

Familia

IDOIA MARIN ZALBIDE

**EL ROSTRO INVISIBLE EN LA
DROGODEPENDENCIA**

TFG/GBL 2018

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***EL ROSTRO INVISIBLE EN LA
DROGODEPENDENCIA***

IDOIA MARIN ZALBIDE

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKO**

Estudiante / Ikaslea

IDOIA MARIN ZALBIDE

Título / Izenburua

El Rostro Invisible en la Drogodependencia

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

JAVIER ARZA PORRAS

Departamento / Saila

TRABAJO SOCIAL

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2017/2018

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen

La familia, institución encargada de la primera socialización de los/as hijos/as por antonomasia, se presenta como un núcleo de protección y proveedora de pautas de comportamiento que influirán posteriormente en el desarrollo cognitivo, emocional, relacional y afectivo de sus descendientes. La familia es pues, un lugar en donde sentirse protegido/a, pero esta realidad puede aparecer de manera dicotómica, como un escenario hostil para el adecuado desarrollo psicosocial de los hijos/as. Por ello, se ve interesante investigar acerca de las necesidades sentidas de estos/as hijos/as que hayan convivido con la figura paterno/maternal con problemas de drogodependencia. Objetivar las carencias que hayan sufrido a lo largo de su trayectoria vital y qué repercusiones o qué influencia ha tenido la vivencia de dicha problemática en los diferentes ámbitos y dimensiones de su vida, así como su capacidad de resiliencia. A su vez, analizar si se están realizando intervenciones desde los diferentes sistemas de protección en relación a las situaciones de estas personas.

Palabras clave: drogodependencia y parentalidad; terapia familiar sistémica; factores de riesgo y de protección; Resiliencia.

Abstract

The family, institution responsible for the first socialization of the children by excellence, is presented as a unit of protection and provider of behavioral guidelines that will later influence the cognitive, emotional, relational and affective development of their descendants. The family is therefore a place to feel protected, but this reality can appear in a dichotomous way, as a hostile setting for the proper psychosocial development of children. Therefore, it is interesting to investigate the felt needs of children who have lived with the father/mother with problems of drug dependence. Objectify the deficiencies that they have sustain throughout their life trajectory and what repercussions or what influence has had the experience of this problematic in the different aspects of their life, as well as their capacity for resilience. At the same time,

analyze whether interventions are being carried out from different systems of protection in relation to the situations of these people.

Keywords: Drug and Parents; Systemic family Therapy; Risk factors and protection; Resilience.

A mi familia, en especial a : mi amatxo, y mis hermanos.

A mi abuelo Isidro y mi abuela Mercedes, sé que estarías orgullosos/a de mí.

A mi compañero de viaje, sin ti no podría haber llegado hasta aquí, gracias por estar ahí siempre.

Agradecimientos :

Muchísimas gracias a todas las personas entrevistadas por vuestra generosidad y « desnudez » en los relatos.

Especialmente, a mi tutor Javier Arza, por su acompañamiento, apoyo, ayuda, cercanía y empatía en todo este camino.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVOS	9
2. MARCO METODOLÓGICO	10
2.1. Muestra tipológica	12
2.2. Herramienta	12
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1. Antecedentes históricos de la drogodependencia	14
3.2. Datos estadísticos sobre drogodependencia	16
<i>a. Europa</i>	16
<i>b. España</i>	17
Tabla.1 Informe OEDA 2017	17
<i>c. Navarra</i>	18
Figura.1 memoria II Plan Foral Drogodependencia	18
3.3. La familia	19
3.3.1. Aproximación conceptual	19
3.3.2. El sistema familiar ante uno o varios miembros drogodependientes	24
3.4. Los/as hijos/as de progenitor/es drogodependiente/s	26
3.4.1. Consecuencias en su desarrollo biopsicosocial en la drogodependencia parental	28
3.4.1.1. Consecuencias biológicas	28
3.4.1.2. Consecuencias Psicosociales	29
3.4.2. Factores de riesgo	31
3.4.2.1. la Codependencia	32
3.4.3. Factores de Protección	33
3.4.3.1. La Resiliencia	34
3.5. Las competencias parentales	36
Tabla.2 Áreas de Competencias Parentales	37
Tabla.3 Competencias Parentales	37
3.5.1. La Parentalidad Positiva	38
Tabla.4 Principios del ejercicio de la parentalidad positiva	39

3.6. Metodologías de intervención con familias	40
3.6.1. <i>Terapia Familiar Sistémica</i>	40
3.6.2. <i>Enfoque Narrativo</i>	42
3.7. Intervenciones realizadas con hijos/as de padres/madres drogodependientes	43
3.7.1. <i>Recursos existentes</i>	44
3.7.1.1. <i>sistema de servicios sociales</i>	44
Tabla. 5 <i>Cartera de SS Navarra</i>	44
Tabla.6 <i>Cartera de SS especializados Navarra: menores</i>	45
3.7.1.2. <i>Sistema de Salud</i>	46
Tabla.7 <i>Atención a la drogodependencia en Navarra</i>	46
3.7.2. <i>La experiencia del “Programa TRAMPOLINE”</i>	48
Tabla.8 <i>Objetivos y Perfil al que va dirigido el Programa TRAMPOLINE</i>	49
Tabla.9 <i>Contenido del programa</i>	49
3.8. Marco normativo	50
3.8.1. <i>Planes de lucha contra la drogadicción</i>	50
a. <i>Europa</i>	50
b. <i>España</i>	51
c. <i>Comunidad Foral de Navarra</i>	52
3.8.2. <i>Protección a la infancia</i>	52
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	54
4.1. <i>Qué dicen los/as profesionales</i>	54
4.2. <i>Qué dicen los/as padres/madres drogodependientes</i>	63
4.3. <i>Qué dicen los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes</i>	73
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	87
CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS	90
REFERENCIAS	95
ANEXOS	103
Anexo I: <i>Guion de Entrevistas</i>	103
Anexo II: <i>Ficha de los perfiles de las personas entrevistadas</i>	107

INTRODUCCIÓN

Tras estos cuatro años de aprendizajes tanto a nivel profesional como personal, creo que no hay mejor manera de finalizar esta andadura encaminada al logro de desempeñar esta disciplina de Trabajo Social que, realizando un trabajo de investigación en el que el objeto de estudio provoque sentimientos y remueva interiormente al/la investigador/a, una oportunidad para poder disfrutar de este proceso. Precisamente, es lo que tras un trabajo a nivel introspectivo a lo largo de varios años y especialmente en estos últimos cuatro años resonaba con fuerza en mi interior y decidí que el tema escogido tuviera que ver algo con mi persona, una forma de autoterapia que me permitiera conocer desde otro prisma y desde la distancia las experiencias de otras personas. Experiencias, que pueden servir de espejo y reflexionar sobre diferentes dificultades que a los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes se les presentan. Es por ello que la elección de la temática a estudiar ha sido encaminada a visibilizar el dolor y las consecuencias que pueden derivar de la drogodependencia parental. El hecho de elegir un tema de tal calado, puede tener sus pros y sus contras. Como pros: conocimiento de primera mano de la parentalidad asociada a la drogodependencia y sus consecuencias en los/hijos/as, interés personal y profesional acerca del tema siendo imprescindible para el trabajo final de carrera, empatía con las personas que son el objeto de estudio, enriquecimiento personal y profesional... como contras podrían ser: la pérdida de objetividad por la proximidad del tema, reviviscencia de momentos traumáticos que conlleven a un bloqueo emocional, dificultad de acceso a la población a la hora de entrevistar... Teniendo en cuenta en especial los contras, se ha contrarrestado dicha posible subjetividad debido a la cercanía con el objeto de estudio, mediante una parte del trabajo relacionada con el marco teórico y otra, relacionada con el trabajo de campo.

En la primera parte, en el marco teórico, se realiza una aproximación teórica hacia los antecedentes de la drogodependencia: datos estadísticos sobre el fenómeno de la drogodependencia desde tres zonas geográficas, Europa, España y Navarra. Posteriormente, una aproximación conceptual de la familia para indagar de manera

específica en las familias con un familiar drogodependiente en relación a conceptos cómo: las consecuencias en el desarrollo biopsicosocial de los/as hijos/as en relación a la drogodependencia parental, factores de riesgo y de protección, las competencias parentales. Por otro lado, qué metodología de intervención se utiliza a la hora de abordar dicha problemática, en concreto, la Terapia Familiar Sistémica. A su vez, se trata de conocer qué recursos existen en relación a este fenómeno en el territorio navarro. Por último, el marco normativo en cuanto a drogodependencia y protección a la infancia.

La otra parte del trabajo orientada al trabajo de campo, previamente se plantea la metodología empleada para realizar el posterior análisis. Una vez hecho este recorrido, se plasma las propuestas de intervención y las conclusiones que guardan relación con el objeto de estudio. Para finalizar, se adjuntan documentos relevantes en anexos, y la bibliografía empleada.

1. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta que el presente trabajo va encaminado a dar visibilidad a los/as hijos/as que han convivido con al menos un progenitor drogodependiente, esa visión global, se traduce en los siguientes objetivos que se pretenden alcanzar:

General

- 1- Conocer las consecuencias derivadas de la drogodependencia parental en la trayectoria vital de los/as hijos/as.
- 2- Realizar una propuesta de intervención en base a las necesidades detectadas en los tres perfiles entrevistados.

Específicos

El primer objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la influencia de la adicción parental en cada etapa de socialización de los/as hijos/as.
- Analizar los factores de riesgo y de protección en los hijos/as de padres drogodependientes desde un punto de vista individual, en las redes informales y a nivel macro.
- Indagar en los apoyos recibidos y las necesidades sentidas en la red terciaria.
- Conocer la vivencia personal de los/as hijos/as en su propio proceso parental.

En segundo objetivo general se traduce en los siguientes objetivos específicos:

- Transformar las necesidades sentidas de las tres perspectivas entrevistadas en posibles propuestas de intervención.
- Diseñar algún tipo de programa/servicio específico para dichas necesidades detectadas.

2. MARCO METODOLÓGICO

Para la realización del presente trabajo se ha procedido a la revisión y análisis bibliográfico de fuentes secundarias cualitativamente, para poner en antecedente el análisis del fenómeno de la *parentalidad y drogodependencia* focalizado a los apartados que en la introducción se han mencionado. Para ello, se ha utilizado los buscadores como: google académico, bases de datos; Dialnet, Scielo y Biblioteca de la UPNA, con las palabras clave en el resumen planteadas.

El trabajo de campo que posteriormente estará sujeto al análisis, parte desde el enfoque cualitativo, y se puede definir como un enfoque que:

“Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. (...) implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales—entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas”. (Rodríguez, Gil, & García, 1996)

Cook & Reichardt (1986) (citado por Krause, 1995), asocian las siguientes características a la investigación cualitativa:

- Es holístico. Se mira con una visión amplia, y se comienza una búsqueda por comprender lo complejo.
- Interés por comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa.
- Búsqueda de subjetividades; perspectiva "desde dentro".
- Orientada al descubrimiento, exploratoria, expansionista, descriptiva e inductiva.
- Asume una realidad dinámica.

A pesar de que tal y como se observa la metodología cualitativa es más flexible y entran en juego las interpretaciones e ideas preconcebidas que puede llevar consigo

el/la investigador/a acerca del objeto de estudio, no significa que no tenga una validez científica. Puesto que:

“el análisis cualitativo aplica técnicas y procedimientos adecuados para llegar a establecer inferencias y poder conocer si se han cumplido los objetivos planteados al inicio de la investigación. (...) el investigador se apoye en ciertas teorías capaces de argumentar bajo qué condiciones las actitudes, intenciones y valores, revistieron una forma verbal y su modalidad,” (Alfonso, 2010)

Significa que el/la investigador/a, parte de un estudio y análisis del objeto a abordar apoyándose de fundamentos teóricos que contrasten su punto de partida y sirvan de apoyo durante todo el proceso. Además, el/la investigador/a cualitativo/a, es consciente (y debe serlo) en el encuentro con el fenómeno y sus actores a analizar, de sus propias impresiones y visiones para evitar precisamente las críticas que a este enfoque se le suele realizar en torno a la no fiabilidad de los datos. Como otro aspecto a destacar:

“En el caso del análisis cualitativo la aproximación metodológica permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar su definición de la situación, la visión que tienen de su propia historia y de los condicionamientos estructurales, lo que lo hace particularmente rico para el análisis de estrategias.” (Gallart, 1992)

Se basa en un método comparativo que analiza un fenómeno con diferentes técnicas y/o desde diferentes enfoques o puntos de vista incluyendo así diferentes interpretaciones. Es la llamada *triangulación* integrando en el análisis, diferentes fuentes/actores sociales enriqueciéndolo y confrontando cada discurso, incluido el del propio/a investigador/a que llevará precisamente a evitar su subjetividad. (Glaser & Strauss, 1969; Strauss, 1987. Citado por Gallart, 1992).

Precisamente en la presente investigación y teniendo en cuenta los objetivos planteados, se ha optado por esa triangulación introduciendo diferentes fuentes/perspectivas que sirvan para analizar el fenómeno desde una visión holística del mismo, mediante diferentes relatos y teniendo en cuenta la subjetividad de cada uno de ellos:

- *Progenitores drogodependientes*: se trata de lograr información desde su vivencia ante el fenómeno.
- *Hijos/as*: teniendo en cuenta la sensibilidad el tema, las entrevistas se orientan hacia hijos/as de entre 25-40 años
- *Profesionales*: que desde primera mano puedan aportar información relevante.

2.1. Muestra tipológica

Cabe señalar, que en el inicio de la investigación se barajó la posibilidad de diversos perfiles, como puede ser la introducción de la perspectiva de la vivencia de la posible pareja no consumidora, pero, dada la dificultad de la temática con la dificultad añadida de establecer contactos con los mismos, se ha logrado los siguientes perfiles:

- *Profesionales* → dirigida a profesionales que en sus quehaceres han entrado en contacto directo con los progenitores drogodependientes y sus hijos/as.
- *Progenitores drogodependientes con descendencia* →
 - Familia conformada por el padre drogodependiente y la madre no drogodependiente, con hijo único.
 - Familia conformada por la madre drogodependiente y el padre no drogodependiente, con varios hijos/as.
 - Familia conformada por padre y madre drogodependiente, con varios hijos/as.
- *Hijos/as* → los hijos/as de los perfiles anteriormente mencionados, de entre 25-40 años

2.2. Herramienta

Para la realización del análisis de la investigación, se ha optado por el uso de la entrevista semi-estructurada, para la que previamente se ha realizado un guion temático que sirva de orientación para recabar la información pertinente para el análisis del objeto de estudio. Ello no significa que haya que ceñirse rígidamente a las preguntas planteadas, sino que es susceptible de ser reorientada si así se origina en la

dinámica conversacional. El espacio entre las personas a entrevistar, y en este caso mi persona como alumna, pretende ser un contexto en el que las personas entrevistadas se sientan cómodas y el propio relato es el que de alguna manera guíe la entrevista. Todo ello, sin desviar el tema central a estudiar.

La entrevista en sí, es una técnica muy recurrente para la investigación cualitativa. Canales (2006) la define como:

"la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto" (citado por Díaz, Torruco, Martínez, & Varela, 2013)

A su vez estos/as autores/as, (Díaz et al., 2013), señalan como algo característico de la entrevista de investigación cualitativa los siguientes aspectos:

- Propósito de obtener información en relación con un tema determinado.
- La información recabada tiene que ser lo más precisa posible.
- Se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión.
- El entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado.

3. MARCO TEÓRICO

En este apartado se pretende realizar una aproximación teórica al objeto de estudio mediante el análisis bibliográfico y autobiográfico al tema que me ocupa. Cabe señalar, que una gran mayoría de investigaciones han focalizado sus estudios en la drogodependencia vinculada a los adolescentes, y quizás menos asociados a la parentalidad y sus consecuencias en los/as hijos/as. Es por ello, que se ve muy necesario indagar en cómo dicha problemática vivencian esos hijos y esas hijas que han convivido con un familiar drogodependiente.

La familia es la institución principal en la provisión de cuidados y protección, así como la encargada en primera instancia en la transmisión de valores, principios y pautas de comportamiento. En definitiva, es el primer agente socializador de influencia en el desarrollo biopsicosocial de los/as hijos/as. Se advierte pues, la gran responsabilidad e influencia que dicho sistema tiene en cada etapa vital de sus descendientes.

El contexto en el que se nace, condicionará la forma de relacionarse en la sociedad, es por ello, que el sistema familiar que tenga uno o más miembros drogodependientes, puede comportar un desequilibrio para los hijo/as en las esferas cognitivo-afectivo-comportamental-relacional y emocional.

Se pretende en las siguientes líneas realizar una aproximación teórica al fenómeno de la drogodependencia asociada a la influencia del ejercicio de la parentalidad en los/as hijos/as.

3.1. Antecedentes históricos de la drogodependencia

Las definiciones que realizó la OMS en torno al concepto de *drogodependencia*, delimitando así las sustancias que producen dependencia son las siguientes:

“droga “es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (OMS, 2015)”.

También definió el concepto de drogodependencia como:

“el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (OMS, 1982. Citado Expósito, 2016).

La drogodependencia es un fenómeno multicausal que ha existido a lo largo de la historia. Se dice que es multicausal debido a que entran en juego factores tales como psicológicos, biológicos, sociales y culturales (Rosas, 2014.). Dicho fenómeno, ha ido presentando diferentes acepciones dependiendo de la cultura y momento histórico en la que se daba.

En los años 80, el alcohol y el tabaco, era el consumo de sustancias legales que prevalecía en las sociedades tradicionales (a día de hoy también). También se ha conocido el uso de diferentes sustancias con fines distintos como puede ser el misticismo de algunas tribus y religiones. Pero dichos consumos no comportaron un problema social hasta la irrupción de la heroína a principios de los 80, la cual conllevó al aumento de la delincuencia y, por ende, inseguridad ciudadana y graves problemas de salud (física y psíquica). Con todo ello, emerge la enfermedad del VIH, en personas consumidoras por vía parenteral principalmente. (Gutiérrez, 2003)

Cabe señalar, que, en España en esta época, se encuentra todavía en un periodo de transición con tan solo dos años después de la proclamación de la Constitución Española (1978), no está preparada ni tampoco cuenta dispositivos ni recursos que aplaquen la “epidemia” de la heroína y sus consecuencias. No es hasta 1985 cuando se establece el *I Plan de Nacional Sobre Drogas* para luchar contra la drogadicción ante una necesidad social creciente en esta problemática. Se prevén acciones relacionadas con la prevención, promoción de la salud, comunidades terapéuticas, coordinación interdepartamental y interautonómica... (Gobierno de España, 1985). En Navarra

habría que esperar hasta el año 1993 hasta la elaboración del *I Plan Foral de Drogodependencias*.

Finalizando la década de los 80, se observa un aumento en el consumo de cocaína (en décadas anteriores más vinculada con la alta sociedad) y el auge del cannabis y de anfetaminas y alucinógenos.

En la actualidad, la heroína ha descendido notablemente en España, siendo la principal sustancia ilegal consumida el cannabis seguido de la cocaína. Ese descenso de la heroína tiene que ver con la morbi-mortalidad y los tratamientos con metadona, los llamados reducción de daños. (II Plan Foral de Drogodependencias, 2012)

3.2. Datos estadísticos sobre drogodependencia

A continuación, se pretende plasmar los datos relativos a la evolución de las tendencias de admisión a tratamiento por el tipo de sustancia psicoactiva entre los años 80 hasta la actualidad en tres ámbitos geográficos Europa, España y Navarra. Si bien es cierto que no existen datos específicos ni actualizados relacionados al número de progenitores drogodependientes, se recoge lo que se prevé más relevante para analizar el fenómeno que me ocupa. Dicha información servirá para conocer aspectos relativos a la demografía, aspectos sociales y relacionados con el número de hijos e hijas que han convivido con padres o madres drogodependientes, todo ello para poner en antecedentes al tema que se trata de investigar.

a. Europa

Desde la primera publicación del Informe del Observatorio Europeo de la Droga y Toxicomanías (OEDT) en 1996 (realizan anualmente) hasta el año 2013, se señala que la droga principal por la que se demanda el inicio del tratamiento es la heroína siendo mayoritariamente varones de entre 20 y 39 años. Pero a partir de este año, en los sucesivos informes, se observa un notable descenso de los opiáceos (mayormente heroína) como droga principal. En el informe del año 2016, la anfetamina es la droga principal que demanda tratamiento en la mayoría de los países de la UE.

Como se observa, las tendencias de consumo han variado desde los años en el que la heroína era la sustancia principal consumida y en la actualidad se están dando diferentes patrones con una clara inclinación al policonsumo. A pesar de que se ha dado la irrupción de nuevas drogas ilegales en el territorio europeo, los opioides (mayoritariamente heroína), han sido la sustancia que en mayor medida demanda el acceso a un tratamiento. Este cambio quizás sea debido a que, a lo largo de las últimas décadas, ha habido un aumento de programas y servicios (atención primaria, sistema de salud, servicios sociales y comunidades terapéuticas) y se ha dado una mejora y evolución de ellos. Por lo tanto, los tratamientos se han ido ajustando a la necesidad del consumo masivo de heroína que se produjo en la década de los 80. A la luz, también ha salido que en mayor medida han sido y son los varones los que más consumen.

b. España

Si tenemos en cuenta los últimos datos obtenidos, en 2015, la droga principal que demanda tratamiento es la Cocaína seguida de los opioides siendo mayoritariamente los varones en todas las sustancias. La edad media estaría entre 33-43 años. Y en casi todos los casos en los que se cuenta con un/a hijo/a en la unidad familiar, la media es de 1 hijo/a.

Tabla.1 Informe OEDA 2017¹

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2015.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	CLH Cocaína	Cocaína base	Estimulantes*
Total	12.146	10.978	452	716	17.327	16.659	663	924
Tratamiento previo agrupado (%)								
Sí (misma droga y/o otra)	75,1	77,8	51,9	48,8	46,2	46,5	38,9	33,8
No por esta sustancia	24,9	22,2	48,1	51,2	53,8	53,5	61,1	66,2
Sexo (%)								
Hombre	83,8	84,9	80,5	70,3	85,7	85,8	83,7	79,8
Mujer	16,2	15,1	19,5	29,7	14,3	14,2	16,3	20,2
Edad (años)	41,5	41,3	43,1	42,9	35,9	35,9	37,2	33,2

¹ Captura informe OEDA 2017
Idoia Marin Zalbide

Únicamente con hijos/as	2,9	2,7	3,7	4,9	3,6	3,7	2,0	2,7
Con la pareja e hijos/as	14,5	14,0	18,2	20,4	22,8	23,0	18,2	11,5
Número de hijos (media)	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	1,2	0,5

Se observa una evolución en el porcentaje de edad respecto al inicio del consumo de los años 80, en el que el consumo de heroína era en edades más jóvenes. Como se puede apreciar, el porcentaje de edad en cuanto a admisión a tratamiento por las diferentes sustancias oscila entre un 33-44 años, siendo mayores porcentualmente por consumo de opioides y en varones. A su vez, 1/5 cuenta con hijos/as que conviven con padres/madres drogodependientes.

c. Navarra

En el siguiente gráfico, se puede observar cómo desde el año 1997 la población que ha sido atendida en las comunidades terapéuticas se ha mantenido estable, mientras que, en lo concerniente a la atención diurna, el mayor incremento de personas atendidas se ha dado a partir del año 2001 para después mantenerse estable

Gráfico 9. Evolución del número de población atendida en C.S.M. por sustancia que motiva el tratamiento. Navarra. Años 1993-2008.

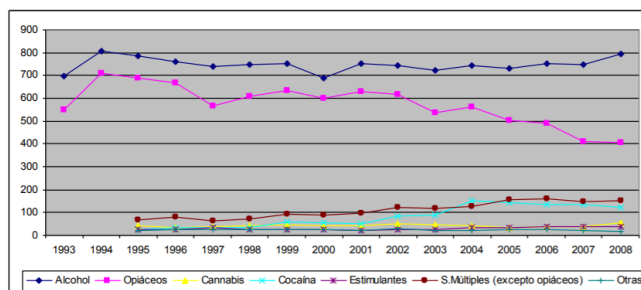


Gráfico 6. Evolución del número de población atendida en servicios de atención diurna y CC.TT. Navarra. Años 1993-2008.

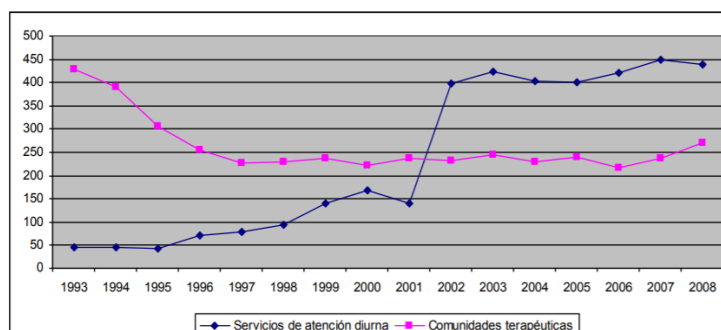


Figura.1 memoria II Plan Foral Drogodependencia²

² Captura II Plan Foral Drogodependencia 2012

Como se puede apreciar, los opiáceos caen considerablemente a lo largo de la serie histórica, mientras que la cocaína y el policonsumo, suben ligeramente desde el año 2003.

La población atendida mayoritariamente (entre un 70-85%) como se ha observado a lo largo de los diferentes ámbitos geográficos, son hombres. A su vez, la franja de edad que mayoritariamente ha sido atendida en CSM, ha sido las comprendidas entre 40-65 años, produciéndose en paralelo una bajada en la población con edades entre los 20 y 39 años.

Como se ha podido observar, existe una dificultad a la hora de recabar datos estadísticos en torno al fenómeno a estudiar pues, no hay investigaciones recientes que constaten de manera fehaciente el número de unidades familiares que cuenten con padres o madres drogodependientes con hijos/as. En los datos aportados, en algunos casos aparecen datos relativos al perfil: sexo y edad, pero no la totalidad de información que se quiere trasladar al fenómeno a investigar.

3.3. La familia

3.3.1. Aproximación conceptual

En las sociedades contemporáneas se ha venido dando un aumento en la diversidad del primer sistema de socialización. La globalización, los flujos migratorios, así como los cambios políticos, económico y sociales, han traído y están trayendo importantes transformaciones sociales y, por ende, en el sistema familiar.

Con esta apreciación se puede observar que tal y como definen diferentes autores este concepto, podría decirse que la familia es un sistema dinámico y abierto (por ejemplo, Minuchín, 1986. Palacios, 1998) pues dependiendo en el contexto histórico, cultural y económico en el que nos encontremos, el sistema familiar cobrará un valor u otro y tendrá más o menos peso en tanto en la provisión de necesidades de sus miembros como en los procesos de socialización. Y, por lo tanto, la estructura familiar va evolucionando acorde a los cambios que se den en una sociedad determinada.

Históricamente, y concretamente en las sociedades tradicionales, la estructura preeminente era la de la familia nuclear en la que mayoritariamente el hombre era el encargado de la esfera pública, es decir, encargado del sustento económico, y la mujer relegada un segundo plano encargada básicamente de la esfera doméstica y reproductiva. En la sociedad industrial este patrón parece repetirse, pues, cabe recordar que las mujeres entran en el mercado laboral de manera paulatina. Pero como he señalado con anterioridad, en la época actual en la que nos encontramos la familia, aunque no haya dejado de ser el pilar/sistema principal en el que se asientan las bases tanto comportamentales, emocionales, actitudinales y cognitivas de los hijos e hijas, ha sufrido ciertas variaciones acordes con los propios cambios que van surgiendo en la sociedad.

Desde hace algunas décadas, la familia nuclear convive con diferentes tipologías como pueden ser (Díaz, 2007):

- Familia monoparental: constituida por un solo progenitor (mujer más habitualmente) y sus hijos/as. Por ejemplo; viudos/as, separados/as o divorciados/as, las que por diversas circunstancias se dé la ausencia de un progenitor (cárcel, abandono...), madre soltera, adopciones...
- Familia reconstituida: compuesta por una pareja en la cual al menos uno de los miembros que conforman la nueva familia cuenta con al menos un/a hijo/a de una pareja anterior.
- Familia transnacional: Bryceson y Vuorela (2002) (citado por Zapata, 2009) la definen como *“aquella familia cuyos miembros viven una parte o la mayor parte del tiempo separados los unos de los otros y que son capaces de crear vínculos que permiten a sus miembros se sientan parte de la unidad y perciban su bienestar desde la dimensión colectiva, a pesar de la distancia física”*. Muestra de ella sería las familias que realizan movimientos migratorios.
- Familia homoparental: aquella en la que la pareja es del mismo sexo y tienen hijo/as a su cargo.
- Familia extensa: en la actualidad, debido a la falta de conciliación familiar con la vida laboral, cada vez se hace más presente en el sistema familiar esta tipología

formada por una pareja sus hijos/as y otro miembro de la familia perteneciente a otro grado de parentesco (abuelo/a, tío/a...).

Adentrándonos en el concepto, diferentes organismos y autores han puesto el acento en diferentes elementos constitutivos para definir a la familia. etimológicamente “*familia*” procede del latín derivada de “*famulus*” que significa “siervo, esclavo”. (Aranda. 2016) Según la RAE, sería un “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”. Desde otro punto de vista, la OMS, la define como:

“Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (...)” (Citado por Aranda, 2016)

Pero si adoptamos una visión desde la cual se pretende analizar el fenómeno, desde el enfoque sistémico, se le puede considerar como:

“un sistema concreto y abierto que posee un carácter holístico, al observarse en ella la interrelación del individuo-familia-sociedad. Donde los procesos individuales, familiares, socio-culturales están conectados de manera interdependiente y multicausal, influyéndose dinámica y permanentemente” (Díaz, & Pérez, 2007).

Por lo tanto, bajo este precepto, el sistema familiar es considerado como un todo en el que cada uno de los miembros de los subsistemas por el que está compuesto, influyen en el otro, es decir, cualquier acontecimiento que afecte a uno de sus miembros tiene repercusión en la familia en su conjunto. Es un holón; es a la vez un todo y una parte.

Minuchín, autor considerado influyente en la Terapia Familiar del modelo sistémico, considera a la familia como:

“un grupo natural primario que elabora pautas de interacción y proporciona vínculos para el proceso de individuación con la suficiente autonomía e intimidad”. (Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Rioja, 2011)

Como se viene diciendo, la familia es la unidad básica creada para cubrir unas necesidades, desempeñando diferentes funciones como el desarrollo y protección

psicosocial en el proceso de individuación, y es la encargada de la acomodación a una cultura y su transmisión en el proceso de socialización.

En el análisis del sistema familiar, se tienen en cuenta elementos como la estructura, la dinámica y el ciclo vital familiar. El sistema familiar está a su vez conformado por los siguientes subsistemas u holones:

- *Conyugal: compuesto* por la pareja, la cual, si es funcional, se establece como un refugio frente a tensiones.
- *Parental: interacciones* relacionadas con la crianza, el cuidado...e incluye vínculo afectivo y biológico, aunque no siempre.
- *Filial: formado* por los/as hijos/as (Díaz, 2012)

Desde el enfoque sistémico, los diferentes subsistemas adoptan diferentes roles y pautas de comportamiento dentro de la unidad total y que tienen como finalidad la diferenciación dentro de la misma, así como la facilitación de la integración de sus miembros en él.

Pero este sistema primario, interacciona a su vez, influye y es influido por otros sistemas. En este sentido, y superando concepciones clásicas que ponen el foco de atención casi única y exclusivamente en el centro al individuo para los procesos de cambio, desde el mencionado enfoque y autores como Bronfenbrenner (1987), tienen en cuenta el contexto en los que interaccionan los individuos. Para este autor el entorno influye y condiciona a la persona, y por ende, a la familia. por ello adoptó el término "*modelo ecológico*" que, siguiendo a este autor Espinal, Gimeno & González, (2000) lo definieron como:

"una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente".

Por lo tanto, se observa la circularidad e interdependencia entre todos los sistemas, ninguna realidad, acción y situación es independiente a la familia, y viceversa. La familia no existe de forma aislada, sino que interacciona, influencia y es influenciada por los diferentes sistemas existentes. Desde esta perspectiva ecológica, el microsistema sería el entorno en donde se dan las relaciones interpersonales más

inmediatas y siendo el sistema familiar el más importante. Las relaciones que se dan dentro del microsistema, se ven influidas por el exosistema, en el cual a pesar de que el individuo no participa activamente, recibe dicha influencia (ejemplo, el trabajo de los progenitores afectaría directamente a sus hijos/as). El mesosistema familiar, confluyen interacciones directas de la familia con el entorno próximo como puede ser; la escuela, la comunidad de vecinos/as, asociaciones juveniles... así el mesosistema/escuela, por ejemplo, recibe influencia e información del comportamiento de los hijos/as si existiera tensión (o no) dentro de la familia. El macrosistema entendido como un nivel quizás más abstracto, comporta la cultura y con ella, los roles, pautas de comportamiento...de una sociedad determinada que influyen también al individuo que vive en ella a la hora de sentirse perteneciente o no a dicha sociedad (Espinal et al., 2000).

Como se observa desde el modelo sistémico, y desde un enfoque ecológico, se vislumbra que el microsistema se enmarca a su vez dentro de los diferentes sistemas, de ahí que bajo esta visión se analice las diferentes partes del sistema como un todo en el que se encarnan elementos como la reciprocidad y circularidad en las relaciones, no se puede aislar al sujeto de las interacciones que se dan en los diferentes subsistemas de la familia, y éstas a su vez con los niveles meso, exo y macrosistemas.

En consecuencia, con todo lo expuesto hasta el momento, si tenemos en cuenta estas premisas a la hora de abordar el objeto de estudio que me ocupa, el hecho que exista un miembro o más de la familia con problemas de drogodependencia va influir notablemente en la dinámica familiar y en los diferentes subsistemas que la conforman. Al irrumpir dicha problemática en el seno familiar, los roles de los diferentes miembros van a tender a la reestructuración. Es por ello que, esta problemática va a incidir inevitablemente en la emergencia de ciertos cambios en todo el sistema, pues la familia no es solo la suma de las partes sino un todo en el que se asume la interdependencia de todas las partes y las acciones de cada miembro. También cómo dicho fenómeno va a influir y va a ser influido en sus interacciones con los diferentes sistemas antes mencionados. Así, centrando el tema, los hijos e hijas de padre/madres drogodependientes, se verán influidos/as (aunque no determinados/as)

Idoia Marin Zalbide

por las acciones de sus progenitores y tendrán unas consecuencias en su desarrollo evolutivo en las diferentes etapas de socialización, y en las interacciones con el resto de sistemas.

En los sucesivos apartados se pretende profundizar en la parentalidad y drogodependencia y en cómo los hijos e hijas vivencian este fenómeno instaurado en su familia.

3.3.2. El sistema familiar ante uno o varios miembros drogodependientes

Cabe recordar que, desde diferentes modelos, han responsabilizado única y exclusivamente a la persona en la toma de decisión de inducirse al abuso de sustancias, pero como he señalado a lo largo del presente estudio y citando a Javier Arza (2013):

“La comprensión de una situación de consumo o adicción únicamente puede lograrse si tenemos en cuenta la interacción entre todas las dimensiones (...)”

Autores de corte sistémico, especialmente Haley (1980), entienden que el consumo de sustancias psicoactivas es debido a la existencia de problemas en el sistema familiar. Cancrini (1987), aunando el modelo sistémico y el psicoanalítico, propone que el sufrimiento o problema en la unidad familiar es previo al consumo de drogas (Espina, & Pumar, 1996). Bajo el punto de vista de Cancrini y Andreoli (1988) sería:

“un intento de autoterapia (...). La aportación principal de Cancrini es que tiene en cuenta, además de las diferencias individuales, factores contextuales más amplios” (citado por Espina et al., 1996)

Como se puede constatar, diversos autores enfatizan en la idea de que las interacciones y dinámicas familiares son la etiología del abuso de drogas. Así como tener en cuenta el contexto a la hora de abordar el fenómeno de la drogodependencia. Pero como se ha venido diciendo, las causas no devienen de un solo factor sino, de la confluencia de factores individuales, factores vinculados al contexto (familia, sociedad...) y factores culturales.

Algunos autores como Ferreira (1968) señalan como nota característica de las familias que cuentan con algún miembro adicto, la falta de negociación y comunicación, la frustración y hostilidad (citado por Espina et al., 1996). O Minuchín (1974), al describir la “familia aglutinada” la cual se caracteriza por tener límites difusos y jerarquías poco definidas. Para Noone y Redding (1976) este tipo de familia, se ajustaría a la familia del/la drogodependiente (citado por Espina et al., 1996).

Por tanto, hay que tener en cuenta el contexto en todas sus vertientes. Una vez instaurado en el sistema familiar la problemática del abuso de sustancias, el nivel micro, es decir, la familia y todos los subsistemas, se van a ver afectados en varias dimensiones de sus vidas.

La familia es el nexo entre el individuo y la sociedad. Nexo que puede facilitar el proceso de incorporación y adaptación a la misma con un buen nivel de desarrollo evolutivo o, por el contrario, puede constituirse como la etiología de diversas dificultades e incluso en la génesis de diferentes trastornos (aunque en ningún caso siempre).

La existencia del consumo de sustancias psicoactivas por parte de al menos un miembro de la familia, afecta al resto de miembros de la familia produciendo cambios en el conjunto del sistema. Citando a Calvo y De Lucas (2007), señalan que dicho problema podría generar las siguientes dificultades:

- De adaptación a las demandas generadas por la situación.
- Derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas.
- De la necesidad de reorganizar los roles.
- Para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia.
- Sobrecarga física, psíquica y/o emocional.
- Alteraciones en la esfera emocional, física y/o social (ansioso-depresivas, labilidad emocional, somatizaciones...).

Siguiendo a este/a autor/a quienes citando a Washton (1995), establecen que las consecuencias derivadas del abuso de sustancias psicoactivas por parte de un miembro de la familia son las siguientes:

- *Económicas* → incremento del gasto económico; pagos del tratamiento, deudas...
- *Sociales* → aislamiento de familia y amigos, menos ocio, miedo al rechazo, ocultación de la problemática...
- *Laborales* → dificultades de concentración, disminución del rendimiento, permisos para realizar acompañamientos...
- *Intrafamiliares* → reorganización de roles, incremento de tensiones familiares, discusiones, pérdida de cohesión y rupturas del núcleo...
- *Salud (física y /o psicológica)* → irritabilidad, culpa, preocupación, miedo, enfermedades relacionadas con el estrés, alteraciones de los patrones de sueño, sintomatología ansioso-depresiva...

También hay que tener en cuenta que, a su vez, la familia también influye en el desarrollo, mantenimiento y evolución del problema de drogodependencia que sufre el sujeto en cuestión dentro del sistema familiar. Por ello, se ve imprescindible la participación de la familia en su conjunto en el tratamiento del sujeto afectado (aunque no siempre es pertinente. Por ejemplo, en el caso de los progenitores sean ancianos, o cuando se ha perdido el contacto con la familia durante años). (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011. Citado por Rodríguez, 2013).

Por otro lado, un término muy utilizado para describir posibles desajustes y problemas en el entorno familiar, es el de “codependencia” el cual se desarrollará a lo largo del presente proyecto de investigación. Este término junto con el de “resiliencia”, son de gran relevancia a la hora de analizar los posibles factores de riesgo y de protección en los/as hijos/as del familiar drogodependiente.

3.4. Los/as hijos/as de progenitor/es drogodependiente/s

Los seres humanos estamos en constante desarrollo, desde que nacemos hasta que morimos, estamos en constante aprendizaje. A lo largo de la vida estamos expuestos/as a ciclos de cambio durante todas las etapas evolutivas. La familia como unidad reconocida de interacciones interdependientes recorren un proceso de desarrollo y es normal, que al igual que cada individuo pase por estadios de crisis, ésta,

como sistema dinámico conformado por subsistemas, también tenga fases de desestabilización que conlleven a realizar modificaciones tanto en su estructura como en su funcionamiento.

Las crisis transicionales las cuales irrumpen como cambios propios de la evolución, se dan a lo largo del ciclo familiar. Jay Haley (1991) orientado por las ideas de Salvador Minuchín e influido por la terapia de Erickson, desarrolló diferentes etapas del ciclo familiar: el galanteo, la pareja recién establecida (matrimonio), la familia con hijos/as (hijos/as pequeños, con hijos/as en edad escolar, con hijos/as adolescentes), emancipación de los/as hijos/as, y el retiro de la vida activa y la vejez. En las familias funcionales en donde existe buena comunicación, límites definidos en los roles..., las diferentes etapas del ciclo familiar con sus derivadas crisis transicionales, son vistas como oportunidades de cambio y las superan de forma cohesionada. En cambio, en las familias disfuncionales, existen dificultades para pasar de una etapa a otra y los conflictos tienden a no resolverse. Los límites y reglas son rígidos, a su vez, existe una tendencia a la inversión de las jerarquías. (Rodríguez, 2013)

En este sentido, Mero (2015) entre otros autores/as, señala que:

“Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos codependientes, que también pueden estar afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (...). La no funcionalidad familiar produce efectos negativos en los niños como: carencia de la capacidad de juego o de ser infantil, o sea, "crecimiento demasiado rápido", o por el contrario, crecimiento muy lento; manifestación de alteraciones mentales de moderadas a graves, incluida una posible depresión o ansiedad...”

Teniendo en cuenta todo esto, el consumo de sustancias psicoactivas de los/as padres/madres, es en sí mismo un factor de riesgo para el buen desarrollo psicosocial de los hijos/as. Los menores se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante los conflictos, situaciones estresantes y las actitudes imprevisibles del familiar drogodependiente. Y en muchos casos, los/as hijos/as se llegan a sentir culpables de la situación que no llegan del todo a comprender (Calvo, 2005). Llegan incluso a

normalizar la situación vivida en casa, creyendo que las relaciones que en este contexto familiar se dan son las que deben ser.

Ante la drogodependencia parental, ya sea de uno o de los dos progenitores, como se ha venido diciendo, la dinámica familiar tiende a la reorganización. Los roles aparecen difusos, y en muchos de los casos, los hijos e hijas pasan a un segundo plano. Pueden darse situaciones de abandono tanto emocional como físico, negligencias y hasta malos tratos (Dube et al., 2001. Citado por Bröning et al., 2013). La convivencia en este entorno, se convierte en un escenario hostil para el desarrollo evolutivo de los menores, sobre todo en las primeras etapas de socialización, ya que servirán de antesala para el posterior recorrido vital.

Existen estudios que ratifican que en Alemania y en otros países europeos, hay problemas en torno a las toxicodependencias y que existen muchos menores que se ven afectados por la drogodependencia de sus padres/madres. Si bien es cierto que en las sociedades contemporáneas se ha dado y se está dando la emergencia de patrones de consumo en las mujeres, la prevalencia sigue siendo mayor en los varones (así lo corroboran estudios como los realizados por Emakunde, 2009), por lo que puede que existan mayor índice de consumo en familias en donde el padre es el consumidor. Diferentes estudios afirman que:

“aproximadamente 2,65 millones de niños/as se ven afectados/as por adicciones de sus padres/madres en Alemania” (Klein, Ferrari, & Kürschner, 2003. Citado por Bröning et al., 2013)

3.4.1. Consecuencias en su desarrollo biopsicosocial en la drogodependencia parental

3.4.1.1. Consecuencias biológicas

En diferentes investigaciones, se ha constatado que el abuso de sustancias psicoactivas en el embarazo, pueden ocasionar desde malformaciones físicas, retraso en el desarrollo físico y cognitivo, trastornos neurológicos, síndrome de abstinencia neonatal ...hasta la muerte pre o post- natal. (Pascale, 2015)

3.4.1.2. *Consecuencias Psicosociales*

Las consecuencias en el desarrollo psicosocial de estos menores pueden acompañarles durante todo su desarrollo evolutivo si no se tejen factores de protección.

En las relaciones sociales con sus pares, pueden tender a la comparación y anhelo de las relaciones paterno/materno-filiales de sus compañeros/as y/ amigos/as infravalorándose a sí mismos/as y construyendo una autoestima baja. Todo ello se podrá plasmar en una posible personalidad retraída o en su defecto, con comportamientos conflictivos y llamadas de atención. Pueden tener a su vez, miedo al abandono tanto físico como emocional perpetuándose incluso en la etapa adulta, teniendo una reviviscencia traumática ante una ruptura sentimental o de amistad.

Como señala Calvo (2005) (citado por Calvo, & De Lucas, 2007), las posibles consecuencias derivadas de la adicción parental serían;

- Problemas psicosomáticos
- Depresión/ansiedad
- Culpa
- Resentimiento/ira
- Vergüenza
- Baja autoestima
- Dificultad para establecer relaciones (exceso/ausencia de límites en sus vínculos afectivos)
- Agresividad y problemas de conducta (por modelados inadecuados/en respuesta a falta de afectividad))
- Parentificación (asunción por parte del menor de responsabilidades inapropiadas para su edad con el progenitor enfermo y/o con sus hermanos)
- Confusión por la conducta impredecible del progenitor
- Retrasos en el desarrollo y a nivel escolar (por estimulación pobre/inapropiada)

En definitiva, pueden desarrollar inseguridades a nivel psicosocial siendo personas que busquen de manera recurrente la aprobación de los/as demás.

Por otro lado, la exposición temprana a la adicción parental puede dar lugar a mayor riesgo de repetir patrones de consumo de sustancias en los menores. (Ulrich et al., 2010. Citado por Bröning et al., 2013)

En muchas de las ocasiones todas estas consecuencias derivadas del consumo parental suelen pasar inadvertidas por el resto de subsistemas familiares, y por ende, no se suele realizar una intervención específica con ellos/as lo cual agrava considerablemente la detección precoz de estos síntomas. Es por ello, que estos/as niños/as suelen ser categorizados como “niños/as olvidados” (Klein, Ferrari & Kürschner, 2003. Citado por Bröning et al., 2013), tanto para microsistema como para el resto de sistemas. Todo ello, repercute de manera negativa en su desarrollo posterior que puede incluso llegar a ocasionarles (no en todos los casos) trastornos psicológicos.

De manera gradual, estos/as hijos/as, pueden pasar por los diferentes estadios del duelo, al igual que ante la muerte de un ser querido: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (fases que propuso la autora Kübler-Ross, 1969). Así, en primera instancia, entran en la fase de negación. Niega la situación por la que está pasando y es sabido que muchos menores ocultan dicha problemática por miedo a ser estigmatizados. Después conforme se va creciendo se vivencia sentimientos de ira que pueden aflorar en mayor medida en la etapa de adolescencia. En la fase de negociación se tiende a la resignación para luego darse la fase de “depresión” en la que aparecen sentimientos de tristeza, ansiedad y desesperanza. Y, por último, llega la etapa de aceptación. Esta etapa tiene lugar tras un proceso arduo y largo de maduración en la que la persona (ya adulta), entiende que tiene que convivir con dicha problemática y aunque le afecte, puede llevar una vida distanciada de dicha conflictividad. Si no se logra adaptar a las diferentes etapas, es cuando aparecen los problemas de desarrollo en las sucesivas etapas evolutivas.

Teniendo en cuenta todo esto, no sería válido afirmar que los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes pueden desarrollar trastornos socio-patológicos, pues en muchos casos, se ha demostrado que la resiliencia es un factor de protección

que hace sobreponerse a situaciones traumáticas como es el caso de la drogodependencia parental. En tal caso, posteriormente se desarrollará este término que tanta relevancia ha tenido en las últimas décadas.

3.4.2. Factores de riesgo

Ante una drogodependencia parental, los/as hijos/as presentan varios factores de riesgo y de protección que influyen de manera notable a la hora de enfrentar dicho acontecimiento estresante.

Como factores de riesgo se entiende como:

“implica la existencia de una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia en un grupo expuesto a un factor determinado. De acuerdo a criterios epidemiológicos rigurosos, este factor debe estar presente en forma previa e independiente a la consecuencia analizada (Kreamer et al., 1997. Citado por Cova, 2004).”

En el entorno familiar, la desorganización de la dinámica de la misma, y la falta de comunicación entre todos los subsistemas, es un factor de riesgo para este microsistema. Así mismo, en este sentido se puede señalar como factores de riesgo para los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes el abandono de las relaciones paterno/materno-filiales (en todos sus sentidos), volatilidad del comportamiento del sujeto adicto, no asunción de la competencia parental, factores de riesgo externos (como por ejemplo, ruptura con el mercado laboral por parte del familiar adicto que aumente problemas económicos, aislamiento social debido a la incomprensión de los pares...) que agraven los factores de riesgo intrafamiliares, violencia intraconyugal, falta de reconocimiento dentro de la unidad familiar... (Ugarte, 2001) Pero quizás el concepto que en la actualidad ha cobrado una gran relevancia en los diferentes estudios es el de “codependencia”, y que en sí es un factor de riesgo a tener en cuenta a la hora de realizar un análisis en los menores que conviven con algún progenitor drogodependiente.

3.4.2.1. la Codependencia

El Servicio Extremeño de Salud en su *Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas* (2008-2012), define el término Codependencia como:

“Relación de dependencia “emocional” que establece un sujeto no adicto respecto a un sujeto adicto. (...) Su característica esencial es la actitud de control interpersonal, independientemente del problema que presente el “ayudado”. La principal característica es el vínculo patológico dependiente o interdependiente que mantiene un sujeto no adicto (codependiente) con otro adicto”

El o los familiares que conviven con la persona adicta, se vuelca en la persona relegando sus cuestiones vitales en pos del sujeto adicto. De alguna manera, se convierte en la sombra de la persona que presenta la problemática diluyéndose así sus propias expectativas, deseos e inquietudes. Esto conlleva a un deterioro y desgaste tanto a nivel físico, psicológico como social. Su primordial tarea es “rescatar” al familiar adicto. Los/as hijos/as tienden a adoptar roles que no les corresponden. Es el denominado “parentificación” (Servicio Extremeño de Salud, 2011), en la que los menores adoptan el rol parental y asumen o cogen responsabilidades que a la larga puede tener un coste emocional pues el periodo evolutivo en el que se encuentra, no es acorde a las exigencias de madurez que dicho rol conlleva. Esto llega a crear sentimientos de culpabilidad, y de que nunca se hace lo suficiente por sus progenitores.

Mansilla (2002), categoriza cuatro tipos de roles que adoptan los/as hijos/as de padres drogodependientes:

- *“El héroe o la heroína de la familia o niño/a adulto/a es el/la hijo/a parentificado/a que adopta el rol de padre/ madre frente a sus hermanos. Se convierte en el/la cuidador/a del progenitor drogodependiente y asume las funciones importantes de la familia para que ésta no se desintegre”.*
- *“el/la niño/a perdido/a que normalmente es el segundo del subsistema familiar. Pasa desapercibido/a en la constelación familiar.*

- *“el/la hijo/a problema o cabeza de turco. Sirve de pararrayos para las tensiones que se crean en la familia, manifiesta una conducta desafiante y crea conflictos”.*
- *El/la hijo/a broma. Su único objetivo es agradar a los/as demás”.*

Ya sea uno u otro rol que adopte el/la menor, todos tienen en común que, si se perpetúa dichos comportamientos a lo largo de las etapas evolutivas, puede comportar importantes problemas tanto para la autoestima y autoconcepto de sí mismos.

3.4.3. Factores de Protección

Es importante señalar que a pesar de que crecer en este tipo de clima familiar, tal y como se ha observado puede conllevar a ciertos problemas psicosociales para las personas que convivan con el familiar adicto, no se puede adoptar una postura determinista en relación a ello, pues diferentes estudios recalcan que no todos los/as menores necesariamente tienen que padecer algún tipo de trastorno. Por ello, existen a su vez, factores de protección que mitigan y previenen los factores de riesgo antes señalados. Clayton (1992) y Cova (2004) definen los factores de protección como:

“aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado”

“aquel que disminuye la probabilidad de observar una consecuencia negativa. Esto implicaría que estos factores constituyen un reverso de los factores de riesgo. (Cova, 2004)” (citado por Peñafiel, 2009)

En este sentido, tener una extensa red social de apoyo (y de calidad), adecuadas competencias parentales por los progenitores no adictos y progenitores adictos, así como buenas competencias intrapersonales, pueden ser o son elementos de afrontamiento ante la drogodependencia parental.

Se ha constatado que los hijos e hijas de padres/madres drogodependientes que adoptan una actitud resiliente ante dicha problemática, son capaces de enfrentarse a ello.

3.4.3.1. *La Resiliencia*

La resiliencia es la capacidad de un/a niño/a para enfrentarse a situaciones adversas ya sea de índole psicológico, biológico o social, y mostrar un desarrollo psicosocial adecuado. (Bröning et al., 2013)

Wolin y Wolin (1995) (citado por Bröning et al., 2013), identifican 7 resiliencias en los/as hijos/as de padres o madres drogodependientes:

- *Perspicacia*: capacidad de los niños para darse cuenta por qué su vida familiar es diferente a lo que debería ser.
- *Independencia*: capacidad de distanciarse emocionalmente y físicamente del origen de los problemas.
- *Relaciones*: capacidad de establecer conexiones significativas con los demás.
- *Iniciativa*: impulso a hacerse cargo de los problemas existentes.
- *Creatividad*: capacidad de utilizar la imaginación y expresar la emoción en distintas formas.
- *Humor*: la mirada para ver lo cómico en lo trágico
- *Moralidad*: la posesión de una estructura ética propia y una conciencia aparte del comportamiento parental.

La adversidad de los acontecimientos vitales, en muchas ocasiones, son importantes fuentes para el cambio y crecimiento personal. A pesar de que el entorno en el que se nace influye de manera notable en el desarrollo positivo o no de los hijos e hijas, no es determinante y ni significa que se vayan a adoptar los patrones familiares ni mucho menos. Tener consciencia de que ese escenario no es el que debería ser es crucial para posteriormente realizar un trabajo personal que ayude a distanciarse de la problemática familiar y no influya de manera negativa en el propio autoconcepto.

La resiliencia no es algo innato, sino que se va construyendo. De ello en gran medida depende de los relatos y apoyos que el/la niño/a recibe de su entorno. En palabras de Cyrulnik (2001), autor que ha desarrollado ampliamente este concepto:

“Lo que forja a un niño es la burbuja afectiva que le rodea cada día y el sentido que su entorno atribuye a los acontecimientos. Es eso lo que destruye a un niño o teje su resiliencia.”

Por lo tanto, es de suma importancia a la hora de desarrollar la resiliencia que siempre haya alguien, da igual quien sea, un/a amigo/a, un familiar, un/a profesor/a... en el que confiar y ver un ápice de esperanza para sobrellevar los acontecimientos estresantes. Tener una persona de referencia en el que fijarse para percibir que el cambio es posible.

Siempre queda una huella, huella que ante otros acontecimientos traumáticos puede que vuelva a aflorar, pero una vez se es consciente del problema y se ha resistido al sufrimiento, se puede vislumbrar otra forma de vida. No vivir con el problema sino aprender a convivir con ello.

“resiliencia equivale a la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia”
(Cyrulnik, 2001)

“La huella depende de las informaciones que recibe de su medio, mientras que el relato depende de las relaciones que establece con su entorno. La huella es una impresión biológica, el relato es una conciencia compartida” (Cyrulnik, 2001)

En este sentido, la creatividad, escribir, dibujar... y el humor, son herramientas que pueden desencadenar en resiliencia. Son formas de aplacar el trauma y lograr la transformación del dolor en un acto de supervivencia cuando los acontecimientos negativos están instaurados, como es en el caso de la parentalidad y la drogodependencia. No es una varita mágica, sino que es un proceso de comunicación interna, comunicación con el Yo para lograr que la vida sea lo más soportable posible.

Estos/as niños/as maduran de manera más rápida tendiendo a adoptar un rol de cuidador/a:

“Estos niños que quieren huir de su infancia odian el pasado, que se impone en su memoria aún fresca. Combaten esa memoria mediante una preparación al comportamiento de negación, una excesiva jovialidad, una búsqueda exasperada de todo lo que pueda provocar la risa (...)” (Cyrulnik, 2001)

Como se observa, la resiliencia es factor de protección a la hora de enfrentarse a experiencias traumáticas y por ello, el entorno es una pieza clave para poder desarrollarlo.

3.5. Las competencias parentales

Autores como Masten y Curtis (2000), Waters y Sroufe (1983) (citado por Rodrigo, & Cabrera et al., 2009), definen el concepto de competencias parentales como:

“la capacidad de las personas para generar y coordinar respuestas (afecto, cognición, comunicación y comportamiento) flexibles y adaptativas a corto y a largo plazo ante las demandas asociadas a la realización de sus tareas vitales y generar estrategias para aprovechar las oportunidades que les brindan los contextos de desarrollo”

Esto conlleva a pensar que la competencia es multidimensional en el sentido de que las dimensiones cognitivas, afectivas y comportamentales han de estar unidas entre sí. Bidireccional, encaminada al ajuste personal y social a los contextos. Dinámica, puesto que va acorde a los cambios propios de las etapas evolutivas. Y contextual, porque el contexto ofrece oportunidades para nuevos aprendizajes (Rodrigo, & Cabrera et al., 2009).

Azar (2005) (citado por Rodrigo, & Cabrera et al., 2009), establece 5 tipos de áreas las competencias parentales:

Tabla.2 Áreas de Competencias Parentales³

Educativas	Socio-cognitivas	Autocontrol	Manejo del estrés	Sociales
Cuidado físico, seguridad, expresión emocional	autoeficacia, expectativas adecuadas respecto a las capacidades infantiles...	asertividad, habilidades de autocontrol...	relajación, capacidad de afrontamiento...	empatía, solución de problemas interpersonales, reconocimiento de emociones...

Para Barudy (2007), en cambio, en las competencias parentales convergen factores biológicos con la interacción del contexto sociocultural de los progenitores. Y establece las siguientes competencias (citado por Estay, Jara, & Mora. 2009):

Tabla.3 Competencias Parentales⁴

La capacidad de apego	La empatía	Los modelos de crianza	Participar en redes sociales y utilizar los recursos comunitarios
recursos emotivos, cognitivos y conductuales de los progenitores	Conocer las emociones de sus hijos/as, conllevando a dar respuestas adecuadas a sus necesidades	vinculados con la protección, educación y satisfacción de necesidades	redes familiares, sociales e institucionales que fortalezcan el apoyo en el ejercicio parental.

En este sentido, diría que el desarrollo todas estas competencias son primordiales para que los hijos e hijas de padres drogodependientes puedan tejer su resiliencia, un

³ Elaboración propia. Recuperado de Calvo (2005), citado por Rodrigo, et al. (2009)

⁴ Elaboración propia. Recuperado de Barudy (2007), citado por Estay, et al. (2009)
Idoia Marin Zalbide

escudo protector para las disfuncionalidades. Es importante que, ante la drogodependencia parental, se forjen redes con todos los sistemas para fortalecer las competencias parentales. A su vez, que los progenitores reconozcan los sentimientos y emociones de los/as hijos/as, mantener un diálogo asertivo y desde la empatía para que su autoestima no se vea afectada. De ésta última, la familia, se destaca la parentalidad como proceso de influencia para su interiorización y construcción del propio concepto.

A este respecto, existen diferentes teorías como el interaccionismo simbólico, que postula que las autovaloraciones se construyen en base a cómo las personas más significativas (generalmente los progenitores) les devuelven en forma de espejo, como ellos creen que es. Desde la teoría de aprendizaje de Bandura (1977), construye su autoconcepto por imitación de los padres y madres (Vargas, & Oros, 2011). Si bien es cierto que los/as hijas que conviven con progenitores drogodependientes, podría darse una autoestima baja (Calvo, & De Lucas, 2007) se debe fortalecer las competencias parentales para que aun cuando existan dichos entornos más o menos hostiles, los/as padres/madres tengan las suficientes herramientas para que sus hijos e hijas obtengan un buen desarrollo emocional.

Por lo tanto, las competencias parentales, deben ser orientadas a satisfacer las necesidades evolutivas de sus hijos e hijas, en las que estarían aspectos tales como: educativas, tienen que ver con la educación en valores, resiliencia familiar... Agencia parental, es decir, cómo perciben su rol parental, autonomía y desarrollo personal. Vida personal, relacionada con las habilidades para afrontar su propia vida. Y, organización doméstica, tiene que ver con la administración de la economía y organización doméstica. (Rodrigo et al., 2008)

Acorde con todo esto, la adquisición de las buenas prácticas en el ejercicio de la parentalidad, ayudan a paliar los efectos negativos de los contextos de riesgo.

3.5.1. La Parentalidad Positiva

La parentalidad positiva hace referencia a la promoción de relaciones positivas entre padres/madres y sus hijos/as bajo la responsabilidad del ejercicio de las competencias

parentales en pos del desarrollo óptimo de sus hijos/as. En consonancia a ello, existe unos principios generales sobre los que se sustenta el ejercicio de la parentalidad positiva, que serían:

Tabla.4 Principios del ejercicio de la parentalidad positiva.⁵

VÍNCULOS AFECTIVOS CÁLIDOS	ENTORNO ESTRUCTURADO	ESTIMULACIÓN Y APOYO	RECONOCIMIENTO	CAPACITACIÓN	EDUCACIÓN SIN VIOLENCIA
Para que los/as hijos/as se sientan queridos y aceptados	Aprendizaje en valores y normas	Fomento de la motivación y capacidades	Valoración e interés por sus hijos/as	De los/as hijos/as, potenciando su mirada como agentes activos de cambio	Sin cabida a castigos físicos ni psicológicos

Como se viene diciendo a lo largo de este proyecto de investigación, ningún individuo/grupo/comunidad es ajena a las influencias que recibe del resto de sistemas siendo bidireccional, por tanto, desde un enfoque ecológico, la parentalidad depende de la confluencia de factores como el contexto psicosocial (factores de riesgo y de protección), necesidades evolutivo-cognitivo (cuidados en función de las necesidades específicas), y capacidades y habilidades parentales para la crianza.

En familias en las que haya al menos un progenitor con problemas de drogodependencia, se debe si cabe, reforzar en mayor medida dichas competencias, pues, a pesar de que en estos casos el progenitor no adicto es el o la encargado/a de proveer de factores de protección que vayan encaminados a la resiliencia de sus hijos/as, se debe reforzar a su vez las competencias parentales del progenitor drogodependiente, minimizando así los factores de riesgo existentes y estar

⁵ Elaboración propia. Recuperado de Ministerio de Sanidad y Política Social Española, 2010.
Idoia Marin Zalbide

provistos/as de herramientas para hacer frente a dicha situación y las situaciones estresantes de la vida diaria que pudieran surgir.

Para ello, es de vital importancia contar con apoyos formales e informales que ayuden en el ejercicio de la parentalidad positiva. Se debe tejer una red entre los diferentes apoyos para constreñir los factores que afectan en el desarrollo evolutivo de los hijos e hijas. En suma, se debe aunar esfuerzos en lograr una buena coordinación y cooperación entre los distintos sistemas (micro-exo-mesosistema) con la finalidad de lograr una intervención de calidad para estos menores.

3.6. Metodologías de intervención con familias

Si bien es cierto que existen diversos enfoques o metodologías que históricamente han realizado sus aportes en la intervención con las familias (psicoanalítico, centrado en la persona, conductista, Gestalt, cognitivo...), en las últimas décadas se ha producido el auge de la terapia familiar sistémica. Teniendo en cuenta el fenómeno que desde este trabajo se está abordando, y siendo conscientes que desde este enfoque se abordan las interacciones e influencias que se dan entre los diferentes sistemas, se ve oportuno hacer hincapié en esta metodología de intervención relevante a la hora de intervenir con hijos e hijas de padres/madres drogodependientes.

3.6.1. Terapia Familiar Sistémica

Teniendo en cuenta que desde el enfoque sistémico la familia es un todo en donde se da una circularidad, es decir, el comportamiento de uno de los miembros influye en el resto de subsistemas y, por ende, en su conjunto, Coleman (1984) señala precisamente que en ese proceso circular teniendo en cuenta algunas características del sistema familiar puede producirse la etiología de la drogodependencia y de manera recíproca, introducir alteraciones en la dinámica familiar (Espina, & Pumar, 1996). Por ello, parece muy pertinente la presencia de la familia en su conjunto y especialmente la de los hijos e hijas de padres/madres drogodependientes en la intervención terapéutica pues, diversos autores han señalado que puede ser una pieza clave (no en todos los casos como se ha señalado anteriormente) en los procesos de rehabilitación.

Las psicoterapias que actualmente se encuentran en vanguardia, como en el caso de la Terapia Familiar Sistémica⁶, ponen el foco de atención en la salud y no sólo en la enfermedad. Es decir, cómo desde el enfoque centrado en la persona, se prioriza en las potencialidades más que en los déficits de la persona/grupo/comunidad. Para autores sistémicos, las patologías psiquiátricas son fruto de las disfuncionalidades que se dan en las interacciones de las personas con su entorno (Ceberio, & Linares, 2005).

La TFS ha de ser entendida en términos cibernéticos, en tanto que se da especial importancia a los elementos comunicacionales. En estos entran en juego tanto el contexto, como los esquemas (historia vital, sistema de creencias y valores...) del sistema familiar como el del/la terapeuta. Por lo tanto, indirectamente, el profesional interactúa en base a su esquema interior, y sin olvidarnos bajo el modelo teórico que ha adquirido. Esto lleva a pensar a que la subjetividad de cada sistema es una característica que se establece en la relación terapéutica. Es un proceso bidireccional que se influye mutuamente. (Ceberio, & Linares, 2005).

Fue en Palo Alto (San Francisco) donde emergió el interés por las formas comunicacionales, por la Cibernética por diferentes autores como; Von Bertalanffy, Weiner, Bateson... en la que gracias a sus aportes y a la confluencia de las ideas de la Cibernética y la Teoría General de Sistemas, nació la TFS de la mano del Constructivismo. Haciendo énfasis en la comunicación, en la causalidad circular, en la equifinalidad y en las múltiples realidades de cada familia (Ceberio, & Linares, 2005).

Desde la TFS, se presta atención tanto a los procesos internalizadores los cuales tienen que ver con las vivencias subjetivas del individuo o familia, y a los procesos externalizadores; a las narrativas de las personas.

“La mitología familiar, en la que confluyen narrativas individuales de los distintos miembros de la familia, dispone también de raíces cognitivas, emocionales y pragmáticas. La raíz cognitiva de la mitología familiar está constituida por los valores y las creencias de la familia. La pragmática corresponde a los ritos familiares (...). Si se modifican los valores y creencias de

⁶ Desde ahora TFS
Idoia Marin Zalvide

una familia es probable que también lo haga su clima emocional y que todo ello comporte un cambio en los ritos familiares.” (Ceberio, & Linares, 2005)

Se ve pues necesario una intervención basada en los tres planos; cognitivo, pragmático y emocional:

- *Intervención cognitiva* → encaminada a la reformulación o encuadre mediante las metáforas.
- *Intervención pragmática* → lo comportamental, sustituir dinámicas relacionales por otras nuevas y paliar así el síntoma.
- *Intervención emocional* → utilizar como complemento de las anteriores la inteligencia emocional. (Ceberio, & Linares, 2005)

Ante el fenómeno de la parentalidad y drogodependencia, la utilización de este tipo de terapia puede ser una metodología eficaz a la hora de intervenir con todos los subsistemas que componen la familia a través de la construcción de las narrativas presentes y las relaciones que se derivan de ellas, pudiendo así realizar a partir de las subjetividades de éstos, un reajuste en las disfuncionalidades que se den, así como en los roles que cada uno adopte ante dicha problemática.

3.6.2. Enfoque Narrativo

Mediante el enfoque narrativo se da un salto en cuanto a la manera que se focaliza la intervención. En vez de poner la mirada únicamente en el problema o demanda, se pone en relieve la importancia de los relatos como elemento transformador de la realidad. Como señala Sluzki (1996) (citado por Montesano, 2012):

“el problema reside en la descripción del problema, y que, consecuentemente, el cambio consiste en describir los problemas de manera diferente, generando diferentes acuerdos y diferentes consecuencias. El foco de atención ya no es el individuo, o la familia, o red como tal, sino las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, sus narrativas”

A través de las narrativas, se construyen realidades que definen de manera intersubjetiva cómo percibe la persona o familia dichas realidades, en los relatos de los

menores que convivan o hayan convivido con al menos un progenitor drogodependiente, seguramente, se pueda atisbar elementos negativos que impidan poner el acento en aspectos positivos. Precisamente desde este enfoque, se puede instar a que estas personas adopten una actitud resiliente ante el problema redefiniendo o reformulando dichos relatos. El lenguaje se postula como una herramienta para proyectar el futuro hacia otras alternativas y explorar los diferentes caminos que existen ante el problema en cuestión.

Por lo tanto, este enfoque se caracteriza por externalizar las vivencias subjetivas que habitan en el interior de las personas. White (1994) fue el pionero y precursor de la externalización, en la que se pasa de la “persona problematizada” a la “personalización del problema”, conllevando a desestigmatizar a la persona o familia. se trata de distanciarse del problema haciéndolo como ajeno a la característica de su identidad. En este sentido se trata de lograr que la familia separe a la persona de los efectos que tiene la drogodependencia en él o ella (Montesano, 2012).

3.7. Intervenciones realizadas con hijos/as de padres/madres drogodependientes

Teniendo en cuenta que en la década de los años 80 en España fue cuando se produjo la epidemia de la heroína y con ella una alarma social respecto al consumo incesante de esta droga ilegal, tanto a nivel nacional como autonómico no existían estrategias de abordaje respecto al problema de drogodependencias. Fue entonces, cuando se produjo la necesidad de dar respuesta a dicho fenómeno, y es cuando comenzaron a surgir algunas comunidades terapéuticas como es el caso de Proyecto Hombre (a nivel nacional), Antox e Ibarre (Comunidad Foral de Navarra). Coincide a su vez, con descentralización de las competencias en materia de servicios sociales (1985) a las comunidades autónomas, por lo que este sistema de protección en aquella época es cuando comienza a configurarse, y por ende, no cuenta aún con la cartera de servicios sociales que hoy en día tenemos.

En el Estado español y en la Comunidad Foral de Navarra, no existen programas específicos para la intervención con los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes. A nivel europeo, concretamente en Alemania, existe un programa

llamado TRAMPOLINE (que más adelante desarrollaré) que interviene de manera directa con estos menores. Cabe hacer hincapié que en la Cartera de Servicios Sociales de Navarra (69/2008) de ámbito General, no cuenta con programas específicos para drogodependencias por lo que no es de extrañar que tampoco existan para tal fin asociados a los/as hijos/as de este colectivo. Lo que sí existen son programas orientados a la prevención y e intervención en la familia.

3.7.1. Recursos existentes

Desde un nivel de proximidad, en la Comunidad Foral de Navarra, existen diferentes recursos que realizan intervenciones respecto al fenómeno de la drogodependencia y familia. Teniendo en cuenta la figura del/la trabajador/a social, se pretende focalizar en las actuaciones derivadas del sistema de servicios sociales y el sistema de salud.

3.7.1.1. sistema de servicios sociales

Si bien es cierto que tal y como he señalado con anterioridad desde este sistema de protección no existe programas o servicios específicos dentro de la Cartera de Servicios Sociales en torno al fenómeno de la drogodependencia, existen diferentes programas y servicios asociados a la Infancia y Familia:

Tabla. 5 Cartera de SS Navarra⁷

ATENCIÓN PRIMARIA
Programa de Acogida y Orientación Social
Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
Programa de Incorporación Social
Programa de Atención a la Infancia y Familia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Prevención de situaciones de desprotección y conflicto social.</i> ▪ <i>Detección y declaración de las situaciones de desprotección.</i> ▪ <i>Intervención familiar en las situaciones de desprotección leve y moderada que no conlleven a la separación del menor de la familia y conflicto social</i>

⁷ Elaboración propia. Recuperado de Cartera de SS Gobierno de Navarra

A su vez, existen diferentes programas especializados asociados al ámbito de menores. Las prestaciones garantizadas serían las siguientes:

Tabla.6 Cartera de SS especializados Navarra: menores⁸

EAIA
Observación y acogida
Acogimiento residencial
Acogimiento familiar
Intervención familiar
Educación de adolescentes
Información, asesoramiento, valoración y apoyo para la adopción nacional
Programación, seguimiento y control de la ejecución de medidas penales en el medio abierto
Programación, seguimiento y control de la ejecución de medidas penales de internamiento
Valoración de desprotección o conflicto social
Información, asesoramiento, valoración y apoyo para la adopción internacional
Atención a menores extranjeros no acompañados
Ayudas a las familias acogedoras
Ayudas para la permanencia del menor en su medio familiar
Ayudas para la estancia en centros residenciales educativos
Ayudas a jóvenes en procesos de autonomía

Entre las prestaciones no garantizadas se encontrarían:

- Centro de día para menores
- Orientación familiar
- Mediación familiar
- Punto de encuentro familiar
- Ayudas extraordinarias

A estos efectos, se puede observar que a pesar de no existir programas específicos para las personas con problemas de drogodependencia y para los menores que conviven con ellas, desde servicios sociales se interviene de manera directa con la

⁸ Elaboración propia. Recuperado de Cartera de SS Gobierno de Navarra
Idoia Marin Zalbide

familia y los menores como sería el caso del programa de “*orientación y terapia familiar*” (prestación no garantizada), en el que se trata de resolver conflictos intrafamiliares en los que pueda tener repercusiones en el desarrollo de sus hijos/as. Por otro lado, en las prestaciones garantizadas el “*programa de intervención familiar*”, tiene como finalidad lograr la capacitación parental y es de carácter psicoeducativo en el que la figura de un/a educador/a entra en la dinámica familiar para tratar de lograr minimizar los factores de riesgo que se den en dicho entorno. Como hándicap, está el tiempo de concesión para acceder a dichos servicios o programas que, en este caso, varía entre un mes y 3 meses, también los requisitos de acceso que pueden dejar de lado a personas que necesiten dicha prestación por no contar con un empadronamiento en Navarra y en el caso de la prestación no garantizada encontrarse bajo disponibilidad presupuestaria.

3.7.1.2. Sistema de Salud

Al igual que el sistema de servicios sociales, este sistema de protección el de salud, cuenta con diferentes recursos y dispositivos que atienden el fenómeno de la drogodependencia e intervienen con los familiares. En Navarra se cuenta con los siguientes recursos/dispositivos:

Tabla.7 Atención a la drogodependencia en Navarra⁹

Hospitales de día/ Programas Ambulatorios	CSM	Comunidades Terapéuticas
---	-----	--------------------------

⁹ Elaboración propia. Recuperado de pág web PH, Dianova, y Memoria Salud mental Navarra (2013)

<ul style="list-style-type: none"> • Zuria • UHP (Clínica Padre Menni y en Pamplona y Tudela) • Hospitales de día de salud mental → Irubide, Hospital de Navarra, y en Tudela. • Aldatu (PH) 	<p>Pamplona y Comarca</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antox • Proyecto Hombre • Ibarre
<p><i>Específico Menores:</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Infanto-juvenil 		<ul style="list-style-type: none"> • Zandueta • PH (Suspertu: para apoyo de Adolescentes y familiares)

Mediante estos servicios y dispositivos del área de Salud, se realizan diferentes intervenciones en relación a la drogodependencia, como puede ser el tratamiento de deshabituación, prevención, patologías duales... a su vez, se realizan intervenciones psicoeducativas como puede ser el caso de las comunidades terapéuticas en donde se trabajan desde una perspectiva integral. Todos estos dispositivos cuentan con atención a los familiares de las personas drogodependientes, si bien es cierto que quizá unos de manera más intensa que otros. Es el caso de las comunidades terapéuticas como Proyecto Hombre, que a través del programa "ALDATU" donde las personas usuarias reciben tratamiento ambulatorio, cuenta tanto con encuentros individuales como grupales con la familia, también Antox cuenta con intervenciones focalizadas en el sistema familiar. El Centro de Día Zuria, también realiza intervenciones con la familia que así lo demande siempre teniendo en cuenta la autodeterminación de la persona usuaria, prestando ayuda para el establecimiento de una serie de estrategias de cómo trabajar con el familiar que presente dependencia a sustancias psicoactivas. Otra de las

claves de la intervención es el trabajo en red entre los diferentes recursos y dispositivos como puede ser las derivaciones que se realizan desde el servicio especializados, los CSM, a los diferentes recursos existentes que trabajen en este ámbito teniendo en cuenta la casuística de cada persona y sus familiares.

Pero, hay que hacer hincapié en tejer redes y coordinación entre los diferentes sistemas en el que el menor tiene contacto. Es imprescindible que ya en las sucesivas etapas de socialización en donde entran en juego distintos agentes socializadores a los de la familia, como en el caso de la escuela, se establezcan mecanismos de comunicación para lograr prevenir e incidir en los factores de riesgo anteriormente expuestos.

Hoy en día, la figura del/la trabajador/a social ha logrado hacerse un hueco en el ámbito sanitario, desde ahí se puede incidir de manera positiva en la detección de posibles consecuencias es en el desarrollo biopsicosocial de los menores junto con la colaboración de los/as padres/madres.

Es pues una tarea interdisciplinar lograr revertir las situaciones del conflicto asociado a la parentalidad y drogodependencia.

3.7.2. La experiencia del "Programa TRAMPOLINE"

El programa TRAMPOLINE nace en Alemania en el año 2013 como consecuencia de la detección de una ausencia de intervención con los/as hijos e hijas de padres o madres con problemas de alcohol y/o drogas. En 1998 solo un 10% de los/as hijos/as recibían algún tipo de tratamiento cuando los padres o madres estaban a su vez en un proceso de atención psicosocial y/o de tratamiento (Bröning et al., 2013). Se trata de un programa de carácter grupal-comunitario cuyo principal objetivo está orientado hacia la consecución de la resiliencia en estos menores. En cuanto al perfil del grupo y los objetivos específicos, serían los siguientes:

Tabla.8 *Objetivos y Perfil al que va dirigido el Programa TRAMPOLINE¹⁰*

Objetivos	Perfil/datos básicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar a los participantes estrategias efectivas para lidiar con el estrés. ▪ Reducir el estrés psicológico ▪ Ampliar el conocimiento de los chicos sobre el alcohol y las drogas, sus efectos sobre las personas y las consecuencias de los trastornos. ▪ Mejorar los sentimientos de propia valía y autoeficacia y ayudar a desarrollar un concepto positivo de sí mismos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niños/as de 8 a 12 años de edad. ▪ Duración: 90 minutos una vez por semana. ▪ Consta de 9 módulos ▪ Modulo optativo para padres/madres

Es un programa que a través de la participación de personas que tengan vivencias y experiencias comunes, en este caso los/as hijos/as de padres o madres drogodependientes o con problemas de alcohol, pueden influir en la adquisición de nuevas capacidades o su fortalecimiento Contenido del programa:

Tabla.9 *Contenido del programa¹¹*

Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7	Nº8	Nº9
Conocer se entre ellos/as	la propia valía. Cómo me siento conmigo mismo	Problemas de alcohol y drogas en mi familia	conocimiento lo que necesito saber sobre drogas y adicción	Manejar las emociones difíciles	La autoeficacia: qué puedo hacer para solucionar problemas	Aprender nuevos patrones de comportamiento en mi familia	Lo que puedo hacer para encontrar ayuda y apoyo	Una despedida positiva

¹⁰ Elaboración propia. Recuperado de Programa TRAMPOLINE (Bröning, et al. 2013)

¹¹ Elaboración propia. Recuperado de Programa TRAMPOLINE (Bröning, et al. 2013)

Antes del comienzo de cada sesión se empieza con una ronda de preguntas acerca de cómo se encuentran ese día y seguido de las tareas encomendadas en la sesión anterior, centrándose en los aspectos positivos. Después de esta fase, se comienza con el tema a tratar en el módulo correspondiente mediante distintas actividades; juegos de roles, dibujos, cuentos y debates. Cada sesión finaliza con un ejercicio de relajación mediante la lectura de cuentos y tras esto, se lanzan una pelota uno/ al otro/a intercambiando comentarios positivos. Con los padres/madres que quieran participar de esta experiencia, se realizan dos sesiones; la primera, es de carácter informativa acerca de los factores de riesgo y de protección a los que están sometidos estos menores orientándoles hacia la capacitación parental. En la segunda, se les informa sobre la marcha del programa con sus hijos/as y se abordan experiencias vividas en casa respecto al programa. Por último, se sensibiliza a los progenitores acerca de las necesidades de los menores que viven en este clima familiar y de lo importante de ampliar redes de apoyo.¹² (Bröning et al., 2013)

3.8. Marco normativo

De manera intersectorial, se han establecido medidas tanto para la lucha contra las drogas, así como en materia de protección infantil.

3.8.1. Planes de lucha contra la drogadicción

a. Europa

La *Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020)*, aboga por una acción coordinada e integral entre los Estados Miembros y a nivel internacional, pues el fenómeno de la droga es una cuestión mundial. Su objetivo principal es tratar de reducir la oferta y la demanda, así como:

“reducir los riesgos y perjuicios sociales y para la salud causados por la droga a través de un planteamiento estratégico que respalde y complemente las políticas nacionales, que proporcione un marco para la realización de acciones

¹² Hay que señalar que, no se han encontrado datos ni cuantitativos ni cualitativos entorno a la evaluación de la eficacia de este programa

conjuntas y coordinadas y que constituya la base y el marco político para una cooperación exterior de la UE en este ámbito”. (Diario Oficial de la UE, 2017)

Tal y como afirma esta Estrategia, debido al aumento de muertes asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y la proliferación de nuevas sustancias no opiáceas, así como la “profesionalización” del mercado de drogas ilegales, hacen que se encaminen esfuerzos de actuación en:

- *“Mejorar la disponibilidad y eficacia de los programas de prevención y fomentar la sensibilización respecto al riesgo que supone el consumo de drogas u otras sustancias psicoactivas ilegales y sus consecuencias. Deben incluir la detección e intervención tempranas, el fomento de estilos de vida saludables y la prevención específica dirigida también a familias y comunidades”*
- *“Desarrollar y ampliar los modelos integrados de atención sanitaria, cubriendo las necesidades relacionadas con los problemas sanitarios de tipo mental o físico, la rehabilitación y el apoyo social (...)”*
- Etc. (Diario Oficial de la UE, 2017)

b. España

El Plan Nacional sobre Drogas (2013-2016) se orienta en torno a seis líneas de actuación: coordinación; cooperación a nivel estatal, reducción de la demanda; disminuir el consumo y retrasar la edad de inicio del consumo, así como facilitar la incorporación social de las personas en rehabilitación, reducción de la oferta; aumentar los mecanismos de control, mejora del conocimiento; investigación para conocer mejor las tendencias en el consumo, formación; mejorar la formación de los profesionales y voluntarios que trabajan en esta materia, cooperación internacional; coordinación en el marco europeo e internacional. Por otro lado, en febrero de 2018 se aprobó la *Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024*, que pone el foco en la llamada reducción de daños y añade actuaciones para adicciones a las TIC y al juego. Aunque engloba a todas las personas, prioriza a los menores, jóvenes y mujeres en la estrategia tal y como se plasma en dicha estrategia, por primera vez, se pone el foco en consumidores crónicos de los años 80-90. (MSSSI. Gobierno de España, 2018)

c. *Comunidad Foral de Navarra*

La Comunidad Foral de Navarra cuenta en la actualidad con el II Plan Foral de Drogodependencias, 2012-2016 elaborado por el Instituto de Salud Pública y siendo un desarrollo de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016). Los objetivos generales de este Plan Foral van encaminados hacia las siguientes líneas de actuación: área de gobernanza; abordar el fenómeno del uso de drogas de forma planificada y desde una perspectiva de género. Área de prevención; disminuir y retrasar la edad en el uso de drogas y disminuir sus consecuencias. Área de atención; mejorar la atención en salud mental. Área de formación; acceso a la formación de los agentes institucionales y sociales. Área de investigación y desarrollo de sistemas de información; promover la investigación para conocer la evolución del consumo de drogas (Instituto de Salud Pública Comunidad Foral de Navarra, 2012)

3.8.2. *Protección a la infancia*

A nivel internacional, en 1959 fue aprobada la Declaración de los Derechos del Niño por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la cual se reconocen unos derechos universales para los/as niños/as, entre los que se destacan:

- Derecho a crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente de los niños sin familia o sin medios de subsistencia.
- Derecho a ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación.

Por otro lado, y aprobada por la misma Asamblea, en 1989 se aprueba la Convención de los Derechos de la Infancia que viene a complementar los principios de la anterior normativa y (ratificada por España en 1990) por la que todos los estados miembros de las Naciones Unidas, se comprometen a respetarlos. Están encaminados a:

- Satisfacer las necesidades básicas de la infancia, proporcionando al niño atención sanitaria, educación y formación, seguridad social, oportunidades de juego y recreo.

- Ayudas a la familia, respetando sus responsabilidades y sus derechos y deberes, y creando servicios de atención a la infancia, para que atiendan convenientemente las necesidades de sus hijos.
- Dedicar una atención especial a los niños particularmente vulnerables, tales como los niños víctimas de malos tratos, abandono...

A nivel Estatal, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor fue modificada por la Ley Orgánica 8/2015 y la Ley 26/2015 tiene como finalidad adaptar los instrumentos de protección de los menores ante los cambios sociales acaecidos desde la entrada en vigor de la anterior ley (Ley Orgánica 1/1996) para dar una mejor respuesta a los derechos y deberes de los menores, así como garantizar una protección uniforme en el conjunto de la sociedad española. (Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad y Políticas Sociales)

A una escala inferior, en la Comunidad Foral de Navarra, se desarrolla la [Ley Foral 15/2005](#), de Promoción, Atención y Protección a la infancia y adolescencia. Dicha Ley Foral tiene como finalidad asegurar la atención integral a los menores en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra. Así como el *II Plan Integral de Apoyo a la Familia, la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad Foral de Navarra (2017-2023)* en el que se plantean actuaciones preventivas en la atención a la familia e hijos/as con carácter universal y, coordinación entre los diferentes sistemas, así como entidades del tercer sector que estén implicados en la defensa de los derechos de los/as niños/as. (Gobierno de Navarra, 2018)

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos obtenidos en los diferentes relatos a través de diversas perspectivas de cada persona informante. Se trata de recoger una visión desde las diferentes voces, voces que en su día a día han convivido con la problemática de la parentalidad y drogodependencia. Para conocer y analizar dichas perspectivas, se estructura el análisis de los datos según los testimonios por un lado de los profesionales, los/as padres/madres drogodependientes y, los/as hijos/as de progenitores drogodependientes. En anexos se incluyen el guion de las entrevistas y los perfiles de las personas entrevistadas (en un documento aparte, se adjunta como muestra, una transcripción de entrevista de cada perfil)

4.1. Qué dicen los/as profesionales

- *Perfiles de usuarios/as*

Tal y como se recogían los datos del Plan Nacional Sobre Drogas y en el Informe Europeo Sobre Drogas, la sustancia problema por la cual se accede a las diferentes Comunidades Terapéuticas y/o Centro de día, son el policonsumo, mayoritariamente de cocaína y alcohol. Y la heroína aparece de forma residual, debido a la incorporación de los programas de metadona.

“El perfil ha cambiado (...) 60% de gente que tiene hijos un 40% que no. más o menos e. lo que pasa que va por rachas. (...) La media de edad en este último año han sido, de 45-50. (...) y sí mucho viraje hacia demandas de consumidores de cocaína y sobre todo alcohol. (...) En este momento cocaína y alcohol, y speed.” (prf.1)

Se observa claramente que la variable de género está muy presente puesto que las personas que acceden este tipo de recursos, son hombres en un porcentaje más alto y la media de edad suele estar en; 45-50 años (en el Centro de Día Zuria), 28-39 años (Antox).

“Inicialmente cuando se abrió Antox esto estaba dedicado a personas jóvenes que consumían heroína (...) en aquellos momentos solamente eran chicos

El Rostro Invisible en la Drogodependencia

jóvenes. (...) aquí en comunidad tenemos el 85% hombres y el 15% mujeres. luego ahora tenemos hijos de pacientes 2ª generaciones. (...) la mitad de edad de comunidad suele andar sobre 28-39 años.” (prf.2)

“Hay una media de 40 personas en comunidad pues, que sean padres y madres pues estaríamos hablando pues de unos 8 o 10 de media.” (prf.3)

▪ *Intervenciones realizadas con la familia y con los/as hijos/as*

Todos los recursos entrevistados señalan que el trabajo con las familias se enmarca desde un plano más secundario y que con los hijos/as específicamente no realizan ningún tipo de intervención, sino que de manera paralela y en casos en los que alcanzan la mayoría de edad.

En el caso del Centro de Día Zuria, el objetivo primordial que se busca es la recuperación y la adherencia al tratamiento de las personas usuarias. Existen casos en los que se trabaja de forma paralela con la familia, como puede ser la orientación a la hora de cómo actuar con el familiar que presenta el problema de adicción, pero el eje principal de actuación es la persona usuaria con la que trabajan sobre el ejercicio de su parentalidad, para evitar disfuncionalidades dentro del núcleo familiar. Disfuncionalidades como pueden ser la asunción de roles de los/as hijos/as.

“(...) El trabajo de tratamiento lo hace el paciente, y nosotros lo que hacemos es acompañar. Y con las familias pactar el acompañamiento como ha de ser. (...) Tuve una familia y estuve interviniendo con todos incluidos las 2 hijas. (...) 17 y 20 años tenían, e. sí pues porque había una disfunción del rol familiar clarísima con una hija adoptando roles de madre que no le competían. (...) mi trabajo es hacerles competentes como padres.” (prf.1)

Desde las Comunidades Terapéuticas de Antox y PH Estella, trata de que la familia que así lo quiera, participe de manera activa en el tratamiento y seguimiento de su familiar adicto. Existen grupos de ayuda mutua y grupos de familias y de padres en los que de manera conjunta trabajan con la persona usuaria y sus familiares, aspectos relativos a su historia de vida en la que existan conflictos no tratados y ayuden a restablecimiento

de la unidad familiar preparándoles para la posterior reincorporación de la persona al sistema familiar. A su vez, dotan de herramientas para el ejercicio de la parentalidad desde comunidad para que después logren la asunción de su rol parental. Parece pertinente que la familia en su totalidad participe de la problemática del familiar adicto, pues como se ha venido diciendo a lo largo del presente trabajo, al igual que ante los ciclos familiares se dan cambios en los subsistemas, ante un problema de tal calado, existe una circularidad en donde las acciones o problemas repercuten de forma bidireccional. Por ello, se debe trabajar e intervenir con todos los holones que componen el sistema familiar, de nada sirve trabajar de manera aislada con una de las partes para lograr revertir la situación del conjunto del microsistema. Se podría decir que trabajan desde un enfoque sistémico, pues tienen en cuenta a los familiares, entre ellos hijos ya adultos. Con los menores no trabajan, sólo con las personas usuarias que se encuentran inmersos en un proceso de tratamiento.

Si no se interviene desde la base, es decir, desde la vivencia de cada persona ante dicha problemática los cambios que se puedan dar quizá sean superfluos.

“Ayudar a la que la familia colabore con el tratamiento (...) marcas como una serie de pautas. (...) luego el siguiente paso con la familia es pensar imaginar cual va a ser la futura incorporación social-familiar. (..) Y luego, por último, tenemos un grupo de familiares que es un grupo de autoayuda. (...) y a veces hago intervenciones más concretas con los hijos de cara a saber cómo ellos se quieren preocupar y ocupar de sus padres, qué posibilidades tienen (...).” (prf.2)

“(...) la primera responsabilidad que tienen que llevar hacia adelante para cumplir con sus funciones como padres, es mantener la abstinencia (...) se les dota de habilidades para que cuando tengan la oportunidad lleven adelante con mejor calidad sus responsabilidades. (...) Con los hijos e hijas cuando son menores hacemos (...) la intervención del grupo de padres. Cuando son mayores de edad (...) la profesional responsable de familias trabajar con ellos dentro del rol que ocupan en la familia” (prf.3)

▪ *Importancia de tener en cuenta a la familia y específicamente a los/as hijos/as*

En algunos recursos, el eje principal de actuación es la persona usuaria que se encuentra inmersa en un proceso de tratamiento en la que una vez logrado la abstinencia al consumo de sustancias, se realizan intervenciones encaminadas a aprehender las competencias parentales para ejercer sus roles y responsabilidades como padres/madres.

“(...) Primero, tendré que conseguir o ayudarle a esta persona a que abandone el consumo y luego capacitarle como adulto y como padre de familia, como responsable de sus actos y tal.” (Prf.1)

En algunos casos, las intervenciones con los/as hijos/as se podría ver como algo “perverso” en tanto a que las actuaciones de diferentes disciplinas quizá no hayan encaminado las actuaciones pertinentes y adecuadas a las demandas de estas personas. Podría decirse que las intervenciones interdisciplinares les han dejado en la misma situación de partida.

“(...) pero de ahí a pensar que sea imprescindible intervenir con los hijos, a mi es que me da mucho miedo e la intervención de los profesionales. (...) Yo he visto aquí hijos de pacientes machacados yendo a psicólogos. 800000, vamos terapeutas, tal, tal, tal, y tal para nada.” (Prf.1)

A pesar de que se puede observar en los párrafos anteriores que el trabajo con los/as hijos/as resulta un tema sensible, se puede observar que los discursos de los profesionales se dirigen a la importancia que tiene la familia para la recuperación de las personas usuarias. Se ve necesario puesto que al igual que autores/as de corte sistémico, aluden a que el sistema familiar conformado por varios subsistemas, se fraguan relaciones e interacciones que se influyen de manera bidireccional. Por lo tanto, es de gran relevancia tener en cuenta a la familia en las intervenciones, pues si se trabaja solo de manera aislada con la persona usuaria sin conocer por ejemplo cómo son los roles y las alianzas que se pueden generar dentro del sistema, así como la dinámica familiar ante este fenómeno, no se llegaría a profundizar en la problemática ni se darían los cambios necesarios para mantener su funcionalidad.

“Hacen falta elementos muy potentes para dejar una adicción. (...) para sustituirlos (...) entendemos que el valor personal y social de la familia puede ser uno de ellos. (...) se trata de que la crianza sea un factor de protección, pero para eso tienen que manejar los factores de riesgo de la crianza que los tiene. (...) Se trabaja el sentimiento de culpa, los estilos educativos, el traspaso de responsabilidades, el desarrollo desapego, cómo manejarte en conductas de riesgo de los hijos (...), asunción de responsabilidades propias como padre, manejo de estrés propio de la crianza, identificación de la crianza como factor de riesgo... trabajando todos esos temas (...) en abstinencia. (...) Trabajando con estos padres estamos haciendo prevención para la siguiente generación.”

(Prf.3)

Ante la ruptura o dificultad que se presenta para el ejercicio de la parentalidad debido a la drogodependencia, se ve muy necesario la educación en parentalidad positiva para restablecer los vínculos paternos/maternos-filiales que se hayan podido ver mermados o deteriorados mediante la dotación de herramientas que faciliten y mejoren los modelos de crianza y vayan encaminadas a forjar una figura de referencia para sus hijos/as.

▪ *Coordinación entre los diferentes sistemas de protección*

A pesar de que exista cierta coordinación entre los diferentes sistemas de protección, parece que se tiende a la fragmentación en donde cada servicio o dispositivo actúa según sus diligencias adhiriéndose cada uno de ellos a las formas de actuación propias del recurso/servicio.

Quizá esa fragmentación puede conllevar a lagunas en la atención a las familias y por ende, a hijos e hijas de progenitores drogodependientes. La mayoría de las/los profesionales señalan que sería muy positivo contar con órganos que faciliten dicha coordinación y la creación de espacios de reflexión para los/as profesionales que tengan contacto con el fenómeno de la drogodependencia y sus familiares.

“No hay intervenciones familiares en la rama de salud mental. (...) está todo como muy...ummm como encasillado ¿no? Pues la intervención escolar se ocupa

desde el departamento de educación, e pues todo el tema de prevención...pi pi pa pa... se hace desde allá. E...las intervenciones familiares no existen porque es que no hay, no existe la Cartera de Servicios de Salud Mental como tal.” (Prf.1)

“(...) a mí que hubiera órganos de supervisión, de reflexión de que pudieran ayudarnos a estar en el sitio y a tomar las mejores decisiones para el conjunto, sería bueno.” (Prf.2)

“(...) ¿qué cosas podría mejorar esa coordinación? Pues yo creo que dos cosas; uno que los propios recursos (..) no estuviéramos todos con una carga de trabajo que solo nos permita reaccionar cuando la situación ya es muy gravosa (...) y dos, espacios comunes reglados que facilitaran esa coordinación.” (Prf.3)

- *Necesidades sentidas en la atención a los/as hijos/as de progenitores drogodependientes*

Esa fragmentación a la que se aludía en párrafos anteriores, hace que cada sistema de protección articule medidas de acuerdo a la legislación y parámetros de actuación que le pueden corresponder en torno a este fenómeno. De hecho, como se viene diciendo a lo largo de este trabajo, cuando irrumpe la drogodependencia en el seno familiar, los diferentes subsistemas que lo conforman se ven afectados, entre ellos, la figura de los/as hijos/as en la que las actuaciones e intervenciones se verán diferenciadas si éstos/as son menores. En tal caso, y como se puede observar en el siguiente relato, desde la Subdirección de Familia y Menores del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, suelen tener una gran responsabilidad y dificultad a la hora de establecer las medidas pertinentes y las más adecuadas para los/as menores.

Desde el punto de vista de los/as profesionales no todas las figuras profesionales que mantienen contacto en la intervención con el fenómeno cuentan con la formación adecuada en materia de drogodependencia y no tienen quizá las herramientas para abordar la problemática desde una visión más amplia u holística.

“(...) sobre todo cuando se trata de...menores de edad muy menores. O padres a los que les han...les han articulado medidas de protección de sus hijos desde SS.

Complicadísimo trabajar con ellos. (...) la ley marca y que hay que... y a quien hay que proteger es al menor siempre ante todo (..) y yo creo que poca sensibilidad e...otros profesionales que intervienen con menores hacia esto hay poco conocimiento, poca...entonces se vive como una agresión es muy difícil. (...) Para mí habría que hacer un trabajo de sensibilización. (...) ¿Los SS que hacen? Si detecto un problema, lo que hago es denunciar desamparo e o articulo medidas de protección del menor.” (Prf.1)

En ciertos casos existe cierta incomprensión en dichas actuaciones pues, si bien se rigen por medidas de protección al menor, no se tienen ciertos aspectos en cuenta que faciliten el fortalecimiento de los lazos, en este caso, materno-filiales y dichas actuaciones no tienen por qué ser las más adecuadas para el menor y para el conjunto del sistema familiar.

“De hecho, ahora mismo hace una semana dimos de alta a una chica que ummm...le quitaron la guarda y custodia de su...uno de sus hijos y al otro, lo tiene que estar viendo en punto de encuentro todas semanas y tiene que venir a hacerse 80km para verlo cuando vive a 50m de su casa. ¿tú entiendes algo? Entonces, claro está desesperada porque a ver ella está fenomenal ha hecho un proceso de tratamiento y lleva año y pico en abstinencia súper bien” (Prf.1)

Otras de las necesidades detectadas por los profesionales tiene que ver precisamente con la mejora en la coordinación entre todos los sistemas que entran en contacto con esta problemática, tanto desde las redes informales como las formales. Si bien la red familiar suele ser la que en mayor medida amortigua las posibles consecuencias derivadas de la drogodependencia parental, se ve muy necesario que las intervenciones y apoyos tengan una mirada holística del problema ya que los/as hijos/as interactúan, influyen y son influenciados por el micro-exo-mesosistema. Hay que tener en cuenta que la drogodependencia parental afecta de manera transversal a los diferentes ámbitos de la vida de estas personas.

“(...) pues las personas que te rodean que te atiendan y que te escuchen ¿no?; tus profesores que te atiendan y que te escuchen y que sepan que puedes tener un mal momento, un peor momento, un mejor momento. Que los abuelos puedan apoyar, que las familias extensas que en general se hacen cargo de ellos, e... no sé desde los servicios de pediatría.” (Prf.2)

La prevención se prevé que es la base para que tal y como se ha observado en discursos anteriores, evitar que la drogodependencia se instale en segundas generaciones. A pesar que desde los centros educativos se realizan actuaciones dirigidas e ello, hay que tenerla siempre presente en todas las intervenciones.

“(...) ¿que sería adecuado estar con estos hijos al tanto?, desde luego. Estamos hablando de prevención.” (Prf.3)

Como se ha podido vislumbrar en el marco teórico de esta investigación, una de las consecuencias y sentimientos por los que pasan estos/as hijos/as suele ser el de la rabia y la vergüenza. Desde la visión profesional se ve muy necesario trabajar con la figura paterna-materna ciertas competencias parentales que pueden estar mermadas ante su problemática. Y es, dotarles de herramientas para dar oportunidad y que haya un espacio para la comunicación en donde sus hijos/as expresen sus emociones para que los progenitores las re-conozcan. Se trata de que logren aprehender las competencias parentales para el mantenimiento del vínculo y relaciones paterno-materno filiales.

“Además, hay 2 cosas que les suele pasar que es la rabia y la vergüenza; la rabia por no haber tenido... porque no les has cuidado, y la vergüenza porque, aunque la adolescencia sea un proceso de llevar la contraria a mis padres (...), ante mi grupo de iguales sí que quiero decir que mi padre es alguien. Y tengo que tapar que mi padre es alguien... y siento vergüenza. Entonces esos 2 sentimientos a veces los tienes que trabajar con los pacientes aquí para que los admitan en los hijos.” (Prf.2)

- *Experiencias positivas en torno a la intervención*

En contraposición a las posibles lagunas o dificultades que pueden existir en la intervención de este fenómeno, existen y señalan los/as profesionales como buenas prácticas que avalan su quehacer profesional, por un lado, la existencia de recursos especializados que atiendan de manera holística y específica esta problemática, y por otro, se destaca la intervención sistémica a la hora de abordar el fenómeno desde una perspectiva integral y teniendo en cuenta todos los ámbitos o dimensiones de la persona usuaria, y los buenos resultados que se dan cuando se logra una buena coordinación y colaboración de todos/as los/as profesionales y sistemas que entran en juego en dichas intervenciones.

“(...) en los centros que trabajamos específicamente con este problema es la acogida que se hace a los pacientes que no tienen nada que ver con la que se puede hacer en otro dispositivo más generalista. Y el acompañamiento personal. Ese es, vamos la mejor práctica.” (Prf.1)

“Siempre se te queda muy buen sabor de boca cuando haces un trabajo coordinado (..) Al final hablamos de una intervención sistémica (...) cuando trabajas bien coordinado con tu propia red del recurso para empezar con el de familias, con el terapeuta, con la persona que lleva judiciales (...).” (Prf. 3)

▪ *Posibilidad de crear futuros servicios/espacios para la intervención con hijos/as*

Ante el planteamiento que se les hace a los/as profesionales entrevistados de si creen que sería positivo crear un espacio o recurso en donde los hijos e hijas de padres/madres drogodependientes tuvieran la posibilidad de trabajar su resiliencia y dotarles de herramientas para atajar los factores de riesgo ante esta problemática, coinciden en que sería positivo al igual que el trabajo que se realiza en el Programa TRAMPOLINE (2013), tuvieran un espacio en donde expresar sus vivencias y aprender desde la experiencia de sus iguales a de alguna manera distanciarse de tal problema y continuar de manera normalizada su trayectoria vital.

“(...) podría incorporarse dentro de la planificación escolar, sé que se dan unos módulos de... de prevención de adicciones y ahí se podría incorporar unos módulos de familia ¿por qué no?” (Prf.1)

“(...) me parecería bien que el recurso existiera y quizá pues fíjate a lo mejor si miras cuantos niños hay en un cole que tengan padres con este problema, a lo mejor puede ser un sitio más fácil, más natural de hacerlo que decir; vamos a crearlo en el centro de salud mental no sé dónde y vamos a traer a los niños.” (Prf.2)

“(...) tener un espacio donde abordar toda la vivencia que pudieran tener estos... esta población: de expresión y evidentemente habría que trabajar con los padres, y evidentemente habría que trabajar la propia adicción del padre que corresponda.” (Prf.3)

4.2. Qué dicen los/as padres/madres drogodependientes

- *Clima familiar cuando el consumo comportó una dependencia*

Todos los relatos plasman que en el momento en el que la adicción a la sustancia comportó una dependencia, los/as hijos/as convivían y en algunos casos eran conscientes del consumo de sus padres/madres. En algunos casos el clima familiar como el siguiente relato, era hostil debido al añadido de que ambos progenitores eran consumidores y llegó a producirse violencia de género.

“(...) me llevaba las palizas desaparecería o no desaparecería la droga me la llevaba igual entonces dije bueno por lo menos drogada duele menos (se ríe). (...) El padre me denunció el por abandono del hogar y me los quitaron por eso y yo ellos se creen que me lo quitaron por cocaína, por consumir cocaína y encima no consumía y bueno...” (Mdr.Drg.1)

La dimensión contextual de las competencias parentales (Rodrigo, et al. 2009) se observa mermada ante la drogodependencia y comportamiento parental. El hecho de que la hija presencia y participe directamente en las acciones de sus progenitores

adictos, hace que los subsistemas no estén claramente definidos y con ello, los roles que cada uno debe desempeñar. Es lo que Minuchín (1974), describe como la “familia aglutinada” la cual se caracteriza por tener límites difusos y jerarquías poco definidas (citado por Espina, & Pumar, 1996). Cuando la figura de referencia en los modelos de crianza normaliza el consumo y otros hechos, a futuro puede quizá conllevar a que los/as hijos/as tengan como se ha podido constatar mediante diferentes autores (Ulrich et al., 2010. Citado por Bröning et al., 2013) y relatos de los profesionales entrevistados, a tener mayor probabilidad de que ellos/as se inicien también y de manera temprana en el consumo de sustancias. Al interiorizar esa falta de límites y la normalización de esa situación vivida, posteriormente al entrar en interacción con sus pares y otros sistemas, puede conllevar a un choque entre lo que se creía que debía ser el funcionamiento familiar, con otras realidades en las que las pautas de comportamiento adquiridas en el seno familiar, difieren de las suyas propias. Esto puede llevar a tener sentimientos de incomprensión, de soledad, y a pensar en que los sentimientos sobre los que se ha construido su base comportamental-cognitiva-emocional y relacional entre cuestionamiento y derive en conflictos intra e inter-personales.

“Ella dice que sí, que fumé (heroína) hasta delante de ella (...) de vender también porque su padre delante de ella hacia todo, ella contaba los dineros, o sea sobrao.” (Mdr.Drg.1)

“(...) yo consumía a escondidas en el baño o cuando ellas dormían, ellas me han conocido siempre consumiendo (...) me separé cuando ellas tenían la mayor 5 años y la pequeña 3, me divorcié y seguía consumiendo, siempre consumiendo.” (Mdr.Drg.3)

Algunas de las áreas de las competencias parentales, como puede ser la de “Autocontrol”, capacidad para establecer una comunicación asertiva, habilidades de autocontrol... se ven deterioradas debido al problema de la drogodependencia. Esta situación como se podrá observar en los relatos de los/as hijos/as, mediante el aprendizaje por imitación del comportamiento de los progenitores, pueda dar lugar a

que ellos/as adopten pautas similares como puede ser una comunicación poco asertiva en la resolución de conflictos.

“He debido de tener episodios por lo que me cuentan un poco igual desentendidos, salirme de tono o querer hacer pagarles por lo que me estaba pasando. Igual querer imponerme a la fuerza. Como más violenta, hombre sin llegar a pegar y todo esto (...) pero sí igual tirar una mesa (...) la mayor me ha comentado alguna vez que “venias y me tirabas una silla, o ¿estás borracha, has bebido”” (Mdr.Drg.2)

Cuando el problema de drogodependencia comienza a comportar un problema serio en el seno familiar, se dan tensiones intrafamiliares y discusiones y aparece la inseguridad en el propio espacio de convivencia. Los comportamientos impredecibles del familiar adicto se convierten en inestabilidad emocional para el resto de familiares.

“(...) tuvimos una discusión muy fuerte entonces él se puso en medio (su hijo) y entonces tuvimos una discusión muy fuerte él y yo. (...) él en ese momento se pensaría que iba a pasar algo (...) que iba a llegar a las manos, y no se llegó.” (Pdr.Drg.2)

▪ *Influencia de la drogodependencia en su rol como padre/madre*

Existe una preocupación de ciertas madres que han pasado por un proceso de drogodependencia de que se pudiera repetir el patrón que ellas han seguido. En algunos casos el inicio del consumo de sus hijas se ve como un estado de alerta y la imposibilidad de poner límites incluso utilizar el consumo para hacer ver las consecuencias que pueden derivar.

“Ha podido influir porque como yo lo he hecho, ellos también pueden. Esa... es lo más grave que veo yo. (...) mi hija tiene 26 años no es una niña y ella también fuma y eso y... el mediano también y el pequeño... es una ruina la verdad. (...) les sirve para utilizarlo para joderme a mí ya se claro.” (Mdr.Drg.1)

“(...) cuidado con quién, cómo, cuándo, dónde, y yo con eso siempre estoy en alerta. Esos límites se los he marcado siempre. Que tuvieran cuidado de lo que le pudiera otro echar en el vaso, pero ellas tener cuidado de no pasarse. (...) Lo único me quedo esperando hasta que vienen.” (Mdr.Drg.2)

“Yo cuando me enteré que mi hija fumaba porros pues cogí y le di “toma fuma” y le doy 4 caladas y me lo daba y yo “no, no sigue fumando hasta que te lo fumes entero” yo me acuerdo que se puso malísima, y vomitando malísima, y dije bueno a ver si no fuma más, y lo hice con esa intención, pero bueno no funcionó.” (Mdr.Drg.1)

En otros casos se ha vivido la parentalidad como una carga ante la drogodependencia por tener las capacidades parentales mermadas. Se da en el siguiente relato, una incapacidad para el apego materno-filial, y con ello se relega sus responsabilidades parentales hacia la familia extensa.

“Yo tenía que estar con las hijas; al parque que no me apetecía, tenía que ir a la escuela a recogerlas que tampoco me apetecía ni relacionarme con las madres porque yo me quedaba sin ganas de hablar. Y solo pensando en que quería irme a casa porque yo consumía en casa sola cuando estaba en casa. (...) Entonces iba a casa les ponían dibujos, muchos dibujos, juegos y yo me quedaba en casa para consumir.” (Mdr.Drg.3)

“(...) luego pues eso yo empecé con depresión, todo el día en la cama y eso: iros a comer a casa de la yaya que no tengo ganas de haceros comida, bua... han sufrido mucho los últimos meses las 2.” (Mdr.Drg.3)

- *Intercambio de Roles*

En el transcurso de su problema de adicción, ante la quizá imposibilidad de ejercer sus responsabilidades parentales, se ha dado una reestructuración de los roles tendiendo a la parentalización de sus hijas asumiendo roles que para esa edad no les competían y se mantiene a lo largo de su trayectoria vital, como una asunción difícil de desligarse.

“Si hablarías con mi hija te diría que no (se ríe) si porque hemos tenido muchos problemas al principio porque había cogido como el rol de ella la madre y yo la hija.” (Mdr.Drg.1)

“Su hermana siempre los ha querido proteger mucho (a sus 2 hermanos) porque pensaba que yo no me ocupaba entonces ella siempre ha querido ocuparse y aún hoy es el día que sigue protegiendo.” (Mdr.Drg.1)

- *Percepción sobre cómo ha podido influir y afectar su drogodependencia en sus hijos/as*

- *Intervenciones de agentes externos a la familia*

El hecho de que ante la drogodependencia parental junto con el paso de prisión haya llevado a que los/as hijos/as pasasen a la guarda y custodia de otras personas, puede haber conllevado a que la vivencia de este hecho por parte de éstos se convierta en algo traumática. La provisión de seguridad de la que se deben hacer cargo los progenitores, desaparece.

“Se los llevó menores y claro me pusieron como un ultimátum que o demostraba que estaba bien o me iban a quitar al otro nada más nacer, ¿sabes? (...) (su hijo pequeño) ha vivido conmigo hasta los 6 años hasta que entré presa. (...) mi hija estuvo muy poquito en casa de sus tíos porque enseguida que me enteré yo le dije a bienestar social y le dije que no, que tenían que sacarla de esa casa, que no son buena gente (tíos parte de padre). (...) y que te llame tu hija hables con tu hija por tlf y te diga “mama sácame de aquí, socorro” con 10 años es muy fuerte.” (Mdr.Drg.1)

- *Consecuencias psicosociales*

También a que ante este problema en donde la figura materna esté presente en la vida de sus hijos/as de manera intermitente, lleven a tener sentimientos de abandono emocional que puede a la larga conllevar al no entender y a vivenciar sentimientos de culpa, y que posteriormente en las sucesivas etapas de socialización, se puede tornar en inseguridades intrapersonales agravándose si cabe cuando se da la interacción con

Idoia Marin Zalbide

sus pares. También, podría concurrir en ciertas patologías como puede ser estrés y depresión e influir a futuro en sus relaciones interpersonales.

Otra de las competencias parentales que tiene que ver con los modelos de crianza vinculados a la protección, educación y satisfacción de las necesidades (Barudy, 2007. Citado por Estay et al., 2009), se ve limitada y como consecuencia de ello el hijo manifiesta ciertas carencias afectivas y sentimiento de abandono.

“Yo creo que los que la peor parte se han llevado seguro han sido ellos, tanto por mi comportamiento, haya sido o no por drogas o no. (...) El hijo mediano “y otra vez me has abandonado, yo quiero ir contigo, que mis hermanos viven ahí y yo por qué no”. Sin embargo, ahora que puede no quiere. (...)” (Mdr.Drg.1)

Otras de las consecuencias que derivan es en vivenciar sentimientos de vergüenza ante sus iguales, pues como se ha podido observar en los diferentes estudios plasmados en el marco teórico, tienden al secretismo en torno a la problemática vivenciada.

“Pienso que en algunos momentos pues se sentirían avergonzadas porque igual a casa no querían traer a nadie porque no sabía en qué estado iba a estar yo o presentarme en otro sitio porque no sabían cómo iba a ir.” (Mdr.Drg.2)

En muchas ocasiones son la red extensa la que se encarga de prestar apoyos ante esta problemática, los menores pueden vivenciar este hecho como una falta de estabilidad del núcleo familiar.

“El problema de las niñas es que han tenido 4 casas. Porque su padre trabajaba de viaje, se iban a casa de su abuela a casa de los padres de él. Y cuando yo trabajaba estaban en casas de mis padres, y los fines de semana, una semana con su padre y otra conmigo. La pequeña a mí me preguntaba: mamá, hoy con quien nos toca dormir. Entonces, buaa... a mí se me caía el mundo. (..) no tenían una habitación fija.” (Mdr.Drg.3)

La ausencia de una figura materna-paterna, ausencia tanto física como emocional, hace que los/as hijos/as no tengan ese referente en donde fijarse y sentirse en la

seguridad y protección que normalmente se suele atribuir al núcleo familiar. Para contrarrestar dicha carencia, como se ha señalado con anterioridad, la red familiar extensa es la encargada de proveer los cuidados y apoyos necesarios para su adecuada socialización.

“Yo creo que a ellas les ha faltado una madre, un referente. (...) Mi hermana les ha dado el apoyo, la confianza, el que ha estado ahí para los deberes, para los juegos. A mí me decían de jugar y yo les decía: ayy hijas mías que no me apetece jugar con vosotras, iros a jugar vosotras. entonces yo veo que tiran más a mi hermana y a mis padres que a mí. (...) Luego se acostumbraron porque claro yo les decía que tenía que trabajar...: ¡es que siempre estás trabajando!, les mentía mucho que tenía que ir a comprar... las dejaba con mi madre y me iba a drogarme o a lo que sea. Entonces ellas lo que les ha afectado es que les he mentido.” (Mdr.Drg.3)

Como se puede observar, en la mayoría de los casos la falta de claridad, y de excluirles de la problemática, lleva a que afloren sentimientos de inseguridad y de no entender la situación de sus padres/madres, llevándoles en muchos casos a sentirse engañados.

“(...) pienso que llegó un momento en que verdaderamente pues el problema era serio porque él iba a trabajar y la verdad que iba muy preocupado, ese estado de preocupación por su parte pues la verdad que fue creciendo claro y le daba miedo e inseguridad el hecho de que a ciertas horas de la noche dónde podía estar, cómo podía estar y demás. Entonces a él verdaderamente le afectó muchísimo.” (Pdr.Drg.1)

El haber vivenciado y presenciado escenas en las que la dinámica se tornaba en discusiones el miedo e inseguridad se convierte en un factor estresante vinculado al hecho de la situación de sus padres/madres.

“Él me ha visto muy jibao en el sofá y en la cama con los temblores cuando ya no consumía. (...) me levantaba del sofá y me ayudaba mi hijo a levantar (...) entre los dos (su ex mujer y su hijo) me llevaban a la cama, no podía andar. (...)

Y ahora cuando estaba viviendo en un piso en la Txantrea que nos dejaron mis padres, venía y me veía totalmente acabado.” (Pdr.Drg.2)

En algunos casos, estas situaciones han llevado a que una vez adultos, tengan que solicitar ayuda psicológica ante la vivencia de episodios de fuertes discusiones.

“Ahora necesita... sé que va cada x tiempo creo que es cada 3 meses a un psicólogo porque el último año y medio 2 años sufrió mucho, sufrió mucho de la forma que me veía, mi verbalidad que era ya... (...) (en una discusión con su ex mujer (...)) yo creo que él incluso llegó a tener miedo aquel día que fue tan acalorada de que igual habría habido algo más. (...) sufría porque veía que discutíamos constantemente por el alcohol y que cortábamos la comunicación.” (Pdr.Drg.2)

- *Apoyos recibidos sus hijos/as por parte de la familia y los diferentes sistemas de protección*

En la gran mayoría de los casos los apoyos que sus hijos/as han recibido, han sido desde la red informal: amistades, y familiares más cercanos. En otros casos, sí que se ha recibido apoyo psicológico, unas veces por iniciativa propia y otras, debido al funcionamiento de algunos recursos institucionales como puede ser desde Comunidades Terapéuticas y los Centros de Menores.

(su hijo mediano) “Fue a un psiqui... a un psicólogo porque tenía el...el síndrome no sé cómo llamarlo de abandono y era muy rebelde desde chiquitito porque ha sido siempre muy cabezón muy malo y entonces claro, le llevaron a un psicólogo durante x tiempo, pero luego el crio ya no quería ir.... (...) (su hija la mayor) sí que ha estado yendo porque cuando ingresó en el centro tienen sí o sí que ir a un psicólogo.” (Mdr.Drg.1)

“(...) mis hijas han convivido con mis padres. (...) y tengo una hermana mayor que prácticamente es como si fuera su madre. (...)” (Mdr.Drg.3)

(...) y él se refugió mucho en la cuadrilla. Con el apoyo psicológico de la cuadrilla y humano, perfecto y luego pidió el apoyo profesional.” (Pdr.Drg.2)

El hecho de asumir el problema de drogodependencia y solicitar ayuda para el ingreso en una comunidad terapéutica, ha sido de gran apoyo y sobre todo la asunción de la responsabilidad parental ante la problemática, sirve de perder el peso de la responsabilidad que asumen y la codependencia que los hijos/as pueden tener.

“El hecho de que yo haya vindo aquí, aparte de que haya sido una liberación para él lo que yo tengo ganas por decirlo de alguna manera, ganas de cambiar ¿no? De darle vuelta a la situación.” (Pdr.Drg.1)

Otras veces el hecho de la estigmatización y miedo a visibilizar su problemática que conlleva este fenómeno lleva a no solicitar ayuda externa y sobrellevarla desde el aislacionismo.

“No, no sabía. Tenía mucho miedo, tenía mucho miedo que la gente supiese y no busqué tampoco. Ni psicólogos para ellas.” (Mdr.Drg.3)

▪ *Necesidades sentidas para sus hijos/as*

La posibilidad de recibir algún tipo de ayuda externa que haga de hilo conductor en la vivencia que cada subsistema tiene respecto al problema de la drogodependencia parental, en cómo se pueden sentir y recibir ciertas pautas para el buen funcionamiento de la dinámica familiar, se ha observado como una necesidad sentida desde la figura parental.

“Pues posiblemente (...). El hecho de que hubiese sido igual conveniente coincidir los dos y juntarnos y hablar el tema ¿no? Pienso yo que igual para él y para mí también que nos hubiese liberado un poco de esas situaciones tensas que hemos vivido o que estábamos viviendo. Pero la verdad que no, nunca se nos ocurrió y no fuimos.” (Pdr.Drg.1)

▪ *Participación en algún tipo de intervención familiar*

La participación en intervención familiar, se ve como algo muy puntual y sin continuidad en el tiempo debido según la figura materna, a la ausencia digamos de motivación de la menor. En otros casos no se ha visto necesario participar en ella.

“Una vez solo porque luego ya mi hija no quería ir fuimos...se salió de la reunión o sea estábamos yo, mi madre, mi hermana creo que estaba también, luego la psicóloga y (su hija mayor). Eso en la milagrosa (por los SS) (..) terapia familiar creo que se llamaba, (su hija mayor) era ya mayor de edad tampoco puedes obligar si ella no quiere entonces claro estábamos allá se cabreó (...)”
(Mdr.Drg.1)

“No, no hicimos nada de eso (...) porque igual también mi familia no le dio la importancia o no lo vio tan grave.” **(Mdr.Drg.2)**

La participación familiar en redes institucionales como puede ser el caso de la Comunidad Terapéutica de PH Estella, se ve como muy positiva ya que en los grupos de familias se les dota de herramientas para el ejercicio de su parentalidad como puede ser el reconocimiento de las emociones de sus hijos/as, desarrollo de modelos de crianza positivos... en definitiva, un espacio para trabajar los sentimientos que cada subsistema familiar tiene respecto a la vivencia de la drogodependencia que servirá para la posterior reincorporación de la persona adicta al núcleo familiar.

“Aquí por ejemplo (en PH) hay lo que se llaman encuentros familiares, hasta ahora no he tenido más que una. Y entonces ese día estuvo el hijo, estuvo con (la terapeuta) y bueno un poco el tema este y eso sí que nos comentó que los dos pues necesitábamos más el comunicarnos y hablarnos. (...) el ver un poco como estaba en este momento nuestra relación.” **(Pdr.Drg.1)**

(...) (en el encuentro familiar) ahí está el psicólogo/a, (...) está (la terapeuta) digamos como representante familiar, (...) y luego estoy yo. Y ahí tienen que decir lo que ellos me ven entonces mi terapeuta me dice en qué estoy cambiando. (...) están mis 2 hermanas, mi cuñado y mi hijo presentes. (en ese encuentro familiar se trataba de que los familiares les dijeran) Lo que hacía, lo

que veían y lo que sufrían incluido tu hijo y tú tienes que estar aguantando la chapa, y al final luego tú ya intervienes. (...) muy positivo, muy positivo.”
(Pdr.Drg.2)

En otras ocasiones se ve dicha participación como algo que puede ser traumático para las hijas menores de edad.

“Ellas al ser menores, no han hecho terapia ni nada. A solas con ellas tampoco podría estar, tendría que ser con mi padre delante. (...) porque para ellas yo creo que sería muy traumático. Ellas están como en segundo plano.”
(Mdr.Drg.3)

4.3. Qué dicen los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes

- *El clima familiar cuando son conscientes de la drogodependencia parental*

Cuando el problema de drogodependencia irrumpe en el microsistema, el subsistema filial se ve claramente afectada en varias dimensiones de su vida. El espacio de convivencia lejos de ser un lugar donde sentirse seguro/a, se convierte en un escenario hostil. Existe una ruptura en las esferas emocional, relacional y afectiva, ruptura que en ocasiones deriva a su vez de todo nexo de unión entre los diferentes holones.

“Yo estuve en acogida 2 años con mis tíos porque yo tuve una separación muy complicada por esto. Mi madre estaba de embarazada de un tercero, de mi hermano. (...) ella consumía se podía fumar 70gr (“base”) en una mañana. Eso lo he visto yo y a mí me lo niega. Embarazada de 6 meses. De hecho, (...) no llegó a nacer con síndrome de abstinencia (...) y casi pues rozando el límite de...de minusvalía el niño por tanto que había consumido.” **(Hja.1)**

“(...) Yo entendía mejor de cocaína que de... que de sumas y de restas. (...) Robó cocaína (su madre a su padre) y yo veía como al nacer el mi hermano yo veía cómo las guardaba, pero todas, dentro de los pañales o en la cuna del niño porque eran sitios que mi padre no iba a mirar. “y que la saques y que la saques” y era capaz de aguantar igual un... una hora a golpes porque yo me he metido muchas veces me he llevado alguna por protegerle a ella.” **(Hija.1)**

Esa hostilidad en la convivencia, se materializa en sentimientos de frustración, de ira. Ante las vivencias experimentadas a lo largo de sus primeras etapas de socialización en donde la agresividad y discusiones eran habituales, puede conllevar a que para la resolución de conflictos se tengan las herramientas necesarias y se adopten comportamientos adquiridos en la niñez y juventud.

“Yo con 15 años le he pegado a mi madre para que dejara la droga, para que... 2 veces le he pegado, pero le he pegado paliza. E... de tenerla en un rincón a puñetazos y no...” (Hija.1)

Tal y como señalan Calvo y De Lucas (2007) es habitual que, en este clima familiar, se den dificultades intrafamiliares como el incremento de las tensiones familiares, discusiones...

“Yo recuerdo cuando estaban juntos, cuando estábamos todos juntos en casa era malo (el ambiente), siempre malo, siempre discusiones, peleas.” (Hijo.1)

Como se puede observar, los/as hijos/as se encuentran en una situación de vulnerabilidad al tener que presenciar las actitudes del familiar drogodependiente, vivenciando una situación de “encierro” en todas sus vertientes llegando a sentir miedo.

Situaciones de negligencia por parte de la figura de referencia que, ante la incapacidad de ejercer sus responsabilidades parentales, deja a los/as hijos/as en una posición de vulnerabilidad.

“(...) a los 7 años fue una ruptura muy bestia que pasaron varias cosas y a la más gorda fue que mi padre viajó a la India y volvió ya súper enganchado al caballo. O sea, sí que había habido consumos antes pero no... pues de fiesta, sí que traficaban con hachís y había pasta en casa. (...) yo tengo el recuerdo que nos encerraban mucho en la terraza a mi hermano y a mí mientras mi madre trabajaba y entonces él estaba con los colegas ahí picándose y así. Uno de los recuerdos así más dolorosos que tengo como la falta de intimidación en mi casa. O sea, había mucha gente chutándose heroína y era como que yo no tenía ningún

espacio privado, una invasión. (...) cuando mi madre llegaba a las 20h abría la puerta y era como ¡mamá!” (Hja.2)

Vulnerabilidad ante situaciones estresantes y actitudes imprevisibles del familiar drogodependiente ante una enfermedad dual. Se acentúa esa falta de seguridad en el seno familiar.

“Ya cuando se le columpió pues él veía a mi madre igual acostándose con otros hombres, aunque era mentira, ¿no? Pues en su paranoia y entonces sí que hubo episodios de maltrato siempre hacia mi madre porque mi padre se puso súper agresivo” (Hja.2)

La relación paterno-filial en este caso, se caracteriza por la falta de negociación y comunicación con una tendencia clara a la frustración, pérdida de cohesión, preocupación y miedo.

“ (...). Era hablar con la pared, no atendía a razones (...) y eso no quería ni hablar con él y llego un momento que en casa éramos como compañeros de piso; hola, adiós y poco más”. (Hijo.2)

“Preocupado y en tensión, salía de casa y no sabía si al volver iba a estar o no iba a estar. Todo el día en tensión.” (Hijo.2)

▪ Roles adoptados

Ante la falta de responsabilidad parental en una situación de drogodependencia, se aprecia que los/as hijos/as en mayor medida adoptan los roles que por edad no les competen, llegando a una madurez muy temprana y dejando de lado las propias motivaciones y obligaciones como las de estudiar que para su edad corresponden.

En este sentido, es habitual que estos/as hijos/as pasen por un proceso de maduración repentino saltándose fases de su proceso evolutivo, *“La no funcionalidad familiar produce efectos negativos en los niños como: carencia de la capacidad de juego o de ser infantil, o sea, "crecimiento demasiado rápido”* (Mero et al., 2015)

“(...) habría podido en vez de ser la madre mi madre habría podido estudiar y en labrarme un futuro. Que luego lo he hecho. (...) Porque era una niña, pero tenía que ser mayor.” (Hija.1)

Tiene que ver también con la codependencia que suelen padecer al intentar ser “las salvadoras” de sus madres/padres, intentando “rescatar” a su familiar adicto.

“A los 12 cuando se separaron yo, a mí lo que me entró era mucha necesidad de salvarle ¿no?, o sea, le veía solo, enfermo, yonki... era como yo voy a poder hacer lo que mi madre no hizo” (Hija.2)

Ante la ausencia de ninguna persona de referencia que asuma dichos roles, tienden a ser ellos/as las encargadas/os de la provisión de cuidados, no solo de la persona que padece una drogodependencia, sino de la otra figura parental no consumidora. Como se puede observar en el siguiente párrafo, la hija adopta el llamado “rol de heroína de la familia” (Mansilla, 2002) siendo una hija totalmente parentificada que adopta roles que corresponderían a sus progenitores frente a su hermano, pero como se ha podido observar con anterioridad, también se convierte en cuidadora de su padre.

“Yo siempre digo que nació mi hermano y me dio una misión en esa mierda, porque fue cuidarle. O sea, yo me volqué en cuidar a mi hermano. Me acuerdo durmiendo tapándole los oídos (...). Y aún (ese rol) no me lo he soltado. Pues una parentalización ahí brutal. (...) y luego yo creo también que he hecho de madre de mi madre e algunas veces. (...) además sí que tengo la sensación de a mi ama de sobreprotegerla.” (Hija.2)

Otro ejemplo de la reorganización de roles que se plasman en intercambios en los roles intergeneracionales se puede observar en el relato de este hijo:

“(...) O sea, un hombre de 60 años yo no tengo porque estar controlándole el dinero ni sus horarios ni... pues me iba de vacaciones y hablando con él: oye llámame todos los días a las 22h de la noche y entonces pues no tengo porque controlarlo o ir a buscarle a ver dónde está, yo creo que no.” (Hijo.2)

- *Influencia y consecuencias psicosociales en su trayectoria vital*

- *Reproducción de Patrones de Consumo*

En las familias disfuncionales en donde hay un familiar adicto, pueden llevar en algunos casos y varios autores (Ulrich et al., 2010. Citado por Bröning et al., 2013) así lo ratifican, a que se repita el patrón en generaciones posteriores. El hecho de adoptar actitudes de la figura adicta que se considera como referente y en donde hay límites difusos en el rol parental, se llega a normalizar el consumo y ello puede derivar en pasar por un proceso propio de drogodependencia.

“Me ha influido bastante, porque por todas esas cosas estoy aquí (en el centro Antox). Porque yo lo tomaba como ejemplo, como referente y si mi padre es drogadicto yo también. yo lo veía como algo normal. (...) Con 18 años llego un día a Córdoba y me dijo “mira, vamos a dejar las cosas claras, tú conmigo no cuentas para nada y yo contigo tampoco así que el poco tiempo que tengamos para estar juntos vamos a llevarnos bien”. Y me dijo: “vamos a por farlopa” y le dije: “vamos”. (...) Como yo también he sido drogadicto tampoco me parecía nada...” (Hijo.1)

(...) a mí sobre todo yo creo que me ha afectado en que no he tenido límites nunca. O sea, yo también me he pegado muchos excesos luego normalizas mucho el consumo. (...) Yo empecé con 12 años a fumar porros (luego); speed, tripi, farlopa... menos caballo de todo.” (Hija.2)

- *Consecuencias Psicosociales*

Como he señalado en anteriores párrafos, estos/as hijos/as normalmente tienden a pasar de ser niños/as a una maduración repentina, eso puede conllevar a que su ámbito relacional se vea afectada con sus pares. Esa afección se refleja en sentimientos de miedo a la incompreensión, de ser diferentes a sus iguales... y lleva al aislamiento social de estas personas. El sentimiento de soledad es otra nota característica. Optan por llevar en silencio la problemática familiar por miedo quizá a ser juzgados/as, ser señalados/as por sus pares, puede ser como un escudo protector

para mantener su propio autoconcepto libre de posibles “agresiones” externas y disfrazar de alguna manera la realidad a la que están expuestos/as.

“Me pasó con 17 años, me deprimí un montón; dejé de comer, no me apetecía estar con la gente, me sentía muy sola...” (Hja.2)

“Claro los 7 años fueron bastante heavys porque me coincidió toda la historia después de mi padre con un cambio de colegio (...) Y ahí me pasó que me marginé mogollón, o sea, no entraba en el grupo. Estaba yo claro con toda mi historia ¿no? Ahí y no me sentía pues para jugar o para estar. (...) me sentí muy sola, era un poco me siento sola. Me costaba mucho empezar una relación, con todo lo que tengo en casa. Pues miedo a no ser comprendida o un poco marciana me sentía yo creo.” (Hja.2)

“El miedo a volverme loca siempre ha estado ahí. Mucha necesidad de control, de racionalizar todo de no dejarme llevar (...).” (Hja.2)

Cuando el hijo es ya una persona adulta y tiene responsabilidades propias, como acudir a su puesto de trabajo, pueden darse situaciones de dificultades de mantener la concentración por la preocupación constante a la que se ven expuestos/as.

“Tristeza y nerviosismo y preocupación, sobre todo. Porque sabías que llegabas a casa, y lo primero que hacía era mirar a las ventanas a ver si había luz, y el día que no se veía ya preocupado. Y salir a buscarlo por donde vivía y no encontrarlo (...) A mí me ha pasado de irme a trabajar a las 6:30h de la mañana y que mi padre no hubiese vuelto entonces pues claro, la cabeza igual no la tienes donde debes. (...) Menos ganas de hacer cosas, pues llegabas sin ganas de salir de casa o de hacer alguna cosa.” (Hijo.2)

Cuando en última instancia desde la Subdirección de Familia y Menores del Departamento de Derechos Sociales del GN se toman medidas de protección al menor, desde la propia vivencia de éstos/as no se entiende qué es lo que ocurre y por qué la drogodependencia parental deriva en la separación del núcleo familiar, en el siguiente relato se señala que existe una falta de información sobre la situación vivida.

Precisamente esa ruptura del núcleo familiar, se vive como un castigo hacia el menor y radica en ausencia de estabilidad emocional y residencial.

“Yo pasé a una acogida con familia paterna entonces en la familia paterna estuve 2 años creo que fueron por parte muy buenos y por parte muy malos (...) le dejaron al pequeño GN nos había quitado a los dos pero el pequeño le dieron la oportunidad de, de re... enderezar su vida con él y recuperarnos a nosotros porque nosotros era algo temporal era un acogida y a mí me metieron directamente al centro no fui de acogida con familia y con mi hermano era muy pequeño entro en acogida. (...) ¿es un castigo para mí? ¿o es que mis padres están mal de verdad? Y ellos por proteger al menor (GN), te cuentan, pero no. Porque nunca te llegan a decir tienes una madre drogodependiente la cual no va a salir...” (Hija.1)

Algunos hijos, hija en este caso, se ven más afectadas en fechas señaladas cuando parte de la familia se reúne o cuando sus logros personales pasan desapercibidos o incluso no se confía en ellos.

“Sabes cuándo me he visto más afectada? O sea ¿que se me nota? Porque a... vives con ello, pero se me ve más afectada en temas navidades, temas cuando he aprobado mi carnet o sea yo esto meses sin carnet porque tuve una alcoholemia di 0,98 y he estado mes y medio sin carnet y nadie tenía quitando mi tía no tenían fe de que aprobara.” (Hja.1)

- **Resiliencia**

Como se ha podido constatar a lo largo del presente trabajo, a pesar de que estas personas se hayan visto expuestas a los diferentes factores de riesgo con sus derivadas consecuencias, hay factores de protección que mitigan e incluso solventan dichos factores con aquellos atributos individuales, condición situacional, o el ambiente/contexto (Clayton, 1992. Citado por Peñafiel, 2009). En muchos casos como se observará también en el siguiente apartado, tejen su resiliencia mediante la combinación de fortalezas personales y la red de apoyo del resto de familiares o amigos/as.

“Yo creo que como desde pequeña la vida me ha hecho fuerte, o sea mi capacidad de asimilar también es muy grande. Aunque no lo pare... aunque soy débil también ¿no? (...) Igual a ha estado durante muchos años haciendo daño esto, yo he llegado a un punto, he aprendido que esto es todo para bien. Yo he estado muchos años sufriendo, pero hoy con 25 años, tengo un trabajo que me han hecho fija en enero que hoy en día no te hacen” (Hija.1)

“Depresión tengo todos los días (...) si yo no me pongo las barreras y los escudos, yo... yo estaría medicada o sea tengo una depresión del 15 lo que pasa que siempre hay que intentar refugiarse o sea e... yo tengo amigas que están mucho peores que yo igual no han tenido la madre así.” (Hija.1)

Otras, una vez pasado por todas las fases del duelo que puede conllevar tener un familiar próximo adicto a diferentes sustancias y encontrarse en la fase de aceptación tras haber realizado un trabajo personal a nivel introspectivo, las elecciones que realizan a lo largo de su trayectoria vital van encaminadas a formas de autoterapia, a reconciliarse con su pasado y tener respuestas a preguntas que no las hayan tenido a lo largo de esos años de convivencia con la drogodependencia parental.

“yo estudié la carrera de Educación Social porque para mí era una especie de terapia. (...) a la vez me da mucho miedo proyectar mi mierda en los casos que me tocarían. Pero sí, mi manera de darle la vuelta ha sido pues dedicarme a lo social, intentar entender... el año que viene tengo pensado estudiar psicología ¿no? Me fascina el comportamiento humano, la capacidad de resiliencia... (...) Y también Gestalt, estoy en 3º ahora. Entender mogollón de cosas.” (Hija.2)

- *Apoyos recibidos desde las redes informales y formales*

En la mayoría de los relatos, los/as hijos e hijas han contado con el apoyo de la red familiar que han servido de factor de protección frente a la adversidad vivida. Precisamente esa burbuja afectiva que rodea su entorno son claves para tejer su resiliencia (Cyrulnik, 2001).

“(...) no habré tenido madre, pero he tenido una abuela y una tía o sea que... (se emociona) (...) si no es por mi tía hoy en día tendría un crío de 6 años. O de 8

casi. Estando mi madre en la cárcel yo acababa de dejar de drogarme, me entiendes ya en 20 días me comía 20 gramos de coca 20kg perdí de pesar 63 en quedarme en 43-44.” (Hja.1)

“Mi madre (solo ha recibido apoyo), el reto de la familia no. He estado siempre como solo.” (Hjo.1)

“siempre mi madre no contando lo que pasaba. Entonces desde ahí la red de apoyo era menor. (...)” (Hija.2)

Los apoyos que han recibido desde la red de SS y de Salud, han sido de manera más intermitente, menos intensa y de manera puntual.

“Mi novia por descontado que me ha apoyado, luego mi tía que es su cuñada, siempre hemos tenido mucha relación y con mi prima también como hermanos. (...) Luego institucional, pues no sé. fui al médico de cabecera y no aporta nada (...) Y hable con la TS también del CS pero también me decía pues eso que es muy difícil obligarle a alguien o sea tiene que ser algo de juzgados y todo. (...) y me dijo: “oye pues vienes y me comentas pues dentro de un mes a ver cómo va, pero si quieres venir tú y tal. (...) no tenía herramientas ella (TS)”

En otras situaciones la mala experiencia vivida por las intervenciones de algunas profesionales que no han ahondado en la problemática y han realizado actuaciones sin tener en cuenta la demanda de la persona, y orientada más a la “medicalización del problema” agravando si cabe la situación de partida, les ha llevado a la desconfianza y a solicitar ayuda a asociaciones del tercer sector y terapias alternativas a las ofrecidas en el ámbito público.

“Estaba con un colectivo de mujeres (...) que hacían cursos de autoestima y movidas así. Me sentí muy bien acompañadas por ellas y les dije que quería ir a una psicóloga para que me ayudara entonces me pasó que me fui a la Seguridad Social, me atendió una psiquiatra y en 15 minutos me diagnosticó un brote de esquizofrenia. Entonces yo me acuerdo que salí corriendo a buscar mi madre para decirle: “ama yo voy a acabar como el aita, socorro voy a acabar como el aita” que era mi mayor miedo, mi gran fantasma. (...) entonces cada

pensamiento que pasaba por mi cabeza era como cuestionándomelo como signo de locura ¿no?” (Hja.2)

“Y sí yo empecé terapia, con la formación Gestalt y empecé a buscar como maneras de bueno limpiar un poco la mochila porque las crías son las que me han traído la mochila así (hace gesto como de bofetada).” (Hja.2)

Por otro lado, se cree que, si desde SS se habría intervenido, habría sido contraproducente para ellos como hijo e hija. El discurso se torna cuanto menos en incertidumbre acerca de lo que habría sucedido, y con una tendencia clara a pensar que la intervención por parte de este sistema de protección habría sido encaminada a la separación de su núcleo familiar. Se puede ver como una intrusión o un arma de doble filo, en la que desde la ley de protección de menores precisamente se quiera evitar posibles desprotecciones y negligencias, pero puede verse como ir en contra de la autodeterminación de los menores que tiene que ver con su posterior proyección de conflictos intrapersonales a lo largo de su trayectoria vital.

“(…) En SS sociales nunca, y encima ahora que yo trabajo en intervención familiar, aquí sí habría venido alguna educadora nos habría sacado a mi hermano y a mí, les hubieran quitado la custodia a mis padres. Nunca llegó a entrar nadie en casa, ni pedimos ayuda a los SS nadie. (...) A mí lo que me un poco de miedo en esta profesión es como que alguien o yo misma me vea tomando decisiones que la familia no necesita. (...) Ostras tío muy claro, muy claro, muy claro lo tienes que tener que ese menor va a estar mejor fuera de su casa.” (Hja.2)

A continuación, el hijo que anteriormente había expresado haber recibido apoyo familiar, añade que el hecho de haber contado con la ayuda de la Comunidad Terapéutica PH Estella, fue un gran alivio para poder liberarse en cierta manera de la tensión y preocupación en la que su día a día con su padre adicto le hacía sentir. Contar con un recurso especializado en materia de drogodependencia es de vital importancia tanto para la persona usuaria como para su red familiar, y en este caso para el hijo.

“Alivio (cuando su padre ingresó en PH) por saber que iba estar en un sitio donde iba a estar mejor. No tenía esa incertidumbre. (...) ahora sin embargo, pues eso tener esperanza de que se pusiese bien.” (Hjo.2)

- *Necesidades sentidas*

Se observa necesidad de haber adquirido estrategias y/o herramientas de afrontamiento adecuadas para la situación vivida encaminadas al manejo del estrés, frustración e irritabilidad y a conductas agresivas en respuesta a la falta de afectividad parental o a la incompreensión sentida.

“Al final lo que yo he hecho mal en el tema de mi madre lo que he echado de menos es a...e... en vez de hacer que salga hacia afuera guardarlo para dentro y convertirlo en un comportamiento malo. Para mí misma, ser agresiva, pero mucho carácter chillar, así como ahora lloro fácilmente yo antes que llorar yo gritaba.” (Hja.1)

El desconocimiento que existe en menores acerca de la existencia de diferentes dispositivos/recursos desde donde se proveen ayuda, hace que se asuma como vía principal para revertir la situación herramientas propias. Y, por otro lado, una vez asumido el problema, se reconoce haber necesitado algún tipo de ayuda profesional.

“No, ni me lo planteaba, con esa edad ni te lo planteas. (...) no te planteas que haya otras alternativas tampoco. (...) Yo me imagino pues que alguien nos hubiera recogido un poco a mi hermano y a mí hubiera estado bien.” (Hja.2)

“(...) una persona que vaya a tu casa y que hable en una entrevista con tu padre, algo. Que él no quiere, bueno, pero va por lo menos ahí.” (Hjo.2)

Ante la exposición que se le hace del contenido del programa TRAMPOLINE (2013), los siguientes discursos ven positivo que hubiera algún tipo de programa con características similares en donde se dote de herramientas a los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes para lograr tejer su resiliencia y poder desarrollar un autoconcepto positivo. Un espacio donde entender la problemática de la

drogodependencia y poder verbalizar sus vivencias con personas que se encuentren en la misma situación, sentirse comprendidos/as.

“Sí sería interesante sí, un sitio en donde pudieras hablar sin filtro y te sintieras recogido y te ayudaran a entender la movida y a tirar para adelante. Eso habría sido chulo, sí. Yo creo que si hubiera sido bueno.” (Hja.2)

“(…) más jóvenes que sería igual más difícil de asumir y de interiorizar todo esto (…) a ellos igual les viene bien para entender la situación que está pasando su padre o su madre (…) pues que es una enfermedad, que lo está pasando...” (Hjo.2)

- *Participación en TFS*

De las personas entrevistadas, solo dos de ellas han participado de alguna manera en TFS. Si bien en la primera situación expuesta no fue orientada según sus motivaciones y expectativas. En la segunda, sí que han participado la familia en su conjunto en el grupo de familias, programa con el que PH Estella cuenta.

“Si, la hemos hecho. Conmigo sobre todo pero es que ella claro, hasta que ella no se... se le vio su enfermedad hasta que ella no se vio que era drogodependiente la mala era yo. (...). Ella (su madre) le dio la vuelta para que la terapia no se enfocara en ella sino en mí.” (Hja.1)

“A Estella (PH) sí que fui un día para estar los 2 juntos con sus terapeutas allí y alguna entrevista aquí (...) más o menos le llaman histórico (...) más o menos como esto ¿no?; oye cómo es tu relación con tus padres, con tu madre pues... a partir de la muerte, tal, con el resto de la familia. pues bueno yo creo que es un poco para ver el contexto y las relaciones.” (Hjo.2)

- *Influencia en su rol parental (si lo hubiera, si no, como sería en su imaginario)*

Las personas entrevistadas que todavía no tienen hijos/as, anhelan tenerlos y poder crear una familia desde una base sólida, desde la afectividad y protección. En algunos casos sería una forma de resarcirse de la experiencia vivida y sobre todo de las carencias que durante sus primeras etapas de socialización hayan podido tener.

“(...) desde pequeña yo siempre he querido tener familia, yo quiero tener hijos pero yo quiero tener un... un (Un núcleo) estable (...) como madre cometeré errores miles, a montones, pero yo quiero demos... no demostrar sino quitarme la espina que tengo con mi madre. (...) quiero un niño como lo que yo no lo he podido tener. (...) tampoco es que le vaya a meter caña explicándole ni mucho menos pero sí que le voy a dejar ser un niño libre, que crezca que vea lo que es bueno y lo que es malo, que tenga una estabilidad emocional y... ummm...realmente que sea feliz (...) Solo quiero darle cariño y lo que no le he podido terminar de darle a mi hermano.” (Hja.1)

“Lo educaré bien (a sus futuros hijos/as). Al revés (que su padre) intentaré hacer lo que no hizo mi padre.” (Hjo.1)

La única entrevistada que ha sido madre relata ese momento como si un espejo le hubiese hecho transportarse a su infancia; resurgen miedos, inseguridades, incertidumbre ante esa nueva etapa de su vida... se producen formas de reviviscencia de situaciones dolorosas vividas en la infancia. El hecho de no haber tenido un referente paterno-materno con el/la que identificarse a la hora de desempeñar su rol como madre, hizo que en el inicio de su maternidad no tuviese herramientas para afrontar dicha etapa e hizo posicionarse en la exigencia hacia sí misma. Señala a su vez, que al igual que vivió la ausencia de límites en su socialización, se muestra incapaz de ahora en su rol como madre establecerlos.

Por ello, trata de buscar en su interior la forma propia de ejercer su rol, destacando aspectos a alcanzar como la provisión de un núcleo estable en donde sus hijas puedan sentirse seguras y parte activa del sistema, estableciendo una comunicación asertiva y empática.

“Yo cuando fui madre me di cuenta que no... no sabía qué hacer (...) no tenía referentes que me gustaran, buscaba dentro de mí y no buscaba las herramientas, me encontré súper perdida, me puse en la exigencia extrema de ser la mejor madre del mundo (..) a día de hoy todavía me cuesta la autoridad, poner límites... toda esta parte me cuesta mogollón. (...). A mí lo que más me

remueve es el ver a mi madre con mis hijas y veo que sigue siendo incapaz de poner un límite, incapaz de ser sostén, incapaz de cuidar (...) me cuesta mucho aceptar la relación de mi madre con mis hijas, (...) como que lo llevaba bien que con mi madre estaba todo curado, pero ostras, aparecen cosas que me recuerdan a mi propia infancia también. (...) me di una ostia como un pan, sí pues de no saber, de tener referentes que tenía no gustarme. (...) Antes de ser madre tenía mucho miedo de tener una hija esquizofrénica como mi padre, por ejemplo, pero eso ya se me ha pasado también.” (Hja.2)

“(...) yo lo que quiero es que mis hijas sientan que alguien las protege, y que alguien está ahí para cuidarlas ¿no? O sea, como no ponerles responsabilidad de tan pequeñas que no son tuyas, que sepan que están seguras. (...) que tengan anclajes para que no se piren, yo creo que eso es lo que puedo ofrecerles como mamá. (...) que descubran sus pasiones y apoyarles ahí y bueno eso, que sepan que pueden decir que no, que su opinión vale y ya está.” (Hja.2)

Teniendo en cuenta todos los datos recogidos en el análisis de las diferentes visiones que se tienen ante el objeto de estudio, junto con los objetivos planteados al inicio de la presente investigación y teniendo muy presente la base teórica adquirida en el marco teórico, en el siguiente apartado se plasma las conclusiones y cuestiones abiertas derivadas de una reflexión del conjunto del trabajo.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Recogiendo los resultados obtenidos del análisis de los datos relativos a los discursos, se plantean dos propuestas de intervención que tienen que ver con las necesidades sentidas de los diferentes perfiles entrevistados:

- *Órgano de supervisión/reflexión.* Como se ha podido destacar de los relatos de los profesionales entrevistados, se ve la necesidad y sería muy conveniente crear un órgano de supervisión en donde todos los profesionales que estén en contacto con la problemática planteada, tengan un espacio donde reflexionar y coordinarse en las intervenciones realizadas desde todos los sistemas que entran en contacto con estas personas, sistema de SS, Salud y Educativo. Con ello se pretende asegurar una atención de calidad y que recojan de manera transversal todas las necesidades y demandas de estas personas. En muchas ocasiones, la fragmentación que existe entre los diferentes sistemas hace que la intervención se reduzca y no tenga continuidad en el tiempo por ello, con la existencia de un órgano de supervisión se puede garantizar una intervención con una perspectiva más holística de la persona. Para ello, se podrían establecer reuniones trimestrales entre las personas de referencia y encargadas de la coordinación de cada sistema/departamento para establecer un protocolo de actuación común en relación al fenómeno, así como de seguimiento y evaluación de las atenciones llevadas a cabo. Por otro lado, se podría establecer una reunión anual entre los diferentes departamentos que permita reconsiderar mediante la evaluación de la eficacia de los protocolos de coordinación diseñados, las necesidades cambiantes relacionadas a cada etapa de socialización de los/as hijos/as. Todo ello, puede servir como plataforma en donde a su vez sean agentes encargados de la sensibilización social y de manera grupal reflexionen sobre las prácticas profesionales en este ámbito de actuación y se tenga como eje principal las demandas y necesidades sentidas de las personas involucradas en la problemática.

- *Espacio/programa en donde hijos/as de progenitores drogodependientes tengan voz y puedan trabajar aspectos que contrarresten los factores de riesgo.* Tiene como objetivo visibilizar el dolor que estas personas tienen en relación a las experiencias vividas y dotarles de herramientas que tejan su resiliencia. Para ello, y teniendo en cuenta la proximidad con la población diana, se ve congruente que se habilite un espacio en las Comunidades Terapéuticas, así como en los Centros de Día en materia de drogodependencia y en los Hospitales de día de Salud Mental, en donde los progenitores a su vez están en un proceso de tratamiento y se trabajan con ellos aspectos relativos al ejercicio de las competencias parentales. El rango de edad oscilaría entre los 7-13, y entre los 14-17 años (todo ello dependerá de la disponibilidad de personas que haya), los grupos estarían compuestos de 8 a 10 personas (dependiendo de la demanda que exista) y serían guiados por un/a educador/a y un/a trabajador/a social. Por otro lado, este equipo interdisciplinar contaría con el apoyo de un/a psicólogo/a que trabajaría en sesiones individuales la evolución de estas personas (para ello se tendrán en cuenta también las evaluaciones realizadas por el conjunto del equipo interdisciplinar en las reuniones de equipo). Las sesiones grupales se darían una vez a la semana con una duración de 3 meses, las sesiones individuales se darían al inicio, en la mitad y al finalizar el programa. Por otro lado, teniendo en cuenta la perspectiva sistémica que ha estado presente en todo el trabajo de investigación, de forma paralela se trabajaría con el familiar adicto que se encuentra en Comunidad para así fortalecer los lazos parento-filiales y anclar todos los elementos trabajados en las sesiones y lograr resolver los conflictos interpersonales que se hayan podido dar durante la convivencia con esta problemática. Tal y como se realizó en el Programa TRAMPOLINE (2013), las sesiones contarán con diferentes módulos en las que se realizarían diferentes dinámicas encaminadas a; establecer un clima grupal en donde las vivencias compartidas por cada participante sirvan de nexo de unión y se trabaje desde la empatía; expresión de como vivencian desde su rol la drogodependencia parental; consecuencias que de ello han

derivado en las diferentes esferas de su vida (cognitiva-afectiva-emocional-relacional); descripción de la problemática de la drogodependencia; factores de riesgo y de protección; dotarles de herramientas para desarrollar su resiliencia y tener un autoconcepto positivo.

El cierre del programa se contaría con la presencia de los progenitores realizando un role playing para reconocer y observar los avances que ha habido tras la participación en el programa. Cabe señalar que, a pesar de establecer los rangos de edad antes mencionados, no son rígidos ya que, si existen personas de mayor edad que quisieran trabajar dichos aspectos, en la propia Comunidad Terapéutica tal y como se ha podido observar, cuentan con grupos de familias en donde se interviene de manera sistémica.

Para hijos/as que no cuenten con el progenitor drogodependiente en tratamiento en una Comunidad Terapéutica, se crearía el grupo mediante el órgano de coordinación antes mencionado ya que tienen contacto directo con la población diana y se podría realizar en los espacios educativos, puesto que este tipo de programas se focaliza desde una visión psicopedagógica.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Antes de proceder al cierre del presente trabajo, es pertinente destacar algunos aspectos que han hecho que el camino recorrido en este proyecto de investigación haya desembocado en el viraje que se le ha dado al mismo:

- *Autobiografía*: el hecho de compartir experiencias con las personas protagonistas del objeto de estudio, ha hecho que ya desde la elección del tema, durante el transcurso de su desarrollo hasta su finalización, haya tenido muy presente mi propia óptica sobre la problemática y haya sido doblemente significativo y, doblemente difícil en ocasiones, tomar distancia para no caer en la subjetividad. Por otro lado, me ha permitido empatizar y devolverme en forma de espejo cierta actitud resiliente que hasta el momento creía no tener y ciertas vivencias que han hecho que hoy sea la persona que soy. Pero, sobre todo, me ha permitido dar visibilidad a mi propio rostro, rostro que al igual que los diferentes relatos han podido estar en un segundo plano en dicha problemática.
- *Dificultad de lograr los perfiles a entrevistar*: como he señalado desde el inicio, ha sido muy difícil conseguir la muestra tipológica planteada, incluso se tuvo que obviar la participación del perfil de *la figura de un progenitor no drogodependiente* ante la imposibilidad de contactar con nadie. Con ella, se quería hacer una comparativa sobre los relatos del progenitor drogodependiente y no drogodependiente. A su vez, respetar los tiempos para concertar las entrevistas de los diferentes recursos, en ocasiones, no ha ido en consonancia con los tiempos exigidos para la realización de este trabajo por lo que, en momentos, ha habido situaciones de pánico por temer no llegar a las fechas académicas impuestas. A pesar de ello, con ayuda de amistades he podido lograr realizar las entrevistas planteadas, pero sobre todo y haciendo una mención especial, sin la ayuda de mi tutor Javier Arza quien me facilitó los contactos de los diferentes recursos, no habría sido posible realizar este trabajo.

-
- *Experiencias con las personas entrevistadas:* a pesar de todas esas dificultades, el nivel de satisfacción es muy alto debido a la generosidad de todas las personas entrevistadas, su predisposición y el buen clima logrado en el transcurso de todas ellas. El hecho de compartir experiencias con las personas, me ha permitido crear un espacio de cercanía en las entrevistas llevadas a cabo.
 - *Cuestiones abiertas:* dada las limitaciones en cuanto al formato, tiempos a seguir con respecto a este trabajo, habría sido interesante poder añadir de manera más exhaustiva y profunda un apartado de auto-etnografía y, por otro lado, ampliar el perfil a entrevistar para poder realizar un análisis comparativo con perspectiva de género. Como añadido, ha sido limitado y difícil el acceso a las características de los perfiles a entrevistar planteados.

Para conocer si los resultados de la investigación han sido congruentes con los objetivos al inicio planteados, a continuación, se presentan uno a uno con más detalle:

En cuanto al primer objetivo específico, se ha podido constatar mediante los diferentes relatos que el hecho de convivir en el seno de una familia donde uno o ambos progenitores pasan por procesos de drogodependencia, influye y derivan en consecuencias negativas a lo largo de su trayectoria vital. Situaciones de vulnerabilidad que ponen en desequilibrio sus áreas o dimensiones cognitivas, afectivas, emocionales y relacionales; en algunos casos como se ha podido constatar, la horizontalidad en las relaciones paterno-materno filiales en donde los límites aparecen difusos y se comparte incluso los espacios de consumo con los/as hijos/as han dado lugar a que éstos normalicen y se reduzca así la percepción de los daños ocasionados por ello, y en un polo más extremo haya derivado en patologías duales. La esfera afectiva y emocional también se ven afectadas y en muchas de las ocasiones generan situaciones de abandono tanto físico como emocional siendo sustituidas por la red familiar más próxima o en los casos en los que la guarda y custodia pasa a responsabilidad de otras personas. En la relación con sus pares, en especial en la infancia, en algunos relatos se ha podido observar que entran en conflicto aspectos intrapersonales debido a la incomprensión y maduración temprana vivida, derivando incluso en aislamiento y

Idoia Marin Zalbide

sentimientos de soledad. En los relatos de los/as profesionales y en alguna figura materna que ha pasado procesos de adicción, aseguran que sus hijos/as pasan por fases en los que los sentimientos que predominan son la rabia y la vergüenza. Una vez en la etapa adulta, existen hijos/as que solicitan ayuda psicológica desde el ámbito privado para trabajar a nivel introspectivo ciertos conflictos intrapersonales derivados de las experiencias negativas vividas.

El segundo objetivo, se puede afirmar que existe en la gran mayoría de los casos cierta codependencia hacia sus padres/madres drogodependientes que llegan a afectar en su ámbito personal y todas las perspectivas desde donde se ha analizado el fenómeno, coinciden en que todos/as los/as hijos/as adoptan la parentificación ante la incapacidad parental de sus progenitores ante la problemática. A su vez, salvo en uno de los casos, se ha dado el inicio del consumo de sustancias de manera temprana incluso en uno de los casos llevó a solicitar ayuda para tratar la dependencia al alcohol, y en otro, a acceder a una Comunidad Terapéutica para el tratamiento de dependencia a sustancias ilegales. Ante la drogodependencia parental siendo un factor de riesgo en sí mismo, han tejido su resiliencia mediante fortalezas personales que les ha llevado a lograr distanciarse del problema y construir su propia historia de vida. Pero en la mayoría de los casos, ha sido quizá una combinación de dichas fortalezas junto con un peso mayor de los apoyos recibidos de su red familiar más extensa. A nivel macro, existen episodios en los que se ha dado una mezcla de factores de protección y factores de riesgo. Si bien cabría pensar que desde las diferentes estructuras que componen este nivel van encaminadas a lograr revertir la situación conflictiva vivida por estos/as hijos/as, hay experiencias que relatan las actuaciones realizadas desde los diferentes dispositivos como, puede ser desde el sistema de salud y desde la Subdirección de Familia y Menores del Departamento de Derechos Sociales del GN, como intervenciones focalizadas en detrimento de sus necesidades. Por el contrario, desde otros recursos especializados como puede ser las Comunidades Terapéuticas, han sabido contrarrestar los factores de riesgo mediante intervenciones de corte sistémico teniendo en cuenta a todo el microsistema.

Este objetivo planteado va unido al tercero, pues en la mayoría de los casos, los apoyos recibidos vienen desde la red familiar extensa quien cubre las necesidades de estas personas y tratan de proveer los cuidados psico-físico-afectivos adecuados en especial en las primeras etapas de socialización. Teniendo en cuenta que la fuente principal de apoyos proviene de la red primaria, los apoyos recibidos desde la red terciaria han sido de manera quizá más residual. Desde la red de salud tal y como se ha podido observar con anterioridad, los apoyos más significativos han sido provenientes de las Comunidades Terapéuticas, también por iniciativa propia, se ha solicitado ayuda a recursos como terapia psicológica del ámbito privado, y entidades del tercer sector y otras terapias alternativas como puede ser Gestalt. Desde el Sistema de Servicios Sociales tan solo se ha recibido atención relacionada a la desprotección de los/as menores. Con todo ello, las necesidades sentidas de los profesionales en relación a la intervención con el fenómeno abordado tienen que ver con lograr una coordinación entre todos los sistemas que entran en contacto con los/as hijos/as de padres o madres drogodependientes, como pueden ser el sistema educativo, salud y SS, como puede ser la creación de un órgano encargado de la coordinación en donde se pueda reflexionar de manera conjunta las posibles implicaciones de cada uno de ellos. En cuanto al resto de los relatos, aseguran habría sido conveniente tener a una figura profesional con la que contar para amortiguar las consecuencias derivadas de la drogodependencia parental, así como un espacio en donde pudieran expresar sus vivencias y trabajar con la ayuda de una persona profesional aspectos relativos a tejer su resiliencia con otras personas que hayan pasado por la misma situación.

En cuanto al quinto objetivo, la única persona entrevistada que es madre, ha vivido su proceso parental en primera instancia con incertidumbre e inseguridad debido a la influencia que ha tenido en ello su propia vivencia en el seno de un familiar adicto. El hecho de no contar con personas referentes en donde poder verse reflejada en su ejercicio del rol parental, ha tenido que primero deconstruir ciertos modelos de crianza interiorizados, para después construir su propio esquema maternal. Pero lo que todos los relatos muestran es que tanto en su nueva etapa como madres/padres como en su imaginario en ese rol, prevalece la idea de que esa vivencia en su propia

infancia les servirá para proveer los cuidados y atenciones que ellos/as mismas han carecido. Una forma de resarcirse del dolor vivido.

Como se ha podido observar, y teniendo en cuenta los dos últimos objetivos específicos (del segundo objetivo general), se ha diseñado un programa y un posible dispositivo teniendo en cuenta tanto las necesidades detectadas por parte de los/as profesionales, los/as padres/madres drogodependientes, así como las propias de los/as hijos/as de éstos/as.

A pesar que tal y como se ha observado a lo largo de este trabajo los/as hijos/as tienen consecuencias negativas ante la vivencia de la drogodependencia de sus progenitores, me gustaría cerrar esta etapa poniendo el foco en las fortalezas intrapersonales de estas personas, citando a Cyrulnik (2001):

“Cuando se es desgraciado, el placer nos da miedo. (..) Ahora bien, el arma principal para afrontar la adversidad es la fantasía. (...) La fantasía constituye el recurso interno máspreciado de la resiliencia”

REFERENCIAS

- Alfonso, M^a. R. (2010). Aproximaciones a la Polémica entre lo Cuantitativo y lo Cualitativo en la Investigación científica. 2018, de CEO Sitio web: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6822/6248>
- Aranda, E. (2016). Formación de familias en Tenerife: modalidades y satisfacción. 2018, de Universidad Complutense de Madrid Sitio web: <http://eprints.ucm.es/40507/1/T38134.pdf>
- Arguello, E. (2016). Drogodependencias y consumo en España y Europa. Propuesta de Intervención en Pacientes Adictos a la Cocaína. 2018, de Universidad Pontificia de Salamanca Sitio web: <http://summa.upsa.es/pdf.vm?id=0000043555&page=1>
- Arza, J. (2013). Estrategias Para La Atención Sociosanitaria: El Caso De Las Drogodependencias En Navarra (1993-2009). 2018, de UPNA Sitio web: https://www.researchgate.net/profile/Javier_Arza_Porras/publication/308032559_Estrategias_para_la_atencion_sociosanitaria_El_caso_de_las_drogodependencias_en_Navarra_1993-2009/links/57d7bdad08ae601b39ad5caf/Estrategias-para-la-atencion-sociosanitaria-El-caso-de-las-drogodependencias-en-Navarra-1993-2009.pdf
- BOE. (-). Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero. 2018, de Noticias Jurídicas Sitio web: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/lo1-1996.t2.html
- Broning, S., Moesgen, D., & Klein, M. (2013). Trabajar Con Hijos De Familias Afectadas Por Toxicodependencias: La Intervención Grupal Comunitaria TRAMPOLINE. 2018, de Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4092126>
- Calvo, H., & De Lucas, A. (2007). Intervención En Familias Desde Los Centros De Día. 2018, de ASECEDI Sitio web: <http://www.asecedi.org/PDF/IntervencionFamilias.pdf>
- Caudevilla, F. (2010). Drogas: Conceptos Generales, Epidemiología y Valoración del Consumo. 2018, de Grupo de Intervención en Drogas semFYC Sitio web: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Comas, D. (1994). Los Jóvenes y El Uso de Drogas en la España de los Años 90. 2018, de Universidad Complutense de Madrid Sitio web: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/1/S1010701.pdf>

Consejería de Igualdad y Derechos Sociales. (-). Los Derechos de los Niños y Niñas. 2018, de Junta de Andalucía Sitio web: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdady politicassociales/areas/infancia-familias/derechos-infancia.html>

Consejería de Salud y Servicios Sociales. (2000). Programa de Trabajo social y Apoyo a la Dinámica y Estructura Familiar. 2018, de Gobierno de la Rioja Sitio web: <http://chitita.uta.cl/cursos/2011-1/0000439/recursos/r-12.pdf>

Cova, F. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual. 2018, de Revista de Psicología de la Universidad de Chile Sitio web: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17489/18260/>

Cuadrado, D. (2010). Las Cinco Etapas del Cambio. 2018, de – Sitio web: https://factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf

Cyrulnik, B. (2001). Los Patitos Feos. La Resiliencia: Una Infancia Infeliz No Determina La Vida. París: Gedisa, S.A.

Departamento de Políticas Sociales, de Salud y de Educación. (2013). Protocolo de Colaboración entre Educación, Salud y Servicios Sociales en la Atención a la Infancia y Adolescencia. 2018, de Gobierno de Navarra Sitio web: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A1C34644-77CA-4043-84CE-6BAF6C72A3A7/254449/ProtocolodeColaboraci%C3%B3nAtenci%C3%B3nalInfanciayAdolesc.pdf>

Díaz, C. (2011). Trabajo Social con Individuos y Familia. 2018, de Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Sitio web: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-las-palmas-de-gran-canaria/trabajo-social-con-individuos-y-familias/resumenes/apuntes-completos-prof-carmen-delia-diaz-bolanos/433736/view>

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico. 2018, de Universidad Nacional Autónoma de México Sitio web: <http://riem.facmed.unam.mx/node/47>

Díaz, R., & Serrano, L. (-). Una Guía Para Ayudar a Toda La Familia Recuperarse del Alcoholismo. 2018, de Programa Alfil. Socidrogalcohol Sitio web: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/socidrog/alcohol0.dir/socidrogalcohol0001.pdf

Dirección de Salud Mental Navarra. (2014). Memoria Salud Mental Navarra 2013. 2018, de Gobierno de Navarra Sitio web: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/07A00D93-05CD-4807-85E7-37D89A61F0CA/287908/MemoriaSMNa2015.pdf>

Ekintza Zuzena. (-). Breve Historia del Consumo de Drogas en el Estado Español. 2018, de Ekintza Zuzena Sitio web: <https://www.nodo50.org/ekintza/spip.php?article57>

Emakunde. (2009). Drogas y Género. 2018, de Emakunde Sitio web: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_dokumentuak/es_def/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf

EMCDDA. (-). European Drug Report; Trends and Developments (1995-2017). 2018, de EMCDDA Sitio web: <http://www.emcdda.europa.eu/publications#advancedSearch>

Espina, A., & Pumar, B. (1996). Terapia Familiar Sistémica: Teoría, Clínica e Investigación. España: Editorial Fundamentos.

Espinal, I. Gimeno, A, & González, F. (2004). El Enfoque Sistémico en los Estudios Sobre la Familia. 2018, de Universitat de Valencia Sitio web: <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

Estay, F., Jara, P., & Mora, M. (2009). Manual de Apoyo para la Formación de Competencias Parentales. Programa Abriendo Caminos. 2018, de Gobierno de Chile Sitio web: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/manual_formac.copmpet.parentales.pdf

Expósito, L. (2016). La Prevención de las Drogodependencias desde los Servicios Sociales Municipales de Tenerife. 2018, de Universidad de La Laguna Sitio web: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3851/La%20Prevencion%20de%20las%20Drogodependencias%20desde%20los%20Servicios%20Sociales%20Municipales%20de%20Tenerife.pdf?sequence=1>

Fierri, G. (-). Familia Y Drogodependencia. 2018, de Clínicas Pediátricas Del Sur Sitio web: <http://docplayer.es/4648728-Familia-y-drogodependencia-gustavo-pierri-1.html>

Fundación Atenea. (2013). Análisis del Cambio en las Pautas de Consumo de Población Drogodependiente. 2018, de Gobierno de España Sitio web: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/AnalisisCambioConsumo_Fund_Atenea.pdf

Gabantxo, K. (2001). Antecedentes Históricos, Situación Actual y Tendencias de Consumo. 2018, de Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social. Donostia Sitio web: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04139158.pdf>

Gallart, M. (-). la integración de métodos y la metodología cualitativa. una reflexión desde la práctica de la investigación. 2018, de - Sitio web: <https://www.campus.fundec.org.ar/.../Gallart.%20La%20integración%20de%20métod...>

Gobierno de Navarra. (-). Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. 2018, de Gobierno de Navarra Sitio web: <http://www.cfnavarra.es/prm/Cartera%20de%20servicios%20sociales/servicios-1925.html>

Gobierno de Navarra. (-). PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA 2012-2016. 2018, de Gobierno de Navarra Sitio web: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6A6E64AE-3376-4E55-B865-FCBB4C7C531D/230853/DOSSIERDEPRENSA_PlanSaludMental.pdf

Gobierno de Navarra. (2013). Protocolo de Colaboración entre Educación, Salud y Servicios Sociales en la Atención a la Infancia y Adolescencia. 2018, de Gobierno de Navarra Sitio web: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A1C34644-77CA-4043-84CE-6BAF6C72A3A7/254449/ProtocolodeColaboraci%C3%B3nAtenci%C3%B3nalInfanciayAdolesc.pdf>

Gutierrez Del Río, C. (2003). Adicción a Drogas: Consumo y Consecuencias en Continuo Cambio. 2018, de Anales de Medicina Interna Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003001000001

Instituciones, Órganos y Organismos de la UE. (2017). Plan de Acción de la UE en Materia de Lucha Contra la Droga 2017-2020. 2018, de MSSSI. Gobierno de España Sitio web: http://www.pnsd.msssi.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/2017_DOUE_-_Plan_de_Accion_UE_2017-2020.pdf

Instituto de Salud. (2012). II Plan Foral De Drogodependencias. 2018, de Gobierno De Navarra Sitio web: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/mapa/navarra.htm>

Krause, M. (1995). La Investigación Cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. 2018, de Revista Temas de Educación Nº 7 Sitio web: <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause,%20M.%3B%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>

Krause, M. (1995). LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: UN CAMPO DE POSIBILIDADES Y DESAFÍOS. 2018, de Revista Temas de Educación Sitio web: <https://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>

Latorre, F. (2011). La Parentalidad Positiva: Las Bases de la Construcción de Las Personas. 2018, de Revista de Intervención Socieducativa. Dialnet Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3829396>

Linares, J.L., & Cebeiro, M. (2005). Ser Y Hacer en Terapia Sistémica: La Construcción del Estilo Terapéutico. Barcelona: Paidós Ibérica.

Lizandro, W. (2012). Algunas Consideraciones Sobre la Familia y La Crianza Desde Un Enfoque Sistémico. 2018, de Universidad Católica San Pablo Sitio web: <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2014/04/Consideraciones-sobre-la-familia-y-la-crianza.pdf>

López, P., Barreto, A., Mendoza, E., Del Salto Bello, M. (2015). Bajo Rendimiento Académico en Estudiantes y Disfuncionalidad Familiar. 2018, de Medisan Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192015000900014&script=sci_arttext&tlng=en

Maganto, C. (2017). La Familia Desde el Punto de Vista Sistémico y Evolutivo. 2018, de Universidad del País Vasco Sitio web: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf

Mansilla, F. (2002). Codependencia y Psico terapia Interpersonal. 2018, de Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100002

Martínez, F. (2001). Prevención familiar del consumo de drogas. 2018, de Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León Sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-prevencion-familiar-del-consumo-drogas-13021694>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). Plan Nacional Sobre Drogas. 2018, de Gobierno de España Sitio web: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/Introduccion/pdf/pnd1985.pdf>

Montesano, A. (2012). La Perspectiva Narrativa en Terapia Familiar Sistémica. 2018, de Revista de Psicoterapia. Dialnet Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4347456>

Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías. (2018). Indicador Admisiones a Tratamiento Por Consumo de Sustancias Psicoactivas 1987-2017. 2018, de Gobierno de España Sitio web:

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Estadisticas_Indi_admisiones.pdf

Osuna, J.M. (2005). Drogas: ¿Un Fenómeno en Evolución? 2018, de Carel Carmona; Revista de Estudios Locales Sitio web: http://www.carmona.org/publicaciones/carel/2004_8.pdf

Paladines, M., Quinde, M. (2010). Disfuncionalidad Familiar en Niñas y su Incidencia en el Rendimiento Escolar. 2018, de Universidad de Cuenca Facultad de Psicología Sitio web: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>

Pascale, A. (2015). Consumo de Drogas Durante el Embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. 2018, de - Sitio web: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. 2018, de Pulso: Revista de Educación Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>

Pérez Del Río, F. (2011). Estudios Sobre las Adicciones. 2018, de Diputación Provincial de Burgos Sitio web: <http://proyectohombreburgos.es/pdf/2011%20Libro%20Estudios%20sobre%20adicciones.pdf>

PIDCA. (2011). Protocolo de Atención a Familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas. 2018, de Servicio Extremeño de Salud Sitio web: <http://www.caib.es/sites/padib/ca/guies-26766/archivopub.do?ctrl=MCRST352Z1101421&id=101421>

Pillcorema, B. (2013). Tipos de Familia Estructural y la Relación con sus Límites. 2018, de Universidad de Cuenca Facultad de Psicología Sitio web: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>

Proyecto Hombre. (2018). Programas Existentes. 2018, de Asociación Proyecto Hombre Sitio web: <http://proyectohombre.es/programas-existentes/>

Rodrigo, M^a.J, Martín, J.C., Cabrera, E., & Máiquez, M^a.L. (2009). Las Competencias Parentales en Situaciones de Riesgo Psicosocial. 2018, de Psychosocial Intervention Sitio web: Vázquez, N. (2015). Evaluación de la Efectividad de un Programa Comunitario de Parentalidad Positiva.

2018, de Universitat de Barcelona Sitio web:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/98629/1/NVA_TESIS.pdf

Rodriguez, A. (2013). Teoría y Práctica de la Intervención Sociofamiliar con Familias Multiproblemáticas. 2018, de Universidad Complutense de Madrid Sitio web:
<http://eprints.ucm.es/17792/1/T34107.pdf>

Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA. 2018, de - Sitio web:
https://cesaraguilar.weebly.com/uploads/2/7/7/5/2775690/rodriguez_gil_01.pdf

Rodriguez, M. (2003). La Familia Multiproblemática y el Modelo Sistémico. 2018, de Porturalia: Revista de Trabajo Social Sitio web:
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/151/b15148221.pdf>

Rosas, B. (2014). Percepción de los vínculos parentales y funcionamiento familiar en sujetos drogodependientes. Un recurso a explorar en el proceso de rehabilitación. 2018, de Revista PsiqueMag Sitio web: ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/download/27/16

Rubilar, J.V., & Oros de Sapia, L.B. (2011). Parentalidad Y Autoestima de Los Hijos: Una Revisión Sobre La Importancia Del Fortalecimiento Familiar Para El Desarrollo Infantil Positivo. 2018, de Apuntes Universitarios. Dialnet Sitio web:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4046016>

Santos, G., Pulido, R., Donaire, J., & Santos, J.A. (2011). Protocolo De Atención a Familiares De Abuso o Dependientes de Drogas u Otras Conductas Adictivas. 2018, de SES Sitio web:
<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI101421&id=101421>

Secades, R., Fernández, J.R., García, G., & Al-Halabi, S. (2011). Estrategias de Intervención en el Ámbito Familiar. 2018, de Diputación de Barcelona Sitio web:
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Estrategiasintervencionfamiliar_DIBA.pdf

Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social MIDEPLAN. (2009). Manual de Apoyo para la Formación de Competencias Parentales. 2018, de Programa Abriendo Caminos Chile Solidario
 Sitioweb: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/manual_fo_rmac.compet.parentales.pdf

Soria, R. (2010). Tratamiento Sistémico en Problemas Familiares. Análisis de Caso. 2018, de Revista Electrónica de Psicología Iztalaca Sitio web: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art5.pdf>

Torres, M.A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., & Álvarez, C. (2009). Historia de las Adicciones en la España Contemporánea. 2018, de Gobierno de España Sitio web: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf

Ugarte, D. (2001). La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. 2018, de CEDRO Sitio web: http://www.venumperu.com/friesgo_cap5_p130_169.pdf

Valdivieso, G. (2007). El Ciclo Vital de la Familia. 2018, de Universidad el Azuay Sitio web: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1148/1/06264.pdf>

Vargas, J., Oros, L. (2011). Parentalidad y autoestima de los hijos: Una revisión sobre la importancia del fortalecimiento familiar para el desarrollo infantil positivo. 2018, de Revista Apuntes Universitarios Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4046016>

Vázquez, N. (2015). Evaluación de la Efectividad de un Programa Comunitario de Parentalidad Positiva. 2018, de Universitat de Barcelona Sitio web: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/98629/1/NVA_TESIS.pdf

Zapata, A. (2009). Familia transnacional y remesas: padres y madres migrantes. 2018, de Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud Sitio web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2009000300024

ANEXOS

Anexo I: Guion de Entrevistas

<i>Fase Introductoria</i>
<p>Hola buenos días, Me llamo Idoia Marin soy alumna de Trabajo Social de la UPNA, estoy realizando una investigación para el Trabajo Fin de Grado y para profundizar en ella, voy a realizar una serie de entrevistas que me permitan analizar posteriormente el fenómeno que me ocupa; <i>“la Parentalidad y Drogodependencia”</i>. Si no tienes inconveniente la entrevista va a ser grabada para así evitar coger notas, pues puede romper con la fluidez de la misma y, por otro lado, agiliza el posterior análisis.</p> <p>Recalcar que la entrevista únicamente va a ser utilizada con fines académicos y se mantendrá en todo momento la confidencialidad. Para ello, te adjunto el <i>Documento de Confidencialidad</i> en la que se hará constancia del compromiso por ambas partes.</p> <p>Señalar que, si en algún momento de la entrevista te sientes incómodo/a y quieres parar, no dudes en decírmelo.</p> <p>¿tienes alguna duda?, en tal caso, vamos a comenzar con la entrevista... (se comienza a grabar)</p> <p>En primer lugar, cómo te llamas, qué edad tienes...</p>

<i>Guion de Entrevista a Profesionales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de trabajo realizáis con la familia en dichas intervenciones? • ¿tenéis o habéis tenido personas usuarias con hijos/as? ¿Qué porcentaje? ¿cuáles son los perfiles? • Concretamente con los/as hijos/as hacéis algún tipo de intervención específica? • ¿Por qué crees que es importante tener en cuenta a la familia, y en especial a los/as hijos/as en la intervención?

- ¿Cómo crees que debería ser la coordinación entre los diferentes sistemas a la hora de intervenir en el fenómeno de la drogodependencia?
- ¿Podrías describirme las buenas prácticas o experiencias que se han realizado entorno a la intervención ante este fenómeno? ¿qué necesidades observas en la atención a los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes?
- ¿crees que existe cierta laguna en la atención a los/as hijos/as de padres/madres drogodependientes?
- ¿Según tu percepción, qué características debería tener en el caso que se pongan en marcha, los programas específicos para intervenir con los/as hijos/as de padres o madres drogodependientes?

Guion Entrevista a padres/madres Drogodependientes

- ¿Cómo es la relación con tus hijos/as en la actualidad?
- ¿A qué edad fuiste consciente de que eras dependiente del consumo de sustancias psicoactiva?
- ¿Qué tipo de sustancia era lo que asiduamente consumías?
- En el momento que el consumo comportó un problema, ¿con quién o quiénes convivías?
- ¿Cómo crees que influyó la drogodependencia en tu papel como padre o madre?
- ¿Cómo era la relación con tu familia? (sólo si no sale info en la anterior pregunta) ¿y con tus hijos/as?
- ¿Cómo crees que han vivenciado esta problemática tus hijos/as? ¿de qué manera crees que les ha podido afectar a tus hijos/as en todas las etapas de socialización?
- ¿Qué tipo de apoyos han recibido desde la familia y/o el sistema de salud, SS...? ¿qué tipo de apoyos crees que habría/n necesitado?
- ¿Cómo familia, habéis participado en algún tipo de intervención familiar?

Guion Entrevista a Hijos/as de Padres/Madres Drogodependientes

- ¿Qué años tenías (o cuándo fuiste consciente) cuando tu padre/madre tuvo el problema de drogodependencia?
- ¿Con quién convivías?
- Desde tu posición como hijo/a ¿cómo vivenciaste ese problema?
- ¿Cómo era el clima familiar desde entonces?
- ¿De qué manera te ha podido influir en tu vida el problema de tu padre/madre?, ¿recuerdas cómo te sentías en cada etapa de socialización, desde la niñez hasta el momento actual?

- ¿Adoptaste roles que por edad no te correspondían? (ESTA SI NO SALE EL TEMA ANTES)
- ¿De qué manera crees que te ha podido afectar la drogodependencia de tu padre/madre en los diferentes ámbitos de tu vida?; como puede ser las relaciones sociales, en el colegio, en el trabajo, en las relaciones sentimentales...? (PREGUNTAR SOLO SI NO HA SALIDO EN LA PREGUNTA ANTERIOR)
- ¿A raíz de vivir la problemática de tu padre/madre has tenido algún tipo de trastorno psicológico? Por ejemplo; estrés, depresión...
- ¿Ha afectado en tu autoestima?
- ¿Cómo has afrontado este problema familiar?
- ¿Qué tipo de apoyo has recibido por parte del resto de la familia o de otros sistemas (salud, SS...)
- ¿Echaste de menos algún tipo de actuación desde el sistema educativo, de salud, SS y de la familia?
- ¿Tienes hijos/as? ¿ha influido de alguna manera tu vivencia como hijo/a de padre/madre drogodependiente en tu propio proceso parental? Si no tienes hijos/as, ¿Cómo te imaginas que influiría tu vivencia en tus “futuros hijos/as?

A Modo de Cierre

Para finalizar, ¿quieres añadir algo?... ante todo, muchas gracias por tus aportaciones y generosidad, ha sido de gran ayuda para poder realizar este trabajo y estoy convencida de que será de gran utilidad para realizar el análisis.

Gracias!

Anexo II: Ficha de los perfiles de las personas entrevistadas

PROFESIONALES	OBSERVACIONES
(Prf.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadora Social del Centro de Día Zuria • Desde el año 1987 en la institución • Trabajó también en ANTOX
(Prf.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Médica especialista en Adicciones de ANTOX. Encargada a su vez, de dirigir los grupos de familiares e intervenciones con ellas. • Desde el año 85 trabajando en el recurso • Formación complementaria: TFS
(Prf.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo de Fundación PH Estella. • Encargado de las intervenciones con padres mayoritariamente con problemas de sustancias. • Lleva en PH 20 años y en la Fundación PH en Navarra 7.

PADRES/MADRES DROGODEPENDIENTES	OBSERVACIONES
MADRE DROGODEPENDIENTE (Mdr.Drg.1)	<ul style="list-style-type: none"> • 45 años • 2 hijos; de 17 y 15 años, 1 hija de 26 años. • Perdió la custodia de los tres • Inicio del consumo a los 28 años

	<ul style="list-style-type: none"> • Paso por prisión y comunidad terapéutica • Principales consumos heroína, cocaína, speed y cannabis. • Actualmente, señala solo ser consumidora de cannabis
<p>PADRE DROGODEPENDIENTE <i>(Pdr.Drg.1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 66 años. • 1 hijo de 34 años • Dependencia al alcohol hace 8 años tras el fallecimiento de su mujer. • Actualmente se encuentra (desde hace 8 meses) en PH Estella.
<p>MADRE DROGODEPENDIENTE <i>(Mdr.Drg.2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 55 años, divorciada. • 2 hijas; una de 26 años y otra de 21. • Dependencia al alcohol desde hace 7 años. • Desde hace 5 meses se encuentra en Comunidad Terapéutica Antox.
<p>PADRE DROGODEPENDIENTE <i>(Pdr.Drg.2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 57 años, divorciado. • Hijo de 26 años • Dependencia al alcohol destilado 20-25 años • Desde hace 3 meses se encuentra en PH Estella • Anterior a ese periodo estuvo en Ibarre

<p style="text-align: center;">MADRE DROGODEPENDIENTE</p> <p style="text-align: center;"><i>(Mdr.Drg.3)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 38 años, divorciada. • 2 hijas; una de 13 años y otra de 10. • Con 22 años adicción a la cocaína. En 2012-2013, problemas de policonsumo; alcohol y cocaína. • Desde hace 8 meses en PH Estella.
--	---

<p style="text-align: center;">HIJOS/HIJAS DE PROGENITORES DROGODEPENDIENTES</p>	<p style="text-align: center;">OBSERVACIONES</p>
<p style="text-align: center;">HIJA DE PADRE Y MADRE DROGODEPENDIENTE</p> <p style="text-align: center;"><i>(Hja.1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 25 años • Tanto el padre como la madre pasan periodos largos en prisión. Y eran consumidores de; heroína, cocaína, speed, cannabis. • A los 11 años pasa a acogida durante 2 años de su tío y tía por parte de familia paterna. Después pasa a 3 Centros de Acogida; Nuevo Futuro, 3 meses en ACOAD, y 8 meses en Sin Fronteras. A los 16 años se va a vivir con su madre materna. • Uno de sus hermanos (17 años) pasó a acogida de una familia. el pequeño (15 años), a los 4 años pasó a acogida por parte de su tío y tía materna.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ha sido consumidora de cocaína, alcohol y cannabis. • Actualmente señala ser solo consumidora de cannabis. • Actualmente tiene una vivienda particular en donde vive de manera autónoma
<p style="text-align: center;">HIJO DE PADRE DROGODEPENDIENTE <i>(HJO.1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 24 años • Padres divorciados. El padre vive en Córdoba y él con su madre en Navarra. • Su padre es dependiente de cocaína. • Asegura haber consumido a los 18 años cocaína con su padre (éste fue quien le ofreció la sustancia) • Lleva un mes y medio en Comunidad Terapéutica Antox. • (la médica de Antox previo a la entrevista) comenta que tiene una patología dual, patología psicótica.
<p style="text-align: center;">HIJA DE PADRE DROGODEPENDIENTE <i>(Hja.2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 40 años, tiene un hermano de 33 años. • Cuando ella tenía 7 años su padre comenzó con problemas de adicción a la heroína, previamente al policonsumo (cocaína, cannabis, alcohol). • Tiene 2 hijas; una de 7 y otra de 6

	años.
HIJO DE PADRE DROGODEPENDIENTE <i>(Hjo.2)</i>	<ul style="list-style-type: none">• 34 años.• Tenía 26 años cuando su padre tuvo problemas de dependencia al alcohol.• Madre falleció