su programa padres y personas solas con hijos hasta 8 años. Ellos hacen las mismas fases que los otros clientes.

En Tannenhof las personas viven separadas conforme al sexo, también las parejas. Los hijos viven en la habitación de la madre o del padre. En todos los grupos terapéuticos los hijos son un tema de debate, así pues los hijos son una parte evidente de la vida diaria en el Tannenhof.

Después de 2-4 semanas en el Tannenhof, tiene lugar una entrevista de anamnesis con las madres/padres y con la directora de la casa de los hijos. Ellos hablan de la biografía y retención de los hijos y eventualmente se iniciarán medidas terapéuticas para apoyar el desarrollo del hijo. Se inicia trabajando sobre la historia de dependencia de los padres al comienzo. Es muy importante descubrir cual es el rol del hijo en la vida de drogodependencia de sus padres.

Dado que la dificultad es muy alta en las primeras semanas es muy importante que los padres se unan en una atención responsable en relación a sus hijos y que ellos no se lleven a los hijos a la escena abierta (tomar drogas).

El grupo de los hijos es mixto, tienen edades diferentes. Los hijos deben de aprender la confianza sobre una base segura. Eso se quiere alcanzar con un día estructurado (por ejemplo el tiempo de la comida será exacto, sin variaciones).

En casos concretos se trabaja individualmente con los hijos. Por ejemplo cuando ha habido un abuso frecuente desde el ámbito familiar (del padre, abuelo,...).

#### **4.3. El grupo de trabajo KDO (Kindeen von Drugsverslaufde Ouders) delegación de Amsterdam-Holanda**

KDO es un grupo formado por hijos de 0 a 16 años que viven con sus padres drogodependientes.

El objetivo de trabajo de KDO es ayudar a los padres en el cuidado en el seno familiar de los hijos.

KDO no ejecuta, sino que organiza y coordina una red para el cuidado de hijos de padres drogodependientes, observa y controla las medidas que previamente se acordaron con los padres sobre el cuidado de los hijos. Para ello KDO desarrolla un catálogo de criterios básicos:

- Disposición de gas, agua, luz y otros aspectos básicos que un hijo necesita para su crianza.
- Facilitar cuestiones básicas como alimento, ropas e higiene.
- Atención médica del hijo.

- Una persona cuida del hijo de manera regular.
- Un ritmo regular durante el día y la noche entre los padres y el hijo.
- Observar los términos del acuerdo en relación al hijo.
- Prestar una atención emocional satisfactoria para el hijo.
- Una asistencia a clase regular.

Todos los hijos de padres drogodependientes se registran en KDO a través de las clínicas y otras organizaciones de atención a drogodependientes.

Para realizar este tipo de intervención la condición es que los padres no vivan en la escena abierta y quieran realizar una terapia o programa de metadona.

Al comienzo se establece un plan individual en colaboración de los padres, familiares y otras personas encargadas del cuidado del menor. Las personas del cuidado son todas aquellas que tienen un contacto regular y son importantes para el bienestar del hijo.

A nivel del cuidado, se fijan exactamente qué aspectos son básicos para el bienestar del hijo y los términos en que debe cumplirse. Estableciendo un control regular de los cuidados de la familia y el hijo.

Cuando surgen problemas en el cuidado se realiza una reunión con todas las partes interesadas. Cuando esto no sea posible y con el objetivo de asegurar los cuidados básicos, KDO pone en conocimiento del tribunal de familia, para que decida las medidas a adoptar.

#### **4.4. IGLU Apoyo para hijos y padres drogodependientes en Hamburgo (Alemania)**

La premisa de IGLU es aceptar las drogas, plantea que el consumo de drogas de los padres así como la presencia del hijo en la escena abierta, no son criterios para una intervención con la familia o que alguien extraño se haga cargo del hijo, por encima de los padres.

La base del trabajo a la parcialidad orientado hacia la situación del hijo. El objetivo es la evitación de los peligros y la mejora de la situación de los hijos de padres drogodependientes.

Todas las mediadas se basan en el principio de la voluntariedad. El apoyo es un cuidado limitado y la ayuda social a la familia también.

Los colaboradores de IGLU se orientan a través de un catálogo de criterios de asistencia básica a los hijos. Este catálogo se basa en el catálogo del grupo de trabajo KDO de Amsterdam.

El objetivo del cuidado es estabilizar la situación familiar a través de medidas que les pueda beneficiar.

La situación se clarifica a través de las preguntas siguientes:

- ¿Cómo está el hijo?
- ¿Qué problemas tienen los padres?
- ¿En qué problemas la familia necesita ayuda?
- ¿Dónde se puede conseguir esa ayuda?

Las necesidades de ayuda se plantean con el/la cliente.

En el trabajo de ayuda a la familia, las principales tareas para los colaboradores consisten en:

- Apoyo sobre cuestiones materiales básicas de vida.
- Creación de unos horarios que estructuren el día.
- Apoyo en la escolarización de los hijos.
- Formación del tiempo libre de los hijos con los padres.
- Poner a disposición de la familia los recursos existentes.
- Apertura de la familia hacia fuera.
- Una orientación preventiva de asesoramiento «safer-cise».

De acuerdo con la familia se desarrollará un plan de ayuda con un seguimiento del mismo.



## **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **1) Perfeccionamiento del conocimiento de los datos**

Los países singulares tienen que realizar una documentación estadística de los problemas de las drogas.

### **2) Aprender unos de otros: Las experiencias son transferibles**

Todas las organizaciones tienen experiencias pero es importante que todas aprendan unas de otras.

### **3) Conocimiento de los problemas globales y políticas en materia de drogas**

El trabajo con drogodependientes necesita de desarrollo e intercambio de las organizaciones a nivel internacional.

El intercambio tiene que dar la posibilidad de realizar prácticas en otras organizaciones a nivel internacional. Desde nuestra valoración los grandes congresos a nivel internacional no es la forma adecuada para desarrollar una estructura de apoyo para los hijos de padres drogodependientes.

### **4) Formación de equipos a nivel nacional para abordar la situación de los hijos con padres drogodependientes**

Es importante evaluar el trabajo de las organizaciones que trabajan con padres drogodependientes y sus hijos y la creación de una red entre dichas organizaciones así como un teléfono nacional de asesoramiento.

### **5) Programas dirigidos a hijos de drogodependientes mejorándolo así como la creación de redes.**

## 6. CUESTIONES SOBRE LA PONENCIA

**Joachim Ladders** (Drogenhilfe Tübingen e. V., Alemania): He entendido que las mujeres cuanto más jóvenes mejor pueden abandonar la droga sin ayuda, lo que no he entendido es su justificación.

**Elfriede Steffan** (Sozialpädagogisches Institut, Alemania): El único estudio que conozco al respecto se efectuó en Frankfurt, Alemania, e indicaba dos aspectos, por una parte la resistencia de las mujeres frente a instituciones terapéuticas y por otra que las mujeres parecen disponer de fuerzas sociales superiores y son capaces de superar este proceso solas con mayor facilidad.

**Julen Penurena** (AGIPAD, España): Me ha parecido muy interesante tu intervención, pero me ha llamado mucho la atención algo que has dicho y que también se ha mencionado esta mañana y es que la situación de esos niños es desconocida, que es un tema que está presente pero que no se habla. ¿Qué habéis encontrado sobre este aspecto desde vuestra investigación?

**Elfriede Steffan** (Sozialpädagogisches Institut, Alemania): Creo que las instituciones técnicas no han hecho un trabajo de presión suficiente, a nivel europeo, para convertir este asunto en un tema de debate, existen muchos tabúes en las familias y en las instituciones relacionadas con estas que nosotros podemos hacer desaparecer.

# LA RELACIÓN MADRE TOXICODEPENDIENTE-HIJO: ¿QUÉ TERAPIA, QUÉ EDUCACIÓN?

ALICE CASTRO Y MARÍA GRACIA AREIAS  
*C.T. Arco Iris (Coimbra)*

La Comunidad Terapéutica Arco Iris (C.T.A.I.) fue la primera creada en Portugal en 1978, y la primera y única que recibe madres toxicodependientes con hijos. Esta particularidad surgió por la necesidad de dar una respuesta a las mujeres toxicodependientes que tenían hijos y, o no tenían con quien dejarlos durante el periodo de internamiento, o bien no querían separarse de ellos.

Partiendo de nuestra experiencia con madres toxicodependientes y sus hijos, procuramos fundamentar la estrategia terapéutica que consideramos más adecuada.

Generalmente el embarazo, el parto y la maternidad constituyen situaciones de crisis normativa, es decir, momentos de reorganización propia y de la familia. La verdad es que, aun en condiciones normales, los padres se desequilibran fácilmente.

La mujer toxicodependiente, como no es madura ni afectiva ni emocionalmente difícilmente posee recursos para enfrentarse a esta crisis. Una situación de toxicodependencia grave es incompatible con las exigencias del desempeño de las funciones maternas.

De hecho, la toxicodependencia y las perturbaciones psicopatológicas asociadas, tales como:

- baja tolerancia a la frustración,
- relaciones afectivas inestables y precarias,
- problemas de identificación,
- prevalencia del paso al acto sobre la mentalización, elevados niveles de ansiedad y angustia,

- estados depresivos y en muchos casos perturbaciones psiquiátricas más graves.

Conforman una situación de alto riesgo ante el nacimiento y desarrollo del niño.

Frecuentemente, encontramos en estas situaciones las siguientes características.

1. Embarazo ocasional (no deseado, ni planeado)
2. Embarazo diagnosticado tardíamente
3. Embarazo no cuidado adecuadamente
4. Vigilancia tardía, ocasional o inexistente
5. Tipo de relación con el padre del niño
6. Consumo de drogas en el periodo pre y/o post-natal
7. Prematuridad
8. Síndrome de abstinencia
9. Internamiento del bebé en la unidad de cuidados especializados
10. Condiciones socioeconómicas precarias
11. Negligencia en los cuidados (alimentación, sueño, higiene, etc.)
12. Vinculación deficiente
13. Tendencia para delegar funciones parentales (abuelos, otros), en casos extremos abandono o petición de institucionalización del niño.

En estas mujeres, el embarazo no surge por deseo de tener un hijo, de ser madre, pero sí procede de la «falta de conocimiento sobre la sexualidad y las alteraciones menstruales procedentes del uso de heroína asociadas a la ilusión de invulnerabilidad y plenitud generadas por ésta o a sentimientos de desvalorización que crean un "mito de infertilidad" que tiene como consecuencia la no utilización o el recurso a métodos anticonceptivos inadecuados» (M. Pimenta, 1977).

El embarazo no es planeado, no es deseado de un modo consciente y de ahí que se invierta poco en él.

No se observa después del diagnóstico de embarazo una decisión respecto al seguimiento de éste, aunque sí una inercia relacionada con tomar una decisión.

Como se sabe, los niños nacidos de un embarazo no deseado están en peligro desde el nacimiento. «Un hijo nace primero en la imaginación y en el sueño de los padres y por lo tanto, en un plano emocional, nace antes de nacer.» (Eduardo Sá, 1985).

Enfrentadas con la evidencia del embarazo, éste se vive como una salvación. Al feto se le dan poderes terapéuticos mágicos que posibilitaran el cese de los consumos.

La vigilancia del embarazo —que indica la transformación del bebé imaginario en el bebé real— se hace tarde y de forma poco sistemática.

La ambivalencia con que estas mujeres viven el embarazo se traduce en el mantenimiento del consumo (a pesar de tener la noción de que habría sido importante su reducción o su término) muchas veces unida a la creencia abortiva de las drogas. El consumo genera culpa siendo ésta muy desorganizada, ansiógena y difícilmente analizable, la cual justifica la continuación del consumo.

Es el parto el que va obligar a la mujer a tomar conciencia de su responsabilidad. Es un hecho que la mayoría de estas mujeres no son maduras ni afectiva ni emocionalmente para la maternidad.

En la mayoría de los casos el parto es prematuro. Sucede cuando la madre no está psíquicamente preparada y representa un acto fallido. El sentimiento es de que «no pasó nada». La prematuridad del embarazo priva a la madre del desarrollo del bebé imaginario frustrándole tanto libidinal como narcisísticamente.

A las perturbaciones específicas de los prematuros se asocian frecuentemente el síndrome de abstinencia. Esta situación se agrava en los casos en que el bebé necesita ser ingresado en una unidad de cuidados especializados.

Las características del bebé prematuro y abstinentes van a ser determinantes para la formación de la díada (por ejemplo: bebés hiperactivos difíciles de calmar y consolar, bebés con respuesta lenta), desorganizando la propia actividad maternal de una forma que dificulta el «sentir y el leer» de los estados y necesidades del bebé, no ofreciéndole la gratificación afectiva y la estimulación adecuada. Este bebé — prematuro y abstinentes — provoca una herida narcisista que puede volverse persecutoria. En la medida en que estos sentimientos son imposibles de elaborar, el holding se vuelve funcional y mecánico y en vez de vincular se interpone entre la madre y el bebé.

El hecho central del parto y del post-parto es la confrontación entre el bebé imaginario y el bebé real. La discrepancia entre el niño que es esperado y el real, el que grita, come y duerme mal, puede ser sentido como una decepción o hasta una persecución. La realidad se vuelve incompatible con la fantasía. Las exigencias

relacionadas con los cuidados paternos llevan a la madre a sentirlo como una verdadera carga.

La situación se agrava porque en la mayoría de los casos el padre del niño también es tóxicodependiente. La droga es el punto de unión de la pareja y la relación se estructura en función de su consumo. La exterioridad y el poder del objeto que une y domina la relación, y el significado que asume para cada una de las partes es por así decirlo la antítesis de la relación que da lugar al deseo de tener un hijo, donde cada uno se reconoce y sobre todo ambos se ven de nuevo.

Hay de hecho, un conflicto «... entre un proyecto de vida en el que se pueda introducir con realismo la maternidad o la paternidad, y la vivencia de la dependencia de la droga...» J Seabra Diniz (1993).

La pregunta es: ¿qué tipo de familia se puede construir con un «matrimonio» como este? ¿Qué lugar puede tener un hijo en una relación como ésta?

Se comprueba una gran dificultad de separación-individualización respecto a las familias de origen, que se confirma por la presencia de las abuelas en el seno familiar. Estas asumen frecuentemente las funciones parentales frente a la progresiva negligencia en los cuidados al bebé.

Durante el primer año de vida, tal vez por el estado de absoluta dependencia en el que el bebé se encuentra, la madre toxicodependiente parece afrontar fácilmente la situación. Los problemas parentales aumentan en la medida en que proceso de individuación permite al bebé distinguirse de sus padres física y verbalmente. La recaída es la respuesta más frecuente a esta situación, y es lo que origina la petición de internamiento. De hecho la edad media de los hijos de madres internadas en la CTAI es de tres años.

Nuestra experiencia nos permitió constatar que los internamientos realizados en este contexto presentan elevadas tasas de retención en tratamiento en relación a la población en general.

Estos datos nos permitieron concluir que el internamiento de las madres con los hijos es un factor de estabilidad para el tratamiento de la mujer toxicodependiente. En la medida en que ninguno de los hijos fue abandonado por la madre, el internamiento se reveló también beneficioso para la relación madre-hijo.

Consideramos pues el internamiento de la madre y del niño en CT como la intervención más adecuada, en la medida en que ella ofrece un tiempo de pausa y apaciguamiento de tensiones, indispensable para quebrar del círculo vicioso de la toxicodependencia y de sus consecuencias sobre el vínculo y la calidad de la interacción con el niño.

También el modelo de funcionamiento de la CTAI con una estructura jerárquica que distingue claramente el papel del «staff» y de los usuarios, funciona como familia sustituta, ofreciendo al residente la posibilidad de crecimiento en un ambiente protegido. A su vez el sistema de reglas y valores vigentes hacen viable el mantenimiento de este sistema controlado y seguro.

El sistema de soporte de 24 horas al día obliga a sustituir las defensas desadaptadas por formas alternativas de afrontar las situaciones.

El equipo técnico constituido por un médico psiquiatra, dos psicólogos, una asistente social, dos monitores, dos animadores sociales, un administrativo permite conseguir las actividades terapéuticas que pasamos a mencionar:

#### ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

Vida en grupo

Ergoterapia

Informática

Fotografía y vídeo

Periódico

Taller de barro

Carpintería

Taller de costura y tejido

Joyería

Actividades de mantenimiento y conservación de la casa

Limpieza

Alimentación

Lavandería

Actividades deportivas

Psicodrama

Dinámica de grupos

Expresión corporal

Psicoterapia infantil



Intervención en la relación madre-hijo

Terapia familiar

Grupo de padres

Grupo de encuentro de ex-residentes

Reuniones generales:

Reunión comunitaria

Reuniones de la evaluación de estar de los residentes

Reuniones especiales:

Las reuniones de enfrentamiento entre usuario y equipo técnico

Reuniones de evaluación de grupo

Estudio y formación profesional

La intervención en la relación de las madres toxicodependientes con los hijos tiene un doble objetivo: desarrollar y apoyar el proceso de la maternidad aumentando la confianza en las capacidades maternas y ayudar a la madre a encontrar un sentido para su propio comportamiento en la historia de su vida y en sus fantasmas.

El internamiento de la madre con el niño en la C.T. permite la observación directa de la interacción sin necesidad de recurrir a situaciones «artificiales» (participación natural del terapeuta en el momento de las comidas, en el sueño, en los juegos, en la higiene) posibilitando un diagnóstico claro de la situación y la definición de estrategias terapéuticas. La observación del desarrollo y comportamiento del niño y de la relación madre-hijo, permite modificar de manera contingente sus interacciones y ambiente. Estas modificaciones son por tanto delineadas a partir de la identificación previa de los motivos que impiden a la madre de responder a las solicitudes de su hijo.

Para la comprensión de las dificultades y ocasionalmente su desaparición es importante la presencia del «hijo en los brazos de la madre». Cuando hay perturbaciones de la relación madre-hijo, el niño es el mejor agente de modificación positiva de la interacción porque él sabe dar a la madre su estatus específico, o sea de madre.

Los recién nacidos normales están, como sabemos, bien equipados para influir su medio ambiente, aun en el más peculiar, incluso los bebés más frágiles ofrecen indicadores sobre lo que les desagrada, sobre lo que les hace sentirse confortados, sobre lo que les presiona.

Así los niños son capaces de contribuir a su desarrollo. Existe una interacción dinámica entre la constitución del niño —o sea aquello que es capaz de contribuir a situación— y el comportamiento parental, siendo la calidad de la adecuación entre estos dos sistemas lo que va a determinar la calidad del desarrollo.

La tarea de los padres consiste pues en adaptarse y comprender el comportamiento del niño y proporcionar su adecuada satisfacción. Muchas veces este sistema falla porque los padres no son capaces de leer adecuadamente las señales del niño. Por parte de la madre, las respuestas a las señales de los hijos tiene un elevado grado de elaboración psicológica y son el resultado de los sentimientos profundos que ligan a ellos. Cuando las madres no hacen adecuadamente la lectura de los estados y las necesidades de sus hijos, el ejercicio eficaz de la función materna queda comprometido pues no proporciona la estimulación y la gratificación afectiva indispensables para el crecimiento. En estos casos el significado y la continuidad de las experiencias se pierde y el niño no aprende a relacionar sus propios estados con las respuestas que recibe y no reconoce el significado afectivo de la experiencia.

También las propias características del niño pueden estar en la base de la disfunción de la díada. Como sabemos, los bebés prematuros y abstinentes son menos gratificantes en la interacción creando en la madre sentimientos de frustración e incompetencia. En estas situaciones, las madres pueden entrar en ciclos de feed-back negativos, acentuando así problemas de comportamiento en el niño en vez de reducirlos.

Las intervenciones de carácter pedagógico, basadas en las medidas correctivas y educativas implícitas en la estructura de la vida comunitaria, o sea en el cumplimiento de las normas en vigor (horas de levantar, alimentación, horas de baño...) no aseguran por sí solas el establecimiento de una relación armónica de la madre con el hijo y la prevención de las perturbaciones del niño.

Durante algún tiempo, se pensó que bastaba educar a los padres para asegurar el desarrollo armónico y equilibrado del niño. Aunque la información sea positiva, puede llevar a los padres a pensar que al usar un manual de recetas educativas mejoran su desempeño y las relaciones con los hijos. Esta estrategia se reveló paradójica, porque o culpabilizaba a los padres identificando sus fallas educativas o los desculpabilizaba porque «habían hecho todo lo que venía en los libros».

En la realidad, ni todo lo que respecta a la relación padres-hijos está en el orden de lo consciente y como tal educable.

Se justifica entonces la necesidad de recurrir a intervenciones psicoterapéuticas basadas en el conocimiento psicodinámico de las interacciones madre-hijo que se pueden dirigir exclusivamente a la madre o a la madre o al niño (mixtas).

Las interacciones lúdicas del terapeuta con el niño apelan a comunicaciones del inconsciente, son hechos en la presencia de la madre, y posibilitan la identificación con el terapeuta.

La intervención dirigida a la madre no pretende ofrecer buenos consejos («recetas»), ni hacer observaciones moralistas, o enseñar a alguien a ser madre; «los buenos consejos no son suficientes para alterar las actitudes interiorizadas y las deficiencias vivenciadas precozmente por los propios padres» (NIDA, 1979).

«La educación no es una materia que se enseña, sino una actitud que refleja el enfrentamiento de las vivencias del educando que fuimos con las del educador que pretendemos ser» (J. dos Santos, 1982). Como se sabe, los procesos de identificación tienen un valor privilegiado en la educación de los niños.

Estas intervenciones psicoterapéuticas proporcionan un espacio a la madre para hablar sobre su bebé, para encontrar el lugar que éste ocupa en su vida imaginaria y fantasmagórica, es decir, pensarse como madre.

Las madres recorren de forma retrospectiva el desarrollo de los hijos, reactivándose así conflictos de su propia infancia. Los movimientos identificatorios se organizan por un lado en relación a su propia madre y por otro en relación al niño.

Es por tanto el tipo de personalidad de la madre, o sea su propia infancia lo que nos interesa, lo que nos lleva a la generación precedente y coloca el problema de repetición de sus conductas. Como decía Napoleón, la educación de un niño comienza 20 años antes de su nacimiento.

Como sabemos «la historia personal de las mujeres toxicodependientes revela normalmente una infancia desarmoniosa en que abandono, negligencia, frustración repetida y violencia física, psíquica o sexual están siempre presentes. Al contrario de lo que frecuentemente observamos en los hombres, la madre de la mujer toxicodependiente es habitualmente hostil, fría y punitiva, el padre, es sentido como débil, distante y ausente» (M. Pimenta, 1977).

Las dificultades de identificación de la toxicodependiente con la madre y con su propio hijo comprometen su tarea de ser madre. Para estas mujeres el hijo responde a las necesidades de reparación de ese pasado. La necesidad de encontrar para sí una buena madre, se confunde, con el deseo de ser madre (J. Seabra Diniz, 1995).

El nacimiento del niño reactiva posiciones de ambivalencia: o es aceptado porque llena un vacío afectivo, o es rechazado por ser vivido como una privación. La ambivalencia se expresa en la discontinuidad de los cuidados prestados por la madre a los hijos: muy cuidadosos en determinados momentos y descuidados cuando las madres buscan en el uso de la droga, la satisfacción de su plenitud narcisista.

Estas madres no tienen en cuenta la individualidad de sus hijos —sus propios problemas y derechos— no los ayudan a enfrentarse a las tareas del crecimiento, y los tratan como objetos, destinados a satisfacer sus necesidades (Singer, en NIDA).

La definición del sentimiento de identidad personal y el control del «self» son frustrados, aunque no sea intencionalmente.

La intervención permite que la madre comprenda las motivaciones conscientes e inconscientes de su comportamiento. Cuando todo sucede bien, permite a la madre modificar sus proyecciones fantasmáticas, y renunciar (en parte) a la solicitud de la confirmación narcisista que impone al niño. El objetivo final es el reaseguramiento narcisista de la madre en los cuidados que puede ofrecer.

El éxito del tratamiento de las madres toxicodependientes y la prevención de las perturbaciones de sus hijos, es resultado de la conjunción de una atmósfera familiar confortable con las intervenciones psicoterapéuticas.

El compromiso afectivo de los profesionales que trabajan en la C.T., constituye el elemento común a la familia y la Institución. Es este involucramiento afectivo —la vinculación— que torna utilizable para fines terapéuticos todas las relaciones y actividades en el interior de la Comunidad.

## CUESTIONES SOBRE LA PONENCIA

**Gabriel Roldán** (AGIPAD, España): Aunque ya lo has expuesto de general, me gustaría que desde tu experiencia que explicarás cuáles serían los puntos fundamentales y el modo de trabajo para reforzar la relación madre-hijo.

**Alice Castro** (C.T. Arco Iris, Portugal): Sería difícil exponer los puntos fundamentales del trabajo de las madres con sus hijos en la comunidad terapéutica ya que la madre no tiene horarios ni la noción sobre las necesidades básicas de sus hijos, los horarios de levantarse, de ir al baño, de comer, de echar la siesta. Este pienso que es el primer punto importante a trabajar, el punto de vista funcional. Un segundo punto importante es saber estar con los hijos, jugar con ellos, calmarlos cuando están ansiosos. También hay que evitar que descarguen esta responsabilidad en nosotros, ellas no saben estar con los hijos. Los hijos de nuestra comunidad tienen una media de edad de 3 a 4 años.

**Alfonso Fernández** (Asociación Arco Iris, España): En Córdoba tenemos una comunidad para mujeres. Yo me pregunto si el trabajo que realizan esas mujeres como madres y la atención que dedican a sus hijos no van en detrimento del trabajo personal, que se supone que ellas tienen que hacer en comunidad, ya que antes que madres son personas. Hasta ahora en nuestra comunidad no nos habíamos planteado hacer este trabajo con madres aunque si nos están llegando demandas de mujeres embarazadas. Qué dificultades crees que se pueden encontrar combinando estos dos trabajos.

**Alice Castro** (C.T. Arco Iris, Portugal): Las madres cuando entran en comunidad tienen su espacio personal con la psicoterapia individual, la relación en las tareas de la casa, etc., no se divide el trabajo en fases, ambas dimensiones se trabajan de forma simultánea.

**Alfonso Fernández** (Asociación Arco Iris, España): En parte me has respondido pero en nuestra comunidad las mujeres no vienen de forma voluntaria y el trabajo a ese nivel es más difícil.

**Alice Castro** (C.T. Arco Iris, Portugal): Nosotros no aceptamos a mujeres que vienen por vía judicial, la voluntariedad es fundamental. Incluso tenemos un caso de una mujer que antes de entrar en comunidad le había sido retirada la custodia del hijo, ya que era prostituta y nosotros conseguimos que se le devolviera la custodia en la comunidad, por lo que ella entró a comunidad para recuperar su hijo.

# NIÑOS DE PADRES ADICTOS Y NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (ADD / ADHD) - EXPERIENCIAS E IDEAS PARA UNA DISCUSIÓN Y UNA TERAPIA DIFERENCIADAS

HORST BROMER

*Drogenhilfe Tannenhof e.V. - Berlín - Alemania*

## 1. ESTRUCTURAS DE AYUDA EN LOS PROBLEMAS CON DROGAS

En la República Federal de Alemania hay 100.000 heroinómanos, 3 millones de alcohólicos y 500.000 personas adictas a los fármacos. Empieza a establecerse un mercado nuevo y legal: el tratamiento de niños y adolescentes hiperactivos con drogas estimulantes como Ritalin. Responsables de escuelas dicen que hasta un 10 % de los alumnos reciben drogas legales de pediatras.

Desde años algunas de las comunidades terapéuticas ofrecen tratamiento para adictos con hijos. Vemos que los hijos de padres adictos tienen problemas graves de conducta, de adaptación a la realidad, en sus hábitos alimenticios, a nivel emocional y en el aprendizaje. Nos preguntamos si las comunidades terapéuticas pueden mostrarnos experiencias para el diseño de un nuevo tratamiento con niños hiperactivos.

Hemos creado tratamiento diferenciado para familias y niños que comprende los siguientes elementos:

1. comunidades terapéuticas para politoxicómanos
2. tratamiento residencial
3. casa para niños de adictos
4. formación
5. habitaciones
6. adaptación / orientación
7. psicoterapia

8. terapia social
9. conversaciones con los padres
10. tratamiento de la co-dependencia
11. periodo post-tratamiento
12. grupos de día
13. escuela para ex-adictos

Estos elementos componen una estructura de redes de ayuda y autoayuda, multiprofesional y democrática en su orientación. Esta estructura para padres e hijos es la siguiente:

**Centro I: TANNENHOF (CT)** (establecido en 1979) con 40 plazas de tratamiento para drogadictos (edad: de 17 hasta 40 años; individuales, parejas ó familias) y 14 plazas para niños (edad: de 0 hasta 14 años), tratamiento de co-dependencia a través de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos/Narcóticos Anónimos, equipo de médico, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

«**Casa de niños**» (Kinderhaus), (establecido en 1982) para 14 niños, está en el mismo área (con jardín, etc.) como centro I, equipo de 4 educadores,

**TALI I «Grupo de día I»** (establecido en 1985, con estructura nueva desde 1993) para 9 hijos de ex-pacientes que viven en nuestras casas de post-tratamiento.

**TALI II + III «Grupo de día II y III»** (establecido en 1997) para 7+7 niños con dificultades, en familias con graves cargas sociales y escuelas con 9 plazas.

Las demás ofertas de la asociación Tannenhof Berlín pueden verse en el organigrama anexo.

Los niños proceden de situaciones sociales extremadamente difíciles: adicción de los padres, maltrato por parte de los padres, situaciones de separación, enfermedades psíquicas, trastornos de aprendizaje, etc. El programa de TALI es una combinación entre: organización diaria clara, terapia, rituales positivos, actividades en el exterior, conversaciones a nivel individual.

La familia está siempre involucrada: los padres tienen que ayudar a reparar si un niño ha roto algo o sí es necesario p. e. limpiar paredes después de ser ensuciadas. La escuela es un complemento muy importante, así como TALI también es un complemento importante para la escuela. El programa de TALI apoya de forma importante la situación individual y familiar de todos los miembros de la familia. TALI presta motivación y apoyo y está bien recibido por los niños.



## 2. LOS HIJOS DE LOS TOXICÓMANOS Y SU EVOLUCIÓN ANTES DE LA TERAPIA: ¿SON SEMEJANTES A OTROS NIÑOS?

Las madres y padres drogadictos viven en condiciones graves de estrés, cansancio, agobio y desgaste. Su ritmo de vida está condicionado por la adicción que padecen, una adicción que les empuja a prostituirse y a robar para conseguir dinero y así procurarse la droga. Con la aparición de los síntomas de abstinencia, el ciclo vuelve a empezar.

Son precisamente las madres y los padres los que a menudo intentan romper ese círculo vicioso a través de la «abstinencia», pero suele durar poco tiempo. Algo especialmente duro en su situación es la criminalización que implica el consumo de drogas: el mero hecho de consumir drogas les convierte en delincuentes y por ello están sometidos a la persecución de la justicia. Con frecuencia, la adicción de los padres es conocida por las autoridades (Departamentos de Bienestar Juvenil). Esto constituye una amenaza para muchas madres y padres que deben luchar por sus derechos para conservar la guardia y custodia de sus hijos o determinar dónde van a vivir dichos hijos.

Encontramos factores similares en familias con graves cargas sociales, como familias divorciadas, sin recursos, con enfermedades graves o con trastornos psíquicos.

Este modo de vida tan agitado da lugar a estados de miedo, cansancio, nerviosismo y caos que repercuten muy negativamente en los niños.

Los trastornos psicológicos y el retraso en el desarrollo de los niños son inevitables, ya que la mayoría de los padres no se toman en serio las necesidades elementales de sus hijos. El resultado más inmediato es la negligencia física y a menudo psico-social que sufren los niños. Estos no pueden contar con sus padres en el establecimiento de una relación normal de dependencia. Además, son niños ambivalentes porque sus padres son muy volubles e inestables, siempre oscilando entre actitudes de simpatía para con sus hijos, sobreprotección y fracaso parental. En general, se puede afirmar que las familias drogodependientes al igual que las familias con graves cargas están tan ocupadas con sus propios problemas que sus hijos distan mucho de recibir la atención necesaria.

La mayoría de los niños de familias con graves cargas sufren tanto psicológica como físicamente en los aspectos siguientes:

- malos tratos
- enuresis
- trastornos del habla
- egoísmo/egotismo

- trastornos de la alimentación
- miedos/fobias

### 3. SITUACIÓN ACTUAL DE NIÑOS EN TALI I / GRUPO DE DÍA I PARA HIJOS DE EX-ADICTOS

Nuestros datos sobre los grupos de día sientan una base para la discusión sobre los llamados niños hiperactivos. En el grupo I (TALI I) son cuidados los hijos de padres adictos que viven en el Tannehof. El día está bien estructurado y para cada niño se elabora un plan de ayuda.

#### 3.1. Admisión

Admisión	niños	niñas
Desde 1995	10	13
En TALI I:1.4.98	8	3

#### 3.2. Familias de niños de TALI I

Madre soltera	8
Padre soltero	0
Parejas	3

#### 3.3. Situación social de los padres

	En la casa post-tratamiento	Habitación privada
En paro	3	1
Con trabajo / en formación	1 pareja	1 pareja
Escuela	3	1

### 3.4. Problemas actuales de los niños

Problemas de contacto	4 niños
Problemas de motricidad	11
Problemas para solucionar conflictos	6
Falta de iniciativa	4
Déficit emocional	11
Distancia emocional	4
Déficits en la estructura del «Yo»	4
Baja tolerancia a la frustración	6
Trastorno de concentración	2
Trastornos de alimentación	6
Agresividad	4
Depresión	1
Miedos	2
Retraso en la limpieza individual	3
Retrasos en la capacidad de aprendizaje	3
Regresión	3
Falta de autoconfianza	7
Déficit en el desarrollo del lenguaje	7

Dos niños participan en ergo-terapia

Un niño participa en un programa de pedagogía terapéutica a través de la natación

Un niño participa en programa de expresión lingüística (datos por M.Heinemann, TALI I)

Desde nuestra experiencia el proceso de estabilización de los padres siempre lleva a una estabilización del niño. La motivación oscilante de los padres se demuestra casi siempre en un cambio del comportamiento de los niños.

Los datos subrayan nuestras experiencias hechas en el tratamiento de niños. Las graves cargas que pesan sobre estos niños requieren un tratamiento diferenciado. Es de gran interés saber si los hijos de padres adictos se diferencian de los hijos de padres no-adictos en familias con cargas sociales.

#### 4. LA SITUACIÓN DE LOS HIJOS DE FAMILIAS CON GRAVES CARGAS SOCIALES (TALI II)

Los datos siguientes nos dan una visión general sobre la problemática social e individual de los niños del barrio de Lichtenrade que vienen a TALI II y TALI III. Los problemas sociales y escolares que tienen estos niños demuestran la carga enorme que pesa sobre ellos. A esto se añaden un déficit en el sistema inmunológico y una predisposición a enfermedades leves. La directora de nuestros grupos de día, Cornelia Kalis, ha reunido los datos siguientes:

##### 4.1. Admisión

Admisión desde 1997	Niños 11	Niñas 5
1.4.98	10	4
Edad	2 = 8 años 3 = 9 años 1 = 10 años 3 = 11 años 1 = 13 años	1 = 6 años 3 = 12 años

##### 4.2. Visita de la escuela:

	En escuela pública	Profesor en TALI II
Escuela	11	3

**4.3. Niños con:**

Trastorno de Déficit de Atención (ADD)	5
Familias con alcohol/drogadicción en padres	2
Familias con enfermedades mentales	4
Abuso sexual	2

**4.4. Familias de niños de TALI II:**

Madre sola	11
Abuelos	2
Parejas	1

**4.5. Situación social de los padres:**

	Habitación privada
En paro / salario social	7
Con trabajo / en formación	6

Los niños sufren la situación familiar. Todos demuestran comportamientos extraños.

Otras características de estos niños son:

- hiper-actividad
- trastornos de aprendizaje
- ausencias escolares
- violencia familiar
- problemas en la familia de origen (abuelos)
- desorientación
- falta de confianza
- búsqueda de cariño

De no haber estado en TALI, habría sido necesaria su acogida en un hogar para niños. La inclusión de la familia y los profesores es una característica de nuestro trabajo.

La inclusión de los padres a menudo hace que puedan reintegrarse al trabajo. Por ello también el estado de ánimo de los niños mejora considerablemente durante un período prolongado.

## 5. PRESENTACIÓN BREVE DEL ADD: ¿ES UN BUEN ENFOQUE EL TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN PARA NIÑOS HIPERACTIVOS?

La descripción de ambos grupos demuestra que los hijos de padres adictos apenas se diferencian de hijos de no-adictos en familias con graves cargas sociales. Partimos de síntomas parecidos. En el tratamiento médico de los niños se encuentran a menudo medicamentos psíquicamente activos. El síntoma de hiperactividad (ADD) se trata cada vez más con el estimulante «Ritalin».

La descripción del síntoma de hiperactividad infantil se encuentra en gran escala entre los niños de padres adictos. Los niños que viven en una familia adicta sufren gravemente las consecuencias de la co-dependencia: trastornos borderline, agitación, inseguridad, agresividad, resignación, trastornos del aprendizaje y del desarrollo.

Desde nuestro punto de vista, la discusión del síndrome ADD es de gran ayuda para el desarrollo de mejores planteamientos terapéuticos.

La NOAH presenta una breve descripción del problema con ADD / ADHD; se describe tanto el problema como su tratamiento:

Los medicamentos estimulantes son:

Dextroanfetamina	Dexedrin
Metilfenidato	Ritalin
Pemoline	Cylert

### A) *Enfermedades o problemas donde se usan estimulantes:*

Trastorno de hiperactividad y déficit de atención (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

Trastorno de déficit de atención (ADD, Attention Deficit Disorder).

**B) *Síntomas aliviados por los estimulantes al tratar ADD o ADHD:***

1. distracción
2. irritabilidad
3. hiperactividad
4. excitación
5. impulsividad
6. déficit de atención

**C) *Sobre la medicación es un hecho que:***

1. A veces abusan, es decir, se ingieren cantidades más grandes de lo prescrito.
2. Es necesario tomar exactamente lo prescrito.
3. El número de miligramos prescrito puede ser en cada caso diferente.
4. Generalmente son sólo una parte del tratamiento. La psicoterapia, el adiestramiento de aptitudes y el manejo de modos de vida son también muy importantes.
5. Momentáneamente pueden desacelerar el crecimiento en el peso y estatura de los niños y adolescentes.

**D) *El curso usual del tratamiento es:***

1. Una dosis inicial pequeña.
2. Incrementar gradualmente la dosis a un nivel en el cual los síntomas estén bajo control.
3. En ADHD o ADD en niños, la medicación a menudo se detiene durante el verano y/o las vacaciones escolares. Si el paciente se adapta bien sin la medicación en esos momentos, no se reinicia la toma.
4. En ADHD o ADD, la medicación se sigue mientras se necesite tratar los síntomas del trastorno. El trastorno puede persistir hasta la edad adulta.

**E) *Reacciones secundarias y adversas:***

1. dificultad para dormir a la noche
2. reducción del apetito
3. tristeza, languidez o letargia



4. agitación o irritabilidad
5. desaceleramiento temporal del crecimiento en los niños o adolescentes
6. dolor abdominal o náuseas
7. cefaleas (dolor de cabeza) o mareos
8. palpitaciones o temblores
9. tics
10. psicosis

(Hospital de Nueva York, Cornell Medical Center, marzo 1996)

Actualmente en las escuelas públicas en Berlín, un 10 % de los alumnos (de entre 8 y 14 años de edad) reciben Ritalin Hay médicos que prescriben 7 u 8 pastillas por día (en la mayoría de los casos *sin* terapia individual o social; una prescripción «normal» sería de 2 a 3 pastillas *con* terapia social o individual).

El tratamiento con estimulantes está muy extendido. Las preguntas que nos hacemos son si ésta forma de tratamiento es la más adecuada y si hay alguna contradicción entre el tratamiento del ADD con medicación y el enfoque de tratamiento de TALI. ¿Se puede ver un paralelismo en el debate de la terapia de drogas: metadona o terapia abstinente?

Los pediatras a menudo no reconocen al niño co-dependiente. Aparece como un niño hiperactivo y recibe medicamentos psicoactivos para el tratamiento de los trastornos emocionales y psíquicos. Para ambos grupos son necesarios tratamientos diferenciados. ¿Podrá ser posible que los pediatras colaboren con la terapia social? ¿Existen en ambas partes enfoques razonables complementarios?

## 6. CONSECUENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE HIJOS DE PADRES ADICTOS/HIJOS CON ADD

Las comunidades terapéuticas atienden desde hace mucho tiempo a niños con trastorno de déficit de atención (ADD / ADHD) antes de que este síndrome se denominara así. Hoy en día, en la pediatría se atiende un grupo cada vez mayor de niños que oficialmente reciben estimulantes como Ritalin. En los EE.UU. ya han aparecido en escena un gran número de jóvenes que consumen Ritalin ilegalmente. Se tiene que ver de forma crítica el tratamiento del síndrome ADD casi exclusivamente con medicamentos como Ritalin. Hay que desarrollar formas alternativas y complementarias.

Hemos tratado de demostrar que ambos grupos de niños

1. procedentes de familias adictas
2. procedentes de familias con graves cargas sociales no se diferencian mucho. Para ambos grupos es apropiado un tratamiento ofrecido desde las CC. TT.

Las CC. TT. que desde hace muchos años tienen espacios especiales para madre e hijo, han aportado una gran fuente de experiencias sobre la cual debemos discutir y que debemos hacer llegar a padres afectados, a escuelas y a pediatras interesados. En definitiva, se trata de encontrar y desarrollar un planteamiento de terapia familiar que comprende a menudo varias generaciones y factores sociales.

Desde el punto de vista socio-político se trata de impedir que se desarrolle más un nuevo grupo de adictos, ésta vez inducido por médicos. Se trata además, de desarrollar y ofrecer una mejor estrategia de prevención mediante una terapia encuadrada en el contexto social.

Si vamos a medicar a los adolescentes para estabilizar su conducta se debe impedir que aprendan a manejar, a través de la medicación, las emociones que forma parte de la vida. La medicación de los hijos de padres adictos también amenaza a los padres. Tal vez ellos ya han llegado a una vida abstinentes y ahora, empieza la adicción de sus niños: empieza un círculo fatal que lleva a ambas partes —los padres y los hijos— a otra dependencia cada vez más fuerte.

Las familias con niños hiperactivos necesitan la misma atención que las familias con niños adictos.

El plan de ayuda o el plan de la terapia debe comprender las partes siguientes:

- establecer un diagnóstico con la descripción de los síntomas del niño, el desarrollo de la primera infancia
- anamnesis de la historia de la familia, dinámica de los padres, dinámica intergeneracional
- sondeo del comportamiento en el jardín de infancia y la escuela, reacciones de las personas contactadas (educadores)
- análisis del comportamiento problemático en el contexto social (curso, vejez)
- encontrar hipótesis sobre la función del comportamiento, sobre la función de la adicción o de la hiperactividad
- organizar una reunión con la familia y con otros significativos

- establecer un plan concreto de ayuda que comprenda:
  1. el sufrimiento del niño
  2. una clara definición de posibles intervenciones
  3. acuerdos con los médicos incluyendo un pediatra
  4. psicoterapia
  5. conversaciones con la familia
  6. conversaciones / acuerdos con los profesores
  7. pedagógica social dentro del grupo actual
  8. ayuda escolar, clases particulares
  9. terapia de grupo para el niño
  10. terapia para los padres o la madre/padre soltera/o
  11. muy a menudo: ayudar a los padres a encontrar nuevas perspectivas profesionales o de formación, ayudar a superar el desempleo
  12. establecer reglas contra posibles actos violentos (evitar violencia contra el niño, evitar un comportamiento violento del niño)
  13. acuerdo sobre medidas de control y de intervención en crisis
  14. acuerdo sobre la duración de las medidas
  15. aclarar los costos, acuerdos con los recursos sociales y la Oficina de Bienestar Juvenil

Una C. T. moderna profesional realiza tales planes complejos para los adultos adictos. La adicción está tratada cada vez más en el contexto social. Partiendo de nuestras experiencias en el Tannenhof y en los grupos de día, tal acercamiento debe ser realizado también para los niños hiperactivos

El objetivo más importante de un tratamiento diferenciado debe ser: interrumpir este círculo vicioso en el cual los hijos de padres adictos también llegan a ser adictos o los hijos de padres hiperactivos y con cargas sociales también llegan a ser hiperactivos. Necesitamos mucho más que medicamentos: lo que necesitamos son los conocimientos y las experiencias de las CC. TT. que nos sirven también para ofrecer ayuda ambulatoria con éxito.

## ORGANIGRAMA DE LA ASOCIACIÓN DROGENHILFE TANNENHOF BERLÍN

asamblea general — junta directiva — gerencia (según § 30 del Código civil)

Centro I CT Casa Tannenhof	Grupo de día II Grupo de día III	Centro II CT Casa Oppenheim	Centro III CT Casa de campo Schönbirken	Centro IV Casa de Adaptación Buckow	Centros de información y consultorios	Centro ambulatorio y post- tratamiento
Berlin- Lichtenrade, 40 plazas de tratamiento para drogadictos	Berlin- Lichtenrade, 7 + 7 plazas semi- clínicos para niños	Berlin- Zehlendorf, 23 plazas de tratamiento	En la aldea de Lindow, al noroeste de Berlín, 33 plazas de tratamiento para alcohólicos	Berlin-Rudow, 27 plazas de tratamiento de Adaptación para Fármaco- dependientes	en 4 pequeñas ciudades cerca/ alrededor de Berlín, con equipo de trabajadores sociales y psicólogos	centro ambulatorio Berlin- Wilmersdorf, habitaciones/ viviendas para más de 80 personas y terapia ambulatoria (ATHERNA)

Casa de niños guardería para 14 niños en el recinto del centro I, equipo de 14 educadores
Grupo de día I para 9 niños de ex-clientes que viven en la casa de adaptación

Casa Jägerhof Berlin-Zehlendorf, casa de adaptación con 12 plazas de tratamiento	Fase de adaptación en la ciudad de Neuruppin en el mismo distrito que la casa Schönbirken
--	---

Post-tratamiento con 9 plazas en viviendas atendidas
---

Administración y oficina central	Formación profesional	Escuela para ex-drogadictos
Berlin-Wilmersdorf	1. cerrajería 2. jardinería 3. administrativa (cada una: 3 años de formación)	24 plazas para la preparación individual a exámenes escolares y técnicos finales, 3 profesoras

Formación oficina: 6 plazas para aprendices de administrativas	Formación cerrajería Berlin-Lichtenrade, taller Altes Pumpwerk, 12 plazas
	Formación jardinería Berlin-Lichtenrade, en el Centro I, Tannenhof, 4 plazas

## **Temas a debate Mesa 2.<sup>a</sup>**

### **RESPUESTAS DE LOS PROGRAMAS EN LA ATENCIÓN DE DROGODEPENDIENTES CON HIJOS**

1. Diversas maneras para atender a las diferentes problemáticas:
  - Mujeres embarazadas y bebés pequeños.
  - Programas de sensibilización y formativos para ser padres/madres.
  - Contemplar la atención de los hijos y/o pareja en los tratamientos.
  - Asesoramiento en la crianza y la educación de los hijos.
2. Qué pueden hacer los programas para atender en el tratamiento al drogodependiente con hijos, ¿qué cambios, qué adecuaciones?
3. Los hijos deben estar comprendidos en el tratamiento. ¿De qué manera? ¿Qué límites? Cuáles son los posibles peligros de institucionalización.

**Público:** Nos estamos preparando para iniciar un programa con madres e hijos y me gustaría hablar de esa experiencia. Una de las cosas que me está gustando de este seminario es que se centra la atención tanto en la madre como en el hijo. Es importante que el trabajo se haga en paralelo con ambos. Esta es la clave que me ha dado luz en este seminario.

**Karin Harries-Hedder** (Therapiehilfe e. V., Alemania): Nosotros tenemos un centro para la llamada tercera generación, hijos adictos y jóvenes adictos, también intentamos implicar a padres y abuelos. Trabajamos con niños de entre 12 y 18 años y que ya son drogodependientes y así enfocamos el trabajo generacional.

**Joachim Lodders** (Drogenhilfe Tübingen e. V., Alemania): Tengo que añadir que nosotros en Alemania ahora estamos transformándonos. En un principio había una separación física entre el edificio de los niños y el centro de día de madres y sólo se juntaban por la noche y los fines de semana, por circunstancias nos vimos obligados a reducir las plazas para niños, pero eso nos hizo pensar en nuevos planteamientos. Lo que queremos es crear una gran proximidad con la vida cotidiana. Los padres tienen que aprender a estar mucho tiempo con sus hijos y cuanto antes lo aprendan mejor, pero siempre teniendo en cuenta que son los padres los que deben definir los objetivos que quieren alcanzar. Este es un cambio importante ya que la actitud de los terapeutas suele ser «nosotros sabemos qué es lo mejor para vosotros». Quizás dentro de un año o dos pueda contaros más.

**Tenison Milhomen** (Universidad de Brasilia): En Brasil yo no conozco ninguna institución que trabaje directamente con este tema. Sólo hay dos instituciones que trabajan directamente con mujeres (de forma mixta). Las experiencias que he escuchado aquí espero que nos sirvan de estímulo para empezar a hacer algo en Brasil. En Brasil estas cuestiones relacionadas con los niños son muy serias y fuentes de problemas constantes debido a un problema político, de represión mi-

litar y económico, desde hace 40 años. El salario mínimo en Brasil es de 130 dólares al mes. Una persona con 850 dólares al mes es una persona de estatus medio y con esta realidad me tengo que enfrentar diariamente para buscar una noción de humanidad, de salud y de autoridad y no autoritarismo.

**Dieter Adamski** (Therapiehilfe e. V., Alemania): A pesar de todo lo que se ha dicho hoy, hay que preguntar nuevamente por los límites. Horst ha dicho hoy que describe dónde desde su punto de vista debe establecerse hoy la colaboración entre las autoridades o dónde no es posible unir a padres y madres con los niños y Lothar también ha dicho que una mala madre es mejor que un buen centro de acogida. Yo creo que el problema es que algunas madres drogodependientes no pueden ser madres en algún momento de su vida. Creo que este es un debate muy difícil, y me gustaría preguntar donde se hayan los límites de la intervención.

**Horst Bromer** (Drogenhilfe Tannenhof e.V. - Berlín - Alemania): Esta es una pregunta fundamental que nosotros como expertos contestamos de la siguiente forma: vamos a la administración competente para los jóvenes y les pedimos ayuda, muchas veces se interviene de forma muy inadecuada, tienen el poder jurídico pero no asumen su responsabilidad como debieran. El primer límite que creo que hay que establecer es el de las autoridades, el otro límite y es mi opinión personal es que existe un criterio y es que hay que quitarle el hijo a unos padres cuando estos fracasan repetidamente en sus intentos de abstinencia. Esto hay que tratarlo de forma diferenciada, empleando mucho tiempo y haciéndolo de forma constructiva. Pero quiero dejar una cosa muy clara, si unos padres no demuestran una mínima capacidad educadora y alimentadora hay que decidir al cabo de un tiempo una separación y buscar una familia de acogida después de haber hecho todos los intentos humanamente posibles.

**Lothar Schäfer** (Presidente F.D.H.E. - Rüdli - Suiza): En Rüdli tenemos un acuerdo contractual en el marco del contrato terapéutico, nosotros asumimos la responsabilidad para con el niño, si la madre quiere vivir con drogas es su decisión, pero el niño no tiene porqué aguantar esa decisión. Si la madre recae, el niño puede quedarse en el centro hasta que se encuentre otra alternativa, para que el niño no sea arrancado de una situación de seguridad. Este acuerdo se remite también a las autoridades competentes tutelares y se aprueba. Esta es una parte. Elfriede ha dicho esta tarde que porqué es un problema tratar a las madres con los niños, yo creo que las mujeres han aparecido más tarde en el mundo de la drogadicción, han tenido una mayor capacidad de adaptación mientras que los hombres han seguido una dinámica (delincuencia, etc.) que les ha obligado a someterse a una terapia. El 90% de las mujeres que tenemos vienen voluntariamente, pero como ha dicho Alice Castro en el fondo es una voluntariedad forzada, la mujer no puede seguir viviendo como lo hacía.

**Tomas Legl** (Grüner Kreis, Austria): Me gustaría subrayar todo lo que ha dicho Horst, esto también se puede aplicar en Austria, tenemos las mismas difi-



cultades. Las autoridades no se ocupan de la falta de responsabilidad de las madres drogodependientes y no buscan soluciones para estos niños. Esto tiene un efecto boomerang ya que los abuelos exigen la tutela del niño y normalmente la obtienen y no se dan cuenta de que se saca al niño de una generación para dejarla en otra donde probablemente viva una situación similar a la que ha vivido la madre del niño. En estos casos se involucran a familiares para asumir el cuidado de los niños y esto provoca un círculo vicioso del que no se puede salir.

**Paolo Sttoco (Villa Renata, Italia):** Tengo el convencimiento de que con este seminario se está consiguiendo una mayor sensibilidad sobre esta problemática. En esta fase de experimentación estamos concretando soluciones que contemplan la complejidad del problema, tanto a nivel terapéutico como preventivo. Se está dando importancia a un tema que es el relativo a la mujer en particular y su capacidad para la función materna. En Italia tenemos una ley que tutela de forma muy sentida a la infancia, que tiende a proteger al niño y que predispone al tribunal a un tratamiento coercitivo, esto puede verse de dos formas, en un modo negativo, como moralizador, como el educador que sustituye a la madre y en el modo positivo puede verse como una ayuda a la madre un apoyo para su crecimiento o maduración. Este punto se ha tocado en varias ocasiones. Quiero mencionar un caso anecdótico de una mujer de otra nacionalidad, brasileña, que residía en Italia desde hace algunos años, con una historia de toxicodependencia, que entra en nuestro centro semiparalizada por una infección en su tercer parto, que le impide caminar y mover las manos. Tres hijos de tres padres diferentes, en tres ciudades diferentes y en tres situaciones diferentes. Está en una situación verdaderamente desesperante. No es mérito nuestro sino de esta mujer que se pudo adherir con entusiasmo a pesar de su situación. Han pasado cinco años ella está bien; está viviendo con dos de sus hijas; trabaja en la medida de sus posibilidades; después de dos años de rehabilitación volvió a caminar hasta el grado de sostener si no económicamente, sí física y afectivamente el rol de madre.

**María Pérez Nebreda (Sección de Menores, Diputación Gipuzkoa):** Estamos de acuerdo con casi todo lo que se ha dicho aquí. Nosotros representamos la institución que protege a los menores y a veces nos sentimos como que somos los que impedimos que los niños tengan contacto con sus padres, como los malos de la película. Pero también queremos que se reflexione que cuando los casos de drogadicción pasan a una orientación residencial o familiar no se pretende que esto sea un castigo para los padres aunque estos lo vivan así, creo que esa mentalidad tendrían que cambiarla los profesionales que realizan los tratamientos. El hecho de que unos padres no puedan atender a sus hijos y estos estén en un tratamiento residencial no es un castigo, y que cuando se pasa a medidas más extremas como es el acogimiento familiar, que les plantea también que haya una familia que es más capaz que ellos de educar a su hijo, lo viven como un fracaso. Desde aquí hago un llamamiento para que trabajemos como una red. No vamos a

permitir que si un niño puede estar en un modelo de familia estructurada permanezca dentro de un sistema institucional. Podríamos decir que los niños que están en nuestro servicio y pasan a una familia acogedora están en mejores condiciones que viviendo en una situación caótica. También es muy ilustrativo ver que coincidís en las familias extensas enfermas, es difícil que un niño crezca de una forma saludable dentro de un bloque contaminado donde tíos, hermanos o abuelos tienen patologías definidas.

**Felisa Goikoetxea** (Ayuntamiento Irún): Aquí se ha estado hablando sobre todo de cómo trabajar con madres e hijos cuando las madres van a comunidad terapéutica, sin embargo hay otros hijos de drogodependientes que están en peor situación, cómo podemos ayudar por ejemplo a los que están en tratamiento en programas ambulatorios, en tratamientos de metadona. Cómo podemos ayudar a los que permanecen abstinentes pero no han realizado ningún tipo de trabajo personal. Esta necesidad la estamos encontrando cada vez con más frecuencia. Qué podemos hacer, cómo y cuando. Si tenéis experiencia en otros países nos gustaría conocerla.

**Lothar Schäfer** (Presidente F.D.H.E. - Rudli - Suiza): Un ejemplo fue el que puso Elfriede sobre Amsterdam. No tiene que ir cada madre a un centro terapéutico, pero hay que tener en cuenta que muchos niños nacen adictos no sólo fisiológicamente con lo que hay que hacer un tratamiento de abstinencia, sino que eso ya predestina para trastornos de comportamiento y en la madre ya existe la sensación de culpa. Cuanto antes exista una ayuda profesional mejor. Yo creo que todo el ámbito ambulatorio hay que ampliarlo, la madre necesita un tratamiento ambulatorio y también hay que dar algún tratamiento para el hijo. No creo que para esto haya que crear nuevas administraciones. Yo creo que la sensibilización sobre este tema puede llevar a algunos pediatras o psicólogos infantiles a que colaboren en este trabajo.

**Hermann Rosenkranz** (Drogenhilfe Schwaben e. V., Alemania): Soy un representante del trabajo ambulatorio en Alemania y quiero decir que las tareas en el ámbito ambulatorio son por un lado de tratar con los abuelos y como se ha dicho a veces los nietos acaban con los abuelos que los cuidan, por eso tenemos una gran tarea que hacer con ellos para que puedan superar sus problemas y que a veces no acojan a los nietos. Aquí realizamos una ayuda pedagógica a las familias, como trabajo ambulatorio, un asistente social va a la familia y trabaja con ellos. Un tercer ámbito de actuación es que tenemos que colaborar con los servicios institucionales, esta es una dura lucha. Los servicios sociales dicen «tenemos que proteger al niño», nosotros pensamos que la madre y el niño forman una unidad y queremos meterlos a ambos en un centro terapéutico, entonces la madre comprende que si no va a la terapia le vamos a quitar el niño y esta forma de presión es también un camino para motivar a la madre para realizar un tratamiento. Hay

un cuarto ámbito y es el trabajo con la metadona donde hay muchas carencias también en Alemania. Debemos extender las intervenciones psicosociales no sólo al drogodependiente sino también a sus familias y a los niños, aquí queda mucho trabajo por hacer.

**Elfriede Steffan** (Sozialpädagogisches Institut, Alemania): Me gustaría retomar dos asuntos, por un lado la sensibilización que debemos fomentar en todos los ámbitos y despedirnos de la idea de que exista una panacea. Hay que analizar y decidir en cada uno de los casos y en tercer lugar hay que generar redes ya que son tremendamente importantes y es importante que de aquí salga una colaboración estrecha entre los diferentes centros de tratamiento.

**Jasone Sardon** (Etorkintza): Quería hacer un comentario sobre el planteamiento de María Perez. La primera pregunta que nos hicimos como equipo en 1985 en nuestro centro fue si debíamos intervenir con niños o no, entonces trabajábamos mucho de forma sistémica y nos planteábamos trabajar con las tres generaciones, pero la duda era intervenir hasta dónde y cuándo, de las implicaciones que tenía el que el toxicómano pasara de hijo a padre y de si era conveniente que los abuelos pasaran a ser padres del nieto. Pero por fin decidimos que ellos nos plantearan los objetivos que querían alcanzar, tanto desde la comunidad, con visitas frecuentes de los abuelos llevando a los nietos, como cuando el niño estaba institucionalizado. Respecto a esto sí es cierto que hemos dicho que erais los malos de la película ya que los padres no tenían la capacidad de decidir. Si los padres fracasaban en el tratamiento, inmediatamente se tramitaba la acogida, pero en otros casos también nos hemos planteado porqué no lo han hecho antes. Todos tenemos que reconocer los errores que cada cual comete. Al finalizar el tratamiento otra cosa que se nos planteaba era donde van a vivir, casi siempre vuelven a la familia de origen porque no tienen otras posibilidades, por eso lo de trabajar con las tres generaciones. Por otra parte si el niño estaba escolarizado trabajábamos con los pocos servicios que tenemos de atención al menor, que creo que sería bueno retomar. También estoy de acuerdo que lo que más nos ha ayudado ha sido el trabajo con las redes, el permanecer en contacto con toda la red que llevaba ese caso. Otro tema que no se ha comentado y que nos parece importante es el de los padres con VIH y su relación con los hijos. Nos hemos encontrado con casos de hace 10 años que recaen con anticuerpos y que se plantean que como no van a poder ser padres o madres se retiran antes de morir. Para todo lo que he comentado hace falta presupuesto por lo que nos vemos obligados por limitaciones a trabajar en precario.

**Karin Harries-hedder** (Therapiehilfe e. V., Alemania): Me parece importante que los representantes de asuntos sociales hayan expresado su opinión, ustedes tienen la parte más difícil, ya que despues de que los drogadictos salen del centro de tratamiento ustedes tienen que volver a ocuparse de ellos, por eso le agradezco su contribución.

# **CONCLUSIONES JORNADAS**

**Lothar Schäfer** (Presidente F.D.H.E. - Rudli - Suiza): Estoy muy agradecido por el hecho de que los miembros de la Federación en los últimos años hayan abierto comunidades para estos niños olvidados. Llevo toda una vida trabajando con niños y para mí ha sido una cuestión muy importante que cada persona joven tenga una oportunidad según sus posibilidades y capacidades. Estoy agradecido por la gran afluencia de hoy y espero que en esta región donde nos encontramos se haya generado el interés suficiente para que este debate no finalice hoy y se pueda seguir trabajando intensamente en este asunto. Estoy convencido que en el ámbito de protección de los menores tendrá que ocurrir algo en los próximos años puesto que estos menores son los que alguna vez configurarán esta sociedad y creo que es muy interesante observar la transformación de estas personas que nosotros mismos hemos configurado, por lo tanto es nuestra tarea generar unas condiciones favorables.

**Gabriel Roldán** (Coordinador Seminario. C.T. Haize Gain - AGIPAD, España): Quiero agradecer especialmente a las personas de la Federación que se han trasladado desde diferentes puntos de Europa, sobre todo a las personas que han hecho un esfuerzo para preparar una ponencia, también a las entidades que nos han dado su apoyo como Osakidetza, la Secretaría de Drogodependencias y Diputación de Guipúzcoa y muy especialmente a la asociación AGIPAD a la que pertenezco y que ha podido dar toda la cobertura y poner a disposición el trabajo de mucha gente para las reuniones de estos días. Quiero agradecer también a las personas que han formado el comité organizador y que han hecho posible que estemos aquí reunidos, como han sido Elena, Alfonso, Annett, Javi, Conchi, Mavi y probablemente a muchos más que han combinado sus esfuerzos y han estado colaborando para llevar la tarea a cabo. El trabajo de nuestras traductoras ha sido inestimable y de muy buena calidad y merecen todo nuestro reconocimiento, sin

ellas no nos habríamos podido entender estos días y a las colaboradoras azafatas que nos han ayudado.

Por mi parte me quedo satisfecho porque pienso que se ha llevado a cabo la idea de que esto fuera un encuentro de reflexión sobre la problemática en un tema en el que estamos especialmente sensibilizados y en el que debemos tratar de construir respuestas a esta problemática. He encontrado cuestiones importantes para pensar y esta misma intención me gustaría que fuera trasladada a los representantes de las instituciones que han podido asistir y que de alguna forma puedan apoyar iniciativas en este campo ya que probablemente atravesemos situaciones donde los medios también escaseen y es difícil plantearse programas sin el apoyo suficiente. Ahora bien, debemos aprovecharnos de las experiencias de unos y otros para mejorar la atención en las personas que atendemos y ampliar nuestros marcos de intervención. Es a mi juicio, parte interesante compartir los esfuerzos en diferentes direcciones que se están desarrollando en Europa en la atención a los hijos de drogodependientes.

# REFLEXIONES DEL SEMINARIO INTERNACIONAL EXPERIENCIAS EUROPEAS DE ATENCION A DROGODEPENDIENTES CON HIJOS

## INTERNACIONAL MEETING EUROPEAN CARE EXPERIENCES TO DRUG ADDICTS WITH CHILDREN

JULEN PERURENA

*Relator*

1. A nivel Europeo hay un desconocimiento de la situación real de los hijos de padres drogodependientes, además es un tema que aunque está presente no se habla.

Hay pocos estudios, entre estos el realizado por el grupo Pompidou por encargo del Consejo de Europa, donde precisamente señala esta carencia y apunta a la necesidad de ofertas específicas e integradas.

2. Se observa una transformación del escenario, aparecen los hijos de los drogodependientes con un alto nivel de riesgo por su vulnerabilidad y, la falta de una base segura y continuada desde la función parental.

3. Se señala desde diferentes estudios la transmisión transgeneracional de los procesos adictivos como síntoma del malestar asociado a la historia familiar y la psicopatología subyacente en la misma.

4. El abuso de sustancias psicoactivas a un nivel más amplio —social—, como respuesta a las diferentes carencias y malestares «medicación excesiva desde los niños y automedicación» o procesos adictivos en la población general.

5. Se señala que hay una inmadurez, emotiva y afectiva en las madres/padres drogodependientes donde en ocasiones al hijo se le asigna una función en la resolución de sus propios conflictos —inversión de roles—.

6. Desde la intervención cada situación es única y requiere respuestas específicas, orientadas a ayudar a las madres/padres drogodependientes a hacerse cargo de la función parental en el desarrollo psico-afectivo del hijo, así como en las otras áreas básicas del desarrollo.

Se señala que en ocasiones la peor madre es mejor que la mejor institución desde las experiencias de institucionalización y sus consecuencias. Es importante definir los límites de la intervención.



7. Se señala la diferencia entre sexualidad y procreación, los problemas subyacentes de identidad y género.

8. Se apunta hacia la investigación aparejada a la actividad preventiva desde una intervención sobre el tipo de «vínculo de apego» entre los hijos y la madre/padre drogodependiente.

9. Desde la perspectiva de los tratamientos se orienta a que desde un abordaje global se incorpore la situación de los hijos así como los diferentes agentes sociales intervinientes integrándolos.

10. Se plantea la cuestión de si es necesario hacer programas específicos en la atención de estas madres/padres drogodependientes con sus hijos.

- Mujeres drogodependientes embarazadas y bebés pequeños.
- Formación y sensibilización para ser madres/padres y asumir una función parental responsable.
- Apoyo y asesoramiento en la crianza y educación de los hijos.
- Programas específicos desde la comunidad, asistencia ambulatoria o dispositivos especiales, que incorpore la situación de los hijos. Todo ello se ha ilustrado desde las experiencias que desde el abordaje de esta situación se realiza en diferentes países de la Comunidad Europea.

11. Se recomienda a las instituciones la investigación en esta área así como la posibilidad del abordaje de padres/madres drogodependientes con sus hijos. Se recomienda también la creación de redes donde los profesionales e instituciones profundicen.

**LISTADO  
DE  
PARTICIPANTES**

## LISTADO DE PARTICIPANTES

APELLIDOS	NOMBRE	CENTRO DE TRABAJO	LUGAR
ADAMSKI	DIETER	THERAPIEHILFE e.V.	ALEMANIA
ALBERTS	ANTJE	BREMER HILFE	ALEMANIA
ALCORTA	M. <sup>a</sup> DOLORES	DIPUTACIÓN GIPUZKOA	ESPAÑA
ARAMBURU	JAVIER	C.T. HAIZE-GAIN	ESPAÑA
AREIAS	MARÍA GRACIA	C.T. ARCO IRIS	PORTUGAL
BERASATEGUI	ASUN	AGIPAD	ESPAÑA
BOSINI	GIORGIO	ASSOCIAZIONE «LA RICERCA»	ITALIA
BRÖMER	HORST	DROGENHILFE TANNENHOF e.V.	ALEMANIA
CASTRO	ALICE	C.T. ARCO IRIS	PORTUGAL
CHACÓN	RICARDO	ASOCIACIÓN ARCO IRIS	ESPAÑA
CHIODAROLI	GIUSEPPE	ASSOCIAZIONE «LA RICERCA»	ITALIA
COTELO	ALFONSO	AGIPAD	ESPAÑA
CRESPO	MAVI	C.T. HAIZE-GAIN	ESPAÑA
DE LA SERNA	ELISA	AYUNTAMIENTO IRÚN	ESPAÑA
ETXEBERRIA	NATALIA	AGIPAD	ESPAÑA
FERNÁNDEZ	ALFONSO	ASOCIACIÓN ARCO IRIS	ESPAÑA
FERNÁNDEZ	ELENA	C.T. FEMENINA EL PRADO DE STA	ESPAÑA
GAGO	ANA	AGIPAD	ESPAÑA
GARCÍA	ENRIQUE	UNIVERSIDAD PAÍS VASCO	ESPAÑA
GAYA NOFRE	JORDI	C.T. LA COMA ASOC. ATRA	ESPAÑA
GELAU	ANNET	UNIVERSIDAD HAMBURGO	ALEMANIA
GOIKOETXEA	FELISA	AYUNTAMIENTO IRÚN	ESPAÑA
GONZÁLEZ	ADELA	C.T. FEMENINA EL PRADO DE STA	ESPAÑA
GROTJAHN	MARTIN	DROGENHILFE BREMEN	ALEMANIA

## LISTADO DE PARTICIPANTES

APELLIDOS	NOMBRE	CENTRO DE TRABAJO	LUGAR
GÜNTER	AXEL	DROGENHILFE TANNENHOF e.V.	ALEMANIA
GUINOT	CINTA	C.T. HAIZE-GAIN	ESPAÑA
HARRIES-HEDDER	KARIN	THERAPIEHILFE e.V.	ALEMANIA
HUBER	JOHANNES	DROGENHILFE TANNENHOF e.V.	ALEMANIA
HUBER	WOLFGANG	AEBY-HUS «MAISON BLANCHE»	SUIZA
IRUIN	ALVARO	OSAKIDETZA	ESPAÑA
LEGL	TOMAS	GRÜNER KREIS	AUSTRIA
LOODERS	JOACHIM	DROGENHILFE TÜBINGEN e.V.	ALEMANIA
MAGNANI	GIOVANNA	CENTRO DI SOLIDARIETÀ PISTOIA	ITALIA
MARTIN	ITXASO	DIPUTACIÓN GIPUZKOA	ESPAÑA
MARTÍNEZ	IÑAKI	AGIPAD	ESPAÑA
MARTÍNEZ	JESÚS	AGIPAD	ESPAÑA
MILHOMEN	TENISON	UNIVERSIDAD BRASILIA	BRASIL
MOARES	MIREN	C.T. HAIZE-GAIN	ESPAÑA
MUÑOZ	M. <sup>a</sup> EUGENIA	AYUNTAMIENTO IRÚN	ESPAÑA
ORTIGOSA	LURDES	AGIPAD	ESPAÑA
PAGANELLI	LORENA	CENTRO DI SOLIDARIETÀ PISTOIA	ITALIA
PÉREZ NEBREA	MARÍA	DIPUTACIÓN FORAL GIPUZKOA	ESPAÑA
PERURENA	JULEN	AGIPAD	ESPAÑA
PONS	CATALINA	AYUNTAMIENTO ELGOIBAR	ESPAÑA
QUEREJETA	IMANOL	HOSP. PSIQUIÁTRICO OSAKIDETZA	ESPAÑA
ROHRHOFER	ÁLFRED	GRÜNER KREIS	AUSTRIA
ROLDÁN INTXUSTA	GABRIEL	C.T. HAIZE-GAIN	ESPAÑA
ROSENKRANZ	HERMANN	DROGENHILFE SCHWABEN	ALEMANIA

## LISTADO DE PARTICIPANTES

APELLIDOS	NOMBRE	CENTRO DE TRABAJO	LUGAR
RUIZ	JAVIER	GOBIERNO VASCO	ESPAÑA
RUIZ DE ALEGRÍA	ALBERTO	PROYECTO HOMBRE	ESPAÑA
SAINZ GARCÍA	MERTXE	C.T. HAIZE-GAIN	ESPAÑA
SÁNCHEZ	BEGOÑA	ASOCIACIÓN AGIANTZA	ESPAÑA
SÁNCHEZ BENITO	PILAR	AYTO. HONDARRIBI-PREVENCIÓN	ESPAÑA
SARDON	JASONE	ETORKINTZA	ESPAÑA
SCHÄFER	LOTHAR	RÜDLI	SUIZA
SCHIAK	HANS JURGEN	BREMER HILFE	ALEMANIA
STEFFAN	ELFRIEDE	SOZIALPÄDAGOGISCHES INSTITUT	ALEMANIA
STOCCO	PAOLO	VILLA RENATA	ITALIA
TUDURI ESNAL	ELENA	AGIPAD	ESPAÑA
URBIZU	AMAIA	AGIPAD	ESPAÑA
VENTURELLI	MARCO	ASSOC. GENITORI COMUNITÀ	ITALIA