

# Proyecto Provoid para la atención a madres adictas con hijos

Paolo Stocco,  
IREFREA - Italia

*Instituto de investigación europeo sobre los factores de riesgo en la infancia y en la adolescencia  
Presidente de la Cooperativa Social "Villa Renata" en Venecia.*

## Índice

1. Introducción
2. Elementos de criticidad
  - 2.1 Interacción de los servicios y de las profesionalidades con antecedentes, culturas, metodologías y competencias diferentes
  - 2.2 La relación con la pareja, estadísticas y estudios sobre el tema
3. La relación con los hijos, cómo se delinea (*estadísticas, problemas, recursos*)
4. La actividad realizada con el proyecto Provoid: competencias adquiridas y mirada hacia el futuro

## **1. Introducción**

Como es sabido y como lo certifican las experiencias clínicas presentadas en estos días por los colegas, la adicción a las drogas asociada a la condición de paternalidad representa implicaciones relevantes para la puesta a punto de los dispositivos de cuidado orientados a numerosos sujetos comprometidos: en primer lugar, la persona adicta y luego sus hijos y familiares.

En especial, cuando se manifiesta un problema de abuso de sustancias, la mujer manifiesta una condición de **vulnerabilidad** preponderante y está expuesta a un número mayor de **riesgos** para la **salud física** y **psicológica**, respecto a los adictos de sexo masculino. Sin contar con los riesgos adicionales derivados de los problemas relacionados, a menudo, con la condición de mujer adicta, de la que se habló también en este simposio, como, por ejemplo, la exposición a la violencia doméstica o violencia urbana, diagnóstico doble, etc.

La situación se hace todavía más complicada en el caso de **madres** adictas, para quienes la posibilidad de llegar a desempeñar en modo satisfactorio su rol materno, en semejantes condiciones de fragilidad, es más bien limitada. Más allá de las problemáticas toxicológicas, se manifiestan también contextos familiares y relacionales disfuncionales y los Servicios se perciben como instituciones lejanas, distantes y, en algunos casos, punitivas.

Estos son sólo algunos de los motivos por los cuales hacerse cargo de una madre adicta es una cuestión muy delicada y compleja, situación que requiere la atención y la asistencia de numerosas figuras profesionales e implica el

enfrentamiento entre operadores dedicados a los servicios con antecedentes culturales y experiencias diferentes.

Hacerse cargo de una mujer adicta debería representar una orientación hacia un concepto **multi** e **interdisciplinario**, en cuyo ámbito, las distintas instituciones, servicios y profesionalidades son llamadas a momentos de enlace, enfrentamiento y comunicación recíproca, para favorecer el éxito de dicho tratamiento.

De esta y de otras consideraciones surgió la exigencia de construir un proyecto para incrementar la cultura de la colaboración entre los Servicios y activar un protocolo de intervención integrado, en la Región Véneto, destinado a las mujeres adictas embarazadas o con hijos. Este proyecto tuvo inicio en 2003, con la denominación de Provoid: Proyecto Veneto de Asistencia Integrada a las Mujeres Adictas con Hijos.

## **2. Elementos de criticidad**

¿Cuáles son los puntos críticos, los anillos débiles de la cadena, para hacerse cargo en forma integrada de las mujeres adictas embarazadas o con hijos? Sobre la base de la experiencia adquirida en el campo, voy a intentar delinear los objetivos más difíciles de lograr y los puntos críticos con los cuales hoy día es difícil trabajar. Estos puntos críticos son dos en particular: la **interacción** entre Servicios diferentes que proporcionan asistencia a la mujeres adictas embarazadas o con hijos y la **relación** de estas mujeres con sus **parejas**.

Veámoslos individualmente.

### **2.1. Interacción de los servicios y de las profesionalidades con antecedentes, culturas, metodologías y competencias diferentes.**

Uno de los objetivos del proyecto Provoid ha sido, justamente, la interacción de los Servicios que, por razones distintas, intervienen en la asistencia médico-sanitaria, psicológica y social de las mujeres con problemas de abuso de drogas. Antes de poder trabajar realmente en red es necesario, antes que nada, construir un lenguaje común que permita la comprensión recíproca entre profesionales con trayectorias formativas y experiencias que algunas veces son muy diferentes entre ellas. Pero, a parte las profesionalidades que se ponen en relación y el lenguaje diferente, lo que obstaculiza un buen trabajo de red es, fundamentalmente, el modo de afrontar la adicción, o sea, la propia concepción de la experiencia de la adicción y los posibles perjuicios hacia las personas que hacen o han hecho abuso de drogas, especialmente si estas personas son de sexo femenino y tienen hijos. En este último caso, la severidad de juicio es aun mayor y se refleja en la forma de ponerse en relación con estas personas, personas a las que a menudo les cuesta mucho pedir ayuda y que, por consiguiente, no facilitan la instauración de cualquier tipo de relación que representa la antecámara de la alianza terapéutica, fundamental para este

trabajo. Recuerdo, por ejemplo, lo acaecido a una mujer adicta ingresada en un hospital público para el nacimiento de su hijo. A esta mujer no se le reconoció el deseo legítimo de abrazar a su hijo inmediatamente después del parto, y fue tratada con presunción por el personal de asistencia del hospital, que conocía su situación de adicción a las drogas.

### *2.1.1. La red de los servicios*

Con el proyecto Provoid hemos intentado concretamente la activación de una red de operadores y expertos del sector, tanto a nivel nacional como Europeo, con el objetivo de escribir juntos las Pautas Regionales para la asistencia integrada a las mujeres adictas embarazadas o con hijos, y crear una red regional para reflexionar sobre las implicaciones éticas y profesionales del trabajo en el sector de la drogadicción femenina y materna. En las mencionadas Pautas hemos precisado que, en torno a cada **caso de una mujer adicta embarazada o con hijos**, es siempre oportuno activar una red de operadores, relacionados con las distintas estructuras, que constituya un **miniplantel estable** destinado a seguir el caso hasta el final de su trayectoria, y que se reúna al menos una vez cada dos meses para focalizar la evolución de la situación.

Dentro del miniplantel deberían garantizarse: la constancia de las **figuras** de referencia y la claridad de los **objetivos** perseguidos colegialmente, para facilitar la comunicación entre las figuras profesionales y la persona en tratamiento, evitando la dispersión de información y la incoherencia del mensaje orientado a los usuarios.

En el ámbito del trabajo de red, es posible valorizar las distintas competencias profesionales de los operadores que siguen el caso, salvaguardar la especificidad de las varias aptitudes metodológicas y aprovechar mejor los recursos presentes a nivel territorial.

En las Pautas hemos precisado también que sería deseable se pudiera identificar un operador que garantice la **coordinación** de la red de servicios relacionados con la **conexión** entre las distintas estructuras. Esta figura podría ser asimilada a la del **Case Manager**, que asumiría sobre todo funciones de **unión inter-institucional** y de **gestión del seguimiento** en los distintos casos. La elección del Case Manager debe ser evaluada y compartida por los referentes de los distintos servicios. Esta figura podría ser útil para coadyuvar la Autoridad Judicial en las evaluaciones del caso, manteniendo inalteradas las competencias específicas de los Servicios en esta materia.

## **2.2. La relación difícil con la pareja, estadísticas y estudios sobre el tema**

La pareja de la mujer es uno de los aspectos más complicados y difíciles por tratar, cuando se tiene a cargo una mujer con problemas de abuso de sustancias. En ámbito afectivo, las mujeres que desarrollan una dependencia de sustancias psicotropas tienden a crear relaciones simbióticas con la pareja, dinámica-relacional que la literatura define “**bidependencia**”.

En ámbito terapéutico sería útil apuntar a la independencia emotiva de estas mujeres, garantizándoles un “espacio libre” en el cual se puedan alentar la propia individualización, determinación y autonomía; pero la experiencia nos muestra lo difícil y tortuoso que puede ser este camino y los fracasos que puede llevar consigo.

Además, numerosos estudios han evidenciado que la vida sentimental y sexual de las mujeres adictas se caracteriza por la promiscuidad y el uso del preservativo no siempre corresponde a la necesidad de prevención y cuidado de su persona.

En efecto, estos estudios han evidenciado que, en las relaciones ocasionales, la mujer adicta usa el preservativo, mientras que en el caso de relaciones afectivas estables, es mucho menos propensa al uso del condón, exponiéndose así al riesgo de MST (*enfermedades de transmisión sexual*).

En situaciones muy especiales, se puede llegar también al denominado “pacto de amor” que implica la elección de poner a riesgo la propia vida haciéndose contagiar por la pareja seropositiva al virus HIV.

### **3. La relación con los hijos, cómo se delinea (*estadísticas, problemas, recursos*)**

#### *Factores de riesgo para los hijos de padres adictos*

¿Cuál es la situación de vida de los niños, con uno o ambos padres adictos a las drogas? Desde el momento de su concepción, el hijo de una mujer adicta a las drogas es considerado un sujeto de riesgo, debido a la exposición a sustancias psicotropas, al estilo de vida desordenado de la madre y, una vez nacido, por los que se definen los factores proximales ambientales, o sea, los aspectos de cuidado y protección proporcionados por los adultos que lo cuidan.

Entre las consecuencias más frecuentes derivadas del uso de estupefacientes durante el embarazo, se encuentra el aborto, el desprendimiento prematuro de la placenta, el parto prematuro, o sea antes de término, la maduración retardada del sistema nervioso y el crecimiento somático inferior, acompañado por un peso reducido al nacimiento, hipodistrofia, infecciones (desde la hepatitis hasta el HIV) y problemas cardiocirculatorios.

Así como la madre, también el recién nacido, puede convertirse en adicto a las sustancias y, enseguida después del parto, puede afrontar la síndrome de abstinencia

neonatal que se manifiesta con temblores, convulsiones (raras veces), transpiración, hiperventilación, diarrea, vómito, irritabilidad y trastornos del sueño.

A medida que crece, la literatura señala dificultad de aprendizaje, retardo en el desarrollo del lenguaje, trastornos de la atención, hiperactividad, pero también agresividad, dificultad en la socialización y abuso de sustancias psicotropas.

### *Factores de protección*

Al final de esta extensa lista de situaciones problemáticas, surge la pregunta de cuáles pueden ser los factores de protección para estos niños.

Los estudios han evidenciado que la presencia del niño en un entorno acogedor, de soporte y “adecuado”, constituye un elemento de protección en condiciones de interrumpir la transmisión intergeneracional de desadaptación afectivo-relacional.

En este sentido, la comunidad se caracteriza como lugar donde es posible estructurar relaciones afectivas nuevas y más adecuadas y, por lo tanto, como un factor de protección para el dúo madre adicta-hijo.

A tal propósito, un estudio conducido por dos docentes investigadoras de la Universidad de Padua (Fava Vizziello y Simonelli) acerca de dos comunidades de acogida madre-hijo en la región Véneto (Casa Aurora en Venecia y San Francesco en Padua) ha puesto en evidencia el rol de **factor de protección** para el desarrollo de una buena relación de apego entre la madre y el niño, propuesto por un entorno protegido como la comunidad terapéutica. En efecto, las autoras sostienen que “las comunidades se organizan, para las madres y los niños, como lugares de apego físico y psicológico, en cuyo interior es posible estructurar relaciones afectivas nuevas y más adecuadas” (Fava Vizziello, Simonelli, 2004).

En Europa son numerosas las comunidades terapéuticas madre-hijo, lugares en los cuales se puede aprender a reconstruir y proteger una identidad femenina a menudo herida y descuidada.

#### **4. La labor desarrollada con el proyecto Provoid: competencias adquiridas y mirada hacia el futuro**

Con el proyecto Provoid hemos trabajado, tanto bajo el aspecto terapéutico con la activación de laboratorios de ayuda a la paternalidad y con la predisposición de una plantilla de observación y evaluación de las dinámicas relacionales del dúo madre-hijo, como bajo el aspecto de la reinserción socio-laboral de las mujeres al final del camino de cura, mediante la activación de dispositivos de apoyo de “posrehabilitación”, breves módulos de formación sobre los temas del trabajo, de los cambios sociales y del balance de las competencias y de las experiencias profesionales.

#### **4.1. Laboratorios de apoyo a la paternalidad y plantilla de observación de la relación madre-hijo**

Para los laboratorios de apoyo a la paternalidad se consideraron, en especial, dos dispositivos:

1. espacios de reflexión en grupo para las madres, orientados a la discusión/compartición y reelaboración de las dificultades encontradas por las mujeres en la relación con el hijo, con el objetivo de abrir un espacio de reflexión sobre el propio modo de organizar los espacios y los tiempos dedicados a las actividades con los hijos y sobre el modo de comportarse y relacionarse con ellos a través de estas actividades;
2. laboratorios de actividades madre-hijo, definidos laboratorios lúdico-formativos, con un doble objetivo: por una parte, hacer que las mujeres experimenten y comprendan las nuevas formas de comunicación e interacción con el propio niño, para ayudarlas a reconocer y a satisfacer las necesidades y las exigencias de los mismos; por la otra, ayudar/estimular a los niños a conocer y dominar los cinco sentidos (vista, oído, olfato, tacto y gusto), a desarrollar la coordinación motriz, a adquirir equilibrio estático y dinámico y desarrollar las habilidades de atención y creación y a promover la autonomía y la socialización a través de la aplicación de reglas compartidas.

Por lo que concierne a la predisposición de espacios de reflexión en grupo, el trabajo que se pone en práctica en “Casa Aurora” es una intervención orientada a la relación madre-hijo en un espacio y tiempo precisos, fuera de las normales actividades educativas de la vida cotidiana, que a menudo no permiten afrontar en modo puntual e intencional las áreas problemáticas que se evidencian en la relación entre madre-hijo. Este trabajo, focalizado en el rol materno y en la relación con el hijo, es conducido, en particular, en el ámbito de un proceso psicoterapéutico de grupo, acompañado por la psicóloga psicoterapeuta responsable de la Comunidad y es objeto de supervisión de parte una psicóloga psicoterapeuta externa.

Los laboratorios de actividades madre-hijo (actividades manuales, juegos de equipo y juegos colectivos) se iniciaron experimentalmente en 2004, con reuniones de preparación orientadas a conocer las exigencias y las necesidades educativas de las mujeres involucradas y a hacerlas participar activamente en la organización de los laboratorios; en los meses siguientes, se activaron los espacios de reflexión y debate en grupo sobre la experiencia vivida, en particular, sobre los problemas y los recursos relacionales que emergieron durante las actividades madre-hijo. Para la realización de este último tipo de reuniones, se utilizaron instrumentos interesantes para facilitar la reflexión sobre las dinámicas madre-hijo: la videograbación (previa autorización de las mujeres) de las actividades de los laboratorios, la visión y debate en grupo del material grabado y el cotejo de parte de las educadoras involucradas. La duración total de los

laboratorios fue de 18 meses, por un total de **72** reuniones de grupo para las actividades de laboratorio, 4 reuniones de grupo para la preparación de las mismas y 8 reuniones de reflexión sobre la experiencia hecha. Terminada la experiencia se realizó una verificación de la labor desarrollada a través de la entrega, a las madres participantes, de fichas de evaluación de las actividades, de cuyo análisis se desprende que existe una toma de consciencia de la utilidad de los laboratorios para las mujeres y para sus niños así como de la importancia de crear espacios y momentos de juego en común.

En conclusión, consideramos que se han logrado los sub-objetivos específicos prefijados: se verificó una participación inesperada de parte de las madres en las actividades organizativas y una buena capacidad de reflexionar sobre las propias actitudes y comportamientos en relación con los espacios de juego compartidos con el propio hijo; los niños vivieron una ocasión de juego y de crecimiento de grupo, que estimamos importante seguir promoviendo para mejorar su capacidad de tomar decisiones autónomas, de socializar y respetar las reglas del juego, así como se demostró posible realizar con actividades estructuradas e interesantes.

Por lo que concierne a la realización del objetivo de la construcción de una plantilla de observación y evaluación de la relación madre-hijo, se puso en evidencia la fragilidad y la intrínseca dificultad de evaluación de los recursos de paternalidad, todavía más cuando esta evaluación se realice en situaciones de drogadicción de la madre.

En general, la evaluación de la idoneidad parental, en los casos de paternalidad difícil, tendría que remitirse a las funciones “relacionales” de la madre y el niño y no puede ser realizada a través del examen psicológico y/o psiquiátrico tradicional del progenitor como individuo.

En efecto, la función parental depende de muchos factores individuales, relacionales y ambientales cuya integración no siempre es funcional y coherente. Estos factores son:

- capacidad de acudir, proteger, amar de cada progenitor, para integrar con aquellas correspondientes de la posible pareja;
- calidad de la relación de pareja,
- factores de contexto ambiental,
- características del niño

Esta evaluación, naturalmente, es mucho más compleja en caso de una situación de adicción a las drogas de parte de uno o de ambos padres del niño, por la concomitancia de factores de trastornos que intervienen en la relación.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de los factores por considerar, el grupo de profesionales que trabaja en Casa Aurora –coadyuvado por un experto externo que es también supervisor de la actividad clínica y educativa de la comunidad, la profesora Giuliana L. Milana– ha preparado una plantilla de observación y evaluación del

comportamiento de la madre hacia el hijo, que explora las modalidades de interacción en seis esferas de la vida de relación cotidiana del dúo madre-hijo. En el cuadro siguiente se indica la plantilla de observación y evaluación.

Plantilla de observación y evaluación de la relación madre-hijo (Casa Aurora). Se observan las dinámicas siguientes:

1. Cómo se comporta la madre en la función de nutrición;
2. Cómo responde el niño a los estímulos maternos;
3. Comportamiento de la madre y comportamiento del niño en los momentos de separación (sueño, jardín de infantes, etc.);
4. Actitud de la madre respecto a las interacciones del niño con los demás: adultos y niños;
5. Cómo habla la madre con el hijo, cómo la madre habla al hijo y cómo el hijo responde a la madre;
6. Interacción de juego entre madre e hijo.

#### **4.2. La reinserción socio-laboral**

Por lo que se refiere al último objetivo del Proyecto (dispositivos de acompañamiento para la reinserción socio-laboral), se ha realizado un proyecto de formación/información laboral, orientado a las mujeres en fase avanzada de tratamiento: el proyecto Koinè. El “*Percorso Lavoro*” del proyecto ha involucrado una decena de usuarios de dos comunidades diferentes.

El curso de formación/información se articuló en 5 reuniones de grupo – realizadas en el arco de un mes con frecuencia semanal, según la metodología del “grupo a tema a breve plazo”– en cuyo seno se trataron y desarrollaron los temas generales sobre la organización del mundo del trabajo (balance de competencias, currículos, organización de la búsqueda del trabajo, entrevistas de trabajo, contratos colectivos nacionales de trabajo, cooperativas sociales, etc.).

Los encuentros del grupo se organizaron considerando la completa participación de las personas en formación, por lo cual cada sesión de trabajo se dividió en dos partes: una parte de introducción, teórica y general, y una parte práctica para activar y estimular a las participantes del curso y permitir la creación de un espacio de grupo para compartir/reflexionar y reelaborar las dificultades más comunes encontradas en la fase de reinserción socio-laboral. Los instrumentos para la participación práctica son los siguientes: tormenta de ideas del grupo sobre los conceptos teóricos fundamentales; mapa de descripción de sí mismo, ficha de las características personales; perfiles personales relativos a Valores-Necesidades-Objetivos; simulaciones de grupo y juegos de rol; historias y experiencias personales de trabajo y de formación profesional. Al final del curso de formación/información, para cada

participante involucrada en el proyecto, el responsable de la actividad de formación redactó un perfil personalizado referido al balance de las competencias, indicando contextualmente las líneas de acción para la búsqueda de un trabajo a breve y medio plazo.