

“Estrategias de Intervención en Prevención Selectiva e Intervención Temprana”

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A TIEMPO

1. INTRODUCCIÓN: Consideraciones para el Texto de apoyo

2. ANTECEDENTES

- 2.1 Contexto de apoyo: Relación tríadica Sujeto-Contexto-Sustancia
- 2.2 Equidad y Determinantes Sociales de la Salud: desafíos para la observación e intervención en el consumo de alcohol y drogas
- 2.3 Familia en el Contexto de la Crítica Posmoderna
- 2.4 Adolescencia: Enfoques Tradicionales y Alternativos en torno a la Juventud
- 2.5 Aspectos Neurobiológicos del Consumo de Sustancias
- 2.6 Enfoque Transteórico del Cambio de Comportamientos
- 2.7 Prevención Selectiva

3. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

- 3.1 Consumo de Sustancias desde la perspectiva Biopsicosocial
- 3.2 Perspectiva Dialógica
- 3.3 Modelo Narrativo en el trabajo con familias y adolescentes
- 3.4 Entrevista Motivacional

4. REPERTORIO DE HERRAMIENTAS TEÓRICO-PRÁCTICAS PARA EL TRABAJO

- 4.1 Trabajo con Familias
- 4.2 Trabajo con Niños y Adolescentes
- 4.3 Trabajo con Grupos

5. HACIA NUEVAS PERSPECTIVAS EN PREVENCIÓN

- 5.1 Proyecciones sobre Ideas Emergentes
- 5.2 Conclusiones
- 5.3 Reflexiones Finales

CARTA DE PRESENTACIÓN
(PENDIENTE SENDA)

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A TIEMPO
(PENDIENTE SENDA)

1. INTRODUCCIÓN

Algunas consideraciones para la lectura de este documento

Ya desde fines de los '80 que viene instituyéndose en el plano de las Ciencias Sociales (quizás en otras disciplinas como la filosofía, aun desde antes) una cierta actitud crítica frente a los supuestos que había instalado la modernidad. El método científico como eje, la medición y predicción de los procesos, así como también la eventual capacidad de describir la realidad, entran en un profundo cuestionamiento del cual parece que no se levantó más. Esto atraviesa evidentemente el plano de las intervenciones sociales, específicamente las llamadas intervenciones psicosociales y, desde ahí, por ejemplo el plano de la prevención.

No siendo ajeno a este movimiento sociocultural es que las propias metodologías de intervención social y la prevención misma, han llevado a cabo una interesante transformación desde el abandonado asistencialismo y las intervenciones instructivas, hacia estrategias de intervención que tienen una alta consideración del sujeto como protagonista, del contexto como articulador y del interventor en cuanto sistema observante.

Aun así, todo proceso de intervención requiere un mínimo de planeamiento, lo que a simple vista pudiera acarrear una paradoja con lo antes establecido: ¿Es posible desplegar una práctica programada sin volver a caer en los postulados modernos que se están tratando de abandonar? Pues sí, si bien aún persiste el deseo de *manualizar* las prácticas, se pueden establecer hoy directrices (en los tres niveles fundamentales) epistemológicas, teóricas y metodológicas que incluyan la posibilidad de un acto recursivo permanente, esto es, desarrollar una práctica cualquiera que sea, mientras se mantiene la actitud de responsabilidad de segundo orden, a través de la cual, se tiene siempre consideración de la posición que se ocupa en el sistema en el cual se interviene.

Por todo lo anterior es que lo que se tiene a continuación no es precisamente un manual de estrategias de intervención, ni tampoco una acabada explicación de cómo es que ocurre la realidad de los procesos de transformación en *las estrategias en prevención selectiva e intervención temprana*, pero sí se proponen algunas directrices y orientaciones claras para el trabajo en prevención donde las familias no son una simple red de apoyo, sino el escenario de la intervención y donde el sujeto no es objeto para la aplicación de ciertas indicaciones, sino que un protagonista de un proceso reflexivo. Esto es un documento de trabajo, un texto de apoyo para las aplicaciones que desarrolla ya un programa específico en prevención. Un texto en cuanto es también un relato posible y un apoyo en tanto se requiere un lector/actor para dar sentido a aquello que aquí viene descrito.

El presente documento se desprende de lo que fueron algunos lineamientos fundamentales del Curso de Actualización (del mismo título que este documento) que se realizara ad hoc desde la Universidad de Chile a los profesionales del Programa A Tiempo de Conace (hoy Senda) del Ministerio del Interior. Este proceso se realizó a nivel nacional y constó con más de 60 horas entre la modalidad no presencial y presencial. Tal como se desarrollara en el curso que da origen a este documento de trabajo, es de vital

importancia mantener atentos y activos los tres niveles fundamentales para una práctica: el nivel **epistemológico**, que declara desde dónde estamos posicionados observando la realidad (desde afuera e imparciales o bien desde dentro como participantes); el nivel **teórico** que intenta a través de determinadas conceptualizaciones explicar la realidad, los fenómenos en cuanto tales (existirán así tantas teorías como explicaciones posibles); y el nivel **metodológico**, que implica una serie de procedimientos que pretender servir de instrumentos de uso en la aplicación de un modelo o una iniciativa puntual (incluye todo el repertorio de técnicas y tácticas). De estos niveles se desprenden ciertos principios, los cuales son en definitiva los que permiten que se tenga aquella mencionada atención y activación de dichos niveles. Los principios de una intervención entonces, en cualquiera de sus dimensiones, deben salir del territorio de lo implícito y formar parte de la conciencia del interventor responsable.

Para efectos de este documento y de toda la intervención realizada, existiría al menos un principio por nivel, que atraviesan todo el campo de lo establecido y propuesto. La consideración explícita de ellos, no impide su revisión -y eventual- renovación constante, en beneficio de la generatividad de una intervención y en desmedro del anquilosamiento de ciertas prácticas o posiciones que dejen de estar al servicio de propiciar la reflexividad. En el nivel de abstracción mayor, el nivel epistemológico, encontraríamos la **recursividad** como eje, donde se valora la posibilidad de hacer una observación de segundo orden, que incluya al sistema observante en relación al sistema observado y esto permita establecer algunas reflexiones en torno a cómo me estoy relacionando con aquello que observo. Un aprendizaje puede aparecer en función de cómo me relaciono con aquello que observo, sin embargo, cuando reflexiono en torno a cómo yo observo o más aun cómo me estoy relacionando con aquello que observo, eso es una acción de segundo orden y eso lleva a ver cómo aprendo, es lo que llamamos también deuteroprendizaje o aprendizaje de segundo orden.

Luego, en el nivel medio, el nivel teórico, tenemos a la **circularidad** como eje, donde se considera que todo está en relación, es decir, la realidad es explicable a partir de las relaciones que establecen sus componentes. Esto tendrá por consecuencia que no se tenga atención a aquello que está dentro de los elementos que componen la realidad, sino que aquello que está entre, la cantidad y calidad de aquellas relaciones. Sobre aquello que está entre, se establecen luego conexiones posibles, al inicio como hipótesis, para luego dar paso a conocimientos que intentan explicar la realidad.

El último nivel, el nivel metodológico, para efectos de este documento, está representado por la **historicidad**. Uno de los movimientos asociados a la crítica que se plantea frente a la modernidad es el movimiento narrativo, el cual otorga gran relevancia a la capacidad de los sujetos de *historizar* sus relaciones. Mucho de este método se plasma en el/los modelo/s de intervención de este documento y por ende se transforma en otro de sus ejes. La manera de que se vea reflejado este interés por la historia es a través del relato.

Como en todo proceso discursivo, la utilidad de aquello que se dice no está determinada por la capacidad operativa o concreta del discurso, sino más bien por el uso que se puede realizar del mismo. Un discurso entonces podrá tener diferentes formas de uso y mientras más tenga, se transformará en un discurso más útil, cuestión que es independiente de su nivel de practicidad. Este documento en particular ha sido construido en base a la intención de que se transforme en un elemento de trabajo para sus lectores, de ahí la posibilidad de convertirse en un manual que no tecnifique (indique) las operaciones de un trabajo social, pero que sí tenga diferentes utilidades. Detrás de cada uno de los apartados está la propuesta de ser usado por el lector, lo que dependerá de que, como discurso, como texto, sea instalado en un contexto y pueda tomarse con la mayor plasticidad posible y puesto a prueba en los diferentes dominios en los cuales se plantea.

El documento de trabajo que empezará a revisar a continuación tiene un primer apartado bajo el título de *Antecedentes*. En su desarrollo se trabajan temáticas de base y que son escenario y contexto para temáticas más específicas asociadas al Consumo de Sustancias y la Prevención. Se abordan temas generales como Adolescencia, Familia en el Contexto de la Posmodernidad y el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud.

El segundo apartado, comprende el posicionamiento teórico que sustenta el documento. Entendiendo las teorías como un conjunto de normas y procedimientos que explican la realidad, se tienen en consideración algunas de las teorías más frecuentemente vinculadas al consumo de sustancias —como lo son una mirada *Neurobiológica de las Adicciones* y los *Principios del Modelo Biopsicosocial*— en contraste con elementos teóricos y, sobre todo, metateóricos, que sustentan las intervenciones presentes la *Perspectiva Dialógica*, el *Modelo Narrativo* y del *Modelo Transteórico del Cambio*.

Posteriormente, y en el tercer apartado, se presenta la dimensión más práctica del documento. Se optó por subdividirlo en base a los usuarios con quienes se realiza la intervención, no porque se crea que éstas se lleven a cabo de manera fragmentada, sino únicamente para privilegiar el ordenamiento de los diferentes dispositivos de trabajo, facilitando la búsqueda para el lector de intervenciones para contextos específicos.

La última sección ha sido destinada para amplificar la reflexión en torno a las temáticas tratadas, así como el despliegue de estas propuestas en el contexto de la Salud Mental Pública de nuestro país. A partir de ello se trabajan algunas proyecciones de las ideas emergentes, conclusiones iniciales de los procesos realizados —y que dan origen a este documento— así como algunas consideraciones finales que pretenden ser más invitación que una conclusión.

2. Antecedentes

2.1 Adolescencia: Enfoques tradicionales y alternativos en torno a la juventud

Los enfoques tradicionales en psicología han instaurado discursos sociales que pueden presentarse como verdades absolutas e incuestionables a la hora de hablar de adolescencia. De acuerdo a esta tradición el adolescente es mirado desde la enfermedad, carencia, déficit o riesgo. La juventud es percibida como amenazante, problemática, deficitaria y perturbadora. Dicha situación ha llevado a la estigmatización del adolescente, coartando sus potencialidades de cambio y de acción dentro de las posibles soluciones a las diversas problemáticas que éste enfrenta.

Esto se relaciona con temáticas asociadas a la prevención en la medida que la consideración de un adolescente que se considera, a priori, en una etapa llena de conflictos o complicada, implica luego una identidad del adolescente que se auto-percibe como viviendo una etapa en la que el descontrol o la disfuncionalidad podría insertarse. Lo verdaderamente preventivo es potenciar que los adolescentes tengan una imagen de sí mismo positiva y que su identidad se ponga en juego en las relaciones, donde deben desplegar habilidades, fortalezas y no como un prejuicio de un adolescente deficitario que opera antes de que entre en relación o tenga dificultades que no siempre están y que son sólo eventuales.

En estos enfoques se privilegia una postura *adultocéntrica*, en donde la juventud es concebida sólo como una fase de preparación (moratoria) para la vida adulta, que debe ser abordada mediante iniciativas orientadas a estructurar la identidad del adolescente, a través del estudio, el trabajo, la capacitación, entre otras. Se desconoce que se trata de una etapa en la cual se viven diversas experiencias significativas, valiosas y fundamentales en sí misma, y no exclusivamente en calidad de transición a otra fase del desarrollo.

No obstante aquello, este discurso ha comenzado a disiparse, pues se hace cada vez más evidente que una perspectiva del déficit no da respuestas satisfactorias a las diversas problemáticas y demandas de intervención con jóvenes, adolescentes y niños, surgiendo así la necesidad de ampliar el marco comprensivo desde y hacia los propios sujetos y su entorno.

En respuesta a esta necesidad surgen enfoques alternativos que conciben a los jóvenes y adolescentes como una construcción socio-histórica, cultural y relacional constante. Esta nueva manera de mirar implica abordar las problemáticas desde los aspectos positivos del sujeto, de modo de generar un diálogo, donde tanto el sujeto como el profesional que interviene toman un rol activo en la construcción y reconstrucción de estos nuevos relatos, cargados de diversos significados, lo que permite separar a la persona del problema brindándole la posibilidad de enfrentar y vencer situaciones problemáticas¹.

Los enfoques alternativos proponen una mirada integral de la juventud, como sujetos creadores de significado y sentido, sujetos sociales con voz propia, un actor-ciudadano

¹ White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Editorial Paidós.

que posee derechos y que participa activamente en la construcción colectiva de lo social, en donde se destaca la necesidad de priorizar por el carácter de sujetos en tiempo presente.

Esta propuesta genera la inquietud de contextualizar permanentemente las visiones que se tienen en relación a los jóvenes, adolescentes y niños de hoy, que, a pesar de la evolución que nuestra sociedad ha tenido, se han visto todavía categorizados como “sujetos problema” y no como individuos que pueden aportar activamente y de manera positiva a su entorno más próximo (familia, escuela, comunidad), destacando sus recursos personales y respetando sus individualidades e intereses particulares.

Ahora bien, resulta fundamental la alternativa que ofrecen dichos enfoques, pues no resulta fácil poner entre paréntesis y cuestionar dicho discurso dominante para lograr conocer a este niño/adolescente al margen del riesgo, co-construyendo relatos esperanzadores basados en los recursos personales del sujeto.

El discurso dominante en torno a jóvenes vulnerables y el consumo de drogas trae consigo una consigna muy clara, que señala diversas causas u orígenes que pudieran dar explicación al consumo: se consume por problemas². Estos discursos se presentan como un perogrullo de teorías culturales, que explican el consumo a partir de relaciones causales, totalitarias, pero que a pesar de ello tienden a ser fácilmente aceptadas y transmisibles. Son parte de los lugares comunes que existen en torno al consumo de sustancias y si bien se pueden compartir algunas de ellas, en ningún caso, de manera aislada, explican o comprenden todo el fenómeno.

A continuación, se detallan entonces, algunos de estos “orígenes” del consumo³, los cuales se presentan de manera crítica, dando cuenta de que estas ideas forman parte de un imaginario social que no siempre contribuye a la apertura de posibilidades, a la generación de soluciones, ni menos aun al abordaje de la problemática del consumo de manera integral. El hecho mismo de hablar de “orígenes” del consumo resulta, al menos, delicado. Se presentan igualmente para reflexionar y tener la posibilidad de discutir estas ideas comunes:

La crisis de la familia

La fuerza de la convocatoria al consumo tiene su origen en un “problema social”, esto es la crisis de credibilidad de las instituciones, como por ejemplo en la institución que representa la familia (véase siguiente punto). En este caso, se trata de un consumidor que se ha alejado de su familia como un modo de evitar las diversas problemáticas que al interior de ésta se presentan.

La pérdida de vínculos como causa del consumo

Tradicionalmente, la experiencia de la droga ha sido asociada con una vía de escape del propio mundo, por ello es que se identifica la pérdida de vínculo con la realidad como una

² Gainza, A., Pérez, C., Sepúlveda, M., Abarca, H., Aravena, S. y Espinoza, C. (1997). *Futuro y angustia: la juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile*. Ediciones Sur.

³ Ídem.

causa de la adicción, donde el individuo queda “huérfano” de relaciones de intimidad, solitario, aislado socialmente.

Los amigos como factor problema que induce al consumo.

En este caso se construye un estereotipo juvenil que manifiesta un consenso favorable al consumo de drogas para “estar acorde a los tiempos de hoy”. Desde esta lógica, las amistades aparecerán como una fuente potencial de “malas influencias”.

La pobreza, como catalizador del consumo

Los efectos de la segmentación social, pobreza y discriminación se potencian mutuamente. La pobreza proveería un ambiente familiar deteriorado y constituye un estigma rotundo y cerrado, un círculo imposible de romper.

Enfoques centrados en el riesgo definen además un perfil de sujeto: *“Se ha podido observar que los niños y niñas que están en mayor situación de riesgo son aquellos que se ven enfrentados a una acumulación de circunstancias adversas, tales como dificultades económicas, situación de pobreza, enfermedad mental de alguno de los padres, prácticas de crianza inconducentes a su desarrollo, o bien, abuso y conflictos familiares”*.⁴

No resulta sencillo levantar discursos alternativos, tanto por el peso cultural que tienen estos, como por la dificultad de lograr que se tengan direcciones, consideraciones, definiciones alternativas al consumo y que no sea explicado de manera *facilista* por alguna de las ideas que se han mencionado como discursos dominantes. Un relato alternativo, aun con lo difícil de su aparición, es diferente en la medida que la concepción de sujeto consumidor que propone está construida a partir de posibilidades.

Los relatos que podrían considerarse como “alternativos” en torno a jóvenes vulnerables y el consumo de drogas, reconocen al sector juvenil como un componente clave de la sociedad, como actores estratégicos del desarrollo y un capital humano imprescindible. Se intenciona la mirada de los niños, adolescentes y jóvenes como sujetos en tiempo presente, con una voz propia. Sujetos portadores de habilidades, recursos, con un sin número de áreas a potenciar.

La pregunta por cómo levantar relatos esperanzadores en medio de vulnerabilidad y riesgo, no es menor, sin embargo al definir los perfiles de estos niños, adolescentes y jóvenes, podemos ver que además de ser desertores escolares, de tener antecedentes familiares de problemas de salud mental y de consumo, de presentar variados problemas conductuales, de vivir experiencia de maltrato y/o violencia intrafamiliar, entre otros, igualmente aparecen relatos en torno a su liderazgo, a su positivo contacto afectivo, humor, resiliencia, autonomía y creatividad; todas características que en virtud del riesgo y de las problemáticas presentes, aparecen invisibilizadas, no hay relato en torno a éstas, no están nombradas y es aquí donde debemos trabajar, son estos relatos los que debemos amplificar, visibilizar, tramar. *“Habrá aspectos significativos de sus vivencias que*

⁴ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE. (2005). *Prevención Selectiva del Consumo de Drogas para Niños/as y Adolescentes en Vulnerabilidad Social*, p. 45.

*contradigan esta narración dominante...*⁵. Esta es la puerta de entrada para que el niño, adolescente, joven, su familia, sus profesores etc., puedan ver algo distinto, es desde aquí donde surgen nuevas posibilidades.

⁵ Op. cit. nota 2. p. 78.

2.2 Familia en el contexto de la crítica posmoderna

Si hay algo que identifica a una posición posmoderna, no es el tener (justamente) una falta de posición, como muchas veces se la ha criticado, aduciendo a que la posmodernidad llevaría al nihilismo, a la desidia o aun peor al relativismo extremo. La posición posmoderna es tal, precisamente porque es un acto recursivo que permite una observancia, una atención particular, una crítica, a la modernidad como proyecto. En este sentido todo aquello que huele a instalación de proyecto moderno merece una consulta, requiere una mirada atenta y posibilita luego una serie de procesos que se abren a partir de este cuestionamiento. No es nunca de plano una negación, sino que es precisamente otra posición que está permitida y promovida precisamente por la modernidad. Un acto recursivo de observancia posmoderno, es algo permitido por la modernidad, ocurre dentro de ella y no se plantea como otro proyecto en paralelo. La modernidad deja siempre el espacio para su propia crítica.

La familia, por su parte, como discurso, no es mucho más que un concepto moderno. El imaginario de una familia, identificable a través de los medios de comunicación masivo y las redes virtuales, es un fiel representante de un deber ser. Esto se presenta como problemático para los programas sociales que tienden a visualizar en la familia, una especie de aliado para una intervención que continua planteándose como acción a un individuo. Es innegable la importancia de la familia, en el Desarrollo, en la Educación y lo será también en la “sanación”, en cualquiera de sus vertientes, pero eso no quiere decir necesariamente que deba ser considerada como un agente de cambio que se deba, bajo cualquier medio, captar en beneficio de un logro específico.

La familia es la forma más natural y más adecuada, insustituible, para la construcción de subjetividades y la reproducción social⁶. Sin embargo, esta naturalidad de la participación que tiene la familia en el sujeto ha permitido una nefasta alianza entre lo “natural” y lo “normal”, al punto que hoy se puede libremente plantear que existe una forma natural/normal en que ocurre el proceso y desarrollo de una familia. Todo aquello que queda fuera de este curso lógico/adecuado deviene entonces en una manifestación que rápidamente puede declararse como antinatural o, peor aun, anormal. El concepto de familia, sin quererlo, sitúa un devenir estructurado que tiene un curso preciso y por tanto una amenaza permanente a su disolución y consecuente alejamiento del deber ser. La complejidad que aporta la vida en sus diferentes facetas en las sociedades que hoy conviven, no permite que se mantenga siempre una estructura familiar, sino más bien una expresión de diversidad de estructuras familiares que no siempre gozan de aceptación ni prestigio cultural.

La familia es, bajo esta concepción moderna, un ente que, mientras más estructurado esté, se vuelve cada vez más gobernable. El modelo de Estado tiende a la secularización de la familia. Que la familia sea el núcleo de la sociedad no es más que una intención estadística de ubicarla como un conjunto numérico que indica una población (homogénea) de consumidores, de adscritos, de votantes, de actores indiferenciados. Muy correspondiente a la época, el progreso se sustenta en una familia que cumple un rol en

⁶ Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Licenciatura de Trabajo Social. Psicología Social II, Guías de estudio, 2004. Unidad temática 4. “Parentesco, grupos domésticos, familia”.

el orden que permite dicho avance y cualquier anomalía debe ser reparada (reordenada) en función de la productividad, que el Estado o el grupo social dominante está siguiendo.

Una dificultad más está representada por los sustentos paradigmáticos que están detrás de las intervenciones sociales con familias. Estos son de carácter estructural y reconocen en la familia un ideal de biparentalidad, con hijos sanguíneos e idealmente más de uno y diferente sexo. El esquema ideal básico de la familia “americana”, que se libera rápidamente de sus predecesores en beneficio de su autonomía. Aquella familia que construye barreras altas (simbólicas y concretas) para mantener su espacio privado y de intimidad, sin mezclarse demasiado con el otro núcleo familiar vecino⁷. Uno de los elementos culturales de la modernización, que afectan y contribuyen a la crisis de la familia es la retracción de la sociabilidad. Esto significa que las personas tienden a desplegar su sociabilidad, sus lenguajes, sus interacciones, sus aprendizajes, sus sentidos, hacia los espacios más cerrados. Las redes de apoyo tienden a definirse a partir de la familia. Disponer entonces de un paradigma estructural detrás de las intervenciones sociales, tiene por consecuencia el hecho de que la mayoría de las acciones están orientadas a la reparación de una estructura que se ha visto dañada, a un intento por retornar a una modalidad funcional de organización. Estrategias reparatorias, que intentan que la familia pueda retornar a su orientación fundamentalmente productiva y de progreso, en el tiempo y en la sociedad. Un grupo domestico, como se ha acostumbrado a decir, que sea gobernable, medible, evaluable, modificable, moldeable, tal cual propone un proyecto moderno. La situación se complica aun más cuando notamos que los problemas sociales en los cuales está involucrada la familia, son leídos desde una lógica estructural y es así como las problemáticas tienen un origen en su análisis, que lleva a explicaciones también estructurales, donde los desajustes no son más que desajustes respecto de un ordenamiento estructural que se ha perdido.

La cosmovisión moderna no sostiene y genera su propio orden de cuestionamiento, alojado en la perspectiva crítica que acarrea la atención posmoderna. Desde el momento en el que desaparece las certezas que antes proporcionaban las teorías, aparece la desconfianza en las estructuras familiares (familia normal, ideal, mononuclear) y con ella la búsqueda de reparación o normalización a través de las intervenciones sociales. Lo que la familia hace, siente, explica (lo que la familia es) de alguna manera no es más que una distinción lingüística. Y como tal, debe ser leída⁸. Esta misma concepción, ahora lingüística de la familia, abre la posibilidad a las intervenciones que tienen un carácter hermenéutico. Todo ello, apoyado por los avances tecnológicos y de la comunicación⁹ hablan de una familia que tiene miembros que deben aprender a leer sus vidas y sus relaciones. Un grupo social que genera acuerdos lingüísticamente mediados y es a través de éstos que se produce su evolución. Si antes una intervención explicaba lo anómalo como una falla o escape de la estructura ideal, hoy el sufrimiento familiar es interpretado como un quiebre en la posibilidad que tiene cada uno de sus miembros del poder participar de este juego lingüístico y/o el cierre de canales de comunicación y comprensión. Consecuentemente hablar de intervenciones de carácter hermenéutico

⁷ Bertrando, P., Toffanetti, D. (2004) “*Storia della terapia familiare*”, Raffaello Cortina, Milano, Italia. Edición en español “*Historia de la terapia familiar*” a cargo de Gálvez S. Felipe, Paidós, Barcelona.

⁸ Builes, M. y Bedoya, M. (2008) La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 3.

⁹ García, J. y Navarro, P. (eds.) (2002) *¿Más allá de la modernidad? Las dimensiones de la información, la comunicación y las nuevas tecnologías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 3-44.

quiere decir que se vela por la ampliación de las lecturas de los fenómenos, por la apertura hacia hipótesis explicativas variables y provisionales; y, sobre todo, el entregar libertad a la familia para desapegarse de su estructura cultural dominante (y asignada) hacia una conformación singular, con la responsabilidad de autodefinirse de manera constante.

Si esto atraviesa el campo social, el análisis correspondiente (y las acciones asociadas a éste) comienzan a tener un carácter cualitativo, reflexivo y deconstructivo. Los procesos de transformación de la familia, cada vez más aceptado privan de una lectura ideológicamente marcada por la cosmovisión estructuralista y aceptan una lectura ahora ideológicamente marcada por la narrativa, las propias explicaciones y el sentido de las acciones para cada familia. La primacía del lenguaje y la comunicación en la experiencia de las familias invita a una mayor atención a los significados y a las premisas. La verdad que tiene un valor sólo local y no por ello deja de ser atendible, muy por el contrario el trabajo social estaría entonces en poner en revisión aquellas preconcepciones de la familia, que explican su operar. ¿Es esto una ventaja para un operador social que pretende cumplir su rol de interventor y además mantener una atención crítica particular? Seguramente sí. El trabajo con familias deja de ser reparatorio o normalizador, abandonando la perspectiva de una familia que sirve de apoyo al programa social (o al interventor que lo representa) y pasa a convertirse en uno de los escenarios, de lo más relevantes, que es el responsable, en el buen sentido del término, de la construcción del sujeto, de sus intenciones y de sus acciones.

Tales consideraciones, de la familia, desde una crítica posmoderna, consiguen como objetivo final (no como punto de partida) inquietar los modelos tradicionales de trabajo social con familias, todo lo que ocurra de aquí en más no es atribuible a la crítica misma, sino a su autor y a su escenario.

2.3 Equidad y Determinantes Sociales de la Salud: desafíos para la observación e intervención en el consumo de alcohol y drogas

No todas las personas ni todos los grupos sociales tienen las mismas posibilidades de alcanzar la salud y bienestar. La **equidad en salud** se alcanza cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas, es decir, cuando no existen diferencias en salud que sean atribuibles a dichas condiciones. Sin embargo, habitualmente se constata la existencia de disparidades improcedentes, injustas y evitables en la salud de los diversos grupos sociales, a estas disparidades se las denomina **inequidades en salud** y se asocian directamente con las inequidades sociales¹⁰.

Es importante puntualizar que las inequidades sociales en salud no son sinónimo de “desigualdades en la salud”, puesto que esta última expresión refiere a cualquier diferencia en salud, y no específicamente a las disparidades injustas. Las inequidades en salud dan cuenta de la incorporación biológica en el transcurso del ciclo vital de las experiencias de desigualdad económica y social. La investigación demuestra que la salud y calidad de vida se encuentran fuertemente asociadas a las condiciones sociales en las cuales las personas viven. Se ha planteado que alrededor del 50% de los resultados en salud de una población es explicado por las condiciones sociales, mientras que la calidad del sistema de salud y su accesibilidad explicarían alrededor de un 25%, los factores biológicos el 16% y el ambiente físico el 10% de dichos resultados¹¹.

A la luz de estos hallazgos investigativos se ha desarrollado el denominado **Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)** (Figura 1), el cual ha sido fuertemente promovido a partir de mediados de la década del 2000 por la Organización Mundial de la Salud y que, poco a poco, ha comenzado a formar parte de las políticas en salud implementadas en nuestro país.

El principal planteamiento del Enfoque de DSS es que la estratificación social de los países, producto de la desigual distribución de poder dada por los recursos y el prestigio social, define y modela un conjunto de factores determinantes del estado de salud. La estratificación de una sociedad se configura en función de condiciones tales como el sexo, los ingresos, la educación, la ocupación y la etnia, de ahí que éstos sean denominados estratificadores sociales y que sean consignados como **determinantes sociales de las inequidades en salud o determinantes estructurales de la salud**.¹²

Los determinantes sociales de las inequidades en salud dan lugar a ciertas condiciones materiales, conductuales y/o psicosociales, incluyendo el sistema de salud, que pueden promover o minar la salud de los individuos y las poblaciones, a estos últimos se los ha denominado **determinantes sociales de la salud o determinantes intermedios**.¹³

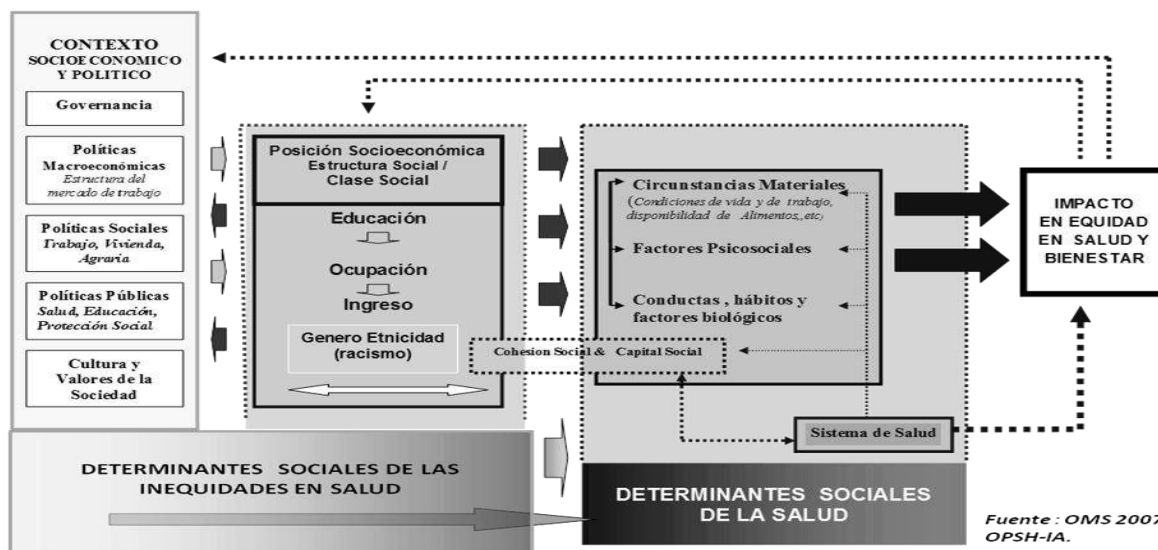
¹⁰ Krieger, N. (2002). Glosario de Epidemiología Social. *Panamerican Journal of Public Health*, 11, 5-6.

¹¹ Canadian Institute for Advanced Research (2002). Determinants of Health. Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT. Disponible en: www.phac-aspc.gc.ca

¹² Comisión Sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Borrador para el Debate*. Disponible en www.who.int

¹³ *Ídem*

Figura 1: Marco Conceptual Determinantes Sociales de la Salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.



Entre los determinantes de nivel intermedio es posible distinguir las circunstancias materiales de vida y trabajo, las circunstancias psicosociales, los factores biológicos, las conductas y estilos de vida, el sistema de salud, entre otros. Todos éstos tienen una relación directa con los resultados en salud y calidad de vida obtenidos por la población y pueden constituirse como factores protectores o como factores de riesgo para la salud¹⁴.

Los estilos de vida y las conductas asociadas a ellos resultan fundamentales a la hora de explicar ciertas problemáticas en la salud y calidad de vida de las personas tales como el consumo problemático de alcohol y drogas lícitas e ilícitas. Los estilos de vida pueden ser definidos como el comportamiento compartido por un grupo social en un contexto específico, son la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales en que nacen, viven y trabajan en pautas de comportamientos¹⁵.

Cabe puntualizar que desde el enfoque de los DSS, se plantea que los estilos de vida antes que responder a decisiones individuales son consecuencia de las circunstancias sociales en que los individuos se encuentran insertos, pues son dichas condiciones las que hacen más o menos probables la adopción de ciertos hábitos y formas de comportamiento. En este sentido, muchas investigaciones han permitido apreciar que la prevalencia de estilos de vida riesgosos para la salud tales como el consumo de alcohol y drogas presenta importantes diferencias cuando se realizan análisis que consideran las condiciones que operan como estratificadores sociales así, por ejemplo, en Chile la prevalencia de consumo de tabaco en población escolar presenta claras diferencias si se realiza un análisis por sexo o por el nivel socioeconómico del establecimiento escolar (ver gráficos 1 y 2).

¹⁴ *Ídem*.

¹⁵ Comisión Sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) (2008). Subsanar las desigualdades en una generación: Equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en www.who.int

El concepto de “responsabilidad individual” es legal pero no científico a la hora de explicar por qué la gente bebe o fuma. La sociología ha mostrado que la accesibilidad al tabaco, la publicidad y la legislación son factores preponderantes a la hora de establecer el tabaquismo en grupos sociales. En tanto la psicología social ha definido el rol de las normas sociales y la presión del grupo social inmediato como determinante del hábito de fumar, en particular entre los jóvenes¹⁶.

Wilkinson y Marmot¹⁷ han planteado que la dependencia del alcohol, el consumo ilegal de drogas y el tabaquismo están estrechamente relacionados con los marcadores de desventaja económica y social, presentándose una relación causa-efecto bidireccional: las personas se refugian en el alcohol para no sentir la dureza de la situación económica y social que están viviendo, y la dependencia al alcohol, a su vez, lleva a una movilidad social descendente.

Gráfico 1

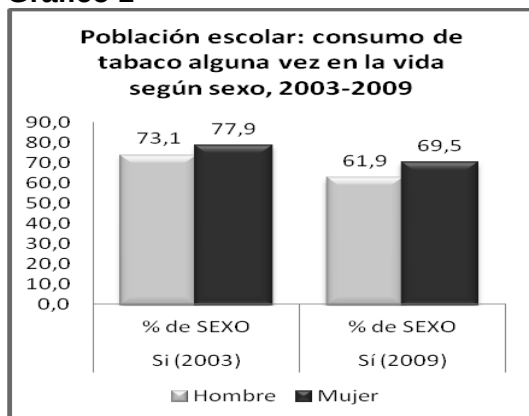
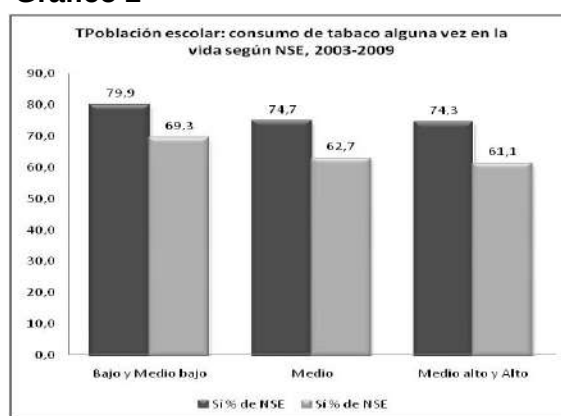


Gráfico 2



Elaboración propia en base a CONACE, 2003, 2009.

Elaboración propia en base a CONACE, 2003, 2009.

En consideración a estos elementos, se plantea que las intervenciones desarrolladas desde la Política Pública orientadas a mejorar la salud de la población debiesen tener presentes las diferencias asociadas a la estratificación social, tanto a nivel de su diseño e implementación como a la hora de evaluar sus resultados. Desde el punto de vista de la equidad en salud no sólo es fundamental que mejoren los indicadores globales de salud, sino también que se disminuyan las brechas que se presentan entre los grupos sociales en función de su posición en la jerarquía social (ver gráficos 3 y 4). Con este propósito, se han identificado al menos cinco puntos de entrada para las políticas públicas que vale la pena considerar: a) Intervenir sobre la estratificación social (ej: Educación); b) Intervenir sobre la exposición diferencial (ej: accesibilidad alcohol); c) Intervenir sobre la vulnerabilidad diferencial (ej: soporte social); d) Intervenir sobre las consecuencias diferenciales (ej: acceso a la rehabilitación) y e) Influencia sobre el contexto desde la

¹⁶ Muntaner, C. (2005) Dossier trabajo y tabaquismo. Determinantes sociales de las conductas relacionadas con la salud. *Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud*.

¹⁷ Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003) *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.slideshare.net/farteagas/determinantes-sociales-de-la-salud>

perspectiva de la salud (ej: políticas de bienestar universales para el desarrollo de cohesión social)¹⁸.

Gráfico 3

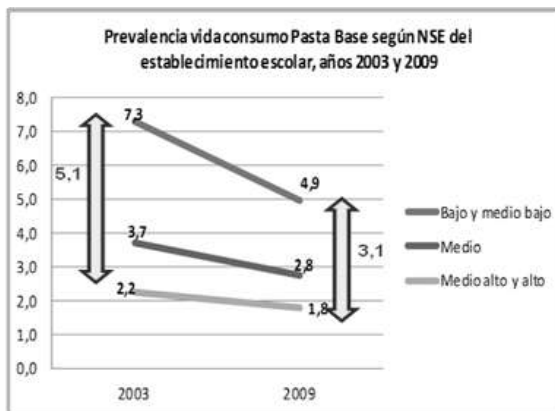
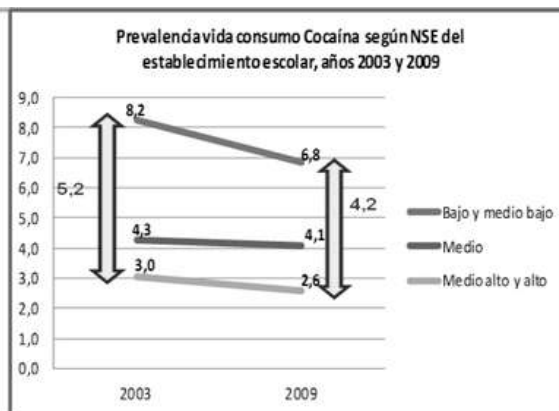


Gráfico 4



Elaboración propia en base a CONACE (2003; 2009)^{19,20}

¹⁸ *Op. cit.* Nota 16.

¹⁹ Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE) (2003). Estudios Nacionales en Población Escolar de Drogas 2003.

²⁰ Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE) (2009). Estudios Nacionales en Población Escolar de Drogas 2009.

2.4 Aspectos Neurobiológicos del Consumo de Sustancias

El consumo de sustancias de riesgo y las adicciones son conductas complejas en las que se conjugan diferentes dimensiones humanas. La dimensión neurobiológica que se abordará en este capítulo intentará dar cuenta de los mecanismos neuroadaptativos de los circuitos cerebrales que median el tránsito desde el uso ocasional y controlado, a la pérdida del control sobre la búsqueda y uso de la droga: consumo problemático y dependencia.

Es importante integrar en la práctica clínica y preventiva de las conductas adictivas los conocimientos que nos proporciona la investigación en neurociencias. Un profesional que comprenda los procesos mentales y cerebrales que se alteran en los trastornos adictivos parte con ventaja para entender mejor a la persona que consume, desarrollar una acción preventiva o terapéutica y ponerla en práctica en el contexto de un plan de intervención integral.

Existe suficiente apoyo empírico para considerar la adicción como una alteración del funcionamiento cerebral, entendido éste como una interrelación entre elementos genéticos, bioquímicos, cognitivos, emocionales, comportamentales y relacionales. Todos estos elementos son necesarios para explicar la adicción, pero ninguno de ellos por separado es suficiente para definirla. Como consecuencia de lo anterior se requiere, para cada individuo, un abordaje desde múltiples disciplinas y de la adaptación de las intervenciones de acuerdo al perfil de funciones cerebrales alteradas de cada uno.

Adicionalmente es necesario precisar que el deterioro de las funciones cognitivas, que suele aparecer asociado al consumo de sustancias, incluso puede existir previamente al contacto con ellas y actuar, en esa medida, favoreciendo del desarrollo de pautas de consumo disfuncionales. Este deterioro puede estar originado por **causas genéticas** (pobre dotación génica, rasgos temperamentales, funcionamiento endocrino), por la incidencia de **condiciones ambientales** (estrés psicosocial, experiencias traumáticas tempranas, ambiente empobrecido, etc.) o por la interacción de ambas.

Para los neurobiólogos que estudian la conducta humana, *“todos los procesos mentales, incluidos las conductas y funciones psicológicas más complejas, derivan del funcionamiento cerebral”*²¹. Esta premisa básica nos facilitará comprender más claramente la relación entre el consumo problemático de sustancias y el Sistema Nervioso Central.

Desde el punto de vista biológico por lo tanto, podemos entender las adicciones como una enfermedad del Sistema Nervioso Central (SNC), debida a una disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales mesencefálicas, límbicas y corticales, y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta²².

Entre tales circuitos los relacionados con la memoria y el aprendizaje juegan un papel decisivo en la enfermedad adictiva. La asociación repetida del efecto reforzador de las sustancias de abuso, con determinados estímulos ambientales o internos, induce un poderoso efecto de condicionamiento, no sólo a la propia sustancia, sino también a las

²¹ Kandel, E. (2005). *Psychiatry, Psicoanálisis and the new Biology of Mind*. Arlington, Virginia.

²² Goldman, D., Oroszi, G. y Dicci, F. (2005) The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nature Reviews Genetics*, 6, 521-32.

señales que predicen su disponibilidad. Dichas señales (estímulos condicionados) pueden por sí mismas producir liberación de dopamina en las sinapsis del sistema límbico y disparar estados de *craving*, búsqueda y auto-administración de la sustancia²³.

La enfermedad adictiva puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida. El desarrollo tardío de los circuitos implicados en las emociones, razonamiento e inhibición de las respuestas inapropiadas, podría explicar la gran propensión de los adolescentes para actuar de manera impulsiva e ignorar las consecuencias negativas de su comportamiento, lo que incrementa el riesgo de abuso de sustancias en esta etapa precoz de la vida y también de sus consecuencias, las cuales son más perjudiciales sobre un cerebro en desarrollo.

Por otro lado, las personas con ciertos trastornos psiquiátricos tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias. Incluso existiría una neurobiología común entre el abuso de sustancias y determinados trastornos mentales asociados. Puede haber factores biológicos de vulnerabilidad individual que influyan en el inicio precoz como a la cronificación del abuso de sustancias, pero conviene tener en cuenta que los factores individuales interaccionan con factores ambientales, los que incrementan dicha vulnerabilidad o bien la atenúan, en cuyo caso actuarían como factores protectores.

Mecanismos neurobiológicos del ciclo adictivo

Para explicar el tránsito desde el consumo controlado hasta la pérdida de libertad característica de la adicción, se ha postulado un reclutamiento sucesivo de tres circuitos cerebrales asociados a este cambio conductual. Al inicio, los efectos de reforzadores de las drogas de abuso que constituyen la etapa de **atracción/intoxicación**, activan el sistema de recompensa de la amígdala extendida y de la vía dopaminérgica mesolímbica, generando un reforzamiento positivo (se consume para buscar el placer). En una segunda etapa, los síntomas de abstinencia aguda, generan un **afecto negativo y ansiedad**. Y se asocian a una disminución de la función del sistema de recompensa de la amígdala extendida y también a un reclutamiento del sistema del estrés, generando un reforzamiento negativo del consumo (se consume para evitar el malestar). Por último, en la etapa de **craving** o de **preocupación/ anticipación**, en la que aparece la conducta compulsiva de búsqueda de droga, se cree que es guiada por el eje estriatal-ventral-pallidum-talámico-cortical. Aparecen deseos imperiosos por consumir y se planifican y ejecutan las estrategias para conseguir la sustancia. La figura 1 presenta un diagrama del ciclo recién descrito. A continuación se revisará la manera en que esto ocurre las principales estructuras involucradas en cada etapa.

²³ Koob G. y Volkow N. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 35, 217–38.

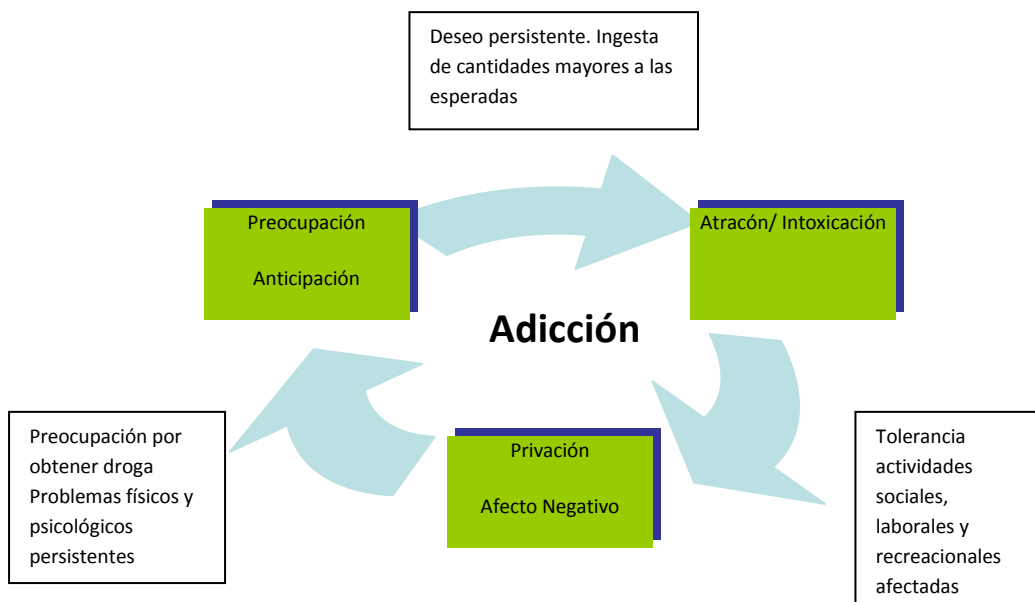


Figura 1. Diagrama que describe el ciclo adictivo: preocupación/anticipación, atracón/intoxicación, y privación/afecto negativo. Adaptado de Koob, G. y Volkow, N.²⁴

a. Etapa de Atracón/Intoxicación

Un elemento clave en la adicción es que las drogas de abuso activan los sistemas de recompensa cerebral. La investigación en la neurobiología de los efectos reforzadores positivos de las drogas con potencial adictivo, se ha enfocado en las áreas de origen y término del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico. Más recientemente, las investigaciones del sistema de recompensa han apuntado al núcleo accumbens y la amígdala. Se han identificado por lo menos cinco sistemas que juegan un rol en los efectos del refuerzo agudo: dopamina, péptidos opioides, GABA, serotonina, y endocannabinoides.

Si bien todas las drogas de abuso activan de forma aguda el sistema dopaminérgico mesolímbico, en particular el núcleo accumbens, el rol de la dopamina se hace menos crítico con los opioides, alcohol y THC. Aquí toman importancia otros sistemas como el de péptidos opioides, GABA, y endocannabinoides.

Esta vía ha sido a la que históricamente se le ha prestado mayor atención y cuenta con numerosísimas publicaciones que la respaldan; pero sin embargo no explica fenómenos como el síndrome de abstinencia, ni tampoco las recaídas después de largos periodos de abstinencia. Por lo que su interacción con los dos circuitos siguientes logra dar cuenta de mejor forma lo que observamos en el proceso de desarrollo de una adicción y del cuadro clínico característico una vez que ya está instalada.

b. Etapa de Privación/Afecto Negativo

Durante la abstinencia aguda de drogas, se producen incrementos en los umbrales de recompensa. Esto se debería a la disminución en la actividad de los sistemas de

²⁴ *Ídem.*

neurotransmisores de recompensa en el cerebro medio y anterior, implicados en los efectos de refuerzo positivo de las drogas.

Se hipotetiza que la disminución en los neurotransmisores de recompensa refleja una neuroadaptación intrasistema y contribuye significativamente al estado motivacional negativo asociado a la abstinencia aguda. La menor función del sistema de recompensa puede persistir como cambios bioquímicos de largo plazo, contribuyendo al síndrome de abstinencia prolongado y a la vulnerabilidad a las recaídas.

La desregulación emocional asociada con la etapa de privación/afecto negativo puede involucrar también una neuroadaptación entre sistemas, en la cual otros sistemas neuroquímicos diferentes a los de los efectos positivos de recompensa son reclutados o desregulados por la activación crónica del sistema de recompensa.

También los sistemas neuroquímicos del estrés se adaptan a la presencia crónica de las drogas y restauran su función habitual a pesar de la presencia de las mismas. Tanto el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema cerebral del estrés mediado por el factor liberador de corticotropina (CRF) están desregulados por las drogas, apareciendo una respuesta elevada de hormona adrenocorticotropina (ACTH), corticosterona, y CRF de la amígdala, durante la abstinencia aguda.

Durante el desarrollo de la dependencia, existiría un cambio en la función de los neurotransmisores asociados con los efectos de refuerzo agudo de las drogas, junto con el reclutamiento del sistema cerebral del estrés (CRF y norepinefrina) y la desregulación del sistema antiestrés cerebral.

Más aún, la activación de los sistemas cerebrales del estrés no sólo contribuye al estado emocional negativo asociado con la abstinencia aguda, sino que puede también contribuir a la especial vulnerabilidad a estresores ambientales observados durante la abstinencia prolongada en humanos.

La amígdala extendida participa como sustrato neuroanatómico común tanto para el refuerzo positivo de la droga, como para los efectos negativos inducidos por el estrés que generan la necesidad de un consumo compulsivo de la droga.

c. Etapa de Preocupación/Anticipación

Esta etapa se considera como un elemento clave de la recaída, y contribuye a la definición de la adicción como un trastorno crónico y recurrente.

Tanto en humanos como en modelos animales de adicción, las recaídas se pueden inducir por tres vías: el consumo de pequeñas cantidades de la sustancia, por la exposición a claves ambientales asociadas al consumo y por la exposición a estresores ambientales.

La mayor parte de la evidencia animal sugiere que la reinstalación inducida por la droga está localizada en el circuito de la corteza prefrontal medial/núcleo accumbens/pallidum ventral y es mediado por glutamato.

En contraste, la reinstalación inducida por claves ambientales incluye a la amígdala basolateral como sustrato crítico, con un posible mecanismo de aferencias a la corteza

prefrontal involucrada en la reinstalación inducida por la droga. Los neurotransmisores involucrados en esta última son proyecciones glutamatérgicas desde la corteza frontal al núcleo accumbens que es modulado por actividad de dopamina en la corteza frontal. Esta reinstalación inducida por claves involucra una modulación de dopamina en la amígdala basolateral y proyecciones glutamatérgicas al núcleo accumbens desde la amígdala basolateral y el subiculum ventral.

En contraste, la reinstalación inducida por estrés, parece depender en modelos animales de la activación de CRF y norepinefrina en núcleos de la amígdala extendida (núcleo central de la amígdala y núcleo basal de la *stria terminalis*).

Estos tres circuitos están siempre funcionando e interactuando entre sí. Dependiendo de la sustancia de abuso, de las características particulares del individuo, de la gravedad y del tiempo de evolución de su consumo, cobrará mayor importancia relativa uno u otro circuito.

Genética de las adicciones

La determinación de cuáles factores genéticos y ambientales producen la vulnerabilidad a las adicciones ha sido uno de los más importantes propósitos en el estudio de la neurobiología de las adicciones. Una hipótesis es que existan cambios a nivel de genes o de transcripción de genes asociados a tal vulnerabilidad.

El peso de la herencia, es decir, qué tanto influyen los genes para que se manifieste un rasgo físico o una conducta, se reporta como un “índice de heredabilidad”. Este índice explica qué proporción de la variación fenotípica de un rasgo, que existe en una población en un determinado momento, se explica por la influencia genética y qué proporción por la ambiental. Este índice tiene un valor entre cero y uno; conforme el índice se acerca al valor de uno, indica mayor influencia genética; si se acerca a cero, indica mayor influencia medioambiental. Hasta ahora no se sabe de ninguna conducta que esté determinada sólo por el componente genético o sólo por el medioambiental.

Así, en estudios con gemelos se ha podido calcular la heredabilidad para la adicción a varios tipos de drogas. Por ejemplo: para alucinógenos y estimulantes, es de 0.39;

para marihuana, de 0.45; para sedantes, de 0.5; para cafeína, nicotina y alcohol, aproximadamente de 0.55; para opiáceos, de 0.65 y por último, para cocaína, de 0.73. Otra forma de presentar esta información es decir por ejemplo que la adicción a Alcohol está determinada en un 55% por factores genéticos²⁵.

Sin embargo a pesar de la importancia de los factores genéticos en las adicciones, podemos afirmar que los genes por sí solos no explican una adicción. De la misma forma como los genes contribuyen a la expresión de una conducta, el ambiente y su respuesta ante estas conductas, actuará reforzándolas o desincentivándolas. De este modo modificará la expresión de ciertos genes y por lo tanto el funcionamiento de las neuronas que constituyen su sustrato biológico.

²⁵ Pereiro, C. (2010) *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Madrid.

Las modificaciones en la transcripción genética inducidas por el aprendizaje dan origen a cambios en las conexiones neuronales. Estos cambios no sólo contribuyen a las bases biológicas de nuestra individualidad, si no que también podrían dar cuenta de la consolidación de conductas adictivas en algunos casos o del aprendizaje de hábitos de vida más saludables en otros.

Para contextualizar esta información en el trabajo diario con personas, podemos afirmar que las intervenciones preventivas y terapéuticas efectivas en producir modificaciones conductuales duraderas, generan algún tipo de aprendizaje, el que presumiblemente induciría cambios en la expresión génica, la que a su vez modificaría la fuerza de las conexiones sinápticas y la estructura celular de las neuronas de los distintos circuitos cerebrales involucrados en las conductas adictivas.

A continuación revisaremos algunos mecanismos propuestos para explicar esta interacción entre genes y ambiente.

Mecanismos molecular y celular en los circuitos cerebrales asociados con la adicción

La investigación a nivel molecular permite examinar cómo las alteraciones repetidas de las vías de transducción de señales intracelulares conducen a cambios en la función nuclear, cuya expresión alterada lleva a una actividad alterada de la función de las neuronas y últimamente a cambios en la función de los circuitos neurales.

Se ha señalado como asociados a esta plasticidad: la proteína ligada al elemento de respuesta a la adenosina monofosfato cíclica (CREB por sus siglas en inglés), y el Δ FosB. El CREB regula la transcripción de genes que contienen un sitio de respuesta a AMPc (Adenosina Mono Fosfato cíclico) dentro de sus regiones regulatorias. Para su activación, puede ser fosforilado por la protein-kinasa A y por protein-quinasas reguladas por factores de crecimiento, convergiendo con varias señales mensajeras intracelulares que pueden regular la expresión de genes.

Se ha demostrado que la activación de CREB en el núcleo accumbens es una consecuencia de la exposición crónica a opiáceos, cocaína y alcohol, y la desactivación de CREB en el núcleo central de la amígdala con alcohol y nicotina. La potenciación (*Up-regulation*) de la vía del AMPc y CREB en el núcleo accumbens se cree que representa el mecanismo de tolerancia motivacional y dependencia. Así, estas adaptaciones pueden disminuir la sensibilidad individual a los efectos de recompensa de subsecuentes exposiciones a la droga (tolerancia) y dañar la vía de la recompensa (dependencia) de tal manera que después de remover la droga, el individuo queda en un estado amotivacional, disfórico o depresivo²⁶.

Aunque la administración aguda de drogas de abuso puede rápidamente (en horas) activar a miembros de la familia Fos en el núcleo accumbens, otros factores de transcripción, como isoformas de Δ FosB, se acumulan por largos períodos de tiempo (días) con administración repetida de la droga. Así, el Δ FosB podría ser un gatillante molecular que ayuda a iniciar y mantener las conductas adictivas²⁷.

²⁶ Ruiz, A.(2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental*,33, 535-42.

²⁷ Gallanter, M. y Kléber, H. (2008) *Textbook of Substance Abuse Treatment*. The American Psychiatric Publishing. Washington D.C. 4^{ta} Edición.

Conclusiones

A. El sistema de recompensa cerebral implicado en el desarrollo de la adicción está compuesto por elementos claves del cerebro anterior basal, con el núcleo accumbens y el núcleo central de la amígdala jugando un rol de importancia.

B. Estudios neurofarmacológicos en animales proveen evidencia que indican la activación de mecanismos en el sistema de recompensa cerebral en el cerebro anterior durante la etapa de **atracción/intoxicación**.

C. Durante la etapa de **privación/afecto negativo** hay una desregulación de los mismos sistemas de recompensa cerebral, además de un reclutamiento de los sistemas de estrés cerebral y también una desregulación de los sistemas anti-estrés que contribuyen al estado motivacional negativo asociado con la abstinencia de drogas.

Durante la etapa de **preocupación/anticipación** los circuitos neurobiológicos implican que la corteza frontal envía proyecciones glutamatérgicas al accumbens y son críticas para la reinstalación inducida por la droga. Mientras que la amígdala basolateral y subiculum ventral envían proyecciones glutamatérgicas al accumbens y son fundamentales para la reinstalación inducida por claves. En cambio, la reinstalación inducida por estrés parece ser mediada por cambios en el sistema anti-recompensa de la amígdala extendida, contribuyendo globalmente a la vulnerabilidad de la dependencia y recaída en adicciones.

La dotación genética explica en gran medida la génesis de una adicción, sin embargo la interacción constante entre el ambiente y los genes, mediada por proteínas como CREB y Δ fosB, deja abierta la posibilidad de modificar conductas y se constituye en un fundamento biológico que puede dar cuenta de la efectividad de las intervenciones preventivas en poblaciones de alto riesgo y terapéuticas en aquellas personas que han perdido su libertad por el consumo de sustancias²⁸.

²⁸ Sociedad Española de Toxicomanías (2009). Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones desde las Neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 11, 4, 243-6

2.5 Enfoque Transteórico del Cambio de Comportamientos

El modelo desarrollado por Prochaska, Director del Consorcio para la investigación de la prevención del cáncer y profesor de psicología de la salud en la Universidad de Rhode Island, y perfeccionado posteriormente con la colaboración de DiClemente y Norcross, recibió la denominación de Transteórico porque su origen se remonta a un análisis de 18 sistemas o teorías psicoterapéuticas distintas²⁹.

De acuerdo con Prochaska y DiClemente³⁰ las entrevistas a personas les fueron enseñando que el cambio implicaba una progresión a través de una serie de **fases**, en las cuales aplicaban **procesos** particulares para pasar a la fase siguiente.

1.1 Procesos de cambio

Los **procesos de cambio** son cualquier actividad que una persona inicia para ayudarse a modificar su pensamiento, sentimientos o comportamiento. Cada proceso implicaría una estrategia amplia que puede emplear diversas técnicas, y existen para cada una de esas estrategias, una gran cantidad de técnicas³¹.

Por otra parte, no todos los procesos serían usados por todas las terapias. Pero los cuatrocientos o más enfoques de psicoterapias producen el cambio al aplicar dos o más de esos procesos. Los procesos identificados por estos autores serían los siguientes: Toma de conciencia, Liberación social, Activación emocional (Ayuda dramática), Reevaluación de sí mismo, Compromiso, Hacer lo opuesto, Control del ambiente, Recompensas y Relaciones de ayuda.

El **Aumento de la conciencia** implica aumentar el darse cuenta respecto de las causas, consecuencias y curas para un problema particular. Las intervenciones que pueden aumentar el darse cuenta incluyen la observación, la confrontación, las interpretaciones, la retroalimentación y la educación, así como también la biblioterapia³². De esta manera, aumenta el nivel de percatarse al aumentar el monto de información disponible para el sujeto, lo cual incrementaría la probabilidad que dicha persona tome decisiones adecuadas respecto de su problema.

La **Liberación social** implica cualquier alternativa nueva que pueda brindarle el ambiente externo para que una persona comience o continúe sus esfuerzos para cambiar. No solamente hace posible las acciones, sino que también aumenta la autoestima en la

²⁹ Prochaska, J. (1999). How Do People Change, and How Can We Change to Help Many More People? En Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. (1999) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association

³⁰ Prochaska, J., Norcross J. y DiClemente, C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.

³¹ Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992) In search of how people Change. *American Psychologist*, 47, 9, 1102-14.

³² *Op. cit.* Nota 31

medida que quienes practican sus derechos creen en su propio poder y en su habilidad para cambiar.³³

La **Activación emocional** es un proceso que puede permitir a una persona estar más consciente de sus defensas contra el cambio. La *activación emocional* sería un paralelo de la toma de consciencia, pero trabaja en un nivel de sentimientos más profundo y es igualmente importante en las primeras fases del cambio. Conocida como *ayuda dramática* –o, más tradicionalmente como *catarsis*– la activación emocional es una experiencia emocional significativa, a menudo súbita, relacionada con el problema en cuestión. En este contexto, la activación emocional a veces es el resultado de tragedias en la vida real.³⁴

La **Reevaluación de si mismo** combina evaluaciones cognitivas y afectivas de la imagen de uno mismo sin el problema particular. Este proceso requiere que la persona repase de manera bien pensada y sentida su problema, junto a una evaluación del tipo de persona que podría ser cuando haya conquistado al problema. A través de la *reevaluación de si mismo* podrá ver cuánto y cómo su problema entra en conflicto con sus valores personales.

Compromiso (Auto-liberación). Una vez que una persona ha elegido cambiar, acepta la responsabilidad por el cambio. Esta responsabilidad es el peso del *compromiso*, denominado a veces “*auto-liberación*”: es un reconocimiento que es la única persona que es capaz de responder, hablar y actuar por sí misma.

El primer paso del compromiso es privado, diciéndose a sí mismo que está optando por cambiar. El segundo paso implica hacerlo público –anunciando a otros que tiene una decisión firme de cambiar. Esto aumenta la presión sobre su programación, dado que si no tiene éxito en el cambio se sentirá avergonzado o culpable ante quienes compartió su decisión. Incluye la creencia que uno puede cambiar y los nuevos compromisos de actuar en base a esa creencia. Las técnicas que pueden aumentar la fuerza de voluntad aumentan los compromisos públicos más que los privados.

El **Contra-condicionamiento (hacer lo opuesto)** es el proceso de sustituir respuestas no saludables por respuestas saludables. Casi todas las actividades saludables pueden ser una técnica de hacer lo opuesto. Por ejemplo, un consumidor de drogas puede escoger juntarse con otras personas cuando siente urgencias de consumir la sustancia, o una persona sedentaria puede buscar a un familiar para pasar el tiempo en lugar de estar acostado en el sofá.

Por lo tanto, se requiere el aprendizaje de comportamientos saludables que reemplacen los problemas de conducta. Las técnicas de contra-condicionamiento son específicas para un comportamiento particular, e incluyen la desensibilización, las afirmaciones y las cogniciones para contrarrestar lo irracional, el diálogo interno que provoca ansiedad³⁵.

³³ *Op. cit.* Nota 32

³⁴ *Ídem.*

³⁵ *Op. cit.* Nota 31.

El **Control de estímulos (control del ambiente)** implica la modificación del ambiente para aumentar las claves que promueven las respuestas saludables y disminuyen las claves que son una tentación. El **control ambiental** está orientado a la acción. Sin embargo, en este caso, no se busca controlar reacciones internas, sino que reestructurar su ambiente de modo que se reduce la probabilidad de un evento que ocasiona el problema.

El **Manejo de contingencias (recompensas)** implica el uso sistemático del reforzamiento y el castigo para dirigirse en una determinada dirección. Prochaska señala que han encontrado que los cambios por sí mismo se apoyan mucho más en el reforzamiento que en el castigo, por lo cual se hace énfasis en el reforzamiento para el progreso por sobre los castigos para la regresión.

Para preparar a las personas para un proceso de larga duración, les enseñan a apoyarse más en el auto-reforzamiento que en los reforzamientos sociales³⁶. En este contexto, los elogios hacia sí mismo son una forma simple de recompensa. Darse un regalo es otra forma: un regalo que se da a sí mismo cuando alcanza cierta meta, o que compra con el dinero que de otro modo habría gastado en el problema.³⁷

Las **Relaciones interpersonales de ayuda** combinan el cuidado, la apertura, la confianza, así como también los apoyos para el cambio. La relación de ayuda es la más frecuentemente usada en el proceso de cambio en la psicoterapia, y también posee una importancia crítica para quienes se cambian por sí mismos. Si una persona acude a un profesional, un amigo, un miembro de la familia, o al sacerdote/pastor, la relación de ayuda suministra apoyo, cuidado, comprensión y aceptación.³⁸ La construcción de rapport, la alianza terapéutica, las llamadas telefónicas de los consejeros, los sistemas de amigos, los patrocinadores y los grupos de autoayuda pueden ser recursos excelentes.

1.2 Fases de la motivación para el cambio

Respecto de las fases del proceso de cambio, Prochaska, Norcross y DiClemente³⁹, señalan que éstas son la clave para relacionar en forma coherente todos los procesos de cambio provenientes de sistemas de psicoterapia teóricamente incompatibles.

Desde esta perspectiva, las personas que cambian por sí mismas en forma exitosa usan esas herramientas sólo en situaciones específicas, escogiendo una distinta cuando la situación exige un nuevo enfoque. Esas ocasiones específicas eran constantes de una persona a otra, independientemente del problema⁴⁰. Los autores denominaron a esas ocasiones **“las fases del cambio”**. Una fase bien definida ocurre en un período de tiempo e implica una serie de tareas que necesitan ser completadas antes de progresar a

³⁶ Op. cit. Nota 31

³⁷ Op. cit. Nota 32

³⁸ Ídem

³⁹ Op. cit. Nota 31

⁴⁰ Ídem

la fase siguiente. Cada fase no lleva necesariamente a la siguiente, dado que sería posible quedarse detenido en una fase u otra⁴¹.

Las seis fases definidas del cambio descritas por Prochaska, Norcross y DiClemente⁴² son las siguientes:

1. Precontemplación
2. Contemplación
3. Preparación
4. Acción
5. Mantención
6. Finalización

Las personas en la fase de **Precontemplación** generalmente no tienen la intención de cambiar su comportamiento y es típico que nieguen tener un problema. Aunque otras personas a su alrededor puedan ver el problema muy claramente, el típico precontemplativo no puede verlo. De esta manera, la mayoría de los precontemplativos no quieren cambiar, sino que esperan que cambien las personas que los rodean, entrando generalmente en terapia debido a la presión de otros⁴³.

Las personas en precontemplación suelen cambiar, en la medida que haya una presión externa grande y constante. Una vez que la presión se alivia o deja de estar presente, rapidamente retornan a sus viejos hábitos.⁴⁴

En esta fase, las personas se resisten al cambio, siendo la negación de su problema la característica principal, colocando la responsabilidad de sus problemas en factores vistos como fuera de su control. Sin embargo, a menudo estos individuos están desmoralizados: no quieren pensar, hablar o leer acerca de sus problemas, porque sienten que la situación no tiene esperanzas⁴⁵.

En muchas áreas, particularmente en los comportamientos adictivos, quienes están en la fase de la precontemplación han sido etiquetados como “resistentes”. Miller y Rollnick⁴⁶ señalan que a través de las conversaciones con miles de personas que se encontraban en etapa de precontemplación, pudieron percatarse de diferentes razones por las cuales se encontraban en esta fase. Al respecto, describieron 4 maneras diferentes de estar en esta etapa: renuencia, rebelión, resignación y racionalización. Cada una de estas formas daría cuenta de pautas de pensamiento, sentimiento y razonamiento, que contribuyen a

⁴¹ DiClemente, C. y Velasquez, M. (2002). Motivational interviewing and the stages of change. En Miller, W. y Rollnick, S. (Eds.), *Motivational Interviewing* (2º ed., págs. 201-16). New York: Guilford Publications, Inc.

⁴² *Op. cit.* Nota 31

⁴³ Anatchkova, M., Velicer, W. y Prochaska, J. (2006). Replication of subtypes for smoking cessation within the Preparation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31, 2, 359-66.

⁴⁴ *Op. cit.* Nota 32

⁴⁵ *Ídem.*

⁴⁶ Miller, W. y Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press.

que quienes están en precontemplación no estén preparados para el cambio. Asimismo la mayoría de las personas presentarían una combinación de estas formas⁴⁷:

Precontemplación renuente: se encuentra en personas en precontemplación que, debido a la falta de conocimiento o quizá por la inercia, no quieren considerar el cambio. Para esos clientes, la información o el efecto de su comportamiento problema no es totalmente consciente. Más que resistirse activamente, realmente están pasivamente renuentes respecto al cambio. Puede ser que teman al cambio, o quizá están cómodos donde se encuentran y no quieren arriesgarse a la incomodidad potencial del cambio.

Precontemplación rebelde: las personas que están en precontemplación rebelde, a menudo tienen mucho conocimiento respecto al comportamiento problema. De hecho, a menudo han invertido mucho en el comportamiento. También dan valor a sus propias decisiones y no les gusta que les digan qué hacer. Con independencia de la fuente, la persona en precontemplación rebelde puede aparecer hostil y resistente al cambio. Es fácil reconocer a estas personas: a menudo discuten con el clínico, demostrando verbal y no verbalmente que no quieren estar allí, y suministrando un conjunto de razones por las cuales no cambiarán. Suministrar un menú de opciones parece ser la mejor estrategia en el trabajo con la rebeldía.

Precontemplación resignada: En contraste, la falta de energía y compromiso es la característica de las personas en precontemplación *resignada*. Esos clientes han abandonado la posibilidad de cambio y parecen sobrepasados por el problema.

Las estrategias más productivas con estas personas resignadas es inspirar esperanza y explorar las barreras para el cambio. Es importante que todos los clientes se percaten que el cambio de comportamiento es difícil, pero no es imposible. A menudo, la clave para trabajar con las personas resignadas es construir confianza de a poco, ayudándolas a tomar la decisión de comenzar un cambio pequeño y reafirmarlas ante cada éxito, aunque sea pequeño. Con cada cambio pequeño las personas resignadas construyen autoeficacia respecto a hacer cambios mayores.

Precontemplación racionalizadora: Las personas en precontemplación *racionalizadora* no consideran el cambio porque piensan que han calculado los riesgos personales o creen que su comportamiento es el resultado de otro problema, no de sí mismos. Aunque puede sentirse como la rebelión, la resistencia del cliente racionalizador se basa mucho más en su pensamiento que en sus emociones. A menudo las personas que racionalizan quieren discutir sus racionalizaciones. ¡El problema es que la discusión solamente sirve para fortalecer su lado del argumento!

La empatía y la escucha reflexiva parecen trabajar mejor con este tipo de cliente. Comenzar con un ejercicio de balance decisional en el cual se solicita al cliente que hable respecto a las “cosas buenas” del comportamiento, es una estrategia ideal para la persona racionalizadora.

⁴⁷ *Op. cit.* Nota 44

En la fase de **Contemplación**, las personas reconocen que tienen un problema y comienzan a pensar seriamente en resolverlo. Se esfuerzan por comprender sus problemas, ver las causas, y preguntarse respecto a las soluciones posibles, aún cuando pueden estar lejos de llevar realmente a cabo una acción⁴⁸.

La contemplación es la fase en la cual las personas tienen la intención de cambiar en los 6 meses siguientes. Aunque están muy conscientes de los pro del cambio, también están muy conscientes de los contra. Cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su conciencia de los costos del cambio puede aumentar. El equilibrio entre los costos y los beneficios del cambio puede provocar una ambivalencia profunda.

Muchas personas permanecen detenidas en la fase de contemplación durante un largo tiempo. No es inusual que quienes cambian por sí mismos pasen años diciéndose que algún día cambiarán y/o que el miedo al fracaso pueda llevarlos a la búsqueda de una comprensión más completa de su problema, o una solución más sensacional.

En la fase de **Preparación**, las personas intentan tomar acciones en el futuro inmediato, usualmente medido en términos del “mes siguiente.” En forma típica, han tomado alguna acción significativa en el año anterior, y suelen tener elaborado un plan de acción⁴⁹

La mayoría de las personas en esta fase están planeando tomar acciones y están haciendo los ajustes finales antes de comenzar a cambiar su comportamiento. No obstante, aunque pretendan cambiar y puedan aparecer como listos para actuar, no necesariamente han resuelto la ambivalencia ante el cambio⁵⁰

Las personas en la fase de preparación ya pueden haber instituido un número de cambios pequeños, pero no todas las modificaciones del comportamiento son acción⁵¹. No debe considerarse solamente la simple mejoría estadística, sino que debe haber una mejoría clínica, donde el criterio ideal de la acción debe ser la recuperación.

La fase de **Acción** es aquella en la cual las personas están modificando abiertamente su comportamiento y su ambiente, es decir, han hecho el movimiento para el cual han estado preparándose. En esta fase las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses⁵²

Obviamente, la acción es el período con mayor actividad y que requiere el mayor compromiso de tiempo y energía. Los cambios durante esta fase son más visibles para los demás que durante las otras fases, y reciben por lo tanto el mayor reconocimiento.

Es necesario considerar que la fase de acción no es la única época en que las personas hacen progresos para superar su problema, ocurriendo muchos cambios en las fases que anteceden a la acción: cualquier movimiento de una fase del cambio a la siguiente representa un progreso considerable⁵³

⁴⁸ *Op. cit.* Nota 32

⁴⁹ *Op. cit.* Nota 31

⁵⁰ *Ídem*

⁵¹ *Op. cit.* Nota 32

⁵² *Op. cit.* Nota 31

⁵³ *Op. cit.* Nota 31.

En la fase de **Mantención**, las personas están trabajando para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como lo hace con frecuencia las personas en la fase de acción⁵⁴.

Durante la mantención las personas deben trabajar para consolidar las ganancias que ha obtenido durante la acción y las otras fases del cambio, y luchar para prevenir las caídas y las recaídas. Una razón común para las personas que recaen tempranamente en la fase de mantención es que no están bien preparados para prolongar los esfuerzos necesarios para avanzar en la mantención. La mayoría de las recaídas ocurren en momentos de aflicción emocional, siendo las épocas de depresión, ansiedad, rabia, aburrimiento, soledad, estrés y angustia los momentos cuando los individuos están en mayor riesgo emocional y psicológico⁵⁵.

Sin un compromiso fuerte para la fase de mantención, es seguro que habrá recaída, generalmente a la fase de precontemplación o contemplación⁵⁶.

La fase de **Finalización** es la última meta de toda persona que cambia por sí misma. En esta fase ya no se presenta la adicción o el problema anterior, ni ninguna tentación o amenaza: su comportamiento nunca regresará y la persona tiene total confianza que puede afrontarlo sin miedo a recaer. En esta última fase, los individuos experimentan cero tentación y 100% de autoeficacia⁵⁷.

Algunos expertos/as creen que ciertos problemas no pueden ser terminados, sino que sólo es posible mantenerse de por vida en una cautelosa fase de mantención⁵⁸.

Prochaska y DiClemente, indicaron que en las diferentes fases, las personas aplican procesos particulares para pasar a la fase siguiente. Este progreso a través de las fases de cambio, rara vez se da de manera lineal debido a las frecuentes recaídas que las personas presentan en su proceso de tratamiento. Un modelo en espiral sería la forma más apropiada de representar cómo cambian la mayoría de las personas con el tiempo, progresando desde la *precontemplación* a la *contemplación* y a la *actuación*.⁵⁹

La mayoría de las personas cometen un desliz en algún punto, regresando a la fase de contemplación e incluso, a veces, a la fase de precontemplación, antes de renovar su esfuerzos. La persona promedio que cambia por si misma en forma exitosa, pasa por el ciclo varias veces.

Prochaska presenta en el esquema siguiente la relación entre los procesos de cambio y las fases del cambio:

⁵⁴ *Ídem.*

⁵⁵ *Ídem.*

⁵⁶ *Ídem.*

⁵⁷ *Op. cit.* Nota 31

⁵⁸ *Op. cit.* Nota 32

⁵⁹ *Op. cit.* Nota 32

Fases del cambio y procesos de cambio

Pre-contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantención
Aumento de la conciencia.				
Ayuda dramática.				
Reevaluación del ambiente.				
	Reevaluación de sí mismo.			
		Auto-liberación.		
			Manejo de contingencias.	
			Relaciones de ayuda.	
			Contra-condicionamiento.	
			Control de estímulos.	

Prochaska⁶⁰ señala que una manera de movilizar a las personas a comenzar programas de tratamiento profesional (en relación al consumo de sustancias) es ofrecer tratamientos que *hagan juego (matching)* con la fase de cambio del cliente.

En virtud de lo anterior, resulta necesario evaluar la fase de disposición del cliente para el cambio y confeccionar las intervenciones de acuerdo a ésta⁶¹. De esta manera, las fases del modelo de cambio pueden ser aplicadas para ayudar a muchas personas a alcanzar diferentes momentos de la terapia, el tratamiento u otra intervención planificada. Comprender las fases de cambio y los procesos que son más útiles para cada persona, favorece el control sobre el ciclo de cambio y permite movilizar a las personas hacia delante en forma más rápida y eficientemente, y con menos dolor⁶².

La importancia del modelo en la práctica clínica está en el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. Se trata no solamente de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino también si ésta se adecúa al momento

⁶⁰ *Op. cit.* Nota 31

⁶¹ *Op. cit.* Nota 32

⁶² Anatchkova, M., Velicer, W. y Prochaska, J. (2005). Replication of subtypes for smoking cessation within the contemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 30, 5, 915-27.

(estadio/fase) en que se encuentra el/la paciente⁶³ y conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio⁶⁴.

A este respecto, Giovazolias y Davis⁶⁵ plantean que en su estudio encontraron que aquellos participantes que se encuentran en las etapas/fases más tempranas, con independencia de su género, prefieren intervenciones terapéuticas no orientadas a la acción. Del mismo modo, aquellos participantes que se encuentran en las etapas/fases posteriores, independiente del género, muestran una significativa preferencia por intervenciones orientadas a la acción.

Estas afirmaciones serían coherentes con las predicciones teóricas que señalan que los acercamientos terapéuticos no directivos son más útiles en las fases iniciales del cambio, mientras que los acercamientos conductuales (directivos) son más efectivos cuando son utilizados en las fases posteriores del proceso de cambio⁶⁶. Este trabajo refuerza la importancia de adecuar las intervenciones clínicas a la fase de cambio en que se encuentra el consultante.

⁶³ *Op. Cit.* Nota 44

⁶⁴ *Op. Cit.* Nota 47.

⁶⁶ Giovazolias, T. y Davis, P. (2005). Matching therapeutic interventions to drug and alcohol abusers' stage of motivation: The clients' perspective. *Counseling Psychology Quarterly*, September, Vol. 18(3), págs 171-82

2.6 Prevención Selectiva

Dentro de los diversos sectores involucrados hoy en la amplia gama de intervenciones llamadas *psicosociales*, es posible reconocer consenso respecto de la forma en que una intervención de este tipo se torna más o menos válida. Tanto desde las instituciones como desde la academia parece existir hoy un grado de acuerdo en términos de los principios respecto de la forma correcta de operar con poblaciones que requieren de este tipo de actuaciones. Este consenso suele estar asociado a la Perspectiva Biopsicosocial, referenciado en innumerables programas públicos y privados de nuestro país vueltos a la tarea de generar condiciones para que diferentes sectores de la población puedan potenciar sus recursos y enfrentar las problemáticas psicosociales por las que atraviesan.

No es el caso, sin embargo, describir en este apartado los antecedentes o amplias características teóricas que pudiesen definir esta perspectiva, sino más bien acercar algunas consideraciones acerca de sus temas pendientes, alcances y puntos ciegos, muchos de los cuales suelen situarse en un nivel discursivo pero que emergen en la ejecución.

Para y por el contexto de este Documento de Trabajo resulta útil ver en el *Programa a Tiempo*, tanto en su diseño como en su ejecución, aquellas complejidades que permiten abrir nuevas posibilidades de comprensión, muchas de las cuales son fruto de la reflexión y discusión de la praxis continua en la que se enmarca este documento y que serán recurrentemente citadas en los capítulos referenciales siguientes.

En particular, el abordaje de la Prevención Selectiva e Intervención Temprana resulta representativo de las comprensiones acerca de las formas costo-efectivas de intervención psicosocial de prevención, centrada en la promoción antes que la asistencia, generando alcances que si bien pueden ser menos perceptibles, superan con creces aquellos ligados al tratamiento y/o rehabilitación, momentos en que la problemática ya se ha desplegado en su mayor complejidad. Así, se espera que una intervención a este nivel asegure la disminución de factores de riesgo, potencia aquellos protectores y, con ello, limite la probabilidad global de acciones de riesgo asociadas al consumo perjudicial y/o dependencia de sustancias.

Para acercar estas comprensiones resulta necesario en primera instancia hacer algunas distinciones respecto de lo que se entiende por *prevención* así como los distintos niveles de intervención dentro de dicho contexto.

Prevención selectiva del consumo de drogas y alcohol en adolescentes

La prevención es “un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”⁶⁷. Un programa de prevención es un conjunto de acciones dirigidas a impedir, retrasar o reducir la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de drogas.

⁶⁷ Becoña, E. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior, España.

Con el fin de obtener mejores resultados, las estrategias de prevención se han clasificado en distintos niveles que constituyen finalmente un continuo. El trabajo preventivo ha ido demandando cada vez mayor especificidad en las intervenciones diseñadas en función de la diversidad de sustancias, sujetos y contextos. Es así que el enfoque en prevención ha ido cambiando, desde una visión tradicional tomada del modelo sanitario: prevención primaria, secundaria y terciaria, que centraba su clasificación en el nivel de compromiso individual con la sustancia, hacia una visión más específica de delimitación de las estrategias de intervención.

Esta nueva mirada propuesta inicialmente por Gordon⁶⁸, considera que la visión tradicional no se ajusta bien al énfasis de los factores de riesgo que posee la población objetivo de los programas, por lo tanto, propuso un nuevo continuo, denominado: *prevención universal, selectiva e indicada*, que pretende adecuarse mejor a las necesidades de los distintos grupos que se pueden intervenir.

*La Prevención Universal*⁶⁹

Está dirigida sin distinción a toda la población, independiente del nivel de riesgo al que esté expuesta. Las estrategias inciden sobre una serie de factores de riesgo y protección que generalmente se encuentran identificados. Son intervenciones amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir un cambio de comportamiento duradero⁷⁰.

*La Prevención Selectiva*⁷¹

Corresponde al conjunto de acciones que dirigen a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor de ser consumidor de sustancias que el promedio de las personas de esa edad, por lo tanto, las intervenciones se orientan a grupos de riesgo específicos, ya que éstos tienen una mayor probabilidad de acumular factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que el consumo de drogas se inicie o se cronifique si ya existe, afectando su desarrollo e integración social⁷².

Los grupos de riesgo pueden ser identificados en base a factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales o del entorno, asociados al abuso de drogas y pueden ser definidos en base a edad, género, historia familiar y lugar de residencia. En el caso del riesgo individual, éste no está evaluado ni identificado específicamente, ya que se basa en una presunción dada por su pertenencia al grupo de riesgo. Sin embargo, es necesario profundizar en las características de los niveles de consumo y factores de riesgo de cada

⁶⁸ Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En Steinberg, J. y Silverman, M. (Eds.) *Preventing Mental Disorders*, 20-6. Rockville, MD: U.S.Department of Health and Human Services.

⁶⁹ *Ídem*.

⁷⁰ *Op. cit.* Nota 68.

⁷¹ *Op. cit.* Nota 69.

⁷² *Op. cit.* Nota 68.

grupo en particular. Por último, la prevención selectiva contempla detección precoz de consumos problemáticos⁷³.

Ahora bien, por otra parte, cabe señalar que los grupos de riesgo más identificados en la literatura son:

- Jóvenes en contextos de exclusión.
- Minorías sexuales.
- Minorías étnicas o inmigrantes.
- Jóvenes desertores o en riesgo de deserción del sistema escolar.
- Hijos de padres consumidores de drogas.
- Infractores de ley.

Las intervenciones en prevención selectiva para estos grupos buscan favorecer el desarrollo de habilidades personales, del entorno familiar, del grupo de pares y/o del entorno sociocultural. En suma, la prevención selectiva tiene por objeto prevenir el agravamiento de las conductas asociadas al consumo de sustancias y disminuir los factores de riesgo antes de que se manifieste la necesidad de tratamiento⁷⁴.

*La Prevención Indicada*⁷⁵

Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores no problemáticos o que tienen problemas graves de comportamiento. Se dirige, por lo tanto, a individuos de alto riesgo y muchas veces las acciones de prevención selectiva incluyen la detección precoz de casos en los que se deben aplicar estrategias de prevención indicada⁷⁶. Es así que este tipo de prevención es más intensiva y costosa que la prevención selectiva.

Tanto las estrategias de prevención universal como las de prevención selectiva e indicada resultan necesarias y se complementan entre sí: la primera resulta necesaria para reducir en la población general los riesgos genéricos de iniciación y experimentación con las drogas, mientras que la segunda se enfoca en intervenir de forma específica sobre aquellos grupos a los que no llegan las intervenciones genéricas o sobre las personas que, a causa de una mayor vulnerabilidad y/o acumulación de factores de riesgo, necesitan enfoques complementarios o alternativos y de carácter más intensivo. La tercera estrategia da una respuesta personalizada y especializada a personas que además de tener una alta acumulación de factores de riesgo, presentan conductas de riesgo asociadas a situaciones de consumo no problemático de sustancias⁷⁷.

Es importante destacar algunas conclusiones derivadas de la evidencia en relación a la eficacia de los programas de prevención selectiva. Ésta plantea que cuando las intervenciones no se limitan sólo a abordar el uso de drogas como problema prioritario, ni

⁷³ CONACE (2008). Prevención Selectiva: Nuevos Retos para la Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en Chile.

⁷⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2003). Selective Prevention: First Overview on the European Situation. Lisbon.

⁷⁵ *Op. cit.* Nota 69.

⁷⁶ *Op. cit.* Nota 68.

⁷⁷ *Op. cit.* Nota 75.

se somete a los usuarios a juicios morales o se les fuerza a participar contra su voluntad, si no que se les ofrece asesoramiento y orientación de forma respetuosa, entregando un apoyo extensivo al conjunto de sus problemas y condiciones de vida, tomando en consideración tanto sus experiencias como sus deseos, y planteando opciones en lugar de exigencias, se consigue potenciar la intervención, aumentando las posibilidades de eficacia en el proceso preventivo⁷⁸.

En este sentido, la investigación de Miller y Rollnick⁷⁹ ha demostrado que pueden realizarse acciones específicas para movilizar a los usuarios hacia la percepción del riesgo y la consideración de cambiar las conductas de riesgo y, eventualmente, disminuir e interrumpir el comportamiento problema.

Por lo tanto, y basados en la evidencia recolectada, todo programa de prevención selectiva debe incluir estrategias motivacionales para movilizar a los usuarios hacia el cambio, las cuales actualmente se encuentran ampliamente validadas por la investigación científica⁸⁰. Dichas estrategias pueden implementarse a través de actividades grupales secuenciadas que promuevan la reflexión de los usuarios respecto a sí mismos y sus circunstancias actuales o de intervenciones muy personalizadas efectuadas en entrevistas individuales⁸¹.

Así, tal como puede entenderse de las orientaciones del programa, el logro de estos objetivos no está limitado únicamente al trabajo sobre el consumo de sustancias. Al contrario, involucra una variedad de factores sociales, escolares, familiares, comunitarios que no hablan sino de una perspectiva que ve en diversas situaciones cotidianas de las poblaciones las condiciones de emergencia de las problemáticas de consumo de sustancias, distanciándose de una mirada centrada únicamente en el individuo. La comprensión de dichas condicionantes permitirá entonces la articulación de estrategias que incluyan las especificidades necesarias para que el proceso sea **motivador** y, por lo tanto, efectivo. De allí el énfasis de trabajar el enfoque de Factores Protectores y de Riesgo en la tríada que contempla el sujeto en relación a la sustancia, en relación a sí mismo y en relación a su contexto.

Consecuentemente, las intervenciones derivadas del *Programa A Tiempo* contemplan lineamientos estratégicos que incluyen, por una parte, la *Perspectiva de Género*, un *Enfoque de Prevención Integral y Contextual*, *Promoción de Desarrollo y Resiliencia*, el *Vínculo como Proceso Motivador*, entre otras; todo lo cual conforman parte de las acciones que apuntan **hacia la población objetivo**. Por otra parte, un grupo de lineamientos se vinculan con el **trabajo del equipo a cargo de la intervención**, que incluye orientaciones como la *Multidisciplina* e *Interdisciplina* de los profesionales, que las actividades sean desarrolladas de manera *Intersectorial* e *Insertas en la Red* y que incluya espacios de *Autocuidado del Equipo*. Finalmente un tercer grupo que se orienta **al contexto**, esperando que las intervenciones sean *Sustentables* y *Continuas en el tiempo*,

⁷⁸ *Op. cit.* Nota 31.

⁷⁹ *Op. cit.* Nota 47.

⁸⁰ Zweben, A., y Zuckoff, A. (2002). Motivational interviewing and treatment adherence. En Miller, M. y Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 299-319. 2da Edición. New York: Guilford Press.

⁸¹ *Op. cit.* Nota 47.

de manera que la comunidad haga de este tipo de intervenciones parte de su quehacer cotidiano.

Al dar una mirada de segundo orden a estos tres grupos de principios, se puede observar que tanto la población *intervenida* como los *interventores* están comprendidos bajo la misma lógica trídica señalada anteriormente. En primer lugar, tal como el enfoque enfatiza vincular la *relación del sujeto consigo mismo*, el programa enfatiza la relación del equipo consigo mismo, en, por ejemplo, su autocuidado. Por otra parte, correspondencia se puede observar con la *relación del sujeto con la sustancia*, en aquellos principios que esperan intervenciones del equipo con la población objetivo. Finalmente se puede hallar analogía entre *el sujeto y su relación con el contexto*, en el énfasis estratégico del programa en cuanto al Trabajo en Red y las intenciones de Sustentabilidad y Continuidad íntimamente ligadas con el trabajo comunitario que se espera del equipo.

Una observación como esta no es antojadiza, encontrando sentido en el contexto de lo los contenidos desarrollados en las páginas siguientes. Y es que existen más cosas en común entre las personas que dedican su tiempo y trabajo en este tipo de intervenciones y aquellas que son sujeto de intervención, llamándonos a atender la recursividad propia de los procesos relacionales involucrados en estas acciones.

Así como los modelos actuales en drogas señalan la importancia del proceso motivador como generador del cambio en conductas de riesgo en la población objetivo, debe haber, por cierto, un proceso motivador en la dupla psicosocial a cargo del Programa. Lo contrario sería no comprender las condiciones mínimas que permiten que un trabajo se desarrolle de manera eficiente, adaptado a las contingencias, que contemple la creatividad y performatividad necesaria en los contextos en los que se posiciona el *Programa A Tiempo*, su equipo ejecutor y contexto institucional.

Parte central del curso y de lo que se propondrá en lo que sigue de este documento tendrá relación con aquello, haciendo un llamado a que las prácticas que ejecutemos no pasen por el ejercicio irreflexivo de las mismas. Dado lo anterior es que además de mostrar y discutir técnicas para cada ámbito de intervención, fueron mostradas también posiciones epistemológicas y modelos teóricos asociados, y, más importante, la existencia de una relación de coherencia entre estos tres niveles conceptuales jerárquicos (epistemología, teoría y técnica).

En este sentido, si bien la perspectiva Biopsicosocial contempla este tipo de visiones, muchas veces resulta una ardua tarea ejecutar coherentemente las diversas aristas que involucra o bien se tiende a ponderar ciertos factores etiológicos por sobre otros. Sin duda, un Programa de Intervención Temprana y Prevención Selectiva, orientado a una población que en su historia no ha presentado lo que entendemos por *problema*, permite ampliar los parámetros de observación a las relaciones entre los actores, factores y procesos involucrados, permitiendo trabajar sobre una visión sistémica-relacional, eje central este sobre el que se moverán las propuestas de este documento.

2.7 Contexto de apoyo: Relación tríadica Sujeto-contexto-sustancia

(SENDA)

MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

3. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

Presentación de un Caso Tipo en Prevención Selectiva e Intervención Temprana en contexto escolar

Antes de presentar aquellas propuestas epistemológicas y teóricas que brindan alternativas al abordaje de la problemática de drogas en población adolescente, específicamente en lo que respecta a la prevención e intervención temprana en contextos escolares, se ha considerado oportuno presentar un caso que ilustre a modo de ejemplo, la diversidad de ámbitos y factores que es oportuno contemplar en una intervención psicosocial orientada desde el *Programa A Tiempo* y los lineamientos aportados por el curso.

A partir de este caso, se extraerán pasajes que serán utilizados para ejemplificar las propuestas epistemológicas, teóricas y/o metodológicas que se presentarán a continuación, sirviendo entonces como un insumo que permitirá profundizar o enfatizar ciertos elementos a contemplar en intervenciones de este tipo.

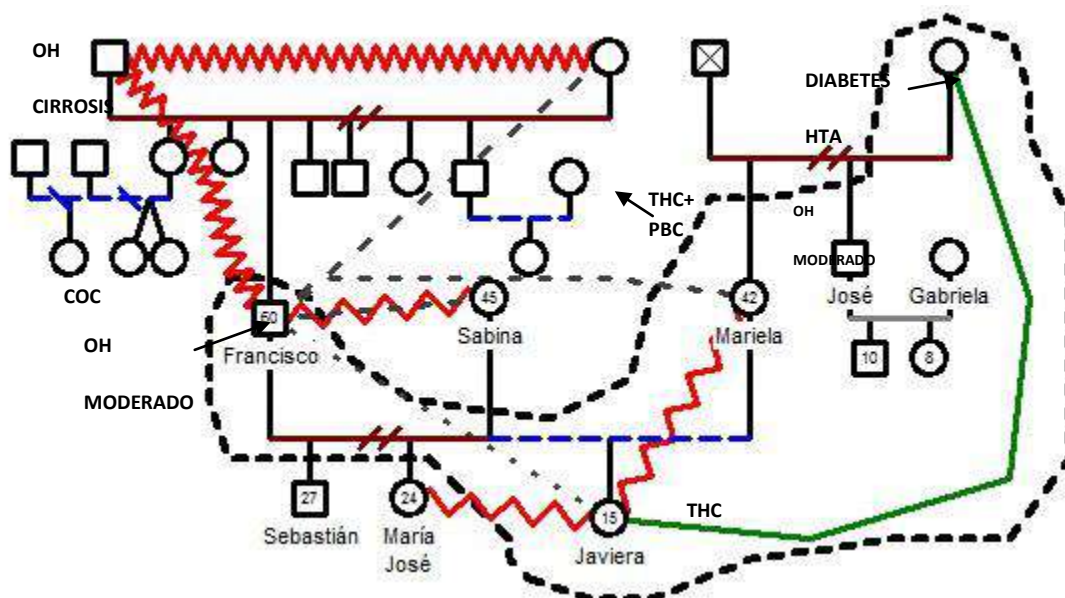
Es relevante mencionar que a partir de esta situación hipotética no se pretenderá realizar un análisis exhaustivo de caso, si no únicamente aportar extractos acotados que permitan acercarse al fenómeno del consumo de alcohol y drogas, sin perder de vista que tras - o delante de- él siempre es necesario atender a contextos, familias y sujetos particulares, y no construir imperativos o generalidades de intervención que sean aplicables a cualquier situación. De ahí que resulte oportuno hacer referencia, en ciertos momentos del texto, a un caso que permita recordar permanentemente que, si bien es necesario y sobre todo útil acudir a referentes y construcciones teóricas y metodológicas, no se debe olvidar que hablamos de personas que se construyen precisamente en los devenires únicos e irrepetibles de su historia, de sus escenarios de vida, de su relación con otros, de la comprensión particular de ciertas problemáticas y de sus abordajes (exitosos o no), entendiendo que no es posible acercarse de un modo indiferenciado a toda la población escolar y/o juvenil. En síntesis, aclarar que el foco de la intervención siempre es la persona, su familia, su bienestar, por sobre los universos teóricos o procedimentales.

Se invita además a que a partir del desarrollo y propuestas del presente texto de apoyo, el lector realice un análisis propio de este caso, que responda a un ejercicio reflexivo que integre los distintos elementos del mismo, de manera de explorar diversas hipótesis comprensivas y estrategias posibles que aporten luego al abordaje de situaciones similares que puedan estar interviniendo en sus escenarios de trabajo.

Descripción del Caso

Francisco tiene 60 años cumplidos recientemente, activo laboralmente, se dedica a la soldadura, oficio que aprendió en su infancia observando a su padre y tíos. Su pareja actual, Mariela, de 42 años, se dedica a labores domésticas, aportando económicamente al hogar a través de la venta ocasional de productos de repostería en su barrio. Se conocieron por medio de amigos en común del sector en que ambos residían, hace aproximadamente 20 años, iniciando una relación de pololeo informal e irregular hace 17 años, de manera paralela al matrimonio que Francisco había constituido ya 30 años antes

con Sabina, de 45 años. Con esta última tuvo dos hijos, Sebastián y María José, de 27 y 24 años respectivamente.



La relación entre Sabina y Francisco enfrentó diversos conflictos asociados a dificultades de crianza, irresponsabilidades laborales, consumo de alcohol todos los fines de semana y lejanía afectiva; mientras el vínculo con Mariela comenzó a estrecharse aún más luego de que ambos se enteraran que estaban esperando a su primera y única hija, Javiera. Posterior al nacimiento de ésta, Francisco decide separarse de Sabina, iniciando una relación de convivencia con Mariela en la casa de la madre de ésta, ubicada en la Población "X" en la comuna de "X", lugar donde viven hasta el día de hoy. La relación entre ambos se ha mantenido estable pero no ajena de conflictos tales como infidelidades mutuas, conflictos por ausencia paterna, justificada por relación con los hijos del matrimonio, intromisión de madre de Mariela en asuntos de pareja, entre otros. No obstante aquello, consideran que han realizado una buena labor en la crianza de su hija Javiera.

Adicionalmente residen en el mismo hogar José, el hermano de Mariela; su esposa, Gabriela; y sus hijos, de 10 y 8 años. El clima familiar global en el último tiempo ha sufrido modificaciones, con tensiones propias de la entrada en la adolescencia de algunos de sus miembros, agravamiento del consumo de alcohol por parte de Francisco, distancia afectiva hacia este por parte de Mariela y la cada vez menos visible figura de autoridad representada por la abuela materna, deteriorada por las enfermedades crónicas diabetes y la hipertensión.

En ambas familias extendidas se han presentado diversas situaciones de consumo problemático y dependencia de sustancia, siendo llamativo el consumo en mujeres con un compromiso de moderado a severo, todas los casos sin acciones de tratamiento específicos para rehabilitación por drogas, que tienden a ocultarse y considerarse poco problemático. Cabe señalar la presencia de VIF en la familia de origen de Francisco, quien sufrió un maltrato físico y psicológico por parte de su padre, como consecuencia de su esfuerzo por proteger a su madre, quien era víctima de violencia por parte de su esposo.

En relación a las condiciones socioeconómicas del grupo familiar, si bien se mantienen estables, los sitúan dentro del segundo quintil de ingreso, debiendo intensificar sus trabajos independientes para subsanar deudas o desarrollar algún proyecto en particular (mejoramiento infraestructura hogar, compras especiales), haciendo, por periodos, muy agobiante su trabajo. A esto se suma la cesantía de José, la invalidez parcial por pérdida de miembro inferior de abuela materna (diabetes) y la escasa pensión otorgada por esta situación.

Por otro lado, las relaciones significativas de esta familia se extienden más allá de los lazos de parentesco debido a procesos históricos de lucha por vivienda. Desde la toma de los terrenos y la consolidación de la actual población, las familias de Mariela y Francisco (con padres pobladores originarios de la toma) han desarrollado vínculos estrechos con vecinos de pasajes y organizaciones sociales (Junta de Vecino y Centro de Madre) donde ellos más de alguna vez han participado. Estas condiciones han permitido, a modo de ejemplo, que se haya realizado un bingo a beneficio en el pasaje para el costo de una silla de ruedas para la madre de Mariela.

A su vez las organizaciones comunitarias locales mantienen contacto con la Red Asistencial de Salud de la comuna, fomentando la participación en grupos de autoayuda y otros. Particularmente esta familia se vincula con el CESFAM "X", donde Mariela y Gabriela asisten al "*Programa Cardiovascular*" y donde además se han atendido por consultas médicas y psicosociales gran parte de la familia.

A partir de esto, y de la historia de consumo de alcohol de parte de su familia, es que Mariela ha problematizado ciertas conductas y señales de riesgo de su hija Javiera, que ha comentado con personal del CESFAM, quienes le recomendaron hacer una evaluación de Detección Precoz del consumo. Dentro del hogar, resulta sorpresivo para la familia que Javiera el último año se haya distanciado afectivamente de ellos, presentando conflictos que la llevan a vincularse hostilmente con su madre, mientras que se muestra indiferente hacia su padre. Extrañeza, debido a que Javiera durante su infancia y primera adolescencia demostraba gran apego, unión con su madre y padre, e incluso temor ante la ausencia de ellos. Presentaba un buen rendimiento y comportamiento escolar y era la "preferida" de la abuela. Asimismo, la relación de "consejera" que antes era frecuente e intensa con María José, su media hermana, se distancia por conflictos particulares, que a ojos del resto de la familia parecen ser insignificantes.

Sus sospechas coinciden con algunos comentarios que desde hace algunos meses le ha hecho el Profesor Jefe de la Escuela, quien reporta que Javiera ha disminuido su rendimiento escolar, con baja concentración e interés general. Ha faltado a clases numerosos días e incluso el profesor la ha sorprendido durmiendo en la sala. La ha visto más irritable y a veces muy somnolienta, perdiendo motivación por actividades que antes le interesaban tales como scouts y grupo folklórico, donde demostraba sus habilidades y destrezas en el ámbito organizacional de pares y el desarrollo artístico personal. Estos cambios incluso han sido de conocimiento de la dirección del colegio, quién ha solicitado a la madre concurrir al psicólogo educacional del colegio bajo apercibimiento de no cumplimiento y posibilidad de medidas más drásticas (suspensión, condicionalidad)

En el ámbito interpersonal, la madre ha identificado nuevas amistades que Javiera no ha presentado ni comunicado, evadiendo el tema frente a su familia. En igual sentido, el

profesor ha señalado que se ha distanciado de sus antiguas compañeras de puesto, acercándose a un grupo de pares de ambos sexos.

Si bien Mariela e incluso Francisco han realizado intentos por saber qué le sucede a Javiera, ésta no responde, mostrándose sumamente indiferente. Frente a exigencias más drásticas por parte de éstos, se ha mostrado agresiva verbalmente, culpándolos a ellos por falta de cuidado e interés en ella, principalmente a su padre, a quien le reprocha hacer grandes distinciones con sus medios hermanos; mientras que a su madre le reclama el gran tiempo que dedica a la venta de pasteles y la poca consideración de cuidado en relación a ella.

Paralelamente Javiera ha cambiado su presentación personal, con vestimentas menos conservadoras, lo cuál ha sido criticado fuerte y repetidamente por su abuela materna a quien, no obstante, le demuestra mucho respeto y cariño. Esto, sumado a la distancia evidente que ha tomado y su reacción verbal agresiva, ha generado un círculo vicioso de más exigencia por parte de su madre y más conflictividad de parte de ella.

Dentro de los indicios de consumo, Mariela la ha sorprendido con papelillos de marihuana y ha recibido comentarios de antiguas amigas de que podría haber un consumo esporádico de esta droga mezclada con Pasta Base (“marciano”) lo que la ha alarmado y la tiene bastante angustiada. Cuando se le confronta dichas situaciones, Javiera reclama naturalidad en el consumo y bajo riesgo asociado, y señala que sólo consume ocasionalmente, desmintiendo el consumo de pasta base.

En suma, pese a haber antecedentes de adicción en la familia, el caso de Javiera ha suscitado una alarma inusual, con un reordenamiento familiar que ha estado asociado a variaciones en diversos ámbitos, como la estabilidad económica (por dedicar mayor tiempo al cuidado u observación de Javiera), clima familiar, conflictos en la relación de pareja de padres, síntomas depresivos en abuela materna, disminución de la participación comunitaria, baja utilización de vínculos extendidos (comunidad) y uso de redes asistenciales, generando un escenario donde la exigencia y la evasión parecen estar en un detenido equilibrio.

3.1 Abordaje Preventivo del Consumo Problemático de Sustancias: Desde un Modelo Biopsicosocial.

Antecedentes Relevantes: tipologías y descripciones útiles

Previo al abordaje de contenidos teóricos respecto de modelos de intervención en consumo problemático de sustancias, conviene consensuar algunos términos de referencia propios del trabajo psicosocial en este ámbito: tipología de consumo y sustancias y perfiles de consumo en población infanto-adolescente.

Debido a que, en lo particular, las acciones del *Programa A Tiempo* dependen del nivel de consumo de la población objetivo, en primera instancia es útil distinguir los **tipos de consumo**, divididos frecuentemente en *no problemático* y *problemático*. El primero de ellos incluye los consumos experimental, ocasional y habitual; mientras el segundo grupo de ellos incluye el *consumo perjudicial* y la *dependencia*⁸². Descritos de este modo, estos patrones de consumo van del menor daño y/o perjuicio a aquel en que el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para la persona, esto es, el fenómeno de *dependencia*.

En cuanto al **tipo de sustancias**, estas se clasifican desde diversos puntos de vista (farmacológico, clínico, social, epidemiológico, etc.), siendo la más utilizada aquella que distingue las sustancias por sus efectos: Depresoras, Estimulantes y Distorsionantes. Las drogas *depresoras*, tales como el alcohol, barbitúricos o los opiáceos, disminuyen el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) generando efectos de alteración de la concentración, disminución de la alerta y relajación o sensación de bienestar. En tanto, los *estimulantes*, entre los que se encuentran el tabaco, cocaína, anfetaminas, pasta base, entre otras, aceleran la actividad del SNC generando sensaciones de euforia, desinhibición, menor sensación de fatiga, excitación motora e inquietud. Finalmente las sustancias *distorsionadoras* como la marihuana, LSD, mezcalina, hongos o inhalables, modifican el estado de vigilia, la conciencia de espacio y tiempo e intensifican las percepciones sensoriales.

Los efectos interpersonales del consumo de estos tipos de sustancias y patrones de consumo generan consecuencias relativas a la **intensidad de consumo**, que van desde aquellas que no tienen consecuencias o en las que no son evidentes, hasta episodios de auto o heteroagresión y/o intoxicación por uso excesivo de drogas.

Estas tres variantes, sumadas a los criterios de dependencia⁸³, configuran una dimensión ligada al consumo que evalúa el **nivel de riesgo** asociado a este, graficado en la tabla que a continuación se describe.

⁸² Organización Mundial de la Salud (2010). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Disponible en www.who.int

⁸³ (1) Síndrome de Tolerancia (cantidades cada vez mayores de sustancia para conseguir los mismos efectos), (2) Síndrome de Abstinencia (deseo irrefrenable de ingerir la sustancia para evitar el malestar fisiológico, cognitivo y cognitivo que supone suspender el consumo), (3) uso de cantidades mayores por episodio en los que se pretendía un consumo menor, (4) deseos infructuosos de controlar el consumo, (5) empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, (6) reducción de

Dimensión ligada al consumo de alcohol y sustancias				
Tipo de consumo	Sin consumo	Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo moderado	Consumo de alto riesgo
Sustancia o droga	No existe droga	Consumo de alcohol y/o marihuana	Alcohol y marihuana en ocasiones, asociación a otras drogas	Policonsumo de > de 3 drogas
Perfil de consumo	No existe consumo	Fines de semana, en relación a espacios de ocio. En Grupo. Con significación a lo experimental y/o recreativo.	Habitualmente, fines de semana; ocasionalmente, todos los días. En grupo o solitario. Con significación a la búsqueda de la desinhibición de la ansiolisis.	Habitualmente todos los días. Alta tendencia al consumo solitario. Con significación a la búsqueda de lo ansiolítico o anestésico.
Consecuencias de la intensidad de consumo	No existen consecuencias	Sin consecuencias evidentes	Primer episodio evidente de: accidente, violencia, autoagresión.	Accidentes reiterados. Violencia reiterada. Autoagresiones frecuentes. Coma etílico y/o por consumo de otra sustancia. Intoxicación por drogas
Criterios de dependencia	No existe dependencia	Sin criterios de dependencia	Sin criterios de dependencia	Existen criterios de dependencia

Tomado de "Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes"⁸⁴.

En su conjunto, estas tipologías y evaluaciones ligadas al consumo configuran las observaciones relativas a la *relación del sujeto con la sustancia*, muy útil a la hora de evaluar la participación de un sujeto a un programa de Prevención Selectiva en el contexto escolar. Sin embargo, aun restan por explorar las características propias de niños, niñas y adolescentes en *relación a sí mismos*, para luego, al inicio del último apartado, abordar los factores *contextuales* de las personas que consumen.

Aproximación descriptiva a los perfiles de niñas, niños y adolescentes consumidores

Dos premisas iniciales que deben establecerse en cuanto al perfil adolescente: (1) el consumo de sustancias no forma parte de la vida cotidiana de la gran mayoría de los niños, niñas y jóvenes; (2) la mayoría de los jóvenes que prueba en alguna ocasión alguna droga, deja de consumirla tras algunos contactos ocasionales con estas.⁸⁵

Estos hechos son corroborados a partir de estudios internacionales y los Estudios bianuales de Drogas Población General y Escolar realizados en nuestro país^{86,87} donde sólo alrededor del 8% de la población escolar ha consumido alguna vez en el último mes cualquier tipo de sustancia. Además, las estadísticas extraídas de estos estudios muestran una tendencia a la baja en relación a la prevalencia de consumo de la década anterior, no obstante encontrar cierto aumento dentro de la última década.

actividades laborales, sociales o recreativas producto del consumo, y (7) continuidad de consumo a pesar de conciencia de perjuicio físico, psicológico recidivantes o persistentes (APA, 2002).

⁸⁴ CONACE (2010). Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes. Ministerio del Interior.

⁸⁵ *Ídem*.

⁸⁶ SENDA (2011). Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2010. *Observatorio Chile de Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

⁸⁷ CONACE (2010). Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar 2009. Octavo básico a cuarto medio: Principales Resultados. Ministerio del Interior.

Al acercarse a una caracterización de la población infanto-adolescente, los autores suelen consensuar que estos responden a una multitud de motivaciones, muchas veces opuestas a aquellas estudiadas en población adulta. Se trata de jóvenes que usan sustancias en un contexto de fin de semana, en instancias de liberación y recreación.

Según Arbex⁸⁸ el perfil mayoritario de consumidores en etapas adolescentes describe una vida emocional relativamente estable, con actividades escolares o laborales adaptadas, convivientes y dependientes de su familia. Dicho perfil de consumidor, señala esta autora, realiza un uso mayoritariamente social de sustancias, vinculados a uso de tiempos libres, sin dificultad de integrarse nuevamente a sus actividades rutinarias en contexto escolar o laboral. Señala asimismo que existe baja percepción de riesgo asociado a las sustancias, situación que se ve confirmada por el último Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar⁸⁹, donde sólo alrededor de 30% considera riesgoso consumir una o dos veces por semana marihuana. Al contrario, se muestra una alta percepción de control sobre la sustancia al tratarse de un uso habitual centrado en espacios de tiempo libre, como algo normalizado y extendido en su generación⁹⁰

Arbex⁹¹ señala que en la adolescencia existen una variedad de procesos asociados al desarrollo que sientan las condiciones para que el uso de sustancias pueda jugar un rol relevante. Entre otras, destaca la necesidad de reafirmación, transgresión y conformidad intragrupal, susceptibilidad a las presiones del entorno, sensación de invulnerabilidad, rechazo a la vida adulta, tendencia al hedonismo y baja tolerancia a la frustración.

Al cruzar estos procesos —propias de la relación del adolescente consigo mismo— con aquellos vinculadas con la sustancia vistos anteriormente (punto 1), resulta oportuno atender a Marcelli y Braconnier⁹² quienes plantean la relación entre el tipo de consumo, el sentido del mismo y algunas características del contexto del individuo, aportando un sentido de consumo que va más allá de la adicción como enfermedad. Aquí se demuestran decisiones de los implicados. La tabla siguiente grafica dicha comprensión.

⁸⁸ Arbex, C. (2002). Guía de intervención: Menores y Consumo de Drogas. Madrid: ADES.

⁸⁹ *Op. cit.* Nota 88.

⁹⁰ *Op. cit.* Nota 89.

⁹¹ *Ídem.*

⁹² *Op. cit.* Nota 85

Características	Tipo de Consumo		
	Recreativo	Autoterapéutico	Adictivo
Efecto buscado	Euforizante	Ansiolítico	Anestésiante
Modo social de consumo	En grupo	Solitario (en grupo)	Solitario y en grupo
Escolaridad	Escolaridad habitual	Abandono escolar paulatino	Deserción escolar
Actividades sociales	Conservadas	Limitadas	Marginales
Factores de riesgo individual	Ausentes	Presentes	Presentes
Factores de riesgo familiar	Ausentes	Ausentes o presentes	Presentes

Tomado de “Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes”⁹³

No obstante ser estos procesos del desarrollo muy propios de la adolescencia, no deja resuelta la cuestión acerca de las condicionantes sociales, culturales e incluso políticas que modelan la socialización adolescente en la actualidad, aspectos a considerar en la comprensión de un modelo que dice involucrar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

Ejemplo 1 “Historia de Javiera”
<i>“Dentro de los indicios de consumo, Mariela la ha sorprendido con papelillos de marihuana y ha recibido comentarios de antiguas amigas de que podría haber un consumo esporádico de esta droga mezclada con Pasta Base (“marciano”), lo que la ha alarmado y la tiene bastante angustiada. Cuando se le confronta dichas situaciones, Javiera reclama naturalidad en el consumo y bajo riesgo asociado, y señala que sólo consume ocasionalmente, desmintiendo el consumo de pasta base”.</i> Desde una perspectiva biopsicosocial —que integra, entre otros aspectos, las complejidades del uso de drogas— se tenderá a realizar un análisis integral del consumo, evaluando intensidad, edad de inicio, modo social de consumo, tipo de sustancia usada, entre otros. Para el caso presentado, el consumo posee características de <i>ocasional</i>, sin presentar criterios de dependencia y conservando aún su asistencia a la escuela pese a las dificultades y aislamiento parcial del medio social. Las consecuencias no parecen de mayor severidad, generando un tipo de consumo fundamentalmente <i>recreativo</i>, en el que, si bien aparecen situaciones que hacen presagiar un pronóstico de <i>riesgo moderado</i>, conserva elementos que permiten intervenir desde un modelo de <i>Prevención Indicativa</i> antes que tratamiento, activando un proceso de <i>Detección Precoz</i> que articule las acciones idóneas en relación al diagnóstico de consumo. Así, se destaca la realización de un análisis detallado de dichas condiciones de consumo como determinante para la elección del perfil de intervención para la familia de Javiera, Javiera y su entorno comunitario.

⁹³ *Ídem.*

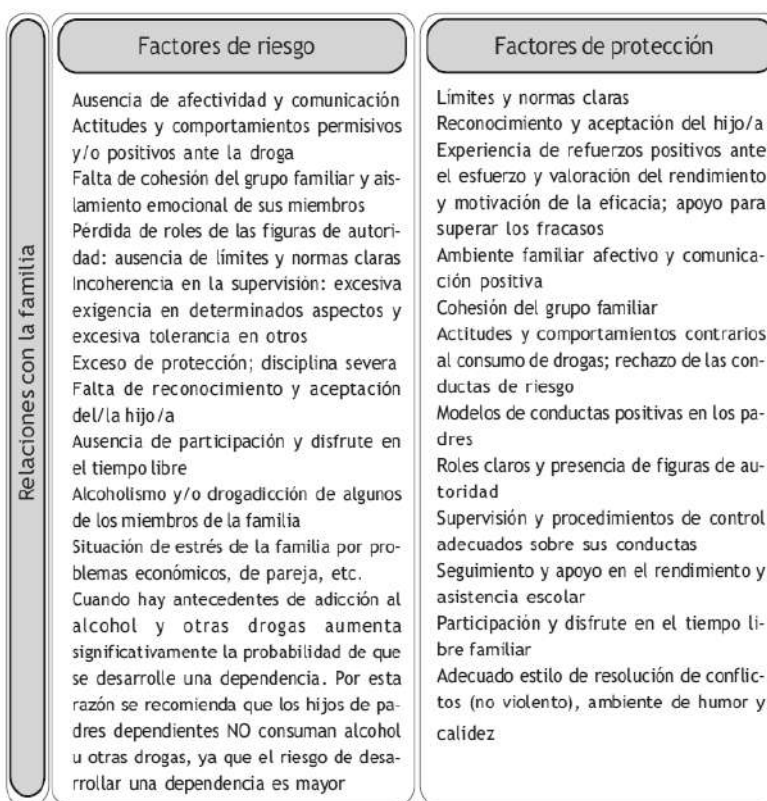
Modelo Biopsicosocial y Niveles de Intervención

Finalmente, una tercera línea a abordar son todos aquellos aspectos psicosociales que conforman el contexto de los niños, niñas y adolescentes cercanos a un proceso de consumo

problemático. Tal empresa parece inaprensible dada la amplia variedad de factores involucrados en el contexto y la alta complejidad de los mismo. No obstante, los enfoques actuales han avanzado en la tarea descriptiva de aquellos aspectos familiares, de grupo de pares, relaciones con la escuela y la comunidad, barrio u organizaciones funcionales involucradas.

Para comprender esto, cabe señalar que el desarrollo de un enfoque **biopsicosocial** nacido de la propuesta de Engel⁹⁴, postuló la necesidad de un modelo holístico que contemplase la diversidad de organizaciones de la vida humana, en contraposición al modelo biomédico.

Fundamentalmente cuestionaba una relación tecnicizada de los operadores en salud en relación a los pacientes, así como una desatención a factores psicosociales que podrían explicar tanto o más que las hipótesis biológicas en los procesos de salud-enfermedad.



Así, los principios fundamentales de una intervención que contemple este modelo debe trabajar en torno a la causalidad circular por sobre la lineal, donde todas las variables biopsicosociales juegan con igual ponderación y, además, las narrativas del consultante juegan un papel primordial en la observación clínica, siendo este co-gestor de la intervención.

⁹⁴ Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-36.

Sin lugar a dudas la visión de Engel, y que ha proseguido a la actualidad, fue una propuesta más epistemológica que teórica, razón por la cual incluso hoy se hace tan ardua la tarea de generar modelos explicativos. Adicionalmente, un modelo explicativo caería en la necesaria ponderación de factores que hagan emerger ciertas causas en desmedro de otras, traicionando el espíritu holista del modelo.

Es a partir de este contexto que los enfoques actuales de intervención en drogas —como el de Factores Protectores y de Riesgo, Enfoque de Resiliencia, Enfoque de Desarrollo y Modelo de Competencias— se fundan en la probabilidad de que una conjunción de factores positivos combinados con negativos puedan generar una conducta de riesgo. No existen factores causales, sino factores que hacen más o menos vulnerables a los sujetos que los actúan. Son perspectivas necesariamente parciales, que dependen de factores evolutivos (históricos), biológicos, psicológicos y socioculturales.

Una síntesis de los factores contemplados hoy en un Modelo Biopsicosocial de comprensión e intervención en temáticas de drogas queda graficado en las siguientes tablas de factores de riesgo y protección para los ámbitos involucrados.

Las complejas combinaciones de estos y otros factores presentes a la hora de evaluar una situación a intervenir van a configurar la forma de intervención, la que, desde el

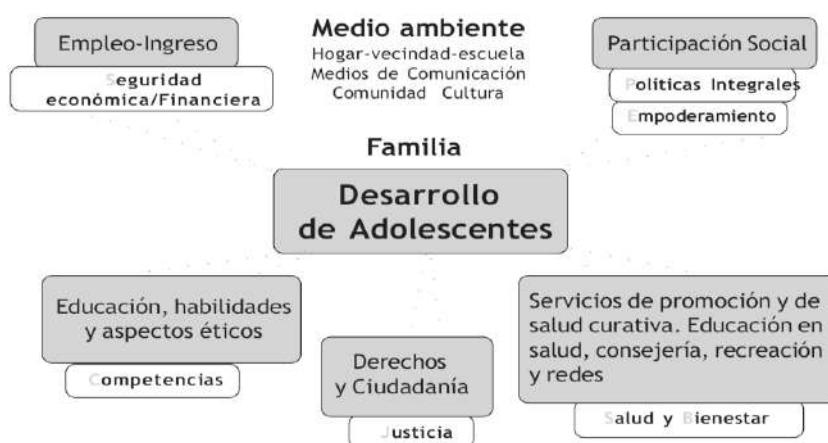
Relaciones con el grupo de pares	Factores de riesgo - Excesiva dependencia del grupo. - Inclusión en grupo proclive a la transgresión y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas - Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas - Exposición a modelos que manifiestan conductas de riesgos (amigos o consumidores) - Dificultad para establecer relaciones personales - Dificultad para identificarse con otros grupos no relacionados con el consumo - Escaso desarrollo de habilidades sociales	Factores de protección - Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio - Toma de decisiones personales - Inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas - Modelos de amigos no consumidores de drogas - Participación en grupo de carácter positivo (asociaciones, clubes deportivos, etc.) - Red amplia de amigos - Competencia social para las relaciones personales - Desarrollo adecuado de habilidades sociales
	Factores de riesgo - Dificultades de adaptación. Sensación de inutilidad y desmotivación. - Ausentismo escolar y pasividad - Mal rendimiento académico unido a autoconcepto bajo - Ausencia de hábitos de trabajo y de recursos culturales - Ausencia de modelos de referencia en los profesores tutores - Poca integración con sus compañeros - Desinterés hacia lo escolar entre sus iguales - Problemas de integración de normas - Experiencia de poca competencia: fracaso escolar y abandono temprano de los estudios - Falta de preparación y de oportunidades, intereses y niveles de aspiración bajos - Relación distante de los profesores con sus alumnos - No abordaje de la prevención del uso de drogas en la institución educadora	Factores de protección - Integración en la dinámica escolar - Motivación escolar, puntualidad, asistencia, cumplimiento de horarios - Hábitos de estudio - Adecuado rendimiento y autoconcepto positivo - Modelos positivos de referencia en el profesorado - Integración en el grupo/clase - Interés hacia lo escolar entre sus iguales - Interiorización de normas escolares - Relaciones cercanas con los profesores, buena comunicación - Experiencias de reforzamiento positivo ante el esfuerzo, valoración del rendimiento y motivación de la eficacia: apoyo a superar los fracasos.
Recursos Personales	Factores de riesgo - Niveles bajos de autoestima - Falta de autonomía en la acción y toma de decisiones - Dificultad para asumir responsabilidades - Ausencia de normas y límites - Ausencia de adultos a apoyar al adolescente - Incapacidad de autocontrol, impulsividad y baja tolerancia a la frustración - Actitud evasiva ante los problemas/conflictos - Dificultad para reconocer y expresar sentimientos - Patología psiquiátrica	Factores de protección - Concepto positivo de sí mismo - Adecuada autoestima - Autonomía acorde a su edad - Responsabilidad - Interiorización de límites y normas - Manejo en la resolución de problemas - Autocontrol emocional y conductual - Habilidades sociales - Capacidad para expresar y reconocer sentimientos - Tolerancia a la frustración - Disponibilidad de adultos que sirvan de apoyo al adolescente - Tener metas personales y proyecto de vida

modelo, puede pertenecer al ámbito de la prevención, al tratamiento y rehabilitación o la reinserción.

En términos preventivos se suele clasificar la prevención en *universal*, *selectiva* e *indicativa*. La primera de ellas está dirigida a poblaciones en general. La prevención selectiva en tanto, como es el caso del *Programa a Tiempo*, se dirige a grupos específicos en riesgo; mientras, finalmente, la prevención indicativa está diseñada para personas que ya están experimentando con drogas, momento en que se cruza con la *detección precoz*, que pretende identificar signos o señales de un consumo que requiere de un tratamiento especializado.

Consecuentemente con esto, el tipo de intervención va a estar determinado fundamentalmente por el nivel de Compromiso Biopsicosocial evaluado en el momento de las pesquisa, representando por el conjunto de variables que afecta o son afectadas por el consumo y/o la persona y que se desprenden de la evaluación de los factores protectores y de riesgo antes señalados.

Se establece entonces un Compromiso Biopsicosocial Leve, Moderado y Severo según el cual se trazan estrategias. Estas clasificaciones son del todo congruentes con el nivel de consumo y las características propias de la población objetivo o la persona que es evaluada y partícipe de una intervención, generando una suerte de sumario diagnóstico. Consideradas estos ámbitos de observación, se configura la triada básica que conforma cualquier intervención desprendida de un Modelo Biopsicosocial, esto es, que considere la relación con la sustancia, consigo mismo y con su contexto, y, no menos importante, la interrelación entre las tres aristas. En función de esto se espera que se activen las redes apropiadas para la intervención con acciones particulares, para un sujeto en particular, en un contexto particular y en un momento particular, configurando un modelo comprensivo que articula todos estos factores.



Modelo de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Tomado de “Orientaciones Generales para la Detección Precoz del Consumo de Drogas”⁹⁵

⁹⁵ CONACE (2008). Orientaciones Generales para la Detección Precoz del Consumo de Drogas. Ministerio del Interior.

Ejemplo 2 “Historia de Javiera”

“Dentro de los indicios de consumo, Mariela la ha sorprendido con papelillos de marihuana y ha recibido comentarios de antiguas amigas de que podría haber un consumo esporádico de esta droga mezclada con Pasta Base (“marciano”), lo que la ha alarmado y la tiene bastante angustiada. Cuando se le confronta dichas situaciones, Javiera reclama naturalidad en el consumo y bajo riesgo asociado, y señala que sólo consume ocasionalmente, desmintiendo el consumo de pasta base”

Desde una perspectiva biopsicosocial —que integra, entre otros aspectos, las complejidades del uso de drogas— se tenderá a realizar un análisis integral del consumo, evaluando intensidad, edad de inicio, modo social de consumo, tipo de sustancia usada, entre otros.

Para el caso presentado, el consumo posee características de *ocasional*, sin presentar criterios de dependencia y conservando aún su asistencia a la escuela pese a las dificultades y aislamiento parcial del medio social. Las consecuencias no parecen de mayor severidad, generando un tipo de consumo fundamentalmente *recreativo*, en el que, si bien aparecen situaciones que hacen presagiar un pronóstico de *riesgo moderado*, conserva elementos que permiten intervenir desde un modelo de *Prevención Indicativa* antes que tratamiento, activando un proceso de *Detección Precoz* que articule las acciones idóneas en relación al diagnóstico de consumo. Así, se destaca la realización de un análisis detallado de dichas condiciones de consumo como determinante para la elección del perfil de intervención para la familia de Javiera, Javiera y su entorno comunitario.

Algunas Consideraciones Críticas a la aplicación de un Modelo Biopsicosocial en el marco de la Prevención Selectiva e Intervención Temprana.

Como bien ha sido discutido, una perspectiva Biopsicosocial opera generando posibilidades de comprensiones más amplias. Tiene sus utilidades. Sin embargo, esta utilidad se ve restringida por la ponderación acentuada que mantienen los aspectos biológicos, sobre todo en el abordaje del tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas. Como señala Tizón⁹⁶, el Modelo Biopsicosocial tiene una limitada aplicación en el ámbito de la investigación científica, pues, señala, carece de técnicas precisas y, a su vez, de epistemologías coherentes para su aplicación.

Por otra parte, el ámbito de la Prevención representa uno de los campos de intervención donde más expresamente puede desplegarse una perspectiva como esta, encontrándose en situación donde lo problemático (derivado en *enfermedad*) aún no emerge con el peso discursivo susceptible de ser absorbido por el modelo biomédico tradicional, actualmente asociado al modelo de Prácticas Basadas en la Evidencia. En este sentido, la oportunidad de trabajar en el terreno de la Prevención refleja las posibilidades de hacer ciencia aplicada e investigativa desde una perspectiva integradora y comprensiva⁹⁷.

A partir de ello, se cae en cuenta de la relevancia que tiene el hecho de que los mapas desde donde se trabaja tengan una consistencia vertical entre los distintos niveles

⁹⁶ Tizón, J. (2007). El modelo biopsicosocial. La práctica de la teoría es imposible sin una política práctica. *Atención Primaria*, 39, (8), 451-3.

⁹⁷ Borrelli, F. (2002). El Modelo Biopsicosocial en Evolución. *Medicina Clínica*, 119, 5, 175-9.

conceptuales. No resulta útil un modelo que se aplica como conjunto de factores desarticulados si a la base y por encima no tenemos técnicas coherentes con el modelo y conozcamos la epistemología desde la que trabajamos.

Sin duda una perspectiva Biopsicosocial escapa a una teoría en particular, deslizándose a ámbitos epistemológicos de los cuales es necesario desarrollar mayor profundidad, sobre todo en el camino a una incorporación de los *interventores* en la mirada *interventiva*, una vez más, terreno fértil este para el trabajo preventivo.

Así, esta suerte de vacío o incertidumbre que muestra el modelo para la variedad de ámbitos de intervención, bien puede subsanarse con la articulación de epistemologías, modelos y técnicas derivadas de una perspectiva posmoderna que reconozca principios básicos como la Recursividad, Circularidad e Historicidad de los procesos relaciones; contenidos y formas que serán desplegados en los siguientes capítulos de este documento y que encuentran aplicabilidad en el contexto de ejecución del *Programa a Tiempo*.

3.2 Perspectiva Dialógica Colaborativa:

Diálogo, significados y narrativas en el modelo de Goolishian y Anderson

“¿Cómo podemos crear las clases de relaciones y conversaciones con los otros que les permitan a todos los participantes acceder a su creatividad y desarrollar posibilidades donde no parecían existir antes?”

La Perspectiva Dialógica Colaborativa surge como una propuesta de abordaje psicoterapéutico de la mano de Goolishian y Anderson, que introducen una serie de nociones asociadas al pensamiento posmoderno y a conceptualizaciones epistemológicas provenientes de la Cibernética de Segundo Orden, la Hermenéutica y el Construccinismo Social. En el siguiente apartado se hará una revisión de los principales supuestos y conceptos propuestos por este Modelo de intervención psicosocial, para luego hacer referencia a la utilidad de un abordaje colaborativo en el ámbito de prevención e intervención temprana en drogas con población adolescente en contexto escolar.

Para aproximarse a una descripción de este modelo, es necesario entonces aludir a los referentes conceptuales que generaron las condiciones para su emergencia en el campo de las ciencias sociales, específicamente en la comprensión e intervención psicosocial, que es lo que nos convoca.

El observador como parte de lo observado: La cibernética de segundo orden señala un quiebre significativo en la tradicional distinción sujeto-objeto, y con esto a la pretensión de las ciencias sociales de que el observador puede acceder de modo objetivo al conocimiento del otro- lo observado-. Von Foerster⁹⁸ se refiere a la objetividad como “(...) *la ilusión de que las observaciones se pueden realizar sin observador*”, señalando que las distinciones son realizadas siempre por un observador que es parte del sistema observado, implicándose e interpretando continuamente aquello que estudia. Con esto se genera un cambio significativo en conceptos como Realidad y Verdad (entendidos comúnmente como algo a lo que podemos acceder, que está “allí” fuera), y aparece como una construcción que realiza un observador en un ejercicio permanente de distinción.

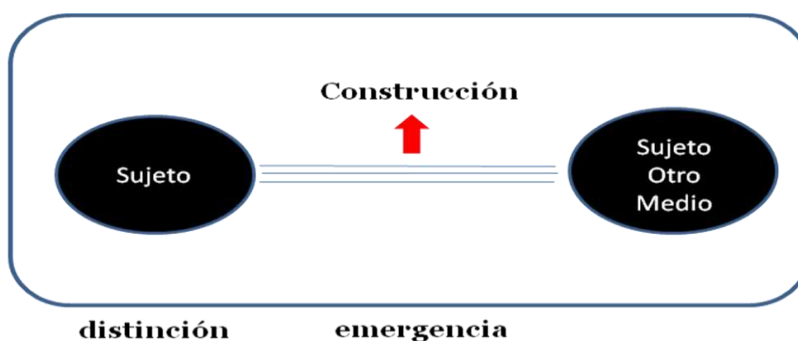
La comprensión es siempre interpretativa: La hermenéutica como perspectiva viene a dar mayor consistencia a lo señalado anteriormente, al referirse al modo como construimos el conocimiento del mundo. Los significados que atribuimos a los acontecimientos y experiencias son construcciones generadas por individuos que interpretan en la relación con otros. Bajo este prisma, un mismo evento es susceptible a una variedad de interpretaciones, donde el sentido ha de verse como una producción de quien habla y quien escucha, compartiendo ambos el mismo poder activo de competencia lingüística. La comprensión, y por tanto, las creencias y prácticas sociales se vinculan con, se crean en y ocurren en el lenguaje.

Construccinismo Social: Esta propuesta epistemológica y teórica da cuerpo en la ciencias sociales a los postulados del pensamiento posmoderno, invitando a desestimar los discursos totalizadores o sistemas globales que se presentan como absolutos o

⁹⁸ Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

“verdaderos”, para reposicionar la atención en aquellas verdades locales o micronarrativas que aparecen como historias sin pretensiones de veracidad, lo que posibilita un accionar reflexivo constante que flexibiliza nuestro entendimiento del mundo y deja espacio a la **multiplicidad** y la **polifonía**. Se plantea que el entendimiento no está puesto en un sujeto aislado, sino que en el devenir de las relaciones, y con esto, en el sistema de lenguaje y significado socialmente construido⁹⁹.

El construccionismo propone que el conocimiento está determinado cultural e históricamente, por lo que es de suma relevancia considerar estas dimensiones al momento de observar y analizar cualquier situación humana¹⁰⁰. La Realidad en sentido estricto no existiría y menos aún se puede definir con independencia de aquellas descripciones que se hagan de ella. A partir de esta premisa, se hace evidente la importancia que se otorga al lenguaje en la construcción social, entendiendo que la realidad se construye y encarna continuamente en el intercambio relacional, por medio de ejercicios siempre discursivos (y por tanto, lingüísticos). Entonces, nuestra visión de mundo y por tanto la realidad cambia constantemente, en la medida en que cambian las convenciones y prácticas sociales que la sustentan. A partir de lo anterior, se puede desprender la existencia de tantas realidades como comunidades discursivas¹⁰¹ que la definen, por lo que el conocimiento abandona su clásica pretensión de universalidad, tornándose particular y contingente a comunidades y contextos relacionales específicos. *Lo común al construccionismo social es el énfasis dialéctico tanto en la participación activa en la construcción de nuestras realidades sociales como en el hecho de que ellas nos construyen.*



Sobre conocimiento, lenguaje y relación

Luego de introducir el marco referencial que da origen a este enfoque de intervención, resulta útil detenerse en los conceptos que otorgan relevancia a la noción de **diálogo** y **conversación** como escenario y herramienta de trabajo. Estos conceptos, conocimiento,

⁹⁹ Gergen, K. (1994). Hacia una psicología postmoderna y postoccidental. *Revista Psykhe*, 3, 2. Chile. Gergen, K. y Warhus, L. (2006). La Terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias. En K. Gergen, *Construir la Realidad, El Futuro de la Psicoterapia*. Paidós, Iberia.

¹⁰⁰ Iñiguez, L. (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era post-construccionista. *Revista Atenea Digital*, N° 8. Universidad Autónoma de Barcelona.

¹⁰¹ Molinari, J. (2003). Psicología Clínica en la Posmodernidad. Perspectivas desde el Construccionismo Social. *Revista Psykhe*, 12, 1, 3-15. Universidad Nacional de Mar del Plata.

lenguaje y relación, son planteados desde aquí como ámbitos inseparables. El conocimiento es relacional, dado que se crea y se transforma en el intercambio social y el lenguaje es generativo, al conformar nuestras vidas y relaciones¹⁰². La intervención, entonces, no puede sino darse como una conversación con otro/s, en el lenguaje, donde la comprensión del otro, de la situación y del problema no es un proceso finito, es parte de la construcción conjunta de significados y como tal es generativa, da lugar a nuevas descripciones y narraciones, abriendo posibilidades de cambio.

Premisas y Principios de la Perspectiva Colaborativa

A continuación se presentan los postulados que sostienen este enfoque de intervención psicosocial, que derivan de la propuesta de Goolishian y Anderson en el campo de la psicoterapia¹⁰³

1. *Los Sistemas Humanos son sistemas generadores de lenguaje y generadores de significados.* El **lenguaje** es el medio a través del cual se desarrolla la existencia humana.
2. *El significado y la comprensión de éste están contruidos social e Intersubjetivamente.* Construimos significado y comprensión sólo cuando nos involucramos en una **conversación generadora de significados** o en un diálogo con un sistema de comunicación relevante.
3. *El sistema de intervención psicosocial es un sistema que se distingue por "su problema", más que una estructura social que distingue un problema.* El sistema de intervención se articula en la **construcción lingüística de un tema/problema en común**.
4. *La intervención es un evento lingüístico que toma lugar en una conversación entre el/la profesional interventor y el/los sujeto/s de intervención; la conversación es una exploración continua que se da a través de un diálogo.* El **cambio**, entonces, consiste en el desarrollo de nuevos significados en la conversación. En este sentido, la intervención constituye una acción no teleológica, sino **perturbadora**, dado que los significados son emergentes de un contexto interaccional en el presente, por lo que no pueden ser anticipados o inducidos por quien interviene.
5. *El rol del profesional interventor es el de un artista de la conversación, quien es experto en crear el espacio para la conversación y facilitar el diálogo.* Una postura que abre espacio para la construcción de conocimiento, de nuevos significados. Una actitud de **respeto, curiosidad y apertura**; hace públicos sus supuestos y asume su carácter contingente.
6. *El profesional ejercita este arte dialógico por medio del empleo de preguntas conversacionales.* La **pregunta** es el principal instrumento para facilitar el

¹⁰² Op. cit. Nota 99.

¹⁰³ Ídem.

desarrollo del espacio conversacional y del proceso dialógico, facilitando el proceso de exploración y de emergencia de nuevas descripciones y significados.

Definición de Problema

El profesional colaborativo asume que un **“problema”** no es una entidad objetiva y localizable, entendiendo que no puede separarse de las concepciones de un observador, y por tanto de quien lo distingue y le otorga el carácter de problemático. Lo que se define como problemático para una persona, familia, comunidad o institución puede no serlo en otro escenario discursivo, obteniendo su significado únicamente en el contexto de interacciones donde es definido¹⁰⁴. La problemática psicosocial asociada al consumo de sustancias, puede ser entendida de diversas maneras, dependiendo del sistema de referencia. Es importante atender a esto en el escenario de configuración de la intervención, dado que nos encontraremos con versiones diversas de lo que se considera problemático, surgiendo diferencias en los discursos de los distintos actores sociales involucrados (profesionales de SENDA, docentes, padres y apoderados, adolescentes, etc). Desde esta perspectiva, se propone la ***inclusión y validación de todas las voces disponibles***, permitiendo la convergencia de éstas en la conversación.

El problema, como una configuración relacional, siempre nos refiere a una dinámica social más amplia. Entonces, cuando un profesional aborda una problemática es indispensable que incorpore en la comprensión de dicha situación, aquellos discursos y funcionamientos sociales que la sostienen. Las prácticas de intervención asociadas al consumo de sustancias, se sostuvo por muchos años en una comprensión individualizante, causalista y patologizante, y es propio de las últimas décadas la inclusión progresiva de abordajes que consideren los contextos, relaciones, discursos y prácticas sociales que las configuran y definen. Este cambio se sostiene en la noción de que el ser humano vive *en* y *desde* un entramado (mundo) lingüístico (narrativo) que proporciona distintas posibilidades de significado. Fuera del (con) texto, es imposible hacer inteligible al sujeto.

¹⁰⁴ *Ídem.*

Ejemplo 3 “Historia de Javiera”
<i>“El clima familiar... ha sufrido modificaciones, con tensiones propias de la entrada en la adolescencia de algunos de sus miembros, agravamiento del consumo de alcohol por parte de Francisco, distancia afectiva hacia éste por parte de Mariela y la cada vez menos visible figura de autoridad representada por la abuela materna, deteriorada por las enfermedades crónicas, diabetes y la hipertensión. A esto se suma la cesantía de José, la invalidez parcial por pérdida de miembro inferior de abuela materna y la escasa pensión otorgada por esta situación”</i> Entender el problema a partir de una configuración relacional, implica atender a dinámicas familiares y sociales que implican directa o indirectamente a Javiera, entendiendo que el consumo experimental de drogas no es un problema individual, sino que es posible en las relaciones que ella establece con otros. Se acude entonces a las narrativas familiares en torno a las drogas y otras conductas que puedan ser entendidas como problemáticas, así como a las transformaciones en el entramado familiar, generando explicaciones y discursos que amplíen la comprensión de los profesionales respecto de la situación (que puede ser patologizante y lineal) a una complejidad mayor, considerando los contextos que lo configuran y los discursos que la sostienen.

Los problemas han de ser explorados en colaboración y definidos a través de la conversación. Debido a que el diálogo es generativo, un problema nunca es estático; cambia sus definiciones y significados en el tiempo a través de la conversación. La intervención se propone como un espacio para fomentar un sentido de comunidad y dar voz a los saberes de la red social de los usuarios.

Supuestos Básicos
➤ Mantener el escepticismo
➤ Evitar las generalizaciones
➤ Entender que el conocimiento es un proceso social interactivo
➤ Privilegiar el saber local, contingente
➤ Comprender el lenguaje como un proceso social creativo
➤ Conocimiento y lenguaje son, entonces, transformadores

¿Qué es una Conversación dialógica?

La conversación dialógica se distingue por una **exploración compartida**. Esta exploración es una tarea mutua, de doble vía, en la cual los participantes hablan/se expresan en la medida que buscan comprender y generar significados conjuntos, en un proceso de transformación en que están todos involucrados¹⁰⁵. En este proceso, siempre cambiante, se van creando nuevos significados, sentidos, identidades, explicaciones, experiencias, acciones y posibilidades, atendiendo a las contribuciones y recursos de cada persona que participa.

¹⁰⁵ Anderson H. y Goolishian, H. (1988). "Human systems and linguistic systems". *Fanzily Processm* 27, 1, 3-12.

Dicha relación de colaboración sólo es posible si la historia del usuario y sus relatos se ubican en el centro del escenario conversacional. El profesional debe mantener una **escucha activa y atenta**, en un esfuerzo de comprensión de las particularidades del usuario y sus perspectivas, haciendo una invitación continua a explorar las relaciones familiares y sociales por medio de la apertura a **narrativas que clarifiquen, expandan y transformen**, permitiendo la emergencia de nuevos relatos co-construidos en la relación y no impuestos por una entidad o mandato discursivo externo. Esto puede ocurrir sólo si los participantes de la conversación (profesionales que intervienen, usuarios adolescentes y apoderados, profesores, etc) pueden encontrar allí un sentido de pertenencia, que promueva la participación y responsabilidad compartida, forjadas en la confianza de que todo aquello que lleven a la conversación será respetado, apreciado y no sometido a juicios o acciones correctivas. La riqueza de estas diversas voces contiene posibilidades infinitas.

El profesional se muestra **atento y curioso** respecto de la historia y del usuario y del modo particular en que éste expresa sus conocimientos. Tom Andersen sugiere el desafío que implica esta práctica “(...) lo que yo encuentro importante, pero extremadamente difícil de hacer es intentar escuchar lo que el cliente dice en lugar de construir un significado de lo que él dice”¹⁰⁶.

Compañeros de Conversación
➤ Inquietud Compartida ➤ Experticia relacional ➤ Actitud de No-saber ➤ Transformación mutua ➤ Incertidumbre ➤ Conversación en la contingencia

Ejemplo 4 “Historia de Javiera”
<i>“Si bien Mariela e incluso Francisco han realizado intentos por saber qué le sucede a Javiera, ésta no responde, mostrándose sumamente indiferente. Frente a exigencias más drásticas por parte de éstos, se ha mostrado agresiva verbalmente, culpándolos a ellos por falta de cuidado e interés en ella, principalmente a su padre, a quien le reprocha hacer grandes distinciones con sus medios hermanos; mientras que a su madre le reclama el gran tiempo que dedica a la venta de pasteles y la poca consideración de cuidado en relación a ella”.</i> Mantener una escucha activa y atenta que ubique en el centro de la conversación al usuario y sus relatos, implica atender no sólo a “lo problemático”, en este caso, el consumo de drogas, sino que explorar los significados y vivencias desde la propia perspectiva de Javiera, cómo se explica ella lo que ocurre, cuáles son las emociones involucradas, sus ideas acerca de los conflictos familiares y personales, etc. En palabras simples, no se mantendrá una relación de confrontación con Javiera que intente que ésta “asuma” un problema, sino que se propiciará una relación de colaboración, permitiendo que se sienta comprendida y valorada y no juzgada o cuestionada desde los relatos dominantes (profesores, padres, etc).

¹⁰⁶ Andersen, T. (1991). The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues. Norton & Company. N. York. (trad. Esp.). El Equipo Reflexivo. Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos. Gedisa. Barcelona. 1994, p. 321.

¿Cómo se configura una comunidad de intervención colaborativa?
❖ Una red social de relaciones que se dan en una atmósfera y espacio propicio para que el diálogo tenga lugar y para sostener dicho diálogo. ❖ Provee un espacio para que cada persona y su voz tenga una presencia total y sea respetada. ❖ Las diferencias son apreciadas y entendidas como recursos ❖ Los miembros de esta comunidad tienen un sentido de participación y pertenencia. ❖ Un lugar seguro para explorar los límites y expandir horizontes. ❖ Promueve el crecimiento y desarrollo tanto profesional como personal de cada persona.

No SABER: La Curiosidad

Tradicionalmente se ha definido el rol del profesional que interviene, como aquel que mantiene una escucha de carácter informativo (para recabar datos) que le permita inferir un estado de cosas (o diagnóstico preciso) que revele la naturaleza objetiva (real) del problema y las acciones pertinentes para resolverlo.

Desde esta perspectiva, se propone un profesional distinto, que mantenga una relación de comprensión en la conversación, reconociendo al otro e incitando a que amplíe

su relato. Para ello, es necesario que mantenga una posición de “no saber”, asumiendo que no posee un conocimiento privilegiado respecto del usuario, sino que ambos acuden con experiencias y saberes distintos e igualmente válidos al espacio conversacional. Es relevante que el profesional sea conciente de que no posee una verdad respecto del otro, manteniendo una actitud de exploración constante de los significados que se construyen colaborativamente con el otro¹⁰⁷.

Ejemplo 5 “Historia de Javiera”
<i>“En ambas familias extendidas se han presentado diversas situaciones de consumo problemático y dependencia de sustancia... sin acciones de tratamiento específicos para rehabilitación por drogas, que tienden a... considerarse poco problemático”.</i> Una actitud de Curiosidad y “No saber”, tendería en este caso a explorar en conjunto con Javiera y su familia, aquellas experiencias familiares de consumo, sin imponer un diagnóstico respecto de la relación con las drogas en la familia, sino promoviendo que ésta comparta sus significados asociados a esta problemática, revisando la historia de consumo y los efectos que ha tenido para ellos. Así también, se pediría a los participantes que compartan los distintos esfuerzos y acciones que han sido exitosos para ellos en el abordaje de otras situaciones similares. Se les invita a compartir ideas e hipótesis en relación a los conflictos familiares, así como a los recursos y estrategias que pueden aportar a su resolución. Esto no deja fuera la posibilidad de que los profesionales también ofrezcan sus propias lecturas o alternativas, pero como opciones tentativas que pueden ser o no útiles para los usuarios.

¹⁰⁷ Anderson. H., y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En K. Gergen y S. McNamee (Ed.), *La terapia como construcción social*, 45-49. Barcelona: Editorial Paidós.

*Asumir la postura de ignorancia (no asumirse como «experto») genera la posibilidad de interesarse por y con el otro, es decir, implica adoptar una auténtica **curiosidad**. Por lo tanto, así el operador/a está siempre en situación de «ser informado» por el cliente*

El profesional ofrece su conocimiento, pero siempre presentándolo como una **hipótesis tentativa**, provisoria, en el presente, es decir, una voz más en la conversación, incluyendo su conocimiento previo (que entiende como prejuicios) interrogantes, comentarios, opiniones y sugerencias como un aporte al pensamiento y al diálogo y no como una instrucción, manteniendo siempre una actitud curiosa acerca de las opiniones, perspectivas y propuestas de todos quienes participan en el diálogo. En este sentido, el escenario de intervención genera las condiciones para la transformación mutua, en una relación que tiende a la **simetría**, donde el profesional no es un agente experto de cambio. Su responsabilidad y experticia se asocia a crear un espacio que facilite un proceso de conversación colaborativa y transformadora de discursos y realidades. Cuando se comprometen en esta clase de proceso, usuario/s y profesional/es que intervienen son determinados y vueltos a determinar —transformados— en la medida que trabajan juntos.

¿Qué hacer/no hacer para que se lleve a cabo un Proceso Reflexivo y por tanto se den las condiciones de posibilidad para un cambio en la vida del usuario/a?	
1.	Dar tiempo y espacio para hablar, oír y escuchar en el espacio conversacional.
2.	Invitar a hacer públicas todas aquellas conversaciones internas y silenciosas. Todo puede ser expresado.
3.	Hablar en presencia y con el otro, evitando los diagnósticos o categorizaciones que suelen mantenerse en reserva. Los profesionales hablan entre sí y con otros actores presentes en el espacio, permitiendo que los usuarios escuchen sus impresiones (como hipótesis no definitivas).
4.	Evitar la tentación de crear una solución arbitraria o un producto instructivo.
5.	Incluir múltiples voces y perspectivas, manteniendo la riqueza de la diversidad. Estas voces pueden ser convocadas de modo simbólico (por medio de preguntas) o presencial (explorando opiniones y propuestas de la familia, amigos, figuras significativas, etc). No se busca “la verdad” sino todas las versiones que puedan ser útiles.
6.	Dar al otro la posibilidad de atender a aquello con lo que resuena y despierta su curiosidad, promoviendo la propia curiosidad en este acto.

3.3 Modelo narrativo en el trabajo con familias y adolescentes

El siguiente apartado tiene como finalidad presentar un marco teórico narrativo como forma de comprensión teórica para aquellos casos donde la consulta, espontánea o no, tiene que ver con el consumo de sustancias y todo lo que ello acarrea en la vida de las personas. Esto implica examinar tanto los supuestos base de esta perspectiva comprensiva terapéutica como su posicionamiento discursivo crítico respecto de otras formulaciones tradicionales en psicología para, de este modo, aproximarnos a la particular concepción de sujeto que emerge bajo la analogía narrativa del texto.

Ejemplo 6 “Historia de Javiera”
<i>“Dentro del hogar, resulta sorpresivo para la familia que Javiera el último año se haya distanciado afectivamente de ellos, presentando conflictos que la llevan a vincularse hostilmente con su madre y abuela, mientras que se muestra indiferente hacia su padre. Extrañeza, debido a que Javiera durante su infancia y primera adolescencia demostraba gran apego, unión con su madre y padre, e incluso temor ante la ausencia de ellos”.</i> A primera vista podría parecernos que <i>Javiera</i> personifica a la “típica” adolescente que desde el conflicto y la hostilidad se distancia, tanto de sus padres como de otros adultos referenciales, quienes a su vez representarían el “típico” modelo adulto de vida. Sus comportamientos podrían caracterizarse como opositoristas y desafiantes, rasgos propio de su edad, no obstante declinables al salir de la etapa adolescente. Desde aquí el consumo de <i>Javiera</i> podría entenderse como una forma más de este antagonismo, sumándose al peso de variables como la moda y las amistades asociadas a su pueril etapa vital. Sin embargo ¿Podríamos afirmar que este mandato evolutivo opera del mismo modo en <i>Javiera</i> como en otras niñas de su edad? ¿Existirán modos del hablar en el hogar de <i>Javiera</i> que tengan algo que ver con las particulares premisas dominantes de esta familia? ¿Habrá al interior de la familia de <i>Javiera</i> conversaciones que favorezcan transformar en palabras su posición vital de diferenciación? ¿Es esta acaso la forma de resumir quién es <i>Javiera</i> en esta familia?

El modelo narrativo

La aproximación narrativa, además de dar protagonismo al cómo articulamos narraciones respecto de los problemas que nos aquejan, marca un giro en la comprensión general de lo que es un problema. Su foco en la relación que establecemos con el problema, y no en el sojuzgamiento del “quién” es el problema, forma parte de un amplio giro, propio de las últimas décadas, que al mismo tiempo que toma distancia de la idea de estructuras explicativas cerradas de los problemas, se abre paulatinamente a la conversación en torno a los sistemas de relaciones (pautas, relatos, conversaciones) que van dando vida y sostén al padecimiento del mismo. Esto último en una modalidad de intervención que valora la inclusión de los **recursos** de las personas y sus familias, además de las **redes de apoyo** que constituyen el contexto de producción, mantenimiento y desenlace de los problemas.

Al preguntarnos respecto de cuáles son las condiciones que generan la instalación de un espacio terapéutico, ya sea aquel un espacio de consulta espontánea o derivación, en general encontraremos que las personas llegan a contextos de atención terapéutica porque se encuentran en situaciones que implican un grado considerable de sufrimiento ante el cual ya no pueden hacer frente con el repertorio de recursos acostumbrado. Ello significa que muchas personas que consultan tienen la sensación de incapacidad ante los embates de un problema en sus vidas, sintiéndose cada vez más constreñidas por su presencia. Esto último, en el contexto de conflictos ligados al consumo resulta más dramático, dado que en muchos casos el impacto del problema en la vida de la persona y su familia va acompañado de la sensación generalizada de impotencia ante la dominación del consumo en la vida del sistema.

Sin embargo, esta reflexión no se encuentra disponible a primera mano, esgrimiéndose la mayoría de las veces alguna explicación del problema en algún lugar posible dentro de la narrativa dominante de la familia.

Ejemplo 7 “Historia de Javiera”
... tal como lo vemos en el fragmento anterior, aquello que no es posible comprender en una primera lectura probablemente será explicado en algún terreno de lo posible. En este caso es probable que la familia de <i>Javiera</i>, apelando a sus recursos narrativos disponibles, signifique su comportamiento más allá de los límites relacionales de la familia inmediata (amistades por ejemplo) o lo ligue a otras particularidades exógenas a la familia (edad, moda, entorno, medios).

Es en este momento cuando encontramos que tales explicaciones, más que ser erróneas, pueden resultar injustas respecto de las complejas condiciones que han dado vida a las estrategias de funcionamiento al interior de una familia, reduciendo no sólo la complejidad del problema, sino que además reproduciendo una explicación dominante del mismo que no permite la entrada de nuevas lecturas para la familia, especialmente de sí misma como sistema de relaciones significativas del vivenciar de sus integrantes.

Tal como lo señalara Sluzki¹⁰⁸ la construcción de un relato alternativo, en el contexto de un conflicto familiar, aparece como una forma de comprender el cambio en el curso de diferentes procesos terapéuticos con familias. Esto dado que más allá de la teoría puesta en juego, para que acontezca un cambio en la familia, ésta debe estar en posición de redefinir su relación con el problema que la aqueja, enriqueciendo su comprensión del mismo desde los recursos con que cada uno de sus miembros cuenta y desde las responsabilidades que comienzan a distinguir en la relación productiva que han desarrollado con éste.

La aproximación narrativa supone que las personas vamos otorgando significado a nuestras vidas proyectando nuestra experiencia en el marco de relatos, los cuales a su

¹⁰⁸ Sluzki, C. (1998) Transformaciones: un esquema acerca de los cambios narrativos en la terapia. *Sistemas Familiares*, 11-24.

vez van configurando nuestras vidas y relaciones. Esta operación recursiva sería el territorio en el cual se constituyen las nociones tanto de “problema” como de “alternativa de solución”, dado que las narrativas no funcionan como meras descripciones de nuestra vida, sino como la estructura misma de la vida convirtiéndose en su núcleo. Es decir, lo que propondría la aproximación narrativa es que los problemas de las personas, ante todo, operan como problemas lingüísticos¹⁰⁹.

Las narrativas al interior de un sistema familiar no sólo otorgan cierto significado a las vivencias, es decir, las hacen comprensibles en una red semántica comprensiva, sino más aún, brindan un sentido a la experiencia de temporalidad de la actividad personal, lo cual permite la orientación de las acciones en un horizonte de finalidad, convirtiendo así las acciones cotidianas en episodios continuos¹¹⁰.

Narrativa y post estructuralismo

Los supuestos de la aproximación narrativa se sostienen en la corriente postestructuralista, la cual ha tomado distancia de la búsqueda de principios organizadores estables o leyes fijas para la explicación de fenómenos sociales, poniendo su atención de modo activo en una comprensión que respete el acontecer complejo y dinámico de todo fenómeno social. En este caso estableceremos la conexión de ciertos supuestos postestructuralistas tomados por la aproximación narrativa, pero conjugados con una idea dinámica de lo familiar¹¹¹.

1) *Nuestras identidades no son fijas, estando siempre en proceso de ser creadas.* Así, las historias que nos contamos dan forma a nuestra vida. En el contexto de lo familiar diremos que la identidad, en tanto integrante del grupo familiar, nunca se encuentra determinada o fija, ya que las condiciones evolutivas van provocando en cada instante esa estabilidad. Sin embargo, la tendencia dominante conlleva entender el conocer como lograr la mejor caracterización definitiva del otro, desconsiderando los procesos de cambio y las historias que los van movilizándolo.

2) *Nuestras identidades se construyen en relación con los demás, con las instituciones y a través de los discursos de poder.* Esto significa que las condiciones de producción de esta identidad dinámica no son azarosas, sino que se marcan tendencias de acuerdo a la dominancia de sentido y significado, dada por un entorno ecológico inmediato. Tal dominancia es lo que White, siguiendo la analítica del poder de Michel Foucault, ha llamado discursos de poder, que vendrían a ser aquellos grandes relatos que imponen su significado como referente explicativo absoluto sobre la vivencia de una persona, familia y/o comunidad. Generalmente las personas no consideramos que las explicaciones preferidas responden a la

¹⁰⁹ *Op. cit.* Nota 2.

¹¹⁰ Payne, M. (2002) *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica.

¹¹¹ Suede, E. *Terapia narrativa*, en Roizblatt, A. (2009) *Terapia familiar y de pareja*. Santiago: Mediterráneo.

acción de poder de estos grandes relatos, lo cual desde una perspectiva narrativa, bloquea las posibilidades de acción respecto de la propia vida, en particular en el marco de un problema.

3) *No hay objetividad. Lo que pensamos viene a ser un “mapa” que crea su propio “territorio”. Desde ahí, si no hay una realidad objetiva no podemos ser los únicos poseedores de la verdad.* Esto implica que aquellas explicaciones o narrativas dominantes no son ni verdaderas ni falsas, teniendo que ver su verosimilitud con la capacidad estratégica de presentarse como discurso único y verdadero, como idioma correcto o como lenguaje ideal. Este deseo, muy presente en las Ciencias Modernas, ha hecho de los muchos relatos diagnósticos una fiel expresión de explicaciones con deseo de verdad definitiva, relegando al dominio de lo “alternativo” a aquellas comprensiones locales que, situadas desde un lenguaje cotidiano, históricamente lograban dar sentido al vivir como relatos vividos. Al igual que en los casos anteriores, todos quienes nos hemos socializado en una cultura occidental moderna tendemos a buscar explicaciones que más que un mapa comprensivo operen como una develación de la verdad en sí misma de las cosas. Así, los sistemas familiares, dado su rol socializador, han tendido a reproducir tales pautas de significación, razón por la cual se derivan de tales entramados relatos más bien ligados a la verdad y la culpa cuando se trata de un problema, y mucho menos a la comprensión de la vida del problema y la identificación de recursos y responsabilidades compartidas por la familia en torno al mismo.

4) *En vez de pensar en términos de superficie versus profundidad pensamos en la diferencia entre historias estrechas o tenues versus historias densas o sólidas.* Así, el enriquecimiento de una historia se convierte en el objetivo de todo proceso de intervención con una familia. Lo esencial de esta idea radica en que, en general, los relatos dominantes, es decir las explicaciones con mayor poder de significado sobre las vivencias tienden a sostenerse sobre la base del desprestigio y/o anulación de las historias alternativas. Ello implica un sojuzgamiento constante de lo dicho y de lo posible de decir al interior de una familia. En el caso de una familia con adolescentes este sojuzgamiento cotidiano se hace aún más dramático dados las exigencias culturales tradicionales de la adolescencia y la distancia generacional creciente de los padres con las nuevas generaciones. Ello implica muchas veces el choque de explicaciones dominantes entre unos y otros, relegando la posibilidad de historias conjuntas que enriquezcan la comprensión de lo vivido. Sin embargo, dada la jerarquía estructural de los padres puede llegar a suceder que prevalezca aquel relato parental con la consecuente exclusión de la alternativa del adolescente, generando una identidad mermada en su acción significativa, o la disociación de significados en el adolescente, manteniendo un discurso con su familia y otro en distintos dominios de existencia.

5) *El significado de las cosas no está dado, sino que se construye a través de interpretaciones. Son esas interpretaciones las que se deben “negociar” a través del fortalecimiento de los juegos lingüísticos al interior de la familia.* Es así como el

objetivo de un proceso narrativo en el trabajo con una familia siempre tendrá dos objetivos. Por una parte, aquel objetivo ligado al contenido del problema, es decir ligado al nombre y forma que el problema va tomando, y las consecuencias constrictivas para la familia como conjunto; y por otra parte, tendrá como objetivo transversal al proceso de intervención, promover en la familia formas de conversar que sean colaborativas, en el sentido de respetar las diferencias y contribuir desde ellas sin anulaciones parciales; formas de conversar que sean coherentes y consistentes con la singularidad de sus miembros, es decir que en el enriquecimiento de entramado narrativo familiar no sacrifique la dimensión de sentido de sus integrantes; y que sea intencionalmente compartida, lo que implica que aquellas conversaciones que se vayan promoviendo sean reconocidas como hablas generativas, es decir, hablas que construyen un mundo para la familia y desde ella.

Lo anterior se resume con claridad en las palabras de White y Epston¹¹², creadores del modelo narrativo, quienes declaran que “las personas experimentan problemas cuando las narraciones en las que cuentan sus experiencias –y/o en las que su experiencia es narrada por otros– no representan sus vivencias. De este modo, estamos en presencia de un conflicto familiar cuando aquella diferencia de significado entre la experiencia y lo que se dice de ella en un contexto de legitimidad, es cubierto no por una negociación lingüística sino por la opresión de un discurso dominante y la concomitante subyugación de un discurso relegado.

Ejemplo 8 “Historia de Javiera”
... En el caso de <i>Javiera</i> no debería sorprendernos que la familia articulara conjeturas respecto de su “cambio comportamental”, ya que es posible que ese comportamiento sea lo único visible para ellos, y así, sobre esa base, se determine la toma de decisiones para la adolescente. Sólo si la familia es capaz de posicionarse, de modo alternativo, en un contexto relacional que se aleje de las interpretaciones dominantes de conductas y se presente colaborativa y curiosa respecto de la comprensión de los significados compartidos ante el problema, logrará un contexto propicio para que <i>Javiera</i> y su familia logren trascender el nivel de la conducta y se presenten desde sus propios significados en un espacio de reflexión, cuidado y confianza. Más aún, un espacio familiar que no favorezca tal posibilidad podría, intentando “resolver” el problema, acentuar la constricción significativa (e incluso física) sobre la adolescente, renunciando así a la alternativa de encontrarse con ella en todo sentido.

Micropolítica y terapia narrativa

El poder ha sido entendido tradicionalmente como represivo en su acción y en sus efectos, y negativo en su fuerza y carácter. Sin embargo, siguiendo a Foucault, White y Epston señalan que las personas experimentamos sobre todo los efectos positivos y constitutivos del poder, y que estamos sujetos al poder por medio de “verdades”

¹¹² *Op. cit.* Nota 2, p. 31.

normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones, las cuales a su vez se construyen en el funcionamiento del poder¹¹³. Así el poder va apareciendo como un modo de relación constitutivo y determinante de la vida de las personas, mientras que lo “verdadero” aparece como aquel conjunto de ideas construidas a las cuales se les asigna un status de verdad. De esta forma, tales verdades son “normalizadoras”, en el sentido de que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas¹¹⁴.

Ahora bien, el poder no es un poder que venga “desde arriba” en el sentido de que se estructure verticalmente, sometiendo luego a las personas, sino que son las propias personas, en su actuar cotidiano, las que van activamente participando de su propio sometimiento. En este sentido, el poder es “ascendente” dado que asciende a convertirse en una estructura o relato dominante a partir de las prácticas cotidianas de las cuales participamos¹¹⁵. Así el discurso dominante cobra vida en las prácticas cotidianas de las personas, las cuales mantienen el estatus de verdad del relato, reproduciendo así un circuito de control social. Ello resultará más dramático en la familia dado que ésta, en tanto juego de lenguaje propio, implementará diversas estrategias que conjugarán su rol socializador con su rol transmisor de relatos dominantes.

Para White, aspectos claves y transversales a los discursos dominantes dirán relación con ideas como exclusión, objetivación, sujeción y totalización. Esto, en tanto la exclusión permite la objetivación o cosificación de las personas al atribuirles una identidad especificada, lo cual es parte de una tendencia de los últimos siglos que ha generado la marginación de muchas de estas personas. Estos procesos de objetivación se han visto beneficiados por una serie de tecnologías de poder que actúan sobre la vida de las personas, como el surgimiento de la clasificación científica del cuerpo y de la vida misma, lo cual permitió la localización específica sobre el cuerpo de lo que llamamos “problemas”¹¹⁶. Es precisamente esto lo que tiende a convertirse en la primera alternativa explicativa frente a vivencias discrepantes para una familia, donde la exclusión de hipótesis que incluyan las relaciones familiares va acompañada de la exclusión de *las personas* mismas como agentes de significado ostensible.

Este hecho conlleva a muchos terapeutas a reproducir ciegamente la cultura dominante, sin ninguna esperanza de rechazar u objetar aquellos de sus aspectos que vivimos como problemáticos. Ante ello, el modo en el cual es posible un reposicionamiento parte por entender que no podemos ser neutrales en nuestras interacciones con aquellas personas que buscan nuestra ayuda. La neutralidad para White, y en general en un marco postestructuralista, es un modo de favorecer actitudes pro-culturales, en la medida que

¹¹³ *Op. cit.* Nota 2

¹¹⁴ *Ídem.*

¹¹⁵ Foucault, M. “El sujeto y el poder”, en Hubert Dreyfus y Paul Rabinow (2001) *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

¹¹⁶ Morales, R. “Psicoterapia sistémica, micropolítica y subjetividad: alcances en torno a la formación”, en Felipe Gálvez (Comp.) (2010) *Formación en y para una psicología clínica*. Santiago de Chile: Colección Praxis Psicológica - Universidad de Chile.

supuestamente tendemos a ser más exactos, y de este modo, más precisos y objetivos, retornando así a los parámetros de un positivismo acusado^{117, 118}.

En síntesis, entender el espacio de trabajo terapéutico con familias en su encuadre **micropolítico**, significa entender:

1.- La responsabilidad por parte del interventor del carácter generativo del espacio terapéutico, donde los juegos de poder pueden favorecer la reflexividad del sistema familiar o, por el contrario, encauzar su adecuación a los supuestos del dispositivo de intervención.

2.- Restituir en la familia como sistema el valor narrativo de participar activamente como autores o re-escritores de sus propias vivencias, promoviendo el intercambio en la constitución de un nuevo juego lingüístico enriquecido desde las vivencias y significados de sus integrantes.

Los relatos y la externalización como actitud terapéutica

Los relatos, en tanto estructuras narrativas, *“son sistemas semánticos autorregulados, que contienen una trama (qué), personajes (quiénes) y un escenario (dónde y cuándo). Estos componentes de la narrativa, a su vez, generan y mantienen la cohesión lógica de la historia y son mantenidos por ella, impidiendo las interpretaciones alternativas”*¹¹⁹ Cada historia forma parte de una compleja red de narrativas recíprocamente influyentes. Es aquí donde encontramos que la historia familia se haya concatenada a redes de historias más amplias (espacios de relación social) pero también más pequeñas (subsistemas, individuos), no existiendo diferencias de verosimilitud entre sí, no obstante si de legitimidad funcional dada por la radicalidad de su conjugación en el entramado social, la cual como ya se ha señalado, estará dada por el valor estratégico como relato funcional a un sistema basado en las relaciones de poder.

Las historias se convierten en relatos internalizados por la familia, razón por la cual una de las actitudes fundamentales del trabajo narrativo será la de su opuesto, es decir, la externalización o conversación externalizadora. La internalización resulta característica de los sistemas familiares en los cuales la red de significados dominantes bloquea las posibilidades de dispersión del problema en la familia ubicándola en un lugar de mayor funcionalidad, o simplemente coherente con la dinámica histórica de la familia y sus tradiciones, o en el lugar posible que el entramado institucional o exosistémico permite en ese momento. Con esto lo que se quiere decir es que las familias no son “culpables” de la internalización del problema en la vida de uno de sus miembros, no obstante, si son “responsables” de establecer una relación como equipo, de resistencia, ante la vida de

¹¹⁷ White, M. (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

Pakman, M. (2010) *Palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.

¹¹⁸ *Op. cit.* Nota 116.

¹¹⁹ *Ibidem* Nota 109, p. 13.

este problema y sus impactos en la vida de la familia (véase White)¹²⁰. La diferencia entre la culpabilidad y la responsabilidad dice relación con pasar de una concepción punitiva y plagada de infra penalidades respecto de la familia, a una concepción esperanzadora de la familia como agente activo de cambio.

La internalización del problema implica proponer que “él” o “ella” son el problema, porque hay “algo” que anda mal “dentro”, una “identidad dañada”, un “déficit”, que les impide ser mejores hijos o padres, etc¹²¹. Esto resulta altamente dominante en las consultas, espontáneas o no, al espacio psicoterapéutico, situando la vida del problema en alguno de los integrantes de la familia, quien generalmente se presenta transmitiendo cierto grado de “reconocimiento de su culpabilidad”.

Ejemplo 9 “Historia de Javiera”

“Si bien Mariela e incluso Francisco han realizado intentos por saber qué le sucede a Javiera, ésta no responde, mostrándose sumamente indiferente. Frente a exigencias más drásticas por parte de éstos, se ha mostrado agresiva verbalmente...”

... Resulta importante poner atención en cómo la estructuración del sistema familiar tiende a favorecer ciertas operaciones por sobre otras. En el caso de *Javiera* resultará importante preguntarse ¿Qué tipo de interacciones favorece esta estructuración de la familia? ¿Quiénes se benefician más o menos de esta estructuración del problema en torno a *Javiera*? ¿Quiénes están más silenciados o sufren los efectos de esta estructuración del problema en torno a *Javiera*? Este tipo de preguntas, sumadas otras, permite provocar esta narrativa internalizada, no bajo el supuesto de que sea absolutamente errónea, sino bajo el principio de que se estructura en un contexto de padecimiento familiar, por un parte, y que claramente no se haya enriquecida por todos los significados posibles aún.

La externalización no es simplemente una técnica lingüística, sino una manera de pensar que, ligada al postestructuralismo, se resiste a las prácticas internalizantes comunes en la cultura contemporánea¹²². Ideas tales como “soy tímido, soy celoso, tengo bajo autoestima” o bien “soy extrovertido, soy confiado, soy decidido” operan como si ellas tratase de la esencia de una persona, cuestión que podría ser debate de filósofos, pero que en el plano inmediatamente pragmático genera una gran consecuencia: entenderse a sí mismo como una definición descompuesta en atributos calificativos cerrados no deja espacio ni posibilidad para sorprenderse a sí mismo siendo diferente, o bien si los deja este espacio se estrecha, se hace cuesta arriba, dada la primacía de significado de la explicación dominante.

¹²⁰ White, M. (2004) *Guía para una terapia sistémica familiar*. Barcelona: Gedisa.

¹²¹ *Op. cit.* Nota 112

¹²² *Ídem*

Así, en términos puramente técnicos entenderemos la externalización no sólo como actitud sino también como técnica, es decir, como vehículo para la generación de reflexividad al interior de la familia respecto de las explicaciones dominantes que la gobiernan. De este modo, la externalización del problema será entendida como aquella técnica que permite establecer una diferencia fundamental entre la “persona” y el “problema” generalmente a través del bautizar al problema con un nombre particular¹²³. Esta distancia metafórica permitiría finalmente generar un espacio entre la familia y el problema el cual favorece la emergencia de recursos, muchas veces bloqueados por relatos de culpabilidad en torno al problema, permitiendo al mismo tiempo la responsabilización de cada miembro de la familia ante la singular relación que tenga con el problema y, muy importante, liberando al adolescente de ser considerado “el problema”, favoreciendo finalmente una posición activa y no constreñida ante los acontecimientos que le afectan, tanto a él como a su familia y redes cercanas.

Podemos ver que la relevancia de un enfoque narrativo en el abordaje de los problemas derivados del consumo de sustancias no se restringe a la “sanación” del individuo problema. Tal finalidad, dominante en los modelos tradicionales, sitúa una idea de cambio pero al costo de la ubicación del problema en lugar determinado del sistema de relaciones: el consumidor.

Desde la perspectiva narrativa el problema del consumo no es entendible si no se consideran los modos lingüísticos que dan vida al mismo, que lo reproducen y que, saturados por la dominancia narrativa que sujeta a la familia, restringen la posibilidad de relatos alternativos. Así, una aproximación narrativa al problema del consumo, como en el caso de *Javiera* u otros, desarrollará estrategias de intervención centradas precisamente en el “cómo” de la interacción lingüísticas de los miembros de la familia, de sus redes cercanas, inmediatas y mediatas, para de este modo, favorecer la activación de aquellos recursos alternativos opacados por la fuerza de un modo de funcionamiento dominante.

El descentramiento de esta perspectiva generará a su vez la co-responsabilización de todos los actores participantes (familia, redes, instituciones), ya que, desde sus particulares posiciones ante la vida del problema, todos tendrán algo que decir y algo ante lo cual sentirse protagonistas responsables. La tarea del terapeuta narrativo será así generar las condiciones de posibilidad para que un espacio terapéutico se constituya como un espacio de trabajo colaborativo donde todos y cada uno sientan que son parte de un mismo equipo.

¹²³ *Op. cit.* Nota 2.

3.4 Entrevista Motivacional

En el mismo Congreso donde Prochaska y DiClemente presentaron su **Enfoque Transteórico del Cambio**, en 1984, William Miller hizo lo propio con una nueva perspectiva para fomentar la motivación para el tratamiento en los “*bebedores problema*”¹²⁴.

El concepto de la Entrevista Motivacional se desarrolló a partir de la experiencia en el tratamiento de bebedores problema, siendo descrita por primera vez por Miller en un artículo publicado en *Behavioural Psychotherapy*. Esos conceptos y acercamientos fundamentales fueron elaborados posteriormente por Miller y Rollnick (1991) en su clásico artículo: *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*¹²⁵, donde describen con más detalle sus intervenciones.

Definieron la Entrevista Motivacional como “un estilo de consejería directiva, centrada en el cliente, para extraer cambio de comportamiento al ayudar a los clientes a explorar y resolver su ambivalencia”. Comparada con la consejería no directiva, este enfoque es más centrado y orientado a metas.

El propósito central de la Entrevista Motivacional es **examinar y resolver la ambivalencia**, siendo el consejero intencionalmente directivo en la búsqueda de esta meta. Miller y Rollnick proponen una integración de los postulados y técnicas de la Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers, junto con la teoría de la disonancia cognitiva de la psicología social.

De la terapia centrada en el cliente, Miller y Rollnick¹²⁶ recogen las condiciones básicas para el cambio planteadas por Rogers, a saber, comprensión (y comunicación) empática, calidez no posesiva y autenticidad del terapeuta, para fomentar una atmósfera de cambio. Esas condiciones mínimas para el cambio se ven claramente reflejadas en la *filosofía* de la entrevista motivacional.

La teoría de la disonancia cognitiva ha sido incorporada en las técnicas que buscan provocar duda en el comportamiento actual del cliente y extraer discurso de cambio, a través de comentarios auto-motivadores de parte de éste. En lugar de confrontar al paciente con su comportamiento, el terapeuta busca evocar las razones propias de éstos para cambiar, como una forma de resolver la disonancia provocada por las dudas y la posible incongruencia del comportamiento actual.

¹²⁴ Miller, W. y Rollnick, S. (2009) Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–40.

¹²⁵ Publicado en 1999 por Paidós Iberica como Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas.

¹²⁶ Miller, W. (1995) *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), Albuquerque: The University of Nuevo Mexico (www.motivationalinterviewing.org)

El espíritu de la entrevista motivacional

El espíritu de este método puede ser caracterizado en los siguientes puntos clave:

1. *La motivación para el cambio es extraída desde el mismo cliente, no impuesta desde afuera.* Otros enfoques motivacionales enfatizan la coerción, la persuasión, la confrontación constructiva y el uso de contingencias externas (por ejemplo, la amenaza de perder el trabajo o la familia). Esas estrategias pueden ser útiles en la evocación del cambio, pero están muy distantes del espíritu de la Entrevista Motivacional, que se apoya en la identificación y movilización de los valores y metas intrínsecas del usuario para estimular el cambio de comportamiento.
2. *Es tarea del cliente, no del consejero, articular y resolver su ambivalencia.* La ambivalencia toma la forma de un conflicto entre dos caminos a seguir (por ejemplo, indulgencia versus restricción), cada uno de los cuales presenta beneficios y costos vinculados con la elección. Muchos clientes nunca han tenido la oportunidad de expresar los elementos de este conflicto, a menudo confuso, contradictorio y muy personal; por ejemplo, “Si dejo de fumar me sentiré mejor conmigo mismo, pero también puedo subir de peso, lo cual me hará infeliz y poco atractivo.” Es tarea del consejero facilitar y promover la expresión de ambos lados del impasse de la ambivalencia, y guiar al cliente hacia una resolución aceptable que desencadene el cambio.
3. *La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.* Es tentador intentar ser de “utilidad” persuadiendo al cliente de la urgencia del problema respecto a los beneficios del cambio. Sin embargo, esas tácticas por lo general llevan a aumentar la resistencia del cliente y disminuyen la probabilidad que el cambio ocurra¹²⁷.
4. *El estilo de la consejería es generalmente un estilo pausado y de evocación.* La persuasión directa, la confrontación agresiva y la discusión están en la vereda opuesta del espíritu de la Entrevista Motivacional y están explícitamente proscritas en este enfoque. A un consejero acostumbrado a confrontar y entregar consejos, la Entrevista Motivacional puede parecer como desesperadamente lenta y un proceso pasivo. Sin embargo, mientras más agresivas sean las estrategias, a veces guiadas por un deseo de “confrontar al cliente negador”, más fácilmente se presiona a los clientes a hacer cambios para los cuales aun no están preparados.
5. *El consejero es directivo en ayudar al cliente a examinar y resolver la ambivalencia.* La entrevista motivacional no implica entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento conductual, aunque ambos enfoques no son incompatibles. El supuesto operacional en la entrevista motivacional es que la ambivalencia o la falta de resolución es el obstáculo principal para comprometerse en el desencadenamiento del cambio. Una vez que esto se ha logrado, puede o no puede ser necesaria una intervención adicional como el entrenamiento en habilidades. Las estrategias específicas de la entrevista motivacional están diseñadas para extraer, clarificar y resolver la ambivalencia, en una consejería centrada en el cliente con una atmósfera de respeto.
6. *La disposición para el cambio no es un rasgo de personalidad del cliente, sino que un producto fluctuante de la interacción interpersonal.* El terapeuta está, por lo tanto, muy atento y dispuesto a responder a las señales motivacionales del cliente.

¹²⁷ Miller, W. y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press, 201-16. Disponible en: www.ancd.org.au/publications/pdf/rp14_compulsory_treatment.pdf [rescatado en mayo de 2008].

La resistencia y la “negación” no son rasgos del cliente, sino que una retroalimentación respecto al comportamiento del terapeuta. La resistencia del cliente es a menudo una señal que el consejero está asumiendo la existencia de una mayor disposición al cambio que la que posee el cliente, y es una señal para que el terapeuta modifique sus estrategias motivacionales.

7. *La relación terapéutica es más como una relación entre personas o compañeros que los roles experto/receptor.* El terapeuta respeta y valora la autonomía del cliente, su libertad para escoger y las consecuencias, respecto a su propio comportamiento.

Observándola en esta forma, es inapropiado pensar en la entrevista motivacional como una técnica o un conjunto de técnicas que son aplicadas o (peor aun) “usadas con” las personas. Más bien es un estilo interpersonal, no restringido en lo absoluto a los entornos de consejería formal. Es un equilibrio sutil de componentes directivos y centrados en el cliente, orientados por una filosofía y una comprensión de lo que desencadena el cambio. Si se convierte en un truco o en una técnica manipuladora, su esencia se ha perdido.

Sin embargo, hay comportamientos específicos que son característicos del estilo de la entrevista motivacional y que pueden aprenderse.

Los comportamientos principales son los siguientes:

- Buscar comprender a la persona desde su marco de referencia; particularmente a través de la escucha reflexiva.
- Expresar aceptación y afirmación.
- Extraer y reforzar selectivamente los propios comentarios auto-motivadores del cliente, expresiones de reconocimiento de problemas, preocupaciones, deseos e intenciones para cambiar, y la habilidad para cambiar.
- Monitorear el grado de disposición para cambiar del cliente, y asegurarse que la resistencia no es generada por un salto hacia delante respecto al cliente.
- Afirmar la libertad de elección y auto-dirección del cliente.

Ejemplo 10 “Historia de Javiera”

“Javiera ha disminuido su rendimiento escolar, con baja concentración e interés general. Ha faltado a clases numerosos días e incluso el profesor la ha sorprendido durmiendo en la sala. La ha visto más irritable y a veces muy somnolienta, perdiendo motivación por actividades que antes le interesaban tales como scouts y grupo folklórico, donde demostraba sus habilidades y destrezas en el ámbito organizacional de pares y el desarrollo artístico personal (...) esto, sumado a la distancia evidente que ha tomado y su reacción verbal agresiva, ha generado un círculo vicioso de más exigencia por parte de su madre y más conflictividad de parte de ella”.

Una actitud de consejería orientada desde la Entrevista Motivacional, tendería en primera instancia a explorar aquello que resulta significativo y relevante para Javiera, al margen de las motivaciones o intereses de otros actores involucrados. Se evitará una relación crítica y de confrontación, asumiendo que aquello que es “problemático” debe ser atribuido por la persona y no impuesto arbitrariamente por el profesional. Éste sólo será directivo en términos de invitar respetuosamente a Javiera a explorar posibles dudas o incongruencias respecto de la aparente situación de consumo, para luego ayudarla a examinar los distintos elementos y resolver la ambivalencia. Por ejemplo, puede explorar las consecuencias que para Javiera tiene el cambio reciente en su comportamiento, así como el distanciamiento de personas significativas en su familia y de actividades escolares que resultaban motivadoras y estimulantes en el pasado, favoreciendo que logre relacionar estos cambios en su vida con las conductas asociadas al consumo. Será tarea de Javiera reflexionar acerca de las posibles discrepancias entre sus metas (lo que es importante para ella) y su actual relación con las drogas, así como el modo de resolver las ambivalencias relativas al cambio.

Principios de la Entrevista Motivacional

Además de la filosofía de la Entrevista Motivacional, este enfoque posee *cuatro principios generales*¹²⁸.

Principio N° 1: *Expresa Empatía*

- La aceptación facilita el cambio
- La escucha activa es fundamental
- La ambivalencia hacia el cambio de comportamiento es algo normal.

Principio N° 2: *Desarrolle Discrepancia*

- Es el cliente y no el consejero quien debiera presentar argumentos para el cambio.
- El cambio es motivado por la discrepancia percibida entre el comportamiento actual y las metas y valores personales importantes del cliente.

Principio N° 3: *Ruede con la Resistencia*

- Evite entregar argumentos al cliente acerca de lo deseable del cambio • No confronte, no “se pelee” con la resistencia

¹²⁸ Miller, W. (1999) *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*. Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento, N° 35. U.S. Department of Health and Human Services.

- Se invita al cliente a considerar nuevas perspectivas, no se las impone
- El cliente es la fuente primaria para el hallazgo de respuestas y soluciones
- La resistencia del cliente es una señal para que el terapeuta se comunique/posicione en una forma diferente

Principio N° 4: *Apoye la Autoeficacia*

- La creencia de la persona en la posibilidad de cambio es un motivador importante
- Es el cliente, y no el consejero, el responsable de elegir y hacer realidad el cambio de comportamiento
- Cuando el consejero cree en la habilidad de la persona para cambiar, el cambio se convierte en una profecía que se cumple a sí misma.

Los **Recursos Comunicacionales Básicos** sugeridos por Miller y Rollnick para el consejero son:

Realizar preguntas abiertas

Son aquellas que no pueden ser contestadas con sólo una o dos palabras, sino que promueven respuestas más amplias, favoreciendo y animando al paciente a que se exprese. Buscan ayudar al propio consultante a auto-observarse y a pensar (reflexionar) acerca de sí mismo.

El tipo de preguntas que sugieren Miller y Rollnick son preguntas enfocadas en el proceso de saber/entender/actuar, y no preguntas destinadas a averiguar el por qué de la experiencia del cliente.

Ej: ¿Cómo se ha sentido esta semana? ¿Cuáles son las razones más importantes por las cuales cree que necesita disminuir su consumo de alcohol?”

Reforzar (afirmación)

Consiste en comunicar al consultante que el terapeuta reconoce sus fortalezas, esfuerzos o sus propias soluciones a sus problemas, a través de frases de reconocimiento y valoración. Aumenta la percepción de autoeficacia, disminuye las resistencias y facilita la creación de un clima cordial.

Ej: “Bien, de ahí que estemos hablando sobre el tema, y aprecio la honestidad con la que ha respondido a mis preguntas...” “Gracias por venir hoy”, “Aprecio su puntualidad”.

Realizar Reflejos

Implica devolver aquello que el paciente presenta durante la entrevista.

Los reflejos cumplen tres objetivos: (1) le indican al cliente que el terapeuta lo está comprendiendo (lo cual fomenta el vínculo terapéutico); (2) el cliente escucha su comentario dos veces, lo cual (3) facilita la exploración de sí mismo.

Ej: Cliente: “No puedo creerlo. No veo cómo mi consumo de alcohol puede estar afectándome mucho”. Terapeuta: “No es lo que usted esperaba escuchar” (reflejo de sentimiento).

Elaborar y entregar resúmenes

Se trata de un reflejo más elaborado (resumen breve), que contiene aspectos centrales de lo señalado por el paciente. Puede incluir tanto sus frases como las emociones asociadas a la situación descrita.

Esta estrategia permite que el cliente se percate que el consejero lo ha estado siguiendo y comprendiendo, y posibilita que el cliente escuche lo que él ha dicho y por lo tanto continúe explorando su situación.

Diferencias con los enfoques más confrontacionales

Aunque, en algún sentido, la entrevista motivacional busca “confrontar” a los clientes con la realidad, este método difiere sustancialmente de los estilos más agresivos de confrontación. Más específicamente, consideramos que no se ofrece una entrevista motivacional cuando el terapeuta:

- Insiste en que la persona tiene un problema y que necesita cambiar.
- Ofrece consejos directos o prescribe soluciones al problema sin el permiso de la persona o sin estimular activamente a la persona para que haga sus propias elecciones.
- Usa una posición de autoridad/experto, dejando al cliente en un rol pasivo.
- La conversación funciona como un sistema que entrega información en una forma unidireccional, imponiendo una etiqueta diagnóstica.
- Se comporta en forma punitiva o coercitiva

Esas técnicas quebrantan el espíritu esencial de la entrevista motivacional.

Ejemplo 11 “Historia de Javiera”
<i>Dentro de los indicios de consumo, Mariela la ha sorprendido con papelllos de marihuana y ha recibido comentarios de antiguas amigas de que podría haber un consumo esporádico de esta droga mezclada con Pasta Base (“marciano”) lo que la ha alarmado y la tiene bastante angustiada. Cuando se le confronta dichas situaciones, Javiera reclama naturalidad en el consumo y bajo riesgo asociado, y señala que sólo consume ocasionalmente, desmintiendo el consumo de pasta base.</i> Resulta necesario destacar que la instancia de interacción con Javiera en un escenario como el del <i>Programa A Tiempo</i>, trae consigo ciertas condiciones particulares. Una de ellas es que la detección de la situación de consumo y a su vez que ésta sea entendida como problemática, no surge a partir de una demanda espontánea de Javiera. Son otros (padres, profesores) quienes solicitarán una intervención, pues la adolescente naturaliza el consumo y no le atribuye la gravedad que otros le dan a su conducta. En este contexto, adquiera todavía mayor relevancia que los profesionales que interactúen con ella no

impongan lecturas resolutivas o diagnósticos a Javiera, reclamando una posible actitud de negación o resistencia de ésta. No la obligan al cambio, ni favorecen la imposición de sanciones familiares o escolares si la niña no se muestra colaboradora en la intervención. Una actitud empática en la comunicación con ella, en cada instancia de encuentro (por breve y/o informal que sea), podrá marcar una diferencia, generando una escucha activa que le haga sentir que en la conversación no sólo se atiende a sus dificultades actuales, sino también (y sobre todo) a sus fortalezas y capacidades, aceptando y respetando su posición frente a la situación de consumo.

Miller y Rollnick¹²⁹ muestran en la siguiente tabla una comparación entre el espíritu de la Entrevista Motivacional y los enfoques que no son una Entrevista Motivacional:

<i>Espíritu de la Entrevista Motivacional</i>	<i>Espíritu de los enfoques que NO SON una E.M.</i>
<i>Colaboración:</i> La consejería implica una relación que honra las habilidades y la perspectiva del cliente. El consejero provee una atmósfera que conduce al cambio, en lugar de obligar al cambio.	<i>Confrontación:</i> El consejero a través de sus acciones pareciera suponer que el cliente es incapaz (enfermo), al imponerle un percatarse y una aceptación de una “realidad” que el cliente no puede ver o que no admite.
<i>Evocación:</i> Se supone que los recursos y la motivación para el cambio residen dentro del cliente. Se fomenta la motivación intrínseca cuando es extraída desde las propias percepciones, metas y valores del cliente. <i>Autonomía:</i> El consejero reconoce los derechos y la capacidad del cliente para la auto-dirección, y facilita una elección informada.	<i>Educación:</i> Se presume que el cliente no posee los conocimientos, el insight o las habilidades que son necesarias para que haya cambio. El consejero busca subsanar esos déficit educando al cliente. <i>Autoridad:</i> El consejero le dice al cliente qué debe hacer o no hacer.
[La actitud del consejero es de calma y tranquilidad]	[Pareciera que el consejero está más interesado y “apurado” que el cliente para que éste se movilice hacia el cambio]

¹²⁹ Op.cit. Nota 47.

REPERTORIO DE HERRAMIENTAS TEÓRICO-PRÁCTICAS PARA EL TRABAJO

4.1 Trabajo con familias

Antes de presentar algunas técnicas útiles en el trabajo con familias, es necesario situarse desde un marco comprensivo respecto de los procesos de intervención así como de las familias.

Dentro de los principios que guían el operar, se considera esencial llegar al encuentro con las familias desde una actitud de “*no saber*”, que promueve una relación que tienda a la *horizontalidad* con el grupo familiar, lo que se traduce en considerarse compañeros en un diálogo donde el facilitador o interventor adopta una posición de “experto” únicamente respecto de los procesos conversacionales (pero no de los contenidos o lecturas), así como las familias son reconocidas en su experticia respecto de su historia y del mundo de significados que comparten y que han construido en su devenir. En ese sentido, es necesario recordar que el sistema de significados, el entramado narrativo que cada familia comparte, se ha venido configurando mucho antes de la llegada de los profesionales interventores a sus vidas, por lo cual éstos son invitados a participar en la experiencia de los usuarios, como colaboradores, y no como artífices, guías o moduladores de las decisiones o acciones de los miembros de la familia.

A partir de estas consideraciones, los profesionales del *Programa A Tiempo* se constituirán como facilitadores o promotores de un espacio y una producción dialógica, lo que está fuertemente asociado a un lugar de multiparcialidad o *neutralidad* entendida como un ejercicio constante de escucha y comprensión frente a todas y cada una de las visiones que entrega cada miembro del grupo familiar, sin considerar a una de estas versiones como más real, legítima o valiosa respecto de las otras.

Asumir una posición de horizontalidad supone una actitud de “escucha” de cada uno de los miembros de ese sistema familiar, una escucha activa que se condice con una actitud de curiosidad por el grupo humano con quien se interactúa, su historia y el curso que va tomando el encuentro.

Por otra parte, si se considera que cada sistema familiar constituye un mundo de significados y relaciones, que cambia constantemente, es esencial el trabajo “caso a caso” y abandonar la intención de resolver las situaciones que se presentan mediante el uso de “recetas” o procedimientos preestablecidos. El trabajo con familias obliga a cuestionar las propias pre-comprensiones, prejuicios e hipótesis con las que llegamos al encuentro conversacional.

Respecto de la familia, se entenderá ésta, básicamente, como un sistema humano, recordando que éstos se orientan activamente hacia la *atribución de significado* de la propia experiencia¹³⁰. En ese sentido, la familia se entenderá como un sistema de

¹³⁰ *Op. cit.* Nota 2

creencias compartido, “una comunidad de interlocutores que intentan activamente atribuir significado a su experiencia intersubjetiva mediante la negociación de un conjunto de proposiciones interrelacionadas que les dotan de un sentido de descripción y/o explicación en un dominio determinado”¹³¹

En ocasiones, las personas se sienten bloqueadas en su capacidad de intervenir y modificar sus vidas, muchas veces han hecho intentos por abrir nuevas posibilidades de acción de manera infructuosa. Parecen bloqueadas en su capacidad de crear nuevos significados¹³². De este modo, los problemas psicológicos se pueden concebir como resultado del bloqueo en los procesos discursivos, narrativos y relacionales de construcción del significado de la experiencia, así como del fracaso de las soluciones intentadas a dicho bloqueo¹³³.

Desde estas consideraciones se propone que el trabajo con familias comparte ciertos objetivos:

- (a) Favorecer la introducción de *cambios significativos* en cualquier dimensión de sus narrativas de forma que éstas reaviven su función de *marcos relacionales* para la búsqueda de *nuevas posibilidades y significados alternativos* que amplíen sus posibilidades de elección.
- (b) Favorecer el hacerse *conscientes* de la propia naturaleza discursiva, narrativa y relacional de la experiencia humana, con la finalidad última de fomentar no una “sustitución” sino una “*trascendencia narrativa*”¹³⁴.

El espacio que los profesionales comparten con las familias se constituye así en una oportunidad de ampliar las posibilidades y significados, de tal manera que las técnicas o tácticas que el facilitador utilice en dicho espacio de encuentro, han de estar al servicio de la generación de significados y narrativas que puedan transformar la construcción de la experiencia de los usuarios mediante un diálogo colaborativo.

No hay que olvidar que el encuentro con las familias se ha motivado principalmente en torno a los niños, niñas y jóvenes con los que se trabaja en el *Programa A Tiempo*. En ese sentido, es esencial tener presente que todo trabajo con éstos se enmarca en una premisa básica, que es el genuino interés de conocer al/la joven al margen del problema, lo que se traduce en una actitud de apertura y exploración de las cualidades excepcionales del niño, niña o joven, centrándose en la distinción y fortalecimiento de los recursos personales y familiares, necesarios para superar dificultades que pudiesen estar

¹³¹ *Op. cit.* Nota 106.

¹³² *Op. cit.* Nota 2.

¹³³ Véase Capacitación SENDA-Universidad de Chile 2011. Módulo Presencial: Estrategias de Intervención para el Trabajo con Familias.

¹³⁴ Gergen, K. y Kaye, J., (1992). *Beyond narrative in the negotiation of human meaning*. En McNamee, S. y. Gergen, K. Editores. *Therapy as Social Construction*, Londres: Sage, 166-85.

enfrentando. Tal propósito hace necesaria la construcción de una historia alternativa, una historia basada en las competencias y recursos del niño/a y la familia, lo suficientemente atractiva como para contraponerla a la historia dominada por el problema.

En el próximo apartado se exponen algunas técnicas asociadas al trabajo con familias, contemplando que su uso estará siempre determinado por el o los objetivos de trabajo que se establezcan.

Técnicas para el Trabajo con Familias

1. Hipotetización

Esta es una técnica ampliamente usada en el modelo de Milán. Desde una actitud de curiosidad, el operador o facilitador formula una hipótesis basada en la información que tiene de la familia con la que está trabajando.

El valor de las hipótesis no radica en que éstas resulten verdaderas o falsas, sino en la utilidad que proporcionan, al ser una guía, tanto para proveer de nueva información, como para proponer aquello que se debe seguir considerando y/o lo que debe ser descartado (pues no aportan novedad al relato). Así también, la hipotetización mantiene al profesional activo en su rol, previniendo que la familia imponga su propia narrativa conforme a una hipótesis lineal que señale al/la joven como el/la responsable o causante de la problemática.

Si bien es un ejercicio que realizan los profesionales, siendo utilizado principalmente como un insumo para la generación de preguntas o intervenciones, las hipótesis también pueden ser ofrecidas respetuosamente y de manera tentativa y provisoria a la familia, como lecturas posibles que abran espacio al diálogo y la reflexión conjunta.

Objetivo: Deconstrucción de las narrativas dominantes, aportando nuevas lecturas y posibilidades.

Materiales: No requiere.

Tiempo Aproximado: Es un ejercicio permanente en el desarrollo del proceso.

Condiciones Útiles: Se destacan ciertas características que puede hacer que las hipótesis sean más favorecedoras en términos de aportar novedad:

- Que escapen a lo intrapsíquico (Hipótesis Relacionales)
- Que involucren la relación de la familia con los profesionales, con el colegio y/o con otros actores intervinientes.
- Que favorezca la aparición de más voces o versiones (Polifonía del discurso), “incomodando” al discurso.
- Que posibilite una reflexión útil y provisoria.

Ejemplo 12 “Historia de Javiera”

A partir del caso que se ha utilizado como insumo de trabajo podemos formular las siguientes hipótesis a modo de ejemplo (entre tantas otras posibles):

H1.-La familia de Javiera (principalmente la materna), significa el periodo de la adolescencia como de riesgo para el inicio de un consumo problemático de alcohol y otras sustancias, a partir de la conducta vista como conflictiva en Javiera -y que temen pudiera repetirse en sus primos menores-, dado que este consumo es común en varios otros miembros de ambas familias

H2.-La situación familiar de conflicto con Javiera se origina en que ella muestra rabia, confusión y sentimientos de soledad en cuanto a las razones de la no naturalización de su consumo por parte de su familia y otras redes; Y al recibimiento de recriminaciones en relación a este, pues la misma situación no había sucedido en otro miembro con comportamientos similares.

2. Preguntas circulares

Técnica Milanesa consistente en una modalidad triádica de trabajo donde el operador o facilitador invita a cada miembro de la familia a describir cómo ven la relación de otros dos miembros de ella. De este modo, se realiza un abordaje de la relación entre dos personas, desde la perspectiva de una tercera.

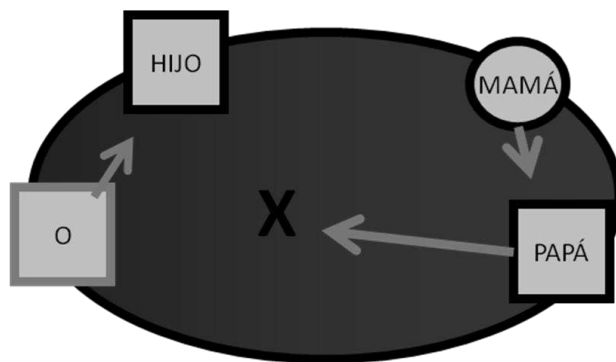
Invitar a metacomunicar a un miembro sobre la relación de otros dos y en presencia de ellos, hace imposible que en esta interacción no se comuniquen. Por otra parte, mediante esta técnica, el profesional puede obtener luces sobre la situación familiar sin necesariamente hacer preguntas directas que puedan crear resistencia en sus integrantes.

Objetivo: Elicitación y/o deconstrucción de las narrativas dominantes, por medio de la introducción de circularidad en la conversación.

Materiales: No requiere.

Tiempo Aproximado: Puede ser usada durante todo del proceso, en distintos momentos.

Condiciones útiles: Se verá más enriquecido el producto del trabajo realizado con esta técnica si se cuenta con la presencia de 3 o más miembros en sesión.



Ejemplo 13 “Historia de Javiera”

Pregunta para Javiera y la abuela: ¿Cómo ven ustedes la relación entre Mariela y Francisco?

Pregunta para la Familia: ¿Qué piensan ustedes sobre la molestia que muestra Javiera hacia sus padres cuando ellos intentan abordarla?

Pregunta para Javiera: ¿A quién le preocupa más tu relación con el consumo? ¿Tu mamá, tu papá o tu abuela? ¿A quién le preocupa menos?

3. Convocatoria

Esta Táctica del Modelo de Milán permite “traer” a terapia distintos subsistemas que han sido definidos por la familia al interior del proceso.

Al convocar distintas voces, actúa como una técnica que facilita la definición de los objetivos terapéuticos, crea espacios diferentes que permiten la emergencia de nueva información y contribuye a que el operador actúe una como un colaborador de familias que tienen dificultades para presentarse en conjunto a terapia.

Como tipos de convocatoria se pueden distinguir:

Convocatoria horizontal: De miembros de un mismo subsistema. Por ejemplo, ambos padres o el grupo de hermanos de la familia.

Convocatoria vertical: De miembros de subsistemas distintos. Por ejemplo, convocar a madre e hija.

Convocatoria individual: De un solo miembro de la familia. Es de gran utilidad cuando el operador desea crear una alianza particular con un miembro de la familia con el que tiene dificultad para crear un verdadero lazo en presencia del resto de los integrantes (por ejemplo, el joven mostrado como “culpable” de la problemática familiar).

Objetivo: Elicitación y/o deconstrucción de las narrativas dominantes, por medio de la producción de nuevos relatos.

Materiales: No requiere.

Tiempo Aproximado: 5 Minutos al final de la sesión.

Ejemplo 14 “Historia de Javiera”
... Convocando a Javiera de manera individual por ejemplo, podría fortalecerse la alianza entre ella y el/la profesional, y adicionalmente generar un espacio más íntimo donde puedan emerjan recursos que no saldrían a la luz en presencia de su familia.

4. *Externalización del problema:*

Técnica proveniente del Modelo Narrativo, cuyo objetivo es establecer una diferencia fundamental entre la persona y el “problema”, generalmente a través de la asignación de un nombre particular a este último. Tal distancia metafórica contribuye a generar un espacio entre la persona y/o la familia y el denominado problema, lo que favorece la emergencia de recursos, muchas veces bloqueados por relatos de culpabilidad en torno a éste.

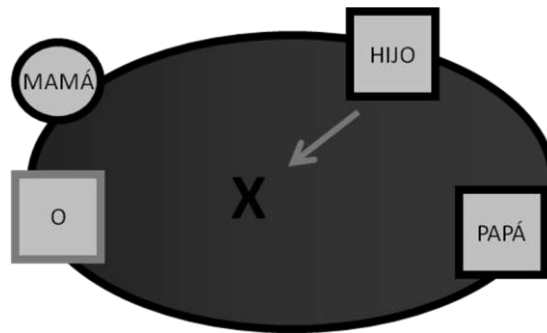
Esta técnica genera responsabilización por parte de cada miembro de la familia ante la singular relación que tienen con el problema, liberando al adolescente de ser él dicho “problema”, permitiéndole así una posición activa a la hora de afrontar los acontecimientos.

Objetivo: Elicitación de las narrativas dominantes. Favorece la distinción persona/problema.

Materiales: No requiere.

Tiempo Aproximado: 1 Sesión.

Condiciones útiles: Es conveniente implementar esta técnica una vez que se haya recogido la visión de los distintos miembros de la familia acerca de lo que los trae a terapia o de aquello que consideran problemático.



Ejemplo 15 “Historia de Javiera”

El/la profesional que interviene puede realizar la siguiente intervención externalizadora:

“Ustedes me cuentan que Javiera está agresiva e indiferente, y entiendo que piensan que se debe a su consumo, pero me han dicho otras cosas de ella, no todas problemáticas... Parece entonces que Javiera no es ni lo uno ni lo otro sino que a veces la vemos en “distintas versiones”, por decirlo de algún modo. Hablemos entonces de aquella versión de Javiera que no nos gusta, a ninguno y probablemente a ella tampoco... ¿Cómo es esa versión? ¿Qué nombre le pondríamos? ¿En qué se diferencia de la Javiera habitual?”

5. Preguntas de influencia relativa:

Esta técnica también emerge desde el Modelo Narrativo y con ella el profesional interventor, desde el problema, interroga a cada miembro del grupo familiar respecto de cómo éste (el problema) ha influido en cada uno de los miembros del sistema familiar. Por otra parte, cada uno de ellos interrogará al problema respecto de cómo sus sentimientos, acciones, conversaciones o experiencias, influyen cotidianamente en el problema, ya sea debilitándolo o fortaleciéndolo.

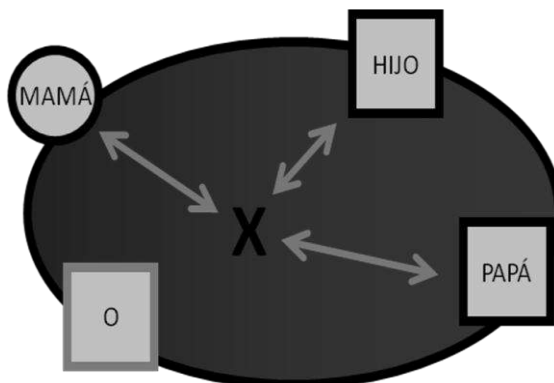
Esta técnica está dirigida principalmente a activar recursos y responsabilidades que cada miembro del sistema adquiere ante el impacto del problema en la vida de la familia, de tal manera que reemplaza la instalación de diálogos culpabilizadores o castigadores por una alianza colaborativa, entre los miembros del sistema familiar, ante el problema.

Objetivo: Deconstrucción de las narrativas dominantes, lineales y/o culpabilizadoras.

Materiales: No requiere. Sin embargo, puede ser útil usar un objeto (idealmente una silla) que permita posicionar de modo visible, concreto al problema fuera. Así, todos los miembros de la familia pueden “verlo” y hablar sobre él.

Tiempo Aproximado: 1 Sesión.

Condiciones útiles: Se requiere que previamente se haya realizado un ejercicio de externalización del problema, puesto que implica un diálogo con éste.



Ejemplo 16 “Historia de Javiera”

El/la profesional que interviene puede realizar la siguiente intervención externalizadora:

“Entonces preguntémosnos ahora ¿Cómo nos afecta el consumo de Javiera, (nombre dado por la familia) ¿Qué nos pasa en nuestra vida cuando la vemos aparecer? Y por otra parte ¿Qué hacemos o dejamos de hacer nosotros para que Javiera sea raptada por esta “tentación amarguita” (etiqueta tebtativa asignada por la familia) los fines de semana? ¿Hay algo distinto que pudiéramos hacer frente a ello? ¿Hay cosas que creamos que sirven pero que nos cuesta hacer ante esta “tentación amarguita”? ¿Les gustaría decirle algo más a esta tentación?”

6. Exploración de acontecimientos extraordinarios

Esta estrategia narrativa es especialmente relevante para comenzar a co-construir (interventor y grupo familiar) nuevos significados. Según White y Epston¹³⁵, la exploración y distinción de acontecimientos extraordinarios no es fácil de desarrollar, sin embargo, basta con distinguir un acontecimiento extraordinario para iniciar la construcción de significados novedosos al margen del problema y distintos a las narrativas desarrolladas en torno al mismo. Se entenderá acontecimiento extraordinario como aquel suceso o evento que los sujetos significan como situaciones en que lograron no caer en las trampas o debilidades del problema (o del riesgo), o bien lo superaron. Son aspectos de la experiencia que contradicen los conocimientos que vienen dados por las historias dominantes asociadas al problema. El acontecimiento o logro extraordinario debe ser así calificado o reconocido por las personas involucradas en esos hechos.

¹³⁵ Op. cit. Nota 2

Objetivo: Deconstrucción de las narrativas dominantes y co-construcción de relatos al margen del problema, que permitan reconocer y favorecer los recursos familiares y personales en torno a la situación de consumo.

Materiales: No requiere.

Tiempo Aproximado: 1 o más sesiones.

Metodología:

1. Explorar en conjunto hechos que puedan calificar como eventos o logros extraordinarios.
2. Incitar a los sujetos a que evalúen esos eventos.
3. Fomentar que las personas expliquen o describan los motivos por los que esos acontecimientos extraordinarios son sus más significativos y preferidos.
4. Facilitar la generación de historias alternativas en torno a estos acontecimientos, mostrando curiosidad por ellos, los recursos desplegados para que fueran posibles, las capacidades que expresan, etc.
5. Para facilitar el proceso de narración de nuevas historias y significaciones en torno a los acontecimientos extraordinarios, se pueden realizar preguntas relativas al panorama de acción o al panorama de conciencia¹³⁶.

Ejemplo 17 “Historia de Javiera”
El/la profesional que interviene puede realizar las siguientes preguntas/intervenciones que exploren los acontecimientos extraordinarios: a. <i>¿puedes recordar alguna ocasión en que pudiste caer en el problema (si ya se ha externalizado, nombrarlo como fue bautizado por el sistema familiar) pero no lo hiciste?</i> b. <i>¿puede usted recordar una ocasión en que Javiera estuvo a punto de caer en el problema pero en cambio logró reaccionar y superarlo?</i> c. <i>¿le sorprende hasta qué punto Javiera fue capaz de desafiar el problema y mantenerse activa en esta reunión?</i> d. <i>¿cómo has conseguido no caer en el problema el fin de semana que recién pasó?, ¿qué crees que esto significa en la influencia/poder que tienes sobre el problema?</i>

7. Ceremonias de testigos externos y Ritos de pasajes

La ceremonia de testigos externos representan una técnica narrativa también, y de gran relevancia particularmente al momento de “anclar” cambios en la familia en su relación con el problema y promover la socialización de los logros obtenidos. Implican el ejercicio

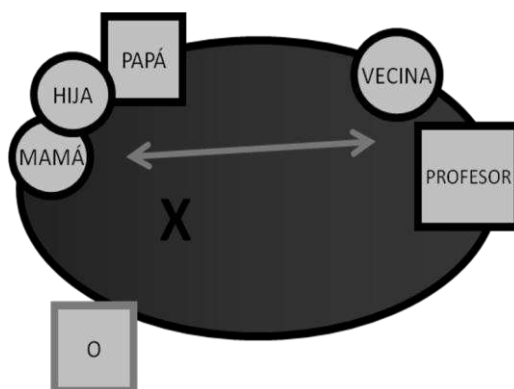
¹³⁶ Para más detalles véase White, M. (1989). Guías para una Terapia Familiar Sistémica. Ed Gedisa, España. Pág. 35.

de interpretar su propio proceso reflexivo y presentarlo ante “testigos” de su red, invitados especialmente para tal ocasión. Estos testigos pueden ser otros familiares, amigos cercanos, profesores del colegio, etc. y su convocatoria debe responder a un acuerdo en común. La posición del/la profesional es mucho más tangencial y actúa como un facilitador para la conversación.

Objetivo: Integración de nuevas narrativas, más útiles y movilizadoras, al relato familiar respecto del problema.

Materiales: Opcionalmente se puede requerir algún objeto que simbolice un premio (medalla, diploma, etc.)

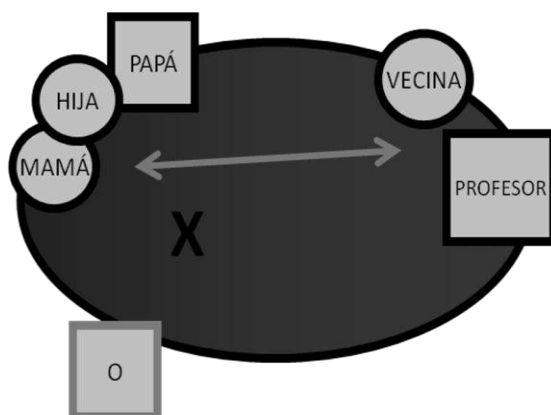
Tiempo Aproximado: 1 Sesión.



Ejemplo 18 “Historia de Javiera”
El/la profesional que interviene puede realizar la siguiente intervención de apertura, para luego dar paso a la palabra de los miembros de la familia: <i>“Ahora que contamos con la presencia de la señora Cristina y del profesor Aníbal me gustaría que les contaran a ellos, a quienes ustedes han escogido como invitados para esta especial ocasión, lo que han aprendido de esta familia y cuáles han sido los principales logros en este tiempo... Ahora quisiera pedirles a ustedes (testigos) que nos comentaran qué les parece lo que la familia de Javiera y ella especialmente ha contado acá ¿Qué les gustaría decirles a ellos, a todos y a cada uno en particular?”.</i>

Los ritos de pasaje se inspiran en ceremonias que en distintas culturas simbolizan el tránsito de una etapa de la vida hacia otra. El cambio es visto como un avance, un crecimiento, de ser “novato” a ser “experto” en un dominio de la vida. En este sentido el rito se utiliza al cierre de un proceso de trabajo para simbolizar el desplazamiento de la familia y de cada uno de sus miembros a ser “expertos” en el enfrentamiento del impacto de la relación con el consumo de sustancias en sus vidas. Puede acompañarse

idealmente de una actividad lúdica con presentes e invitados (testigos internos o externos).



Ejemplo 19 “Historia de Javiera”

El/la profesional que interviene puede realizar la siguiente intervención de cierre:

“Ha llegado el momento de cerrar este proceso pero que coincide con la apertura de una nueva experticia en esta familia que tiene que ver con cómo han sido capaces de enfrentar los efectos de la droga en la vida de Javiera, pero también, como vimos, de todos quienes hoy están acá, incluidos los testigos.

Como sabemos que a Javiera le gustan las medallas le queremos entregar esta medalla que simboliza su logro, pero no sólo a ella sino a toda su familia. Cada medalla dice al reverso la frase que más marcó a este equipo, para que lo recuerden”.

4.2 Trabajo con niños niñas, niños y adolescentes

¿Desde dónde proponemos situarnos para realizar una intervención con adolescentes y jóvenes?

A partir de una mirada postmoderna, una mirada crítica, cuestionadora, reflexiva, donde el niño/a o joven es reconocido como sujeto, como ser social con una historia y narrativa propia, entendiendo la juventud como una construcción socio-histórica, cultural y relacional. Esto significa considerar los aspectos micropolíticos de la relación con el adolescente, es decir, aquella dimensión que se relaciona con todo lo que hacemos para ayudar a definir realidades de un modo distinto a las definiciones de realidad que nos han dominado y que se encuentran determinadas por las relaciones sociales en las que participamos¹³⁷.

Desde este marco amplio entendemos que es relevante, al momento de realizar una intervención con niños, niñas y adolescentes, tener en consideración los siguientes principios:

Principios teóricos:

- **Enfoque sistémico:** Visión inclusiva de los distintos actores relevantes en la vida del niño, niña o adolescente, en donde el ser humano es visto como actor de diversas redes sociales que lo constituyen y que a su vez ayuda a constituir. La intervención con niños, niñas y/o adolescentes requiere de discursos múltiples: colegio, familia, pares, profesionales, etc.¹³⁸
- **Construccionismo Social:** Los significados y la identidad nacen en un contexto desde un principio relacional.

Principios éticos:

- **Enfoque de derecho:** Niño, niña y/o adolescente como sujetos de derechos, en donde se prioriza el interés superior de éste. En este sentido se trabaja desde una visión de agenciamiento del adolescente, de los derechos universales que le corresponden, y con capacidad para hacerlos valer.
- **Foco de atención en el niño, niña o adolescente:** Posición de protagonista, escuchando activamente su voz, de modo de potenciar sus narrativas, situándolas en un lugar igualitario a las narrativas del “mundo adulto”.
- **Despatologización:** Se evita la patologización, etiquetamiento, estigmatización y/o exclusión tanto del niño, niña o adolescente como de su familia.
- **Promoción de la Agencia personal:** Promovemos que el “otro” se haga agente de sí mismo, desde una actitud de “toma de iniciativa” se convierta en agente actor involucrado en su proceso, mediante la toma e implementación de decisiones que lo conduzcan a aquello que quiere lograr en la vida¹³⁹.

¹³⁷ *Op. cit.* Nota 117

¹³⁸ *Op. Cit.* Nota 100

¹³⁹ White, M. y Epston, D. (1989) *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, Australia: Dulwich.

Principios metodológicos:

- **Conocer al niño, niña o adolescente al margen del “riesgo”:** El profesional que interviene se permite conocer al niño, niña o adolescente, destacando sus fortalezas, habilidades, potencialidades y evitando centrarse únicamente en el “riesgo”. Así el posicionamiento es desde ese reconocimiento de los recursos del otro y no desde la estigmatización o enjuiciamiento del otro.
- **Uso de comunicación lúdica:** Se potencia un tipo de comunicación desde su lenguaje, desde sus narrativas, en donde lo simbólico y lo metafórico tiene un lugar importante.
- **Externalización:** Se genera una distancia entre la persona y el problema. De este modo, se evita que el niño, niña o adolescente se sienta portador de la identidad problemática, “El problema no es la persona. El problema es el problema”.

Técnicas propuestas para la intervención con niños, niñas o adolescentes

En este apartado se describen 6 técnicas que pueden ser utilizadas en intervenciones con niños, niñas y adolescentes, presentando una particular utilidad en el contexto de la prevención e intervención temprana en consumo de drogas y alcohol.

Las técnicas seleccionadas para este apartado requieren mayoritariamente la expresión plástica, considerando aquella metodología como oportuna en el trabajo con niños, niñas y jóvenes, en tanto constituye una forma natural de expresión, que incorpora la creatividad y facilita la emergencia de contenidos significativos. Algunas de estas técnicas han sido desarrolladas en profundidad desde el Modelo Narrativo, mientras que otras han sido propuestas desde diversos marcos referenciales, siendo fundamental la invitación a adecuarlas a los propios conceptos, centrando las reflexiones y análisis en aquellos elementos que aparecen como relevantes desde el enfoque teórico a que adscribe quien las implementa. La propuesta en este texto, incorpora una adecuación de las técnicas acorde a los principios teóricos, éticos y metodológicos planteados previamente.

1. Árbol de la vida

Técnica narrativa, orientada al abordaje de aquellos elementos considerados importantes en la vida de cada persona, pudiendo enriquecer los textos dominantes que cada cual sostiene sobre sí mismo.

Descripción: Se pide a los jóvenes que dibujen un árbol, incluyendo los elementos que se describirán a continuación. Una vez que está dibujado, decorado y su creador ha quedado conforme, se van señalando aspectos asociados a cada parte del árbol, invitando a que el o la joven incorpore conceptos o ideas asociadas a estos elementos, guiando esta construcción por medio de preguntas.

Las partes del árbol y sus significados asociados son:

RAICES: Elementos centrales vinculados al origen y las tradiciones.

TIERRA: Lugares y actividades cotidianas. El “aquí y ahora”.

TRONCO: Cualidades, capacidades, valores, hobbies, etc.

RAMAS: Esperanzas, sueños y deseos.

HOJAS: Personas y personajes importantes, mascotas, artistas, etc.

FRUTOS: Regalos importantes recibidos durante la vida.

FLORES, PÁJAROS Y SEMILLAS: Contribuciones realizadas a la comunidad, amigos, familia, escuela.

Objetivos:

- Visibilizar y enriquecer las narrativas centradas en recursos y la historia personal de los jóvenes.
- Enfatizar las respuestas que han dado durante su vida para proteger aquello que es preciado para cada uno.

Tiempo Aproximado: 1 hora

Materiales: Hojas de papel o cartulinas tamaño block. Lápices de colores y/u otros materiales que sirvan para construir el árbol, como hojas secas, papeles de colores, recortes de revistas.

Condiciones para su realización: Se recomienda el establecimiento de un vínculo previo entre el interventor y el o la joven. Debiese ser utilizada luego de al menos una sesión de entrevista, orientada a conocerse. Es posible que se necesite más tiempo, dependiendo de la profundidad alcanzada en la reflexión incitada por la técnica y el diálogo establecido. Es importante que el espacio en que se desarrolle esta técnica sea cómodo y cuente con condiciones que favorezcan la confidencialidad, en tanto es posible que emerjan contenidos privados.

Ventajas de su utilización: El uso de esta técnica permite hablar de experiencias traumáticas o conflictivas de manera indirecta y desde un territorio enriquecido de identidad, protegiendo a las personas de la retraumatización o exposición en el abordaje de temáticas delicadas. A su vez, permite visibilizar en forma concreta la historia personal de superación y recursos con los que cada uno cuenta. Es posible aplicarla de forma grupal o individual, según las necesidades del contexto en que se implemente.

Relación con la temática de drogas: El consumo de drogas en la infancia y la adolescencia a menudo se ve vinculado al deseo de evadir situaciones altamente conflictivas, las cuales el niño, niña o joven no logra elaborar de forma más adecuada. Asimismo, se han identificado numerosas dificultades contextuales, familiares e interpersonales que actúan como factores de riesgo en cuanto al consumo de drogas. En consideración de aquellos elementos, esta técnica favorece la identificación y elaboración de situaciones conflictivas, promoviendo una visión integrada de la propia historia, centrada en los recursos y en una actitud de afrontamiento activo ante las dificultades.

Limitaciones y/o riesgos: Esta técnica se recomienda para el trabajo con adolescentes, en tanto se requieren habilidades de simbolización y abstracción para dar sentido a la metáfora del árbol, las cuales no habrían sido desarrolladas aún por niños y niñas de corta edad.

2. Genograma lúdico

Técnica que se utiliza principalmente en el trabajo conjunto del niño/a o adolescente con su familia, y que permite posicionar de modo simbólico o metafórico los relatos asociados a las dinámicas y relaciones familiares, así como de aquello que es identificado como problemático o como un recurso disponible y favorecedor. Si bien es ideal contar con la presencia de otros miembros de la familia, se pueden obtener muy buenos resultados en la intervención individual.

Descripción: En conjunto con el niño/a, joven o grupo familiar, se dibuja el genograma, entregando indicaciones básicas respecto de su elaboración. Luego, se pide a los miembros de la familia y/o al niño/a o joven que elijan la figura (miniatura) que represente de mejor manera lo que piensan de cada una de las personas presentes en el genograma y además una figura para representarse a sí mismos, ubicándolos en el genograma dibujado. Posteriormente, se les pide que observen los objetos que han elegido, que hagan comentarios, formulen preguntas y analicen lo que han creado juntos.

El rol del profesional en la aplicación del genograma lúdico es coordinar y favorecer los diálogos entre los distintos personajes, utilizando un lenguaje metafórico, que de cuenta de las relaciones que surgen entre los personajes elegidos. Es importante que las instrucciones sean entregadas con claridad para que el niño/a o joven y su grupo familiar participen sin tener dudas de cómo proceder, además de animar al grupo y/o al niño/a o joven en sus elecciones.

Objetivos:

- Construir una representación gráfica de la historia familiar, sus patrones de relaciones, así como hitos significativos de la familia.
- Proporcionar una oportunidad para explorar abiertamente la percepción que tiene cada persona de sí mismo y de los otros, lo que permite a la familia ampliar los relatos disponibles.
- Entregar a los niños, niñas o adolescentes la oportunidad de enfrentar sus dificultades mediante el juego simbólico.

Tiempo Aproximado: 1 hora

Materiales: Papelógrafo y plumones o lápices. Es deseable contar con miniaturas que representen: personas de diferentes edades, grupos étnicos, tamaños, profesiones; tanques y soldados; animales domésticos, de granja, selváticos, insectos, mariposas; personajes de fantasía; objetos, naturaleza y vehículos. Dado que las miniaturas son un material caro, de difícil acceso y traslado, es posible reemplazarlas por una amplia variedad de recortes de revistas que representen todas las categorías mencionadas.

Condiciones para su realización: Habitualmente esta técnica es desarrollada cuando ya hay un vínculo entre quien interviene y la/s persona/s que participará/n en su desarrollo. Es posible desarrollarla en el marco de una intervención individual con un niño, niña o joven, ya sea sólo con aquel individuo o convocando para el desarrollo de esta actividad a miembros significativos de su grupo familiar. De ser así, es deseable que el interventor haya tenido algún encuentro previo con estas figuras, de modo de prever las dificultades con que pueda encontrarse.

Ventajas de su utilización: Es una técnica que puede utilizarse individualmente, en un contexto grupal con pares o con el grupo familiar. Favorece el trabajo desde la metáfora, el cual permite comunicar abundantes ideas o emociones, que de otra manera no serían accesibles o estarían constreñidos por los relatos dominantes.

Relación con la temática de drogas: El desarrollo de esta actividad favorece la visualización de nuevas hipótesis, tanto para el interventor, quien puede ponerlas en juego posteriormente, como para quienes participan del grupo familiar. De esta forma, es posible incorporar hipótesis transgeneracionales asociadas al consumo de drogas, así como abordar características del contexto familiar y sus dinámicas, que puedan emerger como recursos en la prevención del consumo o como factores de riesgo asociados.

Limitaciones y/o riesgos: Los materiales que se requieren en el desarrollo de esta técnica son de difícil recolección, dado que implican o un alto costo (miniaturas) o requieren de un largo periodo de búsqueda y preparación (cuando son recortes). Es importante que el facilitador tome un rol activo, conduciendo un diálogo que favorezca la emergencia de elementos novedosos en las narrativas de la familia, evitando la rigidización de explicaciones dominantes.

3. Recursos gráficos: Cómic

Esta técnica es ampliamente conocida en el trabajo con niños/as y adolescentes y forma parte de la vida cotidiana de éstos, favoreciendo un lenguaje conocido y en el que se sienten en confianza.

Descripción: Se invita al niño, niña o adolescente, ya sea en contexto de intervención individual, grupal o familiar, a participar en el diseño gráfico de situaciones que le resulten significativas o conflictivas, en forma de cómic. Se propone la incorporación de globos en blanco que permitan incluir diálogos de las situaciones, onomatopeyas, distintos escenarios y personajes.

Objetivo: Invitar a la reflexión, la externalización de las problemáticas o la visibilización de nuevas posibilidades.

Tiempo Aproximado: 40 minutos

Materiales: Hojas blancas, lápices de colores y plumones.

Condiciones para su realización: Esta técnica puede ser utilizada en cualquier momento del proceso de intervención llevado a cabo, en tanto constituye una forma de expresión de situaciones significativas o conflictivas que pueda ser difícil compartir de forma verbal. Se requiere de un espacio privado, en que el niño, niña o adolescente pueda sentirse cómodo y seguro, favoreciendo la emergencia de contenidos propios.

Ventajas de su utilización: Es un medio ampliamente valorado y usado por los niños, niñas y adolescentes, en tanto constituye una forma de expresión poco amenazante y acorde a los gustos e intereses de muchos de ellos. Esta técnica posibilita construir una secuencia de eventos e historizar situaciones que aparecen desorganizadas en el relato, invitando a crear diálogos e interacciones entre distintos elementos.

Relación con la temática de drogas: Esta técnica favorece el abordaje de situaciones que el niño, niña o adolescente identifica como significativas o conflictivas, cuya disolución puede incidir en el fortalecimiento de los recursos personales, disminuyendo situaciones de riesgo a que se pueda ver expuesto. A su vez, el uso de esta técnica puede ser intencionado hacia situaciones específicas vinculadas al consumo de drogas, favoreciendo una modalidad expresiva cómoda y poco amenazante para el usuario del programa.

Limitaciones y/o riesgos: Si el niño, niña o adolescente tiene un estilo opositorista o presenta una actitud inhibida, es probable que no se vincule en primera instancia con la técnica propuesta. Esto también puede ocurrir con personas que expresan desagrado hacia las técnicas gráficas, asociándolas al contexto escolar y normativo. Es posible, por otra parte, que algunos niños, niñas o adolescentes se centren en situaciones superficiales, evitando el contacto con otras de mayor complejidad y afectación emocional.

4. Recursos gráficos: Dibujo

Consiste en otra técnica gráfica, que invita a una acción de mayor libertad y espontaneidad, dado que permite al niño, niña y/o adolescente expresar ideas, emociones y acciones propias o de otros sin una consigna tan directiva que limite la producción del relato.

Descripción: Se invita al niño, niña o adolescente, ya sea individualmente o en un contexto de intervención grupal o familiar, a diseñar de forma libre o guiada situaciones, personajes o símbolos de cualquier tipo que permitan la materialización de un tema de trabajo. Esta técnica se pone al servicio de los significados que emergen en el espacio de interacción con el niño, niña o adolescente, adecuándose a las necesidades expresivas de éste.

Objetivos:

- Facilitar la reorganización de pensamientos y emociones, promoviendo la emergencia de la visión de la realidad del niño, niña o adolescente.
- Estimular a través de la obra, sentimientos de dominio, realización y competencia personal.
- Promover una autoimagen positiva, al visualizar el niño, niña o adolescente su capacidad de generar productos de valor estético y comunicativo.

Tiempo Aproximado: Variable, depende de la velocidad de las producciones del niño, niña o adolescente y el tiempo que el/la facilitador/a quiera dedicar a la actividad.

Materiales: Hojas de papel o cartulinas tamaño block. Lápices de colores, crayones, marcadores de colores, plumones, témperas y materiales afines que permitan colorear. Selección acorde a los gustos de cada niño/a o joven.

Condiciones para su realización: Esta técnica puede ser implementada en cualquier momento del proceso, sin requerir vinculación previa, en tanto constituye una forma de expresión de fácil uso e implementación.

Ventajas de su utilización: Es un medio de expresión propio a la mayoría de niños, niñas y jóvenes. Los materiales para trabajar esta técnica son fáciles de conseguir y poco costosos.

Relación con la temática de drogas: Esta técnica está al servicio de la temática que se quiera trabajar, por lo tanto, su utilidad está dada por el aporte a la comunicación de niños y jóvenes, más que por el abordaje de alguna problemática específica.

Limitaciones y riesgos: Con frecuencia la expresión gráfica es del gusto de niños, niñas y adolescentes, sin embargo, a algunos de ellos no les gusta dibujar y otros evitan esta técnica con el fin de no mostrar información respecto de sí mismos. En aquellos casos, es necesario permitir que el/la usuario/a comparta sus dudas, inquietudes o molestias, de modo de clarificarlos en el diálogo, o encontrar otras formas de expresión lúdica que pueda ser más adecuada para sus intereses y características.

5. Recursos gráficos: Afiches o Grafitis

Es otra técnica gráfica que permite la relación de elementos verbales y no verbales, por lo que se configura como un acercamiento de mayor complejidad y por tanto, permite incluir diversos aspectos, promoviendo un diálogo generativo y creativo.

Descripción: Es una técnica gráfica en la que se transmite una idea, concepto o estado afectivo, con el mínimo de elementos para lograr impacto visual. Se puede realizar de forma individual o grupal, entregando conceptos guía o invitando al niño/a o joven a expresar espontáneamente contenidos propios.

Se invita al joven a expresar su identidad, por medio de la generación de una firma o marca personal en la que se vea reflejado/a. Puede ser utilizado como herramienta para construir identidad y sentido de pertenencia a un grupo.

Objetivos:

- Fortalecer la imagen identitaria del joven
- En caso de ser usada en un contexto grupal, fortalecer el sentido de pertenencia al grupo.

Tiempo Aproximado: 20 minutos

Materiales: Papelógrafos o pliegos de cartulina, plumones y lápices de colores de diversos tipos.

Condiciones para su realización: Es necesario contar con un espacio cómodo, con una mesa amplia o un espacio de alfombra en el cual el joven pueda tenderse y trabajar sobre el papelógrafo. Esta técnica puede ser usada como parte del proceso de vinculación y alianza, facilitando el conocimiento del joven, o puede ser aplicada en una fase posterior orientada específicamente al trabajo en torno a la identidad.

Ventajas de su utilización: Es un medio de expresión naturalmente utilizado por los jóvenes, sencillo y de rápida ejecución. Al utilizarse grupalmente facilita el intercambio de puntos de vista y organización de las ideas.

Relación con la temática de drogas: Esta técnica favorece el trabajo en torno a la identidad del joven, pudiendo problematizar en torno a sus comprensiones respecto de ese concepto, así como profundizar en la visión de continuidad que tiene respecto de sí mismo. Esto implica un fortalecimiento de recursos personales, favoreciendo el proceso de diferenciación respecto del grupo familiar y de sus pares. En tanto esta técnica reforzaría los recursos del joven, es posible plantear que éste podría construir una identidad que no se ancle únicamente a conductas asociadas al consumo, por ejemplo, sino a otros aspectos que favorezcan un mayor bienestar para la persona.

Limitaciones y/o riesgos: Esta técnica es recomendada sólo con adolescentes, en tanto sería más propia de su medio y formas de expresión, que del mundo infantil. Es importante estar atentos a los elementos que el joven releva por medio de esta técnica, velando por la introducción de aspectos positivos de sí mismo y la problematización o cuestionamiento respecto de los que identifica como negativos.

6. Uso de documentos y contradocumentos

Técnica narrativa que es utilizada ampliamente como un medio para construir nuevos relatos al margen del problema, que puedan aportar a una construcción más favorecedora de sí mismo y de la relación con otros.

Descripción: En esta técnica se propone la revisión de documentos modernos, entendidos como aquellos que se apropian de la descripción de las vivencias de los sujetos, transfiriéndolas al campo del conocimiento experto, tales como expedientes médicos y psiquiátricos o documentos escolares. Luego, se reúnen galardones, certificados o medallas que puedan asociarse a prácticas que se sitúan en el campo de los conocimientos populares alternativos y tienen la capacidad de re-describir a las personas, destacando sus conocimientos especiales, su competencia y su lugar en la comunidad.

Se invita a la incorporación de estos documentos alternativos, destacando el contraste de estas prácticas con las asociadas a los expedientes, en tanto constituyen “rituales de inclusión”, cuyo significado llega a toda la comunidad en vez de a un reducido grupo de expertos, tales como los profesionales de la salud y educación. También se puede invitar a la elaboración de documentos, donde el niño/a o joven aludido participa activamente, desempeñando un papel central en la definición de sí mismo y desarrollando un profundo sentido de responsabilidad personal.

Objetivos:

- Estimular la participación activa del joven.
- Recordar y fortalecer las narrativas alternativas o acontecimientos extraordinarios.
- Ayudar a revisar diversas versiones de las historias.
- Promover en el joven la conciencia de la participación en la constitución de su propia vida y relaciones.

Tiempo Aproximado: 1 hora

Materiales: Se puede trabajar con una serie de documentos modernos (expedientes médicos y/o psiquiátricos, concentración de notas, libros de anotaciones) y documentos alternativos (galardones, certificados asociados a experiencias locales, medallas)

reunidos y traídos por el niño, niña o adolescente o figuras significativas de éste. Se puede utilizar materiales gráficos para confeccionar certificados o trofeos asociados a alguna habilidad especial o competencia del niño, niña o adolescente. Por ejemplo: Hojas tamaño block y oficio con glosa de certificado formal impresa y a completar con el niño/a o joven.

Condiciones para su realización: Esta técnica es utilizada una vez que el proceso ya se encuentra avanzado, apreciándose no sólo la presencia de un vínculo, sino además habiéndose co-construido o negociado las temáticas a trabajar. De esta forma, se recomienda que esta técnica sea utilizada para deconstruir, problematizar o cuestionar aquellos elementos negativos de la propia identidad que son reforzados desde el exterior, limitando la autonomía del niño/a o joven en la resolución de conflictos personales, sociales o familiares. A su vez, se utiliza para destacar aquellas habilidades especiales que a menudo son invisibilizadas, pero constituyen importantes recursos.

Ventajas de su utilización: Esta técnica permite incorporar en la intervención discursos externos (modernos y alternativos) que participan en la definición del joven, poniéndolos en diálogo con las propias perspectivas del adolescente. Por otra parte, favorece la inclusión en el grupo de pares y el reconocimiento de competencias y habilidades. Al utilizarse en un contexto grupal o familiar, permite publicar los aspectos destacados e incorporar a otros miembros de la comunidad en esta re-definición.

Relación con la temática de drogas: Con frecuencia el consumo de drogas en el contexto escolar es acompañado de una estigmatización del niño, niña o adolescente que presenta aquellas conductas, reforzando de esta forma la incorporación de un autoconcepto negativo. La revisión y problematización de los discursos externos que participan en los procesos de formación de identidad permite, entonces, fomentar la responsabilidad y autonomía del niño y joven respecto de cómo se define y como responde a las etiquetas externas.

Limitaciones y/o riesgos: La problematización tiene ciertos límites y debe ser conjugada con el concepto de responsabilidad. De esta forma, por ejemplo, si un joven es valorado entre sus pares por habilidades que contrarían las normas de convivencia social, correspondería centrar el diálogo en la vivencia del joven respecto de lo ocurrido, rescatando matices y recursos que conviertan estas habilidades reconocidas, en herramientas de adaptación a contextos adversos.

4.3 Trabajo con grupos

¿Qué es un grupo?

En la literatura es posible identificar diversas definiciones del concepto grupo, en las cuales convergen algunos elementos que Núñez y Loscertales¹⁴⁰ incorporan, destacando el aspecto psicosocial del término. Estos autores señalan que puede entenderse como grupo *“a todo conjunto de personas (a partir de tres) que, unidas por un objetivo común, pueden interaccionar entre sí, aceptando ciertas normas y compartiendo emociones pero, sobre todo, participando de un sentimiento común: el “nosotros” grupal, espíritu de equipo o “membership” que los mantiene unidos al menos durante el tiempo en el que permanece la locomoción hacia el objetivo propuesto”*.

En concordancia con dicha definición, se plantean una serie de elementos centrales en la comprensión del concepto, destacando que un grupo es una realidad psicológica, en tanto su constitución requiere la conformación de una serie de representaciones comunes que permitan cooperación, atracción, etc. entre los miembros, percibiéndose como diferenciados de otros grupos y con una imagen propia. No obstante, resulta importante relevar que ningún grupo está aislado del exterior, influyendo al interior de éste las creencias y conductas de los miembros que circulan en el exterior y en sus propias historias, ya sea que éstas sean acordes o no con las del grupo.

Elementos a considerar al diseñar una intervención grupal. Vínculo con objetivos y contexto

Las intervenciones grupales están al servicio de la consecución de una serie de objetivos, los cuales son delineados a partir de procesos previos de observación, diagnóstico o co-construcción del motivo de consulta a trabajar. Es de suma importancia, considerar el contexto en el cual se llevará a cabo la intervención, el origen de la demanda que da origen a ésta y las múltiples voces a que se pretende dar respuesta, de modo de diseñar una intervención grupal que se adecúe a estos elementos.

En atención al contexto, por ejemplo, en el marco de los programas de prevención selectiva de consumo de drogas, se considera que las intervenciones grupales presentan un beneficio en términos de costo-efecto, en tanto la relación entre los recursos invertidos y los logros alcanzados es superior a la de otras formas de intervención. Este beneficio se ve reforzado en casos en que la población objetivo corresponde a la infancia o adolescencia, considerando que en aquellas etapas de desarrollo la influencia de los pares es fundamental en la conformación de la subjetividad y, por tanto, se cuenta con características etáreas y evolutivas acordes a lo requerido para realizar acciones grupales.

¹⁴⁰ Núñez, T. y Loscertales, F. (1997). *El grupo y su eficacia: Técnicas al servicio de la dirección y coordinación de grupos*. Barcelona: EUB.

Desde estos programas, es posible delinear ciertas expectativas que es importante puedan ser traducidas en objetivos guía de la intervención grupal. De acuerdo con estas expectativas, una intervención con grupos debe:

- Promover y apoyar actividades saludables de ocupación del tiempo libre.
- Encausar al grupo a disminuir o evitar conductas de riesgo asociadas al consumo y tráfico de drogas.
- Desarrollar en los miembros del grupo habilidades sociales básicas para enfrentar situaciones de riesgo asociadas al consumo de drogas y alcohol.
- Fomentar que el grupo realice actividades pro-sociales en beneficio de la comunidad.
- Vincular al grupo con las organizaciones locales e instituciones públicas y privadas, que aporten a su desarrollo o integración social.

Características del grupo

En el diseño de la intervención grupal, es fundamental que las técnicas se adecúen a los objetivos planteados, en consideración de las características de los participantes y del grupo, de modo que resulten atractivas para sus miembros. Por lo tanto, se requiere una posición flexible y creativa, que favorezca la modificación de las actividades, objetivos y técnicas, a favor de una adaptación acorde a la evolución del grupo.

Algunos elementos a contemplar previo al diseño de la intervención grupal son:

- El número de personas: Se considera que un tamaño ideal de un grupo es de 6 a 8 integrantes, con un mínimo de 5 y un máximo de 12 participantes.
- Las expectativas de los facilitadores, los participantes y las otras personas o instituciones que colaboran en la construcción de la demanda.
- El formato de la intervención grupal: La definición del número de sesiones, frecuencia de las sesiones y recursos con que se cuentan.

La selección de las técnicas

Una técnica o actividad se considerará adecuada, en tanto favorezca el logro de algún objetivo planteado para el grupo y resulte atractiva para los participantes. En consideración de esto, es posible clasificar las técnicas, según el momento de la intervención en que se utilizan y los objetivos a que apuntan. Los tipos de técnicas son:

- **De presentación:** Son técnicas que favorecen el primer contacto, tanto entre los miembros del grupo como con los facilitadores. En ellas, el intercambio de información facilita que se movilicen procesos de cohesión grupal, confianza y derribo de resistencias hacia la participación.
- **Operativas o de distensión:** Al principio de las sesiones, en muchas ocasiones es necesario que el grupo realice actividades que aflojen tensiones acumuladas, creen un clima propicio para utilizar otras técnicas, permitan descansar la mente del asunto tratado o propiciar confianza entre los miembros.
- **Técnicas instrumentales:** Sirven para trabajar cualquier tipo de contenido. En ellas, se incide más concretamente en la forma de trabajar para que el grupo entero tenga la capacidad de aportar cosas o para hacer el tema más motivador.
- **Para la Separación de grupos:** En ciertas ocasiones, es necesario dividir el grupo inicial en otros más pequeños para fomentar debates, propiciar conflictos y resolución de los mismos, trabajar diferentes ámbitos de un mismo tema, separar endogrupos formados inicialmente que puedan propiciar distancias respecto a los

demás miembros, asignar roles de la técnica, etc. Aquí se incluyen técnicas destinadas a todos estos objetivos.

Técnicas propuestas para el trabajo con grupos

A continuación se exponen 6 técnicas para el trabajo con grupos que pueden ser útiles al momento de realizar intervenciones grupales en temáticas de prevención e intervención temprana en consumo de drogas. Es importante aclarar que comúnmente las técnicas son herramientas que pueden ser manejadas e interpretadas desde diversos marcos conceptuales e, incluso, ser aplicadas tanto en contextos grupales como individuales, mediando modificaciones para adecuarlas al contexto y los objetivos a trabajar. Por lo tanto, las técnicas aquí propuestas no provienen exclusivamente de un enfoque teórico, pese a lo cual en este texto son planteadas en consideración de objetivos concordantes con los planteamientos de una perspectiva sistémica relacional. No obstante, la última técnica descrita, el Bosque de la vida, ha sido ampliamente desarrollada desde el Modelo Narrativo, presentando un sustento teórico desde aquella línea.

1. El Logotipo:

Tipo de técnica: De presentación.

Descripción: Inicialmente se comenta qué son los logotipos dando como ejemplos los logos de empresas, instituciones y grandes marcas. Luego, se solicita que cada integrante del grupo dibuje un símbolo que le identifique, explicitando que no es relevante la calidad del dibujo sino lo que desea expresar con él. Finalmente, se invita a cada participante a que muestre el logo que ha construido y explique qué representa respecto de sí mismo.

Objetivo:

- Facilitar la presentación entre los integrantes del grupo
- Favorece la expresión de narrativas identitarias que los integrantes del grupo construyen respecto de sí mismos para presentarse ante el grupo.
-

Tiempo Aproximado: 20 a 30 minutos, dependiendo del número de participantes.

Materiales: Lápiz grafito, lápices de colores, papel.

Condiciones para su realización: Se requiere que sea propuesta en los inicios de la conformación del grupo.

Ventajas de su utilización: Es una técnica de corta duración, poca complejidad y puede adecuarse a los materiales de que se disponga, lo que facilita su ejecución y la participación de todos.

Relación con la temática de drogas: Esta técnica resulta particularmente útil en el trabajo con adolescentes, en tanto involucra capacidades simbólicas asociadas a procesos identitarios, lo cual permitiría la posibilidad de darse a conocer en el grupo, incorporando diversos aspectos relevantes de sí mismos. Esto, puede favorecer el proceso de conformación del grupo, potenciando el efecto de las intervenciones realizadas al interior de éste, así como proveer información relevante respecto de características de los integrantes, que pueden ser incorporadas posteriormente en otras

actividades asociadas de forma más directa al trabajo en torno a la prevención en consumo de drogas.

Limitaciones y/o riesgos: Existe el riesgo de que los participantes se estigmaticen entre sí a partir del símbolo que han escogido como representante de su identidad y que, por lo tanto, se relacionen entre sí desde ese estereotipo, siendo necesario amplificar las dimensiones en que se dan a conocer.

2. El Juego de las Viseras:

Tipo de técnica: Instrumental.

Descripción: Se sitúa a los participantes en un círculo en la sala. Se le pone a cada uno una etiqueta en la frente, de manera que no puedan verlas.

Hay dos alternativas en términos generales de cómo aplicar la actividad. La primera, es poner a los participantes en una situación ficticia, por ejemplo, se les comunica que tienen que planear su próxima salida a terreno. La segunda alternativa, es proponerles un tema de discusión. En ambos casos la consigna es que traten a los demás en la actividad de acuerdo a las etiquetas que tienen puestas, entendiendo que el contenido de las etiquetas se puede cambiar en función del tema que se quiera abordar. Para finalizar, se comenta cómo se ha sentido cada uno y se reflexiona en torno a lo que ha surgido a través de la dinámica.

Objetivos:

- Darse cuenta de la influencia que tienen las preconcepciones sobre los demás en las dinámicas relacionales.
- Vivenciar la presión que puede ejercer el grupo sobre los individuos, en función de los roles que se les asignan.
- Valoración de la influencia de los roles en cualquier grupo humano.
- Vivenciar las consecuencias que puede tener la categorización de las personas.
- Analizar cómo se producen las conductas en respuesta a las actitudes y demandas del grupo.

Tiempo Aproximado: 30 minutos.

Materiales: Papeles adhesivos para cada uno de los participantes con una característica o rol escrito, por ejemplo: optimista, rebelde, irresponsable, líder, marginado, experto, etc.

Condiciones para su realización: Esta es una técnica que debiera realizarse cuando los integrantes ya hayan compartido algunas instancias, de modo de favorecer la distinción entre las características personales de cada uno y las actuadas a partir de lo impuesto por las etiquetas, así como contar con una confianza grupal a la base que permita una interacción desinhibida. Requiere de una participación activa, ya que es necesario que los roles sean interpretados con suficiente claridad, para ser identificados por las otras participantes.

Ventajas de su utilización: Se necesitan pocos implementos, se puede aplicar en cualquier espacio, de corta duración y provee valioso material de análisis.

Relación con la temática de drogas: El consumo de drogas en adolescentes muchas veces surge en un contexto de influencia del grupo de pares, favoreciendo la percepción de inclusión y pertenencia. Por lo tanto, resulta importante promover una reflexión en torno a la importancia de la presión social respecto de las decisiones personales y la influencia de los estereotipos en las relaciones sociales, lo cual, por medio de esta técnica puede ocurrir de una manera práctica y directa.

Limitaciones y/o riesgos: Requiere de habilidades interpersonales para actuar y visualizar los roles representados

3. Sociodrama:

Tipo de técnica: Instrumental o para la separación de grupos.

Descripción: Se explica que se realizará una actuación, en la que se utilizarán gestos, acciones y palabras representando algún hecho de la vida real para después analizarlo.

Primero se escoge una temática, teniendo claro qué se va a representar y por qué se va a hacer.

Segundo, se da un tiempo para que los participantes conversen sobre el tema, sobre lo que conocen, cómo viven la temática, qué entienden, etc. Tercero, se construye la historia, ordenando todas las situaciones que se han conversado, de modo de crear una historia con una secuencia de hechos, y se definen los personajes, aclarando quién va a interpretar qué y en qué momento le toca actuar a cada uno. Cuarto, se ensaya lo creado y por último se presenta.

Objetivos:

- Mostrar elementos para el análisis de distintas temáticas, basándose en situaciones de la vida real.
- Facilitar la expresión de los participantes en torno a una temática.
- Vivenciar situaciones desde distintos roles.
- Analizar situaciones desde distintos puntos de vista.
- Ampliar la perspectiva respecto a un hecho o temática particular.

Tiempo Aproximado: 1 hora 15 minutos aproximadamente.

Materiales: Papeles y lápices para hacer carteles (por ejemplo de farmacia o supermercado). Algunos elementos que sean fáciles de encontrar que hagan más real la actuación (sombreros, pañuelos, chaqueta, cartera). En cada caso dependerá de la situación que se esté representando.

Condiciones para su realización: Esta actividad se puede utilizar para profundizar sobre una temática, realizar un diagnóstico en torno a un tema o como una actividad de síntesis o cierre, para ver a qué conclusiones se han llegado. Es importante contar con el tiempo y con un espacio amplio para favorecer el desarrollo óptimo de la actividad. Los participantes tienen que ser propositivos y activos. Debido al carácter de la actividad es necesario que exista cohesión grupal y que se conozcan entre sus miembros para propiciar la desinhibición de sus miembros.

Ventajas de su utilización: es una actividad muy lúdica y activa, que favorece la participación de todos quienes conforman el grupo.

Relación con la temática de drogas: Dependiendo de con qué objetivo se realice la dinámica puede ser útil de distintas formas. Sin duda es una técnica que hará que aparezcan elementos novedosos para los integrantes, permitiéndoles analizar situaciones desde puntos de vista divergentes, de modo que puede ser provechoso intencionar su uso asociado a experiencias de consumo de drogas. Además, provee al interventor o facilitador de múltiples claves e información que por ser externo al grupo es probable que no tenga acceso de otra manera. Es una oportunidad de vivenciar la temática desde un rol con el que no empatizan frecuentemente, por ejemplo, desde padres o profesores, lo que expande la visión reducida que puede tener el adolescente de la situación.

Limitaciones y/o riesgos: Es una actividad que demanda mucha energía y requiere de una alta desinhibición de los integrantes, por lo que participantes más inhibidos o que no les acomode la exposición pública podrían restarse de la actividad. Además, pueden surgir conflictos en la creación de la representación

4. Collage Grupal:

Tipo de técnica: Instrumental o para la separación de grupos.

Descripción: Esta técnica gráfica consiste en la construcción de un cuadro unificado a partir del uso de múltiples elementos como fotografías, recortes, pintura, telas, plastilina, figuras, etc., lo necesario para producir un cuadro o cartel que se construya en torno a un concepto, por ejemplo, las fortalezas, los recursos, lo que lograron como grupo, los miedos, lo que comparte el grupo, entre otras posibilidades. La temática puede variar según la necesidad del proceso en que el grupo se encuentra.

Se sugiere que sea realizado máximo por 8 personas, si se tiene un grupo mayor a dicho número se pueden subdividir. Al término del collage se sugiere que cada grupo exponga su trabajo y comente los principales elementos que allí aparecen y el significado que han atribuido a dicho elemento, en relación al grupo y a la temática que abordaron.

Objetivo:

Motivar y fortalecer el trabajo conjunto entre los miembros de un grupo, buscando que cada miembro aporte en la construcción de la identidad grupal.

Tiempo Aproximado: 1 hora (en una o dos sesiones grupales)

Materiales:

- Pliegos de cartulina o cartón forrado (para la base del collage), tijeras, papel de múltiples colores y tipos (metálico, crepé, volantín, lustre, etc.), revistas de distintas temáticas (se pueden dar los recortes ya hechos, reunidos en sobres, según categorías como: género, hábitos, deportes, recreación, etc.), pegamento; lanas, telas, mostacillas, lentejuelas, glitter, etc.
- Artículos personales o fotografías (por ejemplo, fotografías del grupo o de sus miembros).

Condiciones para su realización: Es necesario que ya tengan un proceso grupal en curso, para que exista una discusión previa que respalde la temática que irán representando en el collage, por ejemplo, que tengan claras sus características o sus conflictos principales.

Ventajas de su utilización: Permite la libre expresión de los integrantes del grupo, pues se puede incorporar cualquier elemento que resulte significativo para simbolizar o comunicar algo respecto a la temática que los convoca. Es una actividad que incentiva la creatividad de los participantes.

Relación con la temática de drogas: En el trabajo con la temática de consumo de drogas con niños y jóvenes es necesario contar con técnicas que no refieran sólo a una expresión verbal, es decir, facilitar una expresión plástica que permita el despliegue de los recursos manuales y creativos. Esto cobra mayor relevancia en el marco del trabajo preventivo asociado al consumo de drogas, en tanto la expresión verbal implica mecanismos más conscientes y susceptibles de ser controlados, pudiendo verse una mayor influencia de la deseabilidad social y las relaciones con pares en los contenidos compartidos, lo cual podría verse reducido por medio de otras formas de expresión.

Limitaciones y/o riesgos: Su ejecución requiere de una diversidad de materiales. Existe el riesgo de que no exista un acuerdo sobre cómo generar el collage y, por lo tanto, se visualicen o acentúen conflictos en el grupo.

5. Escultura:

Tipo de técnica: Instrumental o para la separación de grupos.

Descripción: Se explica que se realizará una escultura con los miembros del grupo y se le pide a uno de ellos que sea el/la “escultor/a”. Se aclara que la escultura es sólo un aspecto de lo que la persona identifica o quiere mostrar del grupo y que es un regalo al grupo, por lo que se espera que los participantes estén dispuestos a ser usados por el otro en beneficio del ejercicio.

Se pide al/la escultor/a que piense en una imagen que le gustaría mostrar del grupo y se le explica que no es necesario que utilice a todos, sino sólo a quienes considere necesario. Cuando el/la escultor/a escoge a las personas que serán parte de la escultura, les explica a quién están representando y los ubica en el escenario, indicándoles dónde y cómo poner cada una de las partes de su cuerpo, donde tienen que mirar, con qué expresión, etc. Los participantes no deben hacer nada que no sea indicado por el/la escultor/a. Cuando ya va construyendo la escultura, el/la escultor/a puede ir cambiando algunos detalles en posiciones, distancias o lo que él/ella considere necesario para terminarla. Una vez terminada la escultura, se pide que todos la observen en silencio por 30 segundos al menos. Se le pregunta a la persona que hizo la escultura si le parece que está bien o si necesita mover a alguien un poco. Por último, el/la escultor/a deberá tocar a cada uno de las personas de la escultura, otorgándoles la voz, por lo tanto la persona tiene que decir “soy...y me siento...” interpretando a la persona que está representando en la escultura. Cuando el/la escultor/a deje de tocar a la persona, ésta ya no tendrá más voz, por lo tanto deberá dejar de hablar. La escultura se termina cuando la persona que la creó se pone en su posición. Luego de la actividad se piden impresiones, se conversa sobre qué le pareció al creador de la escultura, cómo se sintió, etc.

Objetivos:

- Representar simbólicamente las relaciones entre los miembros del grupo a través de la formación de una escultura con personas.
- Mostrar las posiciones emocionales de cada miembro del grupo con respecto de los otros desde la visión de uno de sus integrantes.

Tiempo Aproximado: 1 hora.

Materiales: No requiere. Sólo se debe contar con un espacio amplio y despejado.

Condiciones para su realización: Para llevar a cabo esta técnica, el grupo tiene que conocerse y ya llevar un proceso, existiendo cierta consolidación grupal, ya que la actividad implica una representación de sus relaciones.

Ventajas de su utilización: No requiere de materiales, habitualmente resulta novedosa para sus participantes y puede ser fácilmente modificada si se pretende profundizar en otras temáticas.

Relación con la temática de drogas: Al igual que con la técnica del collage grupal, esta técnica permite trabajar desde una perspectiva más emocional y simbólica, lo que facilita la aparición de distintos elementos que de otra forma tal vez no estarían presentes, ya que se busca indagar en lo que no se ha dicho.

Limitaciones y/o riesgos: es una técnica que requiere de mucha paciencia y respeto hacia el compañero que está esculpiendo, además de estar dispuesto a ser dirigido por otro, por lo que si el grupo es inquieto, es probable que la actividad se desenvuelva con interrupciones.

6. *El Bosque de la Vida*¹⁴¹:

Es una técnica narrativa, asociada a la técnica del Árbol de la Vida, por lo que es necesario que los integrantes del grupo hayan construido su árbol de la vida, ya sea como parte de un trabajo individual o grupal, de modo que cada integrante ya cuente con un dibujo de su árbol de la vida.

Tipo de técnica: Instrumental

Descripción: El bosque es una metáfora del grupo, de tal manera que el Bosque de la Vida es una metáfora visual de la diversidad y la unión grupal: si bien todos y cada uno de los integrantes del grupo son distintos, se reúnen en un bosque. Así es posible visualizar cómo cada árbol hace una contribución al bosque. Por ello es esencial que el monitor grupal motive la expresión del aporte que cada árbol hace al bosque, al grupo.

Antes de comenzar se solicita a cada uno de los integrantes del grupo que pegue su árbol en una pared de la sala en que se trabajará. Todos los árboles han de estar a la vista.

Momento 1: A partir de la indagación grupal, utilizando la metáfora de bosque, se exploran los peligros a los que se exponen los adolescentes y los efectos que éstos les generan.

¹⁴¹ Ídem.

Esta técnica tiene como premisa básica que: *Todos tienen dificultades similares, no son tan extraños, ni débiles, raros, o enfermos.*

El objetivo de la técnica es explorar y distinguir los peligros o dificultades que enfrentan los adolescentes, siendo éstos significados como *Tormentas*. Pueden dibujar la tormenta, escribiendo en ella las dificultades que representa, por ejemplo: un rayo o nubes negras, un trueno, etc. Cada dibujo deberá agregarse a la pared en que se encuentran los árboles.

Momento 2: Una vez que se han reconocido las tormentas es necesario explorar cuáles son los *efectos* que éstas tienen en la vida de los jóvenes. En este punto es importante que el monitor grupal distinga claramente entre las tormentas y los efectos en los árboles, es decir, las dificultades NO son de los jóvenes aunque tiene efectos en ellos.

Momento 3: Dado que los adolescentes no son pasivos ante los efectos de las dificultades, es necesario explorar e identificar ahora los *Recursos* con que cuentan, qué hacen ante la tormenta, cómo la enfrentan y cómo enfrentan sus efectos: ¿Qué cosas del bosque y del árbol los ayudan a protegerse de la tormenta? (p.e. unión de árboles); aquí se puede incorporar una variante: introducir a los animales como modo de ampliar posibilidades de significación: ¿Cuándo la tormenta llega al bosque, que hacen los animales del bosque?. Aquí se puede optar por construir una lista de animales y las habilidades que el grupo identifica en cada uno de ellos, o bien, dibujar los animales, escribiendo las habilidades que representan cada uno de ellos, y pegarlos luego en la pared junto a los árboles.

Objetivos:

- Identificar riesgos que enfrentan los miembros del grupo, es decir, los “peligros del bosque”
- Identificar los recursos con que cuentan para enfrentar los efectos que dichos peligros tienen en el grupo y en cada uno de sus miembros.

Tiempo Aproximado: 30 minutos.

Materiales: Árboles de la vida ya contruidos, hojas de block o cartulinas, lápices y plumones de distintos colores, cinta adhesiva, tijeras.

Condiciones para su realización: Presencia de procesos de grupo de cohesión y pertenencia. Cada participante, además, debe haber realizado su Árbol de la Vida, siguiendo las indicaciones descritas en el apartado de técnicas para el trabajo con adolescentes, presente en este Manual.

Ventajas de su utilización: es una actividad de corta duración y lúdica. Al ser metafórica puede llegar de una forma más efectiva a los jóvenes para identificar los riesgos y fortalezas.

Relación con la temática de drogas: En el trabajo con los adolescentes en temáticas de drogas, es necesario que se identifiquen los riesgos que pueden tener en relación al consumo de drogas y fortalezas con las que cuentan tanto a nivel individual como grupal para enfrentarse a esta temática. De acuerdo al procedimiento aquí descrito, esta dinámica permite también externalizar las dificultades que se identifiquen, lo que favorece el enfrentamiento activo de éstas.

Limitaciones y/o riesgos: Se requiere de un trabajo previo con los participantes en su elaboración del Árbol de la Vida, lo que hace que su aplicación se vea limitada por este prerrequisito. Por el tinte metafórico de la actividad (bosques, tormentas), no es recomendable aplicarlo a adolescentes menores de 15 años, ya que se requieren habilidades de simbolización y abstracción aún no desarrolladas por niños más pequeños.

Reflexiones finales

La escritura permite acceder desde el autor al lector una supuesta claridad respecto de lo que se dice y se debe hacer. Sin embargo también sabemos que la escritura no puede contener todo el significado, ni siquiera el de las palabras mismas. Nada puede garantizar que el lector podrá dotar a las palabras con el mismo significado que fue atribuido en su origen. Quien sea el lector de este documento ha de tener claridad sobre esto y entonces debe encontrarse en disposición de enfrentarse a un texto que requiere de otro para que tenga vida, para que tenga uso, para que pueda tornarse útil. Si pensamos en la forma en que este compilado de escritos tenga uso, entonces aparece la figura de un lector inquieto que está en el territorio del trabajo social, en busca de lineamientos para su desarrollo y no en busca de indicaciones para su ejecución.

Es así como se ha elaborado un documento que tiene amplias posibilidades en relación al trabajo en prevención selectiva e intervención temprana, todas las cuales tienen un rendimiento que va acompañado de una acción que se inicia con la lectura y que no está descrita a priori.

Uno de los elementos centrales de la acción posible que se desprende del texto entonces tiene que ver con la relación entre lo que se plantea en términos teóricos, explicativos, con lo que se plantea en términos práctico y concretos, una clásica conjunción que no siempre está presente y que se transforma en una frecuente demanda para los procesos de aprendizaje asociado a la formación de operadores sociales, profesionales de campo en el trabajo social cotidiano. Sin embargo ¿Qué podría faltar entre las definiciones teóricas (explicativas) y las sugerencias técnicas (concretas)? Precisamente eso, un modelo de intervención. El problema no está en que los Programas sociales, como éste que se desarrolla en el texto, dispongan de un modelo de intervención, sino más bien en que el modelo requiere de un autor, un responsable entre la conexión teórico-práctica, un intermedio entre lo que se explica de la realidad y aquello que se sugiere hacer. En ese caso es el lector quien debe ocupar ese lugar e imponer (no puede ser de otra forma) un sello para la realización de un proceso que cubre todos estos niveles. Nótese que el ingreso de un actor (en primera persona) para la realización de este proceso involucra además un contexto, que es aquel escenario donde ese actor en particular habita. La invitación que se desprende de esto es el ubicarse como lector en el intermedio entre lo que se ha establecido en términos teóricos y lo que se ha sugerido en términos prácticos, instalando así un modelo de autoría propia y con las condicionantes de su propio contexto, sólo eso dotará de significado a la escritura de este documento y dará sentido a cada palabra.

Otro elemento a considerar está en la posibilidad que entrega este documento (y la escritura en general) de ser usado de manera plástica. Esto requiere un abandono de pensar un texto como un manual de herramientas o un manual de procedimientos, donde se toma aquello que se requiere, se abre la página correspondiente y se aplica lo que se necesita. Es precisamente la aplicación la que no se puede realizar de manera rígida o pretendiendo un uso irrestricto sin flexibilidad alguna. El documento de trabajo aquí elaborado no contiene respuestas ni indicaciones, como se habrá podido notar, pero sí una serie de descripciones que, usadas de manera plástica, pueden transformarse en respuestas en la medida en que no se apliquen, sino que se consideren como punto de partida de un proceso reflexivo. La diferencia estará ahora (respecto del momento en que no se cuenta con un documento de trabajo) en el hecho de que un ulterior condimento

para el proceso reflexivo de este tipo, debiera garantizar que el resultado de dicho proceso contenga novedades que se desplieguen en una manera diferente de hacer las cosas.

Un tercer elemento, valorado ya por quienes han podido participar de esta elaboración y quienes han compartido su primera lectura, tiene que ver con la necesidad de incorporar una *disposición* para el trabajo de los profesionales de campo en el trabajo social. Esta *disposición* no figura como un lugar desde dónde proceder y de la cual no se puede salir, no es una posición de observador, ni una posición de monitoreo o control, se trata de lo que acostumbramos a llamar como *actitud*. Esto debe representar un movimiento particular, además de una posición que se transforma en una tendencia a situarse física anímica y relacionamente desde un enfoque que vaya en beneficio (siempre) de una movilización o des-sedimentación de aquello que se está enfrentando. La actitud de un operador social se ve acompañada de este documento de trabajo y con él, orienta sus acciones hacia una pretendida movilidad que desentrampe cuando sea necesario y que inquiete aun cuando todo esté en su curso normal.

Por otra parte y sin ánimo de justificar eventuales quiebres epistemológicos entre algunos de los paradigmas desde donde se presentan las diferentes temáticas en este documento, es necesario anteponer una consideración de tipo meta teórica, o si se quiere una observación de segundo orden, que permita visualizar la relación posible entre las diferentes perspectivas que se han entremezclado en el documento. Se tiene definiciones y sugerencias que provienen, por ejemplo, de un paradigma biológico, donde se describen explicaciones del consumo que están fuertemente asentadas en la biología y, al mismo tiempo, se tienen definiciones y sugerencias que están asentadas en una perspectiva relacional contextual. Esto no debe hacer entrar al lector, se espera, en una discusión bizantina entre las explicaciones hereditarias y las explicaciones ambientales. No ha sido materia de este documento una discusión acabada sobre la constitución del sujeto o su desarrollo como ciclo evolutivo del ser humano, pero más allá de aquello se ha considerado pertinente incluir perspectivas diferentes, que se asumen como complementarias más que contradictorias, en la medida que hagan calzar, nuevamente, de manera reflexiva y en conformidad a la situación que se pretende analizar. Es así como en el documento se han presentado paradigmas que no tienen directa sintonía si se sitúan al mismo nivel, pero si se ubican, al momento de la intervención, como colaboradores en una comprensión de aquello que se tiene en frente, pueden perfectamente contribuir a una integralidad que muchas veces, por entregarse a la discusión bizantina, no se logra. La posibilidad de ubicar al modelo biopsicosocial a la base de la comprensión de la prevención del consumo de drogas, permite también ubicar a los modelos neurobiológicos, contextuales y singulares (donde está la inclusión de la familia y la identidad del adolescente) como perspectivas auspiciosamente complementarias.