ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA. PRIMER SEMESTRE 2022 / Nº 39

infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones

La perspectiva de derechos de la infancia en el ámbito de las adicciones.

Financiado por:

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

dianova

Financiado por:

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

ASOCIACIÓN
DIANOVA ESPAÑA

28028 Madrid
Tel.: +34 91 468 87 65
Fax: +34 91 468 87 87
dianova@dianova.es

Edición
Asociación Dianova España
Gibet Ramon
Ilustracion de portada: Gibet Ramon

Asociación Dianova España
no comparte necesariamente las
opiniones expresadas en los artículos
publicados. Los únicos responsables
son sus propios autores/as.

dianova

ÍNDICE

EL DERECHO DE LA INFANCIA A SER PROTEGIDA DEL ESTIGMA DEL USO DE DROGAS Y DE SU IMPACTO EN LAS FAMILIAS: UN ARTÍCULO DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS DE LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES.

Agnes Chen 8

DERECHOS DE LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES. PROXIMIDAD Y VÍNCULO PARA LA REDUCCIÓN Y PREVENCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS EN MATERNIDADES VULNERADAS.

Carolina Torralbo y Carme Calafat 14

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PADRES Y MADRES QUE USAN DROGAS.
Brechas y propuestas.

Corina Giacomello 28

¿DÓNDE ESTÁN LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS?

Laura Trujillo Ruiz 44

INFOGRAFÍA DIANOVA: GUÍA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA PARA LOS SERVICIOS DE ADICCIONES.

..... 82

EL ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL Y LA RELACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS COMO CONSECUENCIA DE TRAUMA COMPLEJO

Alexandra Membrive 86

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA MENORES: LA NECESIDAD DE CENTROS RESIDENCIALES ESPECÍFICOS PARA MENORES CON ADICCIONES. LA EXPERIENCIA DEL CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO LAS TORRECILLA

Maria José Vera y Matilde Ligero Montilla 98

EL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA EN LA INTERVENCIÓN EN ADICCIONES Y EL TRABAJO DE INCIDENCIA DESDE LA COMISIÓN DE INFANCIA DE LA FEDERACIÓN CATALANA DE DROGODEPENDENCIAS.

Comisión de infancia de la Federación Catalana de drogodependencias 112

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO 118

SI QUIERES PARTICIPAR 120

INFONOVA Nº 39 / PRIMER SEMESTRE DEL 2022

EL DERECHO DE LA INFANCIA A SER PROTEGIDA DEL ESTIGMA DEL USO DE DROGAS Y DE SU IMPACTO EN LAS FAMILIAS: UN ARTÍCULO DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS DE LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES.

Agnes Chen

Fundadora y Presidenta de Starlings Community

En 1989, las Naciones Unidas adoptaron la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que ratificó un acuerdo internacional para honrar y proteger los derechos fundamentales de todos los niños (Ohchr,1989). Sin embargo, la forma en que se interpretan y aplican estos derechos varía, exponiendo finalmente algunos niños a barreras sistémicas y discriminación estructural. Un ejemplo de ello incluye a los niños que están expuestos al estrés y el estigma de un trastorno por el uso de sustancias (TUS) de los padres y que tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener resultados adversos para la salud.

Agnes Chen, una enfermera registrada canadiense y fundadora de Starlings Community ha reconocido la brecha de política y apoyo que existe para los jóvenes cuyos padres tienen un trastorno por consumo de sustancias. Después de haber sido expuesta al estigma del consumo de sustancias de los padres a los 6 años, Agnes explica que no se sentía avergonzada de sus circunstancias ni tenía miedo de llegar hasta que vio repetidamente la reacción de la comunidad y los proveedores de servicios hacia su familia. Con el tiempo, se hizo evidente que el estigma era un factor no reconocido que contribuía a sus retos de salud mental, así como al bienestar de generaciones de familias.

Como compañera de muchos niños que están expuestos al trastorno por el uso de sustancias de los padres, Agnes nos invita a explorar: ¿Aplicamos las mismas consideraciones respecto a los derechos humanos de los/las niños/as que están expuestos al TUS de los padres? y ¿El estigma perpetúa las vulneraciones de derechos de estos niños/as?

"El estigma tiene un efecto perverso de silenciar. Crea tabúes y hace que no se aborden los problemas. El estigma hace que algunas personas y sus necesidades sean invisibles en la sociedad". Asamblea General de las Naciones Unidas, 2012.

En Canadá, aproximadamente 1 de cada 5 niños tiene un padre con TUS (Yogman y Garner, 2021), con tasas similares observadas en otras partes del mundo occidental, como los Estados Unidos y el Reino Unido (Roy,2020). La evidencia indica que los jóvenes afectados tienen un mayor riesgo de resultados de salud adversos de por vida, incluido hasta el triple del riesgo de un trastorno por uso de sustancias, enfermedad mental y suicidio (Leyton y Stewart, 2014). Además, hay una representación excesiva de niños cuyos padres tienen un TUS dentro del sistema de bienestar infantil (Government of Canada, 2014) y padres con un TUS dentro del sistema de justicia penal (Health Canada, 2018), los cuales se sabe que causan daño a las familias. Sin embargo, a pesar de esta prevalencia y riesgo, sigue existiendo una brecha en las políticas, prácticas y apoyos destinados a proteger la salud de los jóvenes afectados.

Agnes cree que una gran parte del problema es que, al evaluar los resultados de salud adversos en los niños afectados, la única responsabilidad y culpa se dirige principalmente al uso de sustancias de los padres, sin tener en cuenta las barreras sistémicas y la discriminación que experimentan los padres y sus hijos. Los comportamientos y emociones de los padres relacionados con el consumo problemático de sustancias pueden

contribuir al daño de los niños afectados; sin embargo, se sabe que el trastorno por consumo de sustancias tiene sus raíces en los determinantes sociales de la salud, como las experiencias con traumas infantiles, el racismo sistémico y la pobreza crónica (Lewis, Smith, Offiong, Prioleau, Powell, 2021). Sin acceso a apoyo, como puede ser el caso debido a la presencia de estigma en los usuarios de sustancias, debemos reconocer estas circunstancias que, si no se abordan, pueden influir en la salud mental de los padres, el uso de sustancias y la capacidad para fomentar las prácticas de crianza.

Además de presenciar comportamientos discriminatorios hacia un padre o una madre, se sabe que los niños/as son los receptores del estigma, lo que puede contribuir a los sentimientos de vergüenza y ansiedad, así como a disminuir su confianza en los sistemas actuales, como el sistema de salud (*McCann, Lubman, 2017*).

"No siempre es seguro decírselo a alguien, especialmente cuando los sistemas no siempre pueden garantizar su seguridad". Anónimo, 18-24 años, Canadá.

"Quiero que la gente sepa el nivel de vergüenza que siente toda la familia, la lucha de amar a alguien que te lastima, pero no quiere, cuánto duele la criminalización". Anónimo, 18-24 años, Canadá.

"El estigma que rodea a la adicción me ha afectado mucho a mí y a mi recuperación. Cada vez que comparto mi historia, la gente tiene una visión diferente de mí, como si hubiera elegido estar en esa situación cuando era niño. Y esto hace que sea extremadamente difícil abrirse a los profesionales de la salud mental por el miedo al juicio". Anónimo, 18-24 años, Toronto, ON.

"Quiero que la gente tenga compasión. Si mis padres tuvieran el apoyo de la comunidad, sintieran que podían obtener ayuda sin perdernos, tal vez la hubieran recibido". Anónimo, 24-35 años, Canadá; Cuestionario de la comunidad Starlings: Impactos del estigma en los canadienses expuestos al SUD parental, 2021.

Desde 1989, cuando se ratificó por primera vez la CDN, los defensores de todo el mundo han presionado para garantizar que nuestros líderes defiendan los derechos de los niños, incluido el derecho a acceder a la información, a no sufrir daños, a acceder a apoyos comunitarios que podrían apoyar a los padres y prevenir daños, y a acceder apoyo de salud física, mental y espiritual que les permita recuperarse del daño (Ohchr,1989). Sin embargo, el estigma ha privado a muchos niños y niñas de estos derechos fundamentales.

Hoy, Agnes nos invita a cada uno de nosotros a desafiar nuestros propios prejuicios hacia las personas con SUD, mientras consideramos cómo nuestras creencias pueden contribuir a la falta de apoyo para los padres y, en última instancia, para sus hijos. Nuestras comunidades no solo tienen la oportunidad, sino también la obligación de garantizar que defendemos los derechos de todos los niños, incluidos los niños que siguen silenciados y en desventaja por el estigma del consumo de sustancias por parte de uno de los padres.

Puede acceder al informe completo en: Starlings Community INC. (febrero de 2022). UN NUEVO CAMINO HACIA ADELANTE: Informe de la comunidad de Starlings que destaca el daño impuesto a los niños que están expuestos al estigma del consumo de drogas o alcohol por parte de los padres, y recomendaciones para un nuevo camino hacia adelante.

Starlings Community (SC) es una organización sin fines de lucro en Alberta, Canadá, cuya misión es proteger la salud y promover la recuperación de los niños que se han visto afectados por el estrés y el estigma del consumo de sustancias por parte de los padres. A través de la promoción, la movilización de conocimientos y la programación, su objetivo es desmantelar los efectos nocivos del estigma del uso de sustancias en los niños, al mismo tiempo que aumenta la protección comunitaria que se ofrece a los niños afectados.

BIBLIOGRAFÍA

Alonzo, D., Thompson, R. G., Stohl, M., & Hasin, D. (2014). *The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States*. American Journal of Orthopsychiatry, 84(3), 316–320.https://doi.org/10.1037/h0099804

Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). *Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression*. Psychiatric Services, 53(8), 1001–1009. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001

Barker, B., Kerr, T., Alfred, G.T. et al. *High prevalence of exposure to the child welfare system among street-involved youth in a Canadian setting: implications for policy and practice*. BMC Public Health 14, 197 (2014). https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-197

Garner, A., & Yogman, M. (2021). *Preventing childhood toxic stress: Partnering with families and communities to promote relational health*. Pediatrics, 148(2). https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582

Government of Canada. (2014). *Annual report of the office of the correctional investigator 2013–2014*. https://www.ocibec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20132014-eng.aspx

Health Canada. (2018, September 5). *Strengthening Canada's Approach to Substance Use Issues - Canada.ca*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2022, from https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugssubstances-strategy/strengthening-canada-approach-substance-use-issue.ht

Langlois, K. A., & Garner, R. (2013, March). *Trajectories of psychological distress among Canadian adults who experienced parental addiction in childhood* (Statistics Canada Catalogue 82-003-x, Health Reports, Volume 24, Number 3, pp. 14–21). https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013003/article/11774-eng.htm

Lewis, Q. J., Smith, B. D., Offiong, A., Prioleau, M., & Powell, T. W. (2021). *When a house is never a home: Housing instability among youth affected by parental drug abuse*. Child Abuse & Neglect, 118, 105131. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105131

Leyton, M., & Stewart, S. (Eds.). (2014). *Substance abuse in Canada: Childhood and adolescent pathways to substance use disorders*. Canadian Centre on Substance Abuse. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSAChild-Adolescent-Substance-UseDisorders-Report-2014-en.pdf

McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2017). *Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse*. International Journal of Mental Health Nursing, 27(2), 693–701. https://doi.org/10.1111/inm.12355

Meulewaeter, F., De Pauw, S. S. W., & Vanderplasschen, W. (2019). *Mothering, substance use disorders and intergenerational trauma transmission: An attachmentbased perspective.* Frontiers in Psychiatry, 10, Article 728. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00728

OHCHR. (1989). Convention on the Rights of the Child. Retrieved June 20, 2022, from https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

Park, S., & Park, K. S. (2014). *Family stigma: A concept analysis*. Asian Nursing Research, 8(3), 165–171. https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.006

Parolin, M., Simonelli, A., Mapelli, D., Sacco, M., & Cristofalo, P. (2016). *Parental substance abuse as an early traumatic event. Preliminary findings on neuropsychological and personality functioning in young drug addicts exposed to drugs early*. Frontiers in Psychology, 7, Article 887. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00887

Roy, J. (2020). *Children living with parental substance misuse: A cross-sectional profile of children and families referred to children's social care*. Child & Family Social Work, 26(1), 122–131. https://doi.org/10.1111/cfs.12795

Smith, J. C., Alderman, L., Attell, B. K., Avila Rodriguez, W., Covington, J., Manteuffel, B., DiGirolamo, A. M., Snyder, S. M., & Minyard, K. (2021). *Dynamics of parental opioid use and children's health and well-being: An integrative systems mapping approach*. Frontiers in Psychology, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687641

Titlestad, K. B., Mellingen, S., Stroebe, M., & Dyregrov, K. (2020). *Sounds of silence. The "special grief" of drug-death bereaved parents: A qualitative study*. Addiction Research & Theory, 29(2), 155–165. https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1751827

DERECHOS DE LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES. PROXIMIDAD Y VÍNCULO PARA LA REDUCCIÓN Y PREVENCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS EN MATERNIDADES VULNERADAS.

CHILDREN'S RIGHTS IN THE FIELD OF ADDICTIONS. PROXIMITY AND ATTACHMENT FOR THE REDUCTION AND PREVENTION OF DRUG USE IN VULNERALIZED MOTHERS.

Carolina Torralbo

Licenciada en Antropología Social y Cultural.
Diplomada en Trabajo Social.
Experta en Intervenciones Sistémicas.
Experta en Intervenciones Multifamiliares.
Coordinadora de los grupos de Participación Comunitaria en la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) en Barcelona.

Carme Calafat

Licenciada en Psicología. Directora del Área de Infancia, Familia y Género de ABD.

Equipo Preinfant:

Nausica Castelló Martínez
Licenciada en Psicología.
Coordinadora del proyecto Preinfant

Asun Álvarez
Diplomada en Educación Social.
Referente de casos

Irene Márquez
Diplomada en Educación Social.
Referente de casos

Leticia Santamaria
Licenciada en Psicología.
Referente de casos

Maria del Mar Serra
Licenciada en Psicología.
Referente de casos

RESUMEN

Desde una mirada de prevención y reducción, el texto se suma a pensar las intervenciones con mujeres, en consumo activo de drogas, embarazadas y/ o con hijos/as menores de tres años. Para ello integra una metodología de intervención centrada en el empoderamiento y capacidades de la persona, en su proceso de maternidad y crianza generando un vínculo estable y seguro con su hijo/a y en el fortalecimiento de su red de apoyo.

Se presenta un marco de trabajo e intervención de proximidad que favorece la prevención, reducción y eliminación del consumo de drogas durante el embarazo y la crianza y, sobre todo, la protección de ese hijo/a menor de tres años.

PALABRAS CLAVE

Empoderamiento, Consumo de Drogas, Vínculo, Crianza y Marentalidad positiva.

ABSTRACT

From a perspective of prevention and reduction, the text adds to thinking about interventions with women, in active drug use, pregnant women and/or with children under three years of age. For this, it integrates an intervention methodology focused on the empowerment and capacities of the person, in their motherhood and parenting process, generating a stable and safe bond with their child and in strengthening their support network.

A framework of work and proximity intervention is presented that favours the prevention, reduction and elimination of drug use during pregnancy and upbringing and, above all, the protection of that child under three years of age.

KEY WORDS

Empowerment, Drug Use, Bond, Upbringing and Positive Parenting.

INTRODUCCIÓN

Preinfant es un programa de acompañamiento a la maternidad y de prevención del maltrato infantil que incide prioritariamente en los aspectos vinculares y que tiene como objetivo prioritario proteger la salud física y mental del/a bebé disminuyendo y/o eliminando aquellas situaciones de riesgo que se pueden dar a lo largo del embarazo y de los tres primeros años de vida, en un contexto familiar de alto riesgo.

Desde Preinfant se realiza un acompañamiento en el complejo proceso de asumir unas maternidades que a menudo no son ni programadas ni deseadas, o en el otro extremo, muy idealizadas, poniendo las bases de una vinculación saludable.

Tras la gestión y desarrollo del programa durante más de 25 años, la base teórica en relación a este campo de trabajo y las experiencias que a día de hoy se desarrollan en otros países se puede afirmar la relación existente y directa entre el establecimiento de una vinculación afectiva segura y unos buenos tratos.

Desde Preinfant se ofrece:

- Apoyo emocional y trabajo del vínculo durante el embarazo y posteriormente con el/la bebé, con la finalidad de favorecer una vinculación confortable y potenciar las competencias marentales y parentales.

- Apoyo en los cuidados del embarazo, pautas y habilidades de crianza.

- Dinamización de los recursos de la red con la finalidad de fomentar la adherencia de las familias con la red social y profesional.

El programa sirve de apoyo para preparar emocionalmente a la futura madre, asegurar un vínculo de apego seguro entre la madre y el/la bebé y ofrecer un acompañamiento psicoeducativo fomentando unos hábitos y cuidados saludables durante el embarazo (alimentación, higiene, descanso, abstinencia a sustancias tóxicas, reducción de riesgos, adherencia al tratamiento por su adicción, seguimiento médico ginecológico, etc.), la preparación al parto y hasta los 3 años de vida del/a bebe.

MARCO TEÓRICO

Numerosas evidencias empíricas apuntan claramente a la necesidad de desarrollar programas de intervención temprana centrados en la gestación y primeros años de vida con familias en situación de alta vulnerabilidad.

R. Spitz (1951, 1965), psicoanalista e investigador, fue pionero en los estudios sobre el primer año de vida alertando sobre la relación entre vínculo primario y depresiones graves en la infancia.

Otros psicoanalistas basaron sus formulaciones teóricas en la observación de infantes y de interacciones tempranas: Bowlby (1969), Mahler (1975), Stern (1990), Lebovici (1988), Fonagy (2002) y otros.

El enfoque de T. B. Brazelton y su equipo se basa en “la asunción de que el recién nacido es a la vez competente y organizado de forma compleja.” (Brazelton y Nugent, 1997, pág. 23). En contraste con lo que se pensó durante muchos años, los autores conciben al recién nacido como un ser activo, que muestra una enorme capacidad para responder a los estímulos y, al mismo tiempo, de inhibir sus respuestas ante aquella estimulación que sobrepasa su capacidad de asimilación. Se trata de un organismo social, capaz de interactuar con su entorno y de provocar en sus cuidadores el tipo de atención necesaria para su adaptación (Brazelton y Nugent, 1997).

A partir de estos supuestos, Brazelton y sus colaboradores (Brazelton y Nugent, 1997; Beeghly et.al., 1995; Nugent, 1985) han creado un modelo de intervención a nivel de la relación temprana padres-hijos. A su vez, John Bowlby (1969, 1973, 1980) desarrolló las bases de la teoría del Apego que en la actualidad ha sido reformulada por numerosos teóricos e investigadores en la primera infancia. Bowlby postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. La reciprocidad de las relaciones tempranas, como precondición del desarrollo normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo a los humanos, es el núcleo de esta teoría (Hofer, 1995).

El apego del infante humano se define como la búsqueda de proximidad y mantenimiento de cercanía física alrededor de una figura o algunas figuras diferenciadas. Esa proximidad se manifiesta en abrazos, caricias, búsqueda de ser sostenido, sonrisas y vocalizaciones en la interacción social, etc.

La proclividad biológica de apegarse y buscar cercanía permanente con la figura de apego constituye una “base segura” para el niño la cual le facilitará la exploración del mundo circundante. Los niños pequeños muestran una intensa preocupación por localizar a las figuras de apego en entornos desconocidos y aumentar la proximidad a ellas. Esta búsqueda de apego se mantiene durante toda la vida y se activa en situaciones de debilidad y de estrés. La discontinuidad temprana en el vínculo de apego tiene gravosas consecuencias en el sentimiento de sí del niño y en la calidad de la construcción de vínculos afectivos para toda la vida. Para Bowlby el apego es en sí mismo un sistema motivacional de base biológica, mediante el cual el infante busca la proximidad con el adulto con el cual vivencia la regulación de sus estados físicos y afectivos (Fonagy, 2003).

En los años 60, Mary Ainsworth retornó las teorías de Bowlby y operativizó algunos patrones de apego realizando observaciones naturalistas muy amplias de díadas madrebebé, primero en Uganda y luego en EEUU. A partir de estos estudios, diseñó una situación de laboratorio llamada “la situación extraña” (Ainsworth, 1969; 1985; Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Dio Bleichmar (2005) comenta que esta prueba se ha convertido en el test de apego más reconocido y utilizado en investigaciones en todo el mundo, contribuyendo a que el apego se haya establecido como una teoría muy fundamentada sobre el desarrollo socioemocional.

Daniel Stern, psiquiatra, psicoanalista e investigador de infantes ha profundizado en el enfoque interpersonal.

La exploración y actividad del bebé y sus estados emocionales se producen vía la estimulación del otro/a y son una creación mutua. La empatía de la madre para leer los mensajes no verbales del bebé y las respuestas de éste activan un diálogo interactivo que aporta a la regulación mutua.

Los estudios sobre las bases neuroquímicas y neuronales de la emoción comenzaron a surgir a partir de la década de los 90, coincidiendo con el avance en las técnicas biomédicas y el interés por el estudio de la afectividad desde perspectivas diferentes a las tradicionales.

El conocimiento de los avances en neurociencia ha fortalecido si cabe aún más la relevancia del desarrollo afectivo en la primera infancia. Si bien el ambiente es clave en el establecimiento de conexiones neuronales, su efecto dependerá de las estructuras en desarrollo en un momento evolutivo determinado. Concretamente y, durante los tres primeros años de vida, dichas estructuras son aquellas encargadas de la regulación afectiva, lo que remarca la importancia capital que un vínculo afectivo seguro tiene en el desarrollo cerebral infantil que guiará, posteriormente, las interpretaciones y la forma de entender las relaciones afectivas adultas.

Los primeros años de vida son esenciales en el crecimiento cerebral del bebe comenzando a ser más notable en el tercer trimestre de gestación y produciéndose un rápido crecimiento desde la semana 20 hasta los 4 o 6 años de vida. El periodo de mayor neuroplasticidad cerebral (la propiedad de modificar la estructura neuronal en función de las experiencias ambientales) ocurre desde la gestación hasta los 3 primeros años de vida, ralentizando a partir de ese momento hasta la adolescencia, periodo en el que se mantendrá relativamente estable.

Se entiende por desarrollo cerebral el proceso general a través del cual las conexiones neuronales son creadas, mantenidas o fortalecidas durante la experiencia (Siegel, 1999). El recién nacido genera trillones de conexiones neuronales, muchas de las cuales, sin embargo, terminarán por desaparecer al no recibir refuerzo externo suficiente para su consolidación.

La primera infancia es, por tanto, un periodo crítico para la maduración a través de la experiencia del hemisferio derecho, dominante en el procesamiento socioemocional de la información corporal, en funciones de manejo del estrés y la autorregulación (Schore 1994; 2002).

Para este autor es la madre quien actúa de intermediario entre el ambiente social y el bebé, modulando la estimulación ambiental y transformándola en estímulos socioafectivos, actuando, así como "regulador psicobiológico del sistema psicofisiológico inmaduro del niño que influencia directamente el crecimiento bioquímico y apoya la génesis de nuevas estructuras". De este modo, una estimulación socio afectiva sensible facilita el crecimiento de las conexiones entre estructuras límbicas corticales y subcorticales que median las funciones de autorregulación, aspectos fundamentales para la regulación afectiva posterior.

A modo de conclusión, desde este enfoque podemos resumir que la estimulación ambiental y, en concreto la

estimulación socio afectiva, resulta de vital importancia en el modo en el que el cerebro del bebé se desarrolla, implicando cambios morfológicos y, por ende, funcionales. La forma en que la madre modula las experiencias infantiles y el modo en el que genera expectativas en el niño, va a repercutir en el desarrollo de las áreas que controlan el desarrollo afectivo del niño y, por tanto, la capacidad posterior del/a niño/a para autorregularse emocionalmente.

PERFIL DE ATENCIÓN

El perfil de atención en Preinfant son mujeres embarazadas y / o con hijos/as entre los 0 y los 3 años de edad, que se encuentran en alguna de las siguientes situaciones de vulnerabilidad:

- Problemas de drogodependencias y/ o alcoholismo
- Maternidad prematura (madres jóvenes adolescentes)
- No tener un entorno familiar contenedor(emocional / relacional)
- Problemáticas de salud mental
- Monomarentalidad
- Gran precariedad económica
- Historias familiares marcadas por los malos tratos y / o abusos
- Familias en situación administrativa irregular.

Sobre el uso, abuso y consumo de drogas durante el embarazo es importante mencionar que existen complicaciones obstétricas, derivadas tanto de los efectos de la droga como de las condiciones de vida de la gestante, y son susceptibles de producir sintomatología en el postparto. La existencia de una drogodependencia instaurada por parte de los cuidadores primarios de un/a menor puede conducir a situaciones conflictivas en el seno de la familia.

Por ello es importante realizar la detección precoz, y toda una labor preventiva a nivel prenatal y postnatal, que contemple la derivación y estrecha coordinación con los recursos de atención y seguimiento de las drogodependencias.

MODELO DE INTERVENCIÓN

Desde Preinfant se interviene bajo una metodología dinámica, abierta y flexible, adecuando el proceso a las circunstancias, motivaciones, demandas y/o necesidades verbalizadas y/o visibilizadas de las familias.

El núcleo y objetivo central de las intervenciones se realiza en relación a tres fases:

Fase Prenatal. Fase de intensidad muy variable en la intervención puesto que depende del momento del tiempo de la gestación en el que se encuentra la madre, los procesos de acomodación que se requieren, la existencia o no de red de apoyo, de recursos materiales, etc. Esta fase de la intervención inicia en el momento en el que se detecta el consumo problemático o adicción y la madre es derivada al servicio.

Fase Natal. Fase que contempla las acciones relativas en el momento del parto. La intensidad en la intervención

varía en función de la existencia o no de una red de refuerzo. En todos los casos, la referente del caso realiza la visita hospitalaria a la madre y al neonato.

Fase Postnatal. Durante este periodo se considera relevante la atención in situ de la familia justo los días posteriores a la vuelta al hogar. Se establece un seguimiento postnatal durante los primeros años de vida del bebé.

A través de este artículo queremos destacar varios elementos y propuestas metodológicas de trabajo que facilitan el abordaje de la prevención, los consumos problemáticos y adicciones en situaciones maternidad y el acompañamiento la (m) parentalidad y la situación de los/las hijos/as de las personas con adicciones:

EL TRABAJO PREVENTIVO DESDE EL EMBARAZO

El embarazo es un buen momento para establecer la alianza de trabajo. Las familias que se atienden a menudo tienen experiencias familiares previas de separaciones tempranas, de fracasos en la consolidación de un vínculo seguro, antecedentes de maltrato y/o abusos, etc. Es frecuente que cuenten con la experiencia de que cuando los/las profesionales intervienen ha sido a raíz de una situación muy grave, ejerciendo consecuentemente funciones "de ayuda" muy mediatizadas por el control. En este contexto, encontramos mujeres muy resistentes a aceptar ayuda, se sienten de entrada amenazadas, cuestionadas y controladas en sus funciones.

En este sentido, hemos observado, que cuando hemos empezado a intervenir durante el embarazo, las resistencias han disminuido, y se han vinculado con más facilidad, al sentirse atendidas y acompañadas en un momento tan importante como este, sin miedo a represalias, y sintiendo una mirada posibilista de sus capacidades como madre/padre. Nuestra experiencia nos constata el 100% de adherencia al tratamiento si aceptan el programa durante la gestación.

Trabajar desde el embarazo permite incidir precozmente en el desarrollo de la maternidad, se puede prevenir posibles situaciones de maltrato prenatal, como las derivadas de la carencia de seguimiento médico (ginecológico) o del consumo activo de drogas, etc.

En este sentido, se apuesta por un trabajo desde la proximidad, la calidez y el reconocimiento de las mejoras en los procesos de las mujeres, estimulando y favoreciendo su evolución.

REFERENTE ÚNICA: FUNCIONES DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO

Funciones que se valoran que en sí mismas como contenedoras y preventivas de la aparición de posibles situaciones de riesgo para la infancia. En aquellos casos donde hay un alto riesgo de desprotección y maltrato infantil la profesional ejerce una función necesaria de detección, acompañamiento y apoyo de la crianza. Es en estos casos existe una colaboración y coordinación con los equipos correspondientes (CSS, EAIA, CAS).

Se trabaja a partir de una única profesional referente que aborda tanto los aspectos individuales y familiares, como la coordinación de los diferentes equipos que están interviniendo en el caso. El hecho que sea una única profesional la que intervenga con todo el núcleo familiar desde el inicio hasta el final del proceso de atención, tiene relación directa con el objetivo principal del programa: conseguir la construcción de un vínculo seguro entre la madre y el/la niño/a que garantice el buen cuidado y protección del/la mismo/a. Dado que muchas de las mujeres que atendemos tienen historias muy frágiles de vinculación con sus respectivas familias de origen, el hecho de poder construir un vínculo de confianza con la profesional referente facilita que la madre pueda construir y promover un vínculo seguro con su hijo/a.

Otro elemento clave en las funciones es la accesibilidad y flexibilidad. La metodología de intervención se adapta a las necesidades y al propio funcionamiento de estas familias, que precisamente por las situaciones de vulnerabilidad con las que se encuentran, a menudo se caracterizan por la carencia de hábitos, de planificación y de organización, así como muchas dificultades para utilizar y vincularse a los recursos existentes de la red asistencial.

Por eso, proponemos un modelo de intervención que favorezca su vinculación en el programa acercando las herramientas de intervención a las familias: "Acompañándolas y acercándonos para facilitar que se acerquen". Los elementos que facilitan este proceso son:

- El trabajo a domicilio y el trabajo de calle en el mismo barrio/ distrito de la familia
- El trabajo en línea (por vídeo llamada)
- Las visitas de acompañamiento emocional, educativo y social
- Poder disponer de un teléfono móvil donde la profesional referente pueda estar fácilmente localizable durante toda su jornada laboral
- La flexibilidad en la hora de programar las visitas
- Una frecuencia de intervención semanal, en la última fase de la gestación y los primeros
- tiempos de vida del/a bebé, o en otros momentos que se valore necesario.

MIRADA EN LA INFANCIA

Es necesario contemplar la perspectiva de la infancia sin entrar en confrontación con los intereses de las mujeres/familias. Necesidad de trabajar bajo un enfoque ecosistémico, de empoderamiento y de fomento del vínculo (apego).

Es importante poder valorar el nivel de riesgo para el feto (durante el embarazo) y para el hijo/a después de nacer y el nivel de conciencia de la mujer en relación a su consumo activo para asegurar el bienestar de ambos (forzar ingreso hospitalario para deshabituación y contención de la situación durante la gestación).

INTERSECCIONALIDAD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las transformaciones sociales y los roles aprendidos, de lo que es, un hombre y una mujer en el contexto de consumidoras o personas dependientes, ha tenido, históricamente miradas desiguales y mucho más, cuando categorías como drogas y mujer se interrelacionan social, cultural y políticamente en el contexto.

De este modo, y teniendo como base la teoría de la interseccionalidad, todas las personas viven identidades múltiples formadas por varias capas, las cuales son derivadas de las relaciones sociales, de los privilegios y las formas de opresión étnicas, sexuales y de género, todas ellas funcionales e interconectadas hacen que sea necesario una mirada colectiva, no individual.

En muchos casos el factor más limitante del acceso y permanencia de la mujer al tratamiento tiene que ver con su condición de ser mujer-consumidora-migradaembarazada, de ahí la necesidad de ser entendidas y tratadas desde una mirada inteseccional y de género.

Para ello es necesario:

- La priorización de la mujer embarazada drogodependiente a los servicios hospitalarios o ambulatorios para deshabituación
- Plazas en comunidades terapéuticas adaptadas para mujeres embarazadas y/o con hijos/as
- Trabajar el estigma vinculado al género y al consumo de drogas
- Necesidades de servicios específicos y preventivos que trabajen consumo y embarazo de manera integral. Sin estigmatizar y contemplando la perspectiva de género y de la infancia. Recursos especializados, pero a la vez "puente" con alto nivel de coordinación, dinamización y movilización de los agentes implicados
- Necesidad de ser atendidas desde un enfoque abierto, no exclusivamente desde la abstinencia: poder discutir abiertamente sobre el uso de substancias y maneras de minimizar los riesgos asociados, cuidado prenatal y de salud en general, apoyo en la crianza, etc. incorporando la perspectiva de reducción de daños.

El objetivo de plantear la intervención en clave de género, de forma transversal y directa, facilita la ruptura con las relaciones de poder entre los géneros que estructuran la sociedad y las dinámicas de funcionamiento que estas producen en la vida cotidiana de las mujeres, en sus maternidades y sus relaciones familiares. Estos efectos los constatamos en la medida que las mujeres atendidas son capaces de empoderarse en los diferentes ámbitos de su vida, aumentando su autoestima, aumentando la toma de decisiones de manera autónoma y manteniendo un posicionamiento crítico ante la sociedad heteropatriarcal. Al ser un proyecto de acompañamiento a la maternidad, la perspectiva de género se hace extensiva a través de la coeducación y los modelos de crianza basados en la corresponsabilidad y en los diversos modelos de familia.

La perspectiva de género en el tratamiento de las adicciones favorece el análisis de las particularidades y las necesidades de las mujeres haciendo que el tratamiento permita comprender mejor los diferentes patrones, las condiciones de vida, los problemas asociados al consumo y las complejas relaciones que se desarrollan entre ambos sexos.

TRABAJO EN RED

En los últimos años las mujeres que han llegado al programa por consumos de alto riesgo (policonsumo, frecuencia habitual, alto nivel de dependencia a sustancias, etc.), cuando aceptan venir a la primera visita al programa suelen estar vinculadas a algún recurso (social y/o sanitario) y mayoritariamente están participando en algún programa de reducción de daños (disminuyendo consumo, por ejemplo de cannabis, o en Programa de Mantenimiento con Metadona) o incluso se encuentran en proceso de recuperación manteniendo durante un periodo la abstinencia. Son pocos los casos de mujeres con alta dependencia a drogas que no estén atendidas por los servicios de la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD).

Sin embargo, cabe mencionar que muchas de las mujeres atendidas tienen resistencias a ser atendidas por los servicios públicos debido al temor de una retirada del/a bebé o la posible entrada en los circuitos de protección de menores, también por el sentimiento de "haber fallado", la culpa o el estigma social de ser mujer, consumidora y madre. Debido a esto no reconocen sus consumos hasta tener un vínculo de confianza y seguridad con la profesional de referencia de Preinfant, reconociendo haber mentido o haber omitido información respecto a sus consumos al resto de servicios y profesionales.

En estos casos encontramos que resulta necesaria la alta coordinación entre servicios, para poder visibilizar, intervenir, detectar e incidir en los consumos que se estén dando y en las recaídas. En el programa se han encontrado consumos puntuales y recaídas en momentos de crisis, como puede ser el previo al parto, o inmediatamente después del parto.

El Programa actúa como un recurso puente que conecta favoreciendo la vinculación a la red de una población que a menudo se caracteriza por no hacer demanda de ayuda y en todo caso presenta dificultades para sostenerla en el tiempo, o en casos extremos pero frecuentes, es multi atendida pero desvinculada. Resulta vital la coordinación entre los diferentes equipos para que no aparezcan las dispersiones, omisiones, las duplicidades o incongruencias entre intervenciones profesionales. La propuesta del programa es la de una coordinación no radial sino ecosistémica compartiendo una única propuesta de plan de mejora/de trabajo para cada familia.

SOLEDAD Y REDES DE APOYO

Muchas de las mujeres se encuentran en situaciones de aislamiento y soledad. En general destacamos la privacidad y la soledad en el que transcurre l a etapa prenatal y la posterior etapa de crianza. Existen escasos recursos de proximidad y de apoyo y acompañamiento a las familias en estas etapas.

Uno de los mayores indicadores de riesgo para las mujeres embarazadas consumidoras de alcohol u otras drogas es el de no disponer de redes de apoyo formales (recursos) e
informales (familia de origen, extensa, pareja, amigos/as…).

La relación con los recursos de la red suele ser poco efectiva, haciendo un "uso en exceso" (quemar los recursos) o "uso en defecto" (desaparecidas, escapistas, actitud defensiva ante a posibilidad de retirada de sus futuros/as hijos-as).

De ahí la necesidad de acompañarlas, vincularlas y conseguir una adherencia y relación positiva con los recursos disponibles de la red a través de los seguimientos ginecológicos, tratamientos, visitas sociales, etc. Es relevante trabajar la relación y mirada hacia estos recursos.

CONCLUSIÓN

A través del artículo hemos revisado diferentes enfoques teóricos y recomendaciones puestas en práctica a través de más de 25 años de intervención desde el proyecto Preinfant.

Teniendo en cuenta las diferentes variables que se interrelacionan en la realidad de estas mujeres embarazadas consumidoras de drogas, la construcción social existente en relación a este perfil y el funcionamiento actual de los recursos existentes se pueden valorar cambios estructurales y nuevas formas de intervención que minimicen resistencias y faciliten el acceso, el vínculo y el mantenimiento de estas mujeres en procesos de mejora y cambio que aseguren su propio bienestar y el de su hijo/a.

BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth M. (1969). *Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in strange situation MD- Determinants of infant behavior - ci.nii.ac.jp*

Ainsworth M. (1985). *Attachments across the life span. Bulletin of the New York Academy of medicine - ncbi.nlm.nih.gov*

Bleichmar (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Paidós Ibérica

Bowlby John (1969). Attachment and Loss: Volume I: Attachment

Brazelton T. Berry, Sagiv Sharon K, Nugent J. Kevin y Choi Anna L. P*renatal Organochlorine Exposure and Measures of Behavior in Infancy Using the Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS)

Brazelton T. Berry. (2002) *Comparison of Kangaroo Care and Standard Care: Behavioral Organization, Development, and Temperament in Healthy, Low-Birth-Weight Infants Through 1 Year.* Journal of Perinatology volume 22, pages 374–379

Fonagy, P. y Target, M. (2002). *Early intervention and the development of self-regulation*. Psychoanalytic Inquiry, 2002- Taylor & Francis

Fonagy (2003). *The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence*. Peter Fonagy Ph.D. and FBA, Mary Target Ph.D., George Gergely Ph.D., Jon G. Allen Ph.D. & Anthony W. Bateman M.A. and FRCPsyc

Frederick T. Melges, MD; John Bowlby, MD. *Types of hopelessness in the psychopathological process*. Arch Gen Psychiatry. 1969;20(6):690-699. doi:10.1001/archpsyc.1969.01740180074007

Garbarino, J. (1995): *¿Se puede evaluar el éxito alcanzado en cuanto a la prevención de los malos tratos a los niños? Problemas de política, programación e investigación*. Bienestar y Protección Infantil, nº 1, 15-38

Hofer (1995). A*ttachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives Lebovici, S (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission*. Infant Mental Health Journal- Wiley Online Library

Mahler (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York (Basic Books) 1975

Murshed, M. Nicholls, G. y Spitz, L. (2005) *Intrinsic duodenal obstruction: trends in management and outcome over 45 years (1951–1995) with relevance to prenatal counselling*.

Nugent J.Kevin. *El recién nacido competente y la escala de evaluación del comportamiento neonatal: el legado de T. Berry Brazelton*. Revista de Enfermería Psiquiátrica Infantil y Adolescente

Nugent, J. Kevin PhD; Bartlett, Jessica Dym PhD, MSW; Valim, Clarissa MD, ScD (2014). *Effects of an Infant-Focused Relationship-Based Hospital and Home Visiting Intervention on Reducing Symptoms of Postpartum Maternal Depression. Infants & Young Children*: October/December 2014- Volume 27- Issue 4- p 292-304

Olds, D. L. (2002). *Prenatal and infancy home visit by nurses: From randomized trials to community replication*. Prevention Science, 3, 153-172

Olds, D. L. (2006). *The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention*. Infant Mental Health Journal, 27, 5-25

Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). *Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48, 355-391

Schore (2002). *Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology*. Psychoanalytic inquiry, Taylor & Francis

Siegel (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. Stern (1995)*. The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy

Waters, & Wall (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. B Ainsworth, MC Blehar- Hillsdale, NJ: Erlbaum

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PADRES Y MADRES QUE USAN DROGAS. Brechas y propuestas.

CHILDREN WHOSE PARENTS USE DRUGS. Gaps and proposals.

Corina Giacomello

Consultora del Grupo Pompidou del Consejo de Europa y Profesora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de Chiapas.

RESUMEN

Las y los niñas, niños y adolescentes con madres y padres que usan drogas sufren impactos a corto y largo plazo. A menudo experimentan ansiedad, estigma, vergüenza, baja autoestima y depresión. Por otro lado, las personas que sufren el doble reto de la paternidad y de la dependencia, a veces necesitan apoyos para la crianza. Este artículo analiza algunas de las brechas y de las prácticas prometedoras que buscan atender a las familias afectadas por el uso de sustancias de manera holística y es fruto del proyecto *Children whose parents use drugs* del Grupo Pompidou del Consejo de Europa.

ABSTRACT

Children with parents dependent on drugs suffer shorth and long term impacts. They often feel anxiety, stigma, low self-esteem, shame and depression. On the other hand, parents who face the double challenge of parenthood and dependence sometimes need support to raise their children. This paper looks into some of the gaps and promising practices which seek to address the needs of families affected by drug dependence. It is a product of the project *Children Whose Parents Use Drug* of the Pompidou Group of the Council of Europe.

PALABRAS CLAVE

Niñez, drogas, paternidad, perspectiva de género, tratamiento.

KEY WORDS

Childhood, drugs, parenthood, gender perspective, treatment.

INTRODUCCIÓN

Este artículo aborda el tema de niñas, niños[1] y adolescentes (NNA, de ahora en adelante) que viven en familias afectadas por el uso dependiente de sustancias,[2] desde una triple perspectiva: describe las afectaciones que sufren las y los NNA en esta situación, a la par que mira a los retos que enfrentan las personas que usan drogas en relación a las dificultades que la maternidad y la paternidad implican per se y a cómo éstas se agudizan cuando se cruzan con el uso dependiente de sustancias.[3] Las niñas, los niños, las y los adolescentes y sus madres y padres son tomados en cuenta como diadas, es decir, como componentes de una relación de unidad que debe tratar de mantenerse por medio de servicios enfocados en los derechos y el bienestar de la niñez y, al mismo tiempo, con miradas y aproximaciones que no estigmatizan ni discriminan a las personas que usan sustancias.

Los contenidos de este artículo son fruto del proyecto Children Whose Parents Use Drugsdel Grupo Pompidou del Consejo de Europa, en el cual la autora de este texto se desempeña como consultora desde noviembre de 2020.

El proyecto surgió como respuesta a la invitación que el Grupo Pompidou recibió para aportar insumos para la nueva Estrategia sobre los derechos de niños y niñas 2022-2027, del Consejo de Europa (2022). Ésta fue presentada en Roma en abril de 2022 y, gracias al proyecto mencionado y a las actividades de incidencia del Grupo Pompidou, contiene una referencia explícita a las niñas y los niños con madres y padres que usan drogas como grupo vulnerable, terminando con la invisibilidad que generalmente les rodea. En la sección 2.2 “Igualdad de oportunidades e inclusión social para todas las niñas y los niños” (Equal opportunities and social inclusión for all children), se incluyen a las y los NNA con madres y padres que usan drogas y se establece como una práctica innovadora el punto 2.2.6 “Mapear, analizar y proveer orientación sobre la situación de niñas y niños que sufren de la dependencia de sustancias y aquellas y aquello con madres y padres que usan drogas”[4]

1 El término niña/niño se utiliza, en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, para hacer referencia a las personas de entre cero y 18 años. Cuando se usa el término adolescentes, éste se refiere a las personas de entre 12 y 18 años no cumplidos.

2 Con este término se indican las sustancias incluidas en las Convenciones de las Naciones Unidas sobre drogas, el alcohol, el tabaco y los medicamentos controlados.

3 Los términos dependencia o uso dependiente se basan en la definición de desórdenes asociados al uso de drogas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) en las Normas Internacionales para el tratamiento de trastorno del uso de drogas. WHO y UNODC. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Ginebra: WHO y UNODC. https://www.unodc.org/documents/drugprevention-and-treatment/UNODCWHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf

4 Traducción a cargo de la autora.

El proyecto del grupo Pompidou ha sido posible gracias a la de dieciséis países[5] y más de cien personas, quienes se han involucrado en grupos focales intra-países y nacionales, así como en entrevistas semi-estructuradas. Como resultado de las dos primeras fases del proyecto (noviembre 2020-diciembre 2021) se han producido dos informes, una página web[6] y un libro (Giacomello, 2022) que incluye 29 prácticas de once países.[7] En la tercera fase del proyecto (febrero-diciembre 2022) participan nuevos países (Macedonia del Norte y Malta) y, además de la recopilación de políticas y programas nacionales y locales, se incluye la investigación de campo con mujeres que usan drogas y con NNA en familias con uso problemático de sustancias.

Este artículo, sin embargo, se basa en el estudio *Children whose parents use drugs. Promising practices and recommendations* (Giacomello, 2022) publicado en marzo de 2022 y que refleja los hallazgos de la segunda fase del proyecto. Cabe señalar que los temas abordados en este capítulo no pretenden abarcar la totalidad de la compleja realidad que enfrentan las familias y las niñas y los niños impactados por el uso dependiente de sustancias ni todas las temáticas profundizadas en los informes elaborados en el marco del proyecto. Simplemente se ofrece una pincelada de algunos temas relevante.

Los contenidos se distribuyen como sigue: en la siguiente sección, se analizan las principales afectaciones que sufren las niñas y los niños con padres y madres que usan drogas y se refiere el trabajo de un servicio de Islandia que trabaja directamente con esta población. Posteriormente, se revisa el marco internacional en materia de derechos de la niñez y políticas de drogas y se describe una práctica nacional, específicamente de Irlanda, que da visibilidad a estas niñas y niños. Dada la importancia que revisten los datos para informar y guiar las políticas pública, se aborda este tema, proporcionando un ejemplo de cómo mejorar la actual recopilación de información sobre NNA con madres y padres que usan drogas. En la quinta sección se introduce el tema de perspectiva de género y derechos de la niñez en el contexto de los servicios de tratamiento, con énfasis en aquellos servicios que reciben a mujeres que usan drogas con sus hijas e hijos. El artículo concluye con un apartado de reflexiones finales y propuestas.

IMPACTO DEL USO DEL USO DE SUSTANCIAS PARENTAL SOBRE NIÑAS Y NIÑOS

El uso parental de drogas conforma una de las llamadas experiencias adversas en la infancia, (*Adverse Childhood Experiences*, ACE,

5 Croacia, Chipre, España, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Liechtenstein, México, Mónaco, Suiza, República Checa, Polonia, Romania y Turquía.

6 https://www.coe.int/en/web/pompidou/children

7 Croacia, Chipre, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, México, Polonia, República Checa, Reino Unido y Suiza.

por su sigla en inglés) (Felitti et al., 1998) que se dividen en: a) Maltrato infantil: i) abuso sexual; ii) abuso físico; y iii) abuso verbal y b) El entorno de las niñeces: iv) violencia doméstica; v) separación parental[8]; vi) enfermedad mental; vii) uso abusivo de alcohol; viii) uso abusivo de drogas; ix) encarcelamiento.

De acuerdo a la organización NACoA (National Association for Children of Addiction), en los Estados Unidos uno de cada cuatro niños vive con un progenitor que sufre de alcoholismo o dependencia de otras drogas, lo cual se traduce en más de 18 millones de NNA.[9] En el Reino Unido se calcula que hay 3 millones de NNA en la misma situación. En Irlanda, se estima que uno de cada 11 NNA es afectado por el consumo problemático de alcohol de parte de sus padres,[10] es decir, aproximadamente 587,000 NNA (Tusla y HSE, 2019: 22), de los cuales 271,000 menores de 15 años. En Suiza, aproximadamente 100,000 viven con un progenitor que sufre de la dependencia del alcohol u otras drogas.[11] Datos de Canadá arrojan un porcentaje de casi el 20% de NNA viviendo con madres y padres dependientes de sustancias.[12]

Es importante señalar que muchas madres y padres que usan sustancias de manera dependiente no encuentran dificultades para la crianza y los cuidados de sus hijas e hijos (EMCDDA, 2012). Asimismo, no todas las y los NNA que viven en familias afectadas por el uso de drogas parental u otras experiencias adversas en la infancia desarrollan problemas significativos y, al contrario, pueden tener resultados positivos (Velleman y Templeton, 2016). Sin embargo, para algunas personas, tener que lidiar con la paternidad o maternidad y la dependencia al mismo tiempo puede ser más complicado y es importante conocer tanto cómo esto pueden impactar en sus hijas e hijos como de qué manera pueden apoyarse a las familias.

Las y los NNA que sufren los impactos del uso parental de sustancias corren mayores riesgos de sufrir de una serie de problemas psicológicos, sociales y de salud que sus pares que no experimentan esta situación. Mientras más larga en el tiempo sea la exposición al uso de drogas en la familia, más elevados serán los impactos negativos sobre el desarrollo cognitivo y educativo de las y los NNA (Horgan, 2011). El impacto de la dependencia de drogas en las familias genera efectos no sólo a mediano y largo plazo, sino en la vida cotidiana de las y los NNA, quienes pueden experimentar estigma, miedo, vergüenza, ansiedad y depresión. A menudo tienen que asumir roles

8 La separación de los padres puede ser dañina o beneficiosa; en la medición de las ACEs se relaciona como marcador de conflictos de larga duración entre los padres.

9 Información disponible en https://nacoa.org/

10 Información disponible en https://nacoa.org.uk/

11 Información disponible en https://www.enfants-parents-dependants.ch/

12 Información disponible en https://www.starlings.ca/about-1

adultos desde una temprana edad, como prepararse para ir a la escuela, cocinar y cuidar a sus padres y madres, así como a hermanos o hermanas menores. Asimismo, por la responsabilidad que sienten hacia sus padres y madres y por la vergüenza asociada a la situación que están viviendo, dejan de salir con sus amistades y de involucrarse en actividades de esparcimiento. A veces no saben a quién pedir ayuda y sienten que, de hacerlo, traicionarían a sus padres o se expondrían al riesgo de ser separados de ellos por los servicios de protección de NNA.

Los efectos negativos sobre las y los NNA son mayores cuando ambos padres son dependientes de sustancias y cuando concurren otros problemas, como la violencia doméstica y problemas de salud mental de los padres (Valleman y Templeton, 2016). El uso de drogas en la familia puede provocar el descuido de las y los NNA e incluso situaciones de violencia y malos tratos de manera directa o de los cuales las y los NNA participan como testigos. La dependencia puede transmitirse de una generación a otra, o bien por cuestiones genéticas o vinculadas al entorno familiar, de los pares y comunitarios.

Factores individuales como la edad, el género, la nacionalidad y la pertenencia étnica, y la presencia (o no) de redes de protección generan también impactos diferenciados, al punto que NNA dentro de una misma familia pueden vivir de manera muy distinta la situación en casa. Los impactos en la salud física y mental, en la educación y en el desarrollo cognitivo, en las relaciones y en la identidad, así como en el desarrollo emocional y comportamental varían de acuerdo al grupo etario (Comiskey, 2019) y dichas diferencias deben ser tomadas en cuenta para el desarrollo de políticas públicas dirigidas a las y los NNA y a sus familias. Finalmente, desde una teoría ecológica, los distintos niveles de contexto social (Bronfenbrenner, 1979) – el microsistema, el mesosistema, el exosistema y macrosistema – interactúan, y los impactos sobre el desarrollo de las personas sólo puede ser comprendido a partir de la relación de todos estos niveles. Es así que las relaciones económicas, los sistemas educativos, las políticas públicas, la discriminación étnica y racial, así como las relaciones patriarcales, forman parte del macrosistema y tienen impactos diferenciales en los impactos del uso de drogas parental sobre las y los NNA. Por ende, además de analizar los factores individuales y familiares, es importante revisar el contexto social en el cual se desarrollan las y los NNA y sus familias, específicamente el marco regulatorio en materia de drogas. Si el entorno social es discriminatorio de las personas que usan drogas o las criminaliza, esto aumenta las barreras para que las personas usuarias busquen ayuda y para que les notifiquen a los servicios de tratamiento si tienen hijas e hijos o no. En el caso de las mujeres embarazadas o madres, un entorno social que discrimina a las mujeres que usan drogas y las etiqueta de “malas madres” también aleja a las personas usuarias de los servicios por miedo a que les quiten a sus hijas e hijos. Los obstáculos legales, administrativos y

aquellos relacionados con las mentalidades que se interponen entre una persona que usa drogas y los servicios a su alrededor se traducen inevitablemente en barreras entre las y los NNA y posibles canales de apoyo.

Para los fines de este texto cabe resaltar el trabajo del centro público de tratamiento SÁÁ (Sociedad para el Alcoholismo y otras Adicciones), en Islandia, que desde 2008 cuenta con un programa dirigido a NNA (de entre 8 y 18 años de edad) con madres y padres u otras personas familiares que usan drogas. Cualquier niño, niña o adolescente puede acudir al programa, es decir, no es únicamente para las hijas y los hijos de las personas que asisten a tratamiento en el centro. El programa ayuda a las y los NNA a que desarrollen maneras sanas de lidiar con el sufrimiento y con las dificultades causadas por la dependencia de sus familiares, así como a desarrollar su autoestima y habilidades sociales. Les ayuda a también a manejar sentimientos negativos, tales cuales la rabia, la ansiedad, y la culpa. A través del programa, las y los NNA desarrollan también consciencia sobre las consecuencias del uso de drogas. El programa les permite a las y los NNA entender lo que viven en sus casas, comprender las adicciones como una enfermedad y contar con un espacio en el cual pueden compartir lo que sienten y lo que viven, a la par que se dan cuenta de que no están solos.

A lo largo del proyecto éste ha sido el único servicio detectado que es ofrecido por un centro de tratamiento específicamente a NNA con madres y padres que usan drogas y nos parece relevante destacarlo, ya que pese a que hay millones de niñas y niños que sufren del impacto de la dependencia parental de las drogas y, particularmente, del alcohol, prevalece una condición de silenciamiento, estigma y vergüenza, que se eleva como una potente barrera entre las y los niños y su entorno, por un lado, y los servicios y las familias, por el otro.

En las siguientes secciones se abordan dos aspectos indispensables para poder generar políticas públicas orientadas a las y los NNA y sus padres y madres: el marco normativo y la generación de información cuantitativa.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL Y NORMATIVA A NNA AFECTADOS POR EL USO DE DROGAS PARENTAL

A nivel internacional, el principal instrumento de protección y garantía de los derechos humanos de NNA, y el más ratificado a nivel global, es la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Éste es el primer tratado que reúne derechos civiles, sociales, políticos, económicos y culturales (Vandenhole en Vandenhole et al., 2015). Es conocida como la Convención de las “tres Ps”, que indican la provisión de derechos, la protección de NNA, y la participación, como columna vertebral para el acceso, goce y ejercicio de los derechos. La participación de NNA es un principio consagrado en la Convención y reconocido por el Consejo de Europa

como un derecho de NNA (Consejo de Europa, 2020), y es un elemento fundamental para la consolidación democrática y de los derechos humanos. Asimismo, la participación, entendida como el derecho de niñas y niños a ser escuchados y de formar parte de los procesos de tomas de decisiones, así como de las acciones que les afectan directamente (Consejo de Europa, 2012), lejos de poner en riesgo la protección de NNA, la fortalece. La CDN se articula alrededor de cuatro principios, a saber, el derecho a no ser discriminado (Artículo 2) el interés superior de la niñez (Artículo 3), el derecho a la supervivencia y desarrollo (Artículo 6) y el derecho de las y los NNA a que su opinión sea escuchada y tomada en cuenta en todas las decisiones que les afectan directa o indirectamente.

Con respecto al tema drogas, el Artículo 33 de la CDN se enfoca en la protección de NNA del uso de sustancias y la prevención del involucramiento de NNA en actividades relacionadas con la fabricación y tráfico de sustancias fiscalizadas. Como corolario, cabe señalar que el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIL) señala la participación de NNA en actividades relacionadas con las drogas ilícitas como una de las peores formas de trabajo infantil. Ahora, bien, estas provisiones han dado fruto a acciones que, recurriendo al interés superior de la niñez, son abiertamente violatorias de los derechos humanos, como la aplicación de la pena de muerte por delitos de drogas y el internamiento forzoso de personas que usan drogas en centros de tratamiento (Barrett, 2018).

Como parte del análisis diagnóstico del proyecto (Grupo Pompidou, 2021) se realizó una revisión de tratados y otros instrumentos no vinculantes internacionales y europeos sobre derechos de la niñez, violencia contra niñas, niños y adolescentes y políticas relacionadas con drogas – tanto en el ámbito de control de la oferta como de la demanda –. El análisis muestra que, en términos generales, las y los NNA con madres y padres que usan drogas no ocupan un lugar visible en la narrativa y en las agendas y que prevalece la conceptualización de las y los NNA bajo las mismas premisas que en la CDN.

En algunos documentos, por ejemplo, los Comentarios Generales número 15 y 13 del Comité de los Derechos del Niño, se apunta a los riesgos y a las situaciones de descuido y malos tratos a las cuales pueden verse expuestos las y los NNA que viven en familias con uso dependiente de sustancias. En 2019 fueron publicadas las *Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas* (International Centre on Human Rights and Drug Policy et al., 2019), que incluyen una sección específica sobre NNA en familias con uso problemático de sustancias. Las directrices afirman que el uso de drogas de parte de la madre o el padre no puede ser la sola justificación para separar a sus hijas e hijos y que deben conducirse esfuerzos, incluyendo el brindar apoyo a padres y madres en la crianza, para asegurar que las niñas y los niños puedan permanecer o regresar bajo los cuidados de sus padres. También el documento *Drug policy and human*

rights in Europe: a baseline study (Consejo de Europa, 2020 a) remarca el deber de los Estados de apoyar a las familias que encuentran dificultades en la crianza de sus hijas e hjos debido al uso de sustancias. Ambos documentos hacen eco de las recomendaciones enunciadas por las *Directrices para el cuidado alternativo de niñas y niños (Guidelines for the Alternative Care of Children)*, de 2010 (Asamblea General, 2010).

También los documentos internacionales orientados a la prevención (UNODC y WHO, 2018) y al tratamiento (WHO y UNODC, 2020) del uso de sustancias recomiendan programas para padres y madres con el objetivo de fortalecer sus habilidades de crianza. Asimismo, en ellos se subraya la importancia de vincular los servicios de tratamiento a otros servicios enfocados en las familias y la infancia, así como de asegurar que los servicios de tratamiento cuenten con espacios para las y los niños, para que sus madres puedan acudir a tratamiento.

Un ejemplo nacional relevante para el tema objeto de este capítulo es el de Irlanda, que en 2019 publicó la "estrategia de daños ocultos" (*Hidden Harm Strategy*), desarrollada por la agencia de la infancia y de la familia, conocida como Tusla, y el servicio nacional de salud (Tusla y HSE, 2019). Con el término daños ocultos se hace referencia a los impactos del uso de drogas en la familia sobre las niñas y los niños y, al mismo tiempo, a los daños ocasionados por la falta de identificación de estas niñas y niños por parte de los servicios. Con esta estrategia se busca colmar la brecha de atención y generar sinergias entre los servicios que, por un lado, apoyen a niñas y niños a enfrentar los impactos de la dependencia parental y, por el otro, ayuden a las familias bajo una perspectiva holística, integral e integrada. Uno de los aspectos problemáticos identificados por la estrategia, y que hemos encontrado en otros países, es la falta de comunicación e información entre los servicios, particularmente entre los que proveen tratamiento a personas que usan drogas y los que trabajan con las familias, las niñas y los niños. Una de las múltiples herramientas generadas para superar la compartimentalización de los servicios es el trabajo colaborativo mediante protocolos de entendimiento, así como la formación y el trabajo en equipos multidisciplinarios.

Otro aspecto que obstaculiza el trabajo inter-ministerial e inter-agencial y el desarrollo de políticas públicas basadas en la información y las necesidades es la falta de datos cuantitativos y cualitativos que permitan ubicar de manera efectiva cuántas y cuántos son las y los niños afectados por la dependencia parental de drogas, así como su situación de cuidado y otras condiciones sociodemográficas. Si bien en los países que participan en el proyecto existen diversas fuentes de información cuantitativa (Grupo Pompidou 2021 b), tanto en el ámbito de las políticas relacionadas con drogas como con la infancia y la familia, éstas no siempre son compartidas o cruzadas entre las agencias y las secretarías.

RECOPILACIÓN DE DATOS

Nombrar y contar son dos elementos clave para conocer un fenómeno y desarrollar estrategias e intervenciones idóneas para atenderlo. En el caso de NNA con madres y padres que usan drogas, esto implica, por un lado, tener información sobre cuántas personas que usan drogas tienen hijas e hijos y, por el otro, cuáles son las características demográficas, socioeconómicas y de cuidado de estas niñas y niños.

A nivel europeo, el principal indicador es el llamado Indicador de la Demanda de Tratamiento (*Treatment Demand Indicator*, TDI, de aquí en adelante, por su sigla en inglés), desarrollado inicialmente por el Grupo Pompidou y recopilado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA, de aquí en adelante, por su sigla en inglés) a través de encuestas nacionales llevadas a cabo por los países. El TDI recopila información desagregada por género y tipo de sustancia[13] sobre cuántas de las personas que ingresan a tratamiento viven (o no) con niñas y niños. Si bien el TDI representa la mejor fuente de información actual, presenta varios problemas: en primer lugar, refiere episodios de tratamiento, lo cual significa que si una persona ingresa a distintos servicios de tratamiento, será contada más de una vez. Además, proporciona información sobre cuántas personas en tratamiento viven con niñas y niños, pero no permite saber el número de niñas y niño ni su situación de cuidado.

En este sentido, cabe resaltar nuevamente el caso de Irlanda que, en 2015/2016 introdujo una nueva pregunta en su sistema nacional de reporte de tratamiento (*National Drug Tretament Reporting System*) (Giacomello, 2022). La pregunta actual solicita información sobre el número de niñas por rango de edad (separando entre NNA de cero a cinco, de cinco a 17 y de 18 en adelante) y situación de cuidado.[14] Esto permite tener un panorama más claro sobre las necesidades en razón de edad y de situación de cuidado de las hijas y de los hijos de las personas en tratamiento. Cabe señalar que, como parte del proyecto aquí presentado, se emitió una recomendación al EMCDDA para ampliar el actual TDI en aras de mejorar la información recopilada y dar visibilidad a las hijas e hijos de las personas usuarias de los servicios de tratamiento.

13 Para más información se recomienda consultar la página de EMCDDA https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/tdi_en

14 Las situaciones de cuidado incluidas en la pregunta son 1) viviendo con la persona usuaria del servicio; 2) viviendo con el otro progenitor; 3) viviendo en el sistema de cuidados; 4) viviendo en otro lado; 5) situación no conocida.

MUJERES QUE USAN DROGAS Y SERVICIOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DE DERECHOS DE LA NIÑEZ

Las mujeres que usan drogas enfrentan mayores barreras para acceder a tratamiento, particularmente cuando son madres (UNODC, 2016). El estigma y la discriminación en razón de género, así como sus historias, de vida a menudo marcadas por la violencia de género – incluyendo la violencia sexual – y relaciones de pareja asimétricas, son algunas de las razones individuales y sociales que alejan a las mujeres de los servicios y que les impiden buscar ayuda para poder enfrentar el embarazo o la maternidad durante la dependencia (Woods, 2020). Por el lado de los servicios, si bien hay numerosa evidencia sobre cómo las relaciones y los axiomas de género impactan en el uso de drogas de parte de las mujeres y el desarrollo de la dependencia, así como sus necesidades en materia de tratamiento, la oferta espacios y programas que incorporan la perspectiva de género es todavía escasa (Mutatay et al., 2022).

El proyecto de grupo Pompidou no tenía como objetivo inicial analizar servicios orientados a mujeres que usan drogas; sin embargo, la revisión bibliográfica y las entrevistas con mujeres que se encontraban en dos comunidades para mujeres que usan drogas y que viven con sus hijas e hijos – San Patrignano y Casa Mimosa, ambas en Italia – se tradujo en el desarrollo de dos capítulos enfocados en mujeres y uso de drogas. En uno de ellos, se analizan comunidades residenciales para mujeres que usan drogas y donde pueden vivir con sus hijas e hijos y que se encuentra en Croacia, República Checa, Grecia, Italia, Irlanda, Polonia y Chipre. Por razones de espacio no es posible profundizar en este texto sobre las características de dichas comunidades. Pero, independientemente de las diferencias entre ellas, hay elementos en común: uno de ellos es que su origen reside de la misma necesidad de las mujeres y de la toma de consciencia de los servicios de que las mujeres no acudían a tratamiento pese a que el consumo de drogas estaba aumentando. La principal barrera era, y sigue siendo, no poder acudir a tratamiento acompañadas de sus hijas e hijos, puesto que muchas mujeres son madres solteras o las principales cuidadoras de sus hija e hijos. Por ende, es indispensable que los servicios ambulatorios y residenciales les ofrezcan la posibilidad de traer a sus hijas e hijos y que esa se convierta en una oportunidad para trabajar, por un lado, la relación de las mujeres consigo mismas y la recuperación de su autoestima y autocuidado y, por el otro, de brindarles el acompañamiento para fortalecer sus habilidades de crianza y el apego. Y finalmente, para generar también espacios de apoyo y acompañamiento para las niñas y los niños.

Los servicios de tratamiento que trabajan con mujeres deben tener la formación y sensibilidad para comprender la violencia de género y cómo ésta incide en el uso de drogas. Asimismo, los servicios dirigidos a

mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia deberían ser capacitados para superar la tradicional resistencia y la separación entre “violencia” y “uso de drogas”. Generalmente, cuando una mujer que usa sustancias acude a un refugio para mujeres víctimas de violencia, se le condiciona primero a superar la dependencia, negándole el ingreso al refugio. Si bien esta respuesta no tiene necesariamente la intención de excluir o discriminar, lo cierto es que se traduce en una forma de violencia simbólica e institucional que aleja a las mujeres y las pone en riesgo, junto con sus hijas e hijos, justo cuando están listas para dar el difícil paso de dejar al agresor y entrar a un refugio.

En ese sentido, cabe señalar como buena práctica el caso de Cuan Saor, en Irlanda, y SPAVO, en Chipre, dos organizaciones que protegen y acompañan a mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia, incluyendo a aquellas que usan drogas. Como se comparte en el estudio del Grupo Pompidou (Giacomello, 2022) a partir de una entrevista con personal directivo de Cuan Saor, fue, una vez más, la práctica misma lo que les hizo tomar consciencia de que no se podía negar la atención a mujeres que usaban drogas, sino que el personal debía adquirir los conocimientos y las herramientas para admitirlas y trabajar también con la adicción. Este ejemplo, que aquí apenas se esboza, es útil para todos aquellos servicios donde aún prevalece cierto miedo, desconocimiento, o a veces una franca ignorancia con respecto a las sustancias y a las dependencias, que pueden causar, más o menos consciente e intencionalmente, situaciones de exclusión y discriminación. No se requiere una especialización en adicciones para que los servicios enfocados en las familias, la niñez, las personas migrantes o las mujeres víctimas de violencia, por mencionar algunos grupos, sino una preparación general que puede ser brindada por personas especialistas o también mediante el trabajo multidisciplinario en equipos inter-institucionales.

CONCLUSIÓN

Con este artículo se ha procurado tocar algunos de los temas que son relevantes para el desarrollo de políticas integradas e integrales dirigidas a NNA en familias con uso de drogas y sus familias. Se deriva del proyecto Children Whose Parents Use Drugs, del Grupo Pompidou del Consejo de Europa, mismo que genera análisis y propuestas a partir de la participación de instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil, personas expertas y mujeres que se encuentran en tratamiento por uso de drogas y son madres. Las brechas y las prácticas prometedoras presentadas se refieren al ámbito normativo y de generación de datos, de atención enfocada en la niñez y a la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de tratamiento.

Las niñas, los niños y adolescentes viven de manera única los impactos de drogas en la familia y, muchas veces en silencio. Como parte de los esfuerzos actuales del Grupo Pompidou en el marco de la

continuación de este proyecto, se están recopilando las experiencias de NNA en familias con uso de drogas, así como de mujeres, en aras de que la participación se traduzca en protección y ampliación de derechos.

La paternidad y la maternidad implican un conjunto de roles, expectativas y tareas prácticas que representan unos retos para todas y todos, incluso cuando la persona no está luchando con la dependencia de una sustancia. En el caso de las personas que enfrentan la paternidad y la dependencia al mismo tiempo, deben reducirse al máximo las barreras para que puedan contar con apoyos no estigmatizantes y que, a partir de las fortalezas de las personas, puedan ayudarles en su rol parental. Esto se torna particularmente urgente en el caso de las mujeres, considerando que siguen siendo las principales cuidadoras de sus hijas e hijos y que enfrentan mayores obstáculos, estigma y violencia en razón de género. Particularmente se resalta la importancia de que los servicios de tratamiento aborden la violencia de género y el trauma en el trabajo terapéutico, y que los centros y refugios para mujeres víctimas de violencia no cierren sus puertas a las mujeres que usan drogas.

Para apoyar a las y los NNA a enfrentar los impactos del uso parental de drogas debe asegurarse, por un lado, que niñas y niños cuenten con canales de información y comunicación a los cuales poder acudir y que, por el otro, los programas orientados a las familias y a las dependencias tengan la visión, la formación, la sensibilidad y las intervenciones para apoyar a ambos los elementos de la diada: las y los NNA, por un lado, y las madres y los padres que usan drogas, por el otro.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea General, (2010). *Resolution Guidelines for the Alternative Care of Children*.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/5416.pdf/

Barrett, D., (2018). *Drugs and the Convention on the Rights of the Child. Fragmentation, contention and structural bias*. Estocolmo: Stockholm University. http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:1212140/FULLTEXT01.pdf

Bronfenbrenner, U., (1979). *The ecology of human development. Cambridge*, Estados Unidos: Harvard University Press.

Comiskey, C., (2019). *"Responses to the needs of children of people who use drugs Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide"*. Lisboa: EMCDDA.

Consejo de Europa, (2022). *Strategy for the rights of the child (2022-2027). Children's Rights in Action: from continuous implementation to joint innovation*. Estrasburgo: Consejo de Europa. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7883_d_EstrategiaDerechosInfanica-CoE.pdf

Consejo de Europa, (2020). *Listen – Act – Change. Council of Europe Handbook on children's participation. For professionals working for and with children*. Estrasburgo: Consejo de Europa. https://rm.coe.int/publication-handbook-on-children-s-participationeng/1680a14539

Consejo de Europa (2020 a). *Drug policy and human rights in Europe: a baseline study*. Estrasburgo, Consejo de Europa.

Consejo de Europa, (2012). *Recommendation CM/Rec(2012)2 of the Committee of Ministers to member States on the participation of children.* Estrasburgo: Consejo de Europa. https://rm.coe.int/168046c478

EMCDDA, (2012). *Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs.* Lisboa: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/671/TDSI12001ENC_396469.PDF

Felitti, V. J., Anda, Robert F., Nordenberg, Dale, Williamson, David F., Spitz, Alison M., Edwards, Valerie, Koss, Mary P. y Marks, James S., (1998). *"Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The 19 Adverse Childhood Experiences (ACE) Study"*. American Journal of Preventive Medicine, 14(4)

Giacomello, C., (2022). *Children whose parents use drugs. Promising Practices and Recommendations*. Estrasburgo: Consejo de Europa. https://rm.coe.int/2021-ppg-27-isbnchildren-whose-parents-use-drugs-promising-practices-/1680a602ae

Grupo Pompidou, (2021). *Children whose parents use drugs. A preliminary assessment and proposals*. Estrasburgo: Consejo de Europa. https://rm.coe.int/2021-ppg-2-childrenpreliminaryassessment-eng/1680a4829c

Grupo Pompidou, (2021 b). *Children Whose Parents Use Drugs. Report of focus groups held in February 2021*. Estrasburgo: Consejo de Europa. https://rm.coe.int/2021-ppg-18-childrenreport-eng/1680a4829b

Horgan, J., (2011). *Parental Substance Misuse: Addressing its Impact on Children. A Review of the Literature.* Dublin: NACD. https://www.drugsandalcohol.ie/16115/1/NACD_parental_substance_misuse_impact_children_Key_messages.pdf

International Centre on Human Rights and Drug Policy, UNAIDS, WHO, y UNDP, (2019). *Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Políticas de Drogas*, https://www.humanrightsdrugpolicy.org/site/assets/files/1671/hrdp_guidelines_spanish_2020.pdf

Mutatay, C., Morton, S., Robles Soto, N., Pálsdóttir, K. I. y Vale Pires, C., (2022). *Implementing a gender approach in drug policies: prevention, treatment and criminal justice. A handbook for practitioners and decision makers*. Estrasburgo: Consejo de Europa.

Tusla y HSE, (2019). *Hidden Harm Strategic Statement. Seeing through hidden harm to brighter futures*. Dublín: Tusla, Child and Family Agency y HSE. www.tusla.ie/uploads/content/StrategicGuide.pdf

UNODC, (2016). *Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women*. Viena: UNODC. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-andtreatment/unodc_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf

UNODC y WHO, (2018). I*nternational Standards on Drug Use Prevention*. Viena: UNODC y WHO. https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODCWHO_2018_prevention_standards_E.pdf

Vandenhole, W., Desmet, E., Reynaert, D. y Lembrechts, S. (Eds.), (2015). *Routledge International Handbook of Children's Rights Studies*. Nueva York y Londres: Routledge Taylor & Francis Group.

Velleman, R. y Templeton, L. J., (2016). *"Impact of parents' substance misuse on children: an update"*. BJPsych Advances, vol. 22.

WHO y UNODC, (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Ginebra: World Health Organization, y United Nations Office on Drugs and Crime. https://www.unodc.org/documents/drugprevention-and-treatment/UNODCWHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf

Woods M., (2020). *"'Helping others and helping myself': wounded healers as peer workers"*, Irish Probation Journal, vol.17.

¿DÓNDE ESTÁN LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS? Propuesta de incorporación de la perspectiva en derechos de la infancia en los servicios de la Red de Atención a las Drogodependencias.

WHERE ARE THE CHILDREN'S RIGHT? A proposal to incorporate the perspective of children's rights in the services of the Drug treatment Care Network.

Laura Trujillo Ruiz

Graduada en Terapia Ocupacional y Educación Social. Directora Asociación ALBA.

RESUMEN

Este trabajo se centra en estudiar la viabilidad de la incorporación de la perspectiva en derechos de la infancia en los servicios de la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña y en diseñar una formación para referentes en infancia dentro de los recursos de atención a las drogodependencias, que pueda dar respuestas a las necesidades de los profesionales y los servicios en relación a los niños y adolescentes hijos de personas con problemática de consumo de drogas.

Los resultados obtenidos permiten generar una propuesta formativa que contempla aquellas demandas y necesidades de los diferentes profesionales.

ABSTRACT

This work focuses on studying the feasibility of incorporating the perspective on children's rights in the services of the Catalan Drug Addiction Care Network and designing training for children's referents within the drug addiction care resources which can respond to the needs of professionals and services in relation to children and adolescents of people with drug use problems.

The results obtained allow to generate a training proposal that contemplates those demands and needs of the different professionals.

PALABRAS CLAVE

Drogodependencia, parentalidad, marentalidad, derechos de la Infancia, sistema de protección a la infancia.

KEY WORDS

Drug addiction, parenthood, maternity, children's rights, child protection system.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es un fenómeno transversal presente en múltiples ámbitos que implica a diferentes colectivos. Las actuaciones hacia el consumo de drogas son un ámbito de intervención prioritaria en las políticas de salud pública. Estas políticas tienen la finalidad de desarrollar estrategias que creen condiciones para disminuir el consumo,
minimizar los riesgos asociados y reducir las consecuencias negativas derivadas del mismo (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2017).

El consumo de drogas y las problemáticas asociadas a las mismas es un tema de interés en nuestra sociedad, impacta y repercute no sólo en la vida de la persona que hace uso de las drogas, de manera más a menos controlada, sino que trasciende a otros ámbitos de su vida, como la familia, amigos, mundo laboral...

La estigmatización y el miedo a las posibles consecuencias de verbalizar el consumo de drogas a profesionales de la salud o de servicios sociales dificulta el acceso a los recursos y servicios de atención a las drogodependencias. En caso de que la persona tenga hijos y/o hijas, el miedo a la retirada de éstos por parte de servicios sociales o el cuestionamiento sobre su rol parental o marental influye en la vinculación y posibles intervenciones.

Es cierto que, actualmente, ni los recursos ni los profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD) de Cataluña se encuentran preparados para atender y abordar los temas relacionados con la infancia. La falta de formación, el desconocimiento
de protocolos o la dificultad de identificar posibles situaciones de riesgo de los niños hace que los profesionales de los servicios de la XAD no puedan o no sepan cómo abordar las problemáticas específicas de los usuarios en relación con sus hijos o el cuidado de los
mismos.

OBJETIVOS

El objetivo general es:

- Crear la figura del referente en infancia dentro de los servicios de la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD).

En relación a este objetivo general, se presentan objetivos específicos:

- Introducir la perspectiva de derechos de la infancia en los diferentes servicios de atención a las drogodependencias.
- Establecer las funciones del referente en infancia dentro de la XAD.
- Crear una formación sobre el sistema de protección a la infancia y herramientas de detección, prevención y comunicación de situaciones de riesgo de maltrato para referentes en infancia de la XAD.
- Facilitar la coordinación y conocimiento entre los profesionales de protección a la infancia y los profesionales de los recursos de la XAD.

CONSUMO DE DROGAS

El consumo y uso de drogas es un ámbito multidimensional que preocupa a nivel personal, social, sanitario, e incluso económico a la mayoría de sociedades, especialmente las occidentales. Cabe destacar la importancia que tiene la conceptualización, los estereotipos y estigmas en relación a la droga y las personas que hacen uso de ella, sea este problemático o no. El consumo de drogas además de afectar a la propia persona que las consume, tiene un impacto en su entorno más cercano y en la sociedad, pero especialmente hay una gran repercusión en los hijos/as de aquellas que presentan una problemática grave de consumo. Hoy en día, estos niños/as y menores se encuentran desatendidos en los diferentes recursos. Es por ello que hay que saber a qué nos referimos cuando hablamos de drogas y drogodependencias, cuáles son los servicios y recursos que dan atención a las personas, concretamente en Cataluña, y cuál es el perfil de las personas usuarias.

Para hacer una mejor propuesta de intervención es necesario saber el papel y funciones de los educadores y educadoras sociales en los servicios de atención a las drogodependencias. Al mismo tiempo también, contemplar los derechos a la infancia y la presencia del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, sin olvidar cuáles son
y deben ser las competencias y capacidades parentales a la hora de hacer intervención con los progenitores.

QUÉ SON LAS DROGAS

Las drogas han formado siempre parte de las diferentes sociedades. Es cierto que el concepto y sustancia a la que llamamos droga ha cambiado a lo largo de la historia en relación a las culturas y la sociedad de cada momento. Como exponen Garín y Fuentes (2017), cada época y cada cultura ha hecho un uso y consumido drogas de una manera determinada. Algunas de ellas tienen usos milenarios y con unos principios curativos o religiosos como el opio, otras son de nueva generación como las llamadas drogas de síntesis aparecidas a partir de los años 60.

Una de las definiciones más aceptadas y reconocidas del s.XX sobre qué es una droga determina que es cualquier sustancia que introducida en un organismo puede modificar una o varias funciones del mismo. Los efectos dependen de la sustancia consumida, y
pueden provocar placer, alivio del dolor, excitación intelectual y alteraciones de la percepción y el estado de ánimo (Kramer y Cameron 1975 en Garin y Fuentes 2017).

La mirada que tendrá la sociedad sobre las drogas muchas veces vendrá inducida por el tipo de sustancia y las problemáticas derivadas de su consumo, junto con la aceptación
social y cultural de su uso y consumo. Las drogas pueden ser clasificadas según su legalidad, su origen o la afectación al sistema nervioso central (SNC).

Cabe destacar que hay sustancias que por su potencial adictivo igual o superior a algunas de las ya llamadas pueden ser consideradas drogas, aunque socialmente no reciban este nombre. Son las xantinas, presentes en el café, té mate o cacao.

El uso y consumo de estas sustancias, junto con diferentes factores sociales y culturales pueden derivar en problemáticas de consumo, junto con la estigmatización y criminalización hacia algunas de las sustancias y sus consumidores, debido principalmente a la marginación y exclusión social vinculada a ciertas prácticas de consumo de drogas. En las situaciones más complejas, las personas pueden llegar a tener una dependencia tanto física como psicológica en relación a la sustancia y sus efectos, desarrollando así una conducta adictiva o drogodependencia.

DROGODEPENDENCIAS Y LA ESTIGMATIZACIÓN DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS

La evolución del uso de drogas, el abordaje de las problemáticas derivadas, y el hecho de catalogar y tipificar las sustancias, ya sean naturales o sintéticas, legales o no legales, produjo y produce un cambio de mirada en relación al uso que se hace de las diferentes drogas y de la terminología en relación a las personas que presentan problemáticas debido a su consumo.

En 1964, tras valorar la terminología y sus características, la OMS sustituyó la palabra adicción por drogodependencia, la cual se definía y se define como “un estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo reiterado de una droga natural o sintética, y que se caracteriza por el deseo dominante de continuar tomándola y obtenerla por cualquier vía. Al mismo tiempo, para determinar si la persona presenta un cuadro compatible a una drogodependencia se tiene en cuenta el incremento de la tolerancia, presentar dependencia física y psicológica con síndrome de abstinencia si se deja de consumir la sustancia, y la presencia de efectos nocivos para la persona y la sociedad” (OMS, 1994).

La terminología para nombrar a las personas que consumen drogas ha ido evolucionando conforme los modelos de atención han cambiado, desde toxicómanos, adictos, drogodependientes, personas con uso problemático de drogas, a personas que hacen uso de drogas, entre otros. Actualmente son estas tres últimas nomenclaturas las más utilizadas en nuestro contexto.

La estigmatización que han sufrido y sufren las personas consumidoras de drogas dificulta hoy en día el acceso a tratamiento. Normalmente viene dada por diferentes factores e ideas presentes en la sociedad, como que las personas consumidoras tienen conductas desviadas, son marginales, de pocos recursos, y muchas veces en directa relación con la delincuencia. Además, hay una la clara distinción entre drogas legales e ilegales, siendo los consumidores de estas últimas los más estigmatizados, aunque son las drogas legales, como el alcohol, las más consumidas y las que mayor índice de trastornos, problemáticas

y mortalidad directa e indirecta presentan (Fuentes y Marin, 2017) (Marco, SegoviaMinguet, Calvo y Carbonell, 2021).

La estigmatización social que sufren las personas consumidoras agrava a menudo las problemáticas de consumo. El miedo, la vergüenza y las posibles consecuencias de buscar ayuda, refuerzan estas ideas y pensamientos, especialmente en mujeres donde la estigmatización es aún mayor, impactando gravemente en su salud. Como bien expone la Red Iberoamericana de ONG’s que trabajan en Drogas Y Adicciones (RIOD) (2019), el estigma afecta de manera transversal la vida de las personas consumidoras, generando un impacto en la salud física y mental, dificultando la capacidad de inserción laboral y mantenimiento del trabajo, así como la vivienda, red social y su autoconcepto.

Para disminuir esta estigmatización es necesaria la información y entender porque hay personas que presentan problemáticas de consumo y otras no. Durante mucho tiempo, y debido a la lucha contra las drogas, el foco se puso sobre la sustancia, considerando que las drogas son malas y que era necesario erradicarlas, pero hay que entender que la dependencia hacia éstas depende de la interacción de la sustancia en el organismo y de la situación social y personal de cada individuo (Fuentes y Marin, 2017). Se entiende pues, que la dependencia se origina en la interacción entre la sustancia, la persona y sus factores individuales, y su entorno, es decir, los factores sociales. Esta idea de tres factores principales, sustancia, persona y entorno, es la que marca que en nuestro contexto el modelo de intervención principal sea el biopsicosocial. El modelo biopsicosocial se aleja del biomédico, el cual es reduccionista y se centra en el diagnóstico de la adicción y el tratamiento del trastorno adictivo. En cambio, este nuevo modelo biopsicosocial contempla la problemática de consumo como multidimensional y multicausal teniendo en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales, y cómo estos se interrelacionan en el funcionamiento de las personas. Podríamos decir, que el modelo biopsicosocial entiende la problemática del consumo de drogas y centra la intervención desde una teoría de sistemas, donde diferentes elementos interactúan entre sí y se establecen relaciones de interdependencia (variables biológicas, variables psicológicas y variables sociales).

La XAD hace años que incorporó este modelo, por este motivo, los diferentes servicios y recursos que la forman, dan respuesta a los diferentes ámbitos de intervención y sus factores, teniendo en cuenta el área sanitaria y de salud y el área social y comunitaria.

LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS Y EL PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS

El consumo de drogas es un fenómeno transversal presente en múltiples ámbitos (laboral, educativo, ocio, nocturno, sanitario y otros) que implica diferentes colectivos (jóvenes, adultos, familiares, consumidores, etc).

Las actuaciones hacia el consumo de drogas son un ámbito de

intervención prioritaria en las políticas de salud pública que tienen la finalidad de desarrollar estrategias que creen condiciones para disminuir el consumo, minimizar los riesgos asociados y disminuir las consecuencias negativas derivadas del consumo (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2014). En nuestro territorio existen diferentes recursos, tanto privados como públicos, muchos de los cuales trabajan en red para dar una mejor respuesta a las necesidades de los usuarios de drogas. Hay que tener en cuenta que estas personas no sólo sufren una problemática de uso de drogas, sino muchas veces esta va ligada a dificultades sociales, familiares, económicas, de vivienda, etc.

La Red de Atención a las Drogodependencias (XAD) es:

"Una red pública de recursos especializados en la atención y el seguimiento de problemas relacionados con el consumo, el abuso y/o la dependencia de sustancias psicoactivas. La red de recursos proporciona atención sociosanitaria y comunitaria para todo tipo de drogodependencias a través de diferentes servicios distribuidos por todo el territorio. El Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, mediante la Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y el Plan director de salud mental y adicciones coordina, planifica y plantea las directrices que debe seguir la XAD" (Generalidad de Cataluña, 2017).

Actualmente la XAD está compuesta por un conjunto de servicios y recursos que dan una atención integral y continuada a las personas que hacen demanda de tratamiento, ajustándose éste a diferentes momentos del proceso de abandono del consumo y a las necesidades y demandas de cada usuario. Los servicios de atención pública de la XAD son los siguientes:

Servicio/Recurso	Abreviatura	Nº	Descripción
Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias	CAS	61	Centros ambulatorios y públicos. Equipos multidisciplinarios y con una basante biopsicosocial.
Unidad hospitalaria de desintoxicación	UHD	11	Unidades de corta estada. Usuarios que requieren tratamiento de régimen hospitalario cuando el tratamiento ambulatorio no es viable. Finalidad: abordar la fase de desintoxicación de substancias.
Comunidad Terapéutica	CT	19	Servicio de acogida residencial de carácter transitorio. Reproducción del espacio social, proporciona tratamiento integral con intervenciones reeducadoras de la experiencia participativa en la vida comunitaria, orientada a conseguir el control y la extinción de las conductas adictivas. Copago siempre que sea posible. De 6 a 8 meses. Dependientes del Departamento de bienestar y familia.
Piso residencial	PR	16	Servicio residencial de régimen abierto y estada limitada. Consolidación de la abstinencia y desarrollo personal. Entorno comunitario.
Centro de día	CD	4	Recurso educativo y terapéutico, estada diurna y continuada. Rehabilitación desde una mirada integral sobre la conducta adictiva. Proceso ambulatorio.

Servicio/Recurso	Abreviatura	Nº	Descripción
Unidad de patología dual	UHD	6	Ingreso hospitalario de corta duración para personas con diagnóstico de trastorno de abuso y/o dependencia a substancias y trastorno mental grave y requieran un tratamiento integral de las dos patologías.
Unidad de crisis	UC	1	Centro residencial de corta duración, ingreso rápido e inmediato a usuarios en situación de crisis asociada al consumo y producida por una combinación de factores médicos, sociales, psicológicos o todos estos a la vez.
Reducción de daños	REDAN	22	Centros o programas dirigidos a consumidores en activo que no quieren o no se sienten en condiciones de iniciar un tratamiento y persisten en el consumo. Reducir al máximo los problemas de salud y motivas y facilitar el acceso al tratamiento.

Tabla 1. Recursos y servicios de la XAD (Generalidad de Cataluña, 2017)

En relación a las sustancias de consumo, según la Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat (2021), en Cataluña en el año 2020 un 41'4% de las personas que iniciaron tratamiento por drogodependencias fue por consumo el alcohol, seguida por la cocaína con un 24'1%, cannabis 14'3 % y de heroína un 11'6%, de un total de 11.353 usuarios, de los que 8.682 eran hombres y 2.671 mujeres. Es importante destacar que estos datos reflejan la sustancia que origina el tratamiento, muchos consumidores de drogas hacen uso de una o más sustancias, siendo necesario registrar en los servicios las drogas secundarias y el policonsumo. El informe contempla como inicio de tratamiento tanto los casos donde es el primer contacto con los servicios de la XAD como aquellos donde ha habido una desvinculación de más de 6 meses. Este dato queda reflejado con los usuarios que

manifiestan haber realizado tratamientos previos, especialmente en el caso de la cocaína, el alcohol y el cannabis, donde más de la mitad de los usuarios habían recibido. Otros datos recogidos indican que el 12% de las mujeres, en el momento de acceso al servicio, vivían sólo con los hijos/as, respecto al 2% de los hombres. Al mismo tiempo un 15.8% de mujeres vivían con la pareja e hijos/as, y de hombres un 17.2%, de ese 34% total, cabe destacar que un 20.7% eran consumidores de alcohol, un 19.3% de cocaína, un 11% de cannabis y un 7.5% de heroína.

A pesar de tener datos en relación al consumo que realizan las personas usuarias de la XAD, en el año 2020 la Subdirección General de Drogodependencias (SGD) en la jornada para profesionales de la red "Mejora de la atención a los hijos e hijas de las personas atendidas de la XAD", realizó una exposición y recopilación sobre las necesidades y aspectos necesarios para atender a la infancia dentro de la red de drogodependencias. Al mismo tiempo se presentó los resultados del Estudio sobre la situación de los hijos e hijas de personas usuarias de los servicios y programas de la XAD que ha llevado a cabo la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD), agrupación de entidades que trabajan en el ámbito de las drogodependencias y otras adicciones, con el apoyo de la SGD. Como conclusiones se destacaba la falta de datos específicos sobre progenitores que consumen drogas ya que presentan reticencias a participar en estudios. Hay una falta de información del número de padres y madres que hacen uso indebido de drogas, pero no están en contacto con servicios sociales. Al mismo tiempo en los mismos servicios sociales hay una falta de registro de consumos. Como información relevante también cabe destacar la falta de datos válidos sobre el número de niños que viven con familias con problemas de consumo de drogas.

Por estos motivos, algunas de las propuestas de mejora que se presentaron son en relación a la mejora de la coordinación con la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) para la elaboración de protocolos de actuación conjuntos ante maltratos infantiles y la mejora de la atención desde la XAD, haciendo un diagnóstico de la situación de niños/as y jóvenes, hijos/as de personas que consumen y que son usuarias de la red, y la realización de un análisis de sus necesidades. Otra línea de trabajo se centra en la promoción de hábitos de parentalidad y marentalidad en las personas que consumen (SGD, 2020).

Para llevar a cabo estas mejoras y propuestas hay que saber qué es la parentalidad, las competencias y habilidades parentales, y al mismo tiempo profundizar cómo el consumo de drogas impacta o afecta al cuidado de los hijos.

PARENTALIDAD: COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARENTALES

El rol de parentalidad que asumen las personas en el momento del nacimiento de su hijo/a es una tarea compleja, ya que los progenitores deben tener capacidades y competencias parentales suficientes para dar respuesta a las necesidades de los niños, las cuales evolucionan a lo largo del proceso de crianza.

La parentalidad tiene como objetivo conseguir la autonomía del infante, ofreciéndole el mayor bienestar a través de experiencias de buen trato. Existe la parentalidad biológica, relacionada con el hecho de procrear y dar vida, y la parentalidad social, que consiste en tener buenas competencias para ejercerla cubriendo las necesidades básicas de los niños, como el cuidado, la educación y la protección de los mismos, asegurando un desarrollo sano. Esta parentalidad social se entiende mayoritariamente como una continuidad a la parentalidad biológica, aunque puede ser ejercida por otro adulto, el cual no sea ninguno los dos progenitores (Barudy & Dantagnan, 2010). La parentalidad social es el aprendizaje de las competencias parentales, con el fin de ejercer una buena parentalidad, esta debe ser lo que se llama parentalidad positiva (Barudy & Dantagnan, 2010). Está estipulada como un ejercicio que debe realizarse a partir de diversos factores rectores con el fin de cumplir adecuadamente con la tarea educativa. Algunos de estos factores son los vínculos afectivos cálidos, protectores y estables, un entorno estructurado, la estimulación y el apoyo al aprendizaje cotidiano y escolar, fomentado por la motivación de sus habilidades, el reconocimiento del valor de sus hijos, su capacitación como agentes activos, competentes y capaces y una educación no violenta (Balsells, 2013).

Las llamadas competencias parentales necesarias para llevar a cabo esta parentalidad, están divididas en dos conceptos: las habilidades parentales, referidas a los modelos de crianza, la habilidad de participar en la comunidad y de crear red social, y las capacidades parentales, las cuales dependen de factores biológicos, hereditarios, las experiencias de buen trato y las interacciones sociales. Estas últimas, se verán reflejadas en el aferramiento y la empatía que tienen los progenitores hacia sus propios hijos/as. Para entender la parentalidad ejercida, se deben tener en cuenta los elementos históricos y contextuales que han condicionado al progenitor. Trabajar con los progenitores las diferentes aportaciones beneficiará al desarrollo del niño (Badury & Dantagnan, 2010).

Es importante pues, tener en cuenta que "los modelos de crianza son el resultado de las historias de vida, los aprendizajes sociales y familiares que se transmiten como fenómenos culturales de generación en generación (...) el tipo de educación que reciba el niño/a, proceso que empieza desde su nacimiento e, in extremis, ya desde su vida intrauterina, determina el tipo de acceso al mundo social del mismo" (Barudy & Dantagnan, 2010, p. 229). Por este motivo cabe destacar que, si los padres carecen de competencias parentales para dar respuesta a las necesidades de los hijos/as, incluso dañándolos, los niños/as presentarán carencias y posibles necesidades especiales a la hora de la intervención (Barudy & Dantagnan, 2010).).

Los progenitores deben poder responder a la diversidad de necesidades de los niños/as, teniendo en cuenta que éstas evolucionan. Por ello, es fundamental, aparte de tener las competencias y recursos necesarios, contar con plasticidad estructural para poder adaptarse adecuadamente a las demandas de sus hijos (Barudy & Dantagnan, 2010). Las conductas de aferramiento son instintivas,

buscan proximidad y contacto, es decir, seguridad. Están relacionadas con el sistema de exploración, y cuando no existe un aferramiento sano entre progenitores y niño/a, este sistema merma, interponiéndose en la posibilidad de conocer. Además, esta conducta se crea a partir del vínculo entre progenitores y los niños/as a través de la demanda y la respuesta a sus necesidades. Cuando no se da una respuesta adecuada, se forma una representación mental negativa, el niño/a no aprenderá a autorregularse, centrarse ni focalizarse, afectando directamente a su autoconcepto y autoestima y a las relaciones que establecerá en un futuro (Delgado y Oliva, 2004).

Fuller y Hansen (2021), a raíz del estudio The Children Rights Perspective in Addiction Services, exponen que los niños que viven con tutores/familias que consumen drogas
tienen más probabilidades de desarrollar una variedad de problemas de salud, sociales, físicos y psicológicos. Los progenitores con drogodependencias dedican menos tiempo al cuidado de los hijos/as, a la vez que se destaca la presencia de transmisión intergeneracional en relación al consumo de drogas, aspecto relacionado con la transmisión de los modelos de crianza y de habilidades parentales inadecuadas. Cabe destacar que no todos los padres y madres que hacen un uso o consumo de drogas ponen en riesgo o ejercen maltrato hacia sus hijos e hijas. Aun así, en necesario profundizar sobre cómo el consumo de drogas influye en el cuidado de los hijos y hacia dónde hay que dirigir la intervención.

¿CÓMO AFECTA EL CONSUMO DE DROGAS AL CUIDADO DE LOS HIJOS E HIJAS?

El consumo de drogas por parte de los progenitores interfiere en el proceso de crianza de los hijos e hijas. Vega-González y Pérez (2021), recogen que hay una disminución del conocimiento, mentalización y sensibilidad hacia las señales de los niños/as y del ambiente. Al mismo tiempo la falta de atención limita la respuesta motora, el funcionamiento ejecutivo, la regulación emocional y la percepción de seguridad del menor.

El uso de sustancias puede influir en el cuidado de los hijos/as, y es necesario destacar que el impacto y consecuencias en los niños/as serán diferentes si quien presenta la problemática adictiva es la madre o el padre. Las madres se encuentran más estigmatizadas y tienden hacia la negligencia y abandono o hacia la violencia psicológica hacia los hijos/as, en cambio los padres tienden a estar más ausentes y ejercen violencia física hacia los propios hijos/as (Fuller y Hansen, 2021).

Las mujeres, socialmente, presentan el rol de cuidadoras y protectoras y cuando no cumplen con los estándares esperados son catalogadas como malas madres. Por este motivo cuando es la madre que quien presenta una problemática de drogas, el impacto en el niño/a es mucho mayor. La inestabilidad derivada del consumo, la culpabilidad, la vergüenza y el miedo a represalias y las posibles intervenciones de servicios sociales respecto a sus hijos/as invisibilizan

a estas mujeres y su acceso a los recursos de atención especializada. En cambio, los padres consumidores a menudo tienen un rol ausente en relación a los hijos/as, las expectativas sociales sobre éstos y el cuidado de los hijos/as es menor, facilitando más su predisposición a ingresos de larga duración y no sufriendo una doble estigmatización como en el caso de las mujeres.

Aun así, las personas consumidoras presentan mecanismos para el cuidado de los hijos/as, invisibilizan los consumos, piden ayuda a terceros para satisfacer las necesidades de los niños/as, principalmente los abuelos como familia extensa, y al mismo tiempo tienen mecanismos para consumir en momentos que no están con los niños/as o no deben estar pendientes de ellos (Hansen, 2020) (Fuller y Hansen, 2021).

Respecto al desarrollo del niño/a, la falta de atención y cuidado se ve reflejada en un atraso en la educación la vida social y la autonomía. A menudo presentan problemas de atención y aprendizaje, junto con dificultades en las respuestas emocionales al estrés y en el establecimiento de relaciones de confianza. (Fuller y Hansen, 2021).

Los hijos e hijas de personas consumidoras refieren en la adolescencia o cuando son adultos ideación suicida en la infancia o en la adolescencia, trastornos alimentarios,
trastornos por uso de sustancias y problemas legales y de salud mental. Al mismo tiempo, los hijos/as de personas consumidoras exponen que de niños presentaban sentimientos de culpabilidad y vergüenza a la hora de compartir su situación familiar con los iguales u otros adultos (Grupo Pompidou 2021 en Fuller y Hansen, 2021).

Cabe decir, que hay situaciones donde el hecho de la paternidad o maternidad puede convertirse en un motor de cambio en las personas con problemáticas de consumo de drogas, siendo un motivo de motivación y mantenimiento de la abstinencia. Pero en aquellas personas con situaciones más graves y de vulnerabilidad, el cuidado de los hijos/as se convertirá en una problemática más, y derivará en una posible vulneración de los derechos de los niños y adolescentes del núcleo familiar.

DERECHOS DE LA INFANCIA

En 1959, la Asamblea General de la ONU presentó la Declaración de los Derechos de los Niños, la cual establecía los derechos a la protección, la educación, la atención sanitaria, la vivienda y a una nutrición adecuada. El 20 de noviembre de 1989 en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños, se destacó como uno de los objetivos, que los niños/as tenían derecho a ser protegidos, entre otros, del uso de las drogas. Además, los Estados deben tomar las medidas apropiadas para impedir la utilización de los menores en la producción y tráfico de estas sustancias ilícitas. Al mismo tiempo los estados deben garantizar que las instituciones y servicios responsables del cuidado y protección de los niños se ajusten a los estándares establecidos, especialmente en los ámbitos social y de salud. Cabe decir que todas las acciones relativas a los niños deben dar respuesta en relación al bien superior del menor,

siendo éste considerado como primordial (UNICEF, 2019).

Dando respuesta a estos derechos de los niños, en Cataluña, la LDOIA (Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia) es una herramienta para los profesionales que desarrolla una serie de intervenciones en las situaciones de riesgo, con la finalidad de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de los niños/as en su núcleo familiar, sin separarlos de la familia, a no ser que sea estrictamente necesario. Al mismo tiempo, quiere garantizar el apoyo necesario a los progenitores para poder ejercer sus responsabilidades y funciones con el fin de superar la situación de riesgo. Se entiende como riesgo cuando el desarrollo y bienestar del niño/a o el/la adolescente, se ven limitados o perjudicados por cualquier circunstancia personal, social o familiar, siempre que para la protección efectiva del niño/a o el/la adolescente no sea necesaria separación del núcleo familiar (LDOIA, 2010). La LDOIA, considera que el abuso de alcohol o drogas conlleva una dificultad grave para dispensar la atención física o psíquica adecuada al niño/a, lo que conlleva un riesgo leve/moderado para el mismo. Sin embargo, la ORDEN/331/2013, de 18 de diciembre, por el que se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños/as y adolescentes, la toxicomanía y/o alcoholismo de los progenitores se identifican como factor de riesgo de maltrato. También se indica que si los progenitores tienen conciencia de enfermedad y/o aceptan ayuda se valora como factor de protección. La LDOIA es la herramienta y la base de la DGAIA para llevar a cabo su encargo institucional hacia los niños/as.

La DGAIA es el organismo que promueve el bienestar de la infancia y la adolescencia con alto riesgo de marginación social con el objetivo de contribuir a su desarrollo personal. Entre sus funciones destaca la planificación de políticas, programación de servicios y recursos de protección, promover los derechos de los niños/as y adolescentes de Cataluña, promover y elaborar planes de colaboración y protocolos de detección, prevención, asistencia, recuperación y reinserción de los niños y adolescentes víctimas de malos tratos, siempre de acuerdo con las indicaciones de la LDOIA (Departamento de Derechos Sociales, 2011).

Los Equipos funcionales de infancia (EFI) y los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA) son las unidades básicas de funcionamiento de los servicios territoriales de lasDGAIA. Son los responsables de gestionar los expedientes de los niños/as y adolescentes, las propuestas y las medidas que se deriven, la elaboración de datos esenciales y la coordinación con los servicios de infancia del territorio. (Departamento de Derechos Sociales, 2011).

En nuestro contexto, especialmente dentro de la XAD, la perspectiva de derechos a la infancia y los recursos, protocolos y actuaciones por parte de la DGAIA, los EFI y los EAIA son los grandes desconocidos para muchos profesionales.

En la formación “La perspectiva de infancia en los servicios de atención a las drogodependencias” para profesionales de la XAD organizada por la SGD y la FCD en noviembre de 2021, se expusieron los resultados del estudio “Percepción y

actuación de los equipos profesionales de la XAD sobre parentalidad y marentalidad de las personas usuarias de drogas". Algunos de los resultados exponían las limitaciones de los servicios de la XAD para explorar con mayor profundidad la parentalidad de las personas usuarias, la falta de formación de los profesionales para actuar sobre temas de infancia, las dificultades de acceso de los niños/as y la detección de posibles situaciones de riesgo o maltrato debido a que los servicios de atención a las drogodependencias están dirigidos a adultos. Además, los profesionales destacaban la falta de concreción sobre los límites de sus funciones con infancia y el grado de responsabilidad, la falta de enlaces y protocolos comunes, la diferencia de tempos en la intervención de protección a la infancia y los tempos de los tratamientos de drogodependencias, a la vez que los profesionales se encuentran con el dilema entre proteger los derechos de los niños y sus padres y madres.

Los profesionales de drogodependencias tienen el encargo de atender a las personas con problemáticas de consumo de drogas, pero sus casuísticas y situaciones a veces se escapan de las funciones y conocimiento por parte de los profesionales. Con el fin de dar respuesta a estas necesidades e incorporar la perspectiva de derechos de la infancia es necesario identificar a aquellos profesionales preparados para poder orientar y dar respuesta a los equipos hacia los niños y adolescentes hijos de consumidores de drogas.

FUNCIONES Y TAREAS DEL EDUCADOR/A SOCIAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

Si tenemos en cuenta que el modelo de intervención en la XAD es el modelo biopsicosocial, entendemos que los equipos de profesionales están formados por personas especializadas a nivel médico y de salud para atender las patologías orgánicas y psicológicas, y personal del ámbito social.

Dependerá de la tipología y finalidad de cada servicio que el equipo multidisciplinar esté formado por un mayor o menor número de profesionales, pero siempre encontraremos médicos, especializados en psiquiatría, enfermeros/as, psicólogos/as, educadores/as sociales, y trabajadores/as sociales. Otros profesionales que pueden encontrar en los servicios que atienden a personas con problemática de consumo pueden ser el/la terapeuta ocupacional, integrador/a social o auxiliar de enfermería.

Cada profesional tiene sus tareas y funciones dentro de cada servicio, la finalidad es dar una atención integral a las personas con problemáticas de drogas abordando tanto aspectos de salud, familiares, comunitarios, de vivienda, sociales...

Los educadores/as sociales se encuentran catalogados como técnicos especialistas en bienestar social. Cabe decir que la educación social es una disciplina joven, tan solo hace 30 años que se

incorporó a la universidad. Hasta entonces, eran los animadores socioculturales, educadores de educación especial, o los educadores de calle quienes realizaban las intervenciones socioeducativas, principalmente con población marginal o en situación de exclusión social. Hoy en día en muchos ámbitos hay confusión y desconocimiento sobre las funciones y competencias del educador/a social. Por este motivo, documentos como el Código Deontológico de la Educación Social (2007) editado por la Asociación Estatal de Educación Social son esenciales, tanto para la población y otros profesionales, como para los propios educadores y educadoras para la base y consistencia de la propia práctica profesional.

La educación social está reconocida como un derecho de la ciudadanía, y los profesionales tienen carácter pedagógico, con el encargo de desarrollar la sociabilidad de la población y la circulación social de los individuos. La tarea socioeducativa es básica en el día a día de los educadores/as sociales. En el ámbito de las drogodependencias esta tarea está dirigida a la incorporación social de las personas consumidoras. La presencia del educador/a principalmente se observa en los servicios residenciales (comunidades terapéuticas y pisos de reinserción), en programas comunitarios, preventivos, de tratado o reinserción (Centros Atención y Seguimiento a las drogodependencias, centros de día, servicios de reducción de daños).

Dentro de las funciones y tareas contempladas para los educadores/as sociales en el ámbito de las drogodependencias (ASADES, 2007) (Álvarez y Herrero, 2020) cabe destacar las siguientes:

- Favorecer la autonomía y promover el cambio a partir del acompañamiento, formación y asesoramiento.
- Favorecer el desarrollo cultural, sociolaboral y comunitario.
- Potenciar las capacidades y propias de la persona y facilitar herramientas y estrategias para desarrollarse en un contexto cambiante.
- Favorecer relaciones sociales saludables.
- Planificación, ejecución y evaluación de programas y proyectos.
- Reconocer e intervenir en conflictos (acción mediadora).

Junto con el equipo multidisciplinar, apoyando a otros profesionales y coordinándose con los profesionales que intervienen con las personas usuarias, hay que poner al usuario en el centro de la intervención siendo este un agente activo y participativo de su proceso. El educador social debe ser tener presente la importancia de desaprender para volver a aprender, siempre interviniendo con la persona y su contexto, abarcando así la parte conductual pero también contextual.

METODOLOGÍA

La metodología del trabajo quiere hacer una aproximación a la realidad de los derechos a la infancia en los servicios de atención a las drogodependencias, para posteriormente poder realizar una propuesta de intervención con el fin de incorporar la perspectiva de derechos a la infancia dentro de la XAD.

Los objetivos de la investigación son:

1. Saber la viabilidad de la incorporación de la perspectiva de derechos a la infancia en la XAD.

- Consultar a los profesionales de los servicios sobre conocimientos de herramientas o instrumentos de detección, valoración y comunicación de situaciones de riesgo de maltrato.
- Consultar sobre el interés en formación y la incorporación sobre derechos a la infancia.

2. Conocer el funcionamiento y coordinaciones actuales de los servicios de la XAD y los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA).

- Identificar necesidades y demandas desde los diferentes servicios de atención.

CONTEXTO Y PLANIFICACIÓN

Contexto

El contexto donde se lleva a cabo la investigación es en Cataluña, ya que recoge todos los recursos de la Red de atención a las drogodependencias. Cabe decir que, por tipología y número de servicios, la gran mayoría de recursos y profesionales se encuentran en la provincia Barcelona, zona donde se concentra el mayor volumen de población de Cataluña.

Las técnicas e instrumentos de recogida de información diseñados para la presente investigación se aplicarán a nivel de toda Cataluña en el caso del cuestionario, y a nivel de provincia de Barcelona las entrevistas individuales tanto a profesionales de la red de drogodependencias como a profesionales de los EAIA.

Técnicas e instrumentos de recogida de información

La recogida de datos se realizará a través de las siguientes técnicas:

- Entrevista a profesionales de la XAD, Servicios Sociales y EAIA.
- Cuestionarios a profesionales de la XAD.

Una vez recogida la información se realizará un análisis de datos a partir de una triangulación de los resultados y respuestas obtenidas.

Procedimiento de recogida de datos

La presente investigación socioeducativa tiene una metodología mixta amparada desde el paradigma crítico. Por este motivo se hará una recogida de datos, tanto cuantitativos como cualitativos, para posteriormente, después de su análisis, hacer una propuesta de mejora en relación a la temática tratada. Las técnicas utilizadas serán la entrevista y el cuestionario.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realiza en dos partes. En una primera parte se analizan los datos obtenidos en el cuestionario realizado a los diferentes profesionales de servicios de atención a las drogodependencias. Se seleccionan las dimensiones e indicadores

que facilitan la extracción de datos y, al mismo tiempo, la triangulación posterior con los datos obtenidos en las entrevistas con los informantes claves.

En la siguiente tabla se detallan las dimensiones y los indicadores seleccionados para el cuestionario:

Dimensión	Indicador
Datos profesionales	Servicio o recurso
	Formación i tarea profesional
	Área de intervención
	Experiencia o formación en infancia
Herramientas de detección, valoración y comunicación de riesgo de maltrato	Conocimiento
	Uso
Relaciones con EAIA	Coordinaciones EAIA
Perspectiva derechos de la infancia	Incorporación de la perspectiva de derechos
	Figura del referente
	Formación
	Intervenciones

Posteriormente se analizan los datos obtenidos en las tres entrevistas a informantes claves. Para poder extraer el máximo de información se sigue la misma dinámica en las entrevistas:

- Registro de audio con el consentimiento de las personas entrevistadas.
- Traducción de las entrevistas.
- Identificación y agrupación de las temáticas clave.
- Selección de las dimensiones e indicadores.
- Interpretación de las ideas principales.

Para poder realizar posteriormente el análisis de resultados y la triangulación con los datos obtenidos en la encuesta se determinan las siguientes dimensiones e indicadores:

Dimensión	Indicador
Necesidades y demandas de los profesionales	Falta de formación
	Falta de perspectiva de género
	Carencia de tiempo y recursos
	Necesidad de espacios de coordinación
	Falta de intervenciones preventivas
Dinámicas de funcionamiento	Estigmatización del colectivo
	Protocolos rígidos y estandarizados
	Asistencialismo
	Falta de intervenciones integrales
Perspectiva de derechos de la infancia	Falta de conocimiento
	Limitaciones personales de los profesionales
	Identificación de situaciones de riesgo
	Limitaciones de la red de infancia o drogodependencias
	Incorporación derechos a la infancia y referente

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante todo el proceso se tendrá en cuenta la ética de la investigación en la que, con el fin de obtener los datos a través de cuestionarios y entrevistas, se informará a las personas participantes de la finalidad de la investigación facilitando el consentimiento informado en el mismo momento de la realización de los mismos. Los datos obtenidos en ningún caso se utilizarán para fines más allá de los académicos, en concreto para esta investigación, y se mantendrá el anonimato de las personas participantes en todo momento.

Se respetará la privacidad y confidencialidad de los participantes, a la vez que no se pedirá información que no sea relevante para la presente investigación.

LIMITACIONES

Durante el transcurso del presente estudio ha sido necesario modificar la metodología de investigación debido a una serie de limitaciones. En un primer momento se contemplaba poder hacer un grupo de discusión con jóvenes de entre 18 y 21 años extutelados de los cuales, uno de los motivos de la retirada de custodia de sus progenitores fuera el consumo de tóxicos. A pesar de contactar con una asociación de jóvenes extutelados ha sido imposible poder concertar una entrevista con al menos un o una joven. Por otro lado, poder conseguir entrevistas con profesionales de los Equipos de Atención a la Infancia, ha supuesto un esfuerzo, las evasivas de algunos profesionales, el consultarlo con el equipo, o la carga de trabajo y falta de tiempo por temas laborales de otros ha permitido únicamente poder realizar una entrevista. Con el fin de paliar la necesidad de tener información, se decide poder incorporar la mirada de los equipos de atención primaria de servicios sociales, los cuales se encargan de aquellos casos de riesgo de maltrato, teniendo así información de los diferentes agentes que intervienen en los diferentes circuitos de protección a la infancia.

Respecto al cuestionario, a pesar de tener un número significativo de población diana, no se ha llegado a la muestra total esperada. La carga de e trabajo de algunos profesionales, y el método de bola de nieve, hace que no siempre llegue a toda esa población deseada.

RESULTADOS

Análisis de los cuestionarios

Para analizar los datos obtenidos en los cuestionarios se hace uso de las diferentes dimensiones e indicadores escogidos anteriormente con el fin de recoger los resultados más relevantes. Posteriormente este hecho facilita poder realizar la triangulación de los resultados con la información obtenida en las entrevistas. Los gráficos de los cuestionarios[3] se adjuntan a los anexos.

Dimensión	Indicador	Resultados
Datos profesionales	Servicio o recurso	35’7% son profesionales de comunidades terapéuticas, el 32,1% de CAS, el 17,9% de centros de día, el resto de servicios PIX y REDAN.
	Formación y tarea profesional	El 50% tienen formación en educación social, un 21,4% de trabajo social, un 17,9% de psicología. Enfermería, auxiliares y dirección queda representado en un 3,6% cada uno.
	Área de intervención	78’6% de los encuestados llevan a cabo su práctica profesional en el área de Barcelona comarques, un 10,7% en Barcelona ciudad. El área metropolitana representa un 7,1% y las Terres de l’Ebre un 3,6%.
	Experiencia o formación en infancia	La mitad de los encuestados tienen experiencia y/o formación en infancia, la otra mitad no.

Dimensión	Indicador	Resultados
Herramients de detección, valoración y comunicación de riesgo de maltrato	Conocimiento	Un cuarto de los encuestados desconoce la totalidad de las herramientas en detección. Un 28,6% conoce el RUMI, el 57,1% tiene conocimiento sobre Infancia responde, el 53’6% conoce la Notificación de riesgo y sólo un 14,3% conoce la Herramienta de Cribado.
	Uso	Sólo un 10,7% ha usado el teléfono de Infancia responde, y un 17,9% de la Notificación de riesgo alguna vez durante su práctica profesional en el ámbito de las drogodependencias.
Relaciones con EAIA	Coordinaciones EAIA	Las personas encuestadas indican en un 17,9% que no se realizan coordinaciones con EAIA. Del resto, un 50% indican que sí pero cada profesional gestiona sus usuarios y coordinaciones. El 14,3% indica que las coordinaciones las hace un único profesional de referencia, y el otro 17,9% que las realiza, pero no es un único profesional.
		El 64,3% se muestra entre de acuerdo y totalmente de acuerdo en que existe buena coordinación con el EAIA. Mientras queun 28’6% manifiesta estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.
		El 67,9% de los profesionales indican estar de acuerdo y totalmente acorde con tener una función de control únicamente de la abstinencia de cara al EAIA. un 14,3% se muestra desacuerdo con esta afirmación.

Dimensión	Indicador	Resultados
		Respecto a que el EAIA a menudo marca los plan de trabajo y objetivos a los servicios de drogodependencias sin consensuarlos, el 57'1% se muestran de acuerdo y totalmente de acuerdo con este hecho, mientras que un 21'4% indican estar ligeramente en desacuerdo.
		El 53,6% de los profesionales indican estar bastante y totalmente de acuerdo con que a menudo el consumo de drogas es el menor de los problemas, pero el EAIA centra sus intervenciones. Un 28,65 se muestra en desacuerdo con este hecho.
Perspectiva derechos de la infancia	Incorporación de la perspectiva de derechos	El 89,3% de los encuestados considera necesaria la incorporación de los de la infancia a los servicios de atención a las drogodependencias. El 10,7% indican Ns/Nc.
		Las dificultades en cómo gestionar la información sobre los hijos de los usuarios consumidores de drogas queda reflejada en que el 78,6% de los profesionales están entre de acuerdo y totalmente de acuerdo con este hecho.
	Figura del referente	El 78,6% de los encuestados encuentran necesaria la incorporación de la figura del referente en infancia. Un 17,9% no la encuentran necesaria, y un 3,6% indican Ns/Nc.

Dimensión	Indicador	Resultados
	Formación	Estarían interesados en recibir formación el 82,1% de los profesionales encuestados. El 10'7% no muestra interés en recibir formación y el 7'1% sólo querría recibir formación sobre las herramientas de detección, valoración y comunicación de riesgo de maltrato.
		El 50% de los profesionales manifiestan estar totalmente de acuerdo con la falta de formación en infancia, un 17'9% se muestra bastante de acuerdo, y un 10'3% en desacuerdo.
		Los profesionales de drogodependencias manifiestan en un 60,7% estar entre fuerza de acuerdo y totalmente de acuerdo en la falta de formación en drogas de los profesionales de los EAIA.
	Intervenciones	La falta de espacios para trabajar la parentalidad y marentalidad se manifiesta en un 57,1% de los profesionales que se encuentran bastante o totalmente de acuerdo con este hecho. Un 14,3% se muestra en desacuerdo.
		El 78,6% de los encuestados indica estar bastante y totalmente de acuerdo con la necesidad de atender a los hijos de los usuarios de los servicios de drogodependencias independientemente de que haya intervención o no de la EAIA.

Análisis de las entrevistas

Para poder abordar los diferentes aspectos a tener en cuenta en la incorporación de la perspectiva de derechos a la infancia en los servicios de atención a las drogodependencias se realizan tres entrevistas a agentes clave, en este caso una profesional del ámbito dedrogodependencias especializada en perspectiva de género e infancia, una profesional de servicios sociales básicos y una profesional de los equipos de atención a la infancia y la adolescencia.

Se realiza la transcripción[4] de las entrevistas con el fin de analizar y seleccionar los discursos acordes con los indicadores. Posteriormente se realiza la triangulación de datos junto con los resultados del cuestionario.

Dimensión	Indicador	Resultados
Necesidades y demandas de los profesionalesión	Falta de formación	"Hay que formar en la red y después, evidentemente formarlos, porque no les podemos pedir que sepan cosas de las que no tienen formación" "El profeional neces ta una formación impresionante. Falta mucha formación" "A veces me encuentro haciendo preguntas completamente estúpidas" "La formación y la información nunca sobra (...) formación de esto, y como mínimo saber los derechos básicos que tiene un niño" "Me gustaría que constara la falta de reciclaje del personal de la red de adicciones, como un problema estructural de la red"
	Falta de perspectiva de género	"No es lo mismo que consuma una mujer que un hombre" "La red de adicciones está hecha desde una perspectiva androcéntrica" "Es necesaria la perspectiva de género y que las mujeres lleguen a los servicios" "Las mujeres están más invisibles y la falta de recursos es total"

Dimensión	Indicador	Resultados
	Falta de tiempo y recursos	"Debemos responder a demandas inmediatas, pero no tenemos recursos para responderlas" "Los trabajadores de los EAIA no llegamos a todos los casos" "La precariedad de los puestos de trabajo" "Vas asumiendo, pero al final asumes el hambre, los refugiados..."
	Necesidad de espacios de coordinación y encuentros	"El momento de coordinarte, ¿cómo puedes hacerlo? Pues en este aspecto a veces cuando peta, en vez de llevar un trabajo más continuo. Actúas más en la emergencia" "Somos conscientes de esta carencia" "Porque si no trabajamos en conjunto, yo desde mi parcelita veo unas cosas, pero resulta que desde la escuela ven una completamente distinta. O socializamos la información o vamos mal" "Hay un problema de cómo utilizamos la información entre servicios"
	Falta de intervenciones preventivas spacios de coordinación y encuentros	"Falta mucha prevención (...) lo que debería hacerse es más prevención" "Servicios sociales tampoco están preparados para hacer prevención" "Sí que se podrían prevenir situaciones que todavía no son de maltrato o negligencia"
Dinámicas de funcionamiento	Estigmatización del colectivo	"Una carencia de los proyectos de intervención comunitaria (...) la prevención del maltrato en infancia en población empobrecida" "Reconozco que no tengo ni idea y tengo muchos prejuicios (...) dices ojo, el modelo de conducta es

Dimensión	Indicador	Resultados
		esconder mucha información y mentir” “Te pones con pies de plomo” “Al final vivimos de prejuicios por falta de información totalmente (...) poder llevar 5 años sin consumir y tú la estás tratando como una persona adicta” “Yo creo que hay mucho estigma y mucho miedo hacia la persona usuaria de drogas”
	Protocolos rígidos y estandarizados	“Vamos bastante poco más allá, tienen que ver en si se mantiene en abstinencia o no” “Hay una parte de estas personas que tienen razón, el sistema de protección a la infancia es punitivo” “La parte más clínica y más rígida, están muy en “yo he pasado el protocolo y me ha salido que no”, pero ya…”
	Asistencialismo	“Venimos haciendo muchos trámites de apoyo y acompañamientos a las familias que vienen ligadas a beca de comedor, con mucha burocracia…” “Actualmente hacemos un trabajo muy asistencialista” “Creo que vamos muy perdidos los profesionales de lo que queremos conseguir con nuestras intervenciones”
	Falta de intervenciones integrales	“Cada recurso específico trabaja lo que está especializado, si hay un problema de abuso de sustancias, perfecto, ve al servicio especializado y trabaja allí” “Creo que este trabajo de trabajar la parentalidad se hace, pero se hacen tareas básicas, como lavar el bebé,

Dimensión	Indicador	Resultados
		cambio de pañal… la educación emocional nos la dejamos” “Realmente el enfoque integral es mucho sobre el papel, pero no acaba de ser integral en la práctica efectiva”.
Perspectiva de derechos de infancia	Falta de conocimiento	“No se debe caer en interpretaciones clasistas y sesgos clasistas” “Se puede ayudar, si lo sabemos todos, con cosas que sino a mí no me llegan” “Hay una falta de información clarísima”
	Limitaciones de los profesionales	“Es muy difícil objetivar (...) yo creo que al final los profesionales buscan su facilidad” “Nuestro trabajo depende de la voluntad de los profesionales en muchos casos” “No hay voluntad (...) están cómodas trabajando como se ha trabajado toda la vida (...) implica una revisión” “La respuesta en muchos casos dependerá del equipo que te toque, y esto es una lástima” “Si no es algo muy fragante tú no traspasas información porque hay miedo a mojarse”
	Identificación de situaciones de riesgo	“El adolescente hace algo, y después ves pautas de consumo en los adultos” “Una cosa es toda la dimensión del maltrato (...) la otra que no hay un maltrato, pero sí una carencia de hechos significativos” “Es una responsabilidad y una cuestión de ética, no todo el mundo está preparado”

Dimensión	Indicador	Resultados
	Limitaciones de la Red de infancia o drogodependencia	"Creo que hay mucho trabajo que hacer con el sistema de protección a la infancia, mucha (...) a nivel práctico hay muchas carencias" "No tienen voz, no tienen representación"(niños) "A veces es tan limitado tu trabajo que lo derivas y nunca va, o a veces los niños se hacen adultos. El problema sigue ahí" "Debe pasar algo muy gordo para poder elevar al EAIA" "Está claro que servicios sociales saca niños, pero, ¿qué medios ponemos para informar, proteger…? "No se escucha la voz de las criaturas en este sentido" "Es una falta de comprensión total de lo que es un proceso de adicción"
	Incorporación de derechos en la infancia y referente	"Que la figura tenga, peso para tomar decisiones" "Pienso que sería súper interesante (...) yo creo que sería una figura que vincularía mucho más a la persona incluso en el servicio" "Esto sin duda mejoraría mucho" "Creo que todo lo que sea facilitarnos el trabajo a los diferentes profesionales, darnos información y tener más contacto seguro que mejoraría las cosas" "Yo creo que en todos los momentos sería beneficioso, por supuesto" "¿Esta figura no podría hacer prevención y trabajar las habilidades parentales?" "Que esta persona pueda trabajar con este adulto quizás evitaríamos según qué situaciones (...) Yo creo que sí, que sería genial".

Interpretación de los resultados

Una vez realizado el análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios y entrevistas realizados a los diferentes profesionales, y realizada la triangulación de las respuestas, se puede observar que existe un interés por la incorporación de los derechos a la infancia en los servicios de drogodependencias. Además, un alto porcentaje de los profesionales de los servicios de atención a las drogodependencias estarían interesados en recibir formación en relación al sistema de protección de la infancia y la adolescencia y las herramientas de detección, valoración y comunicación de situaciones de riesgo de maltrato.

En los resultados obtenidos en la encuesta se detecta que no hay un conocimiento extendido entre los profesionales sobre estas herramientas. Por otro lado, las profesionales entrevistadas verbalizan la falta de formación e información tanto de la red de drogodependencias como de la red de atención a la infancia. Se verbaliza que un ámbito tiene desconocimiento de lo que hace y de cómo funciona el otro y viceversa.

Respecto al funcionamiento y coordinaciones actuales entre los servicios las profesionales, indican falta de recursos, dificultades en las coordinaciones y que a menudo éstas y la atención a las personas usuarias, al igual que el traspaso de información, dependen de la buena voluntad e implicación del personal de cada servicio.

Otros aspectos a destacar y que se observan en los resultados es la necesidad de la incorporación de la mirada con perspectiva de género. Se indica por parte de las profesionales entrevistadas que hay una estigmatización del colectivo, siendo esta más significativa si la madre es la que presenta problemática de consumo.

Finalmente cabe destacar que la necesidad de la incorporación de la perspectiva de derechos a la infancia daría respuesta a la falta de intervenciones preventivas de los diferentes servicios, abordar la problemática de manera integral y no seguir en el asistencialismo, facilitaría la identificación y detección precoz, y daría voz y espacio a los niños en los recursos.

PROPUESTA DE ACCIÓN

Para poder incorporar la perspectiva de derechos a la infancia en los servicios de atención a las drogodependencias, se propone la realización del *Programa de formación para referentes de infancia en los centros de la Red de Atención a las Drogodependencias*.

Objetivos de la propuesta

El objetivo general de la propuesta de formación es:

- Formar a los y las profesionales de la Red de Atención a las drogodependencias sobre la perspectiva de derechos de la infancia

Los objetivos específicos de la formación son:

- Facilitar conocimientos sobre marentalidad y parentalidad.
- Dar a conocer el sistema de protección a la infancia y las situaciones de maltrato y desamparo.
- Facilitar el uso y conocimiento de las herramientas de detección, prevención y comunicación de situaciones de riesgo de maltrato o desamparo.
- Establecer las funciones del referente en infancia dentro de la XAD.

Programa y contenidos

El programa establecido para la formación consta de 4 bloques principales. Cada bloque contempla módulos temáticos específicos que serán explicados y conducidos por profesionales del ámbito especializados en la temática tratada en cada uno de ellos. Los contenidos de la formación son los siguientes:

Bloque 1. Parentalidad y marentalidad

- Módulo 1. Introducción a los conceptos básicos sobre parentalidad y marentalidad
- Módulo 2. Competencias y habilidades parentales. El desarrollo evolutivo del niño
- Módulo 3. Teoría del aferramiento y el vínculo
- Módulo 4. Problemas derivados de los estilos de crianza

Bloque 2. Maltrato y desprotección a la infancia

- Módulo 1. Situaciones, clasificación y tipo de maltrato
- Módulo 2. Indicadores de maltrato. Factores de riesgo y factores de protección
- Módulo 3. La intervención de Servicios de atención primaria en situaciones de riesgo de maltrato.

Bloque 3. Sistema de protección a la infancia y la adolescencia

- Módulo 1. El sistema catalán de protección a la infancia y la adolescencia
- Módulo 2. Los Equipos de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA): funciones, planes de trabajo y medidas de protección

Bloque 4. Herramientas de detección, prevención y comunicación de situaciones de riesgo de maltrato o desamparo

- Módulo 1. Introducción a las herramientas de detección, prevención y comunicación de situaciones de riesgo y maltrato
- Módulo 2. Casos prácticos

En el Módulo 1 del primer Bloque se expondrán las funciones del referente en infancia en los servicios de atención a las drogodependencias. Posteriormente se introducirá la necesidad de la incorporación de la perspectiva de género durante las intervenciones, y se énfasis en los aspectos que influyen en la estigmatización del colectivo en la práctica profesional y en la sociedad.

Temporización de la propuesta

La formación se llevará a cabo entre los meses de septiembre y enero. Los contenidos serán impartidos en 10 sesiones on-line que tendrán una frecuencia semanal.

Bloque 1. Parentalidad y marentalidad	Módulo 1. Introducción a los conceptos básicos sobre la parentalidad y la marentalidad.
	Módulo 2. Competencias y habilidades parentales. El desarrollo evolutivo de los infantes.
	Módulo 3. Teoría del apego y el vínculo y la marentalidad.
	Módulo 4. Problemas derivados de los estilos de crianza.
Bloque 2. Maltrato y desprotección en la infancia	Módulo 1. Situaciones, clasificación y tipos de maltrato.
	Módulo 2. Indicadores de maltrato. Factores de riesgo y factores protectores.
	Módulo 3. La intervención de Servicios de atención primaria en situaciones de riesgo de maltrato.
Bloque 3. Sistema de protección en la infancia y adolescencia	Módulo 1. El sistema catalán de protección en la infancia y adolescencia. Módulo 2. Los Equipos de atención a la infancia y adolescencia (EAIA): funciones, planes de trabajo y mesuras de protección.
Bloque 4. Herramientas de detección, prevención y comunicación de situaciones de riesgo y desamparo	Módulo 1. Introducción a las herramientas de detección, prevención y comunicación de situaciones de riesgo y maltrato.
	Módulo 2. Casos prácticos.

METODOLOGÍA

Metodología y funcionamiento de la formación

La formación se realizará a través de la plataforma Moodle o campus virtual, se facilitará la información y contenidos de los bloques de manera progresiva a medida que el curso vaya avanzando. Los participantes tendrán acceso a los contenidos de cada bloque una semana antes de cada sesión on-line de debate.

Cada bloque consta de diferentes módulos con materiales de referencia consistentes en lecturas, visualizaciones y/o materiales complementarios. Cada sesión online tendrá formato de mesa redonda/debate dividida en dos partes, una primera más teórica y una segunda parte de debate y resolución de preguntas y dudas. Se evaluará cada bloque de forma independiente. La evaluación será tipo test por cada bloque temático. El último bloque combinará el formato test y el formato preguntas abiertas para la realización de casos prácticos Se podrá acceder a los cuestionarios de evaluación durante los 7 días posteriores a cada sesión. Hay que superar cada cuestionario con una nota de 7’50, en caso de no llegar se podrá acceder nuevamente al formulario 24h después del primer intento. Se dispondrá de espacios foro y tutorías para aquellas personas que lo soliciten. Para superar el curso y obtener la certificación correspondiente será necesario:

- Haber realizado el 75% de asistencia al curso (sesiones on-line).
- Realizar los ejercicios propuestos en los diferentes bloques y módulos con una nota igual o superior a 7’50.
- Haber realizado la totalidad de las pruebas evaluativas de cada bloque.

Como recursos personales se tiene que tener en cuenta que los ponentes y formadores sean profesionales especializados en cada ámbito y temática a tratado. Siendo personas conocedoras de la realidad del contexto y la práctica profesional en el ámbito de las personas participantes en la formación.

Funciones del referente en infancia

Los profesionales formados como referente de infancia en los servicios de atención a las drogodependencias, que dispondrán de formación específica en derechos a la infancia y detección de situaciones de riesgo de maltrato tendrán las funciones siguientes:

- Facilitar actividades formativas relacionadas con los derechos de la infancia dentro de su centro de trabajo.
- Velar para que el servicio esté representado en el circuito de atención a la infancia y la adolescencia del territorio.
- Coordinar, asesorar y orientar al equipo en temas de infancia, protección a la infancia y la adolescencia y detección, valoración y comunicación de situaciones de riesgo de maltrato.
- Coordinar las derivaciones de familias con problemáticas de consumo de drogas con hijos.
- Asegurar la atención, coordinación y colaboración de los diferentes servicios implicados (servicios sociales, EAIA, CSMA...)

Evaluación

Para evaluar la adquisición de conocimientos y el aprovechamiento de la formación se realizará una prueba evaluativa es cada módulo. Una vez finalizado cada módulo se abrirá un espacio en formato examen tipo test con preguntas sobre los contenidos. Tendrán una extensión de entre 15 y 20 preguntas, y los participantes dispondrán de 7 días de acceso para poder hacerlo.

Es necesario sacar una nota de 7’5 sobre 10, en caso de no llegar a esta nota en el primer intento, habrá que esperar 24 horas para volver a tener acceso, luego el participante dispondrá nuevamente del examen para poder reevaluarse.

El último módulo de la formación se trata de casos prácticos, donde se valorará la integración de los conocimientos y el uso de la información facilitada durante la formación. Al mismo tiempo se valorará si los participantes han incorporado en la resolución sus futuras tareas como referentes. Esta última evaluación consta de dos casos prácticos que deberán resolver de manera individual y dispondrán de un mes y medio para su resolución.

Hay que realizar y aprobar todas las actividades evaluativas con el fin de recibir el certificado de la formación.

Finalmente, una vez finalizada la formación se pedirá a los participantes poder realizar un cuestionario de satisfacción de la formación. La finalidad de esta encuesta es poder identificar aquellos aspectos de mejora y cambios para futuras formaciones, y aquellos aspectos a mantener que hayan sido mejor valorados.

Viabilidad

La viabilidad de la propuesta se ve reforzada con el interés los diferentes profesionales, tanto los participantes en las entrevistas como los que han respondido al cuestionario. La importancia de la incorporación de la perspectiva de derechos de la infancia hace unos años que moviliza a diferentes profesionales de la XAD. En noviembre de 2021, se expusieron a los profesionales de la red los resultados del estudio “Percepción y actuación de los equipos profesionales de la XAD sobre parentalidad y marentalidad de las personas usuarias de drogas”, realizado entre la Federación Catalana de Drogodependencias y la Subdirección General de drogodependencias de Cataluña, y con la participación del grupo GRISIJ (Grupo de Investigación sobre Intervenciones Socioeducativas en la Infancia y la Juventud). Este hecho demuestra que la propia administración tiene interés por la situación de los niños, las necesidades y problemáticas de los recursos y de los profesionales de los servicios de atención a las drogodependencias y la percepción y necesidades de los propios usuarios de los servicios que tienen hijos/as.

Cabe puntualizar también que, durante el transcurso de la elaboración del Trabajo Final de Grado, concretamente durante el proceso de recogida de información, un técnico de la SGD contactó con la autora de este trabajo mostrando interés sobre el tema. Desde el mes de marzo, al ser también profesional del ámbito de drogodependencias, se ha estado colaborando en la realización de una herramienta de recogida de información, y al mismo tiempo se ha participado en

en diferentes sesiones de trabajos conjuntos junto con personal de la ACTIC.

Estos hechos, facilitan poder corroborar la buena viabilidad de la propuesta, o almenos que ésta forme parte de un conjunto de acciones, siendo la base para futuras propuestas
desde la administración.

CONCLUSIONES

En esta investigación se ha creado "la figura del referente en infancia dentro de los servicios de la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD)". Para poder crear esta figura se han estudiado las necesidades y demandas de los profesionales y posteriormente se ha diseñado un programa formativo del que las personas que participen se convertirán en los referentes en infancia de cada servicio de atención a las drogodependencias.

Introduciendo la perspectiva de derechos de la infancia en diferentes servicios de atención a las drogodependencias, ha permitido que los profesionales conozcan y tengan la oportunidad de recibir información y formación sobre los derechos a los niños, conocer el funcionamiento del sistema de protección a la infancia y la adolescencia y saber prevenir y detectar situaciones de riesgo de maltrato. Además, con la investigación
documental, se han podido introducir los conceptos de derechos de los niños y conocer cómo el consumo de drogas puede influir y afecta al cuidado de los niños y la parentalidad y marentalidad.

Se han establecido las funciones del educador social como referente en infancia dentro de la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD), las cuales se trabajan y establecen dentro de la propuesta de formación de manera transversal. Cabe destacar que la idea principal es que sean los educadores sociales los que reciban la formación y sean estos los referentes en infancia de los servicios, pero la realidad del día a día ha hecho que la propuesta de formación esté destinada a los profesionales de la XAD en general, entendiendo que muchos recursos no disponen a día de hoy de la figura del educador social.

Lo importante en este caso, es que al menos un profesional de cada servicio pueda ser el referente, sin excluir a ningún profesional para su titulación.

Se ha creado una formación sobre el sistema de protección a la infancia y herramientas de detección, prevención y comunicación de situaciones de riesgo de maltrato por referentes en infancia de la XAD. Gracias a la información y resultados obtenidos con la metodología mixta utilizada, se ha podido detectar las necesidades y demandas específicas de los profesionales de la XAD y de servicios sociales y la EAIA. Por otro lado, y teniendo en cuenta la información documental obtenida previamente, se ha propuesto el *Programa de formación para referentes de infancia en los centros de la Red de Atención a las Drogodependencias.*

Finalmente, de manera indirecta de ha alcanzado la facilitación de la coordinación y conocimiento entre los profesionales de protección a la infancia y los profesionales de los recursos profesionales de protección a la infancia y los profesionales de los recursos profesionales de protección a la infancia y los profesionales de los recursos infancia y el conocimiento del sistema de protección deben permitir la coordinación entre servicios.

BIBLIOGRAFÍA

Agència Salut Pública de Catalunya (2014). Recuperat: http://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/Drogues-i-salut-mental

Álvarez, A. & Herrero, J. (2020). U*na anàlisi per a la millora de la formació de l'educador social basada en el seu perfil competencial. Educació Social*. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 76, p. 128-149.

Associació Estatal de Educación Social (2007). *Documents professionalitzadors. Definició d'Educació Social. Codi deontològic de l'educador i l'educadora social. Catàleg de Funcions i Competències de l'educadors i l'educador social.* Barcelona. Recuperat: https://www.ceesc.cat/images/simplefilemanager/556d9518310849.79010543/Doc_prof_cat.pdf

Balsells, M.A. (2013) *El centre és el nen, el focus és la família: treballant les competències parentals*. Butlletí d'inf@ncia, 73. 1-10.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa.

Delgado, A. O., & Oliva Delgado, A. (2004). *Estado actual de la teoría del apego*. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4(1), 65-81.

Departament de Drets Social (2011). Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Generalitat de Catalunya. Recuperat: https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/el_sistema_catala_de_proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/direccio_general_datencio_a_la_infancia_i_ladolescencia_dgaia/

Fuller, C. & Hansen, G. (2021). *The Children Rights Perspective in Addiction Services*. Dianova International. Recuperat: https://www.dianova.org/wpcontent/uploads/2021/10/202110-children-rights-perspective-EN.pdf

Garín, T. & Fuertes, S. (2017). *Educación social y drogodependencias*. Editorial UOC. Recuperat: https://elibro-net.sire.ub.edu/es/lc/craiub/titulos/116014Marco A.

Generalitat de Catalunya (2017). Xarxa de Recursos Assistencials. Recuperat: https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/

Generalitat de Catalunya (2021). *Informe sobre l'indicador d'inici de tractament ambulatori amb o sense substància 2020*. Departament de Salut. Agència Salut Pública de Catalunya. Subdirecció General de Drogodependències. Barcelona.

Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. DOGC. Barcelona. 2 de juny de 2010, núm. 5641

Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i adolescents. DOGC. Barcelona. 30 de desembre de 2013, núm. 6530, p. 1-28.

Organización Mundial de la Salut (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de sanidad y consumo. Gobierno de España.

RIOD (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Recuperat: https://riod.org/wpcontent/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf

Segovia-Minguet O., Calvo F. & Carbonell X. (2021). *El estereotipo de "heroinómano" como chivo expiatorio del consumo de drogas normalizado: estigma y personas con drogodependencias.* Revista de Educación Social, 32, 424-446.

Subdirecció General de Drogodependències (2020). *Millora de l'atenció als fills i filles de les persones ateses a la XAD.* Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Agencia de salut pública de Catalunya. Recuperat: https://drogues.gencat.cat/ca/detalls/Noticia/millora-atencio-fills

Subdirecció General de Drogodependències (2021). *La perspectiva d'infància en els serveis d'atenció a les drogodependències*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Agencia de salut pública de Catalunya.

UNICEF (2015). *Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF Comité Español Madrid. Recuperat: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino_0.pdf

Vega-González, C. & Pérez, B (2021). *El impacto del tratamiento por consumo de drogas en el desarrollo de competencias parentales: ¿un potencial de intervención infravalorado?* Anuario de Psicología jurídica, 31, 119-126

INFOGRAFÍA DIANOVA: GUÍA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA PARA LOS SERVICIOS DE ADICCIONES.

La situación de los hijos/hijas de las personas que presentan un consumo problemático de alcohol u otras drogas es un tema que no ha recibido la atención que merece. Desde cuestiones de cómo la implementación de la perspectiva de los derechos de la infancia en los servicios de adicciones, al diseño de programas de prevención específicos o la necesidad de colaboración entre diferentes servicios. En definitiva, de qué acciones se pueden llevar a cabo para mejorar su situación.

Dianova quiere contribuir a abrir este debate y para ello realizó una encuesta para recabar información sobre cómo se abordan las necesidades de la infancia en los servicios de adicción para personas adultas. Resultado de ello es el informe “La perspectiva de los derechos de la infancia en los servicios de adicción” que se publicó en octubre de 2021. Las principales conclusiones de la encuesta, junto con el expertise de Dianova fueron plasmados en la infografía “Poniendo el foco en los derechos de la infancia afectada por el consumo de sustancias por parte de sus padres y madres” publicada en noviembre de 2021. Desde Dianova queremos agradecer la colaboración de Margherita Pandolfi de «The Good Lobby» en la elaboración del diseño de la infografía.

Esta infografía está elaborada como una guía para los servicios de adicciones en donde se identifican aspectos clave para asegurar la protección de los derechos de la infancia. De entre estos aspectos hay que destacar que, en la actualidad, las intervenciones de los servicios de adicciones siguen centrándose en las personas adultas. Se requiere contar con personal formado y ofrecer servicios no estigmatizantes y con perspectiva de género.

Cabe destacar que, para los profesionales, puede resultar un desafío el proteger a los hijos/as de los beneficiarios y a la vez, apoyar a sus padres y madres sin dañar la relación terapéutica. Un tema clave es también no solo el poder identificar las violaciones de los derechos de la infancia, si no de responder de forma rápida y eficaz. Asimismo, la infografía indica una serie de recomendaciones que son el camino a seguir para la incorporación de los derechos de la infancia en los servicios de adicciones.

Los servicios de adicciones y sus profesionales pueden, y deben, jugar un papel decisivo en la protección de sus derechos. Esperamos que estas publicaciones sean de interés y que con ella, sensibilicemos y contribuyamos a poner en la agenda política la necesidad de centrarse en los derechos de la infancia afectada por el consumo de sustancias por parte de sus padres y madres.

dianova

PONIENDO EL FOCO EN LOS DERECHOS DE LA INFANCIA AFECTADA POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS POR PARTE DE SUS PADRES Y MADRES

Una guía para los servicios de adicciones

LOS NIÑOS/AS AFECTADOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS POR PARTE DE SUS PADRES Y MADRES SE ENFRENTAN A DIFICULTADES ADICIONALES EN COMPARACIÓN CON OTROS NIÑOS/AS

- Son más propensos a desarrollar **problemas de salud, sociales, físicos y psicológicos**.
- Los padres con consumos problemáticos de alcohol y otras drogas tienen **dificultades para cumplir con las responsabilidades** hacia sus hijos/as debido a su **situación de vulnerabilidad social**, lo que puede impactar de forma directa en su calidad de vida.

ES NECESARIO QUE LOS SERVICIOS DE ADICCIONES SE COMPROMETAN CON LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA

- Aunque el consumo de drogas puede tener un efecto negativo en las habilidades de crianza, los servicios de adicciones pueden abordar este problema de forma directa. Muchos servicios no tienen un protocolo específico para evaluar las situaciones de riesgo de los hijos/as y **las intervenciones siguen centrándose en las personas adultas**.
- La mayoría de los padres y madres con consumo problemáticos de alcohol y otras drogas tienen como objetivo velar por el bienestar de sus hijos/as. Necesitan **ser asesorados por un servicio de adicción no estigmatizante** que desarrolle enfoques eficaces basados en una perspectiva sistémica.
- Los servicios de adicciones deben esforzarse por **formar a su personal** en la adopción de un enfoque de intervención basado en los derechos de la infancia.

UN DESAFÍO PARA EL EQUIPO DE PROFESIONALES: PROTEGER LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y APOYAR A SUS PADRES Y MADRES EN EL TRATAMIENTO

- Los profesionales de los servicios de adicción pueden no estar dispuestos a preguntar sobre los hijos/as de sus beneficiarios. Esto puede deberse a su temor de **dañar la relación terapéutica** con ellos o de sufrir **posibles represalias** en caso de que se revelara una situación de maltrato infantil. Además, muchos profesionales **carecen de formación** en esta área, o creen que su enfoque prioritario debe de centrarse en el consumo de drogas.

dianova

INTEGRAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE ADICCIÓN: UN LARGO CAMINO POR RECORRER

- **Persisten los prejuicios** entre los equipos de profesionales de la adicción a la hora de abordar la capacidad de crianza de sus beneficiarios. Aunque los hombres suelen participar menos que las mujeres en las responsabilidades de la crianza de los hijos/as, suelen ser mucho más elogiados por hacerlo. Por el contrario, las mujeres, a pesar de ser las principales cuidadoras, son a menudo culpadas por el uso o dependencia de sustancias.
- El desarrollo de una **perspectiva de género** en los servicios de adicción implica que los derechos de la infancia pueden ser mejor protegidos y promovidos.

NO SE TRATA ÚNICAMENTE DE IDENTIFICAR LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA SINO DE RESPONDER RÁPIDA Y EFICAZMENTE A ESTAS VIOLACIONES

- Aunque muchos profesionales de los servicios de adicciones han recibido formación para evaluar los riesgos a los que se enfrentas los niños/as, **se toman muy pocas iniciativas** para promover su protección.
- Frente a una situación de maltrato infantil, **los profesionales pueden ser reticentes a reaccionar** debido a la resistencia de los involucrados en estos procesos, el desconocimiento de los procesos, o la falta de apoyo institucional.

EL CAMINO A SEGUIR. TENEMOS QUE:

- Considerar la perspectiva de los derechos de la infancia en los servicios de adicciones de adultos en términos de su **diseño e implementación**.
- Mejorar la **formación y supervisión de los profesionales**.
- Establecer el **apoyo a la crianza de los hijos/as** como un aspecto central del plan de tratamiento.
- Incluir sistemáticamente a los niños/as expuestos al consumo problemático por parte de los padres y madres y su situación en la **recopilación de datos**.
- Considerar el **estigma** como la causa principal de la reticencia de los padres y madres a hablar sobre sus hijos/as; encontrar estrategias adecuadas; y evitar a toda costa intervenciones estigmatizantes que sirvan para mantener en secreto las situaciones de maltrato infantil.
- Centrar todos los esfuerzos de mejorar la situación de las familias y los hijos/as en el **empoderamiento de las personas, familias y comunidades**.

¡ES HORA DE CENTRARSE EN LOS DERECHOS DE LA INFANCIA AFECTADA POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS POR PARTE DE SUS PADRES Y MADRES!

EL ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL Y LA RELACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS COMO CONSECUENCIA DE TRAUMA COMPLEJO.

CHILD AND ADOLESCENT SEXUAL ABUSE AND THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DRUG USE AS A CONSEQUENCE OF COMPLEX TRAUMA.

Alexandra Membrive

Presidenta de la Asociación El Mundo de los ASI.

RESUMEN

El presente artículo examina la correlación entre el abuso sexual infantojuvenil y la adicción de sustancias tóxicas en la adolescencia o adultez, como indicador de la génesis del trauma. En el análisis entre las dos variables se extrae la importancia de evaluar y diseñar un abordaje integral de violencia sexual traumática para el tratamiento de pacientes drogodependientes, por lo que se aconseja una capacitación específica a los equipos profesionales.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual infantojuvenil; consecuencias; disenfranchised grief; trauma; abuso de sustancias tóxicas.

ABSTRACT

This article examines the correlation between child and adolescent sexual abuse and the addiction of toxic substances in adolescence or adulthood, as an indicator of the genesis of trauma. In the analysis between the two variables, the importance of evaluating and designing a comprehensive approach to traumatic sexual violence for the treatment of drug-dependent patients is extracted, for which specific training is recommended for professional teams.

KEY WORDS

Child and adolescent sexual abuse; impact; disenfranchised grief; trauma; toxic substance abuse.

La infancia y adolescencia es el tesoro de la humanidad que la sociedad debe proteger desde el buen trato pero, desgraciadamente, aún existe un gran tabú ante la violencia sexual que sufren desde el silencio colectivo. Se estima que 1 de cada 4 niñas y 1 de cada 6 niños sufre abuso sexual en su infancia y/o adolescencia (Pereda, Abad y Guilera, 2015; Segura, Pereda, Abad y Guilera, 2015). De esta manera, estamos frente a una pandemia de la violencia patriarcal que está enraizada en nuestra estructura social, ante la cosificación y la invisibilidad de la niñez y la adolescencia. Más aún, la mayoría del abuso se comete en el entorno de confianza de la víctima, es decir, se trata de abuso intrafamiliar –dentro de los muros de la familia y, en menor medida, personas cercanas de apego o con autoridad como son amistades de las familias, la escuela o la Iglesia.

La fábula del adultocentrismo ha instalado una falsa creencia, que se repite como un mantra, de manera que se insiste que la infancia es feliz, un pensamiento ficticio, oculto y represivo que camufla la realidad. Esto me recuerda una frase de la novela de El Principito (Saint-Exupéry, 1946), donde se narra que: *"Todas las personas mayores fueron al principio infantes, aunque pocas de ellas lo recuerdan."* De acuerdo con De Mause (1994), la evidencia de la psicohistoria de la niñez indica que se ha vivenciado desde el terror, abandono y el abuso emocional, físico y sexual. Por lo que se evidencia que la historia de la humanidad se basa en el abuso a la infancia y la adolescencia, una sociedad que se caracteriza por el control de las emociones, la psique y la cosificación de las personas en pleno desarrollo evolutivo y de dependencia. El incesto sucede cuando el victimario es miembro de la familia, crea un estricto código de silencio y, por lo tanto, se ha normalizado esta situación arreglándolo con la familia de la víctima o bien lo han mantenido completamente oculto durante milenios. En la época griega y romana se documentaron escritos sobre el abuso sexual a niñas y niños en las comedias que, supuestamente, eran escenas divertidas, pero ya se narraba la pesadilla de la violencia sexual que sufrían desde el androcentrismo.

Etimológicamente, la palabra democracia se gestó en la época griega donde *"demos"* significa personas o pueblo y *"kratos"* equivale a poder (Dahl, 2022). Desde la visión del abuso sexual infantojuvenil, esto conlleva la instalación de la violencia a través del abuso de poder en los inicios de la democracia de la época helénica, donde los derechos que se desarrollaron excluían a las mujeres, la infancia y adolescencia, como también a las y los esclavos. Así que se establece una sociedad patriarcal, se instaura que la niñez y la juventud no tiene voz y se establece la autoridad del hombre hacia las mujeres y su descendencia; todo ello marcado por la dominación, el poder y la violencia. No cabe duda que se trata de un fingimiento colectivo para esconder de la conciencia social el abuso sexual infantojuvenil y así aparentar una unidad familiar y la creencia de la infancia feliz. Además, se considera que la agresión sexual de los hombres está determinada biológicamente, en lugar de referirse una conducta aprendida de poder.

En el estudio de Bulfin (2021), una de las mitologías que la sociedad ha necesitado construir es la creación del victimario como un monstruo desconocido, idea que emergió en la época victoriana de

Inglaterra a finales del s. XIX. En este sentido, se caracterizó al victimario como una persona extraña alejada de la familia e incluso de la humanidad, porque no se podía aceptar que su propia sociedad y dentro del entorno familiar se acometía abuso y negligencia a la infancia. El código de la moralidad victoriana dificultó poner sobre la mesa el daño de la violencia sexual que sufría la infancia en libros de texto científicos y los artículos periodísticos de la época –y a día de hoy todavía arrastramos esta situación–, por lo que estableció el tabú social y profesional ante delitos de contra la libertad e indemnidad sexual en niñas, niños y adolescentes. Paralelamente, la literatura gótica victoriana usó metáforas oscuras para crear la figura supernatural del monstruo y tapar el problema social, cosa que provocó una distracción para exculpar a la sociedad y, sobre todo, para que el sistema heteropatriarcal continúe con la dinámica del ciclo del abuso.

Ahora bien, la violencia sexual infantojuvenil es un abuso de poder, es decir, una conducta perversa del sistema hetereopatriarcal y adultocentrista que acalla a las víctimas y supervivientes; por lo que es importante incidir en la asimetría poderosa entre el victimario y la víctima, la traición de la confianza de la víctima ante el trauma complejo y el silencio impuesto por el victimario para que no salga a la luz el delito y se perpetue *ad eternum*.

Una de las primeras definiciones, que a día de hoy aún se utiliza, la desarrolló National Center on Child Abuse and Neglect (1978) y se estableció que:

"El abuso sexual infanto-juvenil es cualquier clase de contactos e interacciones entre una niña, niño o joven y un adulto, que mantiene una posición de poder sobre la víctima, utilizándolos para estimularse sexualmente o bien estimular a la víctima u otras personas. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente más grande que la víctima o cuando lo victimario está en una posición de poder o control sobre otro menor de edad."

Con el paso de las décadas se han desarrollado diferentes definiciones, aunque interesa destacar un estudio de Murillo (2020), supervivente de abuso sexual infantil, Doctor en filosofía y Director Ejecutivo de la Fundación Para La Confianza en Chile, que ha desarrollado una definición más amplia para comprender la complejidad de la dinámica del abuso, gracias a su experiencia vivencial y profesional:

"El abuso sexual infantil es todo acto y proceso de actos, en que se expone o involucra a un niño, niña o adolescente en cualquier actividad sexualizada, utilizando la asimetría que da la autoridad, la confianza, la dependencia (afectiva, social o económica), el poder, la fuerza, el miedo, la cultura, la capacidad comprensiva, la necesidad u otras vulnerabilidades, manipulando, confundiendo, eliminando o viciando el consentimiento. estos actos pueden incluir, aunque no se reducen a esta lista: tocamientos genitales, penetración oral, vaginal o anal, con pene, dedos u otros objetos; tocamiento de otras partes erógenas del cuerpo; incitación a tocar a otros, masturbación, voyerismo, exposición a situaciones sexuales, pornografía, abusos, violaciones; tanto las acciones, tácticas y estrategias de preparación de estos actos (grooming presencial u online), como las de silenciamiento y desprestigio de la

víctima y su entorno, constituyen también parte del proceso del abuso sexual."

El trauma es cualquier experiencia perturbadora resultante de un miedo, desamparo, disociación, confusión u otros sentimientos perturbadores; bastante intensos como para tener un efecto negativo duradero en las actitudes, el comportamiento y otros aspectos del funcionamiento de una persona (VandenBos, 2007). En consecuencia, los acontecimientos traumáticos incluyen aquellos causados por el comportamiento humano, como por ejemplo el abuso sexual infantojuvenil. Cabe destacar que el trauma de tipo I sucede cuando se trata solo de un hecho puntual, mientras que el trauma de tipo II ocurre cuando hay una exposición que se repite al hecho traumático durante una temporada y, por lo tanto, se cronifica en el tiempo (Herman, 1997). Según el informe "Ojos que no quieren ver" de Save the Children (Marcos, 2017), las víctimas suelen sufrir una media de 4 años, porque el abuso se alarga en el tiempo; por lo tanto, la mayoría de los casos encajan en el trauma tipo II. Científicamente, se ha reconocido que hay un bloqueo o inmovilidad tónica como una respuesta habitual, desde el punto de vista fisiológico y psicológico cuando se produce una agresión (Möller, Söndergaard y Helström, 2017). A su vez, la inmovilidad tónica es la reacción automática ante un peligro que produce miedo intenso, restricción física de la persona y una imposibilidad de escapatoria (Bados, García-Grau y Fusté, 2015). Por lo que se dificulta la reparación del trauma si ni tan siquiera se puede –o se sabe– pedir ayuda ante las violencias sexuales.

Bajo el planteamiento de la superviviente y psicóloga Freyd (2008), el trauma por traición sucede cuando las personas o instituciones de las cuales una persona depende para sobrevivir, violan significativamente la confianza o el bienestar de esta persona. Cuando el trauma psicológico implica traición, la víctima puede ser menos consciente o menos capaz de recordar la experiencia traumática, puesto que, al hacerlo, la persona de confianza que ha cometido la traición puede enfrentarse y amenazar la supervivencia de la víctima. La teoría del trauma de la traición de Freyd predice que el grado en que un acontecimiento negativo representa una traición por parte de una persona de confianza, influenciará la forma en que se procesan y se recuerdan estos acontecimientos. La infancia y la adolescencia depende de las familias para la supervivencia básica. La traición es la relación tóxica y asimétrica que se genera en el abuso sexual infantojuvenil.

El abuso sexual infantojuvenil es un tema tabú, sobre todo, si sucede en entorno familiar, además la sociedad sella este acontecimiento traumático con pactos de silencio. Realmente, se trata de callar, esconder, omitir, silenciar ante el tabú de la sexualidad y el tabú de la violencia sexual. En nuestro imaginario social se han repetido frases como "de lo que no se habla no existe" o "los trapos sucios se lavan en casa" y en realidad significa "de esto no se habla, no digas nada", pensando que así el delito desaparece en el olvido y nunca existió. Se calla para aparentar que la violencia sexual en la niñez y adolescencia no sucede en nuestro entorno. El pacto de silencio es una de las armas más usadas por el victimario, porque conocen la dinámica del silencio y la usan a su favor. Las víctimas

y supervivientes bloquean su recuerdo porque la fidelidad hacia la familia perpetua el pacto de silencio, para proteger la destrucción de la familia, donde uno de los miembros es el victimario, puesto que la mayoría del abuso es intrafamiliar.

El impacto psicológico inmediato del abuso sexual infantojuvenil en pleno desarrollo cognitivo, físico y emocional es un shock –que inmoviliza a las víctimas– a causa del hecho traumático inesperado. Por ende, la falta de herramientas para pedir ayuda y verbalizar el abuso por la ausencia de programas de políticas de prevención, conlleva la perpetuidad de la violencia sexual en nuestra sociedad. Bajo el prisma de INSPQ (2017), la víctima desarrolla un miedo psicoemocional ante la situación de peligro que se lleva desde el silencio. Por ello, se produce una ansiedad y nerviosismo ante la sensación de impotencia y la incapacidad de poder hacer frente a este trauma. En consecuencia, las víctimas sienten culpabilidad y vergüenza porque saben o intuyen que el abuso no debería haber sucedido. No olvidemos que venimos de una sociedad católica y patriarcal, donde la educación sexoafectiva sigue siendo un tabú social y da miedo la implantación de programas de prevención del abuso sexual. Por otro lado, la consecuencia de sufrir un trauma y no haberlo procesado correctamente, a causa de amenazas o daños a la integridad física y psicológica de la persona, conlleva a desarrollar sintomatología de estrés postraumático. Es preciso recalcar que esto genera una confusión mental y un sufrimiento reprimido, donde la víctima no distingue lo que sucede en su mente y lo que pasa en el mundo exterior. Ante una amenaza, los seres humanos se congelan para protegerse o niegan que están en riesgo, cosa que provoca un aislamiento social ante la falta de ayuda, el secreto y el silencio. Asimismo, se experimenta la disociación del cuerpo y el alma para poder sostener el trauma como mecanismo de defensa. Por ende, las víctimas sienten dolor emocional porque el abuso sexual afecta en todas las áreas de la vida con síntomas físicos, emocionales, conductuales y sociales.

Según Child Family Community Australia (2014), los factores de las consecuencias del abuso a corto plazo dependen de (1) la edad de la víctima y la etapa de desarrollo en qué ocurrió el abuso; (2) la gravedad del abuso; (3) el tipo de abuso; (4) las percepciones del abuso de la víctima-superviviente; (5) la relación entre la víctima-superviviente y el victimario, (5) si hubo detección y reparación; y, finalmente, (5) de los factores positivos o protectores que pueden haber mitigado los efectos del abuso.

De acuerdo con Pereda (2009) las consecuencias psicológicas iniciales son: (1) problemas emocionales mediante Trastorno por estrés postraumático, miedos y fobias, depresión y ansiedad, baja autoestima y sentimiento de culpa y/o ideación y conducta suicida; (2) problemas cognitivos a través de problemas de atención y concentración, bajo rendimiento escolar, conducta hiperactiva, peor funcionamiento cognitivo y/o Trastorno déficit de la atención; (3) problemas de relación mediante problemas de relación social, elevado aislamiento social y/o menor cantidad de amistades y menor tiempo de juego con iguales; (4) problemas funcionales a causa de pesadillas y problemas de sueño, pérdida de control de esfínteres: enuresis y encopresis, depresión

y ansiedad, Trastorno de la conducta alimentaria y/o quejas somáticas y, finalmente, (5) problemas de conductas produciéndose conducta sensualizada, masturbación compulsiva, imitación de actos sexuales, uso de vocabulario sexual excesivo, conductas exhibicionistas, conformidad compulsiva, conducta disruptiva y disocial, hostilidad, agresividad, ira y rabia, Trastorno oposicionista y/o conducta desafiante.

Una vez han pasado dos años desde el inicio del trauma, se habla de efectos a largo plazo (Browne i Finkelhor, 1986). En este sentido, las consecuencias a largo plazo son (Pereda, 2010): (1) problemas emocionales mediante Trastorno depresivo y bipolar, síntomas y trastornos de ansiedad, baja autoestima, alexitímia (no reconocer las emociones), Trastorno límite de la personalidad, conductas autodestructivas y/o ideación y conducta suicida; (2) problemas de relación lo que provoca aislamiento y ansiedad social, dificultades en la relación de pareja y/o dificultades en la crianza de la descendencia; (3) problemas funcionales como el Trastorno de la conducta alimentaria, males físicos, Trastorno de conversión, crisis convulsivas no epilépticas, Trastorno disociativo, Trastorno de somatización, desórdenes ginecológicos y/o **abuso de sustancias**; (4) problemas conducta de adaptación que causa hostilidad y/o trastorno de conducta; y, finalmente, (5) problemas de sexualidad que puede generar sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conducta de riesgo sexual, maternidad temprana, prostitución y/o revictimización.

Una vez analizado el espectro de las consecuencias del abuso sexual, la disociación o la negación se implantan como mecanismo de defensa para minimizar el dolor producido por el abuso. La magnitud del sufrimiento del trauma provoca un bloqueo u olvido a causa del dolor intenso, para poder sobrevivir desde el silencio y el miedo. De tal forma, Freyd (2008) establece la lógica del olvido en el trauma del abuso que, tradicionalmente, está motivada por la evitación del dolor; evitación a anclarse en un estado abrumador; evitación de deseos inaceptables; finalmente, Freyd añade la evitación de información que amenaza un vínculo necesario para la víctima-supervivente. Con todo, la evitación del dolor es la causa más potente para olvidar y llevar a la inconsciencia los acontecimientos traumáticos vitales. La disociación durante el trauma, la amnesia traumática o la represión se entiende que son defensas psicológicas contra el dolor, como si la eliminación del dolor fuera un objetivo final lógico. En cierto modo, lo que se pretende es evitar y aliviar el dolor, pero detrás de esta motivación hay un objetivo evolutivo más relacionado con la supervivencia.

La huella biopsicosocial de la violencia sexual produce un proceso de *disenfranchised grief* (duelo desautorizado o duelo privado de derechos) desde el inicio del trauma, una propuesta inicial de Doka (1989) y lo define como *"el duelo desautorizado o privado de derechos ocurre cuando la pérdida no se reconoce abiertamente, no se sanciona socialmente ni se comparte públicamente"*. A su vez, cuando la causa de la pérdida se considera inaceptable por la sociedad, como es el caso de la violencia sexual porque genera culpa y vergüenza, dificultando el poder hablar sobre la pérdida y la búsqueda de apoyo debido al miedo al juicio social.

El *disenfranchised grief* está fuertemente influenciado por el grado en que los individuos y la sociedad reconocen y validan esa pérdida, pero se complica cuando no reconocen que la persona tiene derecho al duelo; por lo tanto, las víctimas-superviventes no pueden acceder al papel de duelo (Bryant y Peck, 2009). En definitiva, de lo que no se ve no se habla, perpetuando la distorsión cognitiva social a través del silencio y las falsas creencias del imaginario social entorno al abuso sexual infantojuvenil. De manera que se produce por una pérdida de la inocencia del sistema patriarcal, donde se incide en la culpabilidad de la víctima, para proseguir con el ciclo de la violencia y la víctima-superviviente debe enfrentar su duelo desde la soledad, por lo que se inclina por taparlo hasta que parece que desaparece.

Y todo esto lo tiene que sostener cada víctima como puede desde el silencio: la violencia sexual en pleno desarrollo evolutivo; el trauma por traición; las consecuencias inmediatas, a corto y largo plazo; el tabú social y las falsas creencias que perpetúan el ciclo del abuso; la falta de implantación de políticas de prevención, detección y reparación del abuso sexual infantojuvenil; y, finalmente, el proceso de *disenfranchised grief.* Además, las víctimas o supervivientes se enfrentan al trauma desde la soledad, la falta de herramientas y la ausencia de credibilidad. Una sociedad adultocentrista que sitúa a la infancia y la juventud como ciudadanía de segunda clase, que no se les escucha desde la ética del cuidado y el buen trato, porque se le resta de verosimilitud y se oculta la violencia sexual endémica.

Desde la psicología del trauma, el abuso sexual infantojuvenil conmociona el cerebro, aturde la mente y congela el cuerpo (Levine, 2015). Con lo cual, la vinculación del trauma del abuso sexual infantil y el abuso de sustancias tóxicas se relaciona como una consecuencia a largo plazo del abuso mediante problemas funcionales (Pereda, 2010). Para entender por qué el tratamiento tradicional del abuso de sustancias no siempre funciona con víctimas-supervivientes, primero es importante entender el vínculo entre trauma sexual y la adicción. Como dice Pérez y Martín (2007), las sustancias psicoactivas pueden cumplir una función para crear una situación "fícticia", como es la de no sentir; no sentirse despreciable; no pensar; evadirse del problema y/o evitar aquellas situaciones temidas. Por lo tanto, el consumo de sustancias y una historia de abuso sexual a la infancia o adolescencia han sido identificados como factores de riesgo para ayudarles a hacer frente y enmascarar su pasado. El abuso sexual infantojuvenil, especialmente por parte de personas en posiciones de afecto y autoridad, crean dificultades profundamente en relación con la confianza, la intimidad y la dependencia. Esta traumatización provoca una profunda vulnerabilidad y vigilancia, que continúan hasta la edad adulta. Para hacer frente a estas experiencias agobiantes, las víctimas-supervivientes duermen el cuerpo y desconectan de la existencia del trauma, el impacto y/o el significado de sus historias.

Conforme con Widom y Hiller-Sturmhöfel (2001), algunas víctimas-supervivientes recurren a las drogas o al alcohol para hacer frente al dolor del abuso sexual por varios motivos, como por ejemplo:

- Un mecanismo para escapar o hacer frente a recuerdos traumáticos y a los

sentimientos de tristeza y depresión resultantes.
- Una manera de reducir los sentimientos de soledad y aislamiento.
- Una manera de mejorar la autoestima.
- Una forma de comportamiento autodestructivo sobre el que realmente tienen control.
- Una forma de automedicación en lugar de recurrir a personal profesional de la salud mental para trabajar sus recuerdos traumáticos.

Gracias a la revisión bibliográfica de Pérez y Mestre (2013), se ha recopilado la incidencia entre violencia sexual y abuso de substancias tóxicas. De entrada, las personas supervientes de abuso sexual infantojuvenil afirman que han tenido más problemas con las drogas, en comparación con la población que no ha sufrido abuso sexual, es decir, un 20,9% vs. 2,3%; mientras que relación entre alcohol y la violencia sexual se asemeja porque el 26,9% de superviventes abusan del alcohol vs. 10,5% de la población que no ha vivenciado este tipo de trauma (Briere y Runtz,1988). En segundo término, entre el 50% y el 80% de las mujeres con problemas de adicción han sufrido abuso sexual en su infancia o adolescencia IREFREA (2001). Como contrapartida, las superviventes mujeres presentan mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias, como también generan mayores porcentajes de intentos de suicidio y mayor consumo de fármacos (Moreno, Prior y Monge, 1998).

El enlace entre trauma y adicción (Tranquil Shores, 2018) nos lleva a comprender que el tratamiento tradicional de abuso de sustancias no funciona siempre con las víctimas-supervivintes, debido a la importancia de entender el vínculo entre el abuso sexual infantojuvenil y el abuso de sustancias. Obviamente, se debe señalar que la adicción tampoco es exclusiva de alguien que experimentó un trauma sexual infantil. En este sentido, hay una tendencia a recurrir a las drogas o al alcohol para adormecer el dolor y evitar lidiar con el trauma que ha experimentado, pero esto no quiere decir que todas las personas supervivientes de violencia sexual recurran al abuso de sustancias y viceversa, no todas las personas adictas hay sufrido un trauma sexual. En este sentido, la problemática que presenta la sintomatología de la adicción como consecuencia del abuso sexual infantojuvenil es que la persona pueda admitir que es adicta a sustancias tóxicas, pero, probablemente, no admitirá o ni tan siquiera recordará que es un resultado directo del hecho/s traumático/s.

Coma señala Pérez y Mestre (2013), la correlación directa entre la violencia sexual en la infancia y adolescencia con la variable del abuso de substancias, se debe protocolarizar una serie de pautas en la atención terapéutica. Es fundamental unir las dos variables para iniciar un proceso de reparación desde el inicio, por lo que se considera que se deben pautar los siguientes pasos:

- El personal profesional que intervienen en programas de atención al abuso de sustancias se deben de capacitar en el abordaje sensitivo del abuso sexual infantojuvenil y otras violencias.
- La evaluación de la historia clínica se debe tener en cuenta las experiencias estresores de abuso sexual infantojuvenil. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que la/el paciente puede no haber revelado o no recordar el trauma. En este sentido, se aconseja crear espacios seguros donde puedan expresar sus traumas.
- Los programas de intervención deben contar con capacitación y recursos entorno a la sexualidad y los abusos.
- La creación de programas de intervención se debe realizar con perspectiva de género porque la prevalencia de la correlación de las dos variables indica que las mujeres supervivientes presentan mayor incidencia que los hombres.
- En la reparación deben incluirse la prevención terciaria en violencia sexual para no repetir el patrón de indefensión aprendida

CONCLUSIONES

La gran mayoría de las personas supervivientes se han olvidado o tratan de ocultarlo y, por este motivo, buscan mecanismos desadaptativos para encubrir la que verdaderamente sienten a través de del abuso de sustancias. La correlación entre la violencia sexual en la infancia y adolescencia con la variable de la adicción de substancias, se evidencia que la drogodependencia es un indicador (Griffith et al. 2017). Cuando una persona en tratamiento de abuso de sustancias no se tiene en cuenta la raíz, se pueden generar unas barreras que dificultan la recuperación, porque no se aborda la génesis del trauma (Tranquil Shores, 2018). En suma, se debe tener en cuenta el proceso de *disenfranchised grief* para entender las consecuencias del evento traumático y la soledad. Cabe destacar que los datos indican que las mujeres supervivientes presentan mayor incidencia que los hombres, por lo que es necesario el diseño de programas de atención con perspectiva de género. Por otro lado, se aconseja establecer plan de evaluación e intervención en el abordaje terapéutica de manera holística. Al mismo tiempo, se recomienda la capacitación en abuso sexual infantojuvenil e intervención en trauma para realizar en buen proceso de reparación (Meléndez et al., 2015; Freyd, 2008) y, sobre todo, evitar la revictimización en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2015). *Predictors of tonic immobility during traumatic events*. Anales de Psicología/Annals of Psychology, 31(3), 782-790.

Briere, J. y Runtz, M. (1988). *Post sexual abuse trauma*. En G. Wyatt y J. Powell (Eds.), Lasting effects of child sexual abuse. Sage.

Browne, A. i Finkelhor, D. (1986). *Impact of child sexual abuse: A review of the research*. Psychological Bulletin, 99 (1), 66-77.

Bryant, C. D. i Peck, D. L. (2009). *Disenfranchised grief. In Encyclopedia of death and the human experience* (Vol. 1, pp. 379-381). SAGE Publications. https://dx.doi.org/10.4135/9781412972031.n122

Child Family Community Australia. (2014). *Effects of child abuse and neglect for adult survivors.* Australia Institute of Families Studies.

Dahl, R. A. (2022, 10 abril). Democracy. *Encyclopedia Britannica*. https://www.britannica.com/topic/democracy

De Mause, L. (1994). *The history of child abuse. Sexual Addiction & Compulsivity, 1*(1), 77–91. https://doi.org/10.1080/10720169408400029

Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books.

Freyd, J.J. (2008). *Betrayal trauma*. En Reyes, G., Elhai, J. y Ford, J. The Encyclopedia of Psychological Trauma. John Wiley & Sons.

Griffith, C., La France, B., Bacchus, C. y Ortega, G. (2017). *Childhood sexual abuse as a predictor of adolescent substance abuse*. International Journal of Psychology Research, 12(2), 89-94.

Herman, J. L. (1997). T*rauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror.* Basic Books.

INSPQ. (2017). *Consequences*. Institut National de Santé Publique Du Québec. https://www.inspq.qc.ca/en/sexual-assault/understanding-sexualassault/consequences

IREFREA. Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género. (2001). Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe. Informe Comisión Europea.

Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory.* North Atlantic Books.

Marcos, L. (2017). *Ojos que no quieren ver.* Save the Children España.

Meléndez, M. O., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N., Téllez, E., Zambrana, L., Miotto, M., Cumsille, F., Spag, J. y Khenti, A. (2015). *Relación entre el abuso sexual en la infancia y el uso de drogas ilícitas en estudiantes de una universidad pública en Nicaragua*.

Möller, A., Söndergaard, H. P. i Helström, L. (2017). *Tonic immobility during sexual assault–a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression*. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 96(8), 932-938.

Moreno, P., Prior, C. y Monge, (1998). *Caso clínico. Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía.* Psiquiatría Pública, 10(6), 418-420.

National Center on Child Abuse and Neglect. (1978). *Study findings: Study of incidence and prevalence of child abuse and neglect*. Department of Health and Human Services.

Pereda, N. (2009). *Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil*. Papeles del psicólogo, 30(2), 135-144.

Pereda, N. (2010) *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*.Papeles del psicólogo, 31(2), 191-201.

Pereda, N., Abad, J. y Guilera, G. (2015). *Victimization and polyvictimization among Spanish adolescent outpatients.* Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma, 24(9), 1-23.

Pérez, F. y Mestre, M. (2013). *Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta*. Papeles del Psicólogo, 34(2), 144-149.

Saint-Exupéry, A. D. (1946). *Le petit prince*. Gallimard.

Segura, A., Pereda, N., Abad., J. y Guilera, G. (2015). *Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in the child welfare system*. Children and Youth Services Review, 59, 105-122.

Tranquil Shores. (2018). *Link Between Sexual Abuse And Addiction*. Tranquil Shores. https://www.tranquilshores.org/blog/2018/november/link-between-sexual-abuseand-addiction/

VandenBos, G. R. (2007). *Trauma*. En APA dictionary of psychology. 2ª Ed. (p. 1104). American Psychological Association.

Widom, C. S. y Hiller-Sturmhöfel, S. (2001). *Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse*. Alcohol Research & Health, 25(1), 52.

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA MENORES: LA NECESIDAD DE CENTROS RESIDENCIALES ESPECÍFICOS PARA MENORES CON ADICCIONES. LA EXPERIENCIA DEL CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO LAS TORRECILLAS.

THE THERAPEUTIC COMMUNITY FOR MINORS: THE NEED FOR SPECIFIC RESIDENTIAL CENTERS FOR MINORS WITH ADDICTIONS. THE EXPERIENCE OF THE THERAPEUTIC EDUCATIONAL CENTER LAS TORRECILLAS.

Maria José Vera

Directora del Centro Educativo Terapeutico
"Las Torrecillas"- Dianova

Matilde Ligero Montilla

Psicóloga del Centro Educativo Terapeutico
"Las Torrecillas"- Dianova

RESUMEN

Si todos los programas de intervención en adicciones se deben adaptar a los perfiles que atienden, los programas dirigidos a menores de edad deben tener en cuenta todas las características propias de esta etapa evolutiva en sí mismas y en relación con los consumos. El Centro Educativo Terapéutico Las Torrecillas surge precisamente bajo esa premisa para atender a chicos y chicas adolescentes con problemas de adicciones y otros relacionados desde una perspectiva integral, tomando la Convención de los Derechos del niño y la LOPIVI como guía normativa en la intervención que lleva a cabo.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia, perspectiva integral, adicciones, derechos de la Infancia, Ley Orgánica de Protección Integral a La Infancia y La Adolescencia Frente a La Violencia.

ABSTRACT

If all addiction treatment services should be adapted to the profiles they serve, programs aimed at minors should take into account all the characteristics of this evolutionary stage in themselves and in relation to drug use. The therapeutic facility Las Torrecillas arises precisely under this premise to attend adolescent boys and girls with addiction problems and other related problems from an integral perspective, taking the Convention of the Rights of the Child and the LOPIVI as a normative guide in the intervention.

KEY WORDS

Adolescence, integral perspective, addictions, Children's Rights, Organic Law for the Integral Protection of Children and Adolescents against Violence.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existen en España numerosos recursos de tratamiento ambulatorio de las adicciones. La mayoría son centros ambulatorios con un enfoque biopsicosocial en los que se lleva a cabo una atención individual y grupal de las adicciones, que incluye las fases de diagnóstico, desintoxicación en caso necesario, deshabituación, rehabilitación y reinserción. En los últimos años estos recursos han creado diferentes programas ambulatorios específicos para menores de edad con problemas de adicciones. Gran parte de ellos atienden a jóvenes con problemas de uso de sustancias desde un enfoque de reducción de riesgos; sin embargo, existen otros que tienen un grado importante de deterioro y que, además del problema de adicciones, presentan otros relacionados con los mismos como son problemas de conducta y otros trastornos que requieren un abordaje más intensivo en un entorno de seguridad. Para éstos en España existen también numerosos recursos residenciales, pero todos atienden mayoritariamente a personas adultas, y en ellos el/la menor se ve inmerso en un programa que no tiene globalmente en cuenta sus derechos, características ni necesidades específicas como niños/as.

El Centro Educativo Terapéutico Las Torrecillas (CET Las Torrecillas) aparece como una alternativa de intervención integral para menores cuyas edades oscilan entre los 14 y 18 años menos un día, con enfoque integral, donde el abordaje de las adicciones en clave de género se lleva a cabo de forma transversal en todo el tratamiento. El equipo de profesionales que lo constituye cuenta con formación y experiencia específica en menores, adicciones, problemas de conducta y violencias, entre otros.

El programa que desarrolla tiene en cuenta las características y necesidades específicas de los/las menores de edad y lleva a cabo una intervención educativa y terapéutica desde el enfoque de los Derechos de la Infancia, diferenciándolo de aquellos dirigidos a personas adultas. Por otro lado, tiene en cuenta toda la normativa estatal e internacional que vela por los derechos de los niños/as, siendo una de ellas la Ley Orgánica De Protección Integral a La Infancia y La Adolescencia Frente a La Violencia (LOPIVI) la cual acaba de cumplir un año.

¿POR QUÉ UN MODELO ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL PARA MENORES?

La Convención de los Derechos del Niño define al mismo como “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”

La OMS considera la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Pineda y Aliño, por su parte, la definen como “una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, sicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.”

Es en la adolescencia cuando con alta frecuencia se suelen iniciar los consumos de drogas. Así, según la encuesta ESTUDES 2021, que se realiza a estudiantes de entre 14 y 18 años de toda España, las edades medias de inicio en el consumo de las sustancias con mayor prevalencia, alcohol y tabaco son los 14,0 y 14,1 años respectivamente, siendo la edad de inicio de consumo diario de la segunda los 14,7 años. El consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15,2 años. La edad de inicio en el consumo de hipnosedantes se sitúa en los 14,1 años, la del éxtasis a los 14,4 años, la del cannabis a los 14,9, la de la cocaína y la anfetamina a los 15,3, y la de los alucinógenos a los 15.6 años.

La adolescencia tiene unas características propias que la hacen más vulnerable al consumo de drogas y al surgimiento de una conducta problemática en relación con las mismas. Y estas características deben ser tenidas en cuenta en el desarrollo de un programa de intervención y abordaje de adicciones para que el mismo sea exitoso. Así, por ejemplo, los/las adolescentes presentan una importante necesidad de transgredir normas, consumiendo drogas en muchas ocasiones como un medio para hacerlo. Se encuentran en una etapa vital de creación de la identidad propia, de búsqueda de independencia hacia los progenitores, en la que el grupo de amigos se convierte en su punto de referencia. La influencia social y la presión de grupo son, pues, unos de los factores de riesgo más importante para los consumos en adolescentes, sobre todo en quienes carecen de habilidades sociales para hacerle frente y tienen una baja autoestima que le lleva al uso de drogas como un medio de valoración social de su persona.

Por otro lado, los/las menores presentan patrones de consumo diferentes a las de los adultos, aspectos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta a la hora de desarrollar un programa de intervención. La mayoría de los consumos se llevan a cabo en momentos de ocio y de tiempo libre, mayoritariamente en los fines de semana (alcohol y hachís, sobre todo), lo que los lleva a la falsa creencia de “poder controlar” y de que al no tratarse de un consumo diario no van a desarrollar una dependencia. Y menos aún perciben el riesgo de un consumo ocasional de otras sustancias como cocaína o pastillas. Por otro lado, el pensamiento de “todos lo hacen” influye negativamente en el consumo.

Podemos encontrar diferentes perfiles de adolescentes en relación con las drogas, que pasan desde aquellos que son abstemios, a aquellos que consumen de forma esporádica y moderada, a aquellos que consumen de forma abusiva los fines de semana y a aquellos que han desarrollado una conducta problemática en relación con las sustancias o que han generado una adicción a las mismas.

Estos últimos han sumado a los consumos de fin de semana otros en los días restantes, sin que sean conscientes de hasta qué punto están afectando a sus vidas y a sus actividades cotidianas. Comienzan a presentar fracaso escolar y absentismo, conductas altamente desadaptativas que afectan a la normal convivencia en el hogar, baja tolerancia a la frustración, uso de la agresividad como medio de afrontamiento de los problemas... Incluso muchos/as de ellos/as se ven inmersos en actividades delictivas como medio de obtención de dinero para costear los consumos.

Otros/as son víctimas de abusos sexuales, bien porque hay quienes que se aprovechan del estado de vulnerabilidad que les generan los efectos de algunas sustancias o bien porque los/las adolescentes llevan a cabo actividades de este tipo para obtener sustancias o dinero con el que pagarlas. Algunos/as acaban desarrollando trastornos psicopatológicos como consecuencia de los consumos.

Si la adolescencia cuenta con unas características evolutivas propias de este estadio, y con patrones de consumo y problemáticas secundarias a los mismos diferentes de las de los adultos, un programa de intervención de consumos de drogas para adolescentes debe tener en cuenta todos estos aspectos y adaptarse a los mismos de manera deferencial con respecto a uno de adultos. Si bien no hablamos en todos los casos de menores que han desarrollado una dependencia a las sustancias, si lo hacemos de menores que presentan una problemática asociada al consumo que debe ser correctamente atendida para procurar un buen pronóstico.

Teniendo en cuenta que los servicios de atención a las adicciones deben adaptarse a las realidades de cada persona, el servicio del CET Las Torrecillas está totalmente adaptado a las características de los/las menores que atiende, a sus necesidades y problemáticas concretas y diferenciadas de las de los adultos.

LA IMPORTANCIA DEL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE LAS ADICCIONES PARA MENORES DESDE EL MARCO NORMATIVO LEGAL.

La perspectiva de los Derechos de la Infancia en el Programa del CET Las Torrecillas

Todos los seres humanos tenemos una serie de características en común, entre ellas, nuestra propia condición humana. Pero también tenemos una serie de diferencias, no solo las características individuales que nos determinan como individuos sino las características propias de cada estadio evolutivo. Las características propias de la infancia la colocan en una situación de especial vulnerabilidad que requiere de una protección específica.

A pesar de que desde 1948 ya existía la Declaración Universal de los Derechos Humanos, no es hasta 1959 cuando las Naciones Unidas aprueba una Declaración de los Derechos del Niño. Constituida por 10 principios, no tuvo carácter vinculante para los países que lo firmaron por lo que no cumplía las expectativas de protección a la Infancia. Es en 1978 cuando Polonia presenta a las Naciones Unidas un boceto de la Convención sobre los Derechos del Niño que, finalmente, el 20 de noviembre de 1989 da lugar al texto final de la misma después de 10 años de negociaciones entre gobiernos, ONG, representantes de diversas religiones y otros estamentos.

Pero lo más importante de todo es que es de obligado cumplimiento para todos los países que lo han suscrito, llegándose a convertir en ley en 1990. Actualmente es el tratado más ratificado de todos los años habiéndolo hecho todos los países del mundo a excepción de los Estados Unidos. Los países suscritos deben poner en marcha todas las medidas necesarias para que se respeten los derechos que aparecen en la Convención y rendir cuentas de ellas periódicamente al Comité de los Derechos del Niño. La existencia de esta Convención y el importante número de países que la han secundado asegura el reconocimiento de la situación de especial vulnerabilidad de la infancia y la necesidad de protección de ésta, reconociéndole derechos que son propios de esta etapa evolutiva. «El niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento» (Convención de los Derechos del Niño).

La Convención sobre los Derechos del Niño se basa en 4 principios fundamentales e interconectados entre sí que son:

- La no discriminación.
- El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo que garantiza, no solo su propio derecho a la vida sino también sus derechos económicos y sociales.
- El interés superior del menor, que garantiza que su interés y su bienestar debe estar por encima de cualquier otro interés que pueda haber. «Artículo 3, 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño» (Convención de los Derechos del Niño).
- La participación, el derecho de expresión libre de sus opiniones sobre todo en lo que concierne a sí mismos como individuos teniendo en cuenta su capacidad evolutiva.

En el CET Las Torrecillas se trabaja desde la perspectiva de los Derechos del Niño, lo cual implica la consideración de que los niños y las niñas:

- Son titulares de derechos y pueden exigir su cumplimiento.
- No solo son futuros adultos/as, sino que son personas valiosas por sí mismas en cada estadio de su crecimiento.
- Dada su etapa evolutiva, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad.
- Tienen derechos y necesidades diferentes de las de los adultos, que deben ser atendidas, también, de manera diferente de las de los mismos.
- Tienen opiniones propias y capacidad plena para participar en las decisiones que les conciernen a sí mismos.

La mayoría de los/las menores que atendemos presentan un amplio historial de vulneración de sus derechos como niños y niñas por lo que trabajar desde esta perspectiva es fundamental para que su pronóstico sea positivo. Deben ser conocedores de sus derechos y sentir que los mismos son respetados, así como sus decisiones. Y deben ser conocedores de que el programa está adaptado a sus necesidades como infantes procurando su especial protección.

La consideración de la Ley Orgánica de Protección Integral a La Infancia y La Adolescencia Frente a La Violencia (LOPIVI) en el CET Las Torrecillas.

Gran parte de los/las menores con problemas de adicciones han sufrido espirales de violencia en sus vidas. Algunas de estas situaciones las han vivido antes de iniciarse en los consumos, habiéndolos llevado a afrontar las mismas con conductas adictivas y otras de carácter desadaptativo. Otras, como ya hemos comentado, "han sido consecuencias de los consumos".

El Boletín Oficial del Estado publicó el 5 junio de 2021 La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia Frente a la Violencia (LOPIVI), con el objetivo de ajustarse al modelo de protección integral con enfoque de derechos humanos. Se trata de una ley fundamental que garantiza el respeto de los derechos de los/las niños/as y adolescentes frente a cualquier forma de violencia, siendo un compromiso importante de los gobiernos del mundo (ODS 16.2).

La LOPIVI «tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral, que incluyan la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla su

vida.» Por otro lado, «entiende por violencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital.»

La LOPIVI se centra en varios ámbitos de actuación: familiar, educativo, los servicios sociales y los centros de protección, sanitario y digital, del deporte y del ocio y tiempo libre y de las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Tal y como resume la "Guía sobre la Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia", elaborada por la Plataforma de Infancia junto con la Cátedra de los Derechos del Niño de la Universidad Pontificia Comillas/Proyecto Holistic, para los centros de protección establece, además de formación especializada inicial y continua a los miembros de la comunidad educativa sobre derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia:

- Deber de información a NNA en el momento del ingreso en el centro sobre los mecanismos, procedimientos y personas de referencia para comunicar las quejas o denuncias.
- Obligación de mantener accesible y actualizada la información sobre dichos mecanismos.
- Aportación de certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales y Trata de Seres Humanos.

- Aplicación de los protocolos de actuación que establezca la Entidad Pública de Protección a la infancia y la adolescencia que deben seguirse para la prevención, detección precoz e intervención frente a las situaciones de violencia contra NNA.
- Aprobación de estándares e indicadores que permitan evaluar la eficacia de los protocolos.
- Supervisión periódica del Ministerio Fiscal sobre el cumplimiento de los protocolos, seguimiento de los mecanismos de comunicación y escucha a NNA.
- Adopción de medidas para garantizar la convivencia y la seguridad en los centros de protección, de carácter preventivo y de desescalada.

Si bien el CET Las Torrecillas no es un centro de protección de menores, en defensa de los derechos de los niños y niñas que atiende tiene en consideración todo lo que la LOPIVI establece en relación a los mismos, siendo esto un aspecto diferenciador en relación a los centros de tratamiento residenciales creados mayoritariamente para adultos.

La obligatoriedad de aportar certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales y Trata de Seres Humanos que aparece en la LOPIVI no es nueva. Ya en 2015, la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia en su artículo 12 establece: «5. Será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos. A tal efecto, quien pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales.»

En aquellos recursos residenciales de atención a las adicciones creados mayoritariamente para adultos, y en los cuales también se atienden a menores, los primeros tienen acceso a actividades que implican contacto habitual con los segundos con los que, además, comparten espacios convivenciales. Sin embargo, en la mayoría de estos recursos no se exige la aportación de certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales para estos adultos, lo cual supone una situación de riesgo para los/las menores que son atendidos allí, y una falta al deber de protección de los mismos. En el CET Las Torrecillas no se atienden a personas mayores de edad y, ni que decir tiene, que todos los profesionales aportan esta certificación negativa antes de su primera contratación. Pero, es más, a pesar de que la normativa no establece que haya que acreditar periódicamente la falta de antecedentes de delitos sexuales, todos los profesionales aportan el certificado una vez al año con el objetivo de evitar que hubieran realizado algún delito de naturaleza sexual sin que tuviéramos conocimiento ni sospechas de ello, y que no hubiera quedado recogido en el certificado que inicialmente aportó al centro al haberlo cometido con posterioridad.

Por otro lado, en su artículo 5 establece condiciones especiales para los profesionales que tengan contacto habitual con menores: «1. Las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, promoverán y garantizarán una formación especializada, inicial y continua en materia de derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia a los y las profesionales que tengan un contacto habitual con las personas menores de edad. (…) 2. Además de lo dispuesto en el apartado anterior, las administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, deberán garantizar que el personal docente y educador recibe formación específica en materia de educación inclusiva.»

El Equipo de Profesionales del CET Las Torrecillas cuenta con formación específica en las materias anteriormente referidas por la LOPIVI y la Asociación Dianova, dentro de su programa de formación interna, oferta anualmente programas instructivos relacionados con los mismos.

EL PROGRAMA RESIDENCIAL EDUCATIVO TERAPÉUTICO PARA MENORES CON PROBLEMAS DE ADICCIONES Y DE CONDUCTA RELACIONADOS Y SUS ESPECIFICIDADES.

Tal y como ya hemos comentado, en el CET Las Torrecillas se atienden exclusivamente a menores de edad, pero debemos puntualizar exactamente cuál es el perfil concreto de usuario/a: chicos y chicas con edades comprendidas entre 14 y 18 años menos un día, que frecuentemente se encuentran en situación de desamparo, con medida de tutela. Estos/as han entrado en la red de atención a las adicciones, habiendo fracasado el tratamiento en recursos más de tipo ambulatorio por la baja adherencia al mismo, siendo la opción más adecuada debido a su perfil y a su historia de consumo, así como a la gravedad de las consecuencias, iniciar un tratamiento residencial alejándolos de su entorno. El objetivo es el retorno al mismo una vez haya finalizado su programa en nuestro centro.

Estos/as menores presentan un consumo problemático de sustancias tóxicas y otras conductas adictivas, que lleva asociado graves trastornos del comportamiento, relacionados con patologías psicosociales y educativas tales como: trastorno negativista desafiante, el antisocial de la personalidad, trastorno de las emociones no especificado, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno adaptativo, depresión, ansiedad, capacidad intelectual limitada y bajo nivel educativo. Además, tienen otros aspectos psicológicos y conductuales desadaptativos como: baja autoestima, deficiente autocontrol especialmente del sistema de recompensa, inadecuado manejo de la agresividad, impulsividad/hiperactividad, baja tolerancia a la frustración, conductas autodestructivas…

El programa está totalmente adaptado a estos perfiles para dar respuesta a sus problemáticas concretas teniendo en cuenta sus características y necesidades como niños y niñas, y la intervención que se lleva a cabo es integral bajo el supuesto de que solo de esta forma podremos

conseguir la recuperación total de la persona. Esto implica que el enfoque de género está totalmente inmerso en el programa por lo que sus actividades están adaptadas a los diferentes grupos en función de las diferencias y necesidades existentes entre ellos, con el objetivo de conseguir la equidad.

Como se ha podido entrever, el CET Las Torrecillas es de carácter mixto puesto que en el mismo se atienden a chicas y chicos. Los espacios para ellos están diferenciados, permitiendo un lugar de intimidad para cada grupo, pero, aun así, existen zonas de uso común que ayudan a identificar déficit en los modos de relación y trabajar relaciones afectivas adaptativas, bajo la observación permanente de los profesionales.

Una gran parte de los chicos y chicas traen consigo un gran número de expedientes de reforma como consecuencia de actos delictivos cometidos en su vida fuera de nuestro recurso, que deben ser resueltos para evitar el retorno a situaciones previas al ingreso. Aquí cobra especial importancia el trabajo de inserción socio laboral que se lleva a cabo en el centro, el cual tiene en cuenta las especificidades de los/las menores: no es lo mismo reinsertar a un adulto que, probablemente, ya haya tenido un bagaje en el mundo laboral, que a un menor que se va a enfrentar por primera vez al mismo una vez cumpla los 18 años. Las actividades desarrolladas en esta área deben estar, también, centradas en la formación académica y profesional, teniendo en cuenta que en la gran mayoría de ellos se han dado problemáticas relacionadas con el absentismo y el fracaso escolar. De esta forma, todos los/las menores de 16 años (y aquellos mayores de esa edad que vuelvan a estar motivados por los estudios) están matriculados en la ESO, y un profesor derivado por la Junta de Andalucía acude al centro a impartirles sus clases y a evaluarlos, como a cualquier/a menor que acuda a un centro educativo “al uso”. Por otro lado, aquellos/as menores más avanzados en el programa y que ya estén preparados/as para enfrentarse a los riesgos existentes fuera del entorno residencial, se procura que asistan a formaciones externas que le permitan obtener una titulación que facilite su inmersión en el mundo laboral.

Gran parte de los y las menores de nuestro centro han sido víctimas de situaciones de violencia a lo largo de su vida (violencia sexual, violencia vicaria, violencia de género en sus padres y en ellos/as mismos/as…) que han propiciado el consumo de drogas como medio de afrontamiento de las mismas. Como consecuencia de estas situaciones, especialmente las chicas, presentan déficits emocionales y afectivo-sexuales y no es raro que algunas de ellas cuenten con una orden de protección o medidas cautelares por violencia de género. Muchas de ellas presentan conductas hipersexualizadas en su comportamiento relacional, que en el exterior han utilizado como medio de obtención de bienes o drogas. Por su parte, muchos de los chicos han comenzado a replicar estos patrones conductuales agresivos, y tienen un concepto desadaptativo de las relaciones afectivas que pueden dar lugar a conductas de violencia de género, sexual o vicaria. Ante estas problemáticas cobra especial importancia el Módulo de Prevención de Violencias que se lleva a cabo en el centro, que tiene como objetivo minimizar las consecuencias de estas violencias, evitar

revictimizaciones secundarias y prevenir la réplica de cualquier conducta agresiva con la misma importancia que el tratamiento de las adicciones por su relación bidireccional entre ambas. De igual modo, el Módulo de Habilidades Sociales procura fomentar formas relacionales alejadas de la agresividad, la hipersexualización y la victimización.

El Módulo de Prevención de Recaídas también tiene en cuenta las condiciones especiales de la adolescencia y está adecuado a las situaciones de riesgo de los jóvenes, siendo estas muy diferentes de las de los adultos. Las mismas están muy relacionadas con el grupo de amigos y con los momentos de ocio y tiempo libre, ya que los/las menores tienen muy asociados éstos con el consumo de drogas. De ahí que las salidas externas y las actividades deportivas tengan especial importancia en nuestro recurso con el objetivo de que puedan encontrar nuevos intereses y aficiones mediante el desarrollo de actividades que den lugar al disfrute de un ocio constructivo en contextos alejados de los ámbitos de consumo y de otras situaciones de riesgo de conductas adictivas.

Muchos de nuestros/as menores presentan un uso problemático de las TICs y ciertos/as de ellos/as han generado una adicción a las mismas. Algunos/as de ellos/as han sido víctimas de situaciones de ciber acoso, sexting, grooming…e incluso de violencia de género a través de las redes sociales; por otro lado, otros/as han sido quienes han llevado
a cabo este tipo de actividades violentas hacia otras personas. Sin embargo, no podemos hacer que las TIC's desaparezcan de nuestro entorno, sino que debemos fomentar un uso responsable por parte de los y las adolescentes, puesto que la infancia es el estadio evolutivo que mayor vulnerabilidad presenta ante sus aspectos negativos. Por esta razón, el uso adecuado de las TIC's es uno de los aspectos de trabajo en el CET Las Torrecillas con el objetivo de reforzar la protección de los/las menores en los entornos digitales.

Si el trabajo con las familias es importante en un programa para adultos, mas aun lo es en uno para niños/niñas. Muchos de ellos/ellas retornarán con las mismas una vez finalicen su estancia en nuestro centro y estarán bajo la tutela o la guarda de sus padres o de algún/alguna otro/a adulto/a familiar, quienes serán responsables de los/as mismos/as al tratarse de menores de edad. Para conseguir una intervención globalizada y efectiva es totalmente necesario involucrar en el proceso a la familia directa y trabajar con ésta en coordinación con agentes sociales externos.

En muchas ocasiones la familia ha implicado una serie de factores de riego para el consumo de los/las menores, en los cuales se interviene para procurar su disminución, tales como: padres consumidores o permisivos con respecto al consumo de drogas, conductas violentas, ausencia de roles de figuras de autoridad, exceso de protección, falta de habilidades para gestionar las problemáticas que presentan los/las menores en sus inicios… Por otro lado, la familia en sí misma puede tener una serie de factores de protección frente al consumo de drogas que son potenciados para evitar recaídas, tales como: establecimiento de normas y límites claros, procedimientos de supervisión y control adecuados sobre las conductas del/de la menor, figuras de autoridad claras, existencia de un ambiente familiar afectivo, actitudes contrarias a las drogas, existencia de actividades de ocio familiar…

La intervención con el / la menor que se lleva a cabo en el CET Las Torrecillas es multidisciplinar, no tratándose de varios profesionales de diferentes especialidades que trabajan a la vez, sino de profesionales de diferentes especialidades que conforman una entidad, estableciendo una intervención de una manera coherente y coordinada. Para ello son imprescindibles las reuniones semanales del Equipo Multidisciplinar, donde se analiza la evolución individual de los / las menores, estableciendo un plan de intervención común y consensuado y posterior seguimiento de su evolución. Nuevamente, en este aspecto, también surgen diferencias con respecto a los programas de adultos. En primer lugar, la ratio de personal en un programa para menores debe ser superior al de uno para adultos dado que los mismos y las mismas requieren de mayor atención que los/las mayores de edad. De esta forma, para un total de 20 plazas establecidas en nuestro centro se cuenta con un equipo de 20 profesionales constituidos por dirección, médico, psicóloga, trabajadora social, educadores/as sociales, integradoras sociales, auxiliares técnicos educativos, administrativa y cocinera. Éstos cuentan con una formación específica en todos aquellos aspectos anteriormente mencionados relativos a menores y adicciones, y su contratación está sujeta a la normativa establecida en la LOPIVI.

Pero el programa del CET Las Torrecillas no es un programa estanco, sino que se va a adaptando a las nuevas necesidades y problemáticas de los/las menores en relación con el consumo de drogas, así como a la normativa legal que va surgiendo en relación a la infancia y su protección. Por tanto, mantiene una actitud proactiva con respecto a todos estos aspectos con el objetivo de procurar siempre una intervención integral de los/las menores que facilite el pronóstico más positivo posible para ellos. Nunca podemos olvidar que se trata de personas sujetas a derechos por ser niños y niñas, y es el deber de todos protegerlos frente a cualquier agente que pueda hacerles daño.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Aparicio, A. L. (2020). *Enfoque de derechos, también en la primera infancia*. Educación social: Revista de intervención socioeducativa, (74), 7-10.

Annf, P. (2022, 8 marzo). C*laves para entender la LOPIVI (Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia)*. Nuevo Futuro. https://nuevo-futuro.org/claves-para-entender-la-lopivi-ley-organica-de-proteccion-integral-a-la-infancia-y-la-adolescencia-frente-a-la-violencia/#:%7E:text=Es%20la%20Ley%20Org%C3%A1nica%20de,a%20cualquier%20forma%20de%20violencia.

Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumo de drogas*. ADES: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. JUMA. Madrid.

Becoña, E. (2002): *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. https://www.emcdda.europa.eu//attachements.cfm/att93972Bses%20Cient%C3%ADficas%20Para%20Prevencion%20De%20Las%20Drogodependencias%20-%202002.pdf

Becoña, E. (2016): *Trastonos adictivo*. Editorial Síntesis.

Callejo Escobar, J y Calvo Ruiz, M. (2015). Guía de intervención en drogodependencias en Terapia ocupacional. Editorial Síntesis.

Convención sobre los Derechos del Niño. (2020, 20 noviembre). Save the Children. https://www.savethechildren.es/trabajo-ong/derechos-de-la-infancia/convencion-sobre-los-derechos-del-nino

De Jesus, J. C. R. (2021). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ciencia Jurídica y sostenibilidad. Revista Audiovisual de Investigación, 1(4).

Del Niño, C. S. L. D. (1989). *Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989*. Entrada en vigor, 2.

Domingo, A. (2010, diciembre). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Fundación Atenea Grupo Gid.

Domínguez Álvarez, J. L. (2022). *Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia*.

Fernández-Artamendi, S. y Weidberg., S. (2016). *Avances en la Evaluación de las Adicciones*. https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2662.pdf

Guía LOPIVI - *Protección de la infancia contra la violencia.* (2022, 12 julio). Plataforma de Infancia. https://www.plataformadeinfancia.org/documento/guia-ley-organica-proteccion-infancia-y-adolescencia-frente-a-violencia/

Jurídicas, N. (2021, 7 junio). *Claves de la LO 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.* Noticias JurÃ¬dicas. https://noticias.juridicas.com/actualidad/noticias/16351-claves-de-la-lo-8-2021-de-proteccion-integral-a-la-infancia-y-la-adolescencia-frente-a-la-violencia/

Moreno, D. (2021, 15 abril). *El enfoque de derechos de infancia y cómo aplicarlo en tu municipio*. UNICEF. https://ciudadesamigas.org/enfoque-derechos-infancia/

Moreno, G. (2020). *Conversar con adolescentes en dificultad social*. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.

Niebla, R. (2022, 16 junio). *La ansiedad, "el demonio en la cabeza" de los adolescentes que no para de crecer.* ElDiario.es. https://www.eldiario.es/nidos/ansiedad-demonio-cabeza-adolescentes-no-crecer_1_9060053.html

Press, E. (2022). *Aprobado el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24, que se centrará en "prevención y reducción de daños".*

Rodríguez, A. (2020). *Maltrato y protección*. Informe OIA 2020. Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7257

Unicef. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

EL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA EN LA INTERVENCIÓN EN ADICCIONES Y EL TRABAJO DE INCIDENCIA DESDE LA COMISIÓN DE INFANCIA DE LA FEDERACIÓN CATALANA DE DROGODEPENDENCIAS.

THE CHILDREN'S RIGHTS APPROACH IN THE INTERVENTION IN ADDICTIONS AND THE ADVOCACY WORK OF THE CHILDREN'S COMMISSION OF THE CATALAN FEDERATION OF DRUG ADDICTIONS.

Comisión de infancia de la Federación Catalana de drogodependencias*

Otger Amatller (Fundació Salut i Comunitat)
Carme Calafat (ABD)
Jaume Condomines (ATRA)
Esther Estallo (Asaupam)
Adriana Francisco (Fundació Salut i Comunitat)
Gisela Hansen (Dianova)

RESUMEN

El presente artículo describe la actividad de la comisión de infancia de la Federación Catalana de Drogodependencias y las líneas de incidencia llevadas a cabo para abogar por los derechos de la infancia de manera transversal en el ámbito de las adicciones.

ABSTRACT

This article describes the activity of the children's commission of the Catalan Federation of Drug Addictions and the advocacy lines for children's rights in a transversal way in the field of addictions.

PALABRAS CLAVE

Infancia, derechos, adicciones, incidencia, programas de tratamiento de addicciones.

KEY WORDS

Childhood, rights, addictions, advocacy, addiction treatment programs.

INTRODUCCIÓN

La infancia y la adolescencia son etapas evolutivas fundamentales e importantes en el desarrollo de las personas, pero para llegar a la concepción actual, la infancia y la adolescencia ha tenido que pasar por la validación de la concepción jurídica. La necesidad en cuanto a la perspectiva de derechos de los niños/niñas y adolescentes es de carácter multidimensional y debe considerarse una necesidad transversal en cualquier disciplina.

La perspectiva de derechos, hace que los niños y niñas y adolescentes sean reconocidos por toda la sociedad, como sujetos de pleno derecho, a todos los efectos. Este enfoque construye el marco legal y social para paliar los malos tratos o negligencias a los que se enfrenta la infancia y la adolescencia por parte de los individuos, las familias, la sociedad e incluso las instituciones.

A pesar de los acuerdos internacionales y tratados de las últimas décadas, actualmente existen muchos derechos de la infancia que siguen siendo vulnerados. Sólo hace falta hacer una revisión de la Agenda 2030 y los Objetivos del desarrollo sostenible (*Sustainable Goals Development*) para ver que queda mucho trabajo por hacer, y muchos de los objetivos descritos hace décadas que se intentan conseguir habiendo una evolución lenta y pesada que ha dejado atrás a muchos niños/niñas y jóvenes a lo largo de estos años. Mientras los adultos siguen legislando y hablando de políticas y cambios, los niños y las niñas crecen, y no siempre en las mejores condiciones.

La infancia y adolescencia han sido las grandes olvidadas en el ámbito de la intervención en adicciones, ya que todavía carecemos de programes específicos y datos concretos que nos permitan tener una imagen valida de la situación actual de las necesidades de este colectivo y diseñar intervenciones basadas en sus necesidades reales.

LA COMISIÓN DE INFANCIA DE LA FEDERACIÓN CATALANA DE DROGODEPENDENCIAS

La Federación Catalana de Drogodependencias (FCD) nace en 1985, cuando algunas entidades del sector social que años antes, desde la base, ya estaban abordando la problemática, deciden unir los esfuerzos y conocimientos adquiridos en el trabajo diario de atención a personas con problemáticas de drogodependencias y sus familiares. El objetivo de la unión fue convertirse en su voz, ser el interlocutor con las administraciones públicas y garantizar así una atención de calidad y adaptada, trabajando conjuntamente con la comunidad, con corresponsabilidad frente a este fenómeno. 40 años dando respuesta y colaborando codo con codo con las diferentes administraciones públicas y otros actores para poder ofrecer un plan de actuación en los diferentes niveles, prevención, asistencia e inserción, con un enfoque integral y comunitario, flexible, amplio y diverso. Durante todo este tiempo, la FCD ha liderado las estrategias de intervención y los cambios necesarios para adaptarnos a la realidad de este fenómeno (Documento de Modelo de intervención, FCD 2022).

Desde la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD) se vela por prestar atención a las personas con problemáticas de drogodependencias y a su familia.

La Federación Catalana de drogodependencias cuenta con diversos grupos de trabajos llamados comisiones formadas por personas profesionales de diferentes entidades con el objetivo común de trabajar sobre una temática concreta.

La comisión de infancia nació a inicios del 2017 elaborando el posicionamiento de la misma y que meses después presentaría en la XIII jornada anual de la FCD titulada “Acompañando niños/as y adolescentes y a sus familias”. Esta jornada tenía como objetivo trabajar y compartir conocimientos y prácticas sobre la intervención y la atención con niños y adolescentes y sus familias. Para ello, se contó con la participación de varios profesionales que pusieron en valor los programas preventivos dirigidos a niños y niñas y adolescentes, la necesidad de trabajar conjuntamente con las familias y acompañarlas en todo el proceso de intervención y la necesidad de trabajar en red para compartir recursos y conocimientos para mejorar la atención a los niños, adolescentes y familias.

Desde la FCD entendemos que hay que atender a este colectivo desde una triple vertiente:

- Promoción de salud y Prevención.
- Abordaje en relación al consumo propio por parte de los y las jóvenes.
- Abordaje de los niños/as y jóvenes como hijos/hijas de personas consumidoras.

Respecto a la prevención del consumo de la infancia y la juventud en general, así como la intervención en jóvenes consumidores/as (aunque en esto último hay todavía camino por recorrer), ya se reconocen como líneas estratégicas consolidadas.

Pero por otro lado, existe un vacío en el abordaje en relación a los hijos e hijas de personas consumidoras y existen diferentes teorías de porque esto es así. Una cuestión relevante es la afectación que tienen los niños/as y adolescentes por vivir en un ambiente familiar donde las personas adultas referentes presentan dificultades por los consumos. Es fundamental superar el enfoque tradicional de la atención a la persona consumidora desde la visión adultocéntrica en el que se ha trabajado el núcleo familiar de forma ascendente pero no descendente, invisibilizando de nuevo la infancia y sus necesidades.

Afortunadamente, en los últimos años se ha puesto sobre la mesa la necesidad de abogar por los derechos de la infancia en el campo de las adicciones y se ha evidenciado el vacío asistencial y preventivo que hay hacia los/las niños/as cuyos referentes de cuidados tienen problemas de adicción.

Consideramos que los hijos e hijas de personas consumidoras no están recibiendo la atención que necesitan y merecen. No sabemos cuántos niños y jóvenes se encuentran afectados, el alcance total del impacto en sus vidas y cómo dar una respuesta integral a sus necesidades. A pesar de la proliferación de servicios e iniciativas desarrollados para ellos/ellas en Europa, existen muchas carencias significativas en el enfoque de las políticas y servicios diseñados para promover su bienestar de manera transversal.

En el año 2018 se conformó la comisión de infancia de la FCD con un claro objetivo: Abogar por los derechos dela infancia en el ámbito delas adicciones desde todas las miradas. En primer lugar, se generaron una serie de reuniones entre los diferentes miembros de la comisión, que a su vez, trabajan en entidades que forman parte de la FCD, y se dibujó un mapa de necesidad, inquietudes y líneas pendientes de trabajo. En seguida nos dimos cuenta que todas las entidades estábamos preocupadas por la falta de abordaje integral y apropiado hacia los/las hijos/as de las personas que acudían a nuestros servicios, de hecho, nos preocupaba que ni si quiera eran tenidos/as en cuenta en la recogida de datos iniciales en los tratamientos de las personas adultas, por lo cual carecíamos de información cuantitativa de cuantos niños/as y jóvenes pueden verse afectados por la situación de los/las adultos/as referentes.

La FCD ha colaborado de manera estrecha durante los años 2019, 2020 y 2021 con la Subdirección General de Drogodependencias y el grupo de investigación GRISIJ de la Universidad de Barcelona, realizando investigaciones aplicadas en pro de potenciar la perspectiva de derechos de la infancia en el ámbito de las adicciones.

EL TRABAJO DE INCIDENCIA EN DIVERSOS TERRITORIOS

En 2021, el Grupo Pompidou llevó a cabo un proyecto de lectura imprescindible coordinado por la profesora Corina Giacomello sobre los derechos de la infancia en el ámbito de las adicciones: “Hijos/as cuyos padres usan drogas”. Este proyecto se dirige tanto a los niños como a los padres afectados por el consumo de sustancias y se centra en los programas, servicios y prácticas existentes en los diferentes estados para abordarel problema. Incluye la revisión de un amplio abanico de intervenciones en el ámbito de programas dirigidos a la familia y la infancia de 16 diferentes países, servicios para mujeres consumidoras de sustancias y madres, servicios de tratamiento de las adicciones que tienen en cuenta las responsabilidades parentales y las necesidades y situación particular de los niños/as, así como centros de acogida para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia que consumen sustancias. Sin lugar a dudad representa una revisión impecable de las buenas prácticas que se llevan a cabo en diferentes países de Europa en materia de derechos de la infancia y adicciones.

Entre las recomendaciones presentadas para mejorar la situación de niños/as que están en esta situación, cabe destacar que hace falta contar con estrategias integradas a nivel nacional y local y que los países deberían revisar los indicadores de demanda de tratamiento de adicciones para incluir más información sobre la situación de los niños/niñas de las personas beneficiarias y así poder hacer un mejor monitoreo de la situación en su conjunto. Además, se debería mejorar la coordinación con los servicios sociales y de protección de menores entre otras redes de atención y reforzar la oferta de servicios de tratamiento exclusivamente para mujeres. Encontrarán más información sobre los estudios y las recomendaciones aquí: https://www.coe.int/en/web/pompidou/children

En el marco de la CND 65 (Comission of narcotics drugs) de Naciones Unidas y haciendo un repaso de los eventos paralelos que se llevaron a cabo en 2022, un número muy significativos de ellos tenía como temática central los derechos de la infancia y los hijos/as de las personas con adicciones. Por otra parte, también se realizó en sesión plenaria la resolución en prevención temprana, de la cual podemos destacar que:

- Alienta a los Estados miembros a que garanticen que todos los niños/as,especialmente los hijos de padres con comportamientos adictivos, tengan acceso a servicios de prevención y atención de la salud apropiados, a fin de garantizar el más alto nivel posible de salud.
- Alienta también a los Estados Miembros a que cooperen con universidades, escuelas y otras instituciones educativas, así como con la sociedad civil y las organizaciones y programas internacionales competentes y efectivos.
- Exhorta a los Estados miembros a que incorporen una perspectiva de género en el desarrollo, la implementación y la evaluación de los esfuerzos de prevención y promoción de la salud en el marco de las políticas nacionales sobre drogas.

CONCLUSIONES

Existen diferentes estudios que recopilan buenas prácticas en esta materia y parece que la cuestión está pasando a cobrar visibilidad en las agendas políticas y diplomáticas. Ahora toca que todas estas cuestiones se materialicen en acciones palpables, en cambios de actitudes y creencias de los equipos profesionales, la implementación de formaciones específicas y la dotación de recursos. Los tiempos de los niños/as y adolescentes no son los mismos que el de las agendas políticas, y son las agendas las que deben acelerar sus procesos para dar respuesta a las necesidades de quienes están creciendo ahora y garantizar sus derechos. La comisión de infancia de la FCD seguirá trabajando en red con plataformas, administraciones y la sociedad civil en general para contribuir a este propósito.

Carme Calafat

Psicóloga clínica. Directora del Área de Infancia, Familia y Género en ABD- Asociación Bienestar y Desarrollo. Codirectora Postgrado de Pediatría social IL3 UB. Vocal JD de FEDAIA, vocal de la Junta de Gobierno del Colegio de Psicología de Catalunya (COPC). Especialista en intervenciones psicológicas sociales, grupales y multifamiliares; así como en el ámbito de la atención a las familias y niños en especial situación de vulnerabilidad social.

Agnes Chen

Agnes Chen es madre de 4 hijos, enfermera registrada y fundadora de *Starlings Community*, una organización sin fines de lucro cuya misión es proteger la salud y promover la curación de los niños canadienses expuestos al estrés y el estigma de la sustancia de los padres. su uso a través de la movilización de conocimientos, la promoción y el apoyo entre pares. Utilizando su propio viaje personal con el estigma del uso de sustancias de los padres y la experiencia profesional como enfermera registrada, su objetivo es co-crear una sociedad que busca activamente disminuir la vergüenza que sienten las familias y aumentar el apoyo al que tienen acceso los jóvenes.

Adriana Francisco

Educadora Social en Piso Terapéutico Cosmos de Fundación Salud y Comunidad con experiencia previa en Comunidad Terapéutica y CAS. Cursando Máster en Prevención en Drogodependencias y Otras Conductas Aditivas (VIU). Miembro del equipo editorial de la revista Pedagogía y Trabajo Social de la Universidad de Girona.

Corina Giacomello

Doctora en Estudios Latinoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México. Consultora del Grupo Pompidou del Consejo de Europa. Profesora Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de Chiapas, México. Investigadora en temas de sistema penitenciario y género, derechos de la niñez, adolescentes en conflicto con la ley y políticas sobre drogas.

Gisela Hansen

Doctora en Psicología clínica y de la salud, especializada en adicciones, salud mental y violencia. Su tesis se centró en la prevalencia de violencia de género en las mujeres que hacen tratamientos residenciales de adicciones y el estudio de variables eficaces desde perspectiva de género para reducir barreras de género de acceso y permanencia. Directora- Coordinadora de acción social de la Asociación Dianova. Profesora del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Barcelona. Máster en investigación de Psicopatología del adulto y patología dual. Amplia experiencia en la intervención psicológica individual y grupal en torno a las adicciones, la salud mental y la violencia de género. Investigadora en el grupo "Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres" de la Facultad de Psicología UAB. Miembro de la junta directiva de la Federación Catalana de Drogodependencias y de la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en drogas y adicciones. Diversas intervenciones en naciones unidas y foros internacionales abogando sobre la perspectiva de género en las adicciones y de derechos de la infancia.

Matilde Ligero Montilla

Licenciada en psicología por la Universidad de Sevilla en 1996 y experta universitaria en intervención en adicciones tecnológicas y consumo de sustancias. En 1997 empezó a intervenir con personas con problemas de alcoholismo en tratamiento de rehabilitación y en 2001 entró a formar parte de la Asociación Dianova España como psicóloga en el tratamiento residencial de personas con adicciones- Actualmente es la psicóloga del Centro Educativo Terapéutico Las Torrecillas habiéndose especializado en la intervención terapéutica de menores con problemas de adicciones y problemas de conducta asociados.

Alexandra Membrive

Presidenta, creativa y formadora en Associació El Mundo de los ASI. Experta en abuso sexual infantojuvenil a través de su experiencia viviencial y profesional. Estudiante del último semestre del Grado de Psicología en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Miembro del Consell Nacional de Dones de Catalunya.

Carolina Torralbo

Licenciada en Antropología Social y Cultural. Diplomada en Trabajo Social. Experta en Intervenciones Sistémicas. Experta en Intervenciones Multifamiliares. Coordinadora de los grupos de Participación Comunitaria en la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) en Barcelona.

Laura Trujillo

Graduada en Terapia Ocupacional por la EUIT-UAB. Graduada en Educación Social por la Universidad de Barcelona. Cursando Màster Interdisciplinar en Prevención y Tratamiento de la Violencia Familiar: Infancia, Pareja y Persona Mayores. Directora en Asociación ALBA Terrassa.

Maria José Vera Aires

Licenciada en Psicología, su bagaje en la Asociación Dianova España se inicia en el 2002 como voluntaria y más tarde se integra en el equipo multidisciplinar como educadora social y psicóloga iniciando su tarea en la dirección de programas desde el año 2007. Desde ese fue directora del Centro Educativo Terapéutico Santa Elena, para pasar en el 2019 a serlo del Centro Educativo Terapéutico Las Torrecillas (Córdoba). Cuenta con amplios conocimientos y experiencia en la atención a menores con problemas de adicciones y de conducta asociados desde la perspectiva de la normativa vigente en relación a protección de la infancia, así como en la gestión de equipos de trabajo en recursos residenciales.

SI QUIERES PARTICIPAR

Primer semestre de 2023. Nº 40:

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es). Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión entre la comunidad profesional e investigadora que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes ámbitos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos serán enviados por correo electrónico a comunicacion@dianova.es, mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word). Todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento serán enviados como archivos adjuntos independientes. Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen. Todos los textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a doble espacio. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha. Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita. Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, de cien (100) palabras máximo, y cinco (5) descriptores o palabras clave (en español y en inglés) con fines de clasificación. Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychological Association (APA).

Los/as autores/as deben anexar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña.

Asociación Dianova España se reserva el derecho de resumir los CV que se excedan de este espacio.

Rellena este cupón o llama al +34 91 468 87 65
o entra en www.dianova.es

Nombre:_____

Apellidos:_____

NIF:_____ Fecha de nacimiento:_____

Domicilio:_____

_____Código Postal:_____

Población:_____Provincia:_____

Correo electrónico:_____

Teléfono:_____Otro teléfono:_____

Importe	Periodicidad
☐ 10 € ☐ 20 € ☐ _____ €	☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos con carácter personal, tus datos forman parte de un fichero titularidad de Asociación Dianova España, declarado en el Registro General de Protección de Datos, creado con la finalidad de gestionar los donativos recibidos por la organización. Así mismo, tus datos serán utilizados por Asociación Dianova España para informarte sobre otras actividades de nuestra organización. Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita a Asociación Dianova España. Dpto. de Protección de datos, calle de Costada 18. 28028 Madrid.

☐ No deseo recibir información de Asociación Dianova España

ENTIDAD BANCARIA PARA INGRESOS O TRANSFERENCIAS

Banco Santander: ES91 0049 5124 6126 1642 4646

(Por favor, envíanos el comprobante de la entidad bancaria)

Domiciliación bancaria

Titular de la cuenta:_____

NIF:_____

Número de cuenta:

Fecha:_____de_____de 201___

Firma:_____

Para cualquier consulta puedes dirigirte a: colabora@dianova.es
o llamando al +34 91 468 87 65. Asociación Dianova España
Calle de Costada 18. 28028 Madrid