

artículos integrados



## Se hace camino al andar

*Análisis y reflexiones acerca de la intervención con mujeres con consumo problemático de drogas*

El presente artículo tiene por objetivo compartir la experiencia que hemos tenido en la implementación del programa de tratamiento específico para mujeres adultas, con o sin hijos, con consumo problemático de alcohol y drogas en modalidad residencial, iniciado el año 2005 por Dianova Chile, en convenio con CONACE (actual SENDA, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol).

CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes), organismo de gobierno encargado de formular y coordinar las políticas públicas para la reducción de la oferta y demanda de drogas en el país, se planteó como objetivo estratégico la rehabilitación y reinserción social de personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción. Para esto diseñó la implementación de programas específicos para distintas poblaciones objetivo, entre las cuales se encontraba la población femenina.

Los programas específicos de mujeres tienen su origen en las actividades previas de investigación desarrolladas por el CONACE, a partir de la necesidad de implementar dispositivos que respondieran a las demandas propias de las mujeres. Como un elemento innovador y trascendente se incorpora a los hijos en el tratamiento, favoreciendo así el apego, la adherencia y la reconstrucción del vínculo madre-hijo, beneficiando su conexión y los resultados de estos programas, como también mejorando el acceso hacia estos.

---

***María Francisca Alburquenque Goertl***

Psicóloga. Postítulo en Mediación y Resolución de Conflictos en la Universidad de Chile. Diplomado en Drogodependencias en la Universidad de Chile. Diplomado en Apego Seguro en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora Área de Tratamiento de O.N.G Dianova Chile. Experiencia en coordinación y gestión de equipos en el ámbito público y privado.  
Expositora en congresos y seminarios tanto a nivel nacional como internacional.  
Expositora en evento paralelo de la quincuagésima séptima sesión de la Comisión sobre la Condición de la Mujer, Naciones Unidas Mujer (CSW57), marzo 2013.

## PERTINENCIA PROGRAMA ESPECÍFICO

Los tratamientos específicos de mujeres surgen a partir de la constatación, por parte del Estado, que las mujeres no estaban adhiriendo a los programas de tratamiento. Al investigar los motivos que llevaban a esto, se dieron cuenta que desde el diseño e implementación de los programas no se estaban contemplando las necesidades específicas de esta población, en términos de:

- Horarios de funcionamiento acordes a las responsabilidades de las mujeres.
- Condiciones de infraestructura y personal para la atención de los niños, no contar con espacios para ellos, guarderías y sala cuna, entre otros, lo cual no permitía que las mamás pudiesen tener un espacio íntimo para ellas.
- Oferta terapéutica, espacios terapéuticos grupales no diferenciados para las mujeres, lo cual dificultaba la expresión de sus problemáticas en un grupo donde mayoritariamente eran varones.
- Falta de capacitación y sensibilización en temática de género, existían hasta ese momento ciertas resistencias en los equipos de salud asociadas al consumo de alcohol y drogas en las mujeres, replicándose los mandatos sociales y prejuicios imperantes en ese momento en nuestra sociedad, que muchas veces actuaban de manera inconciente en los profesionales. Si además le sumábamos que eran madres consumidoras la sanción social era más grave.

En este contexto surge la propuesta de CONACE de incorporar a Dianova en su oferta programática para esta población específica, iniciándose la apertura de dos centros residenciales (ubicados en San Bernardo, Región Metropolitana y Curicó,

Región del Maule) como proyectos piloto. Estos tendrían una cobertura nacional, entendiendo la escasez de dispositivos creados para estos fines, brindando de esta manera respuesta como institución, al 33% de la cobertura total convenida a nivel nacional en modalidad residencial.

## ACERCA DEL MODELO DE TRATAMIENTO

Nuestro programa se basa en un *modelo integrativo en adicciones*, el cual considera el abordaje terapéutico desde distintas áreas de intervención como son el área biológica, cognitiva, ambiental-conductual, afectiva, sistémica e inconciente, las cuales van adquiriendo distintos niveles de intervención dependiendo de la necesidad de la persona y de la etapa en la que se encuentre, dándole coherencia y ordenamiento a la intervención terapéutica. Contempla además, la co-construcción de objetivos terapéuticos con la propia usuaria, haciéndola partícipe activa de su proceso de cambio.

Incluye el *enfoque biopsicosocial*, el cual enfatiza la interrelación existente entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad, entendiendo al ser humano como una unidad.

Contempla principios orientadores como la *pedagogía del afecto* y la *filosofía de la convivencia*, utilizando estrategias motivacionales ajenas a la confrontación o moralizadoras.

Entendemos que un desarrollo adecuado de la afectividad supone ser conciente de los propios sentimientos, saber expresarlos de manera apropiada, poseer la capacidad de establecer relaciones positivas con los demás y lograr la aceptación de sí mismo y de los otros.

Las carencias en las relaciones afectivas en la temprana infancia, pueden producir dificultades en el establecimiento de lazos afectivos seguros y permanentes.

Las reglas de convivencia que rigen nuestras comunidades son el respeto hacia las normas, espacios libres de violencia y maltrato, donde cada integrante debe hacerse cargo de los roles ocupacionales dentro de la comunidad, respetando a las demás personas, los bienes comunes del centro y los ajenos.

Se incorpora el *enfoque relacional*, el cual señala que la motivación principal de la mujer es su necesidad de crear un sentido básico de conexión con los demás y que la noción de sí misma y de su propia valía, se basa en esta vinculación. Por ello la importancia de no apartarla de sus figuras significativas, sino por el contrario incluirlas en la intervención.

Un ejemplo de esto ha sido la inclusión en el tratamiento de las parejas, también consumidoras, de las usuarias. Si bien se podría pensar en ellos como factor de riesgo para futuras recaídas en el consumo de drogas, el incluirlos en la intervención nos ha permitido aumentar las probabilidades de adherencia de la mujer por un lado, y por otro generar consciencia de enfermedad en su pareja aumentando las posibilidades de rehabilitación que esto implica.

El incluir el enfoque relacional complejiza y a la vez enriquece la comprensión del fenómeno de consumo.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO

Dentro de los lineamientos terapéuticos más relevantes a trabajar con las mujeres está la temática de la violencia (el maltrato físico, psicológico y sexual), la recuperación del vínculo afectivo con sus hijos y el logro de su autonomía.

Los objetivos del tratamiento apuntan hacia el logro de la abstinencia, la autovaloración personal, el autocuidado, la revinculación con su entorno familiar, la recuperación del vínculo madre-hijo, la ampliación de sus redes de apoyo y el fortalecimiento de los factores protectores a nivel personal, familiar y

comunitario. Todo ello con el fin de lograr su real integración social.

El incluir el enfoque de género en el tratamiento de mujeres con consumo problemático de drogas, permite responder a las demandas específicas de esta población, incorporando a los hijos al tratamiento, sirviendo a su vez como *efecto multiplicador y preventivo*.

El proceso de cambio y rehabilitación de una mujer no solo la afecta positivamente a ella, sino que tiene una magnitud mucho mayor, apuntando al rol trascendental que tiene la mujer en la vida social y en el desarrollo de sus hijos.

En la medida que el mundo adulto le otorga mayores oportunidades de satisfacción y bienestar a los niños, el futuro de nuestra sociedad se ve impactado al promover una mejor calidad de vida a los suyos. Es así como al intervenir a una mujer también estamos impactando positivamente en su entorno más cercano.

Es importante destacar que en la intervención, el consumo de drogas es solo la punta del iceberg de una problemática aún más compleja. Para entender el fenómeno de las drogas, es necesario contextualizar el ambiente en el que este se da. Para esto diremos que las mujeres que han ingresado a tratamiento provienen, en su mayoría, de contextos sociales muy adversos, donde la pobreza, la deserción escolar, el consumo y tráfico de drogas, son parte del ambiente frecuente con el cual deben relacionarse.

Es importante destacar eso sí, que el consumo es transversal dentro de nuestra sociedad, no se da solo en contextos de pobreza y marginalidad; en estos contextos es más visible que en otros.

En entornos de mayores ingresos socioeconómicos es una realidad oculta para el resto, y cuando es una mujer quien la padece con mayor razón. La vergüenza y la culpa están presentes, para quien consume y para quienes la rodean.

“Cada uno da lo que recibe

y luego recibe lo que da:

Nada se pierde

todo se transforma”.

JORGE DREXLER, MÚSICO



### LOS NIÑOS EN EL PROCESO

La incorporación de niños en el programa nos ha llevado a ir adecuando nuestra oferta programática a las necesidades reales de las mujeres atendidas y sus hijos. Entendiendo que las edades de los niños fluctuarían entre los 0 y 5 años, se consideró contemplar una infraestructura adecuada y segura para ellos, equipándose espacios especiales para la atención de los niños, con salas cuna y guarderías dentro de ambos centros, con equipos profesionales multidisciplinarios calificados para su atención, generando una coordinación de trabajo con la red sociosanitaria.

Esta red se encuentra conformada por los hospitales, consultorios de atención primaria de salud, jardines infantiles y salas cunas, tribunales de familia, centros de salud mental, municipios, centros de atención de violencia intrafamiliar, entre otros.

### VISIBILIDAD DE LOS NIÑOS

En un comienzo partimos con la premisa que los niños venían solo acompañando a sus mamás y que nuestra misión era promover ese vínculo. A lo largo del tiempo, hemos tomado consciencia de la presencia de los niños como sujetos de atención y no solo como acompañantes en el proceso.

Ellos son, en muchos casos, uno de los principales perjudicados durante este avance en el consumo de drogas de sus madres. Esto se puede visualizar desde el primer momento que ingresan al centro, son niños que en muchos casos, no ríen, juegan muy poco y muestran desconfianza hacia los adultos. A medida que transcurre el proceso comienzan a jugar cada vez más, a reírse y compartir con los otros niños, a buscar a los miembros del equipo (figuras que ellos identifican como de protección), a regularizar sus hábitos alimenticios y de sueño/vigilia, se les ve, cada vez, más disfrutar como los niños que son.

Nuestras comunidades se configuran como un espacio de normalización y de integración social, la sola presencia de ellos establece un clima de afectividad y autorregulación para las mujeres.

### SIGNIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE LOS NIÑOS

Para las madres resulta muy significativo la presencia de los niños en la comunidad.

Para quienes están con sus hijos implica una oportunidad de afianzar el vínculo, reparar lo dañado y responsabilizarse de su rol, ya no desde la culpa sino que desde el disfrute real de compartir con ellos y contribuir en su desarrollo saludable. Se sorprenden al darse cuenta que los niños “saben” más de lo que creen acerca de las experiencias vividas durante el consumo. No es raro que piensen que por ser pequeños no se dan cuenta de lo que ocurre a su alrededor, el consumo mismo, el tráfico de drogas, el robo o la prostitución en algunos casos.

Pero los niños con esa inocencia que los caracteriza siempre están dispuestos a darles otra oportunidad, a creer en ellas, a ayudarlas a cambiar.

### CUANDO YA NADIE MÁS CREE, ELLOS SÍ LO HACEN

Esto constituye una de las motivaciones principales de las mujeres por generar un cambio, por ellos quieren ser mejores personas.

Pero no es fácil para ellas hacerse cargo de un día para otro de los niños, cumplir con tareas que antes las realizaba la abuela, la tía o la hermana; establecer límites y manejar los conflictos que se pueden generar. Quieren recuperar el tiempo perdido, pero no saben como hacerlo ni como manejar el estrés que

genera el cuidado de ellos, sobre todo cuando son bebés. Implica mantener una atención constante para evitar que se hagan daño, en un momento en que están centradas en sí mismas y en la satisfacción, de manera inmediata, de sus necesidades más individuales, no resulta fácil entonces hacerse cargo de un otro que exige y demanda atención, cariño y contención, entre otras demandas.

Esto implica un desafío para el equipo, quien debe velar tanto por la atención y tratamiento de las madres, como por el cuidado y bienestar de los niños, siempre teniendo como base el cumplimiento de los *derechos del niño*. Este es un marco regulador que tenemos siempre presente en los centros, en cada una de las actividades o intervenciones que se realizan se debe velar por su cumplimiento.

Para quienes no están con sus hijos al interior del centro, la sola presencia de niños en su entorno, implica para ellas conectarse con la vivencia de la maternidad, con su propia historia de vida, con sus miedos y frustraciones.

### LOS NIÑOS Y EL EQUIPO TERAPÉUTICO

La presencia de los niños no solo afecta a las usuarias atendidas, sino que incluye a todo el equipo del Centro, quienes se ven conmovidos por su ternura, por su búsqueda incansable de afecto, y los lleva también a revisar su propia historia de vida.

Los niños identifican al interior de los equipos sus figuras más significativas, los buscan para jugar, para obtener reconocimiento y demostraciones de afecto.

A través del modelaje las mamás re-aprenden nuevas formas de vinculación con sus hijos, toman consciencia que tienen mucho para entregarles y que ellos están ávidos que así sea. Sus hijos no tienen por que repetir su historia, la de sus padres y de sus abuelos. La pauta transgeneracional se puede cortar

“Caminante,  
son tus huellas el camino  
y nada más;  
caminante no hay camino  
se hace camino al andar...”

ANTONIO MACHADO

y ofrecerles otras oportunidades en su desarrollo. Esa es una responsabilidad compartida que tenemos como sociedad, donde cada uno aporta desde su ámbito de acción. Nuestra principal herramienta de trabajo como terapeutas somos nosotros mismos. Nuestras experiencias, miedos, frustraciones, alegrías y satisfacciones al estar procesadas y asumidas, nos permiten avanzar y ayudar a otros. Es desde esta resiliencia que logramos vincularnos con el otro de manera genuina.

Esta es una premisa que comparten nuestros equipos y que nos motiva a crecer cada día.

#### VINCULO DE APEGO

Una de las temáticas centrales a trabajar con las usuarias es el vínculo de apego con sus hijos.

Sabemos que los procesos primarios del apego garantizarían el desarrollo de una afectividad sana, relaciones vinculares más exitosas y una autorregulación emocional adecuada, siendo las edades más tempranas, desde los 0 a los 5 años, un periodo trascendente en este aspecto.

Las formas de apego se desarrollan en edades tempranas y tienen una alta probabilidad de mantenerse a lo largo de la vida. De acuerdo a la literatura existente, se describe que en muchos de los casos de mujeres que abusan de drogas, se ha generado un estilo de apego de tipo desorganizado el cual se ha ido repitiendo transgeneracionalmente, esto sitúa al niño en un estado de vulnerabilidad frente a posibles abusos de drogas en el futuro, con la finalidad de poder regular el estrés<sup>1</sup>.

Se puede observar a través de comportamientos inconsistentes o erráticos, lo cual vuelve la conducta de la madre poco predecible para el niño.



Es por ello que no intentamos cambiar el estilo de apego sino fortalecer la *respuesta sensible de la madre o del cuidador*, a través de talleres psicoeducativos e intervenciones individuales con educadora de párvulos y psicóloga. Esto significa que las mujeres aprendan a identificar las señales de su bebé (si tiene sueño, dolor, hambre, calor), en el fondo saber *discriminar* sus necesidades. El objetivo es que logren conectarse con sus bebés como un ser individual y distinto a los otros, esto les permitirá ir fortaleciendo sus competencias parentales y contribuir al desarrollo saludable de sus hijos.

Aquí se puede apreciar el impacto que tiene el trabajo en equipo de manera interdisciplinaria, donde cada profesional desde su ámbito contribuye a un objetivo común.

#### EL ORIGEN DEL ORIGEN: APEGO Y EMBARAZO

Desde la neurobiología, los procesos primarios del apego se inician a partir de la semana 16 de vida intrauterina y se extienden hasta los dos meses de vida extrauterina, constituyéndose esto como un periodo crítico para su desarrollo.

De esto podemos extrapolar la relevancia que tiene para la mujer y su bebé, su incorporación temprana en un programa,

el logro de la abstinencia en el consumo y la toma de consciencia de su estado de embarazo<sup>2</sup>.

Durante el embarazo se manifiesta una mayor sensibilidad de la mujer a las interacciones, se genera una movilización corporal que gatilla el despertar de la memoria corporal, acompañada de una inestabilidad emocional.

Es un período dinámico, de mayor permeabilidad y vulnerabilidad. Se produce una reedición de su propia historia vincular, aumenta el riesgo de una depresión o una reactivación de patologías previas<sup>3</sup>.

Con el fin de responder a estas necesidades particulares se diseñó un plan de intervención específico, el cual implicó capacitación del equipo en esta temática.

#### INCORPORACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS

El programa comenzó a recibir mujeres embarazadas a partir del año 2009. Es importante destacar que la apertura al ingreso de mujeres embarazadas significó una revisión de nuestro quehacer y una preparación para lo que entendíamos implicaría este proceso. Para ello nos entrevistamos con médicos gineco-obstetras, pediatras y matronas y revisamos literatura en esta temática. Todo ello contribuyó a ayudarnos a dismi-

nuir nuestras aprensiones y miedos respecto a la implicancia que tendría para el programa en términos de riesgos y preparación del equipo.

Es así como llegamos a elaborar un plan de intervención para mujeres embarazadas, el cual considera algunas diferencias respecto al resto de las mujeres, estos son:

- **Desde lo biológico:** realizar control del embarazo en complementariedad con el consultorio de atención de salud, control de síndrome de abstinencia, reforzar dieta saludable, evitar consumo de tabaco (en muchos casos, ha significado disminuir su consumo) y recuperación de los hábitos de sueño-vigilia.
- **Desde lo psicológico:** las intervenciones consideran una mayor contención afectiva, estabilización emocional, aceptación y/o toma de consciencia del embarazo y fortalecimiento del vínculo madre e hijo. Además, se establecen mayor número de intervenciones individuales, cuyo foco es el embarazo, sin profundizar en su historia de vida, sino mas bien haciendo un proceso de acompañamiento de esta etapa.
- **Desde lo familiar:** incorporación del padre, fortalecer consciencia de enfermedad (en el caso de padres consumidores) y reforzar rol paterno; incorporación y responsabilización de familia extensa, todo esto con el

1 Lecannelier, F. en "Guía Mujeres y tratamiento de drogas" Conace.  
2 Céspedes, A. "Neurobiología del proceso de apego y de la capacidad vincular" del Diplomado Apego Seguro PUC.  
3 Farkas, C. "Apego en el embarazo" del Diplomado Apego Seguro PUC.



fin de generar una red de protección para la mujer y su hijo.

- **Desde lo ocupacional:** flexibilización en horarios y actividades del centro. Foco en el cuidado de su embarazo

#### Y LLEGA EL MOMENTO DEL PARTO

Para este momento la usuaria se ha ido preparando en compañía del equipo terapéutico para la llegada de su hijo. Surgen los miedos respecto al estado de salud con el que pudiese venir el niño, entendiendo que parte de su embarazo estuvo en consumo y con eso las culpas asociadas a esto. Es importante el acompañamiento que hace el equipo en este proceso donde el foco no debe ser la culpa sino la responsabilidad.

Para muchas, si bien no es su primer embarazo, sí es el momento que lo han vivido más lucidamente y con una mayor contención.

Se sienten vulnerables y esto implica que busquen figuras afectivas de referencia.

Para el resto de las usuarias en el centro, este es un momento que también viven con mucho afecto y compañerismo. Han sido parte del proceso de acompañamiento y esto hace que este bebé también las identifique en algún aspecto.

La estadía en el hospital no ha estado exenta de dificultades, han debido convivir con los prejuicios y juicios de los equipos de salud respecto a su consumo durante este período, pese a llevar tiempo de abstinencia y de encontrarse en tratamiento. Para finalizar, es importante destacar que para muchas de ellas, la experiencia de encontrarse en un entorno libre de violencia, de estigmatización y de exclusión, les ha permitido fortalecerse, tomar consciencia que su vida puede ser distinta, que pueden salir adelante y creer en sus propias capacidades.

Tal vez no todas dejen de consumir drogas, pero sí creemos que la experiencia que han vivido no la olvidarán nunca. Es encontrarse con una realidad en muchos casos desconocida u olvidada.

El trabajar con estas mujeres nos ha enorgullecido, ver sus cambios y fortalezas nos motiva a plantearnos nuevas estrategias y nos obliga a mirarnos y mejorar cada día.

Implica estar permanentemente revisando nuestras acciones, haciendo conciente nuestras emociones, prejuicios y expectativas. Ser respetuosos de SU proceso. Creer en ellas y en sus posibilidades de cambio. No perder nuestra capacidad de asombro.

Empatizar con el otro, vincularnos desde la persona, no solo desde la profesión y las teorías, son *todas esas pequeñas cosas* las que hacen la diferencia y nos permiten construir la alianza y el cambio terapéutico.

**TRADICIONALMENTE SE HA PLANTEADO** que los seres humanos tenemos ciertos patrones y estrategias para lidiar con situaciones de estrés, trauma y vulneración. Dentro de estas estrategias, la más conocida es la que se conoce como el sistema de "ataque/huida", que tal como lo dice su concepto, incluye atacar o huir como forma de enfrentar determinadas situaciones estresantes. Sin embargo, reciente literatura proveniente de la neurobiología y la psiconeuroinmunología ha demostrado que pueden existir diferencias de género en la forma como se enfrentan estas situaciones. Más específicamente, se ha encontrado que las mujeres (y las madres) pueden (y suelen) adoptar una estrategia que está más bien basada en el cuidado y la protección de sus crías/hijos (Taylor et al., 2006). Es decir, que para muchas mujeres cuidar a los niños y ayudar a otras madres a cuidar puede ser una estrategia para regular situaciones estresantes de la vida. Si esta evidencia es correcta entonces, es claramente esperable que se debe incorporar a los niños en los programas de tratamiento en adicciones de sus madres, ya que la experiencia de la crianza y el cuidado puede servir como un regulador emocional de sus problemas de adicción. La experiencia de los tratamientos del equipo de Dianova Chile, tanto a nivel del embarazo como con los niños de 0 a 5 años, demuestra esta evidencia biológica.

Tradicionalmente se han adoptado ciertos supuestos "adultistas" en el tratamiento de adultos que se encuentran en diversas condicio-

nes de vulnerabilidad (adicciones, psicopatología psiquiátrica, etc.) basados en que a los hijos se los debe proteger de ellos, o dejándolos fuera del tratamiento, o simplemente buscándoles una familia alternativa, o institucionalizándolos. Sin embargo, la evidencia actual ha demostrado que sí es posible trabajar con estos padres y, que la inclusión del niño en los tratamientos, no solo disminuye en ellos su nivel de estrés y sintomatología, sino que ayuda a los padres a superar sus propias dificultades y desorganizaciones (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Dentro de lo mismo, los supuestos basados en el hecho de que el niño no comprende lo que le rodea y que debe ser "protegido" de la vulneración de los padres ya ha sido ampliamente refutado (Lieberman & van Horn, 2008). En el fondo, es que como si se produjera un sistema de regulación mutua que permite al cuidador y el niño aprender a convivir, regularse y conocerse mutuamente, con las consecuencias positivas y negativas que esto pueda tener para el futuro. Por lo tanto, valoro enormemente el salto que se está haciendo aquí al incorporar modelos de tratamiento relacionados a la crianza, el apego y el fomento del desarrollo del niño, en madres que presentan adicción a las drogas. Es evidente que esto las re-conecta con una motivación evolucionista a criar y proteger a sus hijos, mientras ellas también son cuidadas y "criadas" por profesionales que se constituyen como un sistema de cuidado seguro, predecible, estable, sensible y libre de estrés (todas condiciones esenciales para el desarrollo humano integro y sano!!!).

*Ps. Felipe Lecannelier Acevedo*

Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño (CEEIN), Universidad del Desarrollo.

#### Referencias

- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. The Guilford Press: New York.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. The Guilford Press: New York.
- Taylor, S.E., Gonzaga, G.C., Klein, L.C., Hu, P., Greendale, G.A., & Seeman, T.E. (2006). Relation of oxytocin to psychological stress responses and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis activity in older women. *Psychosomatic Medicine*, 68, 238-245.

**Javier Arza**

Docente, investigador y consultor  
Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra.

## LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTERINSTITUCIONAL DE LAS SITUACIONES DE DESVENTAJA MÚLTIPLE

**Presentación.** En este artículo analizo cómo, la construcción compartimentada de los sistemas de respuesta a las necesidades sociales, genera inequidad y exclusión directa e indirecta a las personas con necesidades múltiples y complejas. Afirmo que la situación de las mujeres drogodependientes es un ejemplo paradigmático al respecto. Asimismo, enumero una serie de elementos, recogidos en la literatura científica, que facilitan el abordaje de fenómenos complejos en los que deben intervenir múltiples niveles asistenciales, sistemas y perfiles profesionales.

**Compartimentación institucional y fragmentación de la atención.** Históricamente, las diferentes ramas o subsistemas de bienestar social (sistema sanitario, sistema educativo, sistema social, etc.) se han estructurado en torno a una determinada construcción segmentada de las necesidades del ser humano, como si se pudieran definir fronteras en las mismas. Además, en torno a ellas se han ido generando estructuras institucionales y profesionales que han contribuido a impermeabilizar aún más las delimitaciones entre las distintas ramas. Esta configuración compartimentada de las respuestas institucionales ha dificultado tradicionalmente la generación de actuaciones integrales.

Paradójicamente, cuanto más se complejizan los sistemas de bienestar social en una sociedad, más dificultades surgen para abordar fenómenos complejos que exigen la intervención coordinada de varios sistemas y niveles asistenciales. Al mismo tiempo, la complejidad de una sociedad también supone el incremento en la visibilización de ese tipo de demandas y necesidades complejas. Podemos poner múltiples ejemplos al respecto, aunque los restringiremos a aquellos en los que está presente la drogodependencia: personas drogodependientes con una enfermedad crónica, sin apoyo socio-familiar y con necesidades residenciales; mujeres drogodependientes con hijos y/o hijas a su cargo (o embarazadas); personas con trastorno mental grave y drogodependencia; personas con discapacidad (física, intelectual y/o sensorial) y drogodependencia; menores de edad con consumo problemático de drogas y necesidades de educación reglada; personas drogodependientes *sin hogar*; etc.

Así, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades múltiples y complejas es la fragmentación de las intervenciones (cada institución interviene sobre una necesidad distinta, pero sin tener en cuenta las demás), olvidando que la persona es

solo una. En ese sentido, se habla de los problemas que surgen en la coherencia y la continuidad de las atenciones: interrupciones en el itinerario de atención, que pueden provocar recaídas y retrocesos; duplicidades y otro tipo de incoherencias entre equipos e instituciones que intervienen a lo largo del proceso; derivaciones que no son más que “dejar a la deriva” a las personas en el laberinto de servicios, prestaciones y recursos; etc.

En muchas ocasiones las personas con necesidades múltiples y complejas son excluidas de los servicios y, por lo tanto, se ven sometidas a situaciones de inequidad. En algunos casos se trata de exclusión directa vinculada a los criterios rígidos de admisión del recurso (por ejemplo; un servicio de atención a víctimas de la violencia de género que no admite a una mujer porque es drogodependiente; un servicio de drogodependencias que no admite a una persona porque tiene una enfermedad mental; etc.). Sin embargo, en otros casos se trata de exclusión indirecta, ya que el servicio no se adapta a una o varias de las necesidades de la persona, con lo que también se está imposibilitando que acceda a él.

**La mujeres drogodependientes como un caso de desventaja múltiple.** En el caso de las mujeres drogodependientes nos encontramos con ambas situaciones de exclusión. Existen situaciones de exclusión directa, ya que la mayoría de los programas de tratamiento residencial no permiten la admisión de mujeres embarazadas o con hijos-as. Sin embargo, el tipo de exclusión más presente es la indirecta. De hecho, una publicación editada por Naciones Unidas en el año 2005 afirma que las mujeres encuentran *“problemas más graves al inicio del tratamiento y posiblemente encuentren más obstáculos que los hombres para acceder a éste. A pesar de las diferencias entre culturas y naciones (...) encuentran frecuentemente los mismos obstáculos para su acceso al tratamiento y permanencia en él”*. Los obstáculos mencionados en esta publicación están muy vinculados con el sistema de género patriarcal, ya que *“tienen que ver con sus deberes como esposas o parejas y madres, con las dificultades resultantes de tener un compañero sexual drogodependiente y con la estigmatización sobreañadida que suponen para la mujer los problemas de uso indebido de sustancias”*. Precisamente la falta de adaptación de los programas de tratamiento a estos obstáculos específicos de las mujeres, supone un caso claro de exclusión indirecta y de inequidad.

Varias son las acciones que los programas de tratamiento deberían poner en marcha para incorporar la equidad<sup>1</sup> de género en su funcionamiento. De esta manera podrían lograr facilitar el acceso de las mujeres y ofrecer un servicio mejor adaptado a sus necesidades múltiples:

- Formar a los y las profesionales del equipo en “género y drogodependencias” e incorporar la perspectiva de género como una cuestión transversal en el programa y la organización.
- Abordar otro tipo de consumos a los que habitualmente no se les presta mucha atención, como los fármacos, y que están más presentes en las mujeres.
- Desarrollar estrategias de *empoderamiento* de las mujeres, como las descritas en el artículo “Perspectiva de género y *empoderamiento* de las mujeres”.
- Poner en marcha estrategias para detectar situaciones de violencia de género (presentes o pasadas) y abordarlas.
- Trabajar las relaciones de pareja y la prevención de la violencia contra las mujeres.
- Abordar la relación con el propio cuerpo y la sexualidad.
- Adaptar el programa de tratamiento para que puedan incorporarse mujeres embarazadas y mujeres con hijos y/o hijas a su cargo.
- Trabajar las dificultades específicas de acceso al mercado de trabajo por parte de las mujeres.

Como se puede observar al leer el artículo “Análisis y reflexiones acerca de la intervención con mujeres con consumo problemático de drogas”, el C.T. San Bernardo ha incorporado la mayoría de estas medidas y ofrece una atención integrada<sup>2</sup> para mujeres drogodependientes.

**El abordaje integral e interinstitucional de las situaciones de desventaja múltiple.** Atención integrada, espacio socio-sanitario, coordinación socio-sanitaria, red socio-sanitaria, son conceptos cada vez más presentes en el debate actual. Todos ellos vienen a reflejar la preocupación creciente por el abordaje de las situaciones de desventaja múltiple, en las que no es suficiente la respuesta aportada desde un solo de los sistemas de bienestar social tradicionales (sistema sanitario, sistema educativo, sistema social, etc.). Las mujeres drogodependientes representan uno de estos casos de desventaja múltiple, pero existen otros muchos, como ya hemos podido ver en

### Bibliografía

- Amor, P.J. et al. (2007). Violencia de pareja y adicción a drogas en Centros de Día. ASECEDI. Madrid.
- Ararteko (2008). Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Defensoría del Pueblo del Gobierno Vasco. Vitoria.
- Martínez, P. (2008). Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. ASECEDI. Madrid.
- Rosengard, A. T. Alt. (2007). A literature review on multiple and complex needs. Scottish Executive Social Research. Edinburgh.
- VV.AA. (2001). Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- VV.AA. (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer. Naciones Unidas.

el artículo. La creación de servicios de atención integrada, como es el caso del C.T. San Bernardo, es una de las estrategias válidas de respuesta ante esta realidad, pero es necesario poner en marcha otras actuaciones que lo complementen y refuercen.

Terminaré el artículo refiriéndome precisamente a un conjunto de elementos, identificados en la literatura científica, que facilitan el abordaje de fenómenos complejos en los que deben intervenir múltiples niveles asistenciales, sistemas y perfiles profesionales. Por las limitaciones de espacio de este artículo, únicamente los enumeraré:

- Creación de estructuras de coordinación interinstitucional a nivel micro, meso y macro.
- Creación de circuitos de derivación entre los diferentes sistemas y servicios que posibiliten la continuidad en la atención. Se deben identificar responsables en cada nivel de atención y establecer protocolos de derivación.
- Diseño y puesta en marcha de itinerarios individualizados de atención integrada, es decir, compartidos entre varios recursos que atiendan las necesidades múltiples de una persona.
- Puesta en marcha de la figura de gestión de caso. Se trata de un o una profesional que se encarga de coordinar y seguir el itinerario de cada persona por los diferentes recursos y sistemas.
- Sistemas integrados de información, es decir, compartidos entre varias instituciones y sistemas.
- Aprovechamiento de las tecnologías de la información para mejorar la comunicación entre profesionales de diferentes recursos y sistemas.
- Formación conjunta entre profesionales de diferentes disciplinas y de distintas instituciones y sistemas. De esta manera se pueden generar lógicas transprofesionales y modelos compartidos de atención.
- Definición de criterios e instrumentos comunes de diagnóstico y valoración integral.
- Elaboración de instrumentos comunes de apoyo a la toma de decisiones: guías de buenas prácticas, protocolos, etc.

1 En políticas pública, el logro de la equidad implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas.  
2 *Integrated care* es el término más utilizado para definir este tipo de servicios en la literatura en inglés.

### Humberto Gutiérrez Sotelo

Licenciado en Filosofía y Psicólogo, ambos por la Universidad de Chile. Máster en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Madrid. Epistemólogo, investigador quien ha desarrollado lo que ha denominado Biología Social. Autor de los libros "Biología Social" y "La Sociedad no es Social".

#### COMENTARIO INSPIRADO EN ESTAS PROFUNDAS ACCIONES

Nuestro vivir humano, no es nunca un proceso predeterminado como si fuésemos diseñados a un vivir continuo e inalterable. Nuestra propia historia nos va mostrando cómo muchos seres humanos se fracturan en este vivir humano. A veces hay resistencias de admitir cómo la existencia humana se nos quiebra, y posiblemente por este impacto insospechado se tiende a negar o simplemente a enjuiciar a otros por su culpabilidad de vivir tan mal.

Nos cuesta comprender precisamente nuestros dramas humanos, pues no hemos cultivado suficientemente nuestra sensibilidad humana, no en tanto a nuestro modelo mental de lo humano, sino principalmente no sabemos entender nuestra socialización mamífera básica. Una evidencia de esto, lo presenta nuestra actitud frente a la drogadicción en nuestra sociedad pues las drogas no es un problema en sí mismo, sino son las vidas de las personas que las consumen el asunto primordial. Por lo mismo, las biografías personales son las vías para conectarse en muchas dimensiones con los orígenes de las adicciones.

El estar acompañando a mujeres embarazadas o mamás para las cuáles su dependencia a la droga, en el mayor de los casos hizo más intenso la fragmentación de su vivir, y por ende, su propia calidad existencial se aplanó para sí mismas. Dónde las historias de mujeres abusadas, deprivadas, muestra "negación" a su sociabilidad básica, es decir, "nunca se sintieron teniendo presencia espontánea para alguien".

En lo personal concibo que "La experiencia de presencia para otro", es primordialmente de origen mamífero ancestral, cuyas acciones emocionales las connotamos como amorosas.

Así toda nuestra biología mamífera amorosa tiende espontáneamente a tener presencia sensorial ante otros, al no ocurrir este modo de interacción, la experiencia de daño es integral. Por lo mismo, los estados producidos por la droga en parte mitigan dolores pero a la vez distorsionan la sensorialidad y afectividad de la biología amorosa espontánea para encontrarse con otros. La sensación de lejanía y desconexión va enclaustrando y aplanando cada vez más la sensibilidad para convivir. Quedando en una situación de contradicción emocional, pues la droga mitiga el dolor emocional de negación pero a la vez altera la biología espontánea del convivir. Tales ciclos se hacen habituales, una rutina insoportable, instalándose lo dramático y la invalidación propia para transformar su vivir personal.

Por lo expresado, cuando a través de procesos de apoyo se busca restituir la compañía y apoyo a estas mujeres, se está haciendo una

restitución paulatina del daño mamífero amoroso. Todo esto se da en las propias dinámicas de socialización, pues en estas aparece la convivencia regenerando dimensiones obstruidas o dañadas del vivir sensorial-emocional de las personas.

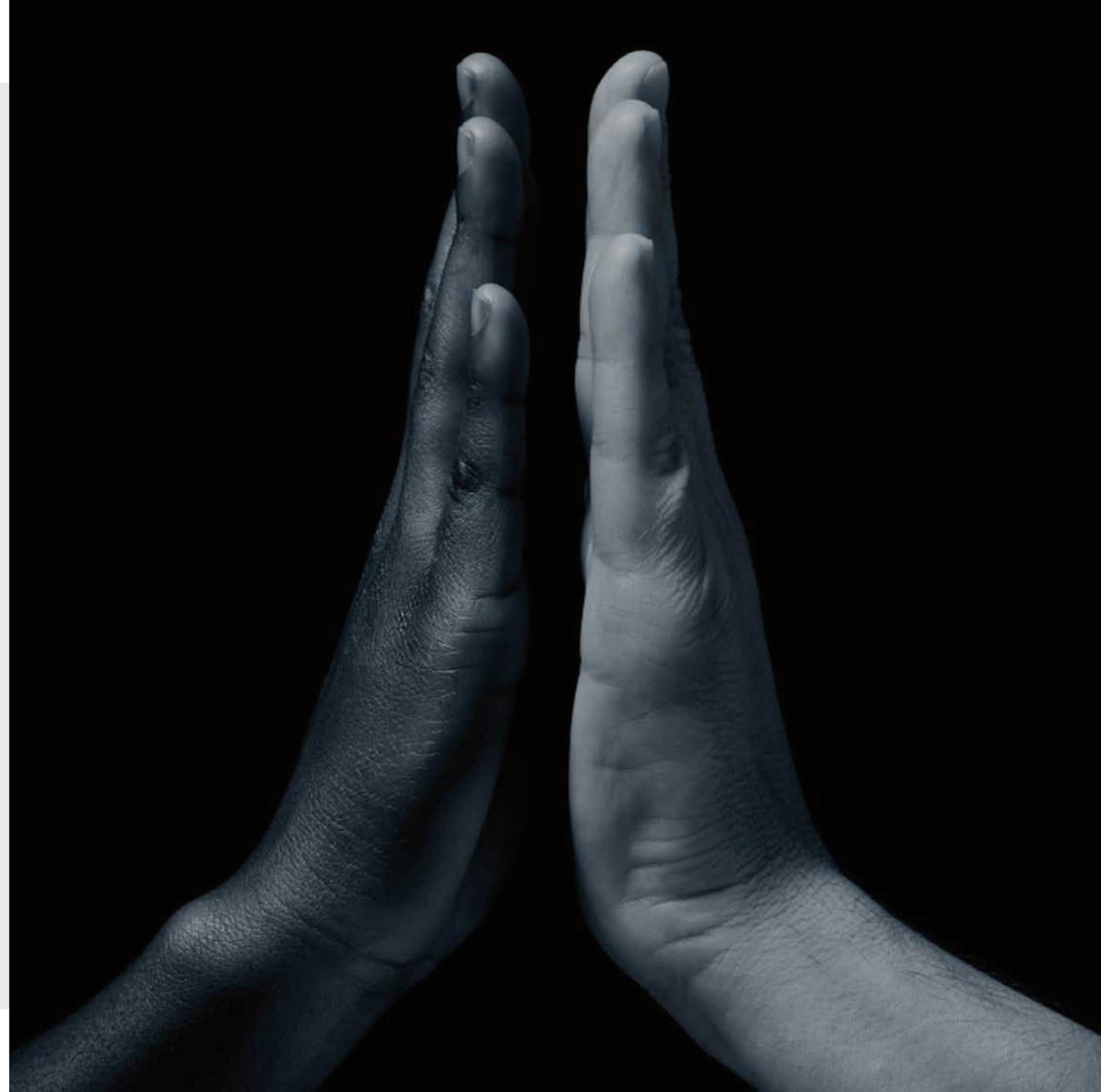
Esto se evidencia aún mas, en el contacto que tienen con los niños pues las dinámicas de estos, son un polo de atención sensorial. Los recién nacidos hacen un llamado tácito al cuidado, la protección. Que va en aumento paulatino con su crecimiento, generando en sus madres una mayor concentración sobre sus conductas de crianza. Tenemos entonces que la relación materno-infante humano es básicamente una relación mamífero de crianza, y en dónde los cachorros con su desarrollo neuro-motor y emocional van modificando constantemente los modos de relación convivencial.

Todo bebé humano o cachorro mamífero humano, por su biología amorosa busca la cercanía sensorial, constituyendo un verdadero polo de atención sensorial (esto lo experimentamos cotidianamente cuando cualquier bebé atrae la mirada de adultos y modifica todo entorno convivencial). Precisamente por esta dinámica de los bebés que pueden las mamás revivir y experimentar desajustes emocionales poco concientes, pues evocan estados de la propia crianza y su propio desarrollo de negación, transgresión, abandono, que tienden a replicar. Pues en muchas dimensiones su biología está desensibilizada para la cercanía.

La socialización no es normativa como suele pensarse sino es muy temprana y prelingüística, pues atañe a la propia biología mamífera sensorial. Todo bebé nunca niega el contacto sensorial sino por el contrario busca y se hace adicto a la caricia. Y cada vez que ello ocurre con los bebés no solo lo está cuidando sino generando estabilizaciones profundas de su neuro-corporalidad y de su psiquismo posterior adulto.

Toda dinámica de crianza puede ser en una primera instancia perturbadora para mamás que han sido negadas en las mismas dimensiones que ahora requiere para criar y cuidar a sus niños. Por lo mismo se requiere de expandir la experiencia de crianza individual a una colectiva donde se transfieran mutuamente aprendizajes. La relación madre-hijo es de intimidad por lo mismo se tiene que cuidar y evitar la excesiva presión de hacerla técnicamente una "buena madre".

Desde el planteamiento de la Biología social que sostengo, veo los procesos de crianza de los niños por parte de sus madres, una posibilidad de cambiar sus focos de drogadicción, para entrar a restaurar su socialización primaria. Veo en este proceso de crianza una dinámica interesante de profundizar no solo en sus efectos para modificar conductas de sus madres sino en su propia calidad y mérito.





*Elena Goti*

Sorbona, Universidad de París, Universidad de Buenos Aires, Universidad de Rochester, N.Y., Universidad de San Andrés. Becaria Fullbright de Investigación Avanzada. Consultora de Dianova Internacional

**CORAJE Y SOFISTICACIÓN'**

**Nota preliminar.** Este texto es mi respuesta a una carta-invitación de Dianova en Chile a través de la cual se me invita a comentar el artículo "Análisis y reflexiones acerca de la intervención con mujeres con consumo problemático de drogas" especificando que "no se trata de una mirada crítica al artículo mismo, sino un aporte al contenido tratado...".

El antecedente directo de estos comentarios fue una visita que hicimos en 2009 un grupo internacional de visitantes al centro San Bernardo, presentado en esa ocasión, como una "comunidad terapéutica (CT) para población femenina con especial atención a la temática de género".

Nos recibieron en una finca arbolada al sur de Santiago, salpicada de construcciones emplazadas en cuidados jardincillos, atravesada por senderos y caminos por los que circulaban mujeres con y sin niños a su alrededor; la escena era un tanto bucólica y la visita continuó así hasta que, en un determinado momento, entró en la propiedad un bus escolar que "traía a los niños"; el ritmo cambió, algo se aceleró y varias mujeres corrieron a recibirlos.

Imaginé diálogos –"¿cómo te fue?" "¿qué hicieron hoy?" "¿qué aprendiste de nuevo?"– mientras se alejaban caminando cansinamente hacia "sus casas".

En ese momento, saltaron mis alarmas, porque una escena similar se repite cada día frente a mi casa en Girona y algo no me cerraba; ¿no estábamos visitando una CT, un centro residencial de tratamiento de drogas?

Me dije que allí ocurría algo "diferente" ya que, según mi experiencia, no era ni habitual ni posible que el "afuera" irrumpiera tan sencilla y directamente en el seno de una CT... dejé en suspenso mis entonces vagas impresiones para seguir con la visita tal como estaba programada.

Ahora, ya en 2012, la carta-invitación a "hacer un aporte" reactiva inmediatamente aquellas vivencias y sensaciones y aprovecho la ocasión para poner por escrito lo que podría sintetizar como *el muy complejo y sofisticado trabajo que están realizando los responsables y operadores del centro San Bernardo de Dianova en Chile*.

**Sobre la CT tradicional.** San Bernardo, se presenta como una comunidad terapéutica; dice George de Leon<sup>2</sup> "en comunidad terapéutica, el terapeuta, el método es la comunidad y todo lo que allí se percibe, todo lo que allí ocurre está destinado a crear comunidad".

En CT el proceso se ordena en dos fases principales: durante la primera –*el tratamiento primario*– se establece una separación saludable de la sociedad exterior, en tanto que en la segunda –*la reinserción social*– se hacen los ajustes finales para facilitar la reinserción a la sociedad.

Esta distinción es crítica: se parte de situaciones de aislamiento casi total y a medida en que se van logrando resultados, se van re-estableciendo las conexiones con el exterior. El aislamiento es siempre instrumental, temporal y reversible.

El proceso no es arbitrario y obedece a dos razones: se intenta separar a la persona del medio "negativo" del mundo de la droga en el que ha estado inmersa y se utiliza la fuerza del grupo de pares para conectar y adherir más rápidamente al nuevo entorno comunitario.

Como las interacciones con el exterior pueden minar e interferir se controla todo lo que pueda distraer y dificultar al residente de concentrarse en su proceso "terapéutico".

En CT las mujeres que hacen sus tratamientos, utilizan su tiempo en revisar, en cuestionar y rectificar conductas y en tomar decisiones con respecto a sus futuros, mientras, en el mundo "real" exterior, alguien se ocupa de los hijos.

**2009: el bus escolar como metáfora.** Vuelvo a la visita a San Bernardo y a mi sorpresa por lo inusual de la escena, ya que los niños que llegaban en el bus eran un puente de conexión directa con el exterior lo que implicaba operar con procesos innovadores y bastante sofisticados en la dinámica de una CT: por un lado se desactivaba el aislamiento instrumental y por el otro se levantaba el paréntesis temporal de las residentes con el mundo "real".

Más adelante en la visita, pudimos observar que la infraestructura estaba debidamente adaptada para niños, que era segura y que ofrecía espacios especiales como salas cuna y guardería; dicho muy simplemente, que en San Bernardo a la CT con "temática de género" se agregaba "niños".

Centrándome ahora en el artículo, compruebo que la complejidad es aún mayor de lo que yo había intuido cuando leo "...partimos con la premisa que los niños venían solo acompañando a sus mamás... (pero) hemos tomado consciencia de la presencia de los niños como sujetos de atención".

Esta frase declara lisa y llanamente que en San Bernardo hay dos sujetos de atención: las mujeres y los niños.

Como si esto no fuera ya suficientemente complejo sigo leyendo y el artículo introduce una nueva dimensión en los procesos cuando más adelante habla de *madres* e *hijos*.

Leo entonces que las mujeres-madres están internadas con sus niños-hijos de entre 0 y 5 años y que para ellas-madres, resulta tan significativa la presencia de los niños-hijos en la comunidad que constituye el eje y una de las motivaciones principales que las deciden a generar cambios en sus vidas.

Me entero también que este proceso no se da espontáneamente sino que es resultado del trabajo cuidadoso y delicado que se hace con las internas. "...no es fácil para ellas hacerse cargo de un día para otro de los niños, cumplir tareas que antes realizaba la abuela, la tía o la hermana; ...quieren recuperar el tiempo perdido"... "esto implica un desafío para el equipo"... y mucha sofisticación, agrego yo.

La ampliación de la población asistida en San Bernardo a *mujeres, niños, madres, hijos* implica operar en cuatro niveles superpuestos de "clientes-target" a los que hay que dar respuestas cruzadas y simultáneas.

Esta multi-simultaneidad escala geométricamente la complejidad de los procesos terapéuticos que requieren intervenciones muy elaboradas y más sofisticadas que las ofrecidas habitualmente en CT, debido a que engloban lo grupal, lo individual y lo vincular, el adentro y el afuera, se revisa el pasado y se analiza el presente pero estando todo el proceso amplificado y con un foco muy potente e inmediato, representado por los niños.

Todo debe ir transcurriendo, además, a velocidades superpuestas.

Al estrés habitual de dejar de consumir, a los cambios fisio-psicológicos, al shock de una internación agregamos en San Bernardo el estrés que genera en una madre el cuidado de un hijo: ¿pasó la noche sin dormir? ¿no había manera de parar los llantos? ¿una fiebre que no remite?

Se elimina la intemporalidad relativa durante la cual habitualmente los residentes se toman tiempo para meditar, para contrastar conductas y establecer prioridades ya que, en San Bernardo, viven un presente muy demandante con hijos a cargo, exigiendo atención y requiriendo su afecto ahora mismo, ya!

Hasta la organización jerárquica de la CT está puesta en jaque ya que si bien las residentes deben acatar las normas y reglas establecidas, como madres están –de hecho– jerárquicamente por encima de sus hijos y deben ellas mismas establecer reglas y normas y hasta ejecutar sanciones si fuera necesario.

Las usuarias están en todo momento asistidas y reciben coaching por parte del personal profesional, pero su jerarquía con respecto a sus hijos sigue siendo incuestionable e inalienable.

Estas son diferencias básicas entre un centro tradicional de tratamiento de drogas, donde se pueden ir encarando los diferentes tópicos uno a uno, donde se escalonan los ítems a tratar nivel por nivel y se sigue un plan de trabajo previsto y lo que ocurre en San Bernardo, con complejidad en los dispositivos y simultaneidad de procesos, donde aumentan de manera exponencial las necesidades a las que hay que dar respuesta mientras los plazos se acortan y se trabaja en un presente permanente.

**El equipo como meollo central.** Llegamos finalmente al meollo central que hace posible todo lo que hemos ido viendo y que es un equipo interviniente con cualidades especiales, a destacar la audacia y el compromiso de implementar procesos sofisticados y exigentes. Doy por sobreentendidas su profesionalidad y su capacidad técnica, ambas condiciones sine qua non.

Nos dicen en el artículo, que la presencia de los niños no solo afecta a las usuarias sino que impacta en todo el equipo del Centro... "quienes se ven conmovidos por su ternura, por su búsqueda incansable de afecto".

Dicho así suena simple y hasta evidente, pero en otros contextos.

En San Bernardo lo complejo es no involucrarse con los niños directamente sino involucrar a las madres, apoyarlas en todo momento respetando siempre sus decisiones, mientras simultáneamente y por sobre todo, se protege a los niños.

Se requiere ser hábil y flexible para moverse entre límites tan sutiles; los operadores saben que esos niños tienen sus madres y también saben que en ningún caso deben sustituirlas, sea en la función materna, en el afecto o en la ternura.

El gran desafío asumido por el equipo es operar manteniéndose en permanente equilibrio entre el tratamiento y la habilitación de las mujeres-madres y al mismo tiempo velar y cubrir siempre el cuidado y bienestar de los niños-hijos, porque saben que preparan a madres e hijos para encarar un futuro que tendrá lugar fuera de San Bernardo, en el mundo real.

Como nos dijo sabiamente el poeta, *al andar se hace el camino...*

1 Este artículo está dedicado a responsables y operadores del centro San Bernardo de Dianova en Chile.  
2 George De Leon: The Therapeutic Community, Theory, Model and Method – Springer Pub.