

Atención a drogodependientes con hijos (en centros residenciales)¹

Gabriel Roldán Intxusta

Vicepresidente EuroTC

La media de edad de los pacientes atendidos en los programas de tratamiento a drogodependientes en el País Vasco ha experimentado un incremento de 6 años en el periodo 1987-1998 (cuadro 1) Una de las consecuencias del envejecimiento es el aumento de los drogodependientes que son «padres» o «madres», proporción que en muchos servicios sobrepasa el 25% (memoria 1999 C.T. Haize-Gain) Este nuevo factor incorpora al tratamiento la variable de la parentalidad, cuyo abordaje tiene una incidencia en la calidad de vida y toma de conciencia de los pacientes y en la prevención de que estos/as hijos/as puedan reproducir una drogodependencia cuando sean adultos.

La situación con relación a su paternidad/maternidad no es igual para todos los pacientes. Nos encontramos con pacientes que conviven con sus hijos y su pareja no consumidora y ésta se ha preocupado de la crianza y

¹ Publicado en Revista Proyecto nº 39 (2001) pp 18-24

educación de los hijos. En otros casos son familias monoparentales en las que el paciente, mujer probablemente, esté al cuidado de los hijos y se dan también situaciones en las que el padre y la madre son consumidores de drogas. En cuanto a los hijos podemos encontrarnos así mismo con graves situaciones de abandono, en otras con la muerte o ausencia de uno o los dos padres naturales y la custodia de éstos estén en manos de instituciones u otros familiares ante la pérdida de la tutela de sus padres.

¿Cómo afecta en los hijos la drogodependencia de los padres?

En un estudio sobre 23 familias drogodependientes con hijos en Grüner Kreis (Austria) Thomas Legl observa los siguientes aspectos en relación a los niños:

1. El niño vive en estado permanente de sentirse abandonado. En niños pequeños esto se manifiesta a través de un bloqueo de sentimientos que puede conducir al letargo o autismo o como un “llanto silencioso por uno mismo”. Tienden a asumir responsabilidades a muy corta edad como modo de reducir su constante ansiedad e inseguridad en un mundo inseguro.
2. Se sienten avergonzados de sus padres adictos y tratan de defenderles. El abuso de drogas es mantenido en secreto por el niño, ya a una temprana edad (a partir de 3 años) el niño se convierte en observador secreto y se ve a sí mismo obligado a interferir y ayudar. Es frecuente que haya asistido a escenas de sobredosis de droga de sus padres y a veces toman la posición “de Salvador” que es una carga demasiado pesada para él.
3. Los padres se perciben como emocional y físicamente ausentes, son incapaces de reconocer las necesidades de sus hijos a quienes incluso encuentran fastidiosos, esto conlleva que el niño desarrolle desórdenes de apego a temprana edad.
4. Hay una gran incidencia de desórdenes en la conducta (aislamiento, incapacidad para relacionarse con otras personas, etc) así como para adaptarse a las reglas sociales y una enorme agresividad, típico de niños que han sufrido algún modo de abuso, a menudo el abuso consiste en que los padres (en muchos casos la madre) necesitan al hijo como un sustituto emocional de sus cónyuges.

Posible abordaje desde una Comunidad Terapéutica.

Aunque cada caso es un mundo, veamos algunas situaciones. Si tomamos como referencia los drogodependientes que realizan una demanda de atención en Comunidad Terapéutica (cuadro 2), vemos que encontramos pacientes con hijos con mayor frecuencia en el grupo. Toxicómanos «cronificados» y Toxicómanos «normalizados» y en menor medida en el grupo de “Consumidores de cocaína y otras drogas” y escasamente en el grupo “Drogodependientes jóvenes”.

«Toxicómanos cronificados», ¿qué características presentan?

En ocasiones nos encontramos con que los dos progenitores han sido o son toxicómanos, de ser así nos puede ocurrir que uno de ellos ha fallecido y la tutela o custodia del hijo del paciente la tenga algún familiar, frecuentemente los abuelos y en bastantes de estas familias la estructura no es la más adecuada para la crianza. Los pacientes sienten con respecto a sus propios padres ambivalencia al dejar la custodia de sus propios hijos en un sistema que creen que no les ha ido bien a ellos y un fuerte sentimiento de culpa ante sus propias limitaciones para poder atenderlos. En otros casos los que realizan la custodia son las instituciones.

Algunos de estos pacientes suelen venir al tratamiento con el apremio de «curarse» para poder retomar el cuidado de los hijos, esto es un buen aliado pero no siempre consiguen sus objetivos o tienen graves limitaciones para hacerse cargo de los niños y plantean continuas discusiones con los servicios sociales y dolores de cabeza al equipo terapéutico que se ve involucrado en el tratamiento del paciente, sobre a quién corresponde la responsabilidad en la toma de decisiones sobre el futuro de esos hijos y el derecho de los/as padres/madres.

Suele ser oportuno en los casos que se puede, realizar desde el principio una labor coordinada con los técnicos que están al cuidado del hijo/a para coordinar los mensajes, las visitas y encuentros padres/hijos y cuidar las expectativas que tanto el padre/madre como los/as hijos/as pueden hacerse en cuanto a un cambio de la situación en ese momento.

En relación a este tipo de problemática se ha desarrollado en países de nuestro entorno (Portugal, Suiza, Alemania, Italia, Austria) tratamientos re-

sidenciales en régimen de Comunidad Terapéutica para drogodependientes con sus hijos/as, entendiendo que es importante dar un soporte a estos padres/madres tan desestructurados/as y a los hijos/as para afrontar la situación en la que se ven inmersos desde hace muchos años (en la mayoría de los casos toda la vida de los/as hijos/as)

Las Comunidades Terapéuticas se construirían para ayudar a estas personas a convertirse en seres capaces de ofrecer contención, estabilidad y afecto para el crecimiento de sus hijos, enseñandoles a desarrollar los cuidados necesarios para ello. Entendiendo la estancia en el centro como un espacio por un lado de control en relación al consumo de drogas y por otro lado psico-educativo, que permita reorganizarse a estas personas, reconociendo las necesidades de los hijos como diferentes a las propias y aprendiendo a relacionarse con ellos/as. Observamos que muchos de estos drogodependientes no han percibido en su infancia unos cuidados adecuados, y en ocasiones sus propios progenitores también han tenido problemas de alcoholismo, enfermedad mental, que se manifiestan en carencias en la relación empática y afectiva padres/hijos.

Se trata de prevenir lo que Stocco (1999) viene a denominar la «transmisión transgeneracional de la carencia”, el modo repetitivo en que las pautas de crianza se van transmitiendo generación tras generación y en las dificultades de estos/as hijos/as de afrontar las situaciones de dolor y de frustración en la resolución de los problemas si no es a través de la droga.

Habitualmente se observa en los hijos/as de los drogodependientes enfermedades psicosociales y psicosomáticas, (especialmente desórdenes del tracto intestinal, enfermedades de la piel) que pueden tener que ver con la historia de estos hijos con sus padres, con sus modelos de conducta (donde los episodios de depresión y abandono afectivo se suceden), métodos de educación, conflictos y relación empática.

En nuestro país no existe hasta la actualidad experiencias de tratamiento residencial de padres/madres con hijos/as que sin embargo, llevan años desarrollándose en países de nuestro entorno. ¿A qué puede deberse esto?

A mi modo de entender por un lado están las dificultades de los propios centros para tomar personas con estas necesidades de atención. Un ejemplo son los problemas que encuentran las mujeres embarazadas para el

acceso a las Comunidades Terapéuticas que en lugar de favorecer su ingreso encuentran limitaciones; sin tener en cuenta las posibilidades que puede ofrecer un centro para la gestación del bebé y los primeros meses de vida del niño/a, la vida estructurada de la madre y el control en el consumo de drogas. Por otro lado se observan reticencias en amplios sectores sanitarios y sociales de ingresar a los/as hijos/as, bien sean bebés, niños o adolescentes, en instituciones para drogodependientes, quizás percibiéndose a los mismos como «ghettos» que puedan estigmatizar más la vida de estos/as niños/as.

Las modalidades en cuanto al tratamiento padres-madres-hijos/as son amplias, por ejemplo centros exclusivos para madres con hijos/as en los primeros años de vida de estos (C.T. Arco Iris - Coimbra - Portugal) o centros mixtos para familias de drogodependientes con niños o adolescentes (Tannenhof - Berlín - Alemania) por citar algunas experiencias en funcionamiento. El diseño del programa y la metodología, así como las variantes que combinen tratamiento comunitario con un espacio propio familiar, dependerán de cada caso, su problemática y el momento en que se encuentren. Son abordajes en los que debe contemplarse la continuidad y apoyo de diferentes recursos socio-sanitarios a un largo plazo.

Merece especial atención la familia monoparental y más frecuentemente en nuestro medio madre con hijos/as y las dificultades de la madre drogodependiente de poder realizar un tratamiento residencial sin renunciar a estar con sus hijos/as. Se debería tener en cuenta la difícil situación de muchas madres con bebés, o mujeres embarazadas donde la separación de los hijos para realizar un tratamiento, resulta una barrera infranqueable para dichas personas a la hora de tomar una decisión .

Veamos a los/as padres/madres del grupo “drogodependientes normalizados”. Normalmente uno de los miembros de la pareja (hombre o mujer), no es consumidor de drogas o en el momento actual no consume y el drogodependiente desea realizar un tratamiento en Comunidad Terapéutica. Cada vez aparecen más demandas que se refieren a un paciente que ha podido mantener su trabajo y su vida familiar pero se encuentra en un momento en su vida que siente que «no puede más», se siente «vacío» y la droga ha ido ocupando progresivamente este hueco en su vida. Aquí especialmente aparece consumo de alcohol y cocaína, la heroína en menor medida. Es un consumo que se ha mantenido a lo largo de muchos años y

la demanda que realizan es para parar un tiempo en el consumo de drogas y realizar un cambio en su vida. Muchos de ellos tienen hijos, algunos mayores, incluso adolescentes y el tratamiento residencial debe contemplar que no haya una ruptura con su familia (los llamados periodos de incomunicación de los centros residenciales) y que la relación se mantenga durante todo el tiempo de tratamiento con salidas periódicas a su entorno familiar siempre que sea posible e incorporando a la pareja y los hijos en el tratamiento bien sea como terapia de familia, grupos multifamiliares o grupos específicos.

En este grupo los hijos perciben en menor medida la drogodependencia del padre/madre y la escena de la droga en la familia es menos dramática. Las consecuencias del consumo de drogas se suelen manifestar más a través de los estados emocionales del padre/madre en relación a su adicción: ausencia emocional y física del hogar, conducta agresiva, bruscos cambios de humor, discusiones con la pareja e irritabilidad en relación a los hijos. El paciente percibe que él ya ha cumplido con sus hijos ; “no les ha faltado de nada” , la culpa y la depresión aparecen más tarde a medida que avanza el tratamiento y se indaga con el paciente aspectos de su propia crianza apareciendo frecuentes episodios de abandono, muertes, alcoholismo o enfermedad en alguno de sus progenitores. Hay resistencias a iniciar una terapia individual que les conecta con ese sufrimiento. Suelen responder muy bien a los programas psico-educativos específicos para desarrollar pautas de comunicación y relación con los hijos que ayuden a mejorar su entorno y sienten que pueden reparar en sus hijos algo que a ellos les faltó.

Con este grupo creo conveniente que se integre la dinámica de su parentalidad dentro del tratamiento hablando más de los hijos dentro del centro, que les permita ser más conscientes sobre sus pautas y modelos de crianza y sobre todo cómo se están relacionando con sus hijos/as y lo que puede estar afectando a estos su relación con las drogas.

Hay que tener en cuenta también la demanda de ex-pacientes que acuden al centro para asesorarse sobre los graves conflictos con hijos adolescentes. Por un lado perciben signos en el comportamiento del hijo/a adolescente que les alarma (horarios, compañías, uso de sustancias) ;por otro las dificultades en la relación: problemas con los límites, revivir su propia historia, agresividad sin elaborar de los hijos en relación a la historia que les tocó vivir cuando sus padres/madres eran drogodependientes “si tú hiciste lo

que quisiste porqué no puedo hacerlo yo” ,que suscita en el padre/madre culpa e inseguridades.

En los últimos tiempos recibimos demandas de atención de jóvenes drogodependientes cuyos padres así mismo lo fueron, esta segunda generación de toxicómanos que van en aumento en los últimos años, nos plantea nuevos retos, dado que el marco de referencia educacional y el modelo de conducta de los padres, así como la ausencia de uno de ellos o la presencia actual de droga, exige nuevos planteamientos a la hora de buscar un soporte de ayuda para estos sujetos.

Otras situaciones que nos encontramos en las Comunidades Terapéuticas y de gran importancia son los embarazos en mujeres que están en tratamiento, algunos de ellos entre parejas que se constituyen en el propio centro y observamos la ambivalencia en relación al embarazo por un lado se presenta el hecho como no planificado y deseado y por otro se le asigna al futuro hijo un “componente mágico de salvación”, en parte por la inmadurez afectiva de la paciente para la resolución de los propios conflictos, invirtiendo los roles con el hijo, algo así como si “ser padre/madre me va a salvar de la droga”. Interpreté durante años que se debía al aumento del deseo sexual al dejar la heroína y a la composición idílica afectiva de las relaciones que se da en grupos cerrados, lo que me sugería la idea de una confusión entre sexualidad y reproducción. Lo observamos más claramente en algunas mujeres y fue uno de los componentes junto con el aumento de personas que tenían hijos que nos llevó a plantearnos la necesidad de a través de un taller grupal breve que se denominó “Ser padres, porqué y para qué”, con 5 sesiones en la C.T. Haize-Gain y que se planteó con los siguientes objetivos (Berasategui, 1999):

- Promover la revisión individual de cada paciente, de su representación mental y significado de la parentalidad.
- Facilitar la introducción de la dimensión parental en las relaciones intergrupales 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.

El taller tuvo una gran incidencia en la vida de estos pacientes y los conflictos en la propia C.T. y permitió la puesta en marcha de un grupo específico de parentalidad para los/as padres/madres.

El tener en cuenta a los hijos de los drogodependientes en los tratamientos es una medida preventiva que reduce su riesgo de adicción, así como el desarrollo de enfermedades psicosociales y psicosomáticas. Para ello se requiere de infraestructura adecuada, medios específicos y un modelo de tratamiento diseñado especialmente que satisfaga las necesidades de terapia de los/as padres/madres.

Las necesidades en relación a esta situación son diversas y aquí apunto algunas de ellas:

- Programas específicos para mujeres drogodependientes embarazadas y con hijos/as.
- Tratamientos residenciales para padres/madres con hijos/as.
- Formación y sensibilización para ser padres/madres y asumir una función parental responsable.

Para todos los pacientes veo muy conveniente la incorporación en los tratamientos residenciales de programas psicoeducativos para revisar las pautas de crianza que cada uno ha tenido en relación a sus padres, tomando más conciencia, que permita romper la cadena de transmisión hacia los/as propios/as hijos/as.

Referencias

- ★ Stocco, P. "Experiencias Europeas de Atención a Drogodependientes con Hijos". Seminario Internacional. Colección Haize-Gain Nº 5. Junio 1999.
- ★ Legl, T. "Experiencias Europeas de Atención a Drogodependientes con Hijos". Seminario Internacional. Colección Haize-Gain Nº 5. Junio 1999.
- ★ Berasategui, A. "Experiencias Europeas de Atención a Drogodependientes con Hijos". Seminario Internacional. Colección Haize-Gain Nº 5. Junio 1999.
- ★ Memoria C.T. Haize-Gain 1999. AGIPAD. San Sebastián.

Cuadros

Nº 1 – Memoria 1998 Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD)

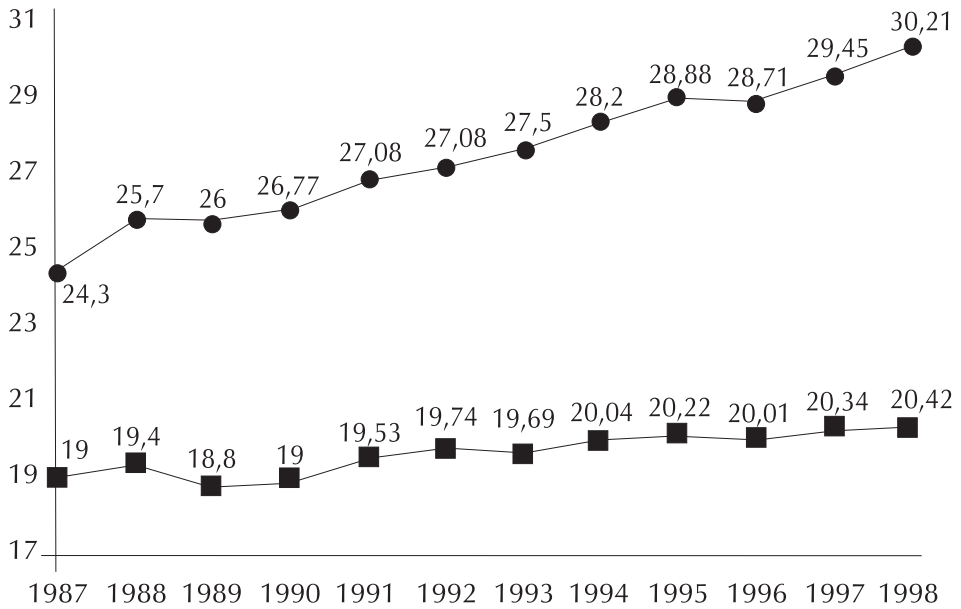
Nº 2 – “Las Comunidades Terapéuticas ante el reto de los nuevos comportamientos toxicómanos”. Gabriel Roldán. Instituto Deusto de Drogodependencias. 2001.

Tabla 2

Grupos de drogodependientes susceptibles de tratamiento en Comunidad Terapéutica

Toxicomanos “cronificados”	Jóvenes socialmente conflictivos	Drogodependientes jóvenes	Toxicomanos “normalizados”	Consumidores de cocaína y otras drogas
Entre 35 – 50 años	Entre 16-35 años	Entre 18 – 30 años.	30-60 años	Entre 30 – 50 años.
Más de 15 años de consumo (droga principal heroína que se mezcla con psicofármacos, cocaína, hachís y alcohol) Han pasado por diferentes modalidades de atención (Metadona, ambulatorio, CC.TT.)	Politoxicómanos Consumo habitual y compulsivo de diversas drogas. Multiproblemáticos	Consumo de hachís, anfetaminas, speed, drogas de síntesis, cocaína y psicofármacos. El consumo se realiza los fines de semana de modo habitual e intenso y en algunos casos la extensión se hace al resto de la semana.	Personas que llevan muchos años de consumo habitual de drogas, con periodos de mayor intensidad y otros con consumo moderado. Alcohol, hachís, cocaína, heroína en menor medida.	Consumo de alcohol, cocaína, speed Las drogas se incorporan a sus vidas para trabajar, estimularse o ir de fiesta los fines de semana, en personas “aparentemente normales”.
Aislamiento social y marginación en muchos casos. Aumentan los transeúntes y desplazados. Poco contacto con la familia de origen (padre, hermanos...), Una cuarta parte tienen hijos.	Problemas desde la infancia Fracaso escolar. Familias problemáticas o conflictivas que no contienen.(frecuente consumo de alcohol, psicofármacos, u otras sustancias) Antecedentes judiciales o causas pendientes.	Con frecuencia la demanda aparece como consecuencia de una destrucción psicológica, (ideas delirantes, depresión, intentos de suicidio); por un internamiento psiquiátrico, (descompensaciones psicóticas, agresiones) o un ingreso en una unidad de urgencia, lo cual crea una gran alarma en la familia.	El consumo ha permanecido más o menos oculto para el entorno familiar o social. Están reinsertados laboralmente y familiarmente. Manifiestan un empobrecimiento en su vida personal y social.	Poco a poco el consumo se hace más continuado y después de varios años aparecen problemas graves en su comportamiento, en el trabajo y ámbito más íntimo.
Deterioro físico y psíquico importante. Fuerte sufrimiento y desesperanza.	Trastornos graves de personalidad. Fuerte sentimiento de rabia y agresividad.	Estudian o trabajan. Viven con la familia. Aparecen trastornos en la conducta y es frecuente la patología dual	Cuando se indaga aparece una fuerte depresión y angustia.	Demandan parar un tiempo con la droga para luego seguir. Sin conciencia de enfermedad.
Consumidores crónicos de tratamientos. Objetivo cuidarse. Pueden combinar metadona con C.T.	Demandan C.T como alternativa ala cárcel o al H. psiquiátrico. ¿y después qué? Coordinar con recursos sociales y sanitarios.	Poco atractivo para ellos las Comunidades Terapéuticas. Demandan ingresos que no irrumpen su vida diaria .Combinan CT y tratamiento farmacológico.	Hay una demanda de cambio pero no saben dónde ir .Complementar Psicoterapia individual a largo plazo con C.T.	La demanda que realizan es periodos cortos de tratamiento. Modelo ingreso clínica privada

Gráfico 10. Distribución según la edad media de inicio de tratamiento y de consumo de la personas toxicómanas que solicitan tratamiento en la CAPV, 1987-1998



Fuente: DGPNSD, 1998

