

Prevención Selectiva e Indicada del Consumo de Drogas y Alcohol con Enfoque de Redes

“Con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supone utilizar en español vocablos tales como o/a, os/as, es/as, para marcar que nos estamos refiriendo tanto a hombres como a mujeres, se ha optado por utilizar el masculino genérico, en el entendido que todas las menciones van dirigidas a ambos, a hombres y a mujeres”.

Prevención selectiva e indica del consumo de drogas y alcohol con enfoque de redes

Área Técnica en Prevención, División Programática
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol,
SENDA
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile

Santiago, Chile
2015

© SENDA
Registro de Propiedad Intelectual N°: 257.714
ISBN: 978-956-9141-31-7

Autores

Francisco Javier Ugarte Reyes
Carolina Delgado Mella
Claudio Cristián Altamirano Cordero

*Publicación en proceso de edición e impresión

Índice

Introducción	6
REVISIÓN DE LOS CONCEPTOS Y MARCOS TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAN LA PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA DESDE UN ENFOQUE COMUNITARIO DE PREVENCIÓN	9
Valores de consumo, juventudes y vulnerabilidades	10
Construcción social de la juventud	16
Demografía y desarrollo de los jóvenes	16
Adultocentrismo y juventud.....	21
Ciclo vital y consumo de drogas	23
Niñez y política pública de salud	32
Determinantes sociales de la salud de los niños, niñas y jóvenes	34
Género y consumo de drogas	44
Exclusión y diversidad cultural	54
Pueblos indígenas, migraciones y abordaje intercultural	57
La diversidad cultural y las políticas del Estado: un cambio paradigmático	59
El trauma histórico de los pueblos originarios.....	59
La inmigración y la salud de los migrantes.....	63
Una interculturalidad para todos.....	67
La doble pertenencia cultural de niños, niñas y jóvenes de origen indígena y migrante	69
Objetivos interculturales para un programa de prevención comunitaria	73
Territorios y marcadores identitarios	75
Salud, bienestar y condiciones de desarrollo en la comunidad	80
Suministros para el bienestar.....	81
La vulnerabilidad relacional	86
Comunidad, contexto y consumo de drogas.....	93
Prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol	99
Comunidades y conocimientos sobre el fenómeno del consumo de drogas	104
Influencia y vínculo social: Narrativas comunitarias para la prevención	105
Abordaje selectivo del consumo de drogas en niños, niñas y jóvenes	110
Prevención selectiva con enfoque psicoeducativo	116

REVISIÓN DE LOS EJES, PROCESOS Y METODOLOGÍAS DE LA PREVENCIÓN SELECTIVA CON ENFOQUE DE REDES.....	122
Ejes de prevención selectiva con niños, niñas y jóvenes	123
1) Valores de consumo.....	123
2) Autonomía del cuidado y la salud.....	126
3) Ciudadanía y participación social.....	129
4) Diversidad	131
5) Redes comunitarias de niños, niñas y jóvenes.....	133
6) Formas de convivencia.....	135
7) Relaciones inter-generacionales.....	137
Etapas generales de la prevención selectiva e indicada	140
Prevención indicada con enfoque de redes.....	151
Entrada a la prevención indicada	154
Pesquisa.....	155
Sospecha de consumo.....	156
Evaluación y planificación de la intervención	157
Evaluación	157
Toma de decisiones en el equipo.....	160
Confirmación de la sospecha diagnóstica	161
Desarrollo de la Prevención Indicada.....	164
Metodología de intervención para la prevención indicada	167
Primer eje de intervención indicado: Cambio en la conducta de consumo	173
Segundo eje de intervención indicado: Comunidades y redes	181
Metodología anexa: Intervención en Crisis.....	190
Metodología anexa: Estrategias de intervención breve	196
Metodología Anexa: Evaluación de la intervención con enfoque de redes	199
Evaluación de los resultados.....	199
Niveles de Impacto.....	200
Procesamiento del sociograma	206
Análisis Individual.....	207
Análisis Colectivo.....	207
Construcción del Sociograma.....	211

Ejemplo de sociograma	212
Sistematización de Respuestas	213
Ingreso de datos UCINET 6.....	217
Llenado de las pautas de evaluación.....	231
Sociometría y recursos socio-comunitarios para la prevención indicada.....	234
Motivación para la ampliación de las redes socio-comunitarias	237
Bibliografía	240

Introducción

El presente documento, denominado “Prevención selectiva e indicada del consumo de drogas y alcohol con enfoque de redes”, constituye un abordaje comunitario que apunta al **mejoramiento de las relaciones que entablan los niños, niñas y jóvenes con su entorno sociocultural**, ya sea a nivel de pares, familia, vecinos, barrio, comuna o sociedad en general, propiciando la emergencia de soportes sociales, valores y actitudes orientadas a la salud y el bienestar.

El programa nacional de prevención comunitaria constituye una forma de intervenir los barrios más vulnerables del país, que incorpora conceptos y metodologías centradas en la prevención **ambiental** (Ej. movilización comunitaria, fortalecimiento de organizaciones, emergencia de grupos motores y desarrollo de actividades recreativas alternativas al consumo de drogas), **universal** (Ej. actividades para padres, entrega de información y generación de actividades para los niños, niñas y jóvenes del barrio gestionadas por los propios padres), y también **selectiva e indicada**. Esta última línea de intervención incorpora una mirada de determinantes sociales de la salud para apuntar a riesgos específicos que afectan a personas o grupos de la comunidad.

Para entender estos riesgos específicos y elaborar abordajes adecuados es necesario ampliar la mirada de la prevención, evitar la implementación de iniciativas inespecíficas y concentrar los esfuerzos de los equipos en la **observación de las condiciones de vida o las características de las personas o grupos que las exponen a un mayor riesgo frente al consumo de drogas**, ya sea a nivel de causas (¿Qué características o condiciones derivan en el consumo?) o efectos (¿Qué efectos tiene el consumo en función de dichas características o condiciones específicas?).

El *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), agencia descentralizada de la unión europea para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia científica, recomienda este mismo foco, proponiendo el abordaje de condiciones específicas de riesgo tales como: niños, niñas y jóvenes con riesgo de abandonar el colegio, estudiantes con problemas sociales y académicos, inmigrantes, grupos étnicos, jóvenes sin hogar, jóvenes infractores de ley, jóvenes en centros o programas de protección, jóvenes residentes en barrios vulnerables, conflictos y negligencias familiares, familias con problemas de justicia criminal, familias con problemas de salud mental o familias de grupos étnicos minoritarios en marginalidad.

Entendiendo lo anterior, la presente orientación técnica busca acompañar a los equipos de intervención para que estos puedan observar e intervenir **riesgos específicos** de niños, niñas y jóvenes a nivel individual o grupal, con un fuerte énfasis en la vulnerabilidad barrial, el género, el desgaste familiar y la diversidad cultural.

La metodología propuesta a continuación supone el aprovechamiento de los procesos de movilización, y trabajo con las familias a nivel comunitario, que se han orientado anteriormente en los libros *“Modelo para la prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol”* y *“Estrategias comunitarias y familiares de prevención del consumo de drogas y alcohol”*.

A partir de dichos procesos preliminares de vinculación, se orienta un proceso de observación de los riesgos específicos que afectan a distintos jóvenes o grupo de jóvenes presentes en los barrios. Estos grupos, con los que se trabajará en promedio 8 meses, podrán estar compuestos a su vez de 2 a 4 sub-grupos que responden a vulnerabilidades específicas, por ejemplo, cinco jóvenes migrantes que presentan altos niveles de estrés asociado al ciclo migratorio, 8 adolescentes que asisten regularmente a fiestas o clubes nocturnos e incurrir en conductas de riesgo, cinco niños que presentan dificultades en el colegio, y cinco jóvenes de 17 años que abandonaron el colegio y se encuentran alejados de los servicios sociales.

Con cada uno de estos grupos y sub-grupos se desarrollarán actividades específicas en función del riesgo que se busca disminuir, sin embargo, el foco central de todas las acciones será el fortalecimiento de redes de soporte procurando que los **aprendizajes y logros preventivos sean colectivos y sostenibles**. Así, las actividades deberán poner énfasis en el entorno comunitario, es decir, en la reflexión, observación e intervención del espacio colectivo que estos grupos de niños, niñas y jóvenes comparten con otros.

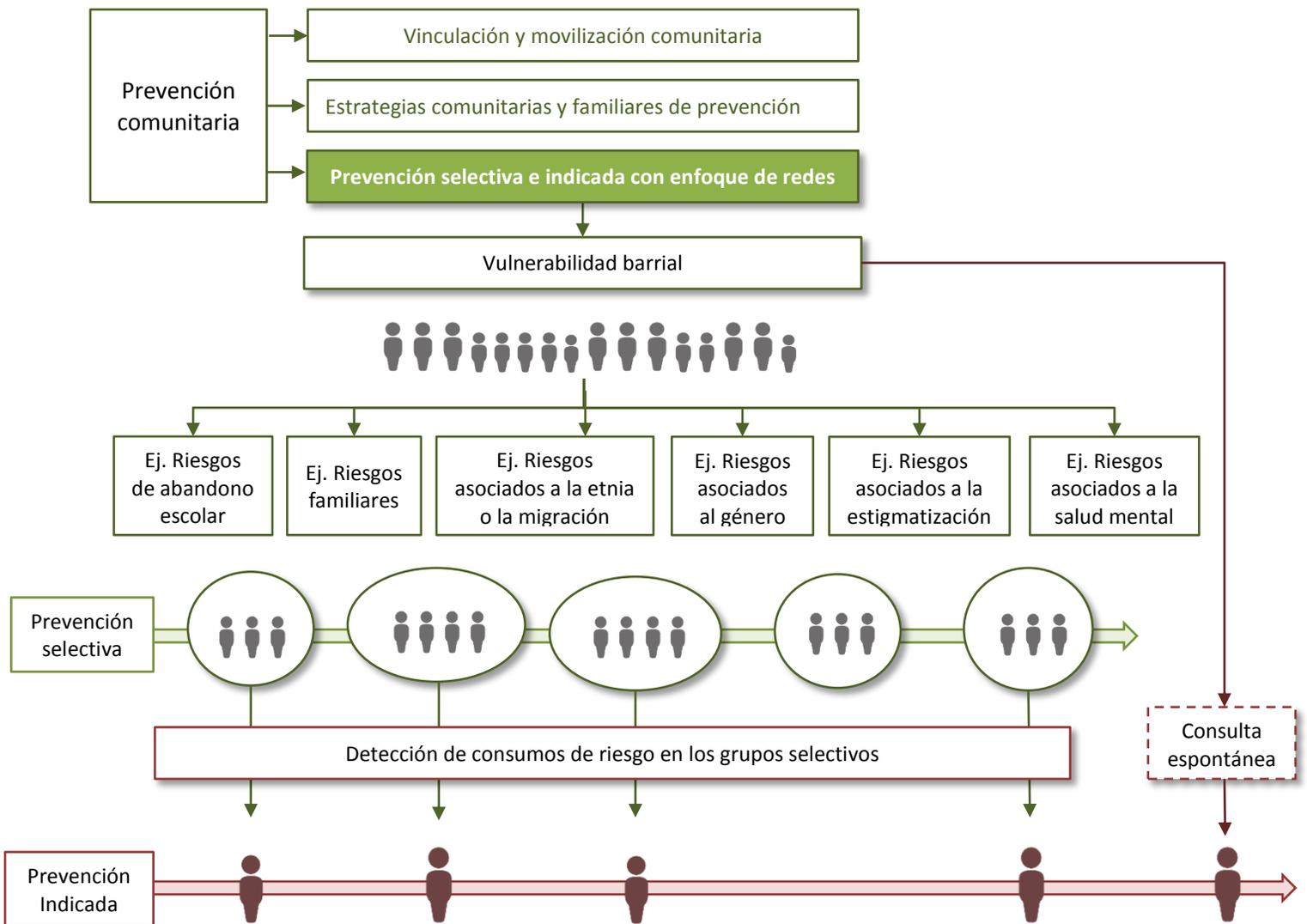
Por otro lado, durante el desarrollo de estas actividades es posible observar y detectar tempranamente conductas de consumo en los niños, niñas y jóvenes participantes. Esta detección temprana deberá acompañarse de la aplicación de un instrumento que evalúe el riesgo de dicho consumo¹, y, en función de su resultado, se implementará un **abordaje indicado que apunta a la estabilización y suspensión de dicho consumo**. Si el consumo de drogas que presenta el niño, niñas o joven es problemático, es decir, cumple con los criterios de consumo perjudicial o dependiente, entonces los profesionales a cargo de la intervención desarrollarán un procedimiento de referencia asistida que incluye el contacto con los servicios de tratamiento más cercanos y la confección de un plan de acompañamiento permanente del caso en el barrio. Este último punto es fundamental, puesto que aunque el niño, niña o joven ingrese a tratamiento, el equipo podrá sostener un trabajo complementario que incluye su participación en las actividades de prevención selectiva.

Además del ingreso ideal por medio del trabajo selectivo, es necesario contemplar el ingreso a prevención indicada por medio de **consulta espontánea**. Si bien la prevención selectiva asegura un proceso de motivación y vinculación entre los profesionales de prevención y los niños, niñas y jóvenes que permite un trabajo óptimo, en la eventualidad de requerirse un abordaje indicado, la consulta espontánea y la constatación de una necesidad de intervención (que se acompaña de un nivel de motivación mínimo requerido), constituye también un mecanismo para el ingreso a este nivel de trabajo.

Así, la prevención selectiva e indicada con enfoque de redes busca fortalecer los factores protectores de poblaciones específicas de niños, niñas y jóvenes en riesgo de desarrollar consumo (selectivo) o consumo problemático (indicado) en barrios con altos niveles de vulnerabilidad social.

¹ Se recomienda el DEP-ADO (RISQ, Germain, M; Guyon, L; Landry, M; Tremblay, J; Brunelle, N; Bengeron, J), sin embargo, es posible utilizar otros instrumentos de screening que también distingan tipo de consumo y permitan organizar la intervención de acuerdo a las necesidades de cada usuario.

Sus resultados serán evaluados en función del fortalecimiento de las redes socio-comunitarias de los usuarios (sociometría), y el cambio en la actitud (percepción y gestión de riesgos) y la conducta (Retrasar, estabilizar, minimizar y suspender) de aquellos que ya se encuentran consumiendo drogas en un nivel de riesgo moderado (no alcanzan criterios de ingreso a tratamiento). A continuación se presenta un esquema que resume la distribución de la población objetivo de la prevención selectiva e indicada en barrios:



**REVISIÓN DE LOS CONCEPTOS Y
MARCOS TEÓRICOS QUE
FUNDAMENTAN LA PREVENCIÓN
SELECTIVA E INDICADA DESDE UN
ENFOQUE COMUNITARIO DE
PREVENCIÓN**

Valores de consumo, juventudes y vulnerabilidades

El consumo de drogas constituye una práctica que varía constantemente, ya sea a nivel de las situaciones de uso, accesos, masividad, significados para los consumidores, consecuencias del consumo o respuestas de parte de la política pública para contener sus efectos negativos a nivel biológico, psicológico o social. Estos cambios no son aleatorios sino que están determinados por **valores socioculturales, opiniones, evidencias, intereses o discursos que acompañan su inclusión o exclusión en la experiencia cotidiana de las personas y las comunidades**, afectando de manera diferente a los distintos sectores de la sociedad en función de sus recursos materiales y simbólicos.

Las características positivas o negativas del consumo de drogas configuran una controversia científica-pública, en la que participan científicos, políticos, interventores sociales, organizaciones de consumidores, hacedores de política pública, fuerzas de orden, ex-consumidores, entre otros muchos, que buscan **cambiar las definiciones que configuran el estatus normativo y valorativo del consumo de drogas**. A diferencia de otros problemas manifiestos o potenciales para la salud, el consumo de drogas mantiene un alto nivel de polarización discursiva que reproduce una distancia importante entre las políticas de prevención, rehabilitación e integración social, y los consumidores, quienes pueden incluso negar las consecuencias negativas de sus prácticas de consumo, especialmente al momento de enfrentar abordajes preventivos.

A pesar de la **gran cantidad de evidencia que emana de la comunidad científica para definir el riesgo al que están expuestas las personas que consumen drogas como la marihuana**, especialmente en el caso de los niños, niñas, adolescentes o jóvenes, las controversias públicas pueden tender a disminuir el peso relativo de dichos argumentos para priorizar otras fuentes de información masiva como es la televisión. Mediante el conocimiento e intervención de estas controversias, la política pública puede actuar de manera efectiva para que la salud de la ciudadanía esté fundada en bases científicas, asegurando que las personas más vulnerables cuenten con un marco de seguridades mínimas para el bienestar.

Entendiendo lo anterior, la posición que alcanzan los distintos actores sociales en la controversia del consumo de drogas no se sostiene sólo en el acto de aunar y consensuar definiciones o valoraciones dentro de un grupo específico, ya sea entre los que promueven el rechazo al consumo o bien entre los que lo defienden, sino que existen múltiples **mecanismos sociales que vuelven efectivos estos discursos y profundizan la contradicción entre ambas posiciones**.

La socialización rápida y efectiva de significados que posibilitan los medios de comunicación conlleva una utilización indiscriminada de parte de los distintos actores interesados en intervenir la valoración general del consumo de drogas. Por una parte nos encontramos con una **amplia estrategia comunicacional que atribuye valores positivos al consumo de drogas**: diversión, sexo, juventud, sinceridad y confianza entre pares, éxito económico, paisajes exóticos, aventura, entre otros múltiples elementos que socializan expectativas positivas hacia el uso de sustancias (Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha, 2010). Por otro lado, se desarrolla

masivamente una **mirada negativa del consumo de drogas, especialmente cercana a la seguridad pública**, en la que el consumidor de drogas es definido como una persona impredecible e irresponsable, frente a la cual hay que sentir temor y es necesario utilizar mecanismos punitivos de control, **promoviendo la estigmatización, la discriminación y un rechazo social generalizado que deviene muchas veces en una resistencia de los consumidores problemáticos a solicitar ayuda cuando la requieren**. Sobre este último punto, Hatzenbuehler et al. (2013) señalan:

“Una extensa literatura documenta los efectos saludables de los soportes sociales, sugiriendo que el aislamiento social puede ser el camino por el cual el estigma se conecta con la salud de la población” (p.4) (Traducción Unidad Comunitaria, Área de Prevención, SENDA)

De este modo, la actitud promotora del consumo se ancla fundamentalmente en el discurso de las subjetividades, los proyectos emancipadores individuales, la libertad de elección y la disolución de meta-relatos ético-morales asociados al bienestar (cada uno con sus gustos y preferencias), mientras que por otro lado se presenta el discurso de una sociedad controladora, represora, que debe hacer frente a personas que atentan contra la libertad de la mayoría.

En este proceso de polarización se pierde el espacio en el que se desarrollan las políticas públicas actuales, el espacio de la **reivindicación de derechos sostenidos en el conocimiento y la gestión de los riesgos que afectan de manera diferenciada a la población**. En este plano la discusión toma matices localizados y específicos que impiden un abordaje etéreo centrado en la dualidad ideológica del sujeto enfrentado a la sociedad. Por el contrario, la discusión sobre la salud de la población interpela a todos los actores de la sociedad, no sólo a aquellos interesados en consumir o reprimir, movilizándolo los conocimientos más acabados en la materia discutida para asegurar el bienestar de la población, en este caso, los estudios científicos sobre los perjuicios y beneficios del consumo de drogas.

Uno de los procesos más perjudiciales asociados a la legitimación social y cultural del consumo de drogas al margen de la evidencia científica es la difusión de un supuesto **consumo masivo y normalizado de parte de los jóvenes**. Una parte importante de este sector de la población crece pensando que en su tránsito hacia la adultez el consumo abusivo de sustancias constituye un medio legítimo, o incluso esperable, para independizarse, explorar el mundo, fortalecer lazos con sus pares, buscar encuentros sexuales, o lograr aventuras atractivas en el sentido opuesto a la conformidad o la monotonía del mundo adulto o de la sociedad tradicional. La efectividad de los mensajes promotores del consumo de drogas en las películas ha sido confirmada en estudios provenientes de Reino Unido, Estados Unidos y la Unión Europea. Waylen et al. (2015) señalan:

“Encontramos una asociación, entre el AUF (Alcohol Use on Films- Uso de Alcohol en Películas) y la conducta de tomar alcohol entre los jóvenes de Reino Unido, que es consistente con otros estudios estadounidenses y europeos. Esto sugiere que la evidencia en la literatura es robusta y debería motivar acciones concretas. Dada la casi universal exposición al AUF, reportada en este estudio, y sus asociaciones con el uso de alcohol en adolescentes, atracones de alcohol, y

problemas derivados de este consumo, sería prudente, para los investigadores, el desarrollo de intervenciones basadas en restricciones familiares hacia los medios de comunicación dirigidos hacia los niños y adolescentes, y la categorización de las películas con representaciones de alcohol en el nivel de adultos, tal como se hace con las películas de extrema violencia” (p.7)
(Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

La construcción de un imaginario colectivo asociado al consumo de drogas en los jóvenes, sustentado en películas, programas televisivos o anuncios publicitarios, tiene un impacto en las formas legítimas de integración social, reproduciendo mecanismos socioculturales que los exponen a problemas de salud. Como vemos, los mecanismos que reproducen estas expectativas de conducta no provienen exclusivamente del mundo juvenil y por el contrario devienen de las **estrategias comerciales interesadas en mantener a los jóvenes en una posición precarizada desde el punto de vista sanitario**, y restringida en relación a sus potenciales de desarrollo humano. En el marco de la publicación sobre jóvenes, drogas y comunicación del observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha, Del Pueyo (2010) destaca:

“Si estamos convencidos de que todos consumen, si los jóvenes incorporan y hacen suya la idea, los que quieren sentirse integrados en el colectivo sentirán que tienen que hacerlo” (p.141)

La socialización ambivalente del consumo de drogas en jóvenes (práctica deseable y estigmatizadora a la vez) produce, además de la profecía auto-cumplida antes señalada, una serie de efectos en la manera en la que el mundo adulto se relaciona con ellos. De especial relevancia es la presión que se ejerce desde el discurso público hacia los padres y madres, quienes deben tomar un **rol preventivo marcado por la alarma y el apresuramiento, antes que por la comprensión y el fortalecimiento progresivo de sus habilidades formativas, protectoras y promotoras**. La brecha que se construye frente a un mundo juvenil supuestamente impredecible, auto-destructivo, encerrado en argumentos propios irrefutables para el mundo adulto, aporta al relevo progresivo del problema del consumo de drogas desde los padres y madres hacia las instituciones de educación, seguridad o salud, pasando por alto todos los factores ambientales y contextuales que determinan la relación problemática que algunos jóvenes establecen con las drogas. Al respecto, Del Pueyo (2010) señala:

“(…) confesaban que tenían miedo que sus hijos pequeños crecieran. Consideraban que no iban a ser capaces de apartarles del mundo de las drogas y no iban a tener argumentos para convencerles” (p.141)

Ahora bien, la alarma que apresura respuestas y genera distancias intergeneracionales con los jóvenes no se restringe al ámbito familiar sino que se expande a los demás espacios de interacción con el mundo adulto. Una vez que los medios socializan una característica uniforme de vulnerabilidad juvenil frente al consumo, el **mundo adulto genera estereotipos y se resta de las relaciones y las condiciones socioculturales que generan los problemas de consumo problemático**. En este plano, Megías (2010) subraya la siguiente actitud de los adultos:

“(…) se condiciona una reacción adulta, entre alarmada y desresponsabilizadora: los jóvenes son así, y eso es preocupante, pero es inevitable que lo sean y por tanto no queda nada que hacer” (p.9)

Las condiciones socioculturales en las que emergen estos valores son fundamentales para poder comprender la relación de los jóvenes con las drogas y las dificultades que tienen los niños y niñas para optar tempranamente por valores diferentes de convivencia y desarrollo. En un nivel macro-estructural nos encontramos con la **promoción de valores transversales de consumo desmedido, ocio poco constructivo, o exacerbación sensorial como fundamento de la diversión**, que encuentran eficiencia en los distintos actores de la sociedad, y por lo tanto influyen en sus acciones. Sin embargo, en este nivel general de promoción valorativa, la juventud se constituye como un nodo esencial para reproducir de manera efectiva estos valores, presentando a los jóvenes en un extremo del consumo, es decir, ocupando todo su tiempo, espacios, relaciones, y sentido de vida.

La juventud como motor de la sociedad de consumo constituye una de las preocupaciones de Megías (2010):

“(…) una imagen juvenil que se nutre de marcas, de ocio y de consumo, alimenta las necesidades de un modelo social en gran parte basado sobre esos mismos paradigmas” (p.9)

Una vez que la imagen juvenil delinea el polo radical del consumo desmedido, los demás actores sociales pueden posicionarse en un continuo de consumo que sopesa otros **factores sociales, culturales, económicos o políticos, que en apariencia no forman parte del mundo de los jóvenes**. El mundo adulto sí tiene responsabilidades, preocupaciones, intereses diversos o proyecciones de vida, y por lo tanto su acceso a la sociedad de consumo estará tensionada entre este plano valorativo positivo y el descontrol del mundo juvenil. Así, los jóvenes pueden estar cumpliendo la penosa tarea de expiar las culpas de la sociedad de consumo.

Este plano macro-estructural es fundamental para entender por qué los jóvenes pueden tender a definir sus prácticas en torno al consumo abusivo de sustancias como el alcohol, el tabaco, la marihuana u otras drogas ilegales. Sin embargo, estos valores tienen un correlato estructural que se juega en los valores cotidianos, más cercanos a las prácticas específicas que desarrollan los jóvenes de un barrio o de una familia en particular.

Si bien los medios de comunicación constituyen un mecanismo muy extendido y efectivo para socializar valores de consumo, las **definiciones que construyen las propias personas y comunidades en función de sus propias experiencias personales o compartidas**, suponen un medio esencial para que dichos valores tomen consistencia en las prácticas. En un contexto sociocultural carente de discursos contextualizados, los valores en bruto que promocionan los medios de comunicación alcanzan altos niveles de impacto en las prácticas, sin embargo, **un espacio de diálogo y re-significación de información de acuerdo a la realidad cotidiana de las persona constituye un mecanismo de control social valorativo igualmente efectivo**.

Las personas y las familias no construyen sus discursos o identidades en el vacío y por el contrario **el contexto sociocultural inmediato entrega claves fundamentales para legitimar o no una línea de definiciones y acciones**. El ejemplo más claro de esta influencia es la violencia como medio legítimo de formación de los niños y niñas: la sanción o la aceptación explícita o implícita de estas prácticas en el espacio público (Ej. gritos o golpes hacia el niño) son fundamentales para su reproducción o interrupción. En el plano de los valores de consumo, el control social también cumple una labor fundamental, puesto que la forma en la que se define el éxito, la diversión, el ocio, los procesos de desarrollo de las personas, o las acciones que se toman frente a determinadas prácticas de consumo en el espacio público, constituyen factores que generarán expectativas de acción, legitimarán o no ciertas prácticas, e impactarán en la construcción identidades individuales o colectivas.

Niños y niñas que crecen en contextos que legitiman el consumo abusivo entre los jóvenes, definen el descontrol como la mejor forma de pasarlo bien, o precisan el éxito como el acceso a la compra de bienes materiales, entre otros valores que se negocian en el diálogo cotidiano, están más expuestos al consumo abusivo de sustancias, en tanto **esta práctica forma parte de un marco valorativo general** que, además, encuentra sustento en los discursos macro-estructurales sobre lo que se espera de los jóvenes.

Los recursos que tienen las propias comunidades para entender y actuar frente a los valores de consumo y abuso de sustancias pueden ser pasados por alto y precarizados en la imposición de saberes expertos aplicados sin distinciones socioculturales. Esto produce un alejamiento creciente de las personas, las familias y las comunidades frente a los procesos formativos de las nuevas generaciones, dejando en instituciones formales como el colegio o los programas sociales la promoción de herramientas valorativas adecuadas para acompañar a los niños, niñas y jóvenes en la re-definición de los contenidos y los mecanismos que socializan el consumo o abuso de sustancias. De esta forma los **procesos de formación corren el riesgo de desanclarse de los saberes, prácticas, relaciones y valores contextuales que dotan de sentido el actuar cotidiano de los niños, niñas y jóvenes**, dificultando la posibilidad de sostener perspectivas colectivas, consensuadas, con historia e identidad, frente a los valores impuestos por los medios de comunicación.

La ausencia de consideraciones contextuales y socio-comunitarias en los procesos formativos de los NNJ se acompaña, además, de una creciente precarización del diálogo y la negociación valorativa en los distintos territorios. La pérdida de espacios públicos, desorganización y prevalencia de la vida “puertas adentro” supone un bajo nivel de control social en las comunidades, lo que toma especial relevancia en materia valorativa, es decir, en torno a las **definiciones que maneja un determinado grupo humano sobre fenómenos tales como el consumo de drogas**. Sin actores sociales que valoran y movilizan sus saberes y perspectivas sobre el consumo de drogas, se imponen discursos indiferenciados provenientes de los medios de comunicación o narrativas pro-consumo sostenidas en el interés individual o sectorial, en el peor de los casos relacionado con la venta o producción de drogas en el barrio.

El capital social es fundamental para poder observar, comprender y apoyar los procesos sostenibles antes sugeridos, en tanto el diálogo y el vínculo entre los distintos actores de la comunidad son factores esenciales para generar y sostener el control social. De este modo, no se trata de una problematización acotada que supone la emergencia de una mirada crítica en los participantes de los talleres o iniciativas, sino más bien de la **promoción de la cohesión social, el sentido de pertenencia y la participación social en tanto elementos esenciales de la prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol.**

Construcción social de la juventud

Un programa valorativo no puede reproducir en su diseño o en sus conceptos orientadores los prejuicios que intenta problematizar junto a las personas y las comunidades. Si bien la noción de jóvenes es muy usada y normalizada para referirse a un determinado sector de la población, es importante examinar la mirada o los fundamentos socioculturales, económicos o políticos que están detrás de estas definiciones y cuáles de ellos son los más apropiados para desarrollar un abordaje preventivo de tipo comunitario. De esta forma es posible evitar la reproducción de un esencialismo en relación a la “realidad” de los jóvenes o del mundo juvenil, y por el contrario, explicitar una definición intencionada que permita la intervención social y el despliegue de una política pública de prevención específicamente orientada a un sector de la población.

Los fundamentos de la definición buscada se relaciona con el interés de la presente orientación técnica: 1) Prevenir el consumo de drogas y alcohol, 2) Reducir los riesgos asociados al consumo de drogas y alcohol y 3) Disminuir la vulnerabilidad relacional. Para ello, entonces, deberemos buscar una definición de la juventud con énfasis en las características que nos permita **focalizar a un grupo de personas especialmente expuestas, identificar sus vulnerabilidades en relación al consumo de drogas, revisar sus recursos y necesidades de vinculación social, y los potenciales de intervención para la política pública de drogas.**

Demografía y desarrollo de los jóvenes

Los primeros acercamientos del programa a esta población son desarrollados desde la demografía, definiendo un intervalo etario de referencia entre los 15 y 24 años en función de dos rasgos fundamentales del desarrollo de las personas como son la **fecundidad y la migración**. Lo que hacen los demógrafos es determinar las edades en las que estos dos factores alcanzan sus niveles más altos, es decir, la etapa en la que las personas tienen mayor probabilidad de tener hijos o hijas y moverse espacialmente en busca de una residencia definitiva. Si bien, en términos generales esta edad concentra ambos fenómenos, algunas características contextuales relevantes tensionan el intervalo hacia arriba o hacia abajo: En algunos contexto rurales o de pobreza extrema se incluye en la categoría de jóvenes a personas de entre 10 y 14 años, y en contextos urbanos, especialmente cuando se trata de personas de nivel socioeconómico medio y alto, se incluye a aquellos que tienen entre 25 y 29 años. Así, la definición demográfica establece un primer escenario relevante centrado en características del desarrollo reproductivo y la emergencia de prácticas diferenciadoras a nivel sociocultural. Rodríguez (2001) señala:

“La dependencia plena es un rasgo propio de los niños, por lo que los jóvenes debieran tener algún margen de independencia respecto de su familia de origen (usualmente sus padres), por ejemplo en la toma de ciertas decisiones (con

quién juntarse, dónde ir, qué hacer cotidianamente, etc.); como contrapartida, la emancipación total es inherente a los adultos, por lo que los jóvenes debieran tener algunos vínculos de dependencia (económica, de autoridad, etc.) con su familia de origen” (p.12)

Ambos procesos distinguidos por la demografía abren un amplio espectro de observación y trabajo con los jóvenes. Tanto la madurez reproductiva como la madurez social constituyen **expectativas normalizadas de desarrollo** que se acompañan de una serie de tensiones socioculturales que se (re)definen constantemente de forma ambivalente. Los y las adolescentes pueden sentirse presionados socialmente desde las dinámicas sociales, relacionales, psicológicas y físicas asociadas a su capacidad reproductiva, lo que se traduce, por ejemplo, en expectativas de género (especialmente relacionadas con la definición heterosexual) o modelos de afectividad y construcción de relaciones que se tensionan desde las oportunidades y capacidades efectivas de diferenciación social. De otro modo, los adolescentes se pueden enfrentar a una fuerte paradoja entre la capacidad y las expectativas reproductivas, por un lado, y la ausencia de medios sociales legítimos para desplegarlas, especialmente centradas en la migración, por otro.

El fenómeno demográfico de la juventud incorpora todo el **proceso esperable de armonización entre la madurez fisiológica y la madurez social**, afirmando en evidencia estadística la coincidencia de ambos procesos en el intervalo de edad antes señalado. Sin embargo, no todas las personas inician y resuelven este proceso a la misma edad, más aun cuando las condiciones de posibilidad a nivel contextual, o los medios disponibles, no se condicen con las expectativas normalizadas en la cultura dominante.

Desde una perspectiva descriptiva y no normativa, es posible ahondar en las distintas prácticas y definiciones que acompañan este proceso, al margen de los resultados o la coincidencia que logran con las expectativas provenientes desde el mundo adulto. El marco normativo y valorativo que experimenta el mundo juvenil es más complejo que la pura diferenciación residencial, y apunta a una serie de **tensiones con las distintas instituciones formales e informales de la sociedad, en vistas a la reproducción o el cambio social inter-generacional**.

La enseñanza constituye uno de los ejes fundamentales de observación en torno al proceso de maduración. Los jóvenes transitan desde el primer ciclo hacia el segundo ciclo de enseñanza básica, y desde la enseñanza básica hacia la enseñanza media, experimentando una serie de cambios en relación a la **capacidad de generar conocimientos, intervenir las metodologías de aprendizaje, innovar en el desarrollo de habilidades y su utilización**, entre otros fenómenos esenciales para el desarrollo humano.

Por otro lado, los jóvenes experimentan el tránsito desde la educación formal hacia el sistema laboral, experimentando otras formas de relación social, sostenidas principalmente en la organización jerárquica, una reducción del tiempo disponible para la recreación y la emergencia de un status social distinto asociado a la independencia económica o la capacidad de consumo.

Entendido como un proceso de diferenciación o de progresiva adquisición de autonomía, la juventud finalizaría con la capacidad de sostener un espacio y un modelo de vida, que incluye tanto dimensiones relacionales como materiales. De esta forma, **la finalización de la educación formal, la entrada al sistema laboral y la mantención de un espacio residencial propio constituyen factores normalizados a nivel sociocultural para entender la configuración de una identidad adulta.** Ahora bien, la capacidad de cumplir estos criterios socioculturales supone no sólo la interacción con los valores y las expectativas de comportamiento, sino también las condiciones materiales del contexto, como es la efectividad de los servicios educativos, la disponibilidad de empleos y condiciones laborales adecuadas, y la posibilidad de acceder a opciones residenciales.

Para la construcción de un abordaje de prevención selectivo orientado a los jóvenes, los niveles más relevantes de esta definición demográfica se relacionan con la emergencia de preocupaciones por la salud y el ejercicio de la ciudadanía. Los jóvenes, bajo esta mirada evolutiva (proceso de maduración), desarrollan progresivamente conciencia de auto-cuidado y toman independencia frente a los cuidados familiares. Esto supone un quiebre de los paradigmas que unifican lo saludable al interior del hogar y sus mecanismos de mantención, para dar paso a una mayor responsabilidad de parte de los jóvenes y el **procesamiento autónomo de la información y las estrategias que requieren para mantenerse saludables.**

La autonomía en relación a la salud se acompaña de otro proceso fundamental que se relaciona con la **adquisición progresiva de responsabilidades ciudadanas e interés por el funcionamiento sociopolítico de los distintos ámbitos de interacción que rodean a los jóvenes.** La confluencia de estos dos procesos es fundamental desde una perspectiva preventiva, en tanto el joven se enfrenta a la posibilidad de armonizar sus cuidados individuales a partir de una profundización de las definiciones sanitarias disponibles; desde los discursos de la familia, hacia los discursos del grupo de pares, la comunidad, la política local, nacional o internacional en relación a la salud.

La adquisición de rol ciudadano más activo confronta a los jóvenes con la maleabilidad de las definiciones de salud, incorporando nuevas nociones de desarrollo humano con altos niveles de contingencia. La salud psicológica, recreativa, relacional, social, etc. constituyen dimensiones que se abren desde un vínculo más directo con el entorno sociocultural y derivan en una posición del joven frente a lo que es saludable o no. Un punto relevante en este punto es la capacidad de los jóvenes de reconocer y cuestionar las desigualdades, las exclusiones, las discriminaciones o estigmatizaciones, incluidas aquellas que se relacionan con la salud. En el caso del consumo de marihuana este proceso activo de re-significación tiene especial relevancia pública. Tal como señala Canales (2014):

“(...) los jóvenes se auto perciben como una generación en que la marihuana dejaba de ser anatema y tabú, y en cambio se hace reconocible y asimilada a la vida cotidiana. (...) re-aprendizaje social de los significados posibles de la marihuana, y esencialmente como una deconstrucción de las retóricas del temor en que se fundaba el discurso anterior” (p.27)

La experimentación con drogas legales e ilegales tiene un fuerte componente político y sanitario, en tanto se ubica usualmente en el decaimiento de los lineamientos familiares sobre la salud. **El consumo de drogas en jóvenes suele acompañarse de discursos autónomos sobre el riesgo**, construidos a la luz de la experiencia personal o bien elaborados a partir de fuentes de conocimiento social que pueden ser explorados desde una mirada crítica e inconformista asociada a la adquisición de una mayor conciencia ciudadana, aun cuando dichas fuentes de conocimiento no sean las más fidedignas o positivas para su desarrollo.

La capacidad de cuestionar el poder simbólico de las definiciones de salud, es decir, sobre quien las elabora, en función de qué contexto y qué sentido tiene para la realidad particular de las distintas personas o comunidades, pone en crisis la capacidad de los programas o políticas de salud de orientar la conducta o los valores de los jóvenes hacia ideales sanitarios normativos tales como la “vida saludable” (Korp, 2008). Las resistencias juveniles frente a las definiciones sanitarias, positivas o negativas, que los enmarcan y los exponen a ciertos tratos materiales y simbólicos por parte de la sociedad en general, suponen muchas veces la **emergencia de conductas de riesgo que se sostienen en la negación del “estatus de salud”**, es decir, la negación de las consecuencias socioculturales de ser considerado una persona enferma, más que del estado de salud o el fenómeno específico que pone en riesgo la integridad de la persona. Al respecto, el estudio de Canales (2014) destaca:

“Lo que castigaba con el estigma – marihuano connotaba formas duras de descalificación social, podría decirse que hasta absoluta, tal que un usuario reconocido de marihuana no podría ocupar legítimamente ningún puesto de representación pública – perdió su fuerza y la cadena de control perdió vigencia” (p.27)

Desde una perspectiva evolutiva todos los cambios antes señalados dan luces de las particularidades de la prevención del consumo de drogas en jóvenes. Ahora bien, la definición demográfica de la juventud forma parte de un marco adultocéntrico que considera a los **jóvenes como personas en tránsito hacia la adultez**. La juventud, como hemos visto se inicia como una posibilidad de ocupar los roles adultos de la sociedad (reproductivo y autónomo) y no en torno a las características, los intereses, los saberes o los ámbitos de interacción específicos de su lugar en tanto actores o agentes sociales. Esto supone un bajo poder de cambio social en los jóvenes, en tanto las definiciones sobre la autonomía o la maduración quedan exclusivamente en el ámbito discursivo adulto.

Probablemente la diferencia entre la niñez y la juventud sea más fácil de trabajar que las diferencias entre la juventud y la adultez, puesto que en esta última distinción se juega un proceso de maduración definido normativamente, es decir, la adquisición de un rol social definido como más desarrollado o maduro que el rol de los jóvenes. Es en este nivel en el que es de mayor relevancia realizar distinciones que permitan **comprender y desarrollar un trabajo en torno a los espacios, valores, intereses y perspectiva propias de las personas que son definidas como jóvenes**.

Una vez que entendemos la juventud como un constructo social que influye fuertemente en la experiencia de las personas que se encuentran en un cierto rango de edad, o bien cuentan con capacidades reproductivas y de emancipación, podemos dar cuenta de un **quiebre constante con este ideal normativo y cultural, y la existencia de múltiples formas de vivir siendo un “joven”**. Sobre esta tensión, Sandoval (2012) señala:

“(...) la manera cómo los jóvenes vivan su juventud dependerá de las coordenadas socio/político/cultural/históricas/económicas y religiosas; muchas personas podrán ser jóvenes, pero no viven su juventud, como se supone que deberían vivirla” (p.45)

Si entendemos que el concepto de juventud se construye en torno a un acontecimiento histórico como es la emergencia del sistema educativo, entonces podemos entender que los valores asociados a la juventud, centrados en la preparación para ser adulto, conducen las definiciones de este grupo etario y cargan simbólicamente lo que se espera de ellos: que se conviertan en buenos adultos. **Antes del sistema educativo, el tránsito hacia la adultez estaba marcado por el trabajo y el desarrollo de capacidades físicas e intelectuales mínimas** necesarias para tomar un lugar en el sistema laboral. Dicho cambio, de niño a adulto, no suponía un proceso, sino más bien una constatación de ciertas capacidades desarrolladas.

El sistema educativo construye una nueva etapa en la vida de las personas caracterizada por la preparación, la capacitación, la maduración progresiva de ciertas capacidades requeridas por una sociedad adulta más compleja en sus dinámicas normativas, culturales, económicas o productivas. La moratoria de estos jóvenes es definida como una característica transversal de cierto grupo etario, que se consolida con la ley de educación obligatoria y la convención de derechos del niño que prohíbe el trabajo infantil.

Así podemos constatar que la juventud constituye un fenómeno sociocultural relativamente reciente que no encuentra sus fundamentos esencialmente en las características biológicas de las personas, sino más bien en el rol que este grupo debe asumir en función del momento histórico en el que se encuentran. Una vez que se consolidan las funciones sociales asociadas a la juventud (ajuste del mercado laboral, el sistema educativo, la organización familiar, etc.), las **pautas culturales toman consistencia en torno a una serie de prácticas, disposiciones de acción, relaciones o identidades, que le son propias a este grupo social** que comparte un lugar específico en la estructura social.

Los efectos de la juventud, si lo entendemos como un proceso social y no como las características de un grupo, son diversas: desde los jóvenes que efectivamente logran una moratoria que los inserta laboralmente y los presenta al mundo adulto como ciudadanos completos, hasta los jóvenes cuya moratoria se acompaña de múltiples **mecanismos de vulnerabilidad y exclusión que terminan por fracturar un proceso idealizado de desarrollo e inclusión social**. En este sentido, la juventud constituye un proceso crítico de integración social que produce y reproduce desigualdades en torno a las expectativas de formación que provienen del mundo adulto. Según Sandoval (2012):

“(...) se requieren otras condiciones socioambientales para poder vivir la moratoria y prepararse adecuadamente para entrar al mundo adulto con los capitales necesarios y suficientes como para ser un adulto exitoso, integrado, adaptado (entre otras cualidades)” (p.45)

Así, podemos entender que si bien los jóvenes presentan características similares asociadas a la relación entre reproducción/autonomía, trabajado desde la perspectiva demográfica, el vínculo que estos sostienen con las expectativas sociales, y las pautas culturales que rigen el lugar de la juventud en el funcionamiento de la sociedad, es diverso y tiene impactos directos en la inclusión o exclusión social de las personas. Por eso es necesario que un programa dirigido hacia esta población no se centre exclusivamente en las características compartidas y por el contrario indague en los mecanismos específicos que amenazan sus condiciones de desarrollo humano.

Adultocentrismo y juventud

El trabajo preventivo con jóvenes debe tomar en cuenta una serie de trampas adultocéntricas que tienden a vaciar a los jóvenes de su agencia o de su potencial de cambio social. Como hemos señalado, una primera precaución se relaciona con dejar de definir a los jóvenes como un estado de tránsito, como un proceso inconcluso de convertirse en adultos, puesto que esta es sin duda la mejor manera de **restarlos de las dinámicas sociales, culturales, políticas o económicas actuales** para hacer prevalecer la perspectiva de los adultos. Sobre esto, Duarte (2000) señala:

“(...) construcción sociocultural que sitúa a este grupo social, sus producciones y reproducciones como carentes, peligrosas, e incluso les invisibiliza sacándolos de las situaciones presentes y los resitúa en el futuro inexistente” (p.67)

Sin embargo, el contexto sociocultural que niega la capacidad de actuación de los jóvenes, y los reduce a las imágenes de hiperconsumo señaladas en la introducción del presente documento, se sostiene en varios otros mecanismos valorativos con alto impacto en la efectividad de las intervenciones sociales en este sector de la población. Podemos desarrollar al menos cuatro “trampas” (Duarte, 2000) que reproducen estos valores adultocéntricos: 1) Universalización, 2) Estigmatización, 3) Parcialización, e 4) Idealización.

La universalización de la juventud apunta a la homogeneización de todos los jóvenes bajo las mismas prácticas, intereses, discursos o valores, pasando por alto todas las diferencias de clase, género, edad o diversidad cultural (etnia, migración, urbanidades, ruralidades, insularidades, etc.). Los “jóvenes” como **categoría que reduce la complejidad social a unas pocas características**, normalmente relacionadas con los cambios biológicos y sociales antes revisados, mantiene un alto nivel de legitimidad, uso cotidiano e incorporación en los lineamientos de la política pública. Atendiendo a esta “trampa”, es necesario establecer claramente a qué características específicas de este grupo social nos estamos refiriendo cuando hablamos de “jóvenes” procurando que la

fuerza explicativa de dichos factores supere la que presentan otras categorías analíticas como las antes señaladas.

Por su parte, la estigmatización constituye una definición normativa negativa de este grupo social que fortalece la idea de un proceso incompleto y la necesidad de esperar hasta la adultez para que los jóvenes participen efectivamente en las esferas decisionales de la sociedad. La juventud peligrosa, transgresora, riesgosa y, por cierto, descontrolada en relación a sus consumos, constituye un discurso ambivalente, cargado de apologías y criminalizaciones, que permite sostener la hegemonía de los valores adultos. En este proceso estigmatizador la universalización antes descrita permite procesar las expresiones culturales, los discursos o las prácticas de los jóvenes a partir de un **único código normativo que generaliza una serie de estereotipos especialmente vinculados al descontrol y la violencia.**

La parcialización supone la comprensión de la complejidad del desarrollo humano a partir de la **división por etapas que toman consistencia sociocultural en roles claramente definidos que restringen el potencial de acción de los individuos y los grupos sociales.** La partición forzada de las formas de pensar y actuar, categorizando las expectativas socioculturales asociadas a la niñez, la juventud, la adultez o la ancianidad, restan el dinamismo y la utilización de recursos claves para la creatividad, la legitimidad del discurso, la madurez de opinión, la recreación, la asunción de responsabilidades, etc. La socialización de los mecanismos de parcialización conlleva una precarización de los distintos grupos, concentrando el acceso superior al bienestar material y simbólico en la adultez. En este sentido, la prevención que se sostiene en la parcialización etapista de la vida corre el riesgo de reducir el campo de acciones posibles para mejorar los niveles de bienestar, reproduciendo prejuicios sobre las condiciones de posibilidad psicológica y social de las personas en base a una concepción lineal del tiempo y del desarrollo.

Finalmente nos encontramos con una “trampa” paradójica sostenida en la idealización de la juventud como **sector de la sociedad llamada a liderar los cambios más profundos de la sociedad.** Sólo por ser jóvenes, esta mirada idealizadora supone el potencial, la energía, las capacidades y las condiciones para enfrentar la rigidez institucional u organizacional y avanzar hacia el cambio social, la subversión de la tradición y la innovación. En base al mismo mecanismo homogeneizador, esta trampa reproduce expectativas de acción uniformes que están, a priori, destinadas a la desilusión o el fracaso, y la mantención de las fronteras entre el funcionamiento complejo de la sociedad y el simplismo de los pensamientos o las prácticas juveniles.

Todas estas trampas del mundo adulto demandan de la política pública una mirada de los distintos grupos de jóvenes desde sus condiciones sociales, culturales, económicas o políticas particulares, avanzando en una comprensión de sus problemas o amenazas sanitarias que incorpora el influjo de las definiciones socioculturales de la juventud como determinantes sociales de la salud. De este modo es necesario entender la historicidad y las especificidades de las manifestaciones juveniles o de los distintos grupos de jóvenes que deben lidiar con los valores y las prácticas que les son atribuidas.

Es muy importante que las iniciativas de prevención selectiva e indicada que buscan intervenir valores consideren a los jóvenes como aquel **sector de la sociedad que experimenta y lidia directamente con las distintas definiciones sobre juventud**, ya sea desde una mirada demográfica, psicológica, biológica o normativa, entendiendo como estas promueven o restringen su potencial de desarrollo humano y su exposición a problemas de salud como es el consumo problemático de drogas.

Ciclo vital y consumo de drogas

Los marcos culturales que acompañan el proceso de maduración de los jóvenes se anclan en diversas características biológicas, psicológicas y sociales que emergen de una **forma occidental y moderna de observar y explicar los fenómenos de crecimiento y desarrollo humano**. Esta forma de acercamiento se sintetiza en el enfoque de ciclo vital, y desde este marco se organizan las distintas respuesta sociales institucionales, y por cierto de política pública, hacia la salud integral de los niños, niñas y jóvenes.

El proceso de maduración se ancla en diversas características biológicas, psicológicas y sociales que van determinando **los fenómenos de crecimiento y desarrollo**. Esta mirada integral de niños, niñas y adolescentes, permite la creación de políticas acorde a sus potencialidades y necesidades.

El ciclo vital pone énfasis en el desarrollo progresivo de capacidades, distinguiendo como el individuo en sus distintas etapas desarrolla **formas de interacción con su entorno en función del crecimiento y complejización creciente**. El ciclo vital implica un crecimiento, que hace referencia al número y tamaño de las células que componen el organismo, y como este adquiere un desarrollo, que pone atención en las funciones que se van desplegando. Se trata de un proceso dinámico y recíproco entre crecimiento y desarrollo que también depende de las condiciones ambientales en las que interactúa el niño, niña o adolescente (NNA).

Este enfoque permite orientar las políticas públicas en función de las potencialidades y riesgos **específicos que enfrentan los NNA durante las distintas etapas de su crecimiento y desarrollo**. Su énfasis de intervención sanitaria se sitúa en los obstáculos del crecimiento y desarrollo de las personas así como en los riesgos de padecer enfermedades o alteraciones en fases posteriores de la vida, junto con la potenciación de sus capacidades acordes a sus respectivas etapas. En este sentido, el ciclo vital constituye una mirada muy apropiada para comprender lo esperable por etapas y sus riesgos asociados, por ejemplo, a la aparición de conductas opositoras en dos etapas del ciclo vital, con sus expresiones particulares, pero de gran importancia para la estructuración de la voluntad: 2-3 años y adolescencia.

Este último punto orienta la mirada de salud hacia los **ciclos naturales de las enfermedades**; ¿Cuándo comienzan a gestarse? ¿Qué factores son detonantes? ¿Qué procesos se pueden

intervenir para disminuir la probabilidad de emergencia de la enfermedad? ¿Qué factores son protectores y permiten una recuperación más rápida o efectiva?

El consumo de drogas constituye un factor que, dependiendo de la etapa vital en la que se presenta, va **restringiendo en mayor o menor medida el potencial de los NNA en sus distintos ámbitos de desarrollo**, exponiéndolos a situaciones tales como: dificultad para completar sus estudios, desarrollar vínculos sociales positivos, generar redes de apoyo, aprender a manejar las emociones y a enfrentar conflictos, o evaluar situaciones de riesgo y anticipar respuestas apropiadas. Así también, el consumo de drogas puede afectar los procesos de desarrollo de la autonomía incluso desencadenar problemas psiquiátricos, lo cual tiene un correlato fisiológico.

Esta conciencia sobre los desafíos particulares de cada etapa del ciclo vital (riesgo o potencialidad) ordena la construcción de estrategias y metodologías apropiadas de prevención, priorizando **experiencias estrechamente relacionadas con las herramientas y recursos, personales o contextuales, con los que cuenta la persona en un momento en particular**. Por ejemplo, atendiendo al ciclo vital es posible apuntar al fortalecimiento de la ciudadanía en niños pre-escolares y escolares a través de actividades de cuidado de una plaza pública, priorizando desafíos de concreción y exploración por sobre los de reflexión. En la misma línea, el entrenamiento de las funciones cognitivas de esta misma población puede ser llevada a cabo mediante un ejercicio simple de memoria, concreción y comienzo de abstracción, preguntándoles ¿Qué hicieron ayer?, ¿Qué hicieron hoy?, y ¿Qué harán mañana?, permitiendo un desarrollo integral acorde a sus potencialidades en vez de proponer experiencias de mayor complejidad difícilmente abordables.

La política nacional de prevención comunitaria apunta al trabajo con niños, niñas y adolescentes de entre 6 y 18 años de edad, y por lo tanto es necesario profundizar en aspectos propios del desarrollo en estas etapas del ciclo vital. Puesto que el programa incluye entre sus usuarios a niños y niñas que se encuentran en la etapa escolar del ciclo vital (6-10 años), es importante tener en cuenta los procesos de crecimiento y desarrollo que la distinguen de las etapas anteriores.

En primer lugar es necesario tomar en cuenta que la etapa de **lactancia finaliza con el desarrollo oral y motor**, lo que supone la capacidad de reconocer personas, caminar con estabilidad, construir frases habladas simples, y la emergencia de algunas dimensiones de autonomía mínima alrededor de los dos años de edad (capacidad de separarse prolongadamente de los padres) (García, S & Cuevas, H, 2009). Este último punto hace referencia al apego o el vínculo que requieren los niños y niñas para desplegar sus capacidades en esta y las posteriores etapas de su crecimiento y desarrollo, para lo cual es fundamental el **buen trato, la incondicionalidad, la estabilidad y continuidad de los lazos afectivos** (Barudy & Dantagnam, 2005). Para lograr un vínculo o apego seguro, es fundamental que los cuidadores del niño o niña logren un alto nivel de comunicación, tal como señala María Eugenia Moneta (2014):

“La formación del vínculo confiable y seguro depende de un cuidador constante y atento que pueda comunicarse con el bebé de pocos meses y no solo se preocupe de cubrir sus necesidades de limpieza o alimentación” (p. 265)

En la **etapa pre-escolar** el niño o niña es capaz de desplegar distintos niveles de comprensión y cuestionamiento (elaboración de preguntas) sobre el entorno que lo rodea. Si bien la constancia objetal y el vínculo seguro se inician en etapas anteriores, es en esta etapa que los niños y niñas consolidan estos procesos, permitiendo la regulación de las ansiedades que emergen de la distinción entre la presencia física y la existencia de las cosas o las personas. Entendiendo lo anterior, el miedo infantil o el temor a la pérdida marcan en gran medida los desafíos de esta etapa y conducen el desarrollo progresivo de herramientas culturales y normativas para que los niños y niñas puedan gestionar su entorno de interacción. Por lo anterior, el logro final más importante de la etapa pre-escolar es el desarrollo de confianzas básicas, capacidades de juego con otros, y en general un **desarrollo normativo positivo que permite avanzar en un mayor nivel de vinculación con el entorno**.

En la **etapa escolar**, la relación de los niños y niñas con su entorno simbólico se profundiza y se vuelve más complejo, adquiriendo nociones de deber o responsabilidad que se vinculan con distintos grados de desarrollo de la abstracción y conceptualización, aun cuando se mantienen en un polo predominantemente concreto de interacción con el mundo. Crecientemente, los niños y niñas obtienen herramientas conceptuales para entender e intervenir las formas de interacción y convivencia social. Este último punto es fundamental, puesto que en la etapa escolar emerge un fuerte interés por la competencia y las conductas de liderazgo, lo que supone la **ampliación del ámbito de intereses que moviliza el desarrollo de capacidades** del niño o niña. Esta ampliación se condice con el desarrollo de la capacidad de sostener separaciones prolongadas sin ansiedad y la búsqueda de experiencias fuera del hogar, las que se posibilitan, además, por el desarrollo físico, el aumento de la coordinación óculo-manual y el interés por actividades de mayor complejidad como es andar en bicicleta.

La identificación de los niños y niñas con el padre del mismo sexo suele ser una conducta muy característica de esta etapa, la que se relaciona directamente con los desafíos sociales y culturales que enfrentan en sus interacciones con el entorno amplio de convivencia. Se trata de **un rol basal disponible que sostiene la experimentación y el aprendizaje gradual de los propios marcadores identitarios** que permiten su posicionamiento en las relaciones o las redes presentes en el entorno escolar, vecinal, familiar, etc. Este elemento es crucial, puesto que marca los desafíos de acompañamiento, disponibilidad y ordenamiento en la relación de los adultos responsables con los niños, niñas y jóvenes de esta edad, y que determinan el aprendizaje del rol. Es muy importante custodiar este proceso, puesto que mensajes tales como “los niños no lloran”, pueden ser un impedimento para el reconocimiento y expresión adecuada de las emociones, o bien la intolerancia, por ejemplo, hacia una niña más inquieta, puede restringir la diversidad de conductas normales a esta edad.

El establecimiento de normas y límites constituye una capacidad parental que muchas veces se define en su dimensión negativa o restrictiva. Por el contrario, una vez que entendemos las necesidades de desarrollo de un niño o niña en etapa escolar, podemos entender el establecimiento de límites y reglas como una **función estructurante, que posibilita el aprendizaje**

de formas iniciales de actuar, de cuidarse o de decidir, a partir de las cuales es posible iniciar un proceso de diferenciación, permitiendo entonces consolidar la seguridad básica.

Cuando un adulto pone límites no está restringiendo, está enseñando una forma efectiva (que me sirve a mí como adulto) para conseguir los recursos materiales, psicosociales o socioculturales adecuados para el desarrollo, y a partir de la cual el niño o niña puede construir una forma igual o más afectiva para procurar su bienestar. En este sentido, el establecimiento de reglas y límites constituye un **ejercicio de disponibilidad en el que el adulto se presta como modelo inicial para el desarrollo creciente de la autonomía**. Un niño o niña que no cuenta con esta figura adulta que ordena, enseña, muestra, y acompaña la configuración creativa de estructuras de funcionamiento, corre el riesgo de quedar tomado por grandes niveles de angustia y ver dificultado su tránsito hacia posteriores desafíos de autonomía, junto con una merma en su desarrollo. Un ejemplo claro en este sentido es la importancia de los horarios de sueño para la secreción y actuación de la hormona del crecimiento, lo que se traduce en la necesidad de que los adultos responsables establezcan un límite horario máximo cercano a las 21:00 horas para los niños o niñas menores de 8 años, aun cuando estos no entiendan a cabalidad la importancia de suspender sus actividades e iniciar el sueño a dicha hora.

En línea con lo señalado anteriormente, los estudios sobre parentalidad, y específicamente sobre la relevancia del rol masculino en la crianza, ponen énfasis en los impactos que tiene la **disponibilidad del adulto responsable en el desarrollo de competencias sociales**, iniciativa, madurez social y capacidad de vincularse con otros. En aquellos casos en los que la figura masculina está bien delineada en el entorno de crianza, la evidencia muestra menores niveles de negatividad, agresividad, conflicto y mayores niveles de reciprocidad y generosidad en los vínculos que establece el niño o niña (Allen, S & Daly, K, 2009). Por otro lado, el sistema de protección de la infancia “Chile Crece Contigo” alerta sobre el aumento de la probabilidad de ocurrencia de conductas de consumo abusivo de alcohol y drogas en la adolescencia cuando no ha habido una figura paterna presente durante la infancia (Aguayo, F & Kimelman, E, 2012). Así, la presencia y disponibilidad de adultos responsables, especialmente en esta edad, es fundamental para el desarrollo integral y la prevención de conductas de riesgo.

A partir de los 10 o 12 años se inicia una activación hormonal que genera cambios a nivel físico (aparición de caracteres sexuales secundarios), psicológico, emocional y social, marcando el inicio de la etapa adolescente. Estos cambios impactan en diversos ámbitos de la vida de los niños y niñas, presentando grandes **desafíos de autoconciencia, vinculación y posicionamiento en las redes sociales que los y las acompañan en su desarrollo**. El concepto de adolescencia pone especial atención en este proceso de autoconocimiento y elaboración de estrategias para vincularse con los demás, distinguiendo etapas de adolescencia temprana, media y tardía (Casas, J & Ceñal, M, 2005), que orientan la observación de los recursos, necesidades e intereses que movilizan a las personas en este período de la vida.

Como consecuencia de estos profundos cambios, el concepto que tiene el adolescente de sí mismo y su relación con el mundo cambia, generando tensiones y preocupaciones que devienen,

algunas veces, en **conductas opuestas a las esperadas por su contexto sociocultural**. Sin embargo el grado en que estos cambios afectan la vida personal y social del joven, depende de las experiencias vividas y de las habilidades adquiridas en la infancia, así como de las actitudes y respuestas que genera el entorno ante las conductas concretas de los jóvenes.

La adolescencia temprana se caracteriza por el primer impacto que tiene el cambio en la imagen corporal. El niño o niña muestra preocupación y curiosidad por estas modificaciones corporales y orienta el establecimiento de vínculos sociales en función de su **necesidad de comparar y disminuir la incertidumbre motivada por los cambios que está experimentando**. Estas necesidades sociales relacionadas con la adolescencia temprana permiten entender por qué el grupo de pares del mismo sexo toma tanta relevancia en las edades que van desde los 11 a los 13 años. Un punto especialmente relevante en esta etapa es la confrontación de las personas con los conceptos de normalidad. Se trata de un proceso de enorme vulnerabilidad, en el que el adolescente debe esperar, gestionar sus angustias, y buscar pacientemente las pistas del entorno que le permiten tener confianza en la “normalidad” de su desarrollo (**necesidad de reafirmación**).

El entorno tendrá un papel central en este proceso de confrontación con los conceptos de normalidad del desarrollo, puesto que un ambiente discriminador, estigmatizador o rígido en las expectativas que se orientan hacia los adolescentes elevará notablemente sus niveles de presión o angustia, y precarizará los recursos necesarios para que estos puedan gestionar sus cambios físicos y buscar sus espacios adecuados de bienestar. **Las definiciones sobre diversidad física, sexual, de género, étnica, etc. constituyen elementos esenciales de un entorno enriquecedor o empobrecedor para los adolescentes**, determinando también el tipo de relación que deberán establecer con sus redes sociales para sobrellevar las presiones. Este plano es fundamental para entender la centralidad de prácticas de evasión o liberación como el consumo de drogas entre algunos adolescentes, atendiendo a la falta de espacios receptivos y positivos que acompañen los cambios que estos experimentan.

En un nivel más específico, la adolescencia temprana marca el inicio de otro desafío social relevante como es la **vinculación exploratoria de los adolescentes con personas que les son atractivas sexualmente**. La disponibilidad de espacios físicos y simbólicos adecuados para estos acercamientos también marca la calidad de los aprendizajes relacionales y su impacto en las nociones básicas de bienestar e intimidad que manejarán posteriormente estos jóvenes, elevando o disminuyendo la probabilidad de que espacios de ocio nocturno, con altos niveles de abuso de drogas y alcohol, prevalezcan como escenario de vinculación futura. En este plano también es relevante considerar que en esta etapa se comienzan a evidenciar los primeros intentos de delinear diferencias con el entorno familiar, fundándose las primeras definiciones de intimidad que orientarán el desarrollo ulterior del o la joven.

Aunque la adolescencia constituye el inicio de un proceso de abstracción y toma de decisiones sociales y culturales relevantes, en la etapa temprana prevalecen las **necesidades de reafirmación física, y por lo tanto concretas, de su identidad**. En este sentido, la inmediatez de la corporalidad se impone por sobre la capacidad de proyección y evaluación de implicaciones o consecuencias,

generando resistencias en el mundo adulto, sostenidas en una actitud presuntamente narcisista o egoísta de parte de los adolescentes. Esta inmediatez de la conducta constituye uno de los focos esenciales de la mirada psicológica sobre los factores de riesgo del consumo de drogas y alcohol, puesto que aunque tengan conocimientos sobre los efectos negativos de las sustancias psicoactivas, los adolescentes no parecen ser receptivos y privilegian el posicionamiento en el grupo de pares por sobre la proyección de consecuencias. Ahora bien, las razones para que el consumo de drogas sea parte del guión que ocupan de manera conformista los adolescentes para reforzar sus relaciones de pares, se asocian fuertemente con el peso relativo que tienen las nociones de auto-cuidado en sus contexto socioculturales específicos.

La importancia, en esta etapa, de mantener la presencia de un adulto que sea capaz de mediar, filtrar, contrastar, apoyar y favorecer el proceso de toma de decisiones, es fundamental para aumentar el repertorio de respuestas creativas y positivas para el desarrollo y motivar la resiliencia del adolescente (“me veo con otros ojos”, “el mundo se me abre de manera distinta a lo conocido”).

Durante la adolescencia media, período que se concentra entre los 14 y 17 años de edad, las personas logran disminuir la incertidumbre de su desarrollo físico. **Los adolescentes vuelven más consistentes las estrategias para gestionar sus angustias y dudas frente a los procesos de cambio físico que viven, y la velocidad e intensidad de dichos cambios disminuye.** En esta edad finalizan los cambios más radicales y los adolescentes ya presentan aproximadamente el 95% de la talla madura. La disminución del peso relativo que tiene la preocupación por la imagen corporal en la vivencia cotidiana de los adolescentes permite el tránsito hacia otros recursos, intereses y necesidades de desarrollo.

Entendiendo lo anterior, la adolescencia media está marcada por la emergencia del pensamiento abstracto y la capacidad de anticipar implicaciones o consecuencias de las decisiones, lo que significa, además, un impulso importante para su autonomía. En la medida en la que pueden proyectar escenarios posibles, los adolescentes en etapa media son capaces de **defender sus cursos de acción, sus posiciones, sus definiciones, emergiendo el placer por las discusiones** y el intercambio de ideas. Es usual encontrar en esta etapa de la adolescencia una gran efervescencia idealista.

Ahora bien, la capacidad de abstracción que manifiestan los adolescentes tiene cualidades específicas, en tanto suele imbricarse con una **fuerte sensación de omnipotencia e invulnerabilidad.** En este sentido, la capacidad de discusión, la organización de ideas y el compromiso con posiciones ideológicas frente al mundo, alimenta en gran medida necesidades, muy estructurantes aun, de posicionamiento social, autoconocimiento y desarrollo de capacidades de frustración o postergación. Los adolescentes en esta etapa media pueden mostrar una tendencia a **organizar las ideas en beneficio del fortalecimiento de la identidad individual o grupal,** afirmando posturas acabadas que les permiten enfrentarse al mundo con una mayor cantidad de certezas. Este proceso puede ser muy enriquecedor para desarrollar una identidad basal a partir de la cual es posible incorporar constantemente nuevas fuentes de conocimiento y

reflexiones para el bienestar y el auto-cuidado, sin embargo, la auto-percepción de inmunidad y arrojo pueden exponer a los adolescentes a conductas de riesgo y consecuencias negativas para la salud o el desarrollo ulterior de capacidades, como ocurre en torno al consumo de drogas ilegales, alcohol o tabaco.

La sensación de invulnerabilidad, genera tres condiciones o manifestaciones actitudinales que se incrementan. El **egocentrismo**, la **omnipotencia** y la **búsqueda de nuevas sensaciones**, derivada de su orientación a la novedad y a la independencia, constituyen factores que se traducen en frases tales como “yo lo controlo” o “a Juan no le hizo mal a mí tampoco me hará mal”, “a mí no me pasa”. Sin embargo, si se acompaña y se nutre de manera adecuada dicho proceso de desarrollo, esta forma antojadiza y poco rigurosa de recopilar y relacionar las variables que intervienen en una decisión cualquiera, constituye un proceso gradual de articulación de ideas que presenta múltiples oportunidades de desarrollo para las personas, motivando intereses, posturas, posibilidades de exploración y desarrollo de la creatividad a partir de una identificación profunda y apasionada por las ideas propias, lo que supone un inmenso potencial de trabajo con los adolescentes.

En directa relación con la forma en la que se comienzan a articular las ideas, la adolescencia media constituye un período en el que la emancipación y la adquisición de control sobre las variables que influyen en la vida se vuelven factores de primera prioridad para las personas. En este plano, las claves de autonomía que emanan del grupo de pares son fundamentales, puesto que en dicho espacio se definen las estrategias eficientes para lograr un mayor nivel de influjo en los distintos espacios de la vida cotidiana, es decir, en la familia, en el colegio, en el barrio, etc. En este plano es importante destacar que el grupo de pares, no constituye en la adolescencia media exclusivamente un espacio de autoafirmación corporal, como ocurre especialmente en la adolescencia temprana, sino que también un espacio de **construcción de códigos, lo que supone una serie de definiciones de bienestar, éxito, logro, placer, entre otros, que orientan a cada uno de los miembros del grupo (Necesidad de conformidad intragrupal)**.

En la medida en que los códigos del grupo de pares comienzan a chocar con las definiciones presentes en el espacio familiar, se elevan los niveles de conflicto y se corre el riesgo de que los padres se replieguen, sin entender a cabalidad las fuentes de socialización de los adolescentes, la pertinencia de las definiciones que se negocian en dichos espacios, ni la transitoriedad de sus referentes. Este punto es esencial, en tanto los **padres constituyen un eje permanente de protección y orientación para los adolescentes** a diferencia de los grupos de pares, los que suelen mutar o ser sustituidos en función de variables ambientales como son los ciclos escolares, la movilidad residencial, o la contingencia de los intereses que cohesionan a sus participantes. Ante el posible repliegue de los adultos, incapaces de sostener un conflicto positivo y esperable para la diferenciación, los adolescentes quedan sin referentes seguros, estables, y basales para configurar sus recursos y sus apuestas de maduración. En otro plano, la **capacidad de sostener ideas en conflicto constituye un recurso esencial de aprendizaje para los adolescentes** que es privado en aquellos casos en los adultos se restan de las discusiones, tomados por la rabia, la inseguridad de sus discursos o la indiferencia.

Si volvemos a destacar la importancia de los grupos de pares para el proceso de desarrollo de los adolescentes en etapa media, podemos entender por qué la baja o nula disponibilidad de grupos positivos o enriquecedores para los adolescentes en un territorio particular no es razón para quedarse socialmente aislados, y prontamente se desarrollarán **intentos de inclusión grupal aunque sea en grupos bastante precarizados en relación a sus recursos y discursos de bienestar**. Dicha precarización puede tener que ver con las características de sus participantes, las historias, identidades, recursos o relaciones que ponen en juego en el grupo, sin embargo, más relevante aún es la **escases de suministros permanentes que marca la exclusión y estigmatización** de grupos vulnerables, especialmente aquellos conformados por adolescentes y jóvenes. En este sentido, las conductas de riesgo a las que están expuestos los adolescentes por el inmenso sentido de invulnerabilidad que suele caracterizarlos individualmente, pueden estar, además, motivadas por la falta de conocimientos, apoyos, consejos o alternativas que circulan por las redes socio-comunitarias de las que estos grupos están excluidos.

En el plano de las relaciones afectivas, la adolescencia media suele estar más marcada por la **evaluación de las propias capacidades de seducción y conquista** que por la curiosidad y exploración características de la adolescencia temprana. En este sentido, la capacidad de generar alternativas de vinculación amorosa constituye un factor muy característico de esta etapa que es asociado en ocasiones a un alto nivel de narcisismo, motivado por la necesidad de auto-afirmación corporal y subjetiva, sin embargo, también es posible relacionarlo con los altos niveles de idealismo antes descrito, en tanto los intentos de construcción de una relación amorosa (ya sea por las características del lazo o de la persona encontrada) se pueden relacionar con las necesidades de generar certezas vinculares en un espacio marcado por la pérdida de referencias estables.

Muchas veces las intervenciones sociales definen la adolescencia hasta la mayoría de edad, sin embargo, es posible identificar un espacio de tiempo en el que la mayoría de las personas consolida gran parte de los desafíos relacionales, afectivos y de autonomía antes descritos. Entre los 17 y los 19 años de edad (adolescencia tardía) el **pensamiento abstracto logra, idealmente, consolidarse como una herramienta estable para la comprensión, análisis e intervención del mundo simbólico circundante**. La consolidación del pensamiento abstracto permite a las personas orientarse al futuro y evaluar de manera más completa las consecuencias e implicaciones de las acciones emprendidas. Este último punto, y su correlato neurobiológico, son fundamentales para entender la disminución del riesgo frente al consumo de drogas luego de que las personas cumplen los 21 años de edad.

En esta etapa existe una mayor capacidad de abstracción y evaluación de los efectos nocivos que puede tener el consumo o el consumo abusivo de drogas en el bienestar individual y colectivo. Sin embargo, otros factores relacionados con la adquisición de autonomía también juegan un papel fundamental en esta disminución de riesgos, especialmente en torno a la pérdida de importancia relativa del grupo de pares y la **consolidación de vínculos afectivos o amorosos más estables y enriquecedores**. La profundidad de las relaciones y los vínculos se condice tradicionalmente con una mayor preocupación por la construcción de un espacio familiar o un hogar orientado a la

crianza, sin embargo, desde una mirada menos restringida, la profundidad de los vínculos supone la capacidad de sostener proyectos de bienestar conjuntos y generar lazos de colaboración o soporte tendientes a incrementar la calidad de vida de las personas.

Los adolescentes se encuentran en un proceso acelerado de consolidación de los recursos que requieren para decidir autónomamente, definir sus prioridades e intereses, aprender en concordancia con sus necesidades y logros, y desplegar su potencial de desarrollo humano. El consumo de drogas, especialmente en esta edad, **reconfigura el funcionamiento neuronal y altera sus formas de aprendizaje**, lo supone una **amenaza directa a la posibilidad de contar con una base de mínima de recursos mentales para el desarrollo ulterior de operaciones vitales para el desarrollo humano**, como es la proyección, la planificación, la priorización de intereses y el aprendizaje continuo de las operaciones vitales que demanda la vida en una determinada cultura.

Un estudio que recientemente ha utilizado neuroimágenes de adolescentes consumidores habituales de marihuana para indagar en sus efectos negativos han constatado importantes **deficiencias en la memoria, la atención y la concentración, la organización de la información y las estrategias de procesamiento**, todas las cuales tienen un correlato neurobiológico traducido en cambios funcionales de la región pre-frontal del cerebro (Dörr, A et. al, 2009). Al respecto, las autoras del estudio señalan:

“De acuerdo con el desempeño en pruebas que evalúan la eficiencia intelectual actual a partir de la capacidad de atención/concentración y retención inmediata, los resultados son significativamente inferiores en el grupo consumidor. Los resultados sugieren una posible alteración en la integración y estructuración de los estímulos espaciales si se considera el alto número de errores cometidos por los consumidores, los cuales pueden ser indicativos de daños orgánicos y cerebrales. La atención y concentración, junto con la capacidad de retención inmediata, son funciones cognitivas muy relacionadas con el aprendizaje escolar”. (p. 275)

Los efectos negativos del consumo de marihuana en adolescentes afectan especialmente aquellas **funciones vitales para el despliegue del potencial de desarrollo humano** de las personas en el plano educacional. La baja capacidad de procesar información recibida por vía oral, el deterioro de la concentración y las deficiencias en la planificación y ejecución de tareas, se traduce en procesos de fracaso escolar que limitan gravemente el bienestar de los niños, niñas y jóvenes (Mena, I et al. 2013).

Todo lo anterior, supone al menos dos niveles de suma relevancia para el trabajo prevención: 1) las estrategias de prevención deben tener en cuenta las capacidades socio-emocionales de los adolescentes, atendiendo a un proceso de consolidación que puede ser muy variable, para evitar la discriminación o estigmatización (por ejemplo “Este joven ES apático y desinteresado”), y por el contrario sintonizar adecuadamente con sus capacidades y recursos en construcción, y 2) la prevención del consumo de drogas debe tomar en consideración, constantemente, los graves

impactos que tienen las sustancias en el proceso de desarrollo neuronal que viven los adolescentes.

Niñez y política pública de salud

Al igual que la juventud, cuando hablamos de niños y niñas nos referimos a aquella población que está sujeta a las definiciones de niñez que dominan en una determinada sociedad. Estas definiciones se relacionan fundamentalmente la **ausencia de capacidad reproductiva, como vimos anteriormente, y la vivencia de un alto nivel de dependencia frente al núcleo familiar.**

A diferencia de los jóvenes, en los que la autonomía es fundamental y orienta las expectativas de rol, en los niños y niñas los valores socioculturales que acompañan sus vivencias se relacionan fundamentalmente con un **fuerte vínculo con los adultos presentes en el espacio familiar, educativo y comunitario.** La relación con los miembros de la familia, los educadores, los vecinos o cualquier otro adulto responsable cercano al ámbito donde se desarrollan los procesos de socialización primaria, son fundamentales para entender las condiciones de desarrollo integral de un niño o niña, las que incluyen condiciones adecuadas de protección y participación.

De hecho, a partir de estas condiciones de dependencia, los determinantes sociales de la salud de los niños y niñas muchas veces se centran más en las **condiciones de vida de los padres y madres y las características de sus funciones parentales, más que en las acciones de los propios niños y niñas.** El diagnóstico global sobre las desigualdades sanitarias asociadas a la niñez pone énfasis en el nivel socioeconómico y educacional de las madres, las características de los niños y niñas al nacer, los entornos materiales (ej. Habitabilidad) y simbólicos (ej. Seguridad) de socialización primaria, para luego determinar sus niveles de exposición y vulnerabilidad presente y futura (Braveman et al. 2008).

La convención de derechos del niño modifica y ordena en gran medida el marco sociocultural que define las prácticas y los valores que acompañan a este sector de la población. Se trata de un marco que reconoce **condiciones de bienestar y ciudadanía** que se evaden desde una mirada exclusivamente centrada en los procesos de maduración o desarrollo.

Este enfoque introduce y promueve en los marcos socioculturales el derecho de los niños y niñas a contar con **espacios adecuados para el despliegue de su potencial de desarrollo humano,** incorporando dimensiones de bienestar social, relacional, afectivo, político o cultural escasamente presentes en el marco sociocultural prevaleciente. Por otro lado, a las condiciones generales de desarrollo se incorporan otros pilares centrados en las condiciones de protección que deben desarrollar los distintos garantes de estos derechos (Estados, familias, comunidades) para que los niños y niñas puedan actuar en sociedad sin ver afectada su integridad física o ser objeto de discriminaciones, estigmatizaciones u otra forma de violencia simbólica.

Las condiciones de protección que propone la convención constituyen una re-definición de la dependencia de los niños y niñas, desde una falta de autonomía que puede significar una situación disminuida o precarizada en relación a los demás actores sociales, hacia un estado de **dependencia que no se confunde con la ausencia de recursos para actuar de manera activa en sociedad**. Por el contrario, esta dependencia demanda de los demás actores sociales un alto nivel de responsabilidad y compromiso con el desarrollo de condiciones de protección y participación que les permitan a los niños y niñas participar en las decisiones que los afectan, ser promotores de cambio social o reivindicar sus diferencias e intereses frente a la política pública.

Este marco de derechos de los niños y niñas es fundamental a la hora de entender las vulnerabilidades frente al consumo de drogas, puesto que el alto nivel de dependencia de esta población demanda un proceso de responsabilización de la comunidad de adultos responsables (padres, educadores, vecinos, etc.) para entender las **vulnerabilidades de la trama social que debe acompañar el proceso de desarrollo de esta población** y desarrollar mecanismos para evitar su exposición al consumo de drogas entre otros muchos determinantes de graves problemas de salud.

En el plano de la participación, la convención modifica las pautas culturales que definen la niñez como una etapa de maduración pasiva y frente a la cual es necesario generar condiciones adecuadas de desarrollo (recursos materiales y simbólicos para el crecimiento). La dependencia de los niños y niñas demanda del mundo adulto espacios adecuados de desarrollo que estos no pueden configurar autónomamente, sin embargo, esto no significa la simplificación de la niñez a estas condiciones de aprendizaje o maduración. Una **parte importante de los intereses y potencialidades de los niños y niñas se orienta al entorno sociocultural**, adquiriendo información, comunicando, analizando, buscando alternativas y proponiendo cursos de acción.

En el plano de la prevención comunitaria, el enfoque de derechos presenta recursos esenciales para sustituir los enfoques asistencialistas de la intervención social por **abordajes integrales y sustentables en los que las comunidades y su capacidad de reivindicar derechos es fundamental**. En este sentido, el enfoque de derechos nos puede poner frente a una paradoja esencial; y es que en una mirada mal entendida de derechos el Estado puede perpetuar una mirada verticalista, que busca asegurar derechos definidos y movilizados desde “arriba”. Por el contrario, en una sociedad de derecho, todos los ciudadanos debemos aprender a reivindicar los derechos que emanan de una conciencia colectiva sobre las condiciones mínimas de bienestar material y simbólico que permiten un adecuado despliegue del desarrollo humano.

La convención promueve una mirada integral de la niñez que los reconoce como actores sociales y busca nuevas relaciones entre este sector de la población y el mundo adulto, cambiando una mirada rígida, jerarquizada y muy susceptible de generar dinámicas violentas, por una en la que prevalezcan las responsabilidades y los vínculos inter-generacionales.

Determinantes sociales de la salud de los niños, niñas y jóvenes

Los determinantes sociales de la salud constituyen un esfuerzo por entender la variabilidad de la salud en las personas desde la consideración de sus diferencias y desigualdades sociales, económicas, políticas o culturales. No se trata de definir a priori las vulnerabilidades asociadas a una práctica, en función de variables directamente observables como el desarrollo biológico, sino más bien de entender cuáles son las **condiciones socioculturales específicas que exponen a las personas a un deterioro de sus condiciones de bienestar y desarrollo humano**. Esto no significa que los jóvenes no compartan, en términos generales, algunos determinantes sociales de su salud, como es, por ejemplo, la exposición a un tipo de publicidad específica en los medios de comunicación, sino más bien de indagar en ellos de forma particular, con cada población y grupo, atendiendo al objetivo central del enfoque de determinantes sociales, que es la explicación de la variabilidad de los problemas sanitarios: ¿Por qué algunos jóvenes generan prácticas de consumo abusivo, adicción o consumo problemático, y otros no?

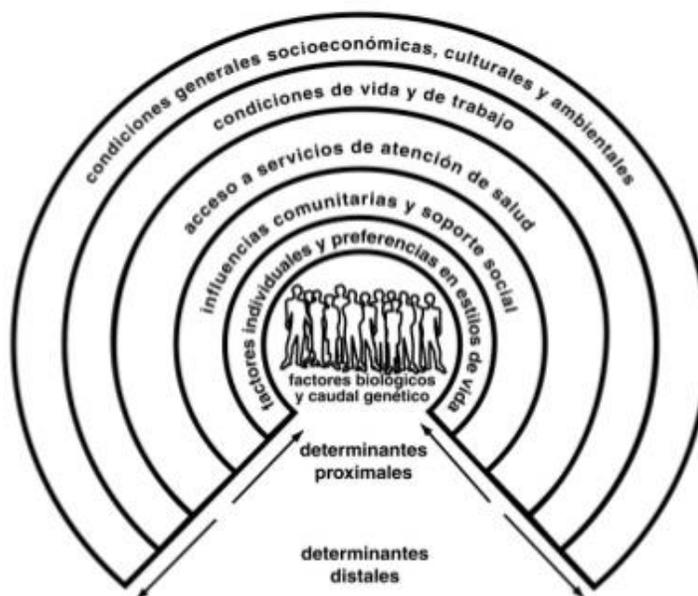
Los contextos socioculturales compartidos por los jóvenes presentan **múltiples formas posibles de rastrear las desigualdades sanitarias y abordar los determinantes sociales de la salud**. Se trata de un grupo que se orienta por pautas culturales muy vinculadas con la definición de identidades individuales y grupales, inserción en dinámicas generales de consumo, establecimiento de relaciones, y creciente manejo autónomo de variables que afectan su salud, y por lo tanto el influjo que tienen las definiciones socioeconómicas y culturales de estos factores son esenciales para entender sus condiciones de exposición y vulnerabilidad. Russell Viner et al. (2012) señala:

“La adolescencia es el período clave para la adopción de conductas de salud asociadas al abuso de sustancias, sexo, dieta, ejercicio y auto-gestión de trastornos crónicos. Estas conductas son delineadas por fuerzas sociales, económicas y culturales que constituyen el principal determinante de las enfermedades y las desigualdades sanitarias a lo largo de la vida” (p.1648)
(Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

En concordancia con una mirada más crítica de la moratoria social, la juventud no constituye en ningún caso un camino normalizado de conductas y recursos disponibles para todos los jóvenes por igual. Si bien las expectativas normativas hacia los jóvenes pueden presentar cierta unanimidad (buenos adultos), los recursos disponibles y las consecuencias de no contar con los medios para conseguir dicha “maduración” son diversos y en muchos casos devienen en procesos de exclusión social. Esta variabilidad tiene un correlato sanitario evidente, y en el caso del consumo de drogas los jóvenes que encuentran una **mayor contradicción entre las expectativas y los medios disponibles para actuar en sociedad** suelen presentar las consecuencias más negativas o catastróficas para su desarrollo humano.

Esta variabilidad es la que aborda el enfoque de determinantes sociales, y, como hemos visto, la juventud presenta un rango de situaciones, contextos y actores que pueden ser explorados para entender las condiciones específicas de exposición y vulnerabilidad frente al consumo de drogas.

En su versión más básica, los determinantes sociales de una persona expuesta al consumo problemático de drogas pueden ser abordados poniendo atención a sus condiciones demográficas, estilo de vida, redes sociales y comunitarias, condiciones de vida y trabajo, y, en un nivel macro-estructural, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de cada localidad en la que se desenvuelve esta persona. Este acercamiento a los niveles sociales involucrados en un problema sanitario es denominado “Arcoíris de los Determinantes Sociales de Salud” (Jasso-Gutiérrez et al. 2014) y tiene su origen en el trabajo de Dahlgren y Whitehead (1991):



Sin embargo, la revisión de los distintos niveles que afectan la salud de las personas no basta para entender la relación entre el funcionamiento de la sociedad, la exposición de las personas a problemas de salud, y los recursos con los que cuentan para cuidarse frente a dichas amenazas (vulnerabilidad). Por esta razón, la comisión de determinantes sociales de la OMS promueve una interpretación de los determinantes que **conecta el funcionamiento macro-estructural de la sociedad con los fenómenos micro-sociales o intermediarios que exponen directamente a las personas a un problema de salud.**

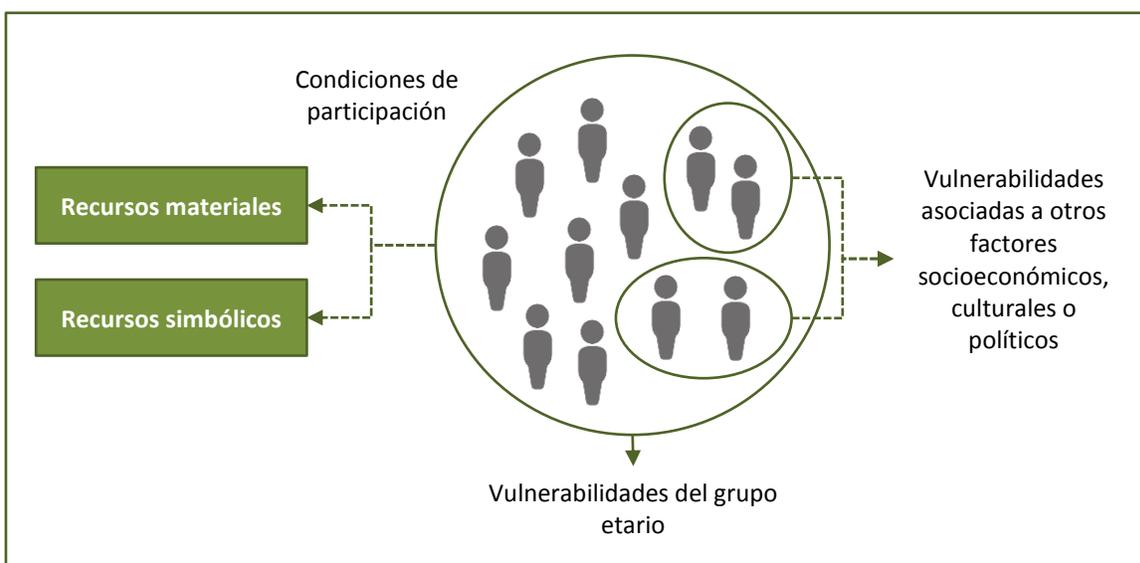
En un nivel macro los determinantes sociales de la salud se centran en la distribución desigual de los recursos económicos y políticos. Solar e Irvin trabajan este nivel distinguiendo un contexto socioeconómico y político que contiene el funcionamiento del sistema político y económico, atendiendo a la **gobernanza** (definición de necesidades, patrones de discriminación, participación de la sociedad civil, transparencia y rendición de cuentas de la administración pública), las **políticas macro-económicas**, las **políticas sociales** (trabajo, seguridad social, distribución de tierras o políticas de vivienda), la **política pública** (educación, salud, condiciones sanitarias), **valores**

culturales y societales (“grado en el que la salud constituye una preocupación social colectiva”) (Commission on social determinants of health, 2007), y las **condiciones epidemiológicas**, y un nivel estructural asociados a las posiciones socioeconómicas de las personas y sus accesos diferenciados a los recursos distribuidos desigualmente.

Para el presente programa de prevención del consumo de drogas y alcohol en jóvenes, este nivel macro de los DSS toma relevancia en dos niveles operativos fundamentales que se corresponden con la distinción de Solar e Irvin: 1) La relación que sostienen los NNJ con el Estado y sus políticas públicas o sociales, en tanto actores que pueden generar cambios en la distribución desigual de recursos materiales y simbólicos mediante su organización y participación ciudadana, y 2) Las condiciones socioculturales que determinan el acceso que tienen los NNJ a estos recursos, ya sea por pertenecer a un sector etario o bien por presentar otros marcadores identitarios relevantes, como es el género, la clase, la ubicación residencial o la etnia.

Este nivel de los determinantes sociales indudablemente nos conecta con el influjo que tienen las dinámicas de poder en la emergencia de las desigualdades sanitarias. A las dificultades de participación de los jóvenes en la sociedad, producto de las múltiples definiciones socioculturales anteriormente analizadas, se suman las dificultades de acceso y participación diferenciadas que tienen diversos grupos dentro del grupo etario de los jóvenes. Sobre esto, la comisión sobre determinantes sociales de la salud (2007) señala:

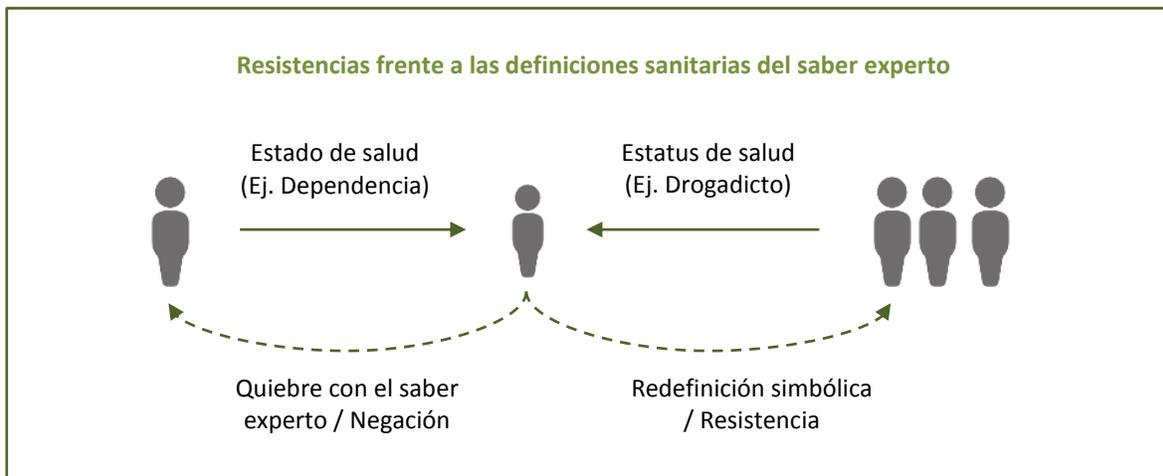
“Las inequidades de salud fluyen desde los patrones de estratificación social, esto es, desde la distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos de la sociedad” (p.16) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)



Las condiciones de participación de los niños, niñas y jóvenes normalmente es tratada desde una perspectiva sociopolítica centrada en el mejoramiento de la democracia y el respeto a los

derechos humanos, sin embargo, desde la perspectiva de DSS, la participación social constituye también un problema sanitario. La crisis de gobernanza en los jóvenes (“forma en la que la sociedad se organiza, toma e implementa decisiones”) (Commission on social determinants of health, 2007) supone, además de una concentración del poder convencional y la ausencia de nuevas formas de organización social, una precarización constante del prestigio de los jóvenes que no participan (discriminación, estigmatización, prejuicios, etc.) y la falta de acceso a los recursos que requieren para mejorar sus condiciones de desarrollo humano.

En el caso del consumo de drogas, la participación social, y en general la relación que sostienen los NNJ con la política pública, tiene resultados sanitarios evidentes. La escasa participación social, y la imposición de una política que no incorpora los valores, las prácticas o los intereses de los NNJ, ha derivado en la **emergencia de discursos pro-consumo, muy bien arraigados en sus condiciones particulares de vida, que los expone a graves problemas de salud**. La escasa consideración de los efectos simbólicos que tiene una política pública de salud puede devenir en una relación muy problemática que incluye dinámicas de discriminación, estigmatización, negación de los estatus de salud, negación de los estados de salud, generación de contra-discursos polarizados o el distanciamiento frente a los servicios sociales.



Este último punto es fundamental para entender como la relación con la política o con el poder en general, puede generar consecuencias negativas para la salud. En el nivel más visible nos encontramos con la **lucha ciudadana por más y mejores accesos a servicios sanitarios de calidad**, que determinan la atención oportuna de problemas de salud y el acceso a tratamientos adecuados, sin embargo, en el caso de los NNJ nos encontramos con procesos más sutiles como es la **relación simbólica que sostienen con los servicios o con los ámbitos de conocimiento experto en materia de salud**. La escasa participación y la generación de discursos sanitarios descontextualizados, o con efectos estigmatizadores, puede ser fundamental a la hora de explicar por qué los NNJ no acuden a los consultorios para solicitar ayuda oportuna en materia de consumo de drogas o bien tienden a rechazar los programas preventivos.

El mejoramiento de los accesos que tienen los niños, niñas y jóvenes al poder en materia de políticas de salud, es, entonces, fundamental. Reconstruir una relación en la que los NNJ puedan orientar los recursos públicos hacia los problemas y los abordajes que ellos consideran de mayor relevancia. No se trata exclusivamente de un ejercicio que mejora el funcionamiento democrático del país, sino más bien de la generación de un **diálogo entre el conocimiento situado y el conocimiento experto que permita intervenir efectivamente los problemas sanitarios**. Puesto que el conocimiento experto en materia de drogas se encuentra deslegitimado en el mundo juvenil, el conocimiento situado no logra complementarse adecuadamente con enfoques, evidencias o metodologías que permitan evitar la emergencia de un consumo problemático de drogas.

En un segundo nivel de los determinantes sociales macro-estructurales es necesario distinguir los mecanismos de exclusión social específicos que afectan de forma distinta a los agentes sociales que comparten la categoría de niños, niñas y jóvenes. Este segundo nivel pone en cuestión la efectividad de las intervenciones sostenidas en el constructo “jóvenes”, en tanto desconoce la diversidad de agentes sociales que agrupa dicho concepto y sus vulnerabilidades específicas.

La comisión de determinantes sociales ubica en el plano de los determinantes contextuales macro-estructurales los valores culturales y societales que dejan en el plano individual las preocupaciones sanitarias. Por el contrario, una mirada colectiva, centrada en los funcionamientos socioculturales amplios, que involucra a todos los actores sociales en la comprensión e intervención de un problema de salud, constituye en sí un factor que combate las desigualdades sanitarias.

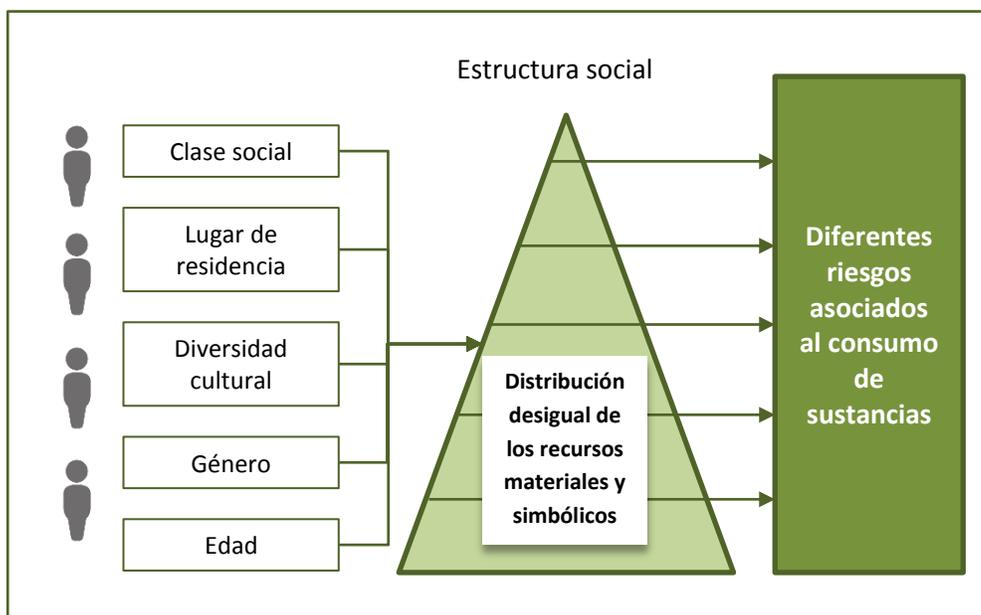
La consideración de poblaciones de riesgo, atendiendo a sus condiciones macro y micro sociales, se anticipa al diagnóstico biopsicosocial del consumo de drogas y aborda las complejidades propias del desarrollo humano en relación a la repartición desigual de recursos y sus impactos en la cotidianidad de las personas. El consumo de drogas en este marco comprensivo constituye una **práctica que toma definiciones y alcances en función de las particularidades socioeconómicas y culturales de una población**, ya sea de jóvenes migrantes, mujeres, mapuches, hombres, residentes de un lugar periférico o pertenecientes a un grupo socioeconómico alto, etc. centrando la intervención en la relación consumo/desarrollo humano.

Entendiendo lo anterior, la especificidad del abordaje preventivo con jóvenes no deberá encontrarse sólo en las características que comparten todas las personas dentro de un mismo intervalo etario, sino que en la **particularidad de los determinantes sociales que acompañan a los distintos grupos de jóvenes y sus alcances en el tipo de relación que establecen con las sustancias**.

El consumo de drogas tiene significaciones y consecuencias específicas para los distintos grupos de jóvenes que comparten marcadores identitarios. Para los jóvenes de clase baja el consumo de drogas se define y se despliega de forma distinta que para los jóvenes de clase alta. Para los jóvenes migrantes el consumo de drogas se relaciona con vulnerabilidades situacionales muy específicas que requieren un abordaje especializado. Por su parte, los valores de una determinada etnia orientarán el consumo de sustancias en circunstancias específicas y con sentidos distintos a

los que encuentran los jóvenes de otras etnias. De esta manera, la prevención del consumo de drogas con enfoque de determinantes sociales de la salud se orienta a la especificidad sanitaria de los contextos y su impacto en la relación que se construye con las sustancias.

Por todo lo anterior, el segundo sub-nivel macro-estructural es fundamental. Este nivel nos indica los accesos específicos que tienen ciertos grupos sociales a la distribución desigual de bienes materiales y simbólicos de acuerdo a sus marcadores identitarios. El consumo de sustancia, por ejemplo de marihuana, **varía sus significados y consecuencias de uso en función de los recursos con los que cuenta un joven, y estos recursos se relacionan con los mecanismos de inclusión o exclusión social**. Un joven excluido del sistema educativo establece una relación con las drogas distinta a la que establece un joven integrado al sistema educativo, así también ocurre con las diferencias residenciales, económicas, culturales, sociales, política, étnicas, etc. que afectan las condiciones de desarrollo de las personas.



Ahora bien, la relación entre la estructura social y el consumo de drogas no es unidireccional, sino que **el consumo también genera impactos en la estructura social, en el estatus de los jóvenes y sus posibilidades de optar a recursos materiales y simbólicos**. El consumo de drogas tiene impactos evidentes en la capacidad económica de las personas, las familias y las comunidades, afectando su acceso a bienes o servicios que incrementen sus niveles de bienestar.

A nivel simbólico, los impactos de la estigmatización por consumo de drogas en la estructura social son bien sabidos por las políticas de integración social y, como hemos señalado anteriormente, estos no se desarrollan exclusivamente en el plano de la adicción o el consumo problemático, sino que generan una serie de estereotipos y dinámicas estigmatizadoras en torno al consumo no problemático también. Los jóvenes no están en igualdad de condiciones frente al influjo de estas

dinámicas estigmatizadoras, y por el contrario, **los jóvenes más afectados son aquellos que ya se encuentran en alguna situación de vulnerabilidad previa.**

En síntesis, el nivel macro de los DSS orienta la mirada de la política pública de drogas hacia los **fenómenos generales de desigualdad y jerarquización** que afectan a determinados grupos sociales, y determinan en gran medida cuáles serán las consecuencias negativas diferenciadas del consumo de drogas.

Los determinantes sociales que afectan a las personas en un nivel micro-social se denominan “determinantes próximos” o “determinantes intermediarios”, y actúan en el **ámbito de interacción directo de las personas con los problemas de salud**. En función de estos determinantes las personas son más o menos vulnerables a un determinado problema de salud y generan trayectorias que diferencian sus condiciones sanitarias pasadas, presentes y futuras. A diferencia de los factores protectores y de riesgo, los determinantes intermedios no hacen referencia a una determinada probabilidad de ocurrencia de un mismo fenómeno (problema definido a priori), sino ante todo a una diferencia en la exposición o la vulnerabilidad de una persona frente a factores que amenazan su desarrollo. Al respecto, Russell Viner et al. (2012) destaca en el plano de los determinantes próximos:

“circunstancias de la vida diaria, desde la calidad del ambiente familiar o de las relaciones de pares, pasando por la disponibilidad de alimentación, condiciones de habitabilidad y recreación, hasta el acceso a la educación” (p.1642)
(Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Estos determinantes nos permiten entender con mayor detalle por qué algunas personas no presentan grandes problemas de consumo al experimentar con sustancias, mientras que en otros casos el abuso, la adicción o el consumo problemático aparecen rápidamente generando impactos en el desarrollo humano. Si bien los determinantes macro-estructurales presentan explicaciones sobre las diferencias sanitarias entre distintos grupos o sectores de la sociedad, los determinantes próximos se centran en las diferencias personales y por tanto en las trayectorias de vida específica que devienen en problemas de salud. Russell Viner et al. (2012) destaca los siguientes elementos:

“Los determinantes próximos son generados por la estratificación social que resulta de determinantes estructurales, pero son además generados a través de factores culturales, religiosos y comunitarios. Estos determinantes próximos establecen diferencias individuales en la exposición o vulnerabilidad sanitaria, comprometiendo factores que generan salud o enfermedad” (p.1642)
(Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Las circunstancias de la vida diaria constituyen el foco central de los determinantes próximos y por lo tanto estos permiten entender la relación entre los distintos ámbitos de interacción de las personas, y en nuestro caso de los jóvenes. La familia, los pares, la comunidad, el barrio, el establecimiento educacional o el lugar de trabajo, constituyen escenarios que llevan al espacio inmediato de los jóvenes las consecuencias de un funcionamiento macro-estructural determinado.

Este punto es fundamental, puesto que **la desigualdad sanitaria concatena vivencias cotidianas posibilitando una comprensión transversal con énfasis en la complementariedad de las amenazas y los recursos disponibles para el desarrollo**. Un ejemplo de esto es la imposibilidad de abordar los determinantes intermediarios de una joven migrante (cómo se relaciona con sus pares, cómo es tratada en su colegio, que tipo de relaciones afectivas desarrolla, cuáles son las dinámicas de su familia, etc.) sin hacer referencia al ciclo migratorio y variables de género que determinan sus recursos socioeconómicos y culturales disponibles, y, consiguientemente, los impactos sanitarios de una conducta de riesgo como el consumo de drogas.

Si entendemos el vínculo entre la estructura social y los determinantes intermedios podemos distinguir con mayor claridad las amenazas al desarrollo, evitando la definición a priori de cuáles son las circunstancias de riesgo o protección de los jóvenes. En función las características identitarias y culturales de los niños, niñas y jóvenes, y de la estructura social que se impone ante dichas características, es posible desarrollar abordajes integrales que buscan aumentar los recursos disponibles para el desarrollo desde una mirada comprensiva, que interviene el ámbito inmediato sin perder el foco macro-estructural que dota de sentido los determinantes intermediarios.

En el caso de los niños y niñas, los determinantes sociales de la salud tienden a ubicarse en la **relación que establecen las familias con sus entornos socioculturales**. Los niños y niñas ven afectada directamente su salud en función de determinantes macro-estructurales relacionados con el acceso a servicios educativos, sanitarios o culturales, o de forma indirecta por la desigualdad económica y simbólica que afecta a su familia o barrio en función de marcadores socioeconómicos, espaciales o culturales. A nivel de determinantes intermediarios, los niños enfrentan fenómenos psicosociales familiares (convivencias, violencias, jerarquías, condiciones de desarrollo), barriales (espacios públicos, seguridad, recreación, cultura) o comunitarios (participación, redes, mutualidad, involucramiento) usualmente mediados por adultos responsables tales como las madres, padres, hermanos mayores, amigos de la familia o vecinos.

Estos adultos responsables pueden proteger o bien incrementar los impactos que tienen los determinantes sociales en la salud de los niños y niñas, generando dinámicas de vulneración, discriminación, desprotección, desresponsabilización, o distanciamiento que derivan en una situación de vulnerabilidad mayor que la de otros niños y niñas que se encuentran en las mismas condiciones macro-estructurales. Por el contrario, una comunidad de adultos responsables que genera condiciones adecuadas de desarrollo, protección y participación para los niños y niñas, logra **restringir los impactos sanitarios de una situación de precariedad o desigualdad estructural** (SENDA, 2014b).

El tránsito desde la niñez hacia la juventud está marcado por nuevas prácticas o dinámicas cotidianas que exponen a las personas a una serie de ambientes, relaciones o situaciones antes mediadas por la familia u otros adultos responsables. Los niños, niñas y jóvenes presentan distintos niveles de autonomía que marcan la emergencia de nuevos determinantes sociales de la salud. En el grupo específico de jóvenes, **la familia pierde progresivamente su rol mediador y los**

determinantes comienzan a configurarse en la relación directa del joven con su ambiente. En esta línea se destacan los recursos socio-comunitarios presentes en los barrios donde se desenvuelven los jóvenes, especialmente en relación al control social, la construcción de redes y soportes sociales, y el involucramiento o la participación social.

“El incremento de la autonomía y del tiempo que pasan fuera del hogar, eleva la importancia del ambiente barrial para los adolescentes; el acceso a recursos y servicios sociales, normas sociales y supervisión, eficacia colectiva, y conexión con otros fuera de la familia, puede potencialmente afectar la salud” (p.1648)
(Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

El paso desde la niñez hacia la juventud está marcado por la emergencia de estos nuevos determinantes sociales. Nuevas juntas, dinámicas de pares, contactos con el espacio público, relación con los servicios de salud y educación, relación con las organizaciones comunitarias, adquisición de roles y expectativas de conducta que se construyen en un marco sociocultural distinto al que se desarrolla en el entorno familiar. La preparación de la familia para acompañar y generar recursos protectores en este tránsito es fundamental, y por lo tanto **la prevención con jóvenes debe acompañarse de un trabajo previo de organización y movilización de redes inter-familiares que permiten la construcción de un vínculo positivo entre los niños, niñas y jóvenes y el barrio en el que residen.**

El proceso de salida del ámbito familiar y el aumento de las interacciones con el entorno barrial está marcado por las dinámicas de pares. El establecimiento educacional constituye un espacio clave de sociabilidad entre los niños, niñas y jóvenes que progresivamente se va extendiendo a otros espacios públicos en los que confluyen personas con similitudes etarias. Ahora bien, la centralidad que adquieren las relaciones de pares dependerá de múltiples factores tales como la disponibilidad de espacios públicos, los horarios del establecimiento educacional, las dinámicas laborales de la familia, o el nivel de segregación residencial en el que se desarrollan los niños, niñas y jóvenes.

Este último punto es fundamental, en tanto un elevado nivel de segregación residencial supone un **ámbito reducido de interacciones, recursos o desplazamientos para los niños, niñas y jóvenes, generando dinámicas muy acotadas de sociabilidad** (Kaztman, 2001). Los grupos de pares, especialmente aquellos que se desarrollan en sectores segregados o periféricos de la ciudad, orientan gran parte de la experiencia cotidiana de los niños, niñas y jóvenes, y la configuración de marcos interpretativos para dotar de sentido los acontecimientos, las relaciones, los roles, los procesos de identificación personal o colectiva. Estas características son fundamentales a la hora de promover interacciones “pro-sociales” entre los niños, niñas y jóvenes que enfrentan contextos precarizados y uniformes, puesto que dicho objetivo de intervención puede hacer prevalecer una mirada externa, arbitraria, muy poco arraigada en sus particularidades territoriales.

Estos marcos socioculturales para entender y actuar en el mundo, construidos por grupos muy acotados de personas que residen en el mismo espacio y comparten, además, características socioeconómicas, políticas y culturales similares producto de la segregación, se acompañan de

dinámicas jerarquizadas e interpelaciones de pertenencia (¿Qué tanto perteneces a este grupo?) que toman especial relevancia para los niños, niñas y jóvenes. La segregación residencial se acompaña de problemas de acceso al trabajo (Turner, 2000), largos trayectos y problemas de transporte, que repercuten en la **capacidad que tienen las familias de triangular la relación que establecen los niños, niñas y jóvenes con su entorno sociocultural** y acompañar los procesos de integración a estos grupos de pares.

Como señala Gregor Burkhart, los jóvenes son especialmente vulnerables a la acción en bloque de los grupos de pares, requiriéndose un proceso de acompañamiento que interpela a los distintos actores de la comunidad para que el **proceso de identificación y acción colectiva pueda contribuir efectivamente a su bienestar**. Esto supone poner en cuestión la efectividad de los abordajes preventivos individuales o centrados en la promoción de una mirada crítica frente a las drogas. Por el contrario, el trabajo colectivo, con los múltiples marcadores identitarios de los jóvenes, sus funcionamiento en red, las interpelaciones identitarias, las presiones, las jerarquías, las orientaciones de acción del grupo, entre otros, parecen estar más sintonizados con las características de los niños, niñas y jóvenes y su relación con el consumo de drogas y alcohol. Burkhart (2011) sintetiza esta consideración de la siguiente manera:

“Los adolescentes pasan por transformaciones en su funcionamiento neuro-comportamental y psicosocial que resultan en la predominancia de estar conforme con las normas de sus pares en detrimento del control cognitivo de sus impulsos. Esto puede explicar que en la presencia de sus pares los comportamientos de los adolescentes no son influenciados por lo que saben sobre los riesgos y las consecuencias” (p.87)

Estas dinámicas de pares impactan directamente en la forma de entender el riesgo en los niños, niñas y jóvenes. No se trata de peligros que amenazan a los niños, niñas y jóvenes en tanto actores pasivos, sino que estos son agentes, es decir, **productores de condiciones de riesgo funcionales para su desarrollo**. A través del riesgo, especialmente los jóvenes, logran romper las seguridades materiales y simbólicas del hogar, explorar y asentar marcadores identitarios o posiciones sociales, y generar vínculos afectivos. Sin riesgo, los niños, niñas y jóvenes no son capaces de tomar una posición activa frente a un entorno que desconocen y que necesitan abordar prontamente para conseguir los recursos que requieren para su desarrollo.

Factores como la **alta valoración de las recompensas** que devienen de una acción riesgosa (prestigio, admiración, aceptación, conocimiento, experiencia, etc.), **altos umbrales de dolor, alta resistencia frente a los efectos negativos del consumo de drogas** (ej. “resaca”), y capacidades para el auto-control, en un entorno sociocultural amplio, aun en entrenamiento, generan condiciones muy propicias para que los jóvenes generen múltiples situaciones que pueden atentar en contra de sus condiciones de desarrollo.

La relevancia del entorno en esta toma de riesgos es fundamental, puesto que a través de las claves o pistas que genera el entorno de los niños, niñas y jóvenes, éstos pueden gestionar las variables que se mantienen en estado de incertidumbre durante las situaciones de riesgo. Los

niños, niñas y jóvenes desconocen en principio las experiencias, historias o tradiciones que justifican una precaución o una alarma de peligro, y por lo tanto gran parte del proceso de socialización debe orientarse a la adquisición de competencias para el cuidado que se sostienen en gran medida en una lectura adecuada de los recursos del entorno. Al respecto, Schantz (2012) señala lo siguiente:

“Nuestro sentido del peligro es también dependiente de las claves contextuales, y puede variar en función de asociaciones o memorias gatilladas por determinadas situaciones. Por ejemplo, si el contexto no nos impulsa a pensar en nuestros principios y valores, entonces no los aplicaremos necesariamente en nuestras decisiones” (p.1) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Como vemos, el riesgo en los niños, niñas y jóvenes se relaciona estrechamente con el funcionamiento de un entorno sociocultural cada vez más amplio, que genera expectativas de acción, recursos y alertas sobre los peligros contenidos en sus acciones.

En un entorno empobrecido, que no orienta a los jóvenes sobre los riesgos que están contenidos en sus prácticas, ni genera soportes para protegerlos, el desarrollo de las identidades toma altos niveles de riesgo. En el caso de la identidad sexual y de género, el entorno sociocultural puede tomar matices muy violentos y excluyentes, dejando este plano de desarrollo desprotegido y muy susceptible de concatenar situaciones de riesgo (Ej. riesgos sexuales-consumo abusivo).

Género y consumo de drogas

Los determinantes sociales de la salud que afectan a los jóvenes y que incluyen el riesgo de iniciar un consumo problemático de drogas y alcohol, deben ser analizados desde la perspectiva de género, atendiendo a la centralidad de los marcos socioculturales que definen la juventud en torno a la diada autonomía-capacidad reproductiva. Las tensiones que viven los jóvenes se relacionan con la armonización de la capacidad reproductiva y la construcción de un espacio simbólico y material adecuado para su despliegue, lo que supone no solo la consecución de bienes para la convivencia en pareja o la construcción de una familia, sino también la **definición de la propia sexualidad y su relación con los valores y las prácticas presentes en el entorno sociocultural.**

En el proceso de construcción de las identidades juveniles, el género constituye un foco esencial de las ambivalencias, exploraciones y resistencias que presentan los jóvenes frente al contexto sociocultural. Los valores y las normas que ordenan la convivencia en los distintos espacios de interacción generan **narrativas muy limitantes en torno a la sexualidad de los jóvenes, no solo generando restricciones hacia el despliegue de sus prácticas sexuales, sino también hacia las identidades de género, especialmente aquellas que no se enmarcan en las pautas dominantes de masculinidad y feminidad.**

La “heteronormatividad” y las discriminaciones que devienen de esta distinción rígida de géneros y orientaciones sexuales, generan múltiples formas de vulneración de derechos y empobrecimiento de las condiciones de desarrollo de las personas, especialmente de los niños, niñas y jóvenes. Las violencias asociadas al género y la sexualidad tienen especial impacto en la escasez de factores protectores relacionales, familiares o comunitarios frente al consumo de drogas, producto de un **alto nivel de aislamiento y desestructuración general de las redes sociales de apoyo social**. Frente a los procesos de exclusión y estigmatización, el consumo de drogas se constituye como una vía de interacción y despliegue precario de las identidades negadas, exponiéndolos a contextos con escasos recursos de bienestar.

La fundación española “Salud y Comunidad” (2015) señala:

“La naturalización de las concepciones binarias de los cuerpos humanos han servido para legitimar como sexualidad privilegiada la sexualidad heteronormativa y coitocéntrica, ya que si bien han sido diversas las reacciones y acciones institucionales respecto a la homosexualidad y formas no hegemónicas de sexualidad, estas siguen estando en el ámbito de lo subalterno o, en el mejor de los casos, aceptadas como sexualidades excepcionales que confirman la norma heterosexual “mayoritaria””. (p12)

Ahora bien, la “heteronormatividad” no se traduce solo en formas de discriminación hacia el “otro”, sino también una **fuerte presión hacia los valores y conductas de quienes son parte del grupo dominante y son interpelados como tales**. En este plano, la construcción de las masculinidades y las feminidades se encuentra en constante tensión con prácticas de riesgo como el consumo de drogas.

En el plano de las masculinidades, el consumo de drogas tiene un rol muy importante en la reproducción de una pauta de género caracterizada por la toma de riesgos, la dominación, la resistencia, la iniciativa o la temeridad. Gran parte de la presión de pares entre jóvenes de sexo masculino se relaciona con la **asunción de riesgos**, y el consumo de drogas, especialmente de alcohol, permite generar las condiciones de arrojo necesarias para abordarlos sin precauciones. La administración de servicios de abuso de sustancias y salud mental de Estados Unidos (SAMHSA) (2013) señala:

“En Estados Unidos, los hombres usualmente son instados para que prueben su masculinidad a través de competencias deportivas, manejo de autos a alta velocidad o conquistas sexuales. Muchos de estos rituales convencionales de masculinidad están mediados por el consumo excesivo de alcohol, el cual actúa como lubricante de las conductas o bien como un fin en sí mismo” (p.4)
(Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

En el rito masculino de consumo abusivo de drogas la relación con mujeres es un factor esencial y se sostiene en el mismo marco de reafirmación antes señalado. La relación entre una exploración sexual marcada por la **dominación y la comparación con el grupo de pares** (¿Cuántas mujeres?), y

el consumo abusivo de drogas, supone altos niveles de vulnerabilidad para los y las jóvenes que, no obstante, es legitimado e incluso promovido por distintos medios de difusión cultural (películas, revistas, publicidad, etc.).

La relación entre las masculinidades y el consumo de drogas deviene en prácticas riesgosas y violentas, establecimiento de relaciones precarias e **incapacidad de velar adecuadamente por el bienestar físico, mental o social ante la presencia de adicciones**. El hombre adicto corre el riesgo de perder su masculinidad cuando solicita ayuda (comunica) y asume su vulnerabilidad, lo que se suma a la pérdida de su rol protector y proveedor tradicional en la familia. Así, el rol masculino tradicional eleva mucho los riesgos de desarrollar consumos problemáticos de drogas.

Además del riesgo y la audacia motivada por el consumo de drogas, la resistencia a sus efectos también constituye un rito propio del género masculino que busca reafirmar características de dominio, auto-control, y potencia frente al opuesto de género, que sería la feminidad. Este punto es fundamental para incorporar la variable de género en las intervenciones de prevención del consumo de drogas, puesto que **no es posible pensar la afirmación masculina sin entender los riesgos de la “no-masculinidad”**, es decir, el miedo de quedar definido a partir de características femeninas.

La pautas culturales de discriminación hacia la homosexualidad, se alimentan de la misma oposición de dominación de género, **atribuyéndole a los homosexuales características femeninas vista como inferiores a las masculinas, es decir, débiles, pasivas, introvertidas, indefensas, etc.** Por lo pronto la denostación más habitual hacia los homosexuales se sostiene en el insulto “marica” o “mariquita” cuya raíz se encuentra en una forma coloquial de llamar a las mujeres de nombre “María”. Entendiendo esta atribución de significados hacia la homosexualidad, los miedos que se movilizan en la afirmación de las masculinidades también incluyen las características de dominación de género hacia las mujeres contenidas en los homosexuales (maricón el que no toma alcohol). En este sentido, el machismo y la homofobia se encuentran íntimamente ligados y movilizan de la misma manera ritos de reafirmación que hoy en día se sostienen principalmente en el consumo abusivo de drogas entre los jóvenes.

En el plano de las feminidades, es posible conjeturar que el consumo de drogas en mujeres toma matices afirmativos distintos a los que presentan los hombres, adquiriendo matices menos conservadores y más vinculados con la subversión del rol histórico femenino. El consumo abusivo de drogas puede ser definido como una vía para **desestructurar los mecanismos afirmativos masculinos mediante una nivelación de las capacidades o las prácticas que se sostienen en un ambiente de consumo**. De este modo la imagen débil, pasiva o vulnerable de la mujer se desestructuraría mediante un alto nivel de consumo, complicidad de pares (entre mujeres) y prácticas de conquista.

El consumo abusivo de drogas puede constituirse como un espacio reivindicativo para las mujeres que, no obstante, guarda una profunda paradoja que consiste en **perpetuar los valores y las prácticas masculinas de afirmación identitaria**, lo que, demás, tienden a confirmar una

dominación de género mediante las diferencias físicas que permiten un mayor nivel de consumo en los hombres. SAMHSA (2009) señala:

“Las mujeres que consumen alcohol se ven más afectadas debido a una mayor concentración de esta sustancia en la sangre, una mayor cantidad proporcional de grasa corporal, y un menor volumen de agua en el cuerpo para diluir el alcohol” (p.3) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

En el plano de la sexualidad femenina también es posible generar conjeturas asociadas a las normas y valores culturales que delinear el comportamiento esperable de las mujeres y la oportunidad que ofrecen los espacios de consumo abusivo de drogas para diluirlas, permitiendo un despliegue más libre de su sexualidad. La relación entre el consumo de alcohol y el flirteo es muy habitual tanto en hombres como en mujeres, motivando formas de comunicación verbal y no verbal distintas a las que se desarrollan en una situación cotidiana, en la que los riesgos de un posible rechazo, humillación, competencia, etc. se encuentran más presentes y restringen los potenciales de acción (Monahan et al. 2000).

Sin embargo, estas situaciones de “liberación” impactan en otros planos del bienestar de los y las jóvenes como es la exposición a situaciones de violencia, elección indiscriminada de parejas sexuales, o nula conversación sobre los riesgos potenciales de enfermedad o embarazo (Cooper, 2002).

Los estudios sobre el vínculo entre el género femenino y el consumo de drogas se han centrado en los tranquilizantes, las benzodiazepinas o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en general (Fluoxetina), sin embargo, en este plano el consumo cumpliría un rol más bien conservador en torno a los roles de género tradicionales.

El consumo de fármacos psicoactivos entre las mujeres constituye un fenómeno muy estudiado a partir de los años 50 en Estados Unidos. La precarización progresiva del rol femenino en el período de pos-guerra, en el que las mujeres abandonan los puestos de trabajo reservados para los hombres que vuelven de la guerra, y la promoción de los ideales hogareños y pasivos de la mujer a través de revistas de moda, cocina, cuidados del hogar, u otras estrategias de comunicación masiva, producen **fuertes tensiones y conflictos de género que son abordados por la industria farmacéutica una vez que se desarrollan y legitiman públicamente desviaciones tales como la “frigidez”, “ambivalencia marital”, “Infidelidad femenina” o “mamismo” (sobrepotección de los hijos)** (Weiss, 2005). Aunque el diagnóstico de desviaciones con este fuerte componente de género se ha abandonado, aún existen muchas mujeres que ocupan este tipo de drogas para resolver problemas de ansiedad o angustia derivadas de los roles tradicionales de género y su impacto en el desarrollo humano.

La violencia de género constituye un factor esencial en las intervenciones preventivas, entendiendo que muchas **mujeres que evidencian consumos abusivos o problemáticos han sido víctimas de eventos traumáticos relacionados con este tipo de violencia** (SAMHSA, 2009). El consumo abusivo de drogas tiende a presentarse con mayor fuerza en mujeres que presentan

historias traumáticas, relacionadas con abuso sexual y físico, o violencia doméstica, que involucran normalmente a personas cercanas a la mujer; personas que conocían y en las confiaban. Entendiendo esto, los programas de prevención del consumo de drogas deben estar especialmente atentos a todos los tipos de violencia de género que experimentan las niñas y jóvenes de los barrios intervenidos, especialmente en sus ámbitos de relaciones más cercanas, y fortalecer capacidades o recursos protectores para estos riesgos en particular.

En torno a la relación entre el consumo de drogas y la violencia sexual, es posible barajar diversas tesis que orientan el desarrollo de investigaciones e intervenciones sociales. Entre estas, la fundación “Salud y Comunidad” (2015) de España propone las siguientes:

- Muchos agresores **han consumido drogas psicoactivas** antes de la agresión o tienen patrones de abuso de ellas.
- La droga más relacionada con agresiones sexuales es el **alcohol**.
- Las mujeres que se hallan bajo el efecto del alcohol son consideradas “**víctimas fáciles**”.
- **El acoso sexual en espacios de ocio nocturno está normalizado**, razón por la cual la víctima no lo identifica como tal y otras personas (hombres y mujeres) que lo presencian no consideran necesario intervenir.
- El agresor argumenta el acoso y abuso sexual o **diluye su responsabilidad** declarando que se encuentra bajo el efecto de sustancias psicoactivas.
- La **víctima reconoce cierta responsabilidad** ante el acoso o agresión sexual cuando está consumiendo en contextos de ocio nocturno debido al imaginario cultural que vincula consumo y ocio con accesibilidad sexual
- Las creencias en torno a los efectos del alcohol sirven para **justificar una conducta agresiva** o para provocar una predisposición

Las agresiones sexuales en espacios de ocio nocturno son un ejemplo claro de cómo la falta de recursos para la vida saludable, asociados a la imposición de roles tradicionales, impacta de manera bastante directa en el consumo y la exposición a altos niveles de violencia de género. La relativa legitimidad de las conductas violentas asociadas al consumo de drogas alcanza su punto más alto en el caso de las relaciones de género. Sobre la tolerancia de la violencia de género en espacios de ocio nocturno, la fundación Salud y Comunidad propone cinco categorías que permiten ordenar la observación y análisis de este fenómeno junto a los jóvenes:

1. **(Mayor nivel de tolerancia)** Cosificación de la mujer en estos espacios, comentarios sexuales incómodos, insultos, tocamientos no consentidos.

2. Acorralamientos, creencia de tener un derecho adquirido sobre la mujer, invitar a tragos e insistir ante una negativa continua.
3. Prácticas sexuales no consentidas en el marco de una relación sexual voluntaria.
4. Agresiones a chicas que han consumido mucho y no controlan sus actos.
5. **(Menor nivel de tolerancia)** Violación o sumisión química en la mujer.

Estas conductas de riesgo, que vinculan el consumo de drogas con la violencia de género, se relacionan no solo con los recursos personales, relacionales y comunitarios que permiten una internalización efectiva de nociones de bienestar, sino también con las definiciones de género que se encuentran en los diversos marcos socioculturales que acompañan la socialización de los niños, niñas y jóvenes. La misma fundación ofrece una serie de temas que pueden ser abordados con los jóvenes para la búsqueda de soluciones efectivas:

- Poner en cuestión la siguiente creencia: El consumo de drogas de las mujeres conlleva mayor **disponibilidad sexual** de las mismas.
- Poner en cuestión la siguiente creencia: En los hombres la sexualidad es **irrefrenable e instintiva** y, especialmente, bajo los efectos del consumo de drogas.
- Romper con las inercias en las dinámicas de cortejo sexual tradicional: no hay una **deuda implícita que se paga con favores sexuales** cuando una mujer es invitada a consumir drogas o alcohol.
- **Desnaturalizar la disponibilidad y el deseo sexual** de hombres y mujeres en los contextos de ocio nocturno.
- Trabajar sobre la **autoestima y la construcción de género**.
- Desmontar algunos mitos sobre la **mejora de las relaciones sexuales** bajo los efectos del consumo de drogas.
- Desmontar el mito de la **igualdad entre sexos en el consumo** de drogas en contextos de ocio nocturno.

La violencia física se acompaña de múltiples formas de violencia simbólica hacia la mujer que precipitan el desarrollo de consumos problemáticos. La atribución de características sexistas, roles tradicionales, vejaciones, y su reproducción cotidiana en el barrio, contribuye no sólo al consumo abusivo, sino que generan, además, dificultades para solicitar apoyo oportuno en caso de observar problemas asociados al abuso de sustancia. La maternidad o el embarazo, constituyen ejemplos

muy claros de esto, en tanto la presión social sobre la mujer deviene muchas veces en vergüenza y aislamiento social. Sobre esto, SAMHA (2009) señala lo siguiente:

“(...) El uso de sustancias durante el embarazo conlleva estigma y vergüenza, lo que supone crear nuevos desafíos para el tratamiento” (p.2) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

En este último punto se evidencia la necesidad de contar con programas de prevención, tratamiento e integración social que pongan énfasis en la articulación de apoyos sociales para las mujeres en riesgo, orientados a la desarticulación de funcionamiento barriales o familiares discriminatorios, y el desarrollo de **estrategias de soporte eficientes para que estas puedan efectivamente preocuparse por su salud**. En este plano se destacan iniciativas que alivian las cargas de cuidado, tales como salas cunas, jardines infantiles u hogares de cuidado diario (SENDA, 2004).

En el caso de las personas jóvenes que se identifican como lesbianas, gay, bisexuales, o transgénero (LGBT), los procesos de **rechazo o aislamiento social** también son muy regulares y se acompañan de altos niveles de violencia física o simbólica. Tanto las familias como las comunidades tienden a hacer prevalecer una serie de marcos culturales y normativos que restringen el despliegue de estas identidades y las exponen a múltiples problemas o amenazas sanitarias, entre las que se cuenta el consumo abusivo de drogas. En el plano del trabajo con población LGBT, el SAMHSA (2014) destaca;

“(...) Muchas familias tienen estrictas expectativas culturales sobre el comportamiento asociado al rol de género masculino y femenino, y tienen gran dificultad tolerando comportamientos de género no conforme en sus niños o adolescentes” (p.3) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Para entender los particulares riesgos de la población LGBT es necesario entender al menos cinco conceptos claves que pueden orientar a los equipos en el desarrollo de abordajes adecuados.

- 1) **Orientación sexual:** Atracción emocional, sexual y/o relacional hacia los otros. La orientación sexual es usualmente clasificada como heterosexual, bisexual u homosexual (gay y lesbiana), e incluye componente de atracción, comportamiento e identidad. La orientación sexual se expresa en relaciones con otros que buscan satisfacer necesidades humanas básicas como el amor, el apego y la intimidad. Así, las personas jóvenes pueden estar conscientes de su orientación sexual en forma de apego o conexión con otro aun antes de volverse sexualmente activos.
- 2) **Identidad de género:** Sensación interna de ser masculino, femenino o algo más. La identidad de género es interna, no necesariamente visible para los demás. La identidad de género es, además, muy personal y por lo tanto algunas personas pueden sentirse identificadas como la identidad masculina o femenina, mientras que otras pueden identificarse con ambas.

- 3) **Expresión de género:** Forma en la que una persona expresa su identidad de género (ej. A través de la ropa o el movimiento del cuerpo). Niños o niñas pequeñas expresan su sensación de género a través de la elección de ítems personales tales como los juguetes, la ropa, el estilo de pelo, colores, etc.
- 4) **Género no conforme o variación de género:** Expresión de género que no está conforme a la forma en la que la familia, cultura o sociedad espera que una persona se comporte, vista o actúe.
- 5) **Transgénero:** Persona que siente que su identidad de género no calza con su cuerpo físico y difiere del género que otros observaron y le dieron al momento de su nacimiento.

Entendiendo que el consumo abusivo de drogas deviene muchas veces de estos procesos de discriminación y exclusión, **restringiendo las acciones o experiencia de estos jóvenes a espacios muy herméticos y con pocos recursos protectores**, las intervenciones que buscan trabajar con estas poblaciones se orientan fundamentalmente a la concientización de las familias sobre el impacto que tienen las reacciones ambivalentes o de rechazo en el bienestar de sus parientes o vecinos.

A partir de la información se busca acompañar a las familias en la adquisición de capacidades para prevenir la emergencia de conductas de riesgo en los niños, niñas y jóvenes LGBT, anticipando los efectos de un espacio poco receptivo a sus necesidades de desarrollo y los impactos que tiene en los propios padres o madres el inicio de un distanciamiento por parte de sus hijos o hijas. Muchas familias que han vivido este proceso de alejamiento buscan posteriormente la re-conexión y su involucramiento efectivo en la vida de los niños, niñas y jóvenes desvinculados, aun cuando las personas externas al núcleo familiar piensen lo contrario. En esta línea el SAMHSA alerta lo siguiente:

“las consecuencias negativas para muchos jóvenes LGBT, que incluyen suicidio, falta de un hogar e ingreso a programas de protección o justicia juvenil, pueden ser prevenidas o disminuidas cuando los padres, las familias o los adultos cuidadores pueden orientarse hacia una fuente confiable y experta que los guíe, les brinde información precisa y los apoye” (p.3) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Estas capacidades son diversas y se relacionan con las condiciones de desarrollo, protección y participación que requieren todos los niños, niñas y jóvenes independientemente de su identidad sexual o de género. Mientras algunas familias, por ejemplo, intentan restringir el acceso de los niños, niñas y jóvenes LGBT a conocimientos sobre su identidad, otras familias procuran acompañar este proceso promoviendo modelos positivos que pueden contribuir a su bienestar.

Las formas de rechazo o negación familiar hacia la identidad LGBT de sus hijos o hijas varía mucho, desde la oposición activa o expulsión hasta las **señales de ambivalencia que son prontamente**

leídas como una distancia infranqueable entre el niños, niña o joven y su entorno familia. Padres o madres que no quieren saber, esperan que los niños, niñas o jóvenes logren “superar una etapa” o bien abandonen su identidad sexual o de género por falta de conocimiento o recursos para conducirla, muestran resultados, traducidos en conductas de riesgo, muy negativos. En Estados Unidos, las estadísticas muestran que los adultos jóvenes LGBT que han reportado rechazo familiar durante la adolescencia incrementan sus riesgos en las siguientes proporciones, respecto de aquellos que han reportado bajos niveles o ningún rechazo familiar:

- 8,4 veces más probable que reporten intentos de suicidio.
- 5,9 veces más probable que reporten altos niveles de depresión.
- 3,4 veces más probable que usen drogas ilegales.
- 3,4 veces más probable que reporten haber incurrido en encuentros sexuales sin protección.

En base a los lineamientos del proyecto “Family Acceptance Project” (Ryan et al, 2011) es posible sintetizar 10 ideas básicas que orienten la intervención en materia de aceptación familiar y prevención de sus riesgos asociados:

- 1) Comprender que las **familias aman a sus hijos e hijas y quieren para ellos y ellas una buena vida.** Estas expectativas y esperanzas de desarrollo están delineadas por factores culturales o creencias religiosas que pueden ser contrarias a la orientación sexual o la identidad/expresión de género de los niños, niñas y jóvenes.
- 2) Es necesario conocer a las familias para determinar sus niveles de conocimiento, expectativas o creencias acerca de la orientación sexual o la identidad/expresión de género de los niños, niñas y jóvenes. Esto significa **escuchar y comprender antes de buscar adecuaciones o negociaciones.**
- 3) Es necesario contar con un **marco consistente de investigaciones, mensajes educativos-preventivos y abordajes familiares** que incorporen los valores y los roles que cumple la familia en un contexto cultural o religioso específico.
- 4) **Respaldar a las familias en su necesidad de ser escuchadas y comprendidas.** Es necesario generar espacios sin enjuiciamiento, donde los padres o adultos responsables puedan contar sus historias, experiencia y expresiones de cuidado o preocupación por sus hijos e hijas enmarcadas en un determinado espacio de valores y tradiciones.
- 5) Reconocer que los padres o adultos responsables que son vistos como discriminadores o rechazadores de sus hijos o hijas LGBT están en verdad **motivados por el cuidado y la preocupación** de que sus hijos “calcen”, tengan una buena vida o sean aceptados por otros.

- 6) Entender que los comportamientos familiares no son incidentes aislados, sino que ocurren en **contextos culturales orientados a la socialización de los niños, niñas y jóvenes** para que estos se adapten de manera exitosa en una sociedad heteronormativa. Estos comportamientos familiares se dirigen hacia la protección de sus hijos o hijas, buscando evitar la victimización producto de su identidad LGBT.
- 7) Entender que los padres o las familias experimentan la falta de conocimientos acerca de los temas LGBT como una **insuficiencia que los hace sentir decepcionados y avergonzados**. Muchas familias consideran la identidad LGBT de sus hijos e hijas como una pérdida, particularmente una pérdida de control sobre el futuro de ellos y ellas. Los interventores deben ayudar a las familias para que validen y aborden estos sentimientos, afirmando la importancia del soporte familiar para el auto-estima, bienestar, y capacidad de amortiguar las reacciones de rechazo de parte de otros, de los niños, niñas y jóvenes.
- 8) Reconocer que cuando el rechazo y la aceptación co-existen, **los padres o adultos responsables experimentan ambivalencia**, y su lucha por validar a sus hijos o hijas LGBT resulta en un decaimiento de los soportes familiares y un incremento de los riesgos. La educación y el aprendizaje sobre la forma en la que sus reacciones afectan a los niños, niñas y jóvenes, puede mejorar la comunicación y ayudar a los padres o adultos responsables a responder de forma adecuadamente, haciendo sentir a sus hijos apoyados y amados en vez de incomprendidos o rechazados.
- 9) Es necesario dialogar con las familias utilizando un lenguaje sobre orientación sexual e identidad de género que sea **respetuoso con las normas o los valores culturales** de la familia. Esto no significa evitar los temas, sino más bien entender que estos pueden ser agobiantes para algunas personas o grupos y por lo tanto requieren marcos de discusión apropiados y respetuosos.
- 10) Entender que las familias que no aceptan la orientación sexual o la identidad de género de sus hijos o hijas, aún pueden constituirse como una **fuentes de apoyo y disminuir la probabilidad de comportamientos de riesgos**. Aunque los valores o las creencias profundas de los padres o adultos responsables no cambien, es posible que una comprensión efectiva de los impactos del rechazo o la falta de soporte en el proceso de desarrollo de los niños, niñas y jóvenes LGBT, motive un cambio en las formas de orientar las convivencias familiares y generar recursos adecuados para su desarrollo.

Entendiendo lo anterior, la prevención selectiva e indicada debe considerar en todos sus componentes la variable de género e identidad sexual para entender riesgos específicos de las poblaciones y los abordajes específicos que requieren para prevenir de manera efectiva el consumo de drogas y alcohol.

Exclusión y diversidad cultural

La imposibilidad de reducir los determinantes sociales de la salud, y específicamente del consumo de drogas y alcohol, a una serie acotada de factores personales, grupales, familiares o contextuales propios de los jóvenes, para luego desarrollar abordajes estandarizados, supone un trabajo técnico de **observación, vinculación y abordaje de las características propias de los grupos y las personas que se encuentran en estados específicos de exposición y vulnerabilidad** frente a esta práctica de riesgo, debido especialmente a la posición que ocupan en la estructura social.

Ahora bien, la posición en la estructura social y la variabilidad sanitaria que ello supone, se acompaña también de una serie de consideraciones culturales que si bien encuentran un correlato en las jerarquías sociales no se reducen a ellas. Las desigualdades que se objetivan en la estructura social bien pueden ser la **expresión de una serie de mecanismos de exclusión social que buscan hegemonizar ciertas pautas culturales por sobre otras**, movilizandando múltiples formas de violencia simbólica con impactos evidentes en términos socioeconómicos y políticos, sin embargo, en estas pautas encontramos también espacios diferenciados de definición y acción que pueden modificar lo que entendemos por salud, bienestar, consumo problemático o sus formas de intervención.

Estas diferencias culturales, asociadas a la etnia, migración, insularidad, urbanidad, ruralidad, entre otras muchas que configuran un marco colectivo específico e irreductible de saberes y prácticas, requieren consideraciones específicas relacionadas con la vulnerabilidad de las “minorías culturales”, pero más relevante aún es la **impronta intercultural que impulsa esta diversidad frente a los enfoques tradicionales de la política pública de salud.**

Si los determinantes sociales permiten ampliar la mirada de la salud hacia sus condiciones macro-estructurales y su relación con la desigualdad, la diversidad cultural supone una nueva apertura de la salud hacia **marcos simbólicos que definen la salud, el bienestar, las conductas de riesgo o los recursos protectores de maneras distintas** a las que establece el marco cultural occidental derivado de la cultura europea y su expresión latinoamericana.

Diversas áreas del conocimiento social han adoptado estas orientaciones antropológicas sobre la diversidad cultural, y la necesidad de cuestionar la posición hegemónica del conocimiento occidental en materia de salud, para re-pensar las acciones que desarrollan los equipos de intervención en los distintos territorios y comunidades. Entre ellas, la etnopsicoterapia busca **comprender las pautas culturales que subyacen al padecimiento de las personas y los colectivos, para luego busca formas efectivas de abordarlas** en función de las herramientas que presentan los interventores o terapeutas. Así, de acuerdo a Francisco Raga (2014), el postulado antropológico básico de la etnopsicoterapia se resume en el siguiente postulado

“Todas las sociedades producen un discurso explicativo de la enfermedad y del sufrimiento psíquico, y a partir de éste han de diseñarse métodos terapéuticos coherentes con el universo simbólico al que pertenecen” (p.294)

Cabe destacar que esta forma de abordar el sufrimiento o la enfermedad toma coherencia con las orientaciones que intenta promover la OMS en relación a la salud integral y el desarrollo humano. Una vez que la salud deja de estar restringida al plano de la corporalidad o del funcionamiento bioquímico, y se expande al bienestar relacional, emocional, social, recreativo, etc. es posible **entender cómo las pautas culturales generan un marco general de bienestar** que es necesario comprender antes de formular una intervención sanitaria.

Frente a la diversidad cultural, la política pública puede adoptar estrategias que reducen la complejidad del problema, apuntando al universalismo o relativismo cultural de los abordajes en materia de salud. En el primer caso nos encontramos con un Estado propio de la modernidad decimonónica que define una **relación de ciudadanía homogénea con todas las personas que forman parte del territorio soberano**. En esta concepción de Estado, las diferencias atentan contra la necesaria igualdad de derechos y deberes que rigen a todas las personas, y por lo tanto las pautas culturales que marcan una forma específica de existencia en las distintas comunidades son negadas o directamente diluidas (en el caso de las etnias). En este plano, la única diversidad cultural susceptible de ser reproducida forma parte del mundo privado y en ningún caso pueden permear los valores europeos del Estado moderno.

Un segundo riesgo reduccionista frente a la complejidad de la diversidad cultural se encuentra en el relativismo. Bajo este enfoque, las diferencias culturales forman parte de unidades de sentido impenetrables para cualquier perspectiva externa, desconociendo la capacidad de diálogo intercultural y la posibilidad de construcción de puentes entre la política pública y las comunidades. El conservacionismo inherente a esta perspectiva relativista deviene en una **concepción frágil de la diferencia cultural** (necesidad de cuidarla de otros valores culturales), la **negación del cambio cultural** (los valores pueden perder su esencia cuando dialogan con otros), la **hegemonía de los valores culturales de la mayoría** (los valores dominantes se mantienen también intactos ante la ausencia de diálogo) y la **definición estigmatizadora de los problemas de salud** (problemas propios de las distintas culturas y no de sus interacciones). Los conceptos de reificación y sobredeterminación de la cultura son especialmente clarificadores para entender los riesgos del relativismo cultural. Sobre esto, Kàtia Lurbe Puerto (2005) señala:

“Acorde con el primer proceso (reificación), se concibe a la etnia como una entidad en sí misma, una realidad cerrada e indivisible, transmitida por herencia y susceptible de ser aislada y observada. Según el segundo, la sobredeterminación por el hecho cultural, es en la cultura donde se encuentran el origen y el remedio de las costumbres y conductas patológicas del otr@”
(p.261)

Frente a estos riesgos reduccionistas, los determinantes sociales de la salud y el enfoque de derechos nos propone una mirada centrada en las personas y las comunidades antes que en la mantención de ciertos valores culturales objetivos observados y resguardados desde una perspectiva patrimonial. **El argumento central para el reconocimiento de la diversidad cultural es el bienestar de las personas y las comunidades**, entendiendo que la forma en la que el Estado

suele abordar estas diferencias suponen un mayor nivel de precarización y un aumento en los niveles de vulnerabilidad frente a problemas sanitarios, además de un desaprovechamiento de los recursos culturales que pueden efectivamente impactar en una mejora de su calidad de vida cuando son fortalecidos por una buena política de intercultural.

El enfoque de interculturalidad se centra en las relaciones que pueden construir distintas perspectivas culturales cuando se adoptan mecanismos, enfoques y metodologías especialmente diseñadas para promover el diálogo y la construcción conjunta de abordajes sanitarios. Frente a este desafío, Marie Rose Moro, psiquiatra impulsora del etnopsicoanálisis en Francia, destaca la **importancia del mestizaje y la descentración cultural** como dos mecanismos esenciales de la interculturalidad, los que suponen un quiebre con el conservacionismo y el reconocimiento de las relaciones de poder que anteceden a cualquier relación intercultural. Según Sturm et al. (2011) un punto esencial del trabajo de Marie Rose Moro es el siguiente:

“El objetivo de su trabajo no es reconstruir marcos culturales, sino que crear narrativas que construyen puentes entre distintos mundos de la vida y sistemas de representación cultural. Por esto es que el “métissage” y el “décentrage” constituyen conceptos clave de su teoría” (p.208)

Esta mirada centrada en las relaciones interculturales y su impacto en el bienestar de las personas profundiza la mirada tradicional sobre el “valor simbólico” de los recursos culturales para entender también su **“valor performativo”**. Una vez más es necesario tomar distancia de una mirada conservacionista que pone en el reconocimiento y valorización de las identidades culturales el único valor de la intervención con enfoque cultural. Si no entendemos que las **pautas culturales existen para dotar de sentido las prácticas y no solo para generar sentido de pertenencia**, entonces las intervenciones corren el riesgo de vaciamiento y disolución de los objetivos de intervención.

La pregunta por la mantención de los valores culturales en los distintos grupos de la sociedad se responde desde su **eficiencia en la generación de bienestar para sus integrantes**. En este sentido es necesario preguntarnos por el tipo de bienestar que promueve un determinado marco cultural y como este puede dialogar con los valores de bienestar que promueve la cultura dominante. Si ambas culturas, la minoritaria y la mayoritaria, logran reproducirse en el tiempo, entonces podemos conjeturar que ambas comprenden valores de supervivencia y bienestar compatibles. Sobre este tema, Francisco Raga señala:

“Si los tratamientos tradicionales tuvieran únicamente un valor simbólico, no performativo, hace tiempo que habrían desaparecido” (p.298)

El reconocimiento de la forma que tienen las personas y las comunidades para definir sus problemas y ensayar formas de abordarlos, no se reduce a las culturas minoritarias, como son los migrantes o las etnias, sino que incluye también a los **distintos sectores de la sociedad que se enfrentan sus problemas de salud movilizando pautas culturales diversas para hacerles frente**. Los funcionamientos barriales muchas veces generan formas de definir e intervenir problemas que

no pueden quedar al margen de la intervención. Se trata de recursos situados, construidos en la interacción cotidiana, que guardan distintos niveles de eficiencia susceptibles de ser conectados con los recursos que intenta promover una política pública.

Ahora bien, así como es necesario distinguir la diversidad cultural de la dominación cultural (efectos socioeconómicos y políticos), también es necesario, en el caso de los jóvenes, los barrios y sus distintas expresiones culturales, prever y constatar oportunamente **cuando la intervención puede comenzar a legitimar mecanismos de exclusión social a partir las definiciones simbólicas o identitarias que los acompañan** (ej. Marginalidad). Para esto es necesario mantener claridad sobre los riesgos conservacionistas o relativistas antes señalados y destacar constantemente la impronta intercultural orientada al diálogo, el fortalecimiento de los recursos que tienen las propias comunidades para mejorar sus condiciones de desarrollo, y la negociación de abordajes adecuados para enfrentar problemas sanitarios complejos como es el consumo de drogas.

Pueblos indígenas, migraciones y abordaje intercultural

La visión de un Chile uniforme en el plano etnocultural, que predominaba en las políticas públicas desde casi dos siglos, ha sido en estos últimos años fuertemente cuestionada, principalmente por la emergencia de las causas indígenas y últimamente por una nueva realidad migrante.

Tal como señalamos anteriormente, la ideología republicana que proponía una relación uniforme entre el Estado y cada uno de sus ciudadanos, supuestamente iguales en derecho y que comparten una sola identidad nacional, se desdice hoy a favor de un **reconocimiento de identidades etno-culturales minoritarias** que conviven en el territorio nacional. Este cambio de paradigma es ampliamente aceptado en el mundo, y se refleja tanto en las convenciones internacionales como en las políticas de promoción de los derechos de las minorías de diversos países, así como en el reconocimiento de las deudas históricas que dejó la misión civilizadora con la que el occidente europeo y sus descendientes colonizaron los territorios ocupados por ellos (ONU, 2009).

Por otro lado, Chile deviene rápidamente un destino migratorio sin una verdadera ley migratoria, rigiéndose por una política de extranjería, articulada en dictadura, y que responde a una lógica de seguridad nacional, donde cada migrante es, según el decreto ley aún vigente, un potencial peligro para la convivencia nacional. Tantos años de políticas negadoras, se reflejan evidentemente en la pobreza de datos epidemiológicos sobre las poblaciones indicadas. En la publicación “Alcohol y Salud en los Pueblos Indígenas”, la organización panamericana de la salud señala:

“Por considerarlos invisibles y por haber construido las naciones a partir de la exclusión de estos pueblos, pocos países recopilan habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia, y menos aún presentan datos desagregados por etnia y género. De ahí que, es difícil obtener información que

permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas” (p.4)

Respecto a los migrantes de países vecinos, el fenómeno es aún reciente, por lo que aún no existen muchos datos fiables. La gran mayoría de los jóvenes migrantes comparten eso sí un factor de riesgo general con los jóvenes indígenas: **viven en la marginación social y la pobreza**. A este respecto, cerca del 55% de los jóvenes que se declaran indígenas se concentran en los niveles socioeconómicos D y E (INJUV, 2010). La OPS (2005) destaca:

“La marginación de la población indígena se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo (especialmente femenino), deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles. La relación entre las variables pobreza y etnicidad va siempre en proporción directa. Por ejemplo, [...] en Chile 32% de los indígenas son pobres, comparado [...] con 20% en el ámbito nacional respectivamente” (p.5).

A nivel panamericano sabemos que entre las muchas causas de la catástrofe demográfica que eliminó a más del 90 % de la población indígena prehispánica está la **introducción de nuevos comportamientos frente al uso del alcohol**. Recientemente, en una serie de estudios de casos sobre comunidades indígenas realizados en cuatro países de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud llega a la conclusión que el problema del consumo de alcohol entre los indígenas es grave y requiere de políticas y programas específicos sensibles a las diferentes maneras de interpretar el fenómeno según las culturas y la historia de las comunidades. No solo en las comunidades la situación de los indígenas es preocupante, varios datos indican que entre los indígenas urbanizados existe un creciente consumo de alcohol (OPS, 2005). La coincidencia de estos datos con los de los indígenas norteamericanos estadounidenses y canadienses (Wu et al. 2011) exige una mirada amplia, sensible a los factores históricos comunes.

Respecto a los jóvenes migrantes, si bien no conocemos la situación en Chile, los datos internacionales son contradictorios. En Estados Unidos, por ejemplo, la **pertenencia a una minoría de origen inmigrante parece ser un factor protector** (Marsiglia et al. 2002), factor que se disipa con los años de residencia, y definitivamente durante la segunda generación, cuando los jóvenes ya adoptan las conductas de la mayoría, y por tanto consumen en niveles equivalentes.

Por otro lado, estudios sobre la migración latinoamericana en España señalan un **sobreconsumo atribuible al estrés migratorio** (González-López et al. 2012). Esta aparente contradicción se puede explicar a partir de variables intermediarias relacionadas con los ejes migratorios. En los países de América del Norte las inmigraciones masivas son parte integrante de las identidades nacionales, siendo estas una necesidad económica y demográfica, mientras que en los países europeos, la inmigración masiva es relativamente reciente. Incluso países como España o Italia, pasaron en pocos años de ser países de tradición emigratoria a acoger cada vez más trabajadores extranjeros. Esto repercute evidentemente en la consolidación de políticas migratorias y de acogida, en la

existencia de una comunidad migrante de mismo origen que facilitan la instalación, y la organización de una adecuada red de servicios comunitarios etno-culturales. Estas condiciones atenúan el estrés migratorio, y protegen contra conductas de riesgo (Berry et al. 1988).

La diversidad cultural y las políticas del Estado: un cambio paradigmático

Detrás de las causas que promueven los derechos de las comunidades indígenas y migrantes hay, según una perspectiva multicultural, reivindicaciones identitarias a las cuales cada vez más Estados democráticos responden con **políticas de reconocimiento que remiten a una lógica de promoción de derechos colectivos**. Estos derechos elevan la dignidad de cada comunidad al rango de un bien reivindicable y democrático (Taylor, 1992). Es así como la tradicional división jerarquizada entre los pueblos civilizados y los incivilizados, entre las sociedades dominantes desarrolladas y las subdesarrolladas que llevaba sistemáticamente a impulsar un desarrollo unívoco, y a una aculturación acelerada y sin matices del indígena y del migrante, está cada vez más obsoleta.

Uno de los resultados de estos cambios es que las tradiciones indígenas, sus visiones de mundo, negadas o combatidas por las políticas públicas durante largos períodos de nuestra historia, son hoy aceptadas, apoyadas y promovidas por políticas gubernamentales con programas como “Orígenes” (2001-2006), e intenciones de cambios legislativos respecto a los inmigrantes.

Cambios absolutamente necesarios desde la perspectiva del pluralismo democrático que domina el espectro político actual, pero insuficientes. En la práctica, esta tardía política del reconocimiento ha de ser considerada como una primera etapa que impone enormes desafíos al aparato estatal, a todos los niveles, sobre todo al nivel de la intervención con las comunidades.

Para las políticas comunitarias de prevención selectiva e indicada, que se proponen enfocar las acciones preventivas en el capital social de las comunidades, el primer desafío intercultural sería reconocer e **integrar el trauma histórico de los pueblos originarios** en la comprensión de la situación de las comunidades. El segundo desafío consistiría en comprender los **factores de riesgo asociados a los procesos migratorios**, y el tercer desafío, proponer procesos que permitan **integrar la mirada del Otro culturalmente diferente**, migrante u indígena, en la comprensión y resolución de sus dificultades.

El trauma histórico de los pueblos originarios

El proceso de reconocimiento actual de las culturas indígenas no borran automáticamente los efectos negativos de tantos años de dominación, de aculturación forzada, de negación de derechos de las comunidades indígenas. Como lo enunciaba ya a comienzos de los sesenta Frantz Fanon (1961):

“(...) el sometimiento de la población originaria es la primera necesidad del sistema colonial, para lo cual hay que quebrantar los sistemas de referencia. La expropiación material del indígena va de par con una expropiación de los esquemas culturales. El panorama social se ve así desestructurado, los valores maltratados, aplastados, vaciados de su sentido”.

Los **daños irreparables a las estructuras sociales tradicionales** de las comunidades autóctonas que causó la dominación del Europeo y de sus descendientes, erosionaron las formas de entender, de sentir, de organizar la vida en sociedad, lo que impactó la autoestima colectiva e individual, afectando los procesos de socialización propios de cada comunidad conquistada. La adopción de los valores y formas de organización sociales de los colonizadores los condenó a una forma de inferioridad psicológica que terminó enfermando a sociedades enteras. En Chile, la violencia institucional bajo la última dictadura tuvo igualmente un impacto importante en lo que quedaba como capital social en las comunidades indígenas (Saavedra, 2002).

Sin embargo, los programas de reparación histórica en Chile se enuncian como si las comunidades y las personas indígenas hubiesen atravesado estos años de dominación sin mayores consecuencias psicológicas y sociales. Las iniciativas del reconocimiento identitario impulsadas por el Estado chileno responden hasta hoy a políticas meramente multiculturales y se dirigen casi exclusivamente a una **población mapuche idealizada, reconociendo que cada comunidad y persona de origen indígena tiene derecho a preservar su herencia cultural.**

Ya no se impone la cultura dominante de manera exclusiva, se practica una forma de tolerancia hacia las minorías culturales, integrando ciertos contenidos diferenciados en los programas educativos, contribuyendo a la preservación de las lenguas y culturas ancestrales, considerándolas riquezas nacionales, y se ponen en evidencia, incluso se comercializan, los productos de dichas culturas. En otras palabras, hoy las políticas públicas que conciernen la pluriculturalidad tienen como **destinatario solo al otro, al indígena reinventado, y cuestionan muy poco a la cultura dominante desarrollista, manteniendo las certezas modernizadoras de la mayoría.**

Se ignora así el alto grado de sufrimiento social, entendido como el sufrimiento de los individuos en contextos de sufrimientos colectivos, consecuencia de relaciones de dominación política, económica e institucional (Das et al. 2001).

En dichas condiciones se puede avanzar la hipótesis de un trauma histórico. Según Wesley-Esquimaux (2007):

“(...) las comunidades indígenas del “presente” son una herencia directa de su “pasado” traumático. Esto es debido a que se ha demostrado que la manera en que la gente recuerda su pasado e interpreta los acontecimientos, como individuos y como pueblo, contribuye a perpetuar la “enfermedad” en sus comunidades y, lo que es más importante, continúa afectando al modo en que se perciben a sí mismos. No son sólo las experiencias traumáticas directas las que pueden causar ese efecto, también las interpretaciones actuales de los

acontecimientos pasados pueden seguir teniendo un impacto en nuestras vidas”
(p.8)

Así como los padres, abuelos, y autoridades morales de las comunidades subyugadas perdieron pertinencia, pues las normas sociales propias fueron repetidamente desacreditadas (Brave Heart, 2003). Dos han sido los caminos sin salida más frecuentemente elegidos en el contexto chileno: la gran mayoría de los indígenas, doblegados en sus propios territorios, **sucumbieron a la presión de la aculturación, negándose a sí mismos**, a través de un fenómeno de mestizaje y blanqueamiento simbólico (Montecino, 2007). Otra proporción de indígenas se instaló en la resistencia pasiva, condenándose, como señala Wesley-Esquimaux (2007), a la indefensión social:

“indefensión social que se asocia a menudo con el alcoholismo, adicción a la drogas, desintegración familiar y suicidio. La sociedad dominante percibe al grupo pasivamente agresivo que se resiste a la asimilación como socialmente indeseable, como “invisible por necesidad” y, por tanto, como necesitando que el sujeto que entiende (externo) lo represente” (p.8)

Aquel **“sujeto que entiende” externo, es frecuentemente el profesional de la ayuda psicológica o social, que asume lógicamente una visión asistencialista**. La adolescencia indígena es en estos contextos especialmente vulnerable pues esta etapa de desarrollo acelerada es, para los jóvenes indígenas, “un compuesto de oportunidades limitadas, trauma histórico y discriminación contemporánea” (Wesley-Esquimaux, 2007).

El cambio hacia una perspectiva de derechos, más horizontal y respetuosa de las maneras de ver de las comunidades, debería en consecuencia tomar todos los resguardos para desconstruir esta dinámica históricamente instalada. En otras palabras, no bastará el solo cambio de mirada del equipo profesional, habrá que trabajar en desarticular sentimientos y actitudes de indefensión y dependencia instaladas por generaciones en las comunidades.

En este mismo sentido el reconocimiento tardío de la deuda histórica debería también incluir **intervenciones de terapéutica social, que se basen en la revisión del relato transmitido donde se exprese el sufrimiento social y se acoja el dolor individual, pero también se revisen las evidencias transmitidas, según rituales propios, a cada comunidad**. El objetivo será romper la pasividad, revalorar la experiencia de los antepasados así como la propia, ya no como víctimas sino como héroes de la supervivencia. La sanación viene cuando las experiencias vividas y rememoradas ya no son una fatalidad ni un castigo divino, cuando estas experiencias toman un nuevo sentido, una narración sobre la acción social colectiva y sobre destinos de empoderamiento, definiendo de manera relativamente autónoma su relación con las dos colectividades de pertenencia ciudadana, la indígena y la chilena.



Los indígenas “occidentalizados” durante los más de doscientos años de la República, aquellos que se han mestizado culturalmente, dieron forma a muchos tipos de transculturación, todas insertas en lo que llamamos, sin definir, la identidad chilena. **El cambio de mirada, de una concepción multicultural de preservación de las culturas a una de interculturalidad comprometida con las realidades sociológicas del mestizaje chileno, que se hace cargo de los derechos individuales como de los derechos colectivos, nos obliga a considerar las identidades culturales como múltiples y dinámicas.** Según Saavedra (2002), incluso las comunidades que se afirman en su identidad mapuche:

“lo hacen en función de su lucha como pueblo indígena y no como producto de la conservación de sus tradiciones” (p.22)

Respecto a los que migraron a las urbes, o que se integraron a comunidades diversas, son hoy también obreros, pobladores, profesionales, padres de familia, cesantes, etc. Cada una de estas características los relaciona también a colectividades que marcan sus identidades múltiples. En este sentido la transculturación es el proceso que mejor define la situación de la gran mayoría de los indígenas nacionales. Sobre este punto, Lamore (1992), señala:

“La noción de aculturación está muy de moda: apreciada por los Norteamericanos, desemboca en la idea de asimilación (...): fundamentada en un hecho marcadamente eurocentrista, implica que el indígena, el “salvaje”, el “bárbaro” debe obligatoriamente asimilarse, o “civilizarse”. Fernando Ortiz, estudiando el proceso de formación etno-cultural de Cuba, define un proceso

totalmente diferente: la transculturación, que se caracteriza por el choc. La ex-culturación de los pueblos conquistados, sometidos, explotados, no impidió ciertos sincretismos: el conquistador toma también una parte de su cultura. Hay también “inculturación”, o sea adquisición recíproca de elementos culturales” (p.45)

Desde la invasión europea las poblaciones americanas se han expandido a través de un mestizaje permanente, alimentadas por variadas migraciones. Estas migraciones, mayoritariamente europeas, se integraron fácilmente a los proyectos republicanos de los países en formación. Las políticas de reclutamiento y acogida, y las facilidades obtenidas por los migrantes europeos en nuestros países hasta principios del siglo XX, como la atribución de tierras para “colonizar”, no son ajenas a tan fácil establecimiento.

Las identidades de estas poblaciones vecinadas en tierras nacionales eran las del colono, portador de un saber altamente valorado en estas tierras. De hecho, sus descendientes constituyen actualmente las llamadas “colonias”, que poco y nada tienen que ver con el fenómeno migratorio al que se enfrenta Chile hoy, el de países del vecindario latinoamericano, **exiliados de la miseria o de la violencia, más tolerados que acogidos, que se integran a los sectores más marginales de la sociedad**. Este eje migratorio de los países desposeídos a los de mayor estabilidad y progreso económico es bastante conocido en otros horizontes, norteamericanos y europeos, que lo han regulado y orientado con políticas ad hoc.

La situación de los inmigrantes de hoy en Chile es mal conocida, incluso la cantidad de inmigrantes es difícil de apreciar debido a los cuestionamientos sobre el último censo, pero también porque sus lugares de residencia son frecuentemente irregulares. Por otro lado, las estimaciones del Departamento de Extranjería y Migración (DEM) cuentan solo con los que se regularizan, dejando de lado los numerosos extranjeros que viven en el país de manera irregular. Con los datos disponibles, se puede constatar, sin embargo, que **de los cerca de 350.000 migrantes censados, más del 80% proviene de América Latina, y la comunidad más representada es la peruana con 37.50% de entre ellos. La mayoría de estos inmigrantes se concentran en la región metropolitana (61.40%)**.

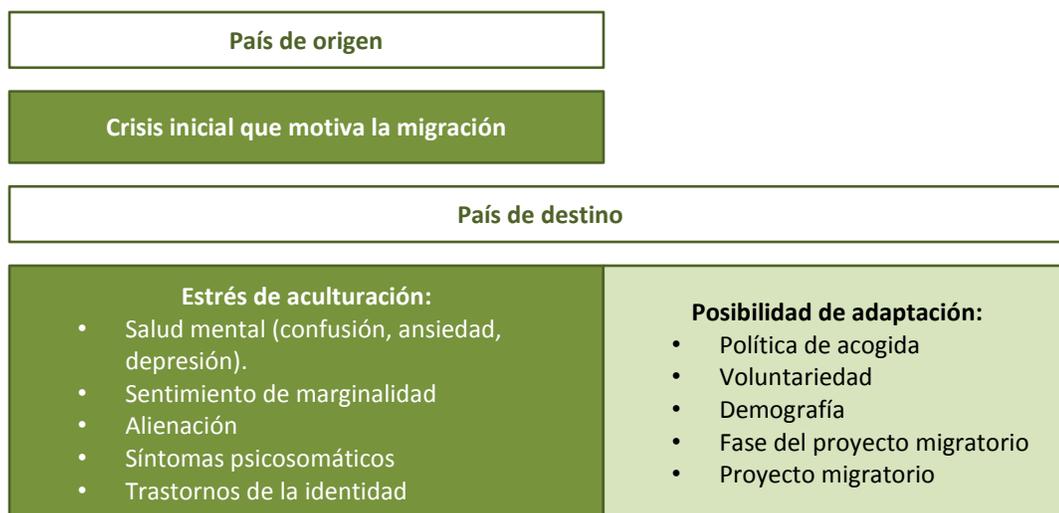
La inmigración y la salud de los migrantes

Es innegable que el **proceso migratorio constituye un factor de riesgo para la salud y el equilibrio tanto familiar como comunitario**. Toda migración es la consecuencia de una situación de crisis inicial que motiva la partida del país de origen. Raros son los casos en que una persona decide dejar su país, su comunidad, su cultura sin factores estresantes que lo motiven. Berry y Kim (1988) proponen un modelo del estrés de aculturación, basado en estudios comparativos entre inmigrantes, indígenas y población local en Canadá. Según estos autores, el estrés de aculturación puede caracterizarse por un precario estado de salud mental (confusión, ansiedad y depresión), el

sentimiento de ser marginal, de sentirse alienado, de síntomas psicósomáticos y de trastornos de la identidad, que pueden incitar a comportamientos de riesgo y dependencia de sustancias, tanto legales como ilegales.

Este estrés podría sin embargo tener un resultado positivo, en la medida que motiva cambios sustantivos en las conductas adaptativas, lo que dependería de cinco grupos de factores intermediarios:

1. Las **políticas de acogida y los servicios a la integración** del país que recibe, pues mientras más pluralista y bien dispuesta a la inmigración es una sociedad, más desarrolla una red de servicios adaptados a las necesidades de los migrantes e inversamente, mientras más asimilacionista, más impone una integración a secas, provocando inevitablemente la marginación y los guetos etno-culturales.
2. El segundo grupo de factores tiene que ver con el grado de **voluntariedad** de la migración, el **tiempo de preparación** de la partida, las **alternativas** que se ofrecen respecto al país de destino.
3. El tercer grupo de factores está constituido por las **variables demográficas del migrante**, como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel socio-económico, el nivel de educación y las competencias profesionales.
4. El cuarto grupo de factores es relativo a las **fases que vive el migrante en su trayecto migratorio**, y varía en función del tiempo de estadía en el país de acogida.
5. El quinto y último factor es el proyecto migratorio, y la importancia que cada uno le da a la **preservación de su identidad de origen**, o cuanto resiste la familia o la comunidad a las presiones aculturativas del país de acogida.



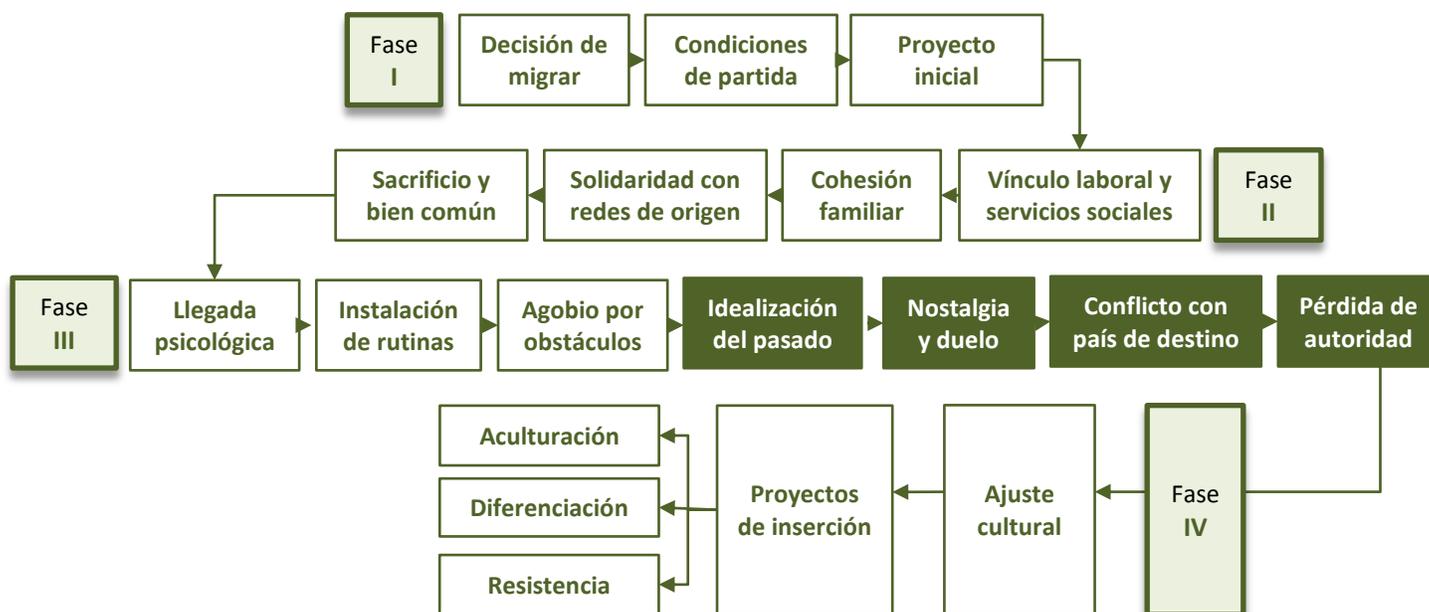
Este modelo, aunque elaborado en horizontes sensiblemente diferentes al chileno, nos permite tener una mirada crítica, e identificar **temas por explorar para una mejor comprensión del fenómeno migratorio y su relación con el consumo de drogas**, necesario a propuestas preventivas pertinentes para las comunidades migrantes en Chile.

1. En lo que respecta al **déficit político-legislativo** en la materia, dos aspectos parecen clave a la hora de trabajar el capital social de comunidades migrantes:
 - Conocer los recursos de ayuda y acompañamiento para los migrantes para un trabajo en red que responda a las primeras necesidades.
 - Desarrollar un saber básico sobre los convenios internacionales firmados por Chile en lo que respecta a los derechos del inmigrante y del refugiado. Este saber permitiría un trabajo de empoderamiento en la reivindicación de derechos por parte de las comunidades.
2. En lo que respecta a las **condiciones de la emigración y el grado de voluntariedad de la migración**, es siempre útil efectuar un trabajo de exploración narrativa sobre las circunstancias y las motivaciones que explican la partida de sus países de origen. Este tipo de talleres permite a las comunidades de migrantes organizar sus experiencias en un relato colectivo que permite dar sentido a conductas dictadas por la necesidad del momento donde la voluntad personal es siempre postergada.
3. El tercer grupo de factores, requiere obviamente de estudios extensos, que no son lo propio del trabajo de terreno en comunidad. Sin embargo **explorar los datos básicos de las comunidades específicas con quienes se pretende trabajar es de primera importancia**. Conocer el nivel de estudios, los estatus sociales y económicos que tenían en el país de origen permiten apreciar parte del capital social de la comunidad migrante y el grado de pérdidas en posicionamiento y reconocimiento social que la migración provocó.
4. El cuarto grupo de factores es a la vez de terreno y de investigación. Se trata de considerar la **fase en la que se encuentra cada persona o familia**, para apreciar en su justa medida las dificultades y resoluciones tomadas, pero también ir confirmando si lo desarrollado en otros contextos corresponde a la experiencia de la inmigración en Chile. Estas fases son las siguientes:
 - La toma de decisión de emigrar, las condiciones de la partida, el proyecto inicial, considerado aparte en 2.
 - Adaptación instrumental. Durante los primeros tiempos la urgencia es la instalación: encontrar residencia, trabajo, conocer el modo mínimo de funcionamiento de los servicios de transporte, salud y otros. Cuando el proceso

es familiar, en esta etapa la cohesión es fuerte, las conductas de riesgo entre los jóvenes poco frecuentes. La solidaridad con los que quedaron atrás juega un rol protector, la mística es el sacrificio individual por el bien común.

- Una vez las urgencias pasadas, se llega psicológicamente al país de acogida, las rutinas se instalan, el agobio por los obstáculos del momento se hacen más fuertes. **El trabajo de memoria idealiza lo dejado, las primeras añoranzas añaden nostalgia al duelo de lo perdido.** Si la relación con la sociedad de acogida es demasiado conflictual (ausencia de empleo, discriminación percibida, malas condiciones habitacionales) se produce la crisis. **Es habitualmente en esta etapa que aparecen los comportamientos de riesgo.** Los jóvenes en edad escolar, cuya inserción es habitualmente más rápida que la de los padres, pueden desautorizar la autoridad parental, pues creen conocer mejor la sociedad de acogida, y si los padres pierden el rol de proveedores principales, la legitimidad de la autoridad paterna pierde aún más vigor.
- Finalmente viene la fase **de superación donde se logran los ajustes y la ayuda necesaria para entender mejor los parámetros culturales de la sociedad de llegada.** En esta última fase emergen claramente las disonancias intrafamiliares relativas a las diferentes proyectos de inserción, que pueden ser: la asimilación por aculturación (adopto voluntariamente los parámetros socio-culturales del país de acogida), la diferenciación (me propongo mantener mi cultura de origen en el seno de un colectivo territorialmente bien constituido), la resistencia a la inserción definitiva (mantengo mi condición de residencia temporal, alimentando siempre el proyecto del retorno al país de origen).

Si bien los factores de riesgo asociados a la migración se concentran especialmente en la tercera fase del ciclo migratorio, cuando emergen fuertemente las dificultades de adaptación, frustración, pérdida de autoridad, diferencias en las competencias culturales dentro de la familia, ausencia de control parental, y debilitamiento general de los vínculos familiares, cada uno de los procesos conlleva la posibilidad de proteger o exponer a las personas migrantes frente a conductas de riesgo tales como el consumo de drogas.



Una interculturalidad para todos

En una genuina política intercultural, el acento debe estar puesto, no tanto en la especificidad cultural, sino en la relación entre las personas portadoras de culturas diversas, mestizadas, y que todos, tanto mayoría como minorías culturales, incluyendo las personas de origen migrante, tengan como horizonte una integración social que garantice una convivencia en un espacio común de valores compatibles. Sze et al. (2004) señala:

“El interculturalismo (...) requiere como prerrequisito la apertura, la que si bien no es en sí misma la garantía para el interculturalismo, provee ajustes para el desarrollo del interculturalismo. El multiculturalismo tiende a preservar el patrimonio cultural, mientras que el interculturalismo reconoce y permite a las culturas el movimiento, el intercambio, la circulación, la modificación y la evolución”. (p.186)

Varios autores ven incluso en las políticas meramente multiculturales potenciales efectos perversos: la fragmentación de la sociedad en diversas comunidades sin relación entre ellas, el relativismo valórico que podría poner en entredicho la universalidad de los derechos tanto de las mujeres como de los niños de dichas comunidades, o la ausencia de cohesión social nacional. Tal como señala Booth (2003), una política verdaderamente intercultural, por el contrario:

“(...) tiene como tarea el desarrollo de sociedades civiles cohesionadas, mediante la sustitución de nociones de identidades singulares por aquellas que reconocen múltiples identidades, y mediante el desarrollo de un sistema de valores y una cultura pública compartida y común. Construir compartiendo de manera profunda las diferencias culturales o experienciales, motiva la

formación de interdependencias que estructuran las identidades personales más allá de las naciones o etnias simplificadas” (p.432)

Coherente con esta manera de ver la interculturalidad es necesaria una definición amplia de cultura: obviamente que todas las culturas son adquiridas y están en constante proceso de evolución. Es evidente también que la cultura no se encuentra inscrita biológicamente, tal como señala Lévis-Strauss (1983):

“(...) lo que la herencia genética determina es la aptitud general del humano a adquirir una cultura, pero la que sea la suya dependerá del azar de su nacimiento y de la sociedad de la cual recibirá su educación” (p.40)

Particularmente en lo valórico-normativo, la cultura, que tanto los profesionales como las comunidades portan y promueven, será entendida, de acuerdo a las contribuciones de Carmel Camillieri (1985), como:

“Un conjunto relativamente coherente de significaciones adquiridas, las más persistentes y las más compartidas por los miembros de un grupo (...) que estos aplican de manera recurrente (...), induciendo actitudes, representaciones y comportamientos comunes valorizados, los cuales tienden a reproducirse de manera no genética” (p.13)

El hecho que cada individuo adopte las unidades de sentido de su comunidad, no quiere decir que todos los miembros de una misma sociedad sean enculturados uniformemente. En toda sociedad, y particularmente en las sociedades industrializadas, existen numerosas comunidades virtuales y de cercanía que constituyen subculturas específicas. Las clases sociales y las creencias religiosas entre otros, determinan maneras particulares de asimilar las proposiciones de la matriz cultural dominante (Appiah, 2005). Cuestionamos así las simplificaciones reductoras que asocian las identidades culturales a amplios colectivos nacionales o étnicos, reduciendo las identidades a rasgos característicos que se suponen compartidos igualmente por los miembros de estas naciones, etnias o países.

Estos estereotipos facilitan la propagación del prejuicio y la discriminación etno-cultural y son de muy poca utilidad en el trato con personas y comunidades específicas. Proponemos más bien que tanto los miembros de los equipos profesionales como los miembros de las comunidades se mueven dentro de espectros culturales que dan un sentido común a su actuar en sociedad, pero aceptando un sano pluralismo en la manera de interpretar y actuar los parámetros comunes.

En breve, la intervención social en contextos pluriculturales deberá traducirse por un principio básico tanto en interculturalidad como en un enfoque de derechos: la consideración constante de las formas subjetivas de comprensión que la comunidad y las personas tienen de su propia condición.

La doble pertenencia cultural de niños, niñas y jóvenes de origen indígena y migrante

Las actitudes empáticas y sensibles a la diferencia cultural necesarias para la eficacia de cualquier programa que se propone intervenir con niños, niñas y jóvenes presupone un conocimiento mínimo de las condiciones de socialización del joven dentro de su comunidad. A este respecto, recordemos primero una obviedad: para todos los niños el primer agente de socialización es la familia. Sin embargo, en las familias de grupos culturalmente minoritarios o marginados, los valores, modos de comprensión de lo real y prescripciones conductuales difieren de las prescripciones culturales de la sociedad dominante.

La asimilación de estas prescripciones se hará en concurrencia con las de la cultura dominante dado que el niño frecuenta también las instituciones de la sociedad dominante (la escuela, los servicios públicos, los medios de comunicación de masas). Los desafíos de adaptación han de entenderse aquí en función de esta dualidad cultural. **Mientras mayor la distancia cultural que separa la cultura institucional de la cultura familiar y comunitaria, mayores los desafíos del desarrollo individual.** Por supuesto que esta distancia dependerá de la cultura de origen de cada uno de los actores, familiares y profesionales, pero también de las diferencias de orden socioeconómico o del nivel de escolaridad. El niño al centro de estas diferencias tendrá, en el peor de los casos, que ajustarse a dos sistemas de valores, de comprensión de lo real y de comportamientos diametralmente opuestos.

El niño en su red de relaciones biculturales:



El niño o joven está representado aquí al medio de sus grupos de referencia. Tal como se mencionó anteriormente, la distancia cultural que separa estos grupos depende en parte de las diferencias socioeconómicas, religiosas u otras, diferencias que se superponen a las pertenencias

culturales con sus modos de vida, sus tradiciones, sus valores dominantes, sus creencias y sus memorias colectivas.

En el campo de la cultura dominante, se encuentran las instituciones de Estado, como la red de servicios y la escuela, en tanto que en el campo de las culturas minoritarias se encuentran la familia y los agentes socializadores de las comunidades. Las relaciones sostenidas y significativas con los grupos de los dos campos culturales definen así una condición de biculturalidad. Hay que insistir sobre el hecho que este contexto de biculturalidad no pone en juego dos grupos culturales con un mismo estatus. Así, **la familia, se encuentra en una situación de subordinación y en una condición de fragilidad frente al imponente poder de la sociedad dominante y de sus instituciones.**

A pesar de la complejidad de las culturas de origen y las diferencias en la manera de interpretar dicha cultura de cada comunidad, se ha podido observar, tanto en Europa como en América del Norte, que los mismos malentendidos vuelven con una regularidad sorprendente entre los profesionales de las culturas mayoritarias y las minorías culturales: **las diferencias de base a propósito del concepto de familia, los modos contrastados de la manera de ejercer la autoridad familiar, la importancia acordada a la autonomía individual y el respeto a las jerarquías de sexo y de edad son temas a menudo evocados por los profesionales que deben dar cuenta de sus dificultades interculturales** (Legault, 2000). Estas dificultades, dan cuenta de la pertinencia de analizar las diferencias culturales en el Chile de hoy bajo el ángulo del “shock” entre las comunidades más tradicionales o postergadas por una modernidad consumista e individualista impuesta por un Estado modernizador (Gros, 2012).



En el campo intercultural, es habitual oponer estas dos visiones de mundo. Una, individualista y desarrollista, característica de las sociedades modernas de tradición occidental; la otra, holística y comunitaria, característica de las sociedades menos desarrolladas de tradición “no occidental”, a las que pertenecerían buena parte de jóvenes indígenas e inmigrantes.

El individualismo de las sociedades modernas es también evocado para dar cuenta de los principales logros de nuestra sociedad, como la promoción de los derechos individuales, particularmente del niño y de la mujer, la aparente libertad de elección de valores y modos de vida, la promoción de la autonomía individual: **Un Yo por sobre un Nosotros**.

Pero se asocia también a ciertas características indeseables como la ausencia de solidaridad con los demás, la negación de las obligaciones socio-comunitarias, la relativización interesada de los principios morales, la competición a ultranza con sus semejantes y la ausencia de certezas socialmente compartidas (Taylor, 1992).

El colectivismo de las sociedades tradicionales se asocia a la cooperación y a la búsqueda de la armonía social, al compartir y al sacrificio de sí por su comunidad, así como a los valores espirituales permanentes. Pero va aparejado igualmente a la sumisión a jerarquías de edad y de sexo, a la dependencia mutua y a la restricción de la autonomía individual en beneficio del grupo: el Nosotros por sobre el Yo.

Esta oposición entre “nuestro individualismo” y “el colectivismo de ellos” es bastante reductora.

Hay que considerar que estas dos visiones de mundo son conceptualizaciones que representan los dos extremos de un continuo. Ello significa, sobre un terreno más concreto, que los profesionales de la cultura dominante y los jóvenes indígenas e inmigrantes no son los portadores de visiones tan contrastadas: es preciso subrayar que en Chile las solidaridades tradicionales no habrían desaparecido del horizonte cultural de los profesionales de la intervención social que viven en la modernidad capitalina. Se trataría más bien de una coexistencia de tradiciones comunitarias y de visiones individualistas de la modernidad, siempre reconociendo la predominancia de estas últimas. En el campo de la intervención psicosocial, esta coexistencia se expresa por la emergencia de visiones sincréticas: los enfoques sistémicos, ecológicos o comunitarios tienen en cuenta la inserción individual y familiar en los contextos sociales más amplios y buscan reforzar las solidaridades, pero no en detrimento de la persona ni de sus derechos individuales.

Por otro lado, debemos reconocer que hoy en día pocas familias viven completamente separadas de las tendencias de la modernidad y del individualismo prevaleciente. Incluso en los países más alejados del desarrollo económico, la influencia de Occidente moderno se hace sentir. La importancia de estos valores individualistas en las familias inmigrantes e indígenas depende de los orígenes urbanos o rurales de la familia, de sus condiciones socioeconómicas y de su acceso a los medios de comunicación dominados por la cultura norteamericana, así como del tiempo pasado en la sociedad originaria. Habría también, en las comunidades inmigrantes y en las culturas indígenas, una coexistencia de tradiciones colectivistas y de visiones individualistas, pero con una predominancia general de las primeras. La familia indígena y las familias inmigrantes se

encuentran a menudo más cerca del polo colectivista, mientras que el equipo profesional se sitúa más cerca del polo individualista. Los ejemplos observados de esta dicotomía relativa son numerosos: el equipo profesional orienta su intervención hacia la independencia del sujeto, a su responsabilización individual, mientras que la familia le impone obligaciones comunitarias o familiares, o situaciones donde el equipo profesional intenta considerar al adolescente del grupo familiar individualmente, en su dinámica propia de desarrollo y autonomía mientras la familia impone el consenso de opinión y una jerarquía de palabra en nombre de la armonía interna.

En consecuencia, un abordaje intercultural de la prevención selectiva e indicada necesita explorar, por una parte, el **grado de transculturación de la comunidad**, y por otra parte, el posicionamiento de cada equipo en la materia para luego buscar los **espacios de consenso, evitando la exacerbación de las diferencias y las polarizaciones excluyentes**, identificando los **puntos de convergencia** entre el colectivismo tradicional de las familias inmigrantes o indígenas y el individualismo instrumental de los profesionales.

Uno de los principales fenómenos que caracterizan las sociedades contemporáneas modernas es la expansión del rol del Estado en la regulación de las relaciones sociales entre los individuos. Se constata, en nuestras sociedades, el desarrollo de aparatos estatales orientados al servicio de la población, que imponen nuevas normas de bienestar basadas en el derecho individual. Los servicios estatales han reemplazado, lenta pero seguramente, la gestión de las relaciones sociales que se hacían en las comunidades a través del contacto cercano y directo (Rosanvallon, 1995). El saber ser y el saber hacer tradicional, forjados en el seno de las comunidades, pierden su influencia en beneficio de las prácticas sociales profesionalizadas y reconocidas oficialmente.

Consecuentemente, la manera en las cuales los familiares educan a los niños no es ya solo resorte de la comunidad y de sus tradiciones. Hoy existen “competencias parentales” debidamente reconocidas y evaluadas según criterios establecidos por las instituciones del Saber. Los profesionales, educadores, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales del campo psicológico y social son, evidentemente, actores de primera línea en esta recomposición racional de las conductas humanas.

En coherencia con esta visión intercultural en un contexto de intervención social y comunitaria, son tres los campos donde se deben operar cambios significativos, según Cohen-Emerique (2013):

1. la visión cultural de los equipos de intervención,
2. la consideración de los usuarios en cuanto a personas portadoras de comprensiones y soluciones propias y
3. la relación entre ambos, definida como un proceso de intercambios, mediaciones, negociaciones interculturales.

Objetivos interculturales para un programa de prevención comunitaria

Para lograr interacciones significativas entre dos identidades, la de los equipos y la de la comunidad barrial, es necesario lograr los objetivos siguientes:

1. Explorar la dimensión cultural de las maneras de ver y actuar el programa y las actividades.

Este objetivo es fundamental para evitar por lo menos dos de los principales obstáculos en las relaciones interculturales: la convicción que nuestro concepto de desarrollo, de familia, de organización social y de valores son universales, y por lo tanto superiores, y el psicologismo, que sobrevalúa las causas individuales, intrapsíquicas, en el análisis de las problemáticas sociales

2. Darle sentido a las maneras de actuar de la comunidad explorando y comprendiendo el racional subyacente, situándolas en su contexto histórico y afectivo

Este objetivo exige de los equipos una escucha sin prejuicios, y sin preconcepciones ideologizadas, que, aunque bien intencionadas lo comprenden todo antes de entrar en relación, obstaculizando la relación necesaria a la co-construcción de soluciones. Exigen también una confianza y una consideración por la comunidad que son condiciones básicas al empoderamiento y al resurgimiento del capital social sumergido bajo las dificultades circunstanciales.

3. Construir una comprensión común de las problemáticas sociales, que aprecie las diferencias culturales

La tentación de definir y orientar la comprensión de las problemáticas orientando respuestas en función de las preguntas seleccionadas es lo propio del profesional de lo social. Los intercambios libres, durante las vivencias compartidas deberían tener tanto o más importancia en los diagnósticos que los instrumentos elegidos.

4. Explorar las soluciones propias de la comunidad antes de proponer soluciones “profesionales” articuladas sobre lógicas propias de sistemas con racionalidades institucionales.

Las comunidades, aun las más desprovistas, tienen capacidades de autogestión. Sus resiliencias de sobrevivida son la expresión misma de esta capacidad. La relación sesgada por tantos años de asistencialismo hará que los miembros de las comunidades esperen de los profesionales las soluciones a sus problemas. La reeducación de las comunidades y de los profesionales a una relación más igualitaria requiere lograr este objetivo de manera sistemática y regular.

5. Buscar las compatibilidades en las comprensiones y en las soluciones a las problemáticas presentes

Ningún capital social podrá ser potenciado sin la adherencia al programa, que se obtiene solo con una comprensión propia de nuestros objetivos. Esta comprensión podrá diferir de la nuestra, no se trata aquí de imponer visiones, sino de aunar esfuerzos.

Territorios y marcadores identitarios

Integrar una visión espacial de las problemáticas sociales, se hace especialmente necesario para la comprensión de la causalidad socio-espacial de éstas. Cuando nos enfrentamos a un territorio en particular, no es simplemente a un espacio físico con cualidades circunscritas sólo a un mundo material, aun cuando éstas siguen siendo importantes para la comprensión de la espacialidad de las comunidades; sino que también de un **territorio dotado de identidad y sentido de pertenencia**, donde sus habitantes generan relaciones tanto de poder como de colaboración en búsqueda de una distribución específica de los recursos, tanto sociales como políticos, económicos y culturales.

Las vidas de las comunidades y los individuos son consecuentemente espaciales, temporales y sociales (Soja, 2014), siendo responsables de las formas que adquiere el territorio a la vez que son a la inversa influenciados por él. Teniendo en cuenta esto, es posible afirmar que la desigualdad en el espacio no se relacionaría solo con deficiencias en materia de vivienda y hábitat, sino también, con mecanismos de diferenciación de las prácticas espaciales de sus habitantes originando nuevas problemáticas que afectan a la población que las habita; entenderemos entonces que zonas de baja calidad urbana en cuanto a servicios, áreas verdes, conectividad con el resto de la ciudad e incluso con la misma comuna entre otras dificultades, estará asociada a **experiencias de estigmatización y segregación territorial**.

Los territorios, sus dinámicas espaciales y sociales, no serán entonces un fondo muerto o un nivel físico neutro, sino que estarán llenas de fuerzas materiales e imaginarias que nos afectarán, tanto a nivel individual como colectivo. Reconocer la importancia de la visión espacial en el abordaje de vulnerabilidades, se hace fundamental, puesto que nos muestra la influencia que pueden tener los territorios que construimos y habitamos en la intensificación y sostenimiento de las dinámicas sociales, discriminación, vulnerabilidad, violencia simbólica, entre otras.

Desde el momento del reconocimiento de la mutua influencia entre las comunidades y el espacio, se puede abordar sus problemáticas desde la forma en la que construimos nuestros territorios, incrementando sus efectos positivos o reducir los negativos. El territorio no es un vacío, está siempre lleno de políticas e ideologías.

Podríamos afirmar, en definitiva que: i) los territorios socializados en condiciones de vulnerabilidad afectan directamente a las comunidades que los habitan, ii) las condiciones desfavorables generadas en éstos territorios pueden ser modificadas a través de formas de acción social y políticas; y por último iii) los cortes relacionales y la vulnerabilidad observada en un escala territorial, tendrán un correlato a escalas superiores de análisis; es decir la vulnerabilidad y estigmatización de una comuna en el contexto de una ciudad, será replicada dentro de la comuna en relación a un barrio específico.

La experiencia de los niños, niñas y jóvenes en sus contextos socioculturales particulares se hila en función de múltiples pertenencias o marcadores identitarios que hacen referencia a roles diversos

en sus ámbitos de interacción. Chilena, hija, de clase baja, mujer, de piel clara, perteneciente a un grupo de hip hop, estudiante, residente de una población vulnerable, etc. constituyen múltiples dimensiones de la identidad de una persona que se van ordenando, priorizando, en función de las interpelaciones que recibe en su actuar cotidiano: Cuando ve un partido de la selección de fútbol se ve interpelada en su marcador de chilena, cuando canta se ve interpelada en su marcador de hip hop, puede ser rechazada de un empleo por su residencia, puede ser aceptada por su color de piel, entre otros muchos procesos que activan un marcador identitario en particular.

No obstante su diversidad y la forma en la que se pueden priorizar, estos marcadores pueden entrar en contradicción. Por ejemplo, cuando un joven es interpelado por su grupo de pares para consumir drogas o incurrir en cualquier otra conducta de riesgo, la presión ejercida por los marcadores de pertenencia grupal (Adentro o afuera del grupo), masculinidad (Asociada a la toma de riesgos) o su identidad barrial (Aquí las cosas se hacen así), se puede tensionar desde los marcadores familiares de hijo, hermano o pareja (Qué pensarán en mi familia) o estudiante (Cómo afectará mi relación con los profesores o mi rendimiento).

Entender la diversidad de marcadores identitarios, así como la espacialización de las vulnerabilidades permite orientar adecuadamente el proceso de vinculación y trabajo con los jóvenes. La atención a estas diferencias valoriza sus particularidades y permite la adecuación de los enfoques o metodologías con las que cuentan los equipos de intervención para respaldar a los jóvenes en la mejora de sus condiciones de vida.

La experiencia de los niños, niñas y jóvenes en sus contextos socioculturales particulares se **hila en función de múltiples pertenencias o marcadores identitarios que hacen referencia a roles diversos en sus ámbitos de interacción**. Chilena, hija, de clase baja, mujer, de piel clara, perteneciente a un grupo de hip hop, estudiante, residente de una población vulnerable, etc. constituyen múltiples dimensiones de la identidad de una persona que se van ordenando, priorizando, en función de las interpelaciones que recibe en su actuar cotidiano: Cuando ve un partido de la selección de fútbol se ve interpelada en su marcador de chilena, cuando canta se ve interpelada en su marcador de hip hop, puede ser rechazada de un empleo por su residencia, puede ser aceptada por su color de piel, entre otros muchos procesos que activan un marcador identitario en particular.

No obstante su diversidad y la forma en la que se pueden priorizar, estos marcadores pueden entrar en contradicción. Por ejemplo, cuando un joven es interpelado por su grupo de pares para consumir drogas o incurrir en cualquier otra conducta de riesgo, la presión ejercida por los marcadores de pertenencia grupal (Adentro o afuera del grupo), masculinidad (Asociada a la toma de riesgos) o su identidad barrial (Todos lo hacemos), se puede tensionar desde los marcadores familiares de hijo, hermano o pareja (Qué pensarán en mi familia) o estudiante (Cómo afectará mi relación con los profesores o mi rendimiento).

Este último punto es fundamental, puesto que los constructos teóricos con los que cuentan los interventores sociales deben ser dotados de sentido en los distintos territorios donde se despliegan y modificados en función de las necesidades y recursos específicos de los jóvenes. Los

factores de riesgo, protectores, determinantes sociales, o las formas de entender las particularidades de los jóvenes, dependerán en gran medida de los marcadores identitarios con los que cuentan las poblaciones intervenidas y los **procesos de negociación que logran los equipos para generar un puente entre las especificidades culturales y los objetivos de la política pública.**

La vida saludable o el buen vivir, constituyen conceptos u objetivos de intervención especialmente sensibles a esta diversidad cultural, y al peso que tienen los marcadores identitarios en la experiencia de los jóvenes. Las nociones de salud que maneja una joven cuando está en su casa (en su rol de hija), en la cancha (en su rol de deportista), en el colegio (en su rol de estudiante), o en el barrio (con sus amigos), varían fuertemente y, por lo tanto la intervención bajo este enfoque requiere un abordaje situado, complejo, y muy bien planificado con los propios jóvenes para entender cómo se definen estos conceptos en sus experiencias cotidianas y como el equipo puede hacer un aporte en el fortalecimiento de aquellos valores o prácticas que los protegen frente al consumo problemático de drogas.



En el caso de las etnias y los migrantes estas diferencias son más profundas y se relacionan con tradiciones, transmisiones familiares o inter-generacionales que refuerzan constantemente definiciones que pueden ser opuestas a las definiciones que promueve la política pública en Chile. En este sentido es fundamental generar un **trabajo de descentración cultural, escucha de las definiciones que ofrecen las comunidades, comprensión del valor de bienestar inherente en dichas definiciones, búsqueda de enlaces con los valores contenidos en la política pública que engloba al programa y construcción de estrategias para la convergencia.**

La definición de los conceptos orientadores de la intervención, incorporando las diferencias culturales que dotan de sentido el trabajo que busca desarrollar el equipo en el barrio, genera un mayor nivel de claridad sobre el problema o el objeto de intervención específico que debe abordar el programa. El consumo de drogas y alcohol tiene múltiples expresiones en función de la historia o las experiencias de las personas y las comunidades. El trauma histórico en el caso de las étnicas o el ciclo migratorio en el caso de los migrantes, constituyen ejemplos de cómo el **consumo y el**

consumo problemático de drogas tiene un raíz en un espacio de experiencias y significados que no es inmediatamente accesible para los equipos de intervención.

Una de las primeras renuncias que deberá hacer el grupo de intervención frente a esta diversidad cultural es la definición individual de la vida saludable o el buen vivir, abriendo la mirada hacia el potencial de intervención que tienen las definiciones colectivas o bien las definiciones que orientan la vida saludable hacia la preocupación o el cuidado de otros. Es importante que los marcadores identitarios de los profesionales de prevención no dominen la intervención, imponiendo criterios que no encuentran sentido en la práctica de las poblaciones intervenidas. Para ello es fundamental que los miembros del equipo puedan hacer un ejercicio preliminar de manifestación y discusión abierta de sus marcadores identitarios antes de iniciar la entrada a los barrios para no imponerlos de forma inconsciente en su trabajo barrial.

Un equipo de intervención que no conoce sus marcadores identitarios corre el riesgo de manejar la intervención desde la imposición o bien desde la incompetencia cultural. En el primer caso los profesionales pueden desarrollar abordajes apresurados, desde el desconocimiento, rígidos, que no logran profundidad y no se integran en la experiencia de los jóvenes, generando resistencia o bien un muy bajo nivel de sostenibilidad de los recursos promovidos. En el segundo caso, **un equipo de intervención que no conoce sus marcadores culturales puede intentar adquirir los marcadores de los jóvenes para generar un mayor nivel de cercanía, desconociendo completamente la complejidad de las experiencias que devienen en una identidad, por ejemplo, barrial o marginal.** La incompetencia cultural se manifiesta en profesionales que “se hacen pasar por” pero no pertenecen, no saben, no han vivido lo que los jóvenes o los pobladores de un barrio vulnerable han vivido, y por lo tanto se mueven de forma infiltrada, engañosa, y con pocos recursos para negociar interculturalmente un abordaje consistente.

Para aportar al bienestar de las poblaciones con las que se interviene, es necesario que los equipos conozcan sus recursos, recursos que devienen de sus marcadores identitarios culturales, profesionales, familiares, socioeconómicos, o políticos, entre otros, generando una negociación abierta, explícita con las diferencias culturales que se encuentran en los territorios intervenidos. El abordaje intercultural invita a los interventores sociales al mestizaje², es decir, al encuentro efectivo de posiciones culturales diversas para encontrar soluciones creativas y sostenibles frente a los problemas sociales, evitando constantemente la uniformidad, el conservacionismo o la dominación de una posición cultural sobre otra.

Uno de los marcadores identitarios más relevantes en la población de jóvenes que buscan intervenir las iniciativas de prevención selectiva e indicada es la pertenencia territorial. Como señalamos anteriormente, la segregación residencial, las dificultades de acceso o transporte, **acota**

² El concepto de mestizaje requiere sostener una tensión entre su significado historiográfico, relacionado con los procesos de dominación, aniquilación y violencia hacia los pueblos originarios por parte de las culturas europeas, colonialistas y nacionalistas en Chile, en los que la mezcla constituye el resultado de la degradación o la subordinación de una cultura bajo la otra, y su significado intercultural, que supone, por el contrario el desarrollo de un encuentro y la mezcla enriquecedora entre posturas culturalmente diversas.

la experiencia cotidiana de los jóvenes que viven en sectores de alta vulnerabilidad social a un espacio reducido de interacción y creación cultural. El estudio nacional de drogas en población general ha puesto en evidencia periódicamente (2008-2010-2012) que cerca del 60% de la población de nivel socioeconómico bajo en Chile señala la existencia de jóvenes parados no haciendo nada en la esquinas (SENDA, 2012). Si bien la referencia es inespecífica (¿Qué significa no estar haciendo nada?), ésta información da cuenta de la centralidad del barrio para entender la experiencia de los jóvenes de clase baja en el país. Según Klaudio Duarte (2004):

“En el caso de los jóvenes de sectores empobrecidos la experiencia de ser joven se articula y concretiza en relación con la apropiación de un contexto territorial particular, como es la calle y los espacios públicos asociados a la población, el barrio o el sector, espacios en torno al cual los y las jóvenes agrupados constituyen “microculturas”, caracterizadas por el flujo de significados y valores vinculados a la diversión y creación cultural, pudiendo confluir al interior de una misma “microcultura”, la existencia y expresión de diferentes estilos y formas de agrupación juvenil”. (p.7)

Muchos marcadores identitarios juveniles se relacionan con las microculturas señaladas por Duarte. En los espacios barriales toman consistencia diversos valores y prácticas juveniles que requieren una lectura adecuada atendiendo a la multiplicidad de significados agrupados. Reducir el espacio barrial a una sola expresión de significados o intereses juveniles puede devenir en una precarización importante de los recursos con los que cuentan los profesionales de prevención para trabajar con los jóvenes. Desde una perspectiva intercultural, el equipo debe **entrenar su capacidad de exploración de los diversos marcadores culturales que confluyen en el barrio y dejarse sorprender por los recursos que presentan cada uno de ellos** en relación al objetivo que busca SENDA en estos espacios.

Salud, bienestar y condiciones de desarrollo en la comunidad

La perspectiva intercultural forma parte de una serie de enfoques y fuentes de conocimiento que cuestionan la manera tradicional en la que se concibe la salud mental, motivando el tránsito desde un modelo centrado en el problema o el trastorno mental definido por criterios universales, hacia una **noción de la salud mental que requiere un contexto sociocultural, económico y político** para ser comprendida e intervenida, atendiendo a los saberes y prácticas colectivas que acompañan a las personas en la búsqueda continua de su desarrollo y bienestar.

El modelo médico que sustenta esta noción universalista de los problemas de salud mental, como son las adicciones, debe lidiar con **cuestionamientos hacia los tratamientos estandarizados, como es el uso de fármacos o el internamiento hospitalario**, en tanto se evaden recursos contextuales esenciales para un abordaje sociocultural. La estigmatización, el aislamiento social o los impactos que tiene en las redes de las personas el despliegue de estrategias médicas tradicionales constituyen factores especialmente preocupantes desde el enfoque comunitario.

La crítica hacia las formas tradicionales de abordar los problemas de salud mental se acompañan de una reformulación en las concepciones de salud que argumentan una mirada reducida del contexto y los factores socioculturales. La salud entendida como la ausencia de enfermedad constituye una simplificación radical del bienestar o el desarrollo humano, requiriéndose, por el contrario, un **concepto integral de la salud que incorpora el plano relacional, cultural o comunitario**. Visto como un proceso dinámico, ligado al contexto, y definido ante todo como un ideal de bienestar físico, mental y social, el concepto de salud que desarrolló la Organización Mundial de la Salud en 1948 aún tiene grandes desafíos de implementación:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”³

Hoy en día se reconoce en múltiples líneas de intervención e investigación sobre salud mental que el entorno sociocultural facilita o dificulta la consecución de la salud integral, poniendo en cuestión, además, la posibilidad de definir **un comportamiento saludable desde estándares fijos u objetivos**. Las dificultades que presentan las personas o colectivos, para mejorar sus condiciones de bienestar demandan consideraciones territoriales, sociales, económicas, políticas y culturales que en general son evadidas en el plano de la intervención de enfermedades estandarizadas. Una vez que estas características forman parte del objeto mismo de estudio o intervención, desde el concepto de salud integral, no es posible continuar abordajes en el plano físico o psicológico sin atención al contexto.

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones

³ OMS. Cita elaborada en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946. Entró en vigor en abril de 1948. En <http://www.who.int>)

normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”⁴

Suministros para el bienestar

Los abordajes integrales en salud mental tienden a asumir una mirada centrada en la idea de **fortalecimiento o activación, valorando los recursos que son movilizados constantemente en torno al desarrollo humano, y distinguiendo la variabilidad de sus impactos**. Desde esta perspectiva los abordajes en salud mental no son vistos como un “remedio” que logra efectos equivalentes en distintas poblaciones en función del aislamiento objetivo del problema a intervenir, y por el contrario apunta a entender cuál es la red de suministros que sustentan las condiciones de desarrollo de una persona, grupo o comunidad, para luego generar abordajes centrados en el fortalecimiento y no la imposición de recursos sin sentido.

Desde este enfoque las personas tienen una capacidad de desarrollarse que puede ser “activada” mediante la aportación externa de aquellos “suministros” con los cuales no cuentan. Alcanzar el desarrollo humano sería entonces el resultado de sumar a las capacidades individuales los aportes externos. Estos aportes pueden ser positivos o negativos, de manera que pueden añadir potencialidades de bienestar a las personas o, si son negativos o inadecuados, restar posibilidades de desarrollo. Los aportes o suministros se agrupan en tres categorías, que cubren gran parte de la gama de necesidades y potencialidades de las personas (Sánchez, 2007):

1) Suministros físicos: Contribuyen al crecimiento corporal, mantenimiento de la salud y protección del daño externo. Incluyen alimentación, vivienda, entorno y medioambiente, así como también lo necesario para una adecuada estimulación sensorial.

2) Suministros psicosociales: Contribuyen al desarrollo intelectual, afectivo y social de las personas, se alcanzan a través de la relación interpersonal con miembros responsables de la familia, los pares y de su comunidad. Los aportes son “transmitidos” por la influencia ejercida en los intercambios cara a cara, es decir, entre cada individuo y las demás personas presentes en el entorno sociocultural, con las que se compromete emocionalmente y con las que desarrolla relaciones continuas y duraderas. Estas fuentes de suministros aportan, además, recursos asociados a la información y el ejercicio de roles sociales coherentes con los marcos socioculturales y las expectativas de conducta. En tales interacciones se intercambian (se reciben y se aportan) tres tipos de suministros:

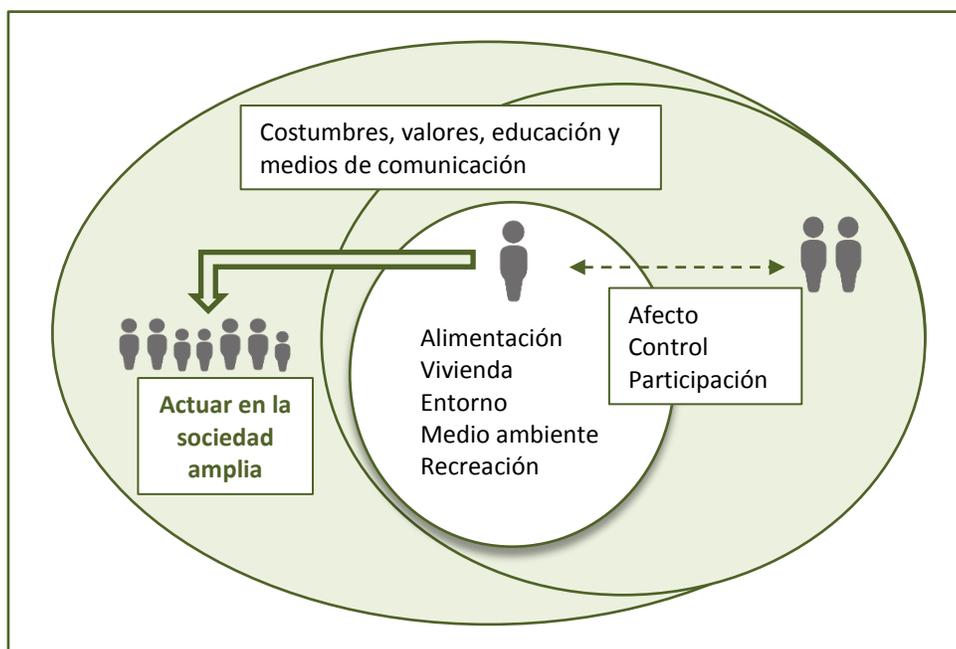
1. Amor/afecto, que colabora en el **desarrollo de la autoestima y la seguridad en sí mismo**.

⁴ OMS. Salud mental: un estado de bienestar. 2013. En <http://www.who.int>)

2. Control, limitación y responsabilidad (aprendizaje de reglas, límites y consecuencias); insumos normativos asociados a la autoridad y las **reglas de convivencia de la comunidad** donde se vive.
3. Participación en la dinámica social a través de la generación de **autonomía o soporte de otros para afrontar una tarea**. Esta participación es de carácter cooperativa y colaborativa (que fomenta la solidaridad e interdependencia) o competitiva (que fomenta la independencia individual).

En una relación enriquecedora y potenciadora, la persona identifica y trata de satisfacer las necesidades propias y las de los demás a través de **intercambios que se nutren de los roles sociales, las prácticas, las tradiciones y los valores culturales**. En una relación en que el intercambio de aportes psicosociales es empobrecedora, la persona se relaciona con otros que no cuentan con recursos para satisfacer sus necesidades, las relaciones no se basan en el respeto mutuo o bien se generan vínculos instrumentalizados por una de las partes.

3) Suministros socioculturales: Comprenden el efecto de la estructura social y las costumbres culturales, transmitidas tanto desde la sociedad global (medios de comunicación masiva, educación formal y otros) como desde los grupos o agentes sociales más directos: la familia, la comunidad, vecinos, los profesores, otros adultos responsables etc. Este tipo de suministros definen la posición de los individuos en la estructura social y le permiten orientarse y desarrollarse como miembros colectivos que **conocen, pueden usar o transformar las normas o las pautas sociales y culturales**. Los aportes socioculturales incluyen: percepciones y expectativas, valores y significados, normas y reglas sociales, poder personal y colectivo y pautas de comportamiento que derivan de un lugar específico en la estructura social.



A diferencia de los valores, las normas o los roles que se movilizan en el plano psicosocial, es decir, en el plano de las negociaciones, las colaboraciones, los sentidos de pertenencia, las historias de convivencia, entre otras experiencias colectivas, los suministros socioculturales se relacionan con el **impacto que tienen los marcos culturales amplios y la estructura social en las personas**, sus accesos a bienes económicos y simbólicos, y fundamentalmente, el tipo de poder que pueden ejercer en tanto agentes sociales. En este plano se juegan los reconocimientos, las estigmatizaciones, los niveles de participación, las relaciones con la política pública, los efectos de la segregación residencial, las experiencias que marcan los procesos migratorios, los impactos de las definiciones de juventud o la forma en la que se ejercen los derechos de las niñas y niños, entre otros muchos efectos de sostener un lugar determinado en la estructura social.

Aquellos niños, niñas y jóvenes que viven en comunidades estables, que cuentan con suministros físicos, psicosociales y socioculturales enriquecedores, tendrán mejores opciones de desplegar su potencial de desarrollo humano. Por el contrario, las comunidades con baja cohesión social, que no logran generar suministros adecuados para el desarrollo, ni tampoco median el impacto negativo de las estigmatizaciones o las exclusiones sociales macro-estructurales, presentan condiciones de desarrollo muy precarizadas para todos sus habitantes, y especialmente para los niños, niñas y jóvenes.

Los suministros socioculturales son especialmente relevantes por su gran influencia en el desarrollo de la percepción social del individuo, sus actitudes, opiniones, valores y su nivel de aspiración, entre otros procesos que son claves para su vida cotidiana y para su futuro. El desarrollo de los NNJ en espacios con un alto nivel de suministros socioculturales, es decir, con variadas formas de comprender e intervenir los efectos de una posición determinada en la estructura social, valorar positivamente la participación y la organización socio-comunitaria, reconocer tradiciones y valores protectores o enriquecedores para el desarrollo, entre otros, tiene como efecto un alto nivel de **involucramiento, pro-actividad, solidaridad, autoeficacia, gestión de redes positivas, capacidad de resolver conflictos o generación de identidades positivas a nivel colectivo e individual**.

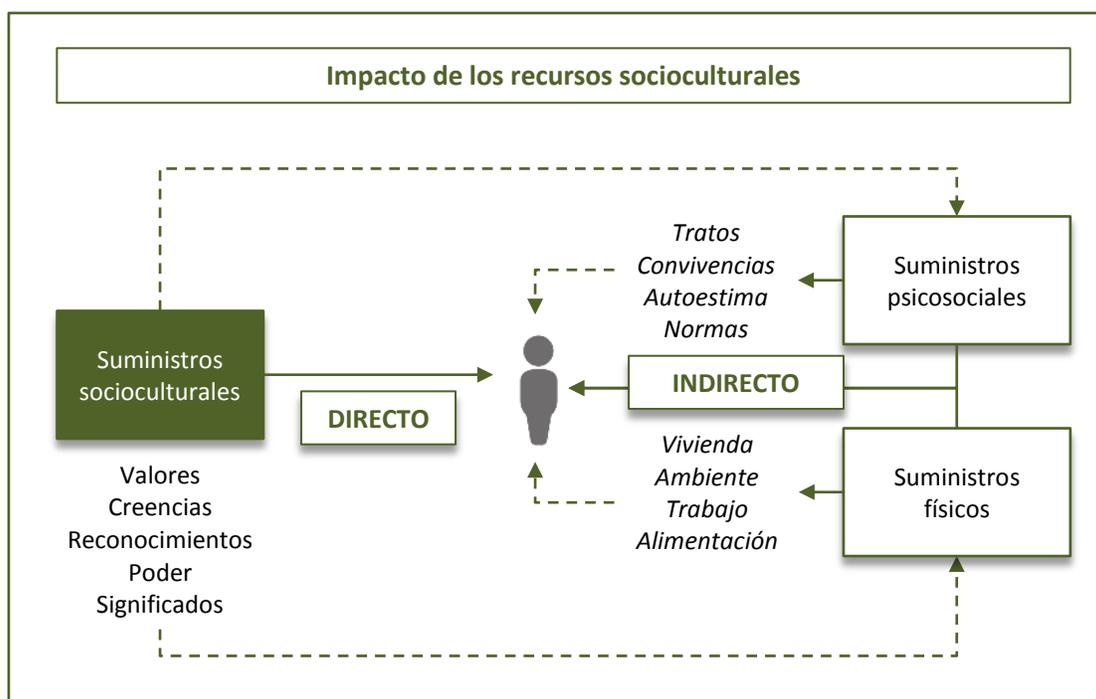
Como señala Mario Sandoval (2012), entre los propios jóvenes existe algún grado de consenso sobre la confluencia entre un marco valorativo enriquecedor y la disposición a actuar colectivamente:

“Existe consenso entre los jóvenes estudiados en señalar que aquellos que han participado en organizaciones sociales-o que participan actualmente-tienden a confiar más en los demás; son jóvenes con historias colectivas ricas en intercambios; este tipo de jóvenes son más sociables, solidarios y comprometidos con el país” (p.61)

La influencia de estos recursos en el desarrollo social de los NNJ se ejerce por dos modalidades. La primera de una **forma directa a propósito de la herencia sociocultural con la que cuentan**; si este marco sociocultural, constituido por valores, significados, creencias y acceso al poder, es positivo, entonces los niños, niñas y jóvenes tenderán a contar con más recursos para tomar decisiones que

los enriquecen, un mayor nivel de confianza sobre la capacidad de incidir en el entorno o participar siguiendo sus propios valores y creencias. Si por el contrario estos recursos no existen, los valores presentes en el entorno de desarrollo tenderán a la precarización, la frustración, la pasividad y la falta de reconocimiento sobre las potencialidades de desarrollo.

La segunda modalidad, es indirecta, modificando los aportes psicosociales (relaciones con otros adultos responsables de su comunidad) y físicos (disponibilidad de dinero, entorno físico, etc.) que también afectan a los NNJ en otras dimensiones de su desarrollo. En este segundo nivel, el marco sociocultural no enriquece o precariza a las personas en función de los valores que orientan sus prácticas, sino más bien mediante **mecanismos indirectos motivados por las pautas socioculturales**. Las dificultades de encontrar trabajo debido a la pertenencia étnica o el género, la falta de redes o participación entre los niños producto de la creencia según la cual los niños deben desarrollarse al interior de la casa y de forma pasiva, la residencia en lugares o espacios físicos donde solo viven migrantes, la expulsión de jóvenes homosexuales o jóvenes embarazadas de la familia por la prevalencia de valores tradicionales, entre otros muchos fenómenos, presentan un escenario en el que los efectos del marco sociocultural no son valorativos sino prácticos.

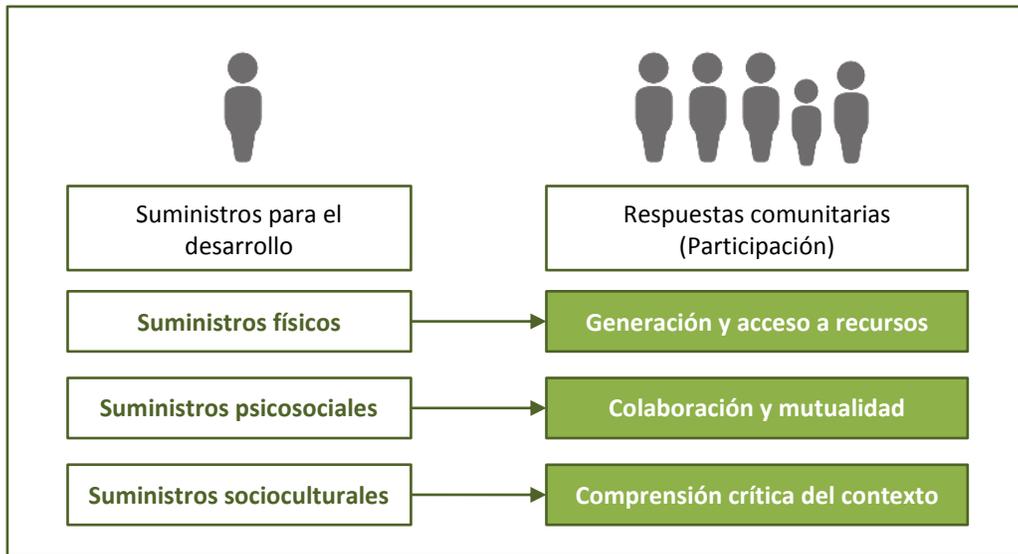


En este sentido, los niños, niñas y jóvenes no son receptores pasivos de estos suministros o recursos, sino **sujetos activos que pueden entrar en relaciones y colaboraciones con otros, aumentar sus espacios de poder, modificar valores o creencias y cambiar su entorno material o simbólico** en beneficio de su desarrollo humano.

La presente orientación destaca la necesidad de observar e intervenir oportunamente la fuente y acceso de las comunidades, los grupos o las personas a los suministros que requieren para su desarrollo humano, entendiendo que las consecuencias negativas del consumo se inscriben en las

prácticas materiales y simbólicas antes descritas, en forma de una falta de oportunidades, pautas discriminatorias, falta de acceso a servicios, malas relaciones, pasividad comunitaria, falta de organizaciones, políticas públicas mal conducidas en el territorio, etc. La intervención en drogas debe apuntar a **generar, fortalecer y articular un suministro social de aportes bien dotado y promover en las comunidades las capacidades de gestión necesarias para asegurar el acceso de sus miembros a dichos aportes.**

La participación social es fundamental para que las comunidades puedan efectivamente construir accesos al bienestar y la salud para todos sus integrantes. Desde una perspectiva de suministros, es posible ordenar las potenciales funciones de una comunidad fortalecida y movilizada, generando un marco comprensivo de la participación social basado en tres componentes: 1) Generación y acceso a recursos (suministros físicos), 2) Colaboración y mutualidad (suministros psicosociales), y 3) Comprensión crítica del contexto social (suministros socioculturales). Estos componentes se asocian fuertemente al trabajo mancomunado y la emergencia de una conciencia de grupo entre los miembros de la comunidad. En la misma línea del capital social, la participación social logra **articular el bienestar individual con el bienestar colectivo, utilizando y reproduciendo recursos relacionales para mejorar los accesos de una comunidad a la repartición de bienes materiales y simbólicos.**



Como vimos anteriormente, la organización y la participación social constituyen manifestaciones de ciertas convicciones, creencias, o valores de colaboración y mutualidad, que devienen de marcos socioculturales diversos, como son las identidades barriales, juveniles o étnicas, nutriendo de valores y disposiciones de acción a las nuevas generaciones. Sin embargo, la organización también deviene de la **conciencia sobre las necesidades de las personas que habitan un determinado territorio y los diversos suministros que requiere la búsqueda de una salud integral.** Desde ésta perspectiva de la salud, la aportación de un modelo comunitario para el abordaje selectivo en drogas es relevante en tanto reconoce el **desarrollo humano como eje y orientación fundamental de la intervención social.**

La vulnerabilidad relacional

Aproximarse al fenómeno de la exclusión atendiendo a las condiciones de vulnerabilidad que afectan a las personas y las comunidades, requiere un **especial énfasis en las condiciones relacionales**. Como hemos venido señalando, las condiciones de bienestar se sostienen en gran medida en las acciones colectivas, ya sea a nivel de grupos, familias, comunidades o sociedades, y en los valores que sostienen y dan continuidad a los logros o los beneficios de dichas acciones.

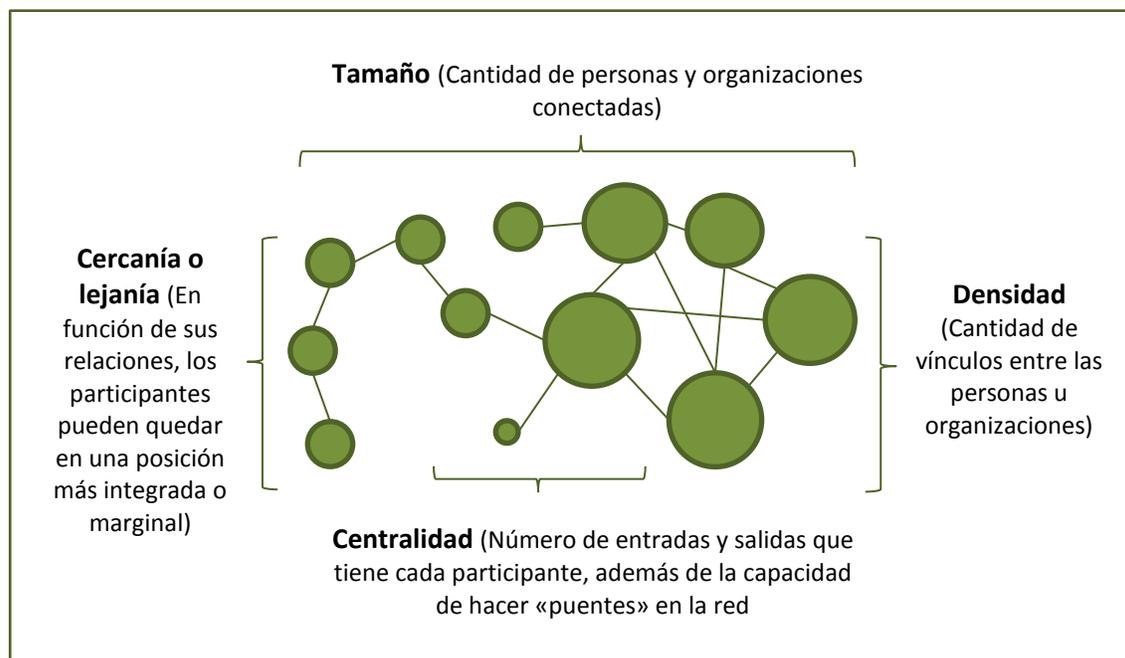
Desde ésta perspectiva, las prácticas, valores o actitudes de las personas tienen su raíz en un entramado de relaciones sociales que permiten o impiden el acceso a recursos materiales y simbólicos. El concepto de vulnerabilidad relacional enfatiza la importancia de este entramado o red. Bonet (2006) ofrece la siguiente definición de vulnerabilidad relacional:

“aquella situación generada por la ausencia o debilidad de los vínculos de inserción comunitaria” (p.2)

La vulnerabilidad relacional se caracteriza por la ausencia, debilidad o precariedad de la red social de apoyo que acompaña el desarrollo de la persona, restringiendo su acceso a los beneficios de la colaboración y la mutualidad, es decir, a los suministros señalados en el apartado anterior. La falta de participación o la **participación en subredes marginalizadas, que no logran canalizar efectivamente las necesidades de desarrollo de sus participantes**, constituye un foco esencial de intervención social desde una perspectiva comunitaria.

Bonet ofrece tres formas de comprender y abordar las vulnerabilidades relacionales, permitiendo el desarrollo de intervenciones comunitarias consistentes, es decir, con objetivos específicos bien definidos y evaluables asociados al fortalecimiento de redes: 1) **Aspectos estructurales**, que incluyen el tamaño, la densidad, la centralidad y la cercanía o lejanía de las personas u organizaciones (nodos) en la red, 2) **Aspectos funcionales**, es decir, el tipo de vínculo y la función que cumple la red para los participantes de la red (acceso a recursos materiales, información, soporte emocional, etc.) y 3) **Aspectos contextuales**, que incluyen la trayectoria histórica de la red, su nivel de inserción o radicación en el territorio, y la estigmatización o estimación de la red.

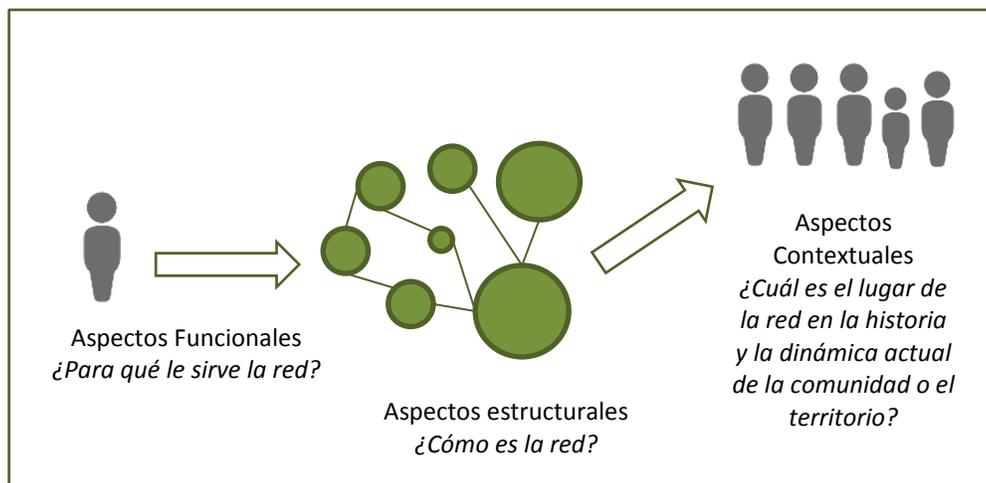
En el plano de los aspectos estructurales es necesario saber el tamaño de las redes, es decir, cuantas personas u organizaciones forman parte del entramado en el que se mueven los niños, niñas y jóvenes que participarán del programa, distinguiendo además su densidad (cuantas relaciones por cada personas u organización) y la posición central o más bien lejana que sostienen los distintos participantes.



Estos aspectos nos permitirán conocer cómo se ubican los niños, niñas y jóvenes en sus redes, es decir, con cuántas personas u organizaciones se conectan, cuántas personas u organizaciones se conectan con ellos, cómo estos pueden mediar la relación de otros participantes, quienes quedan en una posición aislada o bien quienes se mantienen en el centro de la red. Ahora bien, estos factores estructurales no nos permiten saber qué sentido tiene la vinculación, es decir, para qué se juntan o interactúan las personas u organizaciones.

Los aspectos funcionales nos permiten saber qué tipo de relaciones se desarrollan en la red (amistades, familiares, vecinos, conocidos, compañeros, etc.) y para qué los niños, niñas y jóvenes se vinculan con estas personas y organizaciones (trabajar, divertirse, estudiar, ganar dinero, saber cosas, armar un equipo, etc.). Los aspectos funcionales le dan contenido a la red y nos permite entender los impactos que tienen los aspectos estructurales en el bienestar de las personas. **No es lo mismo un aislamiento social en una red de amistades que un aislamiento social en una red de recursos comunitarios o en una red constituida por servicios públicos que buscan integrar a los jóvenes a las políticas de salud.** Por eso la pregunta por el sentido de la red es fundamental y orienta la pregunta que se les hace a los niños, niñas y jóvenes para configurar el mapa de red (¿Con quienes te juntarías para jugar? ¿A quién acudirías cuando tienes un problema?).

Los aspectos contextuales cambian el foco desde la dinámica interna de las redes hacia su interacción con el entorno. ¿Cuándo se formó?, ¿qué cambios ha sufrido?, ¿dónde se desarrollan las interacciones? o ¿qué reconocimiento tiene esta red en el territorio?, constituyen interrogantes claves para entender si la red en la que participan los niños, niñas y jóvenes permite efectivamente un acceso a recursos materiales y simbólicos adecuados para su desarrollo. Como señalábamos anteriormente, **una sub-red que se mantiene al margen de las dinámicas socio-comunitarias del territorio no logrará efectivamente mejorar las condiciones relacionales de sus participantes a menos que logre mejorar sus características contextuales.**

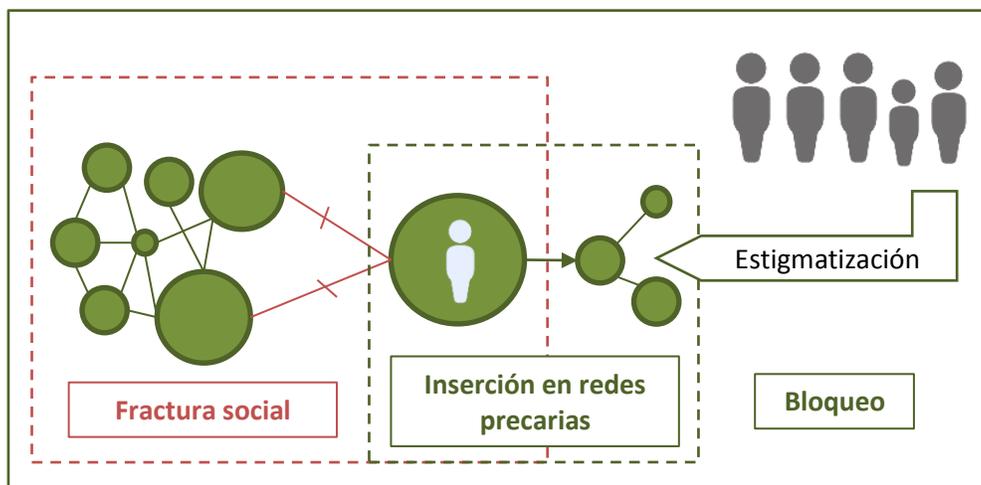


Estos tres ejes permiten generar abordajes adecuados para disminuir la vulnerabilidad relacional de los niños, niñas y jóvenes del barrio intervenido, generar diagnósticos adecuados para el despliegue de estrategias de prevención comunitaria y evaluar los impactos que efectivamente logra el programa en torno al fortalecimiento de las redes que acompañan su desarrollo.

A partir de esta perspectiva la situación de vulnerabilidad relacional puede venir caracterizada por el tamaño de las redes (pequeñas y en disminución) y la debilidad de las conexiones con otras subredes operantes en el territorio debido a la ausencia de brokers (nodos que ejercen de puente entre redes heterogéneas). Este último punto es fundamental, puesto que los nodos “puentes”, “intermediarios”, o “broker” brindan **dinamismo a las redes, modificando los flujos de recursos, motivando cambios en las posiciones que sostienen los participantes y evitando la saturación o bloqueo de la red**. Una red rígida, que no varía sus posiciones internas, mantiene concentrados sus beneficios en los mismos participantes, o que mantiene una relación negativa o inexistente con otras redes del entorno, no logrará constituirse como una fuente de recursos adecuado para los niños, niñas y jóvenes.

Este fenómeno de bloqueo es muy usual en redes altamente estigmatizadas por los prejuicios de la comunidad. Existe evidencia respecto a los **altos niveles de vulnerabilidad frente a conductas de riesgo que presentan los jóvenes pertenecientes a redes bloqueadas**, ya sea como resultado de trayectorias de exclusión heredadas, por ejemplo, carencia familiar o marcadores identitarios asociados a pertenencia étnica, o por fracturas relacionales (Bonet, 2006).

En el caso, por ejemplo, de población migrante recién llegada, en situación irregular, de habla no hispana o minorías étnicas marginalizadas, existe evidencia sobre la **situación de fractura de la red de apoyo de origen, y su inserción, como consecuencia de la estigmatización social, en redes homogéneas con baja integración comunitaria**. Esta situación reduce el margen de recursos disponibles para gestionar oportunamente problemas de consumo u otros riesgos que afecten a algunos de sus miembros, disminuyendo su calidad de vida y precarizando las condiciones de desarrollo de sus hijos/as.



En esta línea, las fracturas sociales constituyen un aspecto clave para el abordaje de la vulnerabilidad relacional. Estas rupturas se relacionan con múltiples procesos de disolución o expulsión de las redes, por ejemplo, migraciones, pérdida de tradiciones culturales, enfermedades, desempleo o segregaciones residenciales, que tienen como consecuencia el menoscabo de los suministros que requieren las personas para acceder a su potencial de desarrollo. Algunos autores, como Bruce Alexander (2001), van más allá y ven en las formas de organización social actual, sostenidas en el funcionamiento del mercado, el origen de estas fracturas relacionales, vinculándolas directamente con las adicciones:

“La adicción en el mundo moderno puede ser mejor entendido como un estilo de vida compulsivo que las personas adoptan como un sustituto desesperado cuando sus múltiples lazos sociales se encuentran dislocados” (p.1) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

En el caso del consumo de drogas, el aislamiento social normalmente precede la dislocación. Cuando algún integrante de la familia evidencia un consumo problemático, **las unidades familiares tienden a clausurarse por miedo a la estigmatización o a las consecuencias legales de la obtención o porte de sustancias prohibidas**. Esto conlleva una precarización de la persona que evidencia los problemas de consumo, en tanto pierde recursos esenciales para acceder a soluciones oportunas (consejo, reflexión conjunta, apoyo, soporte económico, cuidados, etc.), pero también se ven afectados todos los demás integrantes de la familia, que pierden progresivamente su participación en las redes.

Este foco de la prevención comunitaria plantea la necesidad de realizar un cambio en la forma de diseñar e implementar programas selectivos o indicados con niños, niñas y jóvenes, en tanto los abordajes tradicionales centrados en el individuo, reduciendo el contexto a una variable más de los diagnósticos personalizados, constituye un **pérdida de atención sobre los complejos fenómenos sociales y relacionales que se encuentran detrás del consumo de drogas**, y un empobrecimiento de los recursos socio-comunitarios mediante la concentración de recursos en

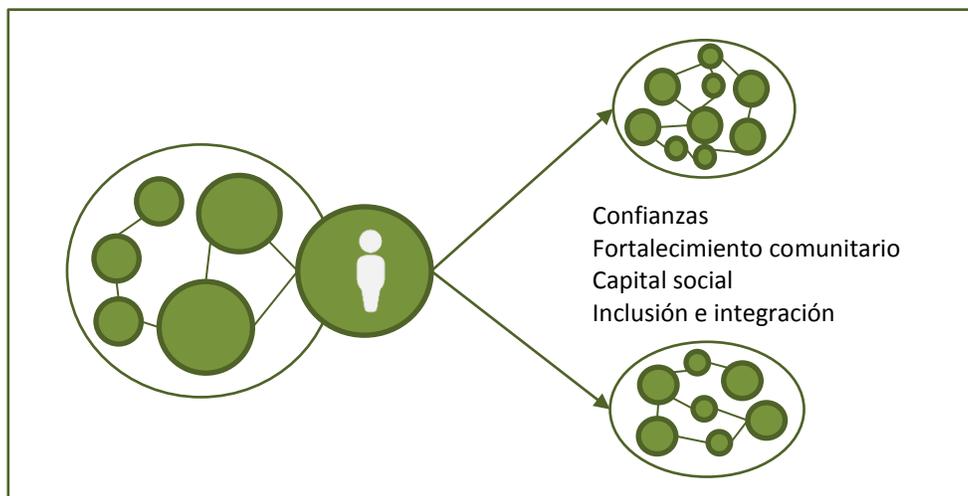
instituciones externas, relegando las redes de soporte de los niños, niñas y jóvenes a un plano secundario.

Una política pública en drogas que se hace cargo de los determinantes sociales en un nivel sistémico busca el desarrollo de una **relación entre las comunidades y el Estado que valoriza la ciudadanía activa y los recursos o las prácticas situadas que pueden ser fortalecidas para el mejoramiento de las condiciones de vida**. La solución asistencialista de problemas individuales, sostenida en un paradigma de necesidades en vez de derechos, no busca el fortalecimiento de los ámbitos de desarrollo de las personas, y por el contrario los responsabiliza en el mantenimiento de logros de aprendizaje descontextualizados, y, por lo tanto, insostenibles.

Desde ésta perspectiva, la incorporación del enfoque de redes en la intervención en drogas busca el reconocimiento o fortalecimiento de los agentes sociales que acompañan cotidianamente a los niños, niñas y jóvenes (vecinos, establecimientos educacionales, pares, familias, adultos de la comunidad, etc.), capaces de preocuparse por el bienestar de éstos, y capaces de proveer recursos materiales o simbólicos permanentes. Una comunidad que construye soportes para el desarrollo, protección y participación de los niños, niñas y jóvenes, no solo genera beneficios inmediatos, sino que constituye, además, una red de recursos potenciales que pueden activarse cuando sus participantes lo requieren. Así, la autogestión de las comunidades se redefine, ya no sólo como la capacidad de hacer, sino también como la **capacidad de mantener el contacto, el interés, la confianza, y el dinamismo de las tramas sociales que se construyen entre sus participantes**, evitando las fracturas sociales.

Cabe mencionar, que las redes barriales en las que actúan los niños, niñas y jóvenes, no operan en el vacío, sino que se encuentran inmersas en un territorio donde operan distintas redes comunitarias, mercantiles, organizacionales o institucionales, sobre las que es posible y necesario intervenir. Esto, puesto que es en este espacio inter-redes donde operan procesos de segmentación y estigmatización que devienen en los fenómenos de bloqueo antes señalados. Esto abre un nuevo plano de análisis y propuesta de intervención, ahora atendiendo al nivel estructural de los determinantes sociales, reconociendo que **los miembros de una comunidad poseen un acceso diferenciado a los recursos materiales y simbólicos desigualmente distribuidos en el amplio marco sociocultural chileno, y, como consecuencia, un acceso diferenciado a redes específicas cuyos criterios de ingreso responden a factores tales como el género, la edad, la etnia, la nacionalidad, el trabajo, etc.** reproduciendo posiciones sociales, niveles de bienestar y exposiciones a riesgos. Frente a la reproducción de las desigualdades en el plano de las redes sociales comunitarias, la generación de estrategias para articular las distintas redes en el territorio es fundamental.

Entendiendo lo anterior, los objetivos de la intervención con enfoque de redes superan el ámbito de las posiciones intra-red, y se expanden a la **generación de capital social en un espacio amplio de múltiples redes susceptibles de generar recursos positivos** para el desarrollo de los niños, niñas y jóvenes. En este plano, la disolución de bloqueos, mediante una re-significación de los prejuicios, las discriminaciones o las estigmatizaciones es fundamental.



La forma en la que una comunidad organiza el funcionamiento de sus redes, lo que implica toda la gama de factores antes descrita (valores, distinciones, exclusiones, intensidades, confianzas, etc.) constituye el foco de intervención esencial de la prevención comunitaria con niños, niñas y jóvenes. **No se trata de poner atención a un contexto para comprender una conducta de riesgo, sino más bien de reconocer que existen ambientes, situaciones, circunstancias, formas de funcionar de los territorios y las comunidades que son de riesgo y esto repercute en las condiciones de desarrollo de los niños, niñas y jóvenes.**

Factores como la desorganización comunitaria, la escasa cohesión social, la falta de normas o valores que apuntan al potencial de desarrollo de los niños, niñas y jóvenes, niveles disminuidos de participación social, despreocupación por los espacios públicos, altos índices de estigmatización, bajo involucramiento de adultos responsables, exclusión de los niños, niñas y jóvenes de actividades comunitarias, entre otros, conforman un **contexto de riesgo que favorece el consumo o bien puede de devenir en consecuencias especialmente negativas para el consumidor** (Zambrano et al. 2013). En ésta línea, evidencia de programas comunitarios señalan como causas del consumo excesivo de alcohol la necesidad de socializar ante la soledad que se experimenta, tanto de pares como de la familia y ante la ausencia de figuras de contención y protección (Muñoz et al. 2012).

Esta mirada propone abandonar un abordaje centrado en el riesgo de los niños, niñas y jóvenes (conducta de riesgo) y reconocer las dinámicas territoriales o comunitarias y la participación social como el eje fundamental de observación e intervención social, entendiendo el **riesgo particular como una forma particular de trayectoria caracterizada por la falta de suministros y redes (énfasis en el desarrollo humano), y una vulneración a los derechos de los niños, niñas y jóvenes a contar con un espacio adecuado de desarrollo, que interpela a todos los adultos responsables, ya sea de la familia, la comunidad o de la política pública (enfoque de derechos)**. Zambrano et al. (2011) señala:

“Este tipo de intervenciones (centradas en el adolescente-problema) con frecuencia carecen de coordinación, continuidad, coherencia e integralidad,

favoreciendo resultados iatrogénicos que refuerzan la falta de protagonismo de los jóvenes y familias implicadas. Refuerzan también el convencimiento de la propia incapacidad para superar problemas, fomentando la desesperanza.”

Generar una red integral de cuidados permite avanzar más allá de las prácticas individuales o las dinámicas familiares, **entendiendo las profundas crisis que afectan a las familias cuando estas deben enfrentar los problemas de sus integrantes de manera aislada y evitando que estas pierdan su efectividad en la generación de bienestar.** La evidencia muestra que el nivel de apoyo percibido por algún miembro de la familia que experimenta un consumo problemático de drogas desciende de manera importante a partir de los 12 meses, lo que supone un importante proceso de desgaste que deviene en interacciones cada vez más estresantes y una capacidad cada vez menor de brindar apoyo u otro recurso requerido por la persona en problemas. Entendiendo este fenómeno, las intervenciones que se centran en el fortalecimiento de otros recursos de red son esenciales y marcan una línea actual de explicación y abordaje del consumo problemático de drogas (Biegel et al. 2008). Guay (1998) destaca:

“las interacciones familiares pueden formar un círculo vicioso que mantiene el sentimiento de incompetencia. Porque los padres se sienten incompetentes, los menores agravan su comportamiento, pues ellos sienten las expectativas negativas de sus padres respecto de ellos, lo que aumenta aún más el sentimiento de incompetencia de los padres, y así sucesivamente. (...) La escuela y los servicios sociales alimentan este proceso, debido a que tienen la tendencia a culpar a los padres, los que tenderán poco a poco a desresponsabilizarse especialmente cuando una situación crónica de pobreza los hizo perder toda esperanza de ver mejorar su situación”. (p.71) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

En síntesis, la vulnerabilidad relacional pone en evidencia la importancia de las relaciones que acompañan el desarrollo de los niños, niñas y jóvenes, enfatizando las consecuencias negativas directas de la ausencia o fragilidad de las redes sociales. En este sentido, la comunidad amplia de adultos responsables toma un peso fundamental en la prevención selectiva con niños, niñas y jóvenes, motivando un proceso consistente de observación y trabajo con los recursos de las comunidades. Zambrano et al. (2013) señala:

“Los malos tratos, la falta de competencias especializadas en los agentes educativos, la fragmentación de respuestas institucionales y la falta de una pesquisa y respuesta oportuna, todo lo cual ocurre con mucho mayor frecuencia en los barrios urbanos más pobres del país, colaboran en sostener trayectorias de desadaptación en niños y jóvenes que viven en entornos desfavorables para su desarrollo.” (p.5)

Comunidad, contexto y consumo de drogas

Frente a la importancia de las comunidades en la generación y distribución de suministros para el desarrollo, y la disminución de las vulnerabilidades relacionales, cabe preguntarse por las dificultades que tienen éstas para cumplir dichas funciones.

Como se ha señalado anteriormente, la dislocación o fractura de las relaciones constituye un **fenómeno creciente que impide a las personas contar con dinámicas enriquecedoras y sostenibles en sus espacios cotidianos de interacción**. Si bien el auge de las “redes sociales” virtuales se acompaña de nuevas formas de entender las conexiones o relaciones sociales, apuntando a una suerte de nueva “Comunidad”, la impronta homogeneizadora de dichos espacios mantiene en duda su efectividad en la provisión de suministros necesarios para el desarrollo.

Las comunidades barriales o presenciales se construyen en base a **experiencias sociales, culturales, económicas o políticas compartidas, dificultades de convivencia, producción y reproducción de normas, valores o expectativas de acción**, que en los espacios virtuales tienden a diluirse por la falta de espacios o territorios que acumulen estos acervos culturales. En los espacios virtuales las similitudes se acentúan con el fin de posibilitar el encuentro entre personas de contextos socioculturales, políticos o económicos diversos, y poder orientar las interacciones hacia temas de interés específicos y con bajo nivel de conflictividad. Para ello la posibilidad de desvincularse automáticamente es fundamental (desconectarse).

Mientras aumenta la configuración de redes fugaces en los medios de comunicación, las redes presenciales, que incluyen la identidad y las condiciones materiales o simbólicas específicas de las personas y los grupos sociales, tienden a decaer, disminuyendo los apoyos, aumentando el aislamiento, y **exponiendo a las nuevas generaciones a contextos socioculturales de desarrollo poco estimulantes o empobrecedores**. La relación entre este proceso y la adicción al consumo se relaciona con la ausencia de procesos consistentes de integración social, puesto que la transitoriedad o superficialidad de los intercambios mercantiles, o de las relaciones virtuales que intentan suplir las solidaridades presenciales, no logran generar sentido de pertenencia, compromiso o disposición de acción para el bienestar individual y colectivo. Sobre este punto, Bruce Alexander (2001) señala:

“La clave para controlar la adicción es mantener una sociedad en la que la integración psicosocial es alcanzable para la gran mayoría de las personas. Las personas necesitan pertenecer a su sociedad y no solo tranzar en sus mercados”
(p.20) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

La prevención de las adicciones, en este nivel, debe considerar las exigencias de la vida cotidiana actual, centradas en la consecución de condiciones de comodidad material que pueden resultar en procesos de aislamiento y la asunción individual de los procesos vitales asociados a la enfermedad, la vejez, la muerte o la discapacidad (Letcher, 2010). Esto, junto a la construcción de la identidad por medio de modelo de éxitos ajenos a la experiencia cotidiana, y el **decaimiento de los procesos**

formativos vinculados a valores y tradiciones culturales consistentes, aumenta la probabilidad de los consumos problemáticos relacionados con la inconformidad, la pérdida de sentido, o el miedo a la exclusión social.

La relación entre la riqueza de los contextos y la adicción constituye un foco muy explorado en los nuevos estudios sobre el efecto de las drogas que retoman una línea investigativa abandonada o negada activamente en favor de los estudios que se centran en las características de la sustancia y la interacción con el cerebro sin considerar factores ambientales. El precursor de estos estudios es el mismo autor que enfatiza la relación entre la adicción y las dislocaciones sociales, Bruce Alexander, quien se une a la tendencia de examinar el consumo de drogas en modelos animales (ratas) pero **sustituyendo las pequeñas jaulas en las que usualmente se desarrollan dichos experimentos por una colonia**⁵.

Los resultados mostraron que mientras las ratas aisladas en una jaula pequeña consumían grandes cantidades de morfina endulzadas, aquellas que se encontraban en “Rat Park” prefirieron el agua pura, demostrando que la compulsión al consumo se relaciona más con el ambiente que con las características de las sustancias. Ahmed et al. (2013) comenta los resultados de estos experimentos de la siguiente manera:

“Cuando se compararon con las ratas viviendo solas en jaulas estándar, las ratas que vivían en “Rat Park” mostraron un uso de morfina mucho más bajo. Este resultado muestra que la posibilidad de desarrollar otro tipo de actividades, aun cuando se está expuesto a la disponibilidad de drogas, incluyendo interacciones sociales, puede prevenir el uso de drogas en la mayoría de las ratas, un hallazgo que desafía la hipótesis de usurpación en adicción” (p.2)

Si bien durante las décadas siguientes esta línea de investigación no logró posicionarse de manera activa en las controversias científicas y más bien se quedó en un plano contra-cultural, sosteniendo que la adicción constituye una **estrategia de vida dependiente de la educación, la recreación o las oportunidades** (Slater, 2004), actualmente existe una gran cantidad de equipos de investigadores centrados en los estudios de ambientes enriquecidos (Environmental Enrichment).

Los estudios sobre ambientes enriquecidos centran la atención en los efectos que tiene el consumo de diversas sustancias en ratas aisladas, en ambientes estándar (ambientes pequeños pero compartidos con otras ratas), y en colonias como “Rat Park”, tomando además los estudios que sin considerar las drogas ya evidencian múltiples **diferencias neuronales asociadas al ambiente de desarrollo**. Sobre este último punto, Van Praag et al. (2000) destaca:

⁵ La colonia de Bruce Alexander tenía un tamaño aprox. de 6 metros cuadrados, estaba temperado, con objetos estimulantes como limadura de corteza, todo tipo de pelotas brillantes, ruedas, latas, y espacios de interacción con otras ratas, apareamiento, parto o cuidado de lactantes. Las paredes de la colonia fueron pintadas de verde y amarillo, con dibujos de árboles, montañas y arroyos. A este espacio distinto de experimentación le llamó “Rat Park” o, en español, “Parque de Ratas”.

“Los roedores que viven en ambientes enriquecidos muestran un incremento en el peso del cerebro, así como también un realce de pericarion y tamaño del núcleo en la corteza⁴⁵. Experimentos anteriores también han mostrado que los ambientes enriquecidos mejoran la gliogénesis, la ramificación de neuritas y la formación sináptica en la corteza. Otros estudios reportan que los ambientes enriquecidos reportan un incremento en neurotransmisores tales como la acetilcolina. Los ambientes enriquecidos también han mostrado selectivamente un incremento en la expresión del gen asociado al receptor serotonina1A” (p.193) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

En el ámbito del consumo de drogas, los estudios muestran que los efectos de refuerzo de las amfetaminas o la nicotina disminuyen cuando se comparan a las ratas aisladas con aquellas que se encuentra en Environmental Enrichment (EE). Estas evidencias muestran que los **ambientes son cruciales para entender y abordar efectivamente la resistencia al abuso de drogas**, incluso ante drogas altamente adictivas como es la cocaína o la heroína. Solinas et al. (2009) hacen referencia a su estudio sobre cocaína:

“En este estudio, hemos encontrado que los ratones que viven en ambientes enriquecidos están protegidos frente a los efectos de la cocaína. Los ratones de ambientes enriquecidos desarrollan menos preferencia condicionada espacialmente por compartimientos asociados a la inyección de cocaína, y son menos sensibles a sus efectos activantes, bajo un paradigma de sensibilización, que los ratones que viven en ambientes estándar (...) nosotros mostramos que los efectos de recompensa de la cocaína se disminuyen en ratones de ambiente enriquecidos. Además, el ambiente enriquecido reduce los efectos activantes de las administraciones repetidas de cocaína” (p.1108) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Por su parte, Rawas et al. (2012) señala en el caso de la heroína:

“Los efectos de recompensa de la heroína son mitigados por los ambientes enriquecidos” (p.1) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Estos estudios normalmente se centran en etapas tempranas del desarrollo, sin embargo, también existen estudios que muestran impactos positivos del ambiente aun cuando esta variable se presente en la adultez (Nader et al. 2012). Los impactos de la sociabilidad, la disponibilidad de espacios adecuados para el desarrollo, la recreación o el entrenamiento de habilidades, aún se mantiene en proceso de investigación, sin embargo, la evidencia muestra impactos claros en el funcionamiento de la dopamina y la tendencia al consumo compulsivo de sustancias. Gill et al. (2013) señalan lo siguiente en relación a su estudio sobre metilfenidato:

“La crianza de roedores jóvenes en ambientes socialmente aislados o en ambientalmente enriquecidos, ha mostrado afectar numerosos componentes

del sistema dopamínico tales como la conducta (...) los ambientes enriquecidos han mostrado tener efectos protectores frente al abuso de sustancias” (p.1)

Ahora bien, la observación de la relación entre el consumo de drogas y el contexto no se puede reducir al funcionamiento neuronal, restringiendo las intervenciones al impacto que puede tener en el individuo el mejoramiento estético del barrio y el aumento de las interacciones sociales. En los seres humanos, **los contextos están dotados de significados complejos que requieren ser abordados de manera adecuada para conseguir efectos positivos en el bienestar de las personas.** En este plano se destacan múltiples enfoques que buscan entender la interacción del espacio público con la conducta de las personas, entre las que se destacan los estudios de ventanas rotas (Broken Windows Thesis).

La relación entre el deterioro ambiental y el deterioro de la calidad de vida, para Robert Sampson (2001), no se limita a factores ampliamente estudiados como es la concentración de la pobreza, el desempleo, la precariedad de la vivienda o la falta de acceso a servicios públicos, sino que también atañe al **nivel de apropiación que hace una comunidad del espacio y su disposición a actuar para generar control social informal.** Desde esta perspectiva la relación entre las condiciones ambientales y la emergencia de conductas de riesgo o disruptivas como el consumo de drogas y la delincuencia, está medida por la ausencia de recursos comunitarios consistentes que permitan orientar el marco sociocultural y las prácticas legítimas que se desarrollan en el barrio. Sampson (2001) señala:

“El desorden gatilla atribuciones y predicciones en la mente de los miembros del vecindario y de los extraños por igual, cambiando el cálculo de los potenciales compradores de casas, agentes de bienes raíces, agencias de seguros e inversores. El grado de desorden refleja el grado de efectividad de los residentes para mejorar su barrio y puede afectar su voluntad de sostener su activismo” (p.1)

Esta diferencia es fundamental, puesto que la tesis de las ventanas rotas ha orientado en Estados Unidos una política de tolerancia cero que busca detener la relación entre las conductas de deterioro del espacio público (grafiti, agrupación en las esquinas, prostitución, etc.) y la emergencia de conductas delictivas, pasando por alto al grupo humano que habita el espacio y lo dota de sentido.

Para Sampson, la claridad de las reglas de convivencia y los valores de bienestar o de “bien vivir” que comparte la comunidad son fundamentales para que sus distintos integrantes estén dispuestos a participar y tomar parte en acciones colectivas para el mejoramiento de sus espacios o el control de las conductas que los afectan. En esta mirada, la confianza constituye un foco esencial de los entornos saludables para los seres humanos, esto es, saber que los vecinos comparten los valores o las normas de convivencia esenciales para la convivencia, y que dicha convergencia o acuerdo esencial motivará acciones colectivas en caso de ser necesario. Bajo este punto de vista, **el deterioro de los ambientes da cuenta de algo mucho más profundo y complejo**

que es la decadencia de las confianzas y los vínculos entre las personas que habitan un territorio.

“Donde las reglas de comportamiento se encuentran difusas y las personas desconfían las unas de las otras, existe una menor probabilidad de que estas tomen acciones frente al desorden o el crimen. Donde hay cohesión y confianza mutua entre los vecinos, la probabilidad de compartir una voluntad de intervenir por el bien común es mayor” (p.2)

Las reflexiones sobre el problema de las drogas en América Latina (Hopenhayn, 2002) reconocen un doble valor que es necesario tomar en cuenta a la hora de trabajar con comunidades afectadas. El primero es el valor de cambio de las drogas que se desarrolla en la interacción de productores, distribuidores y consumidores, el cual orienta las motivaciones económicas de los agentes involucrados y motiva la construcción de mercados negros que se acompañan o se protegen mediante altos niveles de violencia. El segundo valor es simbólico y se sitúa en las múltiples interpretaciones que acompañan a las drogas en función de las personas, relaciones y espacios en las que son construidas.

El primer valor se relaciona con las acciones de seguridad pública, especialmente aquellas que buscan normar las relaciones de fuerza en el espacio público y el restablecimiento de formas de convivencia que no vulneren los derechos de las personas que forman parte de la comunidad. En el segundo tipo de valor nos encontramos con el **deterioro del marco cultural que orienta a las personas en un territorio determinado**, es decir, las definiciones que motivan una mayor cercanía o lejanía con el consumo, un mayor o menor nivel de crítica, atención, prevención, protección o involucramiento en el desarrollo de iniciativas para disminuir la presencia de drogas en el barrio.

Cabe señalar que no se trata de valores separados. Evidentemente los valores que acompañan a las drogas se relacionan con su nivel de presencia en el barrio y las formas de control sobre las personas que acompañan el mercado negro. Sin embargo, poner atención al valor simbólico permite hacer al menos tres indicaciones para enfrentar el deterioro de las comunidades producto de las drogas:

1. Es necesario entender que **el uso de drogas cambia las formas de relación** entre los usuarios y el resto de la comunidad, lo que justifica que todos deban participar en la construcción de las iniciativas de prevención. Esto es, el valor simbólico de las drogas depende no sólo de los consumidores, sino de la relación que establece la comunidad con dichos consumidores.
2. El uso de drogas **puede ser intervenido de manera efectiva** y por lo tanto el valor simbólico de las drogas puede corresponder a un “no deseable” en la comunidad.
3. Las prácticas de uso de drogas **no son conductas aisladas** y por el contrario se corresponden con una serie de otros fenómenos y relaciones presentes en la comunidad que pueden ser intervenidas de manera eficaz.

Entendiendo lo anterior, el consumo de drogas se expresa de múltiples formas en función de su contexto comunitario, y, específicamente, del entramado de relaciones que lo sostiene. Esta interpretación de los consumo problemáticos sitúa como foco de las intervenciones la **relación que las personas y comunidades establecen con las drogas**. Si buscamos solucionar el “problema sociocultural” de las drogas es necesario proponer acciones que apunten a las significaciones que una estructura cultural particular le asigna al consumo.

Todo lo anterior motiva la consideración de explicaciones que la propia comunidad y sus miembros formulan en relación al consumo de drogas, analizándolas, permitiendo que estas conduzcan las propuestas preventivas que se construyen en el barrio, e invitando a diversos agentes sociales a proponer alternativas que respondan a éstas especificidades.

Esto inevitablemente nos lleva a reconsiderar el papel de los profesionales de la intervención en prevención de drogas, **cuestionando la mirada de expertos y buscando el desarrollo de roles facilitadores** para que la comunidad sea la real protagonista de las estrategias preventivas. La mediación técnico-profesional que esto significa requiere poner al servicio de las comunidades una serie de herramientas y saberes construidos por las distintas disciplinas, con el objetivo central de fortalecer dichas comunidades. Martín Hopenhayn (2002), desde la CEPAL, propone el siguiente lineamiento:

“Podemos, en síntesis, identificar varios cambios de énfasis: del énfasis en las variables biológicas a las interacciones sociales; del énfasis en el ámbito médico a la Intersectorialidad; del énfasis en el sujeto en riesgo al contexto vulnerable; del énfasis en las disciplinas al metadiscurso; y del énfasis en el especialista a la comunidad.” (p25)

Prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol

Teniendo en consideración que los bajos niveles de participación social en Chile se relacionan directamente con el debilitamiento de los valores y las prácticas de colaboración y vinculación comunitaria, la posibilidad de desarrollar un programa de prevención selectiva sustentado en un enfoque integral de salud debe necesariamente **apuntar a la movilización y “re-ligazón” entre las personas y los grupos que comparten intereses, culturas o territorios**. Esto supone considerar en los diseños programáticos la producción de identidades grupales y la emergencia del sentido de pertenencia.

Las características de las relaciones que sostienen las personas de una comunidad, y de los recursos disponibles para esta “re-ligazón”, cambian entre los niños, jóvenes o adultos. La intensidad de las interacciones en el ámbito primario (familia) tienen su nivel más alto en la niñez, y va decayendo en la medida de que las personas adquieren capacidades para buscar mayores niveles de independencia y autonomía. Los jóvenes suelen evidenciar un núcleo familiar en proceso de reducción, mientras aumentan al mismo ritmo las interacciones extra-familiares, es decir, con profesores, vecinos, amigos, compañeros, etc. Así, la **juventud está marcada por la configuración de un entorno social de contención** (Abad, 2006) **que tiende a suplir los recursos afectivos, socioculturales, económicos o políticos dejados en el ámbito familiar**.

Puesto que el entorno amplio de los jóvenes toma creciente importancia, los niveles de capital social existentes en una comunidad tienen impactos directos en la aparición de conductas de riesgo en esta población. La integración social de los jóvenes se sostiene fundamentalmente en las **redes y los soportes sociales disponibles para desarrollar niveles cada vez más altos de autonomía y vinculación con los distintos niveles de funcionamiento de la sociedad**. Abad (2006) señala:

“Uno de los factores que determina el desarrollo social y humano de una sociedad, es la forma en que ésta integra el potencial de las nuevas generaciones, facilitando a los y las jóvenes (que constituyen un reservorio, y a la vez un determinante, para mantener y acrecentar el capital social) las alternativas y libertades para elegir, construir y realizar planes de vida.” (p.61)

Una comunidad, además de constituir un pilar fundamental en el desarrollo de los NNJ, constituye un actor clave para prevenir el consumo de drogas, proponiendo y desarrollando estrategias para potenciar el **apoyo social**, el desarrollo de la **autonomía**, la capacidad para tomar un lugar de relevancia en su comunidad y sumarse a objetivos de bienestar colectivos (**participación social** (Roger, 2010)), el desarrollo del sentido de **pertenencia** (sentirse conectado a los otros de manera afectuosa y positiva), y la **evitación de una normalización del consumo** en NNJ (Le Blanc, 2012).

La evaluación de diversos de programas de prevención, destaca que los modelos tradicionales para el abordaje del consumo de drogas (basados en influencias sociales, habilidades para la vida, entre otros) **incrementan considerablemente su efectividad cuando incorporan componentes**

comunitarios. Estas constataciones apuntan a la valorización de las acciones que desarrolla la propia comunidad cuando se despliegan programas preventivos, especialmente cuando estos programas ponen énfasis en estrategias normativas y protectoras (COPOLAD, 2014). El abordaje normativo o protector se relaciona directamente con las definiciones y las prácticas situadas que exponen o protegen a los miembros de una comunidad frente al consumo, y por lo tanto la orientación del diseño hacia el reconocimiento de los conocimientos, historias, expectativas o motivaciones de las personas que forman parte de dichas comunidades es fundamental, así como también el fortalecimiento y movilización de sus propios recursos en torno al impacto buscado.

El abordaje comunitario muchas veces se reduce a la entrega de información, directamente hacia los distintos miembros de la comunidad o bien capacitando líderes que puedan hacer más eficiente este tipo de estrategia. Sin embargo este tipo de programas o acciones evidencian un escaso impacto en la modificación de las conductas, e incluso, en algunos casos, pueden inducir la curiosidad de los participantes. Ahora bien, el desarrollo de estrategias informativas flexibles, que logran **modificar sus formatos de acuerdo al contexto, los intereses o las características específicas de los grupos a los que apunta**, entonces es posible incrementar sus niveles de efectividad (Lemstra et al. 2010). Esto supone, por lo pronto, generar mecanismos efectivos para que sean los propios usuarios de los programas los que desarrollen las estrategias con mayor pertinencia.

Estudios realizados en América Latina y Europa, en relación al consumo de alcohol abusivo en jóvenes, concluyen que una parte importante de las situaciones de consumo de alcohol en estas poblaciones se explican por el tipo de relación que establecen con la familia y otras personas significativas de referencia, entendiéndose que el **alto grado de aceptación social del consumo por parte del mundo adulto es fundamental para que los jóvenes desarrollen dinámicas de socialización y aceptación social vinculadas al consumo**. En este plano la entrega de información toma características de hipocresía que generan altos niveles de resistencia por parte de los jóvenes.

El cambio en las estrategias de prevención comunitaria está motivado por estas constataciones que ponen un énfasis relacional, contextual y sociocultural. Sin intervenciones valorativas, que apuntan a las **fuentes de producción y legitimación del consumo en los distintos planos de interacción de los jóvenes** (familia, vecinos, locales barriales, medios de comunicación, colegio, etc.), **y su vínculo directo con las necesidades de autonomía, control y participación de estos**, la prevención queda desanclada de los mecanismos específicos mediante los cuales esta práctica toma sentido y relevancia. Las redes, las interacciones, los apoyos (Villarreal et al. 2010), el rol de los adultos que observan e intervienen constantemente los procesos de desarrollo de los jóvenes (de forma pasiva o activa) constituyen ejes centrales del vínculo entre los valores de consumo y el funcionamiento comunitario.

Entendiendo la lógica de los suministros sociales, y su forma de impactar en las condiciones de bienestar de las personas, el flujo indirecto que articula el marco sociocultural y los procesos psicosociales que experimentan los jóvenes en su cotidianidad barrial y comunitaria es

fundamental. Muchas veces los marcos socioculturales que influyen en el consumo no son explícitos, y por el contrario, logran su impacto a través de la **forma de tratar a los jóvenes, las expectativas que se les transmite, el tipo de relación, la disponibilidad de apoyos, el tipo de normas que se establecen o se omiten, o la forma en la que se configura el autoestima en relación a la exigencias del entorno**. Como hemos visto anteriormente, en el plano del género estos impactos indirectos son especialmente relevantes.

Las redes sociales juegan un papel fundamental en los estados de salud, bienestar, enfermedad o malestar de las personas, por lo cual diversos modelos para el abordaje del consumo de drogas y alcohol han propuesto estrategias concretas en ésta línea. La perspectiva teórico-metodológica de las redes sociales impacta en la forma de elaborar diagnósticos (posición, dificultades y oportunidades de red), individuales y colectivos, desarrollar diseños y construir metodologías de intervención con énfasis en las características particulares de los contextos sociales.

Esta manera de observar los territorios y las comunidades ha posibilitado en distintos países de América Latina, la construcción de programas que buscan impactar la articulación y **fortalecimiento de redes (red operativa de apoyo social) o aumentar la complejidad (diversidad de recursos) de las redes sociales de las personas**, especialmente las que se encuentran en situación de exclusión social grave (Machín, 2010). Este tipo de trabajos representa en espacio para el desarrollo de la prevención selectiva con jóvenes desde una perspectiva comunitaria.

El abordaje comunitario con enfoque de redes genera altos impactos porque logra delinear específicamente a que se refiere con los recursos comunitarios y de qué forma busca fortalecerlos o intervenirlos. A diferencia de una intervención general que busca simplemente trabajar con la comunidad para fortalecer su capacidad de participar en la política pública, el enfoque de redes propone un objeto de observación e intervención específico que permite definir el estado final esperado de la intervención y su forma de medirlo.

Las intervenciones preventivas comunitarias son, entonces, aquellas que apuntan a provocar cambios en la comunidad y en las que la comunidad es agente de su propio cambio. Son actuaciones en y con la comunidad, facilitando mecanismos para reunir a los distintos agentes sociales en torno al diseño de iniciativas para la prevención del consumo de drogas y alcohol en sus miembros, **haciendo prevalecer una mirada contextualizada del bienestar y desarrollo humano antes que la imposición de definiciones sanitarias externas**.

Entendiendo lo anterior, los propios niños, niñas y jóvenes son actores fundamentales de las estrategias de prevención, y un punto de inicio esencial de todo abordaje debe ser el reconocimiento del potencial **preventivo que se encuentra en sus propias prácticas y valores**. Por ejemplo, las acciones de protección al medio ambiente o el cuestionamiento sobre las necesidades de los grupos más desfavorecidos o discriminados de la comunidad, entre los que se encuentran los consumidores problemáticos de drogas, pueden generar entre los niños, niñas y jóvenes grupos apoyo, movilizar sentido de pertenencia, o bien motivar la necesidad colectiva de auto-normar el uso de drogas en el territorio (De Rementería, 2001).

Sin embargo, dada la diversidad de estrategias comunitarias de prevención que se diseñan e implementan en distintos lugares del mundo, es necesario definir líneas claras de actuación, que se traducen en objetivos concretos y operativos, con el fin de abandonar perspectivas que sitúen la prevención comunitaria en espacios de poca especificidad técnica y escasa evaluación.

En ésta línea la intervención comunitaria debe tener por objetivo la identificación y modificación de aquellas condiciones existentes en la comunidad que favorezcan o faciliten el uso de drogas (factores de riesgo), pero por sobre todo potenciar aquellos factores que disminuyen la probabilidad de consumo (factores protectores).

La metodología comunitaria permite coordinar todos los esfuerzos de las diferentes apuestas institucionales, así como también implica fortalecer a líderes comunitarios y agentes de la comunidad como mediadores sociales.

La literatura sugiere una serie de factores de protección comunitarios (Moncada, 1998) (SENDA, 2014a):

- **Acceso a recursos y a posiciones de bienestar:** Comunidades con un bajo grado de vulnerabilidad social y económica, en la que los actos violentos o delictivos son menos frecuente, y con acceso estable a recursos para el desarrollo de sus miembros. Este factor protector pone énfasis en el nivel de integración de la comunidad a la red de instituciones y servicios públicos o privados que requieren las personas para desplegar sus potenciales de desarrollo humano.
- **La organización comunitaria:** Comunidades organizadas, con recursos sociales amplios, cuyos miembros cuentan con fuertes lazos sociales. Estos recursos motivan altos niveles de participación y sostenibilidad de las iniciativas que se desarrollan en la comunidad.
- **Alta percepción del riesgo:** Cuanto mayor es la percepción del riesgo frente al uso de sustancias, menor probabilidad de que se extienda el consumo. Además, cuanto mayor es el consumo en un determinado contexto, menor es el grado de peligrosidad que se adjudica a las sustancias. Es necesario entender que esta percepción de riesgo no se sostiene en el mero conocimiento de las consecuencias del consumo de drogas, sino que es producto de múltiples valores o definiciones que se mantienen implícitos en el funcionamiento cotidiano de la comunidad, y que tensionan la validez de los discursos públicos sobre las drogas. En este plano se cuentan no sólo los valores pro-consumo, sino también las contradicciones (Ej. padres consumidores que socializan consecuencias negativas), las omisiones (Ej. vecinos que consideran que la educación en drogas es tarea de los padres o el colegio) o las expectativas de conducta (Ej. presión sobre los jóvenes para que encuentren pareja o se comporten de acuerdo al ideal juvenil de los medios de comunicación), que impactan en la percepción sobre los impactos efectivos que tiene el consumo en el bienestar de las personas y la comunidad (¿Son, entonces, tan negativos?).

- **Las normas de la comunidad:** Cuando las normas sociales de una comunidad son contrarias al uso de drogas, éstas actúan como un factor protector. Por ésta razón es que muchos programas de prevención comunitaria contemplan entre sus objetivos el fortalecimiento de normas que restrinjan el consumo. Cuando estas normas no existen o no están claras, el riesgo de uso y abuso se incrementa. Cabe destacar que estas normas no deben confundirse con normas explícitamente orientadas hacia el consumo de drogas, sino que incluyen todo el marco de convivencia que busca el bienestar de las personas y los grupos, impactado indirectamente en el consumo de drogas.
- **La construcción de redes y la cohesión social:** Una comunidad que cuenta con alta densidad de redes, y un tejido social activo entre las personas, grupos y organizaciones, podrá generar prácticas colectivas de cuidado, protección, y reproducción de confianzas. Estas redes pueden estar activas o bien mantenerse en un estado de latencia para ser activadas en determinadas circunstancias o necesidades, generando un amplio rango de posibilidades de acción para la comunidad. La contribución cotidiana que pueden hacer las personas de la comunidad para generar conexiones, puentes, incrementar la intensidad de las interacciones o bien mejorar las conexiones de red agregando a nuevos actores, es fundamental para incrementar la disponibilidad de recursos que mejoren sus condiciones de salud física, mental y social.
- **El sentido de comunidad:** Una comunidad con alto sentido de pertenencia entre sus miembros genera conexiones emocionales entre ellos que les permiten comprometerse en tareas conjuntas que apunten al bienestar colectivo. En este plano emerge la certeza de haber invertido tiempo, recursos, esfuerzo o compromiso en actividades que benefician a la comunidad, y por lo tanto los resultados obtenidos forman de un patrimonio compartido que es necesario cuidar. Así, el sentido de comunidad se retroalimenta con la disposición de acción, generando recursos constante de bienestar para sus integrantes.
- **Participación social de sus miembros:** La participación constituye una necesidad básica del desarrollo de las personas, en tanto permite el contacto y la posibilidad de generar cambios en los marcos socioculturales, económicos y políticos que orientan la convivencia en los distintos niveles de la sociedad. La participación marca el nivel de interés e involucramiento efectivo de los miembros de la comunidad en la construcción conjunta de iniciativas tendientes a mejorar la calidad de vida, impactando en la (re)producción del capital social y la posibilidad de generar espacios de poder en poblaciones excluidas.

La construcción del vínculo social está en el centro de la gestión preventiva comunitaria, esto dado que existe un estrecho lazo entre la exclusión y la aparición de conductas de riesgo en drogas. Como señala Letcher (2010), bajo estos parámetros la prevención se define como:

“un proceso que demanda una estrategia integral y comunitaria, adecuada al medio, anticipatoria, sostenida y flexible”. (p.25)

Comunidades y conocimientos sobre el fenómeno del consumo de drogas

A diferencia de las personas de nivel socioeconómico alto, cuyas exposiciones a drogas como la marihuana o la cocaína se concentran en fiestas, juntas, discotecas o recitales, las personas de nivel socioeconómico bajo reconocen en el **barrio el lugar más frecuente de ofrecimiento de estas mismas drogas** (52,8% de los ofrecimientos de marihuana y 60,5% de los ofrecimientos de cocaína) (SENDA, 2013). Este dato justifica el desarrollo de abordajes selectivos comunitarios en barrios con altos niveles de vulnerabilidad social, lo que supone poner especial atención a la preparación de las comunidades barriales para hacer frente a este alto nivel de exposición. En este sentido la información que tienen las comunidades es fundamental para mediar la relación cotidiana de las personas, especialmente de los niños, niñas y jóvenes, con las drogas.

Entendiendo lo anterior, el conocimientos sobre los daños del consumo de droga, los factores protectores y de riesgo que aumentan las probabilidades de consumo, los riesgos particulares que corren determinadas personas o grupos frente al consumo de drogas en función de sus características o experiencias, y, por cierto, las estrategias o abordajes que evidencian mejores resultados, constituye elementos esenciales para el fortalecimiento comunitario. Una comunidad que no conoce los riesgos del consumo ni las formas más afectivas para disminuirlos se encuentra indefensa frente al alto nivel de ofrecimiento de sustancias en el barrio.

La adquisición de los conocimientos que requiere la comunidad para asegurar condiciones adecuadas de salud en sus integrantes requiere una **adecuada observación y selección de fuentes de información confiable**. La información que promueve el Estado chileno en materia de drogas se centra en la evidencia científica sobre su impacto en la salud, postergando otras fuentes de información que abordan el fenómeno desde sus condiciones históricas, religiosas, culturales, normativas, etc. Centrado en la tarea de velar por el derecho de las personas y las comunidades a una vida saludable y el despliegue libre de sus potencialidades de desarrollo, el Estado chileno, y específicamente el SENDA como servicio que se hace cargo de los programas en materia de drogas, recoge y evalúa información científica, publicada con estándares internacionales de calidad, para ponerla a disposición de la población y promover una mirada sanitaria del consumo de drogas.

Ahora bien, la promoción de información científica sanitaria que realizan los equipos de intervención de SENDA en los distintos territorios del país, no logrará efectos reales en ausencia de una **revisión adecuada de las narrativas que se presentan en la comunidad y sus oportunidades de intervención**. Este punto es fundamental, puesto que los equipos de intervención deben identificar oportunamente las ausencias de conocimiento, la utilización de información sanitaria errónea, la priorización de información no sanitaria, y por cierto, fortalecer

las narrativas comunitarias que se orientan a la salud y el bienestar mediante la adquisición de información científica que las sustente.

Este último punto debe ser abordado con cuidado, puesto que muchas veces el conocimiento científico no tiene el mayor grado de legitimidad para posicionar un conocimiento centrado en la salud de las personas, y por el contrario las tradiciones, la cultura, las expresiones artísticas, la religiosidad, etc. presentan mejores posibilidades de instalar y sostener un discurso de salud consistente. Esto no significa que los equipos de intervención abandonen su ámbito de competencia (los profesionales SENDA van al territorio con conocimiento científico y no de otro tipo), sino que más bien se trata de **lograr generar puntos comunes, dialogar y negociar definiciones intermedias que logran ser coherentes tanto para la perspectiva sanitaria científica como para la perspectiva presente en el territorio**. Probablemente una tradición que demoniza el consumo de drogas en el territorio busca el mismo objetivo de bienestar en la población de niños y niñas que un programa de SENDA con evidencia científica (prevenir los daños que las drogas causan a la salud), sin embargo, los profesionales del servicio saben que la demonización no logra efectos sostenibles en un contexto de alta conectividad y acceso a fuentes de conocimiento (escuela, internet, pares, etc.), y por lo tanto es posible negociar una mirada intermedia que sostenga un argumento tradicional positivo y centrado más en el bienestar que en el miedo.

Influencia y vínculo social: Narrativas comunitarias para la prevención

Otro elemento fundamental de la intervención con enfoque comunitario se relaciona con el desarrollo de estrategias centradas en la influencia y el vínculo social. Como hemos visto anteriormente, el marco sociocultural es fundamental para entender el proceso colectivo de adquisición de capacidades y competencias específicas que permiten las actuaciones de las personas y los grupos en un contexto específico. No es posible entender los procesos de aprendizaje y desarrollo de una persona sin observar la **demanda de competencias culturales que ejerce un contexto específico** en función del tipo de interacciones, valores, actitudes, proyectos o estilos de vida específicos que en él prevalecen.

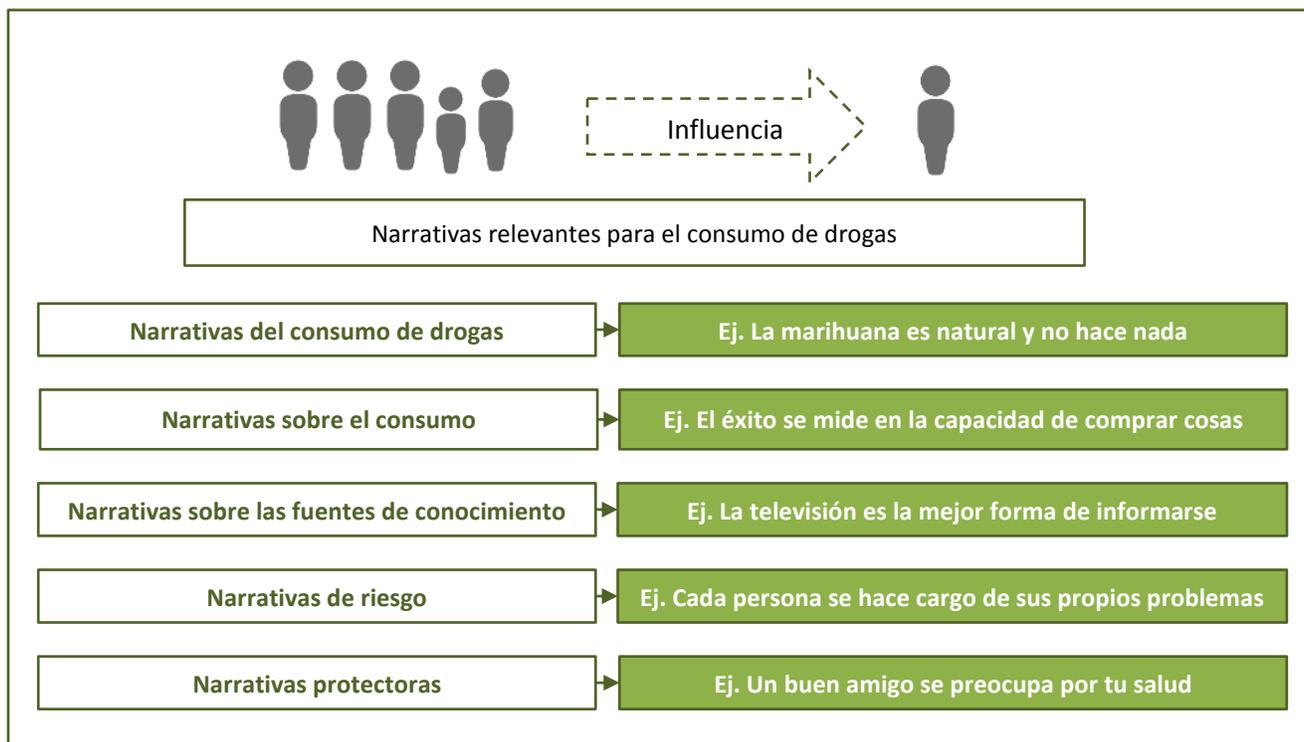
Por lo anterior, poner atención a la forma en la que organizan su estilo de vida los adultos de una comunidad es fundamental para prevenir conductas de riesgo en niños, niñas y jóvenes: **Un contexto sociocultural que legitima el consumo abusivo de drogas genera valores, prácticas y actitudes que son socializadas en las nuevas generaciones y orientan el tipo de capacidades que son relevantes para ellos** (¿Constituirá la auto-regulación una impronta de aprendizaje en un contexto de consumo abusivo?). En este plano, un reciente estudio publicado en la revista “Pediatrics” sostiene que una mayor regulación del consumo de alcohol en los adultos tiene impactos positivos en la disminución del consumo en jóvenes (Ziming et al. 2015).

Si bien los valores que se promueven en los medios de comunicación masiva son fundamentales para la normalización y las expectativas de consumo, sobre todo en los jóvenes, los mensajes y las

narrativas que se despliegan en el ambiente inmediato son igualmente esenciales para la emergencia de factores protectores o de riesgo frente al consumo de drogas. La forma en la que las comunidades, las familias, los establecimientos educacionales o las organizaciones sociales definen el consumo de drogas y sus riesgos, impacta fuertemente en la **relación que establecerán los niños, niñas y jóvenes con dichas sustancias, promoviendo miedos, confianzas o actitudes críticas que serán claves para un inicio o no de su consumo**. En el mismo estudio de Shelbee et al. (2015) Los autores señalan la importancia de estos mensajes de la siguiente manera:

“(...) los mensajes y los temas narrativos de la cultura popular pueden moldear los valores, la moral, las actitudes y la conciencia, impactando dramáticamente en la percepción social de la habilidad, la oportunidad y el sentido de la responsabilidad” (p.25) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Las formas de estas narrativas son diversas. Mientras algunas narrativas se orientan directamente hacia el consumo de drogas, valorándolo, atribuyéndole características, o formas de vincularse con las sustancias, otras narrativas impactan de forma más indirecta. En este segundo plano se cuentan las narrativas sobre el consumo en general, su relación con el éxito o con las experiencias de la juventud, o bien las que apuntan a la legitimidad o des-legitimidad de las fuentes de conocimiento social.



Por esta razón muchos programas comunitarios centran su atención en los **procesos de reforzamiento colectivo de actitudes contrarias al consumo de drogas**. Este enfoque pone énfasis en el impacto que tiene el desarrollo de discursos compartidos por distintos actores sociales de la

comunidad en la socialización de nuevos valores, prácticas y actitudes que incrementan el bienestar de todos sus integrantes y especialmente de las nuevas generaciones. Un ejemplo de este tipo de intervención comunitaria se realiza la provincia de Quang Ninh, Vietnam (Nguyen et al. 2015):

“Nuevas conductas fueron promovidas a través del reforzamiento social proveniente de la comunidad. La influencia persuasiva incluyó normas comunitarias, liderazgo, familia, pares y actitudes de soporte” (p.190)
(Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Ahora bien, la forma de incorporar en el diseño de programas la influencia social es variada y da cuenta de múltiples posturas respecto a la relación que deben sostener las personas con sus entornos socioculturales (dimensión ideológica de los diseños). Entre estas formas, las habilidades para la vida se centran en el desarrollo de capacidades personales para hacer frente a una influencia social negativa (aprender a decir “no”). En el plano del consumo de drogas es especialmente relevante la **presión de los pares en el inicio del consumo**, y por lo tanto existen múltiples iniciativas que incorporan las habilidades para la vida como forma efectiva de intervenir la relación entre los niños, niñas y jóvenes y su contexto. Sin embargo, la ideología que está detrás de esta forma de abordar la influencia social se posiciona en el polo negativo del fenómeno, es decir, en los problemas que trae el contexto y no en sus oportunidades. Botvin et al. (2014) define el entrenamiento de habilidades para la vida de la siguiente manera:

“El programa LST (LifeSkill Training/Entrenamiento de Habilidades para la Vida) está diseñado para apuntar a factores sociales e interpersonales mediante la provisión de conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para resistir activamente la influencia social asociada al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas; reducción de la susceptibilidad a dichas influencias e incrementar resiliencia, y disminución de la motivación por consumir sustancias psicoactivas” (p.59) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA. Énfasis del traductor)

En un enfoque distinto, las teorías del aprendizaje social presentan nuevos niveles en el abordaje de la influencia social, entendiendo que **la resistencia como mecanismo de protección puede ser ineficaz considerando la necesaria vinculación** que tendrán los niños, niñas y jóvenes con su entorno sociocultural como parte de su proceso de desarrollo. Desde las teorías de aprendizaje social, podemos señalar que la influencia social no debe ser vista como algo negativo, que debe ser evitado para la prevención del consumo, sino más bien entendida en su profundidad para buscar formas de satisfacer las necesidades sociales de los niños, niñas y jóvenes de una manera adecuada y enriquecedora.

Si bien los programas que se centran en el aprendizaje social buscan desarticular relaciones de pares pro-consumo y de esta forma modificar actitudes pro-consumo en sus beneficiarios, sus procesos de observación **consideran el contexto cultural en el que la vinculación con pares pro-consumo emerge y adquiere legitimidad**. Esto significa que la resistencia no constituye una

habilidad o una competencia individual, sino más bien un recurso cultural, colectivo, que permite a los niños, niñas y jóvenes optar por relaciones más saludables en función de la legitimidad que tiene ese tipo de relaciones en la familia y la comunidad. De esta manera el aprendizaje social distingue dos planos de observación e intervención: la relación (aprendizaje social directo) y el marco cultural en el que se desarrolla dicha relación (aprendizaje social indirecto). Heavyrunner-Rioux (2010), en su investigación sobre la prevención del consumo de drogas con jóvenes nativos norteamericanos, señala:

“La teoría del aprendizaje social sugiere que la probabilidad del uso de sustancias será mayor en aquellas situaciones en las que la recompensa percibida asociada a la práctica es mayor y los costos menores. Así, el uso de sustancias es una parte del proceso de aprendizaje en el que los jóvenes aprenden los beneficios y los castigos, ambos indirectamente observados en las reacciones hacia el uso de otros, y directamente observado a través de la interacción con otros que muestran reacciones favorables o desfavorables frente al uso de drogas que ellos mismos hacen” (p.264) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

El paradigma del aprendizaje social enriquece la mirada de la presión de pares entendiendo como un contexto valorativo general dota de sentido, premia o castiga las decisiones relacionales que desarrollan los niños, niñas y jóvenes. **Este enfoque permite el desarrollo de una mirada colectiva, que incorpora los conceptos de capital y control social**, puesto que el vínculo que establecen los niños, niñas y jóvenes dependerá en gran medida del tipo de red (extensa-pequeña, homogénea-diversa) que se desarrolla en la comunidad y el nivel de control que logra la comunidad o la familia sobre las nociones generales de bienestar y salud que orientan la socialización de nuevas generaciones.

Sin embargo, el foco del aprendizaje social puede complementarse con otra mirada relevante, asociada a la vinculación social, que permite sustituir la observación de aquellos valores y relaciones que perjudican a los niños, niñas y jóvenes, por una mirada sobre la forma en que los niños, niñas y jóvenes logran aprender, valorar y actuar en conformidad con el bien común. Esta mirada nos permite retomar algo que ya esbozamos entre las oportunidades que ofrece el concepto de aprendizaje social, que es la posibilidad de **reconocer las necesidades sociales de los niños, niñas y jóvenes y buscar las fuentes de una relación positiva con el entorno sociocultural**. Sobre la vinculación social, Heavyrunner-Rioux (2010) señala:

“(…) La teoría de la vinculación social (Social Bonding Theory) es única porque constituye un intento por explicar la conformidad hacia las leyes más que las violaciones hacia las mismas (...). En relación al consumo de drogas, la teoría sugiere que los jóvenes resistirán la tentación en función de las relaciones o los vínculos fuertes que hayan desarrollado con otros significativos (padres, profesores o pares conformes), y su creencia de que las sustancias pueden amenazar dichas relaciones” (p.263) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

La perspectiva del “social bonding” o vinculación social hace referencia a los **recursos que son necesarios para que un niño, niña y joven pueda aprender a entablar buenos vínculos**, en vez de centrarse en aquellos factores que inciden en una elección de vínculos empobrecedores o riesgosos para su salud. La vinculación social es esencial en el enfoque comunitario, puesto que esta se centra en el desarrollo de lazos significativos con la familia y la comunidad que derivan en una ética de cuidado y auto-cuidado fundamental para la prevención del consumo de drogas.

El enfoque de vinculación social se centra en las vulnerabilidades relacionales. Un niño, niña o jóvenes que no ha desarrollado buenos vínculos con sus familiares u otros adultos responsables de la comunidad, probablemente desarrollará interacciones con redes sociales precarizadas que usualmente promueven conductas de riesgo tales como la violencia o el consumo de drogas. El **sentido de inversión en buenas relaciones sociales (base del sentido de pertenencia)** es clave para que los niños, niñas y jóvenes no arriesguen sus redes sociales constructivas incurriendo en conductas de riesgo.

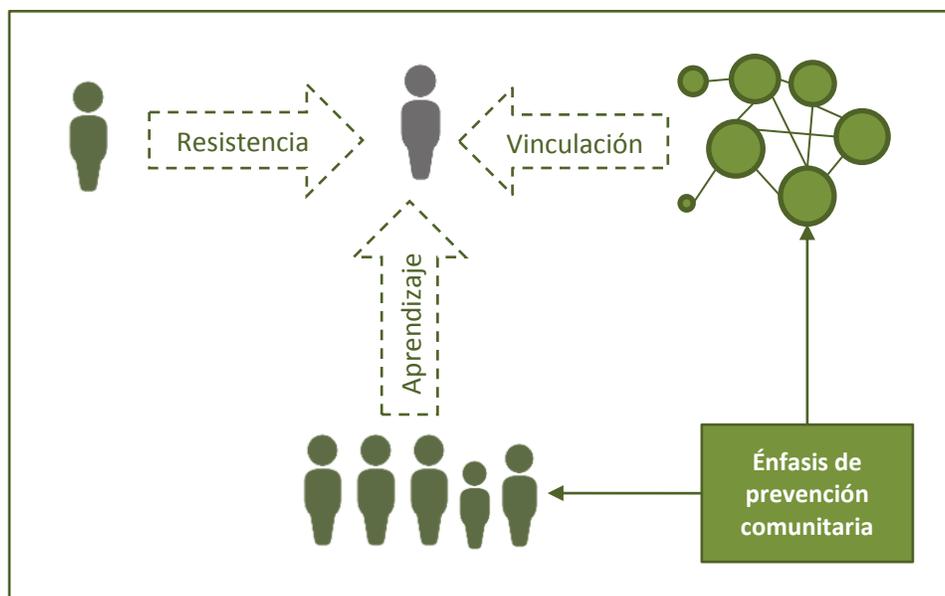
Las fracturas relacionales tienen una enorme cabida en el enfoque de vinculación social, puesto que la amenaza al desarrollo de los niños, niñas y jóvenes se inicia con la ausencia de relaciones significativas, muchas veces producidas por procesos de estigmatización social o indiferencia colectiva frente a la precarización de las condiciones de vida de los niños, niñas y jóvenes. Estas fracturas tienen como efecto una suspensión crítica de los suministros materiales, psicosociales o socioculturales que requieren para su desarrollo, y además un fuerte aislamiento social que genera desapego, desesperanza, sin sentido, y sobre todo la **sensación de que las redes o las relaciones son dispensables, sustituibles o desechables**.

Desde una perspectiva de vinculación social, la influencia social es positiva y debe estar centrada en el desarrollo de relaciones enriquecedoras, aportadoras de información relevante, generadoras de apoyo y soporte social en caso de necesidades, formadoras de identidad y sentido de pertenencia. En este sentido, las narrativas que se orientan a la prevención del consumo de drogas deben estar acompañadas de un mejoramiento de las redes sociales, de los vínculos significativos entre los miembros de la familia o la comunidad.

En síntesis, para generar un modelo de narrativas comunitarias para la prevención es necesario considerar: 1) Es necesario poner atención en las influencias sociales que generan desconocimiento, bajas percepciones de riesgo, incentivos hacia el consumo, presiones o actitudes proclives al consumo de drogas (**énfasis de resistencia**), 2) es necesario entender que las relaciones sociales positivas o negativas no se desarrollan por la pura voluntad o habilidad personal de los niños, niñas y jóvenes y por el contrario se corresponden con un contexto sociocultural que promueve o desincentiva los vínculos empobrecedores mediante valores, creencias o actitudes cotidianas (**énfasis de aprendizaje**), y 3) la importancia de los vínculos sociales fuertes y duraderos como fuente esencial de la influencia social, lo que supone promover redes sociales positivas y disminuir los mecanismos de fractura o bloqueo de redes en la comunidad (**énfasis de vinculación**). Heavyrunner-Rioux (2010) desarrolla una relación esencial entre la vinculación y la vulnerabilidad relacional:

“En la medida en la que los vínculos de los jóvenes con los profesores y sus pares conformes se van debilitando, lo mismo ocurre con el control informal y la presencia psicológica que típicamente actúa como un regulador o tope frente a la delincuencia o el consumo de sustancias (...). El vacío que emerge es usualmente llenado con el desarrollo de vínculos con pares que comúnmente promueven actitudes y conductas orientadas a la delincuencia” (p.263) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Entendiendo lo anterior, un cambio en las narrativas comunitarias sobre el consumo debe indagar en los distintos niveles de influencia social presentes en la comunidad, generando procesos de diálogo y negociación para conseguir cambios en cada una de ellas, y enfatizando el desarrollo de **vínculos que sostengan en el tiempo la producción y reproducción de discursos o conocimientos confiables sobre el consumo de drogas**. Para ello se recomienda entablar una relación fuerte con las organizaciones sociales, las juntas de vecinos, las familias y los grupos sociales, desarrollando procesos de cuestionamiento y aprendizaje colectivo sobre el consumo de drogas. Esto no significa, como señalamos antes, centrar las narrativas específicamente en el consumo sino también en otro tipo de narrativas que constituyen factores de riesgo o factores protectores.



Abordaje selectivo del consumo de drogas en niños, niñas y jóvenes

La prevención selectiva, desde un enfoque comunitario, constituye un desarrollo que permite trabajar de manera directa con los grupos de mayor riesgo frente al consumo de drogas y alcohol, el que se traduce en variables tales como la **alta vulnerabilidad social, bajos niveles de control social informal, desorganización comunitaria, redes sociales precarias, bajos niveles de confianza, escaso soporte inter-familiar, altos niveles de discriminación o estigmatización y**

problemas de integración social relacionados con el acceso a servicios de educación, trabajo o salud, entre otros.

Debido a estas dificultades ambientales y relacionales, los niños, niñas y jóvenes requieren programas de prevención que respondan a sus riesgos específicos y se ubiquen en espacios accesibles o cotidianos para ellos. Los bajos niveles de vinculación escolar de una parte importante de estos niños, niñas y jóvenes, deviene en un **acceso precario a programas de prevención de conductas de riesgo**, lo que sumado a los altos niveles de exclusión social deviene en una atención tardía, cuando ya se han manifestado problemas o abusos asociados al consumo.

El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (Nieves, 2013) señala que los programas para población infantil y juvenil desarrollados en espacios educativos deben ser **complementados por programas de prevención idealmente en espacios donde permita atender a la población que no acude a establecimientos educacionales**, debido a un alto ausentismo, fracaso o abandono escolar, por ser ésta una variable riesgo especialmente relevante.

Entendiendo este tipo de relación con los servicios y la política pública, el trabajo de **encuentro, diálogo y motivación** de estos niños, niñas y jóvenes requiere un despliegue importante en el espacio cotidiano de la comunidad, y la utilización de diversas técnicas para trabajar la presencia social en el barrio, demandando variadas estrategias para la generación de confianzas (Nieves, 2013).

Las estrategias más utilizadas tienen que ver con actividades de educación, recreación o apoyo, generando instancias con mayor o menor nivel de estructuración, en la calle o en infraestructuras comunitarias, y resguardando que los objetivos de intervención se traduzcan en una **narrativa clara**, comprensible, que convoque a los niños, niñas y jóvenes a sabiendas de lo que se espera trabajar con ellos. Este último punto es fundamental, y determina en gran medida el desarrollo adecuado de confianzas que permitan un trabajo cada vez más específico con el grupo o la persona participante.

Los programas de prevención selectiva en el entorno comunitario se orientan fundamentalmente al **mejoramiento de las relaciones entre los jóvenes y a la promoción de ambientes sociales positivos**. Si bien la familia y la escuela son instancias socializadoras muy importantes, el cuidado de los niños, niñas y jóvenes por parte de otros adultos presentes en su entorno cercano, las relaciones de confianza con otros niños, jóvenes, organizaciones del barrio o miembros de la comunidad, constituyen funciones igualmente fortalecedoras y relevantes para el desarrollo de éstos. La propuesta de actividades de prevención comunitaria debe facilitar que los niños, niñas y jóvenes se conecten con entornos fortalecidos, capaces de proporcionarles recursos, cuidados y apoyos para que estos desplieguen su potencial de desarrollo humano. Musitu et al. (2003) señala:

“Los lazos que establecen los NNJ con su comunidad normalizada constituyen fuertes factores de protección, tanto para el uso indebido de drogas como para otras conductas de riesgo. Muchos programas de prevención que trabajan con menores de alto riesgo olvidan o ignoran que uno de sus objetivos últimos es

precisamente la creación de lazos con la sociedad y que el desarrollo en éste ámbito es un recurso más, aunque básico, para conseguirlo”

En esta línea, Arbex (2013) destaca una serie de intervenciones comunitarias en prevención selectiva que cuentan con altos niveles de efectividad. Entre estas, las **iniciativas multi-componente** de prevención comunitaria que incluyen actividades de **movilización comunitaria**, enfocadas en fortalecer la asociatividad, mediante la generación de grupos de trabajo o grupos de acción que reúnen a diferentes actores en el abordaje del consumo de drogas, alcohol y tabaco, son especialmente relevantes.

Las iniciativas comunitarias desarrollan generalmente varios componentes en diversos ámbitos: familias, escuelas, medios de comunicación, oportunidades para la utilización del tiempo libre, entre otros. Se destaca el desarrollo de estrategias de prevención que incluyen **mediadores juveniles**, quienes cumplen un rol de vinculación y puente entre los niños, niñas y jóvenes, los servicios y los recursos comunitarios. Holleran et al. (2011) señala:

“Los facilitadores de programas preventivos pueden abrir espacios para una discusión abierta y no juzgadora sobre las conductas y las experiencias que son parte de la vida cotidiana de los jóvenes, aun cuando estas incluyan el consumo de drogas” (p.506) (Traducción Unidad Comunitaria, SENDA)

Los objetivos que se plantean los programas de prevención comunitaria incorporan el abordaje de los mecanismos de exclusión social y la reducción de los efectos de la marginación o la precariedad de los accesos a recursos esenciales para el desarrollo, enfatizando el desarrollo de alternativas constructivas de fortalecimiento personal y social, y mejorando sus capacidades de gestión (EMCDDA, 2008).

La evidencia también señala que los enfoques que utilizan **estrategias de empoderamiento de la comunidad**, mediante la educación en materia de salud con diversos miembros de la comunidad, la formación de agentes críticos comunitarios capaces de gestionar recursos, la colaboración con los líderes comunitarios, y la atención coordinada de usuarios a través de un mejoramiento de la relación con los servicios, tienen un impacto muy positivo en las condiciones de desarrollo de los niños, niñas y jóvenes, especialmente en relación al consumo de alcohol y cannabis (UNODC, 2013).

Por otro lado, los programas interactivos que apuntan a trabajar **habilidades sociales, trabajo en equipo y reflexión**, han mostrado eficacia en la reducción del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Aquellos programas de prevención dirigidos a minorías étnicas, abocados a trabajar la **baja autoestima, el orgullo étnico y competencias multiculturales**, han encontrado mejorías para variados factores de riesgo frente al uso de drogas (NIDA, 2012).

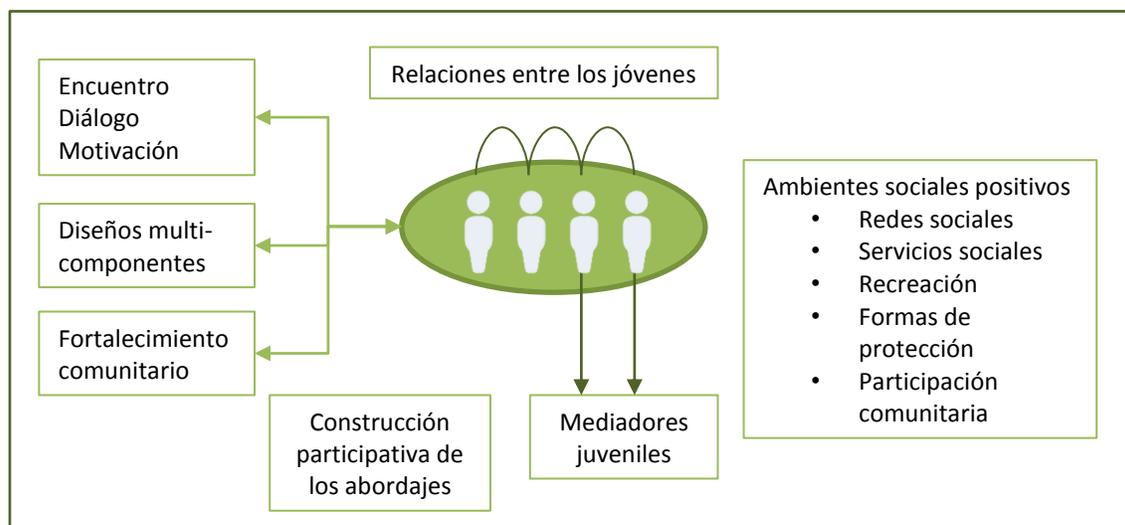
Por otro lado, entre las estrategias de prevención selectiva con niños, niñas y jóvenes también destacan aquellas que ofrecen la realización de **actividades alternativas, tales como los deportes extremos, manifestaciones artísticas o contribuciones hacia el bienestar comunitario**. Si bien

estas actividades cuentan con una evaluación de eficacia bastante limitada, constituyen abordajes que favorecen cambios positivos en aquellos niños, niñas y jóvenes con altos niveles de exclusión social que carecen de oportunidades para acceder a actividades y espacios enriquecedores.

El vínculo inter-generacional constituye un eje central de la prevención comunitaria selectiva con niños, niñas y jóvenes. Se trata de una dimensión fundamental para el fortalecimiento de redes, la participación social, el incremento del control social informal y la generación de vínculos protectores para el mejoramiento de las condiciones de desarrollo en la comunidad. Este punto es de especial relevancia para los programas comunitarios de prevención, puesto que permite desarrollar abordajes, basados en evidencia, que apuntan a **objetivos contextuales, ambientales y comunitarios que brindan sostenibilidad a las experiencias y aprendizajes que experimentan los niños, niñas y jóvenes durante el proceso de intervención**. Carmen Arbex (2013) destaca:

“El que los menores de alto riesgo estén rodeados por adultos que proporcionan supervisión y acompañamiento es una apuesta interesante, al proporcionar experiencias y oportunidades y, probablemente desarrollarán menos problemas. Incluyendo problemas de uso de drogas, que aquellos menores que se las tienen que arreglar por ellos mismos y cuyos contactos con los adultos han sido o son, en la mayoría de los casos, experiencias negativas” (p.205)

Sin una comunidad de adultos responsables interpelada, implicada y motivada para la construcción de valores y prácticas preventivas del consumo de drogas en la comunidad, las que incorporan diversas dimensiones del bienestar (relaciones, redes, apoyos, suministros, ambientes familiares, soportes inter-familiares, etc.), no es posible sostener **factores protectores efectivos, adecuados, situados, anclados en la vivencia cotidiana o en las tradiciones positivas del territorio**, que permitan a los niños, niñas y jóvenes mejorar sus condiciones de desarrollo.



Las características de los entornos y las dinámicas que allí tienen lugar afectan las relaciones y las posibilidades de desarrollar factores protectores como la **cohesión social, las normas sociales, el sentido de pertenencia de sus miembros, la participación social**, entre otros, afectando de manera importante el proceso de socialización de los niños, niñas y jóvenes (SENDA, 2014a). En ésta línea, la evidencia enfatiza la influencia que tienen los entornos relacionales más próximos en el bienestar de los niños, niñas y jóvenes, especialmente las redes sociales de brindan apoyos, confianzas y recursos formativos cotidianos.

Los objetivos de la intervención comunitaria se relacionan con fortalecer a la comunidad para que ésta sea fuente de cuidado, protección y apoyo social de los niños, niñas y jóvenes, generando los **soportes necesarios para prevenir o enfrentar el consumo problemático de drogas**. En el plano de los abordajes selectivo, Gregor Burkhart (2005) señala:

“El objetivo de la prevención selectiva en contextos comunitarios es identificar y suministrar apoyo a quienes son más propensos a desarrollar problemas de drogas y evitar que la experimentación con drogas, junto a las desventajas sociales o personales, se conviertan en consumo problemático y deterioro social.” (p.1)

Las evaluaciones de la intervención selectiva comunitaria arrojan buenos resultados, en particular en lo que respecta a jóvenes que han presentado conductas delictivas, jóvenes provenientes de minorías étnicas y jóvenes pertenecientes a barrios desfavorecidos. Trabajar de ésta manera permite **levantar las necesidades y los recursos de los diversos grupos presentes en una comunidad, para luego desarrollar abordajes diferenciados** que pone atención a los determinantes sociales específicos que aumentan los riesgos de un consumo problemático de drogas.

Existe una larga historia en la intervención social que ha enfatizado la utilización de paradigmas carencialistas a la hora de aproximarse al abordaje de las problemáticas sociales y de salud como el consumo de drogas. Esto ha llevado a consolidar un encuadre negativo de las personas, familias y comunidades que concentran factores asociados a la vulnerabilidad, **encerrándolas en un espacio donde se bloquean sus propios recursos y se enfatiza la “ayuda” de profesionales expertos como alternativa única de superación**. Dicho encuadre negativo de la intervención hace emerger en las comunidades inseguridades, problemas, incapacidades y fomenta la instalación de mecanismos de apatía, pasividad e indefensión, reforzando modelos asistencialistas de trabajo. Al respecto, Martínez (2006) señala:

“Esta visión carencialista obstaculiza la emergencia de los componentes positivos de la comunidad al impedir, entre otras cosas, la configuración de una imagen basada en los patrones propios de dicha comunidad: la comunidad es percibida como un espacio de contravalores.” (p.16)

La monopolización profesional del cambio, vinculada a este encuadre negativo, es un aspecto cuestionado ampliamente por su alto costo e ineffectividad, contribuyendo escasamente al

desarrollo y bienestar de las personas. Se trata de una práctica que genera dependencia, refuerza el sentido de ineficacia, vulnera la dignidad de las personas y conlleva un costo muy alto en tanto perpetúa los sufrimientos de los participantes de dichas intervenciones.

Surge entonces la idea del fortalecimiento comunitario como una respuesta a las consideraciones antes descritas, apuntando a un proceso en que la **comunidad se transforma y potencia en el sentido de gestionar colectivamente sus problemas**, entre ellos el consumo o riesgo de consumo por parte de sus miembros. Para efectos del desarrollo de programas preventivos, definiremos el fortalecimiento comunitario como:

“El proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos.” (p.616)

El fortalecimiento comunitario alude a una serie de procesos vinculados directamente con la participación, la identidad, el fortalecimiento de redes, el capital social, el sentimiento de comunidad, que aluden a la **activación y movilización de recursos comunitarios que potencian la cohesión social y la capacidad que tiene ésta para abordar y resolver los problemas que enfrenta**.

En síntesis, la relación estrecha y dinámica entre los recursos socio-comunitarios de una comunidad y el nivel de desarrollo de los niños, niñas y jóvenes que allí viven (Zambrano et al. 2013), motiva la construcción de objetivos preventivos, selectivos e indicados, relacionados con la generación de aquellas **condiciones que permitan una mayor y más adecuada integración (cohesión, pertenencia y participación) con el contexto sociocultural y comunitario**.

Prevención selectiva con enfoque psicoeducativo

La historia de las aproximaciones de las políticas sociales hacia la niñez y la juventud refleja una perspectiva carencialista y de control, en la que prevalece una mirada que los define como actores incompletos y desprovistos de herramientas para participar en las decisiones que los afectan o interesan. A partir de esta perspectiva se instauró una forma institucional de operar, centrada en **resolver conductas supuestamente desviadas de las normas sociales mayoritariamente consensuadas y aceptadas**, que entra en crisis en la década de los '80, cuando la comunidad internacional se cuestiona la utilidad, legitimidad y los efectos de exclusión de estas formas de intervención social.

La instalación de una nueva mirada sobre la niñez, y el acuerdo establecido en la Convención de los Derechos del Niño, da pie a la consideración integral de sus derechos, motivando a las diversas instituciones que se relacionan con los niños y niñas a **incorporar herramientas para la defensa y promoción de dichos derechos**, y definiendo garantías que deben ser asumidas por el Estado, las familias y las comunidades donde estos se desarrollan.

Ésta mirada enriquece la intervención preventiva a partir de la promoción de una mirada de los NNJ como actores centrales de la vida política, económica, social y cultural y por lo tanto redefine su posición al interior de su comunidad y la relación que éstos tienen con el mundo adulto. Esto **interpela directamente a los profesionales que componen los equipos técnicos, ya sea a nivel de sus competencias como de las relevancias que imprimen en los abordajes** que desarrollan junto a los niños, niñas y jóvenes.

La psicoeducación ofrece un marco teórico y metodológico útil que guía la intervención bajo estos parámetros asociados al enfoque de derechos (Vizcarra y Dionne, 2008):

Principio de la Convención	Intervención Psicoeducativa
Niño/a como sujeto de derecho: Se concibe a los niños, niñas y adolescentes como a todo ser humano: personas tutelares de derechos.	<p>Considera a los NNJ sujetos de la intervención, actores principales, y quienes deben apropiarse del proceso de mejoramiento de sus condiciones de vida.</p> <p>Competencias Psicoeducativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distinguir derechos, necesidades y deseos. - Conocer, informar, respetar y promover los derechos del niño.
No discriminación: Todos los niños/as deben ser integrados a la sociedad, sin distinciones de ningún tipo.	<p>Valora los recursos de las personas y promueve la observación de necesidades, potencialidades y originalidad de cada ser humano.</p> <p>Competencias psicoeducativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-observación, reconocimiento, y trabajo sobre los propios prejuicios y actitudes discriminatorias. - Desarrollar la congruencia, consideración y disponibilidad hacia todos los NNJ. - Observar, analizar y estimular el potencial de desarrollo de cada uno de los NNJ y su medio.

<p>Participación y expresión: los niños/as, en la medida de sus capacidades, tienen derecho a expresarse libremente y a participar en la construcción de sí mismo y de su entorno social.</p>	<p>En la medida de su nivel de desarrollo, los NNJ han de expresarse en cada uno de los momentos de su proceso de intervención.</p> <p>Competencias psicoeducativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escucha empática. - Estimular, animar y utilizar los elementos de su cotidianidad para que se expresen. - Trabajar con el joven (y no para el joven) en la definición de sus objetivos, medios y maneras de relacionarse con el mundo.
<p>Convivencia familiar: Todos los niños/as tiene derecho a vivir en un ambiente familiar. Es obligación del Estado respetar las responsabilidades y los derechos de los padres y madres, así como de los familiares, de impartir a los niños orientación apropiada a la evolución de sus capacidades.</p>	<p>Los padres son los educadores naturales de los NNJ. Los psicoeducadores aportan en un momento determinado del proceso de educación, pero es la familia la principal figura formativa de los NNJ.</p> <p>Por otra parte, los NNJ que deben vivir temporalmente en instituciones participan junto con los educadores de un ambiente familiar, que los contiene ante dificultades y favorece en ellos un mejor desarrollo de sus potencialidades.</p> <p>Competencias psicoeducativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saber colaborar con los educadores naturales, apoyarlos, acompañarlos y orientarlos en mejorar sus competencias parentales y en asumir sus responsabilidades. - Entender y considerar el potencial experiencial de cada medio de vida (oportunidades de desarrollo que ofrece el entorno).
<p>Interés superior del niño/a: En todas las medidas concernientes a los niños/as, que tomen instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a la que atenderá, será el interés superior del niño/a.</p>	<p>La intervención parte por el diagnóstico de las necesidades y potencialidades de los NNJ, a fin de encontrar las mejores oportunidades para su desarrollo. En este sentido cada NNJ es único y particular, de modo que las decisiones que les afectan han de considerar prioritariamente este diagnóstico. Además, durante todo el proceso de intervención el NNJ deberá tener una participación activa.</p> <p>Competencias psicoeducativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saber distinguir, elegir y orientarse entre medidas, métodos y perfiles para implementar intervenciones diferenciales que respeten el interés superior del niño.
<p>Autonomía progresiva: Todo niño, niña y adolescente deberá ejercer sus derechos progresivamente según el desarrollo de sus capacidades, edad y madurez.</p>	<p>Al visualizar las necesidades del NNJ se deberá considerar el ciclo vital y sus distintos niveles de crecimiento y desarrollo, con la finalidad de generar acompañamientos diferenciados y con distintos niveles de intensidad. En este sentido toman relevancia los equilibrios dinámicos, y la posibilidad que sea el propio NNJ el que va alcanzando distintos niveles de desarrollo.</p> <p>Competencias Psicoeducativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saber definir y proponer desafíos que estimulen el desarrollo progresivo. - Saber adecuar las reglas y el nivel de control de las actividades en función del nivel de desarrollo del NNJ.

Principio de integralidad: establece para todos los niños/as (menor de 18 años) por igual sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Se deberá considerar la integralidad del ser humano, evitando centrar la intervención psicoeducativa exclusivamente en las dificultades de los NNJ, y por el contrario incorporando sus potencialidades y recursos.

Competencias psicoeducativas:

- Saber evaluar y estimular las potencialidades de los NNJ.

Al considerar a los NNJ desde éste punto de vista, la psicoeducación, junto con acompañarlos en el camino de ser más autónomos, y progresivamente más responsables de sus actos, promueve y propicia en los adultos que le rodean (familia y comunidad) el rol de acompañarlos cotidianamente en este proceso, no para imponer lo que es correcto, sino para **mostrar por medios de su saber, su saber hacer y su saber ser, una forma enriquecedora de vincularse y potenciar su desarrollo.**

Este trabajo de acompañamiento de los NNJ, atiende a un principio del vínculo educativo basado en la **consideración profunda del otro y su dignidad, además de la creencia absoluta de la posibilidad de cambio.** Pero conjuntamente con eso el profesional debe buscar permanentemente la integridad, lo cual implica buscar la mejora constante de sus competencias, con el propósito de comprender las complejas problemáticas de los jóvenes y estar en condiciones de operar la intervención más rigurosa y eficaz posible. Se trata entonces de una gestión de integridad y coherencia en la relación de intervención con los NNJ en dificultad.

La psicoeducación exige del profesional un trabajo de **análisis y reflexión constante de sus prácticas**, antes y después de sus intervenciones educativas. Este trabajo de reflexión es guiado por preguntas como: ¿cuáles son las características y necesidades de los NNJ?, ¿qué experiencias es necesario ofrecerles para aportar a su desarrollo?, ¿cómo las actividades que se les proponen incentivan la interacción con otros? Luego de desarrollada la intervención, la reflexión apuntará a cuestiones como evaluar el desarrollo de la actividad, en qué medida respondió a lo planificado, qué facilitó u obstaculizó la participación de los NNJ y qué mejoras se deben introducir. Este trabajo permite que el equipo pueda ir avanzando progresivamente en el desarrollo de intervenciones con alto nivel calidad técnica.

Desde ésta perspectiva existe un espacio de vivencia compartida con los NNJ, que alude a los espacios de interacción entre estos y el equipo, las cuales son instancias relevantes para favorecer su desarrollo. Estos espacios de vivencia compartida pueden ser estructurados cuando se desarrollan en el marco de una actividad planificada, o menos estructurado cuando tienen lugar por ejemplo mientras camina con él por el barrio, privilegiando estos últimos ya que constituyen espacios cotidianos de los NNJ que facultan un proceso de trabajo constante y sostenible.

En este contexto, la intervención con NNJ propone la observación y búsqueda del equilibrio entre dos potenciales:

Potencial de Adaptación (PAD): Posibilidades adaptativas de los NNJ en función de sus intereses, sus capacidades cognitivas, sus competencias sociales, sus capacidades afectivas y físicas, sus valores, sus vulnerabilidades, su red de relaciones. En síntesis, de todas las herramientas que tiene el NNJ para hacer frente a una situación, involucrarse, aprender de ella o integrarla a su acervo de conocimientos. Para el despliegue de este potencial de adaptación, es decir, todo lo que la persona puede en función de sus capacidades, se requieren escenarios o experiencias que demanden de ella la movilización de sus recursos.

Potencial experiencial (PEX): Potenciales de una situación, de un programa, de un medio de vida, una actividad, que permiten al NNJ la expresión de todo su potencial (PAD) y el enriquecimiento de su campo de experiencias.

La intersección entre el potencial experiencial y el potencial de adaptación de los niños, niñas y jóvenes es fundamental para generar un acompañamiento psicoeducativo “desafiante”. **El acompañamiento psicoeducativo es siempre “desafiante”** y requiere una lectura adecuada sobre los recursos con los que cuenta el niño, niña y jóvenes y cuan enriquecedora puede ser una experiencia de trabajo con él o ella para generar nuevas capacidades, abrir alternativas y expandir sus oportunidades de desarrollo. Para Gilles Gendreau, uno de los autores principales de la psicoeducación, esto era fundamental, y se basa en el principio de Piaget del “desequilibrio mayorante de los esquemas del aprendizaje”.

Una actividad que se centra exclusivamente en aquellas cosas que el NNJ puede hacer no cumple con este factor desafiante esencial de la psicoeducación, puesto que el programa no genera espacios para desarrollos nuevos y una expansión de sus recursos. En el otro extremo, una actividad que se centra solo en el potencial experiencial, sin tomar en cuenta el potencial de adaptación, constituirá una experiencia muy enriquecedora que, no obstante, no puede ser abordada o aprovechada por el NNJ en función de sus capacidades o recursos actuales. El desafío de la psicoeducación es planificar, ejecutar y evaluar **actividades que proponen un pequeño excedente experiencial para el NNJ, un “algo más” que aumenta sus recursos y puede ser abordado sin que se desestructuren o se pierdan sus capacidades adaptativas.**



Este último potencial se fundamenta en la necesidad de los NNJ de desarrollarse, formarse, responder a sus necesidades de autonomía, teniendo en cuenta las dificultades que les ofrece el entorno donde vive. Este potencial es único para cada NNJ, el profesional que interviene debe evaluarlo para proponer experiencias que respondan a sus necesidades específicas y adaptadas a sus características. La intervención psicoeducativa busca favorecer el encuentro entre ambos potenciales, el del sujeto (PAD) y el de su entorno (PEX). De lo que se trataría entonces es de ofrecer a los NNJ participantes contextos de protección, apoyo y desarrollo, los cuales constituyen espacios enriquecedores y educativos para éstos.

Las estrategias metodológicas para desarrollar el trabajo incluyen un conjunto de técnicas de intervención, de estrategias didácticas y de educación, orientadas a **promover y facilitar la participación de los NNJ y su apropiación de los objetivos educativos perseguidos**. Incluyen la organización de la actividad en secuencias que alternan periodos de trabajo individual, grupos y subgrupos. Se vale también del empleo de medios de expresión y participación tales como el dibujo, juego de roles, cuentos, ejercicios físicos, música, etc.

Otro elemento relevante desde la psicoeducación para ser considerado en el proceso de intervención son los denominados esquemas relacionales, los cuales se refieren a las formas de

actuar de los profesionales en el proceso de intervención con los NNJ. Estos esquemas aluden a la ética profesional en términos de aspiración a un nivel elevado de competencia profesional. En el espacio cotidiano con los NNJ, el profesional expresa su saber ser (su ética) a través de sus actitudes frente al otro y frente a sí mismo a partir de la reflexión de este respecto de sus prácticas. La idea de esquema alude al carácter aprendido y al desarrollo de sus capacidades en la forma de ser en la interacción, considerándose continuamente perfectibles.

Estos esquemas propuestos desde la psicoeducación para la intervención con NNJ son los siguientes:

La consideración: es el reconocimiento del valor intrínseco del individuo como persona humana, de respeto incondicional, y está vinculado al reconocimiento del otro en su integridad, con derecho a sus sentimientos, ideas y valores. A partir de este esquema el profesional acepta realizar un acercamiento con el NNJ y comprometerse con este en una relación de trabajo.

La disponibilidad: se realiza cuando el profesional, tomando conciencia de la relación que le une al NNJ en el contexto de su acción profesional, es capaz de hacer el esfuerzo de dejar su bienestar inmediato, con el fin de comprometerse en la escucha activa, y compartir ese momento de vida con él. Se trata de responder lo mejor posible a las necesidades del otro.

La seguridad: se refiere a estar consciente de sus propias vulnerabilidades que pudieran influenciarle en situaciones de peligro físico o psicológico, con el fin de conservar su integridad con el fin de acompañar al NNJ en enfrentar sus propios miedos y angustias.

La confianza: manifestada en su capacidad de creer en las capacidades de desarrollo de los propios NNJ, de considerarlos en situaciones de dificultad pero que cuentan con el potencial de elegir si cuenta con los apoyos y recursos necesarios.

La congruencia: se refiere al interés y la preocupación del profesional respecto a realizar todos los esfuerzos posibles para ser auténtico en su relación con el NNJ en dificultad. Esto requiere un trabajo interno importante de revisión y reflexión.

La empatía: piedra angular de todo proceso de intervención en prevención y objetivo de toda relación educativa. Alude a la capacidad de colocarse en el lugar del otro para comprender de mejor manera su punto de vista, sus emociones, su perspectiva valórica y así comprender mejor su forma de pensar y de actuar.

REVISIÓN DE LOS EJES, PROCESOS Y METODOLOGÍAS DE LA PREVENCIÓN SELECTIVA CON ENFOQUE DE REDES

Ejes de prevención selectiva con niños, niñas y jóvenes

En función de los marcos conceptuales antes expuestos, se presentan a continuación ejes fundamentales de trabajo en prevención selectiva e indicada con enfoque de redes. Estos ejes constituyen insumos para que los equipos construyan apuestas de intervención consistentes, fundadas en evidencia y contenidas en el enfoque comunitario anteriormente expuesto.

1) Valores de consumo

Durante la revisión de los marcos conceptuales que justifican y motivan el abordaje comunitario del consumo de drogas y alcohol, nos hemos encontrado con la relevancia de los marcos socioculturales amplios que acompañan el desarrollo de los niños, niñas y jóvenes y las formas en que las **comunidades pueden limitar o reproducir el impacto que tienen los valores, expectativas, estereotipos o prejuicios promovidos por los medios de comunicación.**

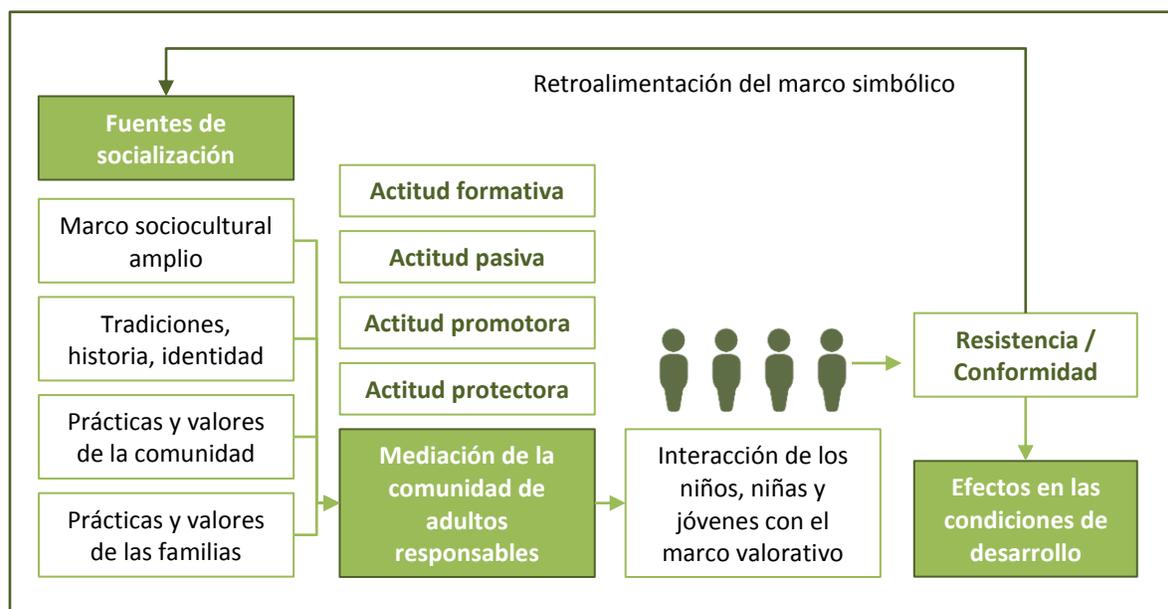
La construcción social de la imagen de los niños, niñas y jóvenes, y su proceso de desarrollo, depende de múltiples factores históricos, políticos (Ej. movimientos juveniles), sociales (Ej. Educación obligatoria), económicos (Ej. Prohibición del trabajo infantil) o culturales (Ej. Cultura juvenil consumidora o impulsiva), que pueden derivar de estrategias de posicionamiento valorativo de parte de grupos de interés (Ej. Venta de artículos para jóvenes), tradiciones (Ej. Lo que se espera del joven urbano o rural) o bien de una cultura adultocéntrica que teme un posicionamiento público de los discursos que provienen del mundo juvenil, aun cuando la categoría de “jóvenes” agrupa una inmensa diversidad de perspectivas vitales.

Los valores de consumo son fundamentales en este marco sociocultural, que se construye en un nivel amplio, fundamentalmente a través de los medios de comunicación, y toma consistencia a través del uso cotidiano que se le da a dichos valores, por ejemplo, en la forma en que los padres, los vecinos de la comunidad, los profesores u otros adultos responsables tratan a los jóvenes.

Los valores ambivalentes del consumo de drogas (apología-criminalización), específicamente, **afectan especialmente a jóvenes que tienen pocos recursos para enfrentarlos**, por ejemplo, ante escasas alternativas simbólicas para reconstruir identidades resistentes y enriquecedoras, o bien la debilidad de vínculos afectivos formativos que permitan a los niños, niñas y jóvenes traducir las definiciones y alcances del consumo desde una perspectiva protectora. El concepto de vulnerabilidad suele centrarse en las condiciones socioeconómicas o ambientales, sin embargo, ante la exposición de los niños, niñas y jóvenes a valores de consumo es posible entender la importancia de las vulnerabilidades culturales, especialmente cuando estos valores se acompañan de altos niveles de desinformación sobre los riesgos del consumo, como es por ejemplo el caso de la marihuana en la niñez y la adolescencia.

Estas vulnerabilidades frente a los valores de consumo también pueden devenir de espacios más acotados como son las propias comunidades, contextos culturales específicos (Ej. etnias, migrantes e insularidad) o familias. En este plano es muy importante atender no solo a la capacidad de protección sino también abordar cuales son las **fuentes de sentido del consumo en general, y el consumo de drogas en particular, en las distintas historias, tradiciones o costumbres que se sitúan en un territorio.**

El abordaje de los valores de consumo, entonces, estará centrado en la observación de las **fuentes culturales** que socializan en los niños, niñas y jóvenes definiciones y posturas frente a las drogas legales o ilegales (Ej. televisión, hermano mayor, amigos, colegio, tradiciones, historias, internet, etc.), el análisis de la **postura formativa y protectora** que pueden desarrollar los adultos responsables frente a estas fuentes de socialización (promotora, pasiva, crítica, educativa, etc.), la profundización en la **postura o actitud de los niños, niñas y jóvenes** frente a estos valores (adopción-resistencia) y los **efectos que tiene en las condiciones de desarrollo** de los niños, niñas y jóvenes la configuración de todos los factores anteriores.



Los efectos de la conformidad o resistencia de los niños, niñas y jóvenes con los valores de consumo pueden ser muy diversos. Mientras algunos jóvenes pueden asumir directamente la apología del consumo, debido en parte a una actitud promotora o pasiva de sus padres y vecinos, y generar prácticas de consumo abusivo, otros podrán tomar una actitud crítica debido al acompañamiento de adultos que logran poner en contexto lo que se comunica en los medios, en algunas familias, o en algunos sectores del territorio, permitiendo la priorización de valores positivos para el desarrollo. En un plano más complejo, los niños, niñas y jóvenes pueden tomar una postura intermedia, aceptando algunos valores y descartando otros, requiriéndose procesos más agudos de observación e intervención.

Los procesos de resistencia o conformidad con los valores de consumo no pueden ser simplificados a una mera adopción de conductas preconcebidas (tomar o rechazar), sino que constituyen un **proceso complejo de identificación que incluye diálogos, presiones, interpelaciones identitarias, experiencias, etc.** que es necesario reconstruir con los jóvenes en espacios de confianza e incluyendo a la comunidad de adultos responsables.

En el caso de los **valores asociados a la niñez y la juventud, es decir, cómo son vistos y definidos los niños, niñas y jóvenes por los distintos marcos socioculturales que acompañan su desarrollo**, también es posible utilizar un esquema equivalente que incorpore las fuentes valorativas, las mediaciones de los adultos responsables, la interacción con los jóvenes, los impactos y la retroalimentación del marco sociocultural. Este último punto es fundamental, en tanto dota de sentido la participación socio-comunitaria de los niños, niñas y jóvenes, explicitando la manera en la que estos pueden modificar su contexto cultural mediante sus prácticas o discursos, para bien o para mal, lo que supone un alto grado de responsabilidad y motivación para el involucramiento activo.

EJE	PREGUNTAS ORIENTADORAS	OBJETIVO	EJEMPLO DE ACTIVIDADES
<p>Valores de consumo</p>	<p><i>¿Qué fuentes de información sobre drogas utilizan los niños, niñas y jóvenes?</i></p> <p><i>¿Qué valores presentes en la comunidad constituyen riesgos para los niños, niñas y jóvenes frente al consumo de drogas?</i></p> <p><i>¿Qué valores presentes en la comunidad constituyen factores protectores frente al consumo de drogas en los niños, niñas y jóvenes?</i></p> <p><i>¿Qué efectos positivos o negativos tienen las respuestas de los niños, niñas y jóvenes frente a estos valores?</i></p> <p><i>¿Qué actitudes de la comunidad de adultos responsables frente a estos valores refuerzan o debilitan el desarrollo de una vida saludable?</i></p>	<p>Reconocer y promover valores positivos, asociados a la niñez, la juventud, que acompañen y orienten a los niños, niñas y jóvenes en sus procesos de desarrollo</p>	<p>Recopilación de información de salud y análisis conjunto de su validez y legitimidad</p> <p>Reconstrucción histórica de los valores de la comunidad frente a la niñez, la juventud y el consumo</p> <p>Estrategias de promoción de información confiable sobre drogas gestionadas por los propios niños, niñas y jóvenes</p> <p>Revisión de mensajes presentes en la comunidad que refuerzan estilos de vida saludable</p> <p>Evaluar y promover actitudes críticas frente a mensajes contrarios a la vida saludable</p> <p>Debates sobre el cuidado de la salud y la prevención del consumo de drogas</p> <p>Observación y discusión sobre las contradicciones del mundo adulto en relación al consumo</p>

2) Autonomía del cuidado y la salud

Uno de los puntos fundamentales del trabajo con niños, niñas y jóvenes es entender el proceso de adquisición de autonomía en relación a los cuidados y la salud. Este proceso puede ser gradual e incorporar múltiples apoyos provenientes de los familiares u otros adultos responsables, asegurando la **adquisición de una actitud protectora y creativa frente al bienestar individual y colectivo**. Sin embargo, en otros casos, especialmente aquellos que se acompañan de altos niveles de vulnerabilidad social, este proceso de adquisición de competencias y capacidades de cuidado no es gradual, ni menos acompañado adecuadamente.

La adquisición de conductas de riesgo se relaciona fundamentalmente con un alejamiento de los niños, niñas y jóvenes del marco familiar que orienta las prácticas de cuidado y salud. La familia, la escuela y la comunidad cumplen una labor fundamental en la **generación y mantenimiento de saberes, valores o actitudes que les permitan buscar de manera efectiva el desarrollo de sus capacidades**, ya sea a nivel individual o grupal.

Como hemos señalado anteriormente, este proceso supone un encuentro con definiciones socioculturales relacionadas con la vida saludable o el “buen vivir”, que ya no son procesadas de una manera más bien conformista como ocurre en el caso de los niños y niñas más pequeñas. El conocimiento que adquieren los jóvenes sobre el contexto y la emergencia de opiniones propias frente a su funcionamiento, deviene en actitudes más críticas y la adecuación de las definiciones de salud a sus intereses o circunstancias particulares. Así, las necesidades, por ejemplo, de enfrentar diversos riesgos asociados a la sociabilidad, el establecimiento de relaciones afectivas y sexuales, la competencia en materia de estudios o trabajo, el ejercicio de ciudadanía o validación territorial, entre otros, puede generar una **adecuación o flexibilización de los parámetros de salud que construye el mundo adulto y exponer a los jóvenes a conductas de riesgo como es el consumo de drogas**, sobre todo cuando estos parámetros tienden a precarizarlos material o simbólicamente.

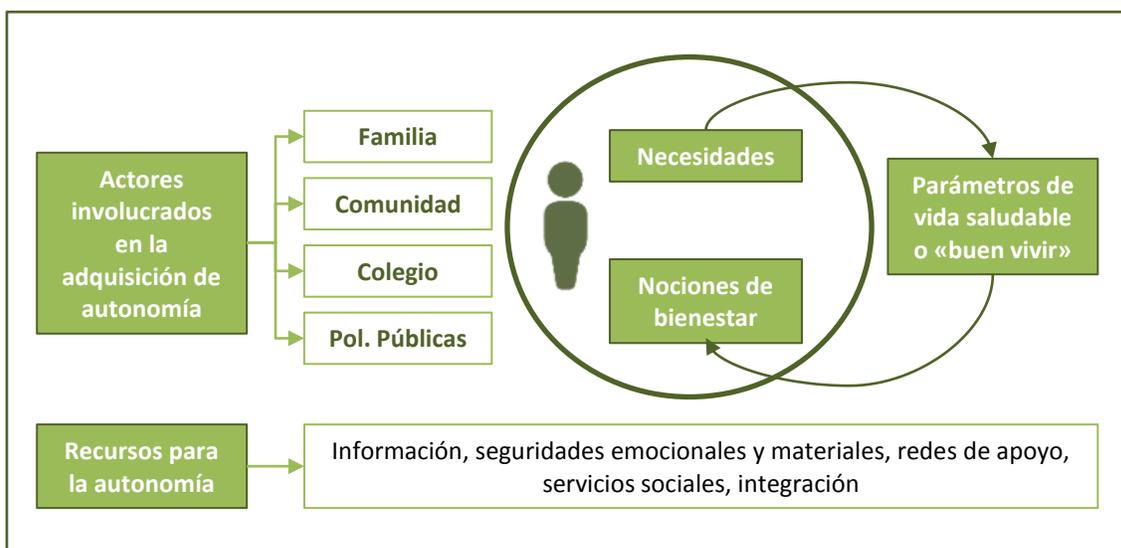
Sobre este último punto, es posible observar, por ejemplo, una comunidad rural que promueve la asociación entre madurez y esfuerzo o desgaste físico, lo que supone no solo una forma de preparación para el trabajo agrícola, sino también un tipo de relación entre el joven y el cuerpo marcada por la sobre-exigencia y la incursión en conductas de riesgo como es el consumo abusivo de alcohol. Si bien estos procesos de socialización se acompañan de otros valores positivos, tales como el encuentro y comunicación inter-generacional, el cuidado de la naturaleza, la importancia del esfuerzo y los bienes comunes, existe la posibilidad de que las dimensiones vinculadas a la corporalidad sean postergadas aumentando los riesgos de los niños, niñas y jóvenes.

Los valores que median la relación entre los niños, niñas o jóvenes y el cuerpo es parte esencial de este proceso de autonomía del cuidado, puesto que a partir de esta relación inmediata con la propia corporalidad se entreteje las valoraciones, creencias, prácticas, formas de relación, estrategias de cuidado, etc. que impactan fuertemente en la probabilidad de un consumo

problemático de drogas u otras conductas de riesgo. Tal como señala Germán Díaz (2008), en el caso de las formas urbanas de socialización, existen múltiples riesgos tales como la erotización del cuerpo infantil y su impacto en la forma en que los niños, niñas y jóvenes definen ideológicamente su relación con el mundo:

“El baile del reggaetón no es nocivo per se, solo en la medida que se transforma en una arma de erotización y de adoctrinamiento de un cuerpo que es incapaz de asimilar los fuertes contenidos que en él se transmiten, el cuerpo infantil”.
(p.181)

Los recursos con los que cuenta un joven en el proceso de tomar autonomía sobre la salud son fundamentales e incluyen información, seguridades emocionales y materiales, redes de apoyo, acceso a servicios sociales o recursos formativos para una adecuada integración social, entre otros, que le permitan **entablar una relación enriquecedora con los parámetros de salud que propone el contexto sociocultural en el que participa.** Esto no supone una absoluta conformidad, puesto que todos los agentes sociales acomodan las definiciones sanitarias a sus particulares formas de vida, sin embargo una oposición férrea puede generar una serie de riesgos y problemas de salud que dificultan el desarrollo humano de los jóvenes.



Ahora bien, además de los recursos que requiere un joven para entablar una relación enriquecedora con los parámetros de salud institucionales o extensamente difundidos en la sociedad chilena, también es importante **tomar en cuenta los parámetros de salud que se socializan de forma más específica en diversas comunidades o territorios.** En este plano se consideran las diferencias culturales relacionadas con la salud que se encuentran fundamentalmente en comunidades con diversidad étnica, migrantes o bien aislamiento geográfico. En estos casos, el acceso a parámetros de salud institucional, como son los que promueve SENDA en relación a las drogas, se entremezcla con otros parámetros que deben ser

entendidos y puestos en diálogo para buscar la mejor manera de fortalecer las capacidades de los niños, niñas y jóvenes para gestionar su bienestar.

Un punto muy importante en esta interacción con las nociones de salud que antes aparecían medidas por el núcleo familiar es la **dimensión simbólica de la enfermedad**. Como señalábamos anteriormente, la adquisición de un mayor nivel de capacidad crítica frente al contexto sociocultural deviene en una visualización de la estructura social, que reparte de manera desigual los recursos materiales y simbólicos en función de criterios tales como el género, la clase social, la edad o la etnia, y, por cierto, el “estatus sanitario”. El conocimiento de las distintas formas de discriminación y estigmatización puede suponer para algunos jóvenes una tendencia a la resistencia o subversión de las estructuras tradicionales en las que se sostienen los prejuicios o en general la violencia simbólica hacia conductas consideradas “antisociales” o “enfermas” como el consumo de drogas.

Por lo anterior es necesario incorporar en el trabajo preventivo asociado a la autonomía y la salud **espacios de trabajo específicos sobre el estatus social de las enfermedades y las consecuencias de los estigmas asociados al consumo de drogas**, como es el aislamiento social, la pérdida de redes de apoyo, la falta de alarmas oportunas frente a las crisis, el deterioro de los recursos familiares, o la relación conflictiva con los servicios de salud pública. No es posible considerar solo el “estado de salud” asociado al consumo y dejar de lado todas las dimensiones simbólicas que toman especial relevancia en contextos con altos niveles de exclusión social.

En el plano de la adquisición de mayores niveles de autonomía, la relación entre el consumo de drogas y la violencia de género también toma especial relevancia. El inicio de las experiencias sexuales en este proceso de construcción de la independencia respecto de la familia, conlleva una serie de riesgos que muchas veces tienen una relación cercana con el consumo de drogas. **La falta de recursos para sostener una vida saludable encuentra un correlato muy directo en el establecimiento de relaciones violentas o precarias**, las que tienden a desarrollarse en espacios de evasión, euforia, flexibilidad normativa y valorativa y, por cierto, altos niveles de consumo de drogas.

La adquisición de autonomía sobre las prácticas que constituyen o no una amenaza para la salud integral pasa en gran medida por la posibilidad de analizar de forma acompañada estos distintos temas y poder distinguir identidades, o al menos elecciones, personales y colectivas, que constituyan recursos protectores. Estos cuestionamientos pasan en gran medida por un ejercicio de definición conjunta entre los jóvenes: ¿Qué es la salud para nosotros? ¿Cómo nos relacionamos entre géneros? ¿Cómo definimos los riesgos del consumo? ¿Cómo cambia nuestras relaciones el consumo? ¿Qué aspectos del consumo toman mayor relevancia en la medida en que vamos adquiriendo autonomía? ¿Cuál es el ideal de la vida saludable según nuestro contexto? ¿Qué entendemos por “buen vivir”? ¿Cómo vamos resolviendo las contradicciones entre las diversas dimensiones del “buen vivir”?

EJE	PREGUNTAS ORIENTADORAS	OBJETIVO	EJEMPLO DE ACTIVIDADES
<p>Autonomía del cuidado y la salud</p>	<p><i>¿Qué recursos necesitan los niños, niñas y jóvenes de la comunidad para ser autónomos en la búsqueda de su salud y bienestar?</i></p> <p><i>¿Qué experiencias, creencias o actitudes de los niños, niñas y jóvenes atentan en contra de esta autonomía?</i></p> <p><i>¿Qué experiencias, creencias o actitud de la comunidad de adultos responsables y de los servicios sociales atentan en contra de esta autonomía?</i></p> <p><i>¿Qué organizaciones o instituciones pueden apoyar a los niños, niñas y jóvenes en la incorporación de valores de salud y bienestar?</i></p>	<p>Reconocer y potenciar recursos para la autonomía, poniendo especial énfasis en las nociones de vida saludable y el acercamiento a organizaciones e instituciones preocupadas de la salud y bienestar</p>	<p>Vinculación con las redes de apoyo social e institucional (organizaciones, fundaciones, consultorios, etc.)</p> <p>Revisión de mensajes asociados a estereotipos y estigmatizaciones</p> <p>Promoción de iniciativas en contra de la violencia de género y su relación con el consumo de drogas</p>

3) Ciudadanía y participación social

Como señalábamos en el apartado anterior, la juventud está marcada por un proceso de adquisición de mayor autonomía que incluye dimensiones de participación y ejercicio de ciudadanía. Un punto fundamental en este proceso es la mayor conciencia de los jóvenes sobre la **forma en la que se organiza la sociedad y sus desigualdades**, generando actitudes críticas, resistencias juveniles, relativización normativa o un alto nivel de cuestionamiento valorativo.

En un enfoque de fortalecimiento comunitario, el proceso de flexibilización de los marcos normativos y valorativos por parte de los jóvenes constituye un fenómeno crítico que marca la **diferencia entre una comunidad con altos o bajos niveles de consenso y participación social**. Una comunidad con bajos niveles de participación social genera valores y normas de convivencia rígidas, desactualizadas y poco dialogantes, que encuentran gran resistencia en jóvenes desencantados con el funcionamiento de la sociedad en general y de su comunidad en particular.

En este plano, la capacidad receptiva que tiene el entorno socio-comunitario e institucional de los niños, niñas y jóvenes es fundamental. En este sentido, la capacidad que tiene la comunidad de adultos responsables de escucharlos, y distinguir aquellos elementos que apuntan al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad para entablar alianzas de trabajo, es

clave y tiene un impacto directo en el nivel de control social informal que pueden ejercer los miembros de la comunidad frente a prácticas o valores que precarizan sus condiciones de vida.

El diálogo supone un ejercicio de distinción y valoración que permite tomar los recursos que ofrecen los jóvenes y desarrollar respuestas colaborativas que evitan la fragmentación de las interacciones y los marcos socioculturales. Los niños, niñas y jóvenes siempre van a procurar construir códigos y prácticas que los distinguen del mundo adulto, sin embargo, en un plano valorativo y, específicamente, de definiciones básicas de bienestar, es necesario mantener **canales de comunicación eficientes que procuren evitar un rechazo o resistencia de parte de estos hacia su ambiente socio-comunitario y viceversa.**



La participación, la ocupación de espacios públicos, el desarrollo de solidaridades o empatías, la generación de identidades colectivas o sentido de pertenencia constituyen necesidades humanas básicas que tienden a ser obviadas por valores culturales individualistas o consumistas. Como hemos señalado anteriormente, **la ausencia de un trasfondo cultural consistente, de diálogo inter-generacional, de rescate de tradiciones o historias barriales, puede producir amplias fracturas sociales** y generar altos niveles de angustia y ansiedad en las personas, que elevan las probabilidades de buscar en el consumo, en general, o el consumo de drogas, en particular, una forma de sobrellevarlos.

En esta dimensión de trabajo cabe preguntarse por el nivel de participación que tienen los niños, niñas y jóvenes en la toma de decisiones en la comunidad, o, de forma más amplia, en el desarrollo de estrategias y políticas públicas que los afectan. La forma en la que se despliegan las políticas públicas de salud es fundamental para entender las resistencias o la actitud que toman los niños, niñas y jóvenes frente a los estándares o parámetros de vida saludable o "buen vivir" promovidos por el Estado, y los **niveles de participación social son fundamentales para procurar mejorar esta relación y así elevar sus niveles de bienestar.**

EJE	PREGUNTAS ORIENTADORAS	OBJETIVO	EJEMPLO DE ACTIVIDADES
<p>Ciudadanía y participación social</p>	<p><i>¿La comunidad promueve la actitud crítica frente al consumo de drogas en los niños, niñas y jóvenes?</i></p> <p><i>¿Cómo se aprovecha en la comunidad la actitud crítica de los niños, niñas y jóvenes?</i></p> <p><i>¿Qué espacios de participación social se desarrollan en la comunidad?</i></p> <p><i>¿Qué fracturas en la comunidad se pueden resolver con un mayor nivel de participación social?</i></p>	<p>Promover el incremento de los niveles de participación social de los niños, niñas y jóvenes de la comunidad</p>	<p>Estrategias para que los niños, niñas y jóvenes conozcan y se vinculen con las organizaciones sociales de su comunidad</p> <p>Proponer y ensayar formas de participación social y búsqueda de soportes para su mantención en el tiempo</p> <p>Reflexionar y difundir la relación entre la falta de participación social, la fractura de redes y el consumo de drogas</p> <p>Ocupar diversos espacios de la comunidad para desarrollar actividades</p>

4) Diversidad

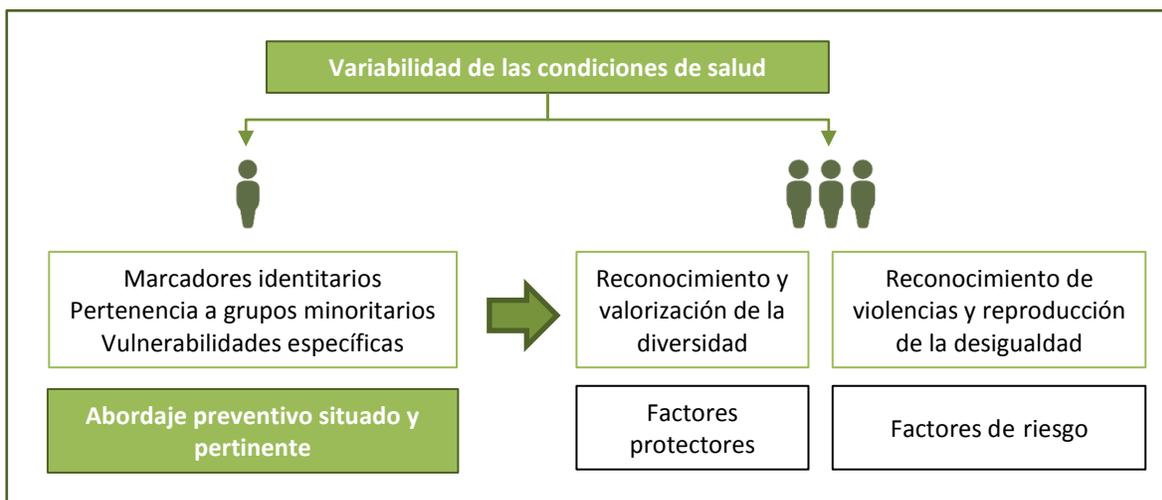
Las vulnerabilidades asociadas a la diversidad sexual, étnica o cultural que presentan los niños, niñas y jóvenes constituyen un eje esencial de cualquier programa que busque orientar la intervención desde el enfoque de determinantes sociales de la salud. Sólo mediante una observación específica de las circunstancias y situaciones específicas que rodean sus condiciones de desarrollo es posible identificar aquellos **factores que explican las diferencias sanitarias que existen entre distintos grupos de niños, niñas y jóvenes, ya sea dentro o fuera del barrio.**

Si algunos niños, niñas y jóvenes evidencian consumos o consumos problemáticos de drogas, esto se relaciona con una serie de **desigualdades en sus condiciones de desarrollo que deben ser observadas e intervenidas adecuadamente para evitar la reproducción de las diferencias sanitarias.** Para ello, y como hemos señalado anteriormente, es necesario que las vulnerabilidades específicas de algunos niños, niñas y jóvenes sean analizadas en un nivel macro-estructural, donde toman relevancia las relaciones con la política pública, las condiciones socioeconómicas o culturales de las familias, y los procesos de discriminación o exclusión social que se despliegan en función de variables de género, edad, etnia, orientación sexual, nacionalidad, residencia, etc. y en un nivel de micro-social o de determinantes intermediarios, relacionados con fenómenos psicosociales y barriales que inciden directamente en los suministros que tienen los niños, niñas y jóvenes para desplegar su potencial de desarrollo.

El reconocimiento de la diversidad constituye un eje que cambia el horizonte de impacto de los programas tradicionales de prevención, en tanto las competencias o las actitudes individuales dejan de ser el foco esencial de la intervención. Por el contrario, el enfoque de determinantes sociales nos invita a entender la **prevención desde los cambios en las dinámicas del poder, el mejoramiento de los estatus y los accesos de los niños, niñas y jóvenes a las relaciones, organizaciones o instituciones que impactan efectivamente en la reducción de la desigualdad sanitaria que los afecta**. Para esto, los funcionamientos de red son fundamentales, en tanto estos determinan la cantidad y calidad de dichos accesos.

Este proceso de reconocimiento supone entender los riesgos específicos asociados a la pertenencia étnica, a las migraciones, la identidad de género o la residencia entre otros muchos, poniendo atención en las condiciones de riesgo que son reconocidas y narradas por los propios jóvenes. En este diálogo es fundamental **distinguir situaciones (lugares, tiempos, ambientes) y circunstancias (historia, rol, tradición, identidad)** que exponen a los niños, niñas y jóvenes un mayor impacto en relación al consumo o consumo problemático de drogas, para poder identificar claramente los puntos críticos que darán sentido al programa en el barrio o grupo específico. Mientras el primero nos puede dar claves sobre las prácticas específicas que determinan mayores o menores niveles de exposición o vulnerabilidad, el segundo nivel nos remite a la estructura social, a características más estables y estructurales que pueden orientar el abordaje preventivo.

El reconocimiento de la diversidad en el territorio constituye un ejercicio inicial que determina el foco colectivo de la prevención comunitaria. El reconocimiento de vulnerabilidades específicas no significa necesariamente el desarrollo de abordajes particularizados, sino por el contrario la comprensión de las relaciones que ponen a una serie de atributos o marcadores identitarios (peruano, joven, escolar) en una posición de mayor riesgo que otros. Para ello es necesario que sea el grupo el que conduzca el **reconocimiento de la diversidad y su valoración**, entendiendo cómo las convivencias cotidianas son fundamentales en el mejoramiento o empeoramiento de las desigualdades sociales.



EJE	PREGUNTAS ORIENTADORAS	OBJETIVO	EJEMPLO DE ACTIVIDADES
<p>Diversidad</p>	<p><i>¿Qué características específicas de los grupos o personas de la comunidad los exponen al consumo de drogas?</i></p> <p><i>¿Qué nivel de reconocimiento presenta la comunidad frente a estas vulnerabilidades específicas?</i></p> <p><i>¿Cómo se valora la diversidad cultural en la comunidad?</i></p> <p><i>¿Qué situaciones de riesgo existen en la comunidad y como se pueden abordar colectivamente?</i></p>	<p>Reconocer y promover recursos relacionales para disminuir las vulnerabilidades específicas y valorar la diversidad como factor protector</p>	<p>Reconocimiento y valoración de la diversidad cultural del barrio</p> <p>Promoción de la empatía y la generación de soportes sociales específicos para grupos en riesgo</p> <p>Identificar situaciones de riesgo en el barrio y desarrollar formas colectivas de disminuirlas</p> <p>Disminución del estrés migratorio y el trauma histórico asociado a la pertenencia étnica</p>

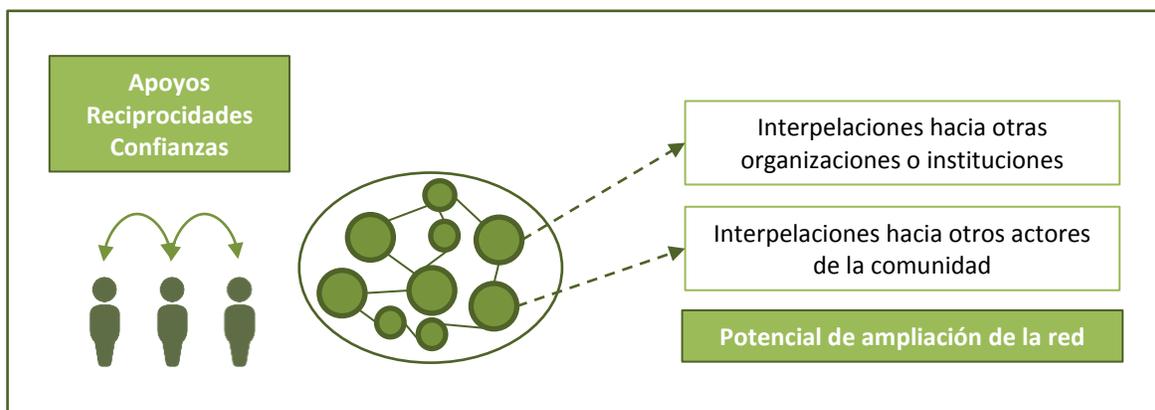
5) Redes comunitarias de niños, niñas y jóvenes

La dimensión de redes comunitarias constituye un énfasis específico sobre la capacidad de los niños, niñas y jóvenes para **generar una red bien nutrida de apoyos sociales en el barrio y movilizar a actores de la comunidad** para generar iniciativas orientadas al bienestar.

Mientras el eje de participación y ciudadanía apunta al desarrollo de acciones movilizadas por un mayor nivel de conciencia sobre las desigualdades y la posibilidad de generar acciones creativas en torno a las inquietudes o malestares que ello puede acarrear, el presente eje se centra más bien en el sentido de pertenencia y fortalecimiento de vínculos con énfasis en los cuidados mutuos. Ambos niveles son complementarios, sin embargo, la construcción de redes permite **ahondar en las nociones de confianza y reciprocidad** para generar capacidades específicas de agrupación y búsqueda del bienestar colectivo.

El trabajo en torno al concepto de redes sociales deviene en múltiples beneficios relacionados con la colaboración y el intercambio, revisando y valorando la **capacidad que tienen las personas motivadas y organizadas de satisfacer necesidades humanas**, y a la vez interpelar a otros actores sociales en la generación de aportes concretos para mejorar las condiciones de vida comunes. Esta capacidad de interpelar y motivar a otros actores, ya sea de la comunidad o de otros espacios

organizacionales e institucionales, constituye un foco esencial, atendiendo a la relevancia del contexto de las redes sociales para su legitimidad, no estigmatización, y ampliación del capital social que distribuye entre sus miembros (nuevos recursos y accesos).



Este último punto es fundamental, puesto que la generación y gestión de redes por parte de los niños, niñas y jóvenes supone la posibilidad de ampliar la mirada de las garantías de derecho, superando un asistencialismo estatal y avanzando hacia una **mayor adquisición de responsabilidades por parte de las familias y los adultos responsables de la comunidad, en tanto garantes co-responsables o interrelacionales** (Valverde, 2008). Esto no supone la renuncia a las garantías que debe procurar el Estado, sino más bien entender que el ejercicio de ciudadanía requiere redes organizadas de personas que reivindiquen derechos en función de sus particulares condiciones de vida. Esto significa trasladar el enfoque de derechos desde la situación particular de un sector de la población hacia las capacidades que deben tener las personas para actuar en una sociedad de derechos.

De este modo, el eje de redes comunitarias consta de tres énfasis fundamentales, estos son: 1) Capacidad de **configurar apoyos recíprocos** entre los niños, niñas y jóvenes, 2) Capacidad de **movilizar actores sociales**, especialmente a los adultos responsables de la comunidad, y 3) **Desarrollar acciones** concretas que dinamicen, extiendan y densifiquen las redes que han logrado articular los niños, niñas y jóvenes en el barrio.

Puesto que estas redes se orientan a la configuración de recursos socio-comunitarios, las intervenciones que valoran este eje estarán, además, centradas en la **promoción de ideas y estrategias para beneficiar a otros**, valorando las acciones que pueden desarrollar los niños, niñas y jóvenes para elevar los niveles de bienestar de otros sectores de la comunidad.

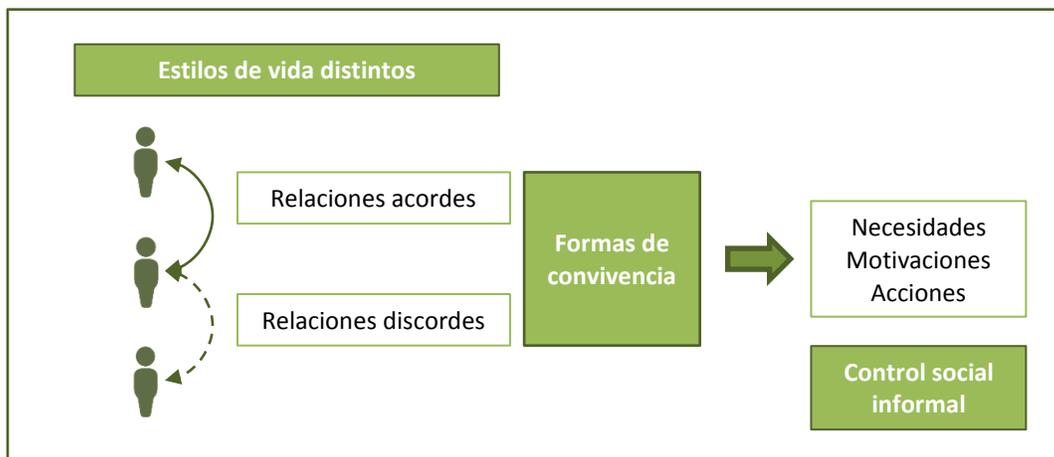
EJE	PREGUNTAS ORIENTADORAS	OBJETIVO	EJEMPLO DE ACTIVIDADES
<p>Redes comunitarias gestionadas por los niños, niñas y jóvenes</p>	<p><i>¿Qué vulnerabilidades relacionales presentan los niños, niñas y jóvenes del barrio?</i></p> <p><i>¿Qué relaciones entre los niños, niñas y jóvenes presentan valor preventivo susceptible de ser potenciado?</i></p> <p><i>¿Qué relaciones entre los niños, niñas y jóvenes constituye apoyos consistentes en caso de problemas asociados al consumo de drogas?</i></p> <p><i>¿Qué nivel de reciprocidad tienen las redes de los niños, niñas y jóvenes?</i></p>	<p>Generar y promover el fortalecimiento de las redes sociales que desarrollan los niños, niñas y jóvenes en la comunidad</p>	<p>Revisión de relaciones sociales e identificación de vulnerabilidades</p> <p>Promover la reciprocidad de los intercambios con acciones tales como un “banco de tiempo”</p> <p>Sensibilización sobre los riesgos del aislamiento social</p> <p>Simulacro de respuestas en red frente a problemas que aquejen a los niños, niñas y jóvenes de la comunidad (¿Qué haríamos?)</p>

6) Formas de convivencia

El eje de convivencias promueve una mirada de los marcos valorativos y normativos de la comunidad con énfasis en las herramientas que pueden tener los niños, niñas y jóvenes para comprenderlos e intervenirlos con sus discursos, prácticas o acciones cotidianas. La pregunta esencial de este eje es **¿Cómo hacemos comunidad?** A partir del análisis de los múltiples estilos de vida presentes en el barrio, se trabajará con los niños, niñas y jóvenes las dificultades y las oportunidades de generar acuerdos para avanzar en una convivencia positiva y constructiva para el desarrollo.

La posibilidad de que los niños, niñas y jóvenes participen efectivamente en sus comunidades pasan también por la capacidad que estos tienen de **ejercer un control social informal de sus espacios** mediante la distinción de las prácticas o discursos que les parecen aceptables o inaceptables en sus espacios de interacción y la generación de actitudes de aceptación o rechazo que impacten en el clima de “normalidad” del barrio.

Esto supone entender el lugar de la niñez y la juventud en el barrio desde un tercer foco de observación: No solo como ciudadanos críticos que requieren participar, como actores sociales que activan redes para el bienestar, sino también como **miembros de la comunidad que buscan tener control sobre las condiciones que influyen en su bienestar.**



Este eje requiere volver sobre las metodologías descentradas de intervención social, valorando el conocimiento y las **prácticas situadas por sobre los valores y las formas de bienestar que los propios equipos de intervención** valoran como positivas en función de sus propios marcadores identitarios. El objetivo en este caso es que sean los propios niños, niñas y jóvenes los que reflexionen sobre sus convivencias y aquellos factores que requieren modificar o sostener para aumentar sus niveles de bienestar en la comunidad.

Estos ejercicios de construcción colectiva explicitan un espacio de interacción y narración conjunta previo al desarrollo de estrategias preventivas. Esto, con el fin de que los mensajes o las acciones que finalmente proponen los niños, niñas y jóvenes no queden sobre-cargadas de valores o parámetros de convivencia o de vida saludable que nada tienen que ver con sus condiciones específicas de vida. La posibilidad de que los mensajes o las acciones se mantengan en el tiempo, o adquieran diversas formas de promoción cotidiana, depende en gran medida de que este proceso previo se desarrolle de buena manera, y los niños, niñas y jóvenes puedan **contactar efectivamente sus necesidades, motivaciones y disposiciones de acción**. Esto supone reconocer como el entorno es un factor fundamental para el desarrollo, generar empatías, tolerancias y factores “no deseables”.

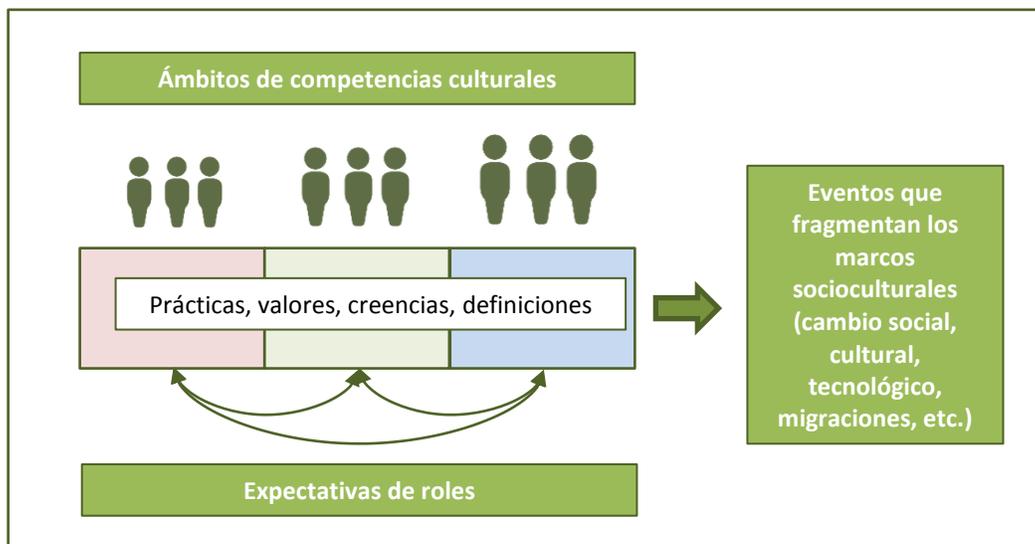
La categoría de un “no deseable” en la comunidad conlleva una serie de valoraciones específicas del territorio que son difícilmente comparables. En algunos barrios los jóvenes pueden señalar que la práctica de una persona que se sienta todos los días en una banca de la plaza a fumar marihuana constituye un estilo de vida que no es disorde con los intereses o condiciones de desarrollo del resto, mientras que en otros casos será rápidamente definido como un “no deseable”. Sin embargo, en ambos casos es necesario profundizar en las diversas dimensiones de análisis sobre el estilo de vida que es discutido con los niños, niñas y jóvenes para **afirmar la prevalencia del bienestar como eje central de la convivencia**.

EJE	PREGUNTAS ORIENTADORAS	OBJETIVO	EJEMPLO DE ACTIVIDADES
Formas de convivencia	<p><i>¿Qué estilos de vida conviven en la comunidad?</i></p> <p><i>¿Cómo se define y se fortalece una comunidad?</i></p> <p><i>¿Cómo se mejora la convivencia frente a relaciones o actitudes discordes?</i></p> <p><i>¿Cómo impactan las convivencias en las exposiciones de los niños, niñas y jóvenes a las drogas?</i></p> <p><i>¿Qué normas sociales presentes en la comunidad son protectoras para la prevención del consumo de drogas en niños, niñas y jóvenes?</i></p>	Reconocer y fortalecer las prácticas de convivencia en la comunidad, en vistas al aumento del capital y el control social	<p>Discusión sobre modelos de comunidad. Identificar ejemplos y analizar características o prácticas comunitarias</p> <p>Reconstrucción de las prácticas de cuidado presentes en la comunidad</p> <p>Acciones para mejorar la convivencia y promover el involucramiento de los vecinos</p> <p>Entrenamiento del involucramiento de los niños, niñas y jóvenes con los asuntos de la comunidad</p>

7) Relaciones inter-generacionales

Otro eje esencial para construir redes sociales consistentes en la comunidad, que permitan a los niños, niñas y jóvenes conseguir los suministros que requieren para su desarrollo y de esta forma prevenir problemas de salud asociados al consumo de drogas, es el mejoramiento de las relaciones inter-generacionales. Las expectativas de rol de la adultez, la juventud y la niñez cambian regularmente **tensionando estas relaciones y su potencial formativo, protector o participativo**, especialmente a través de la emergencia constante de ámbitos de competencias culturales que dificultan el diálogo o el trabajo conjunto entre diversos sectores de la comunidad.

La velocidad de los cambios culturales, asociados a la tecnología, el mercado, la educación, el trabajo, la participación ciudadana, las relaciones o el desarrollo personal, supone una serie de quiebres inter-generacionales que antes se producían de forma más gradual y en períodos de tiempo más prolongados (Freire, 2012). Hoy, las competencias culturales de los adultos, o incluso de los hermanos mayores en la familia pierden vigencia prontamente ante los contextos, situaciones y circunstancias de vida de los niños y niñas.



En algunos casos, estos quiebres son aún más violentos debido a la migración de las familias, la educación bicultural de los niños y niñas, y la adquisición de competencias culturales más lenta en el caso de los adultos del hogar. La **pérdida de capacidades para acompañar el proceso de integración de los niños y niñas en el marco sociocultural amplio** que rodea el ámbito familiar deviene en múltiples problemas y desafíos de intervención que se relacionan directamente con el consumo de drogas.

En los casos más extremos de quiebre relacional, como es el caso de los niños, niñas y jóvenes LGBT, que requieren definiciones, comprensiones, diálogos y acompañamientos socioculturales muy complejos para adultos escasamente vinculados con estos temas, la diferencia en las competencias culturales pueden derivar en exclusiones, aislamientos, discriminaciones y una alta exposición de los niños, niñas y jóvenes a situaciones que amenazan sus condiciones de desarrollo.

Las expectativas de rol conducen estos encuentros o desencuentros inter-generacionales. Lo que esperan los jóvenes de los adultos y viceversa, constituyen elementos que van delineando rigideces o flexibilidades que pueden sostener una buena relación o por el contrario destruirla. Es por ello que la presente orientación se centra en la exploración de estas expectativas de rol, profundizando y priorizando el valor de los vínculos positivos, de cuidado, protectores y en general orientados al enriquecimiento de las condiciones de desarrollo, por sobre el desconocimiento, el prejuicio o la intolerancia.

El eje de relaciones inter-generacionales supone la posibilidad de desarrollar acciones orientadas a subsanar quiebres asociados a la imposición de **estereotipos, exclusiones o desconocimientos respecto del marco de competencias culturales en el que se desenvuelven los diversos sectores etarios de la comunidad.**

EJE	PREGUNTAS ORIENTADORAS	OBJETIVO	EJEMPLO DE ACTIVIDADES
<p>Relaciones inter-generacionales</p>	<p><i>¿Qué importancia tienen las convivencias inter-generacionales en la emergencia del consumo de drogas?</i></p> <p><i>¿Cómo se entienden los vínculos con el mundo adulto?</i></p> <p><i>¿Qué expectativas tienen los niños, niñas y jóvenes del rol de los adultos?</i></p> <p><i>¿Qué cambios culturales dificultan el desarrollo de relaciones inter-generacionales positivas?</i></p> <p><i>¿Cómo se abordan los cambios sociales que generan incompetencia cultural en los miembros de la comunidad?</i></p>	<p>Reconocer y fortalecer los vínculos inter-generacionales para la prevención de fracturas sociales que exponen a los niños, niñas y jóvenes al consumo de drogas</p>	<p>Análisis y reconocimiento del cambio cultural y las dificultades de la relación entre los niños, niñas y jóvenes y los adultos</p> <p>Reconocimiento y promoción de prácticas positivas de convivencia inter-generacional</p> <p>Promoción de las expectativas de rol entre niños, niñas y jóvenes, y adultos.</p> <p>Fomento de la empatía inter-generacional</p>

Etapas generales de la prevención selectiva e indicada

Primera etapa de Acercamiento

Esta primera etapa incluye el despliegue de diversas estrategias de acercamiento a los NNJ, y la configuración de espacios para dialogar. Los objetivos del trabajo del equipo en esta primera etapa serán difundir el programa dándolo a conocer en diversos espacios de la comunidad, generar las bases de un primer vínculo y confianza entre los NNJ y el equipo técnico de intervención, participar en las actividades que los NNJ desarrollan cotidianamente en el espacio común de su comunidad y motivar a éstos para que participen en el trabajo que propone el equipo en el barrio. Estas estrategias incluyen:

Presencia social del equipo en el barrio: En el proceso de la instalación del equipo técnico en el barrio y su vinculación con la comunidad, la presencia social constituye una estrategia eficaz para acceder al mundo cotidiano de los jóvenes y por lo tanto permite familiarizarse de manera más adecuada con sus prácticas. Para esto, será necesario que el equipo acceda a los diferentes espacios cotidianos donde se desenvuelven los NNJ en el barrio, los lugares de esparcimiento, los espacios de encuentro, etc. y desde allí pueda adentrarse en su ambiente, sus redes, entablando los primeros diálogos con estos y generando una disposición inicial hacia el equipo y hacia el programa. Esta estrategia es efectiva también para vincularse con NNJ que se muestren renuentes a la intervención de programas en el barrio.

Actividades de calle: Comprenden la realización de actividades en el barrio, idealmente en espacios abiertos que ofrezcan a los jóvenes alternativas culturales, deportivas, de entretenimiento, etc., y que permitan generar un primer contacto entre el equipo y los NNJ. Para esto es muy relevante realizar una difusión previa y extendida por el barrio utilizando afiches y dpticos que permitan llamar la atención y convocar de manera adecuada a la mayor cantidad de NNJ del barrio (o que pasen la mayor parte del día allí). En este tipo de actividades es muy importante, previo al inicio de la actividad, que el equipo realice un recorrido por el barrio para invitar a los NNJ a participar. Cabe mencionar que en estas actividades la idea es que el monitor encargado de desarrollar la actividad pueda ser el encargado de guiarla, de manera que el equipo técnico pueda dedicar tiempo a conversar con los NNJ y a generar este primer vínculo.

Contacto con organizaciones de NNJ: Se refiere a acceder a los grupos presentes en el barrio, donde los NNJ se reúnen de acuerdo a intereses comunes solos o con el acompañamiento de algún líder comunitario adulto. Estos grupos generalmente son de tipo, cultural, religioso, deportivo, etc. y no es un requisito que la organización sea formal para que se incorpore al programa. Para desarrollar este tipo de estrategia serán importantes los contactos previos con líderes adultos que tengan un grado de conocimiento mayor respecto a las organizaciones juveniles presentes en el barrio.

Contacto con otras organizaciones del barrio: las organizaciones del barrio constituyen una buena alternativa para acercarse a los niños, niñas y jóvenes, esto dado su conocimiento de las dinámicas

comunitarias y el hecho de que muchas veces las organizaciones de jóvenes y sobretodo de niños se generan al alero de organizaciones de adultos del barrio. El contacto con éstas organizaciones constituye una eficiente estrategia de acercamiento con los NNJ ya que nos permite conocer intereses y necesidades de éstos y también antecedentes pasados del desenvolvimiento de dichos grupos en su relación con la comunidad, respecto de su vínculo con instituciones, proyectos ejecutados, si se vinculan con otras organizaciones, etc.

Coordinación con instituciones presentes en el barrio: Las instituciones que trabajan en el barrio cuentan con un conocimiento previo de los NNJ y las dinámicas de la comunidad que es útil para ésta etapa de acercamiento a éstos, a veces también cuentan con una vinculación establecida con anterioridad con ellos (en forma grupal o individual) y por lo tanto coordinarse con estas instituciones constituye un recurso de relevancia en esta etapa. Antecedentes de importancia que pueden proporcionar tienen que ver con la forma de relacionarse de los NNJ con la institucionalidad, revisión de aprendizajes en el establecimiento de vínculo, intereses y necesidades que presentan, entre otros.

Además, es importante que en esta etapa los profesionales de prevención tomen contacto con las familias y los adultos responsables de la comunidad, procurando generar lazos de confianza y trabajo mutuo fundamentales para desarrollar un trabajo sostenible con los niños, niñas y jóvenes. Este vínculo puede desarrollarse mediante una comunicación escrita regular (notas, boletines, etc.), talleres iniciales en los que se invita a participar a los adultos, o visitas domiciliarias, entre otras formas de generar un acercamiento que valide las actividades que se busca desarrollar con los niños, niñas y jóvenes.



Segunda etapa de conocimiento y motivación

Esta etapa tiene lugar una vez que el equipo técnico cuenta con un primer vínculo con los NNJ y ha instalado un espacio común de trabajo. En esta segunda etapa el contacto ya no sólo depende de acceder a la cotidianidad o actividades propias de la comunidad, puesto que el equipo ya cuenta

con un nivel mínimo de presencia, vínculo inter-personal y conocimiento sobre el contexto sociocultural, que le permite proponer espacios nuevos de interacción.

El foco del equipo en esta etapa deberá estar en **estrechar el vínculo con los niños, niñas y jóvenes, y motivar su participación en el desarrollo de actividades masivas** regulares en la comunidad. Estas actividades deberán ser pensadas y discutidas con los niños, niñas y jóvenes con anticipación para asegurar que éstas se correspondan con sus intereses y los que requieran sean oportunamente gestionados (materiales, monitores, espacios, participación de otras organizaciones o instituciones, etc.). Si bien estas actividades se inician durante esta segunda fase de la intervención, lo importante es que su ejecución persista durante todo el proceso de trabajo con los niños, niñas y jóvenes de la comunidad.

Aun cuando la primera etapa permite un conocimiento y vinculación inicial con los niños, niñas y jóvenes del barrio, la segunda etapa busca **profundizar este conocimiento mutuo entre los NNJ y los profesionales de prevención**. Para aprovechar esta instancia, se recomienda al equipo generar un diálogo y un trabajo de levantamiento de intereses con grupos específicos de niños, niñas y jóvenes, es decir, que compartan características, intereses o afinidades particulares entre ellos. Este trabajo grupal permite realizar un primer acercamiento a los riesgos específicos que manifiestan los distintos grupos de NNJ en la comunidad.

El desarrollo de actividades masivas permitirá motivar en general a los niños, niñas y jóvenes del barrio con la prevención del consumo de drogas y la promoción de un estilo de vida saludable, sin embargo, dichas actividades permitirán al equipo, además, tomar contacto con las particularidades de los distintos grupos de NNJ, generar confianzas iniciales y comenzar a definir cuáles son los bordajes preventivos más adecuados para sus características o condiciones de vida específicos. Para asegurar el alcance de estos objetivos **se recomienda que el equipo desarrolle actividades adecuadas y especialmente pensadas para favorecer el acercamiento de los profesionales de prevención a los distintos grupos de NNJ**.

Por otro lado, en este trabajo de profundización y estrechamiento del vínculo con los NNJ y dado la importancia que tiene para la intervención indicada en drogas el desarrollo de una perspectiva intercultural que permee los objetivos y propuesta metodológica de la misma, resulta indispensable que los **equipos técnicos trabajen en un proceso de descentración cultural**, que les permita transitar desde una perspectiva de trabajo donde es el interventor quien “accede” a la comunidad y a los NNJ con un saber único y científico respecto de las drogas, hacia una forma colaborativa de definir con éstos las características y particularidades de su dinámica cotidiana y su relación con las sustancias. Identificando aquellas pautas culturales que están detrás de las actitudes, percepciones y valoraciones que los propios NNJ tengan del consumo y cómo eso cobra sentido en su vida.

Este punto es relevante ya que atiende al principio de la intervención social que se refiere a la necesidad de comprender para intervenir, lo cual debe ser un ejercicio consciente y también autocrítico, de manera de identificar el plano de encuentro entre las pautas culturales de un “otro” y las propias, por lo cual este proceso de descentración cultural incluye también el análisis

de los propios marcadores identitarios. Se trata de **observar y comprender los propios anclajes culturales que surgen de la pertenencia a una cultura dada, pero también atendiendo a la pertenencia a una propuesta institucional** que define valores asociados al consumo que se imprimen por tanto a una forma específica de hacer intervención en prevención con NNJ que presentan una mayor exposición a los riesgos del consumo. El interventor deberá ser especialmente sensible a identificar los sesgos culturales susceptibles de tener lugar en el desarrollo de su trabajo, abriendo un proceso de relativización respecto a éstos cuando interfieran en un trabajo cercano y centrado en los intereses y necesidades del NNJ, su familia y su comunidad.

Para que este diálogo intercultural se produzca es necesario que el equipo técnico trabaje en la generación de espacios que faciliten la identificación e intercambio con los NNJ, acercándose y **develando aquellas múltiples dimensiones de la identidad (marcadores identitarios) y determinando qué influencia tienen éstas en la vida del NNJ**, en su vinculación con otros, en su proyecto de vida, en su perspectivas de desarrollo, etc. En el trabajo indicado por ejemplo, según la forma en que interpelemos (a través de qué marcadores identitarios) a cada NNJ, será posible reafirmar o derribar definiciones que les impulsen a avanzar por ejemplo en estadios de cambio respecto del consumo de drogas, en la modificación de la valoración de sí mismo y en el fortalecimiento de su relación con otros significativos de su comunidad.

En el plano de la prevención indicada, desarrollar este trabajo resulta fundamental ya que el cumplimiento del objetivo global que posee éste tipo de intervención, estará fuertemente mediado por el hecho de que el equipo **logre identificar, reconocer y valorar las pautas culturales a las cuales responden los NNJ usuarios** de manera que efectivamente se provoque un cambio en la manera en que éstos se relacionan con el consumo de drogas.



Tercera etapa de consulta y priorización de grupos

En la medida en que las actividades masivas cumplen sus objetivos, y los profesionales de prevención logran conocer las particularidades y los riesgos específicos que afectan a los distintos grupos de niños, niñas y jóvenes de la comunidad, se iniciará una tercera etapa de priorización de los accesos a las iniciativas de prevención selectivo-indicado. Puesto que el grupo de niños, niñas y jóvenes con el que trabajará el equipo en el barrio puede ser dividido a su vez en sub-grupos que respondan a riesgos específicos frente al consumo de drogas, es necesario definir claramente con qué criterio se definirá el orden en el que los distintos grupos van entrando al programa y el procedimiento que valida esto en la comunidad.

En primer lugar, es necesario que durante la segunda etapa los profesionales de prevención sean capaces de sintetizar los riesgos que a su juicio están corriendo los distintos grupos de niños, niñas y jóvenes en el barrio. Este **panorama de los riesgos** deberá ser construido a partir de las orientaciones técnicas del presente programa, considerando variables etarias, de maduración, género, relaciones con las definiciones de salud, vínculo con servicios sociales, interculturalidad, marcadores identitarios, valores de consumo, aislamientos u oportunidades de red, entre otros múltiples criterios que orientan al equipo para la observación y levantamiento de alertas a nivel comunitario sobre la necesidad de concentrar los esfuerzos en determinados grupos de niños, niñas y jóvenes.

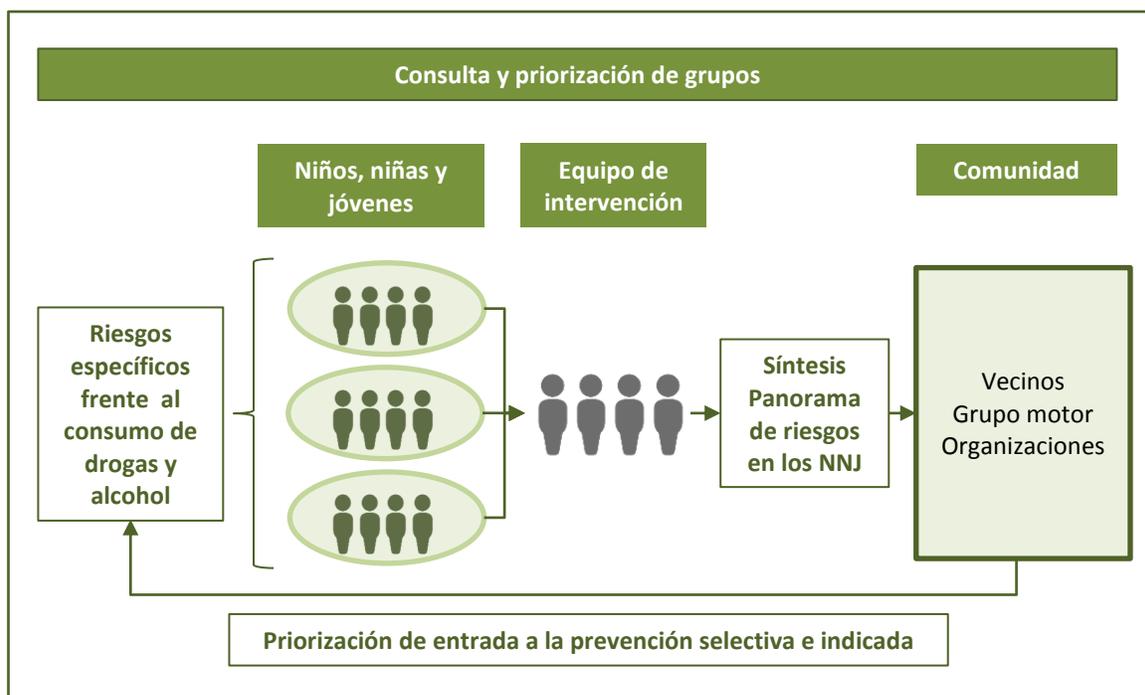
Este último punto es fundamental, puesto que los profesionales deberán procurar la **participación de la comunidad en la comprensión y decisión sobre las apuestas de prevención** que se desarrollarán en el territorio. Los distintos actores de la comunidad pueden tener una opinión contextualizada sobre las situaciones o circunstancias de riesgo que afectan a los niños, niñas y jóvenes de la comunidad. Para aprovechar este conocimiento, es valioso desarrollar una instancia colectiva de discusión sobre las impresiones y las mejores formas de priorizar la prevención en el barrio (*Ahora que sabemos esto ¿Cómo ordenamos el trabajo con los niños, niñas y jóvenes?*).

Otra forma de abordar esta necesidad de participación comunitaria en las decisiones de priorización es el **involucramiento activo del grupo motor u otras organizaciones socio-comunitarias que muestran especial motivación por el bienestar de los niños, niñas y jóvenes**. Idealmente, ambas instancias de participación, masiva o sectorial (organizaciones o grupo motor), son complementarias para lograr el mayor nivel de legitimidad y validez en el barrio. Esto contribuye a generar un mayor apoyo e involucramiento de la comunidad en el desarrollo de la prevención.

La importancia de desarrollar este proceso de consulta radica no solo en el aprovechamiento de los recursos situados para la toma de decisiones, sino también en los **conflictos que puede generar una decisión de priorización que no involucra a la comunidad**. En ausencia de una consulta, el equipo puede priorizar grupos que no son considerados de mayor riesgo por la comunidad y se puede instalar una opinión negativa o baja validación hacia el programa.

Estas instancias de consulta sobre las mejores formas de priorizar los riesgos observados por el equipo de intervención pueden dificultarse ante una escasa sensibilización de la comunidad con los objetivos de la prevención, y por lo tanto la emergencia de **presiones para priorizar grupos que el equipo constata sin mayores riesgos.**

La priorización de grupos no debe responder exclusivamente a los mayores niveles de riesgo, sino que también a sus niveles de interés o motivación por el programa (manifestado durante las actividades masivas), accesibilidad (ej. Horarios o lugares que permitan su intervención), compromiso de recursos anexos (ej. Interés de un colegio por complementar una intervención de estudiantes con riesgo de abandono), o tamaño del grupo (en caso de ser muy grande buscar sub-categorías), entre otros. Es importante que todos estos argumentos sean conversados adecuadamente en el equipo y con la comunidad para desarrollar abordajes con un alto nivel de calidad técnica e impacto en la prevención del consumo de drogas.



Cuarta etapa de registro y diagnóstico

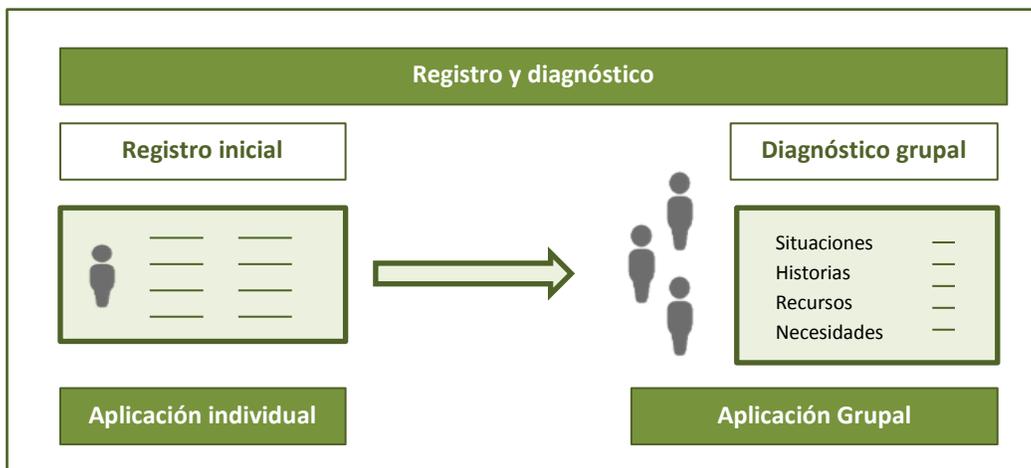
Una vez que se han priorizados los grupos, y los miembros de estos grupos se encuentran motivados para iniciar el proceso de intervención, se desarrollará una cuarta etapa de registro y diagnóstico que permitirá conocer las características, necesidades, intereses y motivaciones de las personas que los conforman. Es importante que en un primer proceso de **registro inicial** se incluyan datos tales como el nombre, Rut, edad, género, residencia, nacionalidad, pertenencia a una etnia, nacionalidad de los padres, escolaridad, vinculación con el establecimiento educación, entre otros.

Junto a este registro inicial es fundamental resguardar que los niños, niñas y jóvenes conozcan los objetivos del programa y consientan su participación y uso confidencial de datos personales por parte del equipo. En este sentido, el equipo deberá poner a disposición de los participantes y sus familias un **consentimiento informado** que al ser firmado marca el ingreso formal del NNJ al programa.

El segundo paso de esta etapa se refiere al trabajo de diagnóstico grupal, espacio colectivo donde el equipo técnico promueve una **reflexión conjunta en torno a las necesidades e intereses de los NNJ**, la historia de participación en programas anteriores, la exposición al consumo, los mecanismos y recursos de protección frente a las drogas, la percepción de su comunidad en relación a ellos, entre otros. Para esto se orienta la utilización de técnicas participativas, que promuevan el diálogo y protagonismo de los niños, niñas y jóvenes en su desarrollo, para lo cual deben hacer uso de metodologías flexibles y participativas tales como grupos de discusión, dinámicas de análisis grupal, talleres diagnósticos o grupos focales, entre otros.

Es importante que el diagnóstico cuente con dos momentos. El primero orientado a la **recolección de información** sobre las situaciones que los protegen o exponen frente a conductas de riesgo tales como el consumo de drogas. Este trabajo permite reconocer y relacionar problemas y recursos y definir roles que les competen en la resolución de los mismos. Por otro lado, es importante considerar un segundo momento de problematización centrado en los **elementos sintetizados y devueltos por el equipo**, donde se reafirma o cuestiona lo señalado en un primer momento, y donde los participantes observan de manera crítica lo expresado. Este segundo espacio permite trabajar con los NNJ el involucramiento grupal y comunitario, procurando desarrollar una perspectiva colaborativa desde un primer momento, ya sea en torno a los integrantes del grupo, o a su posición como miembros activos de una comunidad más amplia (SENDA, 2014a).

Las estrategias desplegadas en el diagnóstico grupal deben ser de utilidad para apuntar efectivamente a los intereses de los NNJ con el objeto de que el resultado en ningún caso sea un plan definido exclusivamente por el equipo o que apunte a cuestiones de escasa relevancia para el grupo. El foco es indagar las necesidades y recursos situados de los NNJ.



Quinta etapa de diseño del plan de acción grupal (PAG)

La etapa anterior permite al equipo observar las posibles líneas de acción específicas que se relacionan con los riesgos que afectan al grupo de niños, niñas y jóvenes priorizado. En la quinta etapa de diseño, dichas **líneas de acción toman consistencia en torno a los ejes de intervención propuestos por el programa**. Para ello, el equipo deberá enmarcar los resultados del proceso de diagnóstico en algunos o todos los siete ejes de intervención del programa, para comenzar a desarrollar actividades que mejoren las condiciones de riesgo o vulnerabilidad identificadas o bien fortalezcan aquellos recursos protectores disponibles en el grupo de niños, niñas y jóvenes.

La planificación se divide en tres momentos: 1) El equipo relaciona los resultados del diagnóstico con los ejes de intervención del programa y escoge líneas de intervención con actividades y resultados esperados en una línea de trabajo de aprox. ocho meses, 2) el equipo presenta la planificación al grupo de niños, niñas y jóvenes (utilizando una metodología adecuada para la edad de los integrantes), y recoge consideraciones o modificaciones propuestas, y 3) el equipo incorpora las modificaciones discutidas y presenta la planificación final para ser firmada por todos los integrantes del grupo.

Una vez que relacionan los resultados del diagnóstico con los ejes de intervención del programa, el equipo está en condiciones para decidir cuáles serán los énfasis de la intervención. Por ejemplo, a partir de la edad de un grupo de jóvenes mujeres y la relación que estas desarrollan grupalmente entre la diversión en clubes nocturnos, el consumo de drogas y los encuentros sexuales, el equipo puede decidir desarrollar un plan de intervención orientado específicamente al eje de “autonomía del cuidado y la salud” en el que las participantes tengan espacios para problematizar esta asociación, entender las vulnerabilidades de género, buscar información y compartirla, estrechar vínculos de protección (en el caso de que el diagnóstico de redes muestre debilidades u oportunidades de red), desarrollar actividades de promoción en el barrio o buscar alternativas enriquecedoras de recreación, entre otros. Así, el equipo puede tomar decisiones situadas sobre cuáles son los ejes de mayor relevancia y cuántos de estos deben ser abordados durante los ocho meses de intervención.

Es necesario que el equipo tome en cuenta constantemente el horizonte temporal de la intervención para no abordar demasiados temas de forma precaria o bien abordar muy pocos, desaprovechando los recursos y las oportunidades que tienen los niños, niñas y jóvenes de desarrollar factores protectores frente al consumo de drogas. En esta línea es necesario que los objetivos sean consistentes y busquen **impactos efectivos en los vínculos de los niños, niñas y jóvenes, ya sea entre ellos, con la comunidad, con las organizaciones o con los servicios sociales**. Para ello es muy importante que el equipo conozca qué efectos generales espera tener cada eje en las redes sociales.

Una vez decididos los énfasis de la intervención en función de los resultados del diagnóstico, el equipo deberá idear las actividades con las cuales apuntará al fortalecimiento de las capacidades de los niños, niñas y jóvenes o la disminución de sus vulnerabilidades frente al consumo de drogas y alcohol. Se recomienda que el equipo desarrolle un proceso ordenado de planificación en el que

puedan distinguir cuales son los **puntos esenciales de su intervención**. Por ejemplo, si el énfasis será la relación entre la diversión nocturna y el consumo de drogas en adolescentes mujeres, los puntos esenciales de la intervención pueden ser: 1) definiciones de la diversión, 2) riesgos de la diversión nocturna asociada al consumo, 3) relación entre el consumo de drogas y la violencia de género, 4) formas de protección colectiva, 5) alternativas saludables al consumo, 6) daños asociados al consumo y proyectos de vida, entre otros.

Así, el equipo puede proponer actividades específicas para los puntos esenciales de su intervención. Ej. Revisión de cómo se entiende la diversión en el barrio, elaborar relatos, sacar fotos, compartir proyectos de vida, analizar conjuntamente como la forma de diversión aporta o dificulta el proyecto de vida, visualizar la red que desarrollan las jóvenes y buscar formas para fortalecerla, analizar situaciones de riesgo y ensayar soluciones, reflexionar sobre las masculinidades, feminidades y violencias de género, generar un conversatorio con encargados de los centros de la mujer o casas de acogida (SERNAM), generar una campaña de prevención de la violencia de género con énfasis en el consumo de drogas, etc.

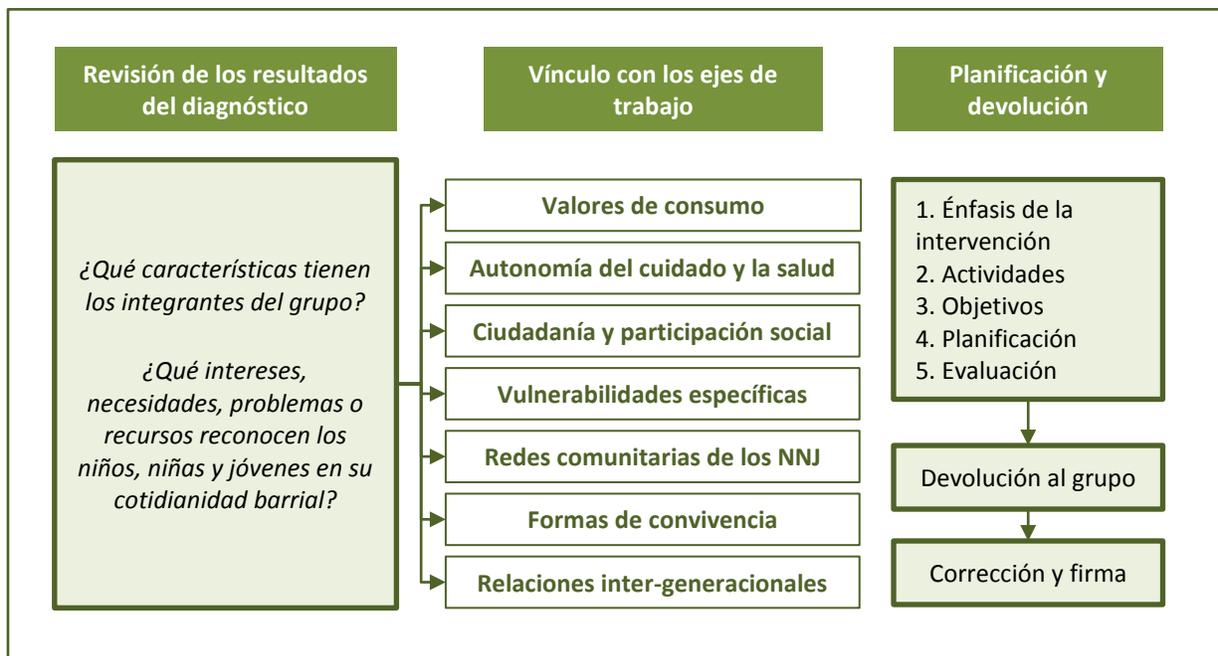
Una vez expuestas todas las actividades, el equipo deberá ordenarlas temporalmente y analizar la utilización de recursos para cada una de ellas. Es importante que esto se realice con anticipación para asegurar la gestión adecuada de los recursos requeridos y buscar en la comunidad las colaboraciones que permitan dar mayor consistencia a las iniciativas.

Finalmente, el equipo de intervención, en función de los ejes que ha escogido, deberá señalar cuales son los resultados esperados de la intervención y **aplicar un instrumento que permita conocer el estado actual de las redes sociales de los participantes del grupo (sociograma)**. Además, se deberá proyectar a ocho meses la aplicación de otro sociograma que le indicará al equipo si las redes de los usuarios del programa se han fortalecido o no. Los profesionales pueden consultar el documento anexo denominado “Proceso de evaluación de la intervención con enfoque de redes”, para saber cuáles son los resultados esperados en función de los ejes seleccionados.

Cada plan PAG será **exclusivo para cada barrio y para cada sub-grupo de niños, niñas y jóvenes que se interviene en el mismo**. Además, su construcción debe tener un fuerte componente participativo. En este plano toma relevancia el enfoque de derechos, en tanto el desarrollo de estos planes de acción debe efectivamente procurar la participación de los niños, niñas y jóvenes, el reconocimiento y **valorización de sus definiciones valores y prácticas**, y la búsqueda de un diálogo centrado en el bienestar y las condiciones de desarrollo que no imponga los conceptos u objetivos del equipo de intervención. Esto no supone la pérdida del pre-diseño o de los parámetros que distinguen la intervención preventiva de cualquier otra intervención, sino más bien la generación de los tiempos y los espacios para encontrar puntos de encuentro (descentración-mestizaje) y avanzar en un abordaje preventivo con sentido para los niños, niñas y jóvenes de cada barrio.

Un punto esencial en este cuestionamiento de las metodologías con enfoque de derechos tiene que ver con la **justicia espacial**. Es necesario que las acciones y las actividades que trabaja el

equipo con los grupos de prevención selectiva pongan un fuerte énfasis en la diversidad de espacios utilizados. Se trata de mover constantemente al grupo de niños, niñas y jóvenes por distintos espacios públicos, de la comunidad, de las organizaciones, de los vecinos, del municipio, de los servicios sociales, aun cuando el equipo cuente con un espacio barrial propio, motivando **un proceso de socialización, generación de vínculos con los lugares y las personas que los habitan, promoción de eficacia** (“¿viste que puedes?”) **y promoviendo el empoderamiento de los niños, niñas y jóvenes para dinamizar sus redes y contar con recursos latentes** (listos para ser ocupados en caso de necesidad).



Una vez que el equipo ha diseñado el plan de acción grupal, y este se encuentra firmado por todos los integrantes del grupo, entonces se dará inicio a la ejecución de ocho meses.

Sexta etapa de tránsito desde la prevención selectiva hacia la prevención indicada

Durante la ejecución del plan de acción grupal, el equipo de intervención deberá desarrollar acciones de detección temprana que apuntan a la identificación e intervención oportuna de aquellos niños, niñas y jóvenes que presentan consumo. Cuando el equipo de intervención identifica un caso de posible consumo, generará un acercamiento individual y facilitará la aplicación de un instrumento de evaluación de dicho consumo para determinar el nivel de riesgo y generar una respuesta apropiada.

Los resultados de la aplicación del instrumento pueden ser variados y en función de ellos el equipo desarrollará una derivación asistida, generará un abordaje de prevención indicada, o bien continuará con el desarrollo de la prevención selectiva junto al grupo.

Ahora bien, aun cuando el nivel de riesgo del consumo constituye el criterio central para tomar una decisión sobre el abordaje que resulta más adecuado para el niño, niña o joven, el equipo

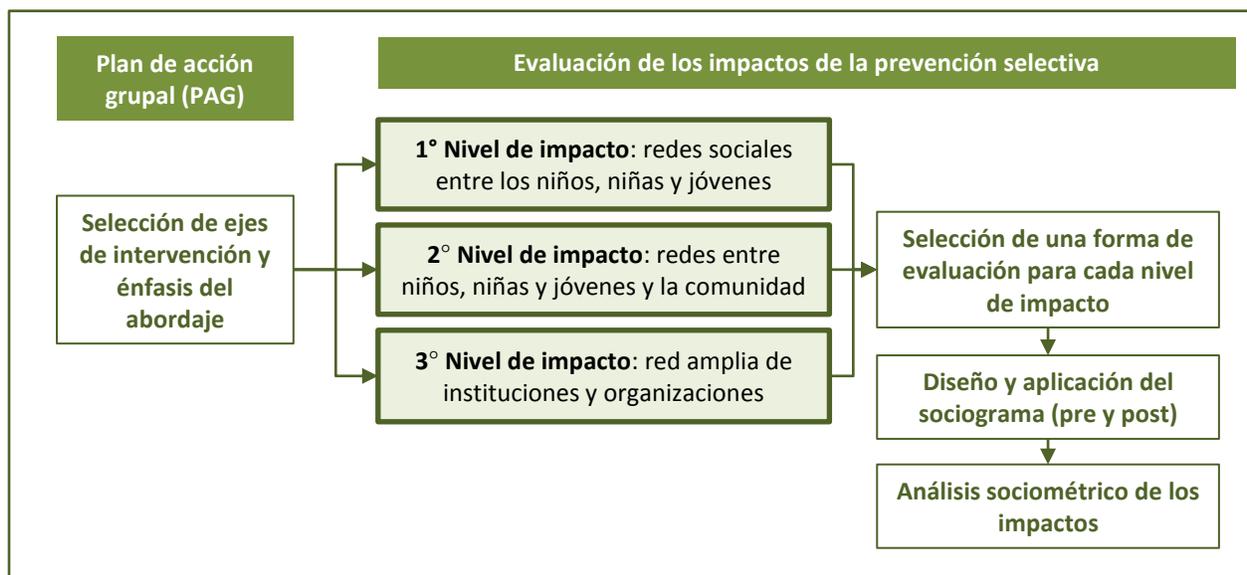
contará con otros criterios que le permitan distinguir con mayor precisión las necesidades del caso (compromiso biopsicosocial y motivación).

Cabe señalar que la entrada a la prevención indicada no sólo ocurre desde la prevención selectiva, sino que también puede desarrollarse por consulta espontánea. Si un niño, niña o joven se acerca al equipo sin estar participando en las actividades grupales de prevención selectiva y manifiesta inquietud y motivación por trabajar de manera indicada su consumo, entonces el equipo deberá desarrollar acciones de registro inicial, aplicación de consentimiento informado y desarrollar las acciones de detección temprana especificadas anteriormente para determinar la necesidad de intervención y los abordajes apropiados.

Séptima etapa de evaluación de los resultados de la intervención

La intervención que realizarán los equipos deberá ser evaluada en función de su impacto en las redes de niños, niñas y jóvenes (**1° nivel de impacto**), las redes que entablan con la comunidad en general (**2° nivel de impacto**), y las redes que se desarrollan con organizaciones o servicios sociales (**3° nivel de impacto**). Cada eje de intervención tiene efectos potenciales en estos tres niveles, y por lo tanto, el equipo deberá determinar cómo evaluarán los impactos de la intervención en cada uno de los niveles. Esta decisión es tomada durante el proceso de evaluación e incluida en el PAG.

Una vez transcurridos los ocho meses aproximados de intervención, el equipo deberá volver a aplicar el mismo sociograma ocupado en el proceso de planificación (aplicación post) para indagar que efectos tuvieron las actividades y el cumplimiento de los objetivos de la intervención en el mejoramiento de las redes sociales de los niños, niñas y jóvenes del barrio.



Prevención indicada con enfoque de redes

La prevención indicada constituye un abordaje específico con usuarios que han iniciado consumo de drogas y se encuentran en **riesgo de desarrollar un consumo abusivo o problemático**, lo anterior atendiendo a sus condiciones de vulnerabilidad individual, familiar, relacional, ambiental y/o comunitaria.

Este tipo de intervención se dirige a niños, niñas o jóvenes que presentan consumo de riesgo, es decir, que su consumo constituye un problema emergente sin cumplir aún con **los criterios de consumo perjudicial y/o dependiente de drogas**, y su finalidad es suspender el consumo, reducir la frecuencia de uso y evitar la progresión hacia la dependencia (Guitart et al. 2012).

En el plano de la prevención comunitaria con NNJ, el abordaje indicado apunta a la identificación y trabajo oportuno con usuarios que se encuentran en riesgo de desarrollar un consumo problemático de drogas, **fortaleciendo redes de apoyo familiar, comunitario e institucional, involucrando a distintos actores de la comunidad en la construcción de soportes, y desarrollando estrategias de intervención temprana** (Entrevista motivacional, fortalecimiento FP comunitarios, etapas del cambio, estrategias de intervención breve).

Desde una perspectiva comunitaria, el grado de organización de una comunidad y el interés que ésta tenga en la prevención del consumo de drogas constituye un factor clave en el abordaje de ésta problemática en relación a los NNJ que allí desarrollan su vida (Arbex, 2013).

Cuestiones como el **nivel de preparación de la comunidad para la prevención**, expresado en el grado de conocimiento y apoyo que brinda la comunidad hacia los servicios e intervenciones en prevención, los recursos de ésta para coordinarse en torno a estrategias preventivas, la historia de respuestas comunitarias para abordar el consumo de drogas de sus NNJ, los esfuerzos institucionales (fallidos o certeros) desarrollados en los barrios, entre otros, permite a los equipos técnicos valorar estos aspectos y fortalecerlos transversalmente en el desarrollo de las intervenciones selectivas e indicadas. Esto aumenta considerablemente los márgenes de sostenibilidad del trabajo desarrollado, mejorando con ello su eficacia en términos de fortalecer mecanismos de potenciación de los propios recursos de la comunidad para la generación de soportes para casos de NNJ que presenten consumos iniciales o de riesgo.

Los programas de prevención indicada deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de acuerdo a las características de la comunidad donde se desarrollará la intervención, esto constituye otro aspecto que aumentará la eficacia del programa, en tanto factores como la edad, el sexo, la etnia, la residencia, las dinámicas de los grupos de NNJ, los valores comunitarios, entre otros (COPOLAD, 2014), otorgan viabilidad a los factores protectores y de riesgo identificados e incorporados en los planes de intervención. Lo anterior sólo es posible en tanto los equipos técnicos realicen un acercamiento a la comunidad, indaguen respecto de los valores de cuidado, de las motivaciones de sus miembros para proteger y ser soporte de los NNJ, así como también, de las **dinámicas presentes en los territorios y que modulan la relación de éstos con las sustancias**.

La presente línea de prevención indicada busca darle pertinencia a la intervención, apuntando al tipo de problema de abuso de drogas por parte de los NNJ particular en cada comunidad donde se intervendrá, realizando de acuerdo a la perspectiva antes mencionada una selección de los factores de riesgo que se abordarán, y definiendo los factores de protección específicos a fortalecer en los NNJ que presentan consumo de riesgo.

La evidencia respecto al desarrollo de líneas de prevención indicada, señala que las intervenciones dirigidas a este tipo de población (con consumo de riesgo), presentan **alto riesgo de generar estigmatización y encasillamiento, así como también carecen de líneas de acción orientadas a la promoción de la generación de lazos fuertes con las instituciones y la comunidad que rodean a los NNJ**. De lo anterior es posible desprender una serie de factores de riesgo para el consumo de drogas, los cuales pueden influir en la profundización o aumento de intensidad en consumos iniciales, lo que hace emerger la necesidad de orientar los esfuerzos en ésta línea con el objeto de que los NNJ cuenten con redes de soporte y apoyo cada vez más provistas que puedan proporcionarles los recursos y suministros necesarios para, en primer lugar, asegurar su adecuado desarrollo, y por otro lado facilitar cambios en su percepción y manera de relacionarse con las sustancias (CICAD, 2013).

Lo anterior responde a la actual forma de mirar la salud y el bienestar individual y colectivo, incorporando las influencias que los entornos sociales, económicos y culturales tienen sobre la vida de las personas y las dinámicas o pautas culturales que les potencian y limitan respecto de su participación en temáticas que son relevantes para su desarrollo, además de las dinámicas de contención y apoyo social que les entrenan en formas de socialización y vinculación constructivas y potenciadoras (SENDA, 2014a). Esto imprime a la prevención indicada propuesta una base que **enriquece los márgenes de desarrollo de la intervención**, permitiendo a los equipos técnicos posicionarse desde la mirada de la salud integral de los NNJ, más que desde formas asistencialistas, o centradas exclusivamente en el riesgo, que minan el desarrollo las potencialidades propias y de quienes les rodean.

De acuerdo a los principios que la CICAD (2013) establece para estas líneas de trabajo, se espera que la intervención realizada por los equipos técnicos, se despliegue en los diferentes espacios en los que se desenvuelven los NNJ en el barrio, proponiendo estrategias para generar y fortalecer la vinculación con la red de soporte del NNJ, en relación a su familia, la escuela, las organizaciones y otros de la comunidad susceptibles de constituirse en un apoyo para la intervención. Desplegando, además, mensajes consistentes y permanentes en la comunidad respecto del cuidado, protección y potenciación de los NNJ, y la forma en la que los miembros o las organizaciones presentes en ésta deben constituirse en agentes sociales involucrados con los objetivos preventivos.

La prevención indicada constituye un tipo de intervención temprana, la cual tiene el objetivo de **detener el deterioro de la situación problemática que pueden presentar algunos NNJ y abordar los síntomas que se presenten**, modificando la relación que entablan éstos con el consumo de sustancias o los factores que mantienen o empeoran el problema.

Se espera que a través de la intervención selectiva realizada, los equipos técnicos **detecten casos de NNJ en los que es necesario realizar algún seguimiento o intervención más individualizada**, breve (intervención temprana) o más frecuente e intensa (prevención indicada).

Arbex (2013) propone realizar prevención indicada cuando:

- El niño, niña o joven presente consumo de drogas, pero no cumpla con los criterios de diagnóstico de dependencia (DSM-IV o de la CIE-10). Además, presenta **indicadores que se encuentran altamente correlacionados con un riesgo individual de desarrollar abuso de drogas con el tiempo**.
- El objetivo de la intervención es **prevenir que el consumo avance hacia una dependencia, y se suspenda o reduzca la intensidad y frecuencia del consumo** que expone al NNJ a diversas consecuencias negativas para su salud y su desarrollo.
- Es necesario determinar los **factores individuales, familiares y comunitarios que están influyendo en su consumo**, a partir de lo cual el equipo técnico en conjunto con el usuario definirán una intervención específica.

Este tipo de intervención se diferencia de la selectiva, dado que existe mayor influencia de la correlación del consumo con aspectos individuales para un abuso o dependencia a las drogas y se diferencia de tratamiento, por una lado, porque **no existen criterios de dependencia y, por otro, porque existe un énfasis preventivo en los objetivos de las intervenciones comunitarias enfocadas en generar y fortalecer soportes de cuidado y protección**, influyendo en factores protectores que vinculan al usuario con su entorno (familia, escuela, organizaciones, otros significativos en su comunidad, entre otros.)

Las investigaciones que buscan determinar por qué una persona comienza a consumir y progresa hacia el abuso de drogas, señalan que si bien los factores de riesgo pueden incrementar las posibilidades de que una persona consuma y abuse de las drogas, un buen manejo y el fortalecimiento de los factores protectores pueden disminuir dicho riesgo y prevenir eficazmente el consumo y/o evitar su profundización. A lo anterior también se suma que la mayoría de las personas que presentan riesgos para el consumo, nunca comienzan a usarlas ni mucho menos generan adicción ya que lo que constituye un factor de riesgo para una persona o una comunidad puede no serlo para otras (NIDA, 2004).

Centrarse en el polo positivo de la intervención en prevención en drogas, como lo propone un enfoque comunitario, permite flexibilizar la discusión en el sentido de ponderar y apuntar con mayor fuerza a aquellos aspectos que son fortalecedores y potenciadores de los NNJ y de sus comunidades, **gestionando el acceso a redes y recursos**, permitiendo así responder de mejor manera al desafío de una intervención social enfocada a fortalecer recursos y potencialidades que son esenciales para el desarrollo integral de NNJ, mejorando su calidad de vida y preparándoles para el futuro.

Para todo lo anterior, es necesario enfatizar y orientar técnicamente la utilización de la **metodología de análisis y gestión de redes sociales**, motivando la planificación y evaluación de los abordajes propuestos por los equipos de intervención desde la observación de las relaciones, apoyos o soportes que acompañan a los niños, niñas y jóvenes en su desarrollo.

Entrada a la prevención indicada

Como hemos señalado anteriormente, el trabajo a nivel grupal (prevención selectiva), centrado en vulnerabilidades o condiciones de riesgo de determinados sectores de la población de niños, niñas y jóvenes del barrio, se acompaña de un trabajo específico para aquellos que presentan un consumo de riesgo. Este trabajo se centra en el **desarrollo de acciones individualizadas, que responden a los riesgos específicos de la persona**.

Las investigaciones desarrolladas por SENDA enfatizan un aumento preocupante del número de niños, niñas y jóvenes que utilizan sustancias psicoactivas ilegales como la marihuana. Este escenario se acompaña de una amplia evidencia sobre la **relación entre el consumo de tabaco o la intoxicación por alcohol y el aumento en la probabilidad de un posterior consumo de cannabis u otras drogas ilícitas** (Stolle et al. 2007). Esta relación motiva el desarrollo de intervenciones integrales que apuntan a la suspensión del consumo de drogas mediante el fortalecimiento de factores protectores específicos que, si bien son muchas veces compartidos con otros pares o miembros de la comunidad, requieren un abordaje individualizado para lograr estos niveles de impacto.

Por otro lado, es importante considerar que los daños del consumo de sustancias en los niños, niñas y jóvenes se relacionan fuertemente con la precariedad de las redes de soporte y protección comunitarias, motivando intervenciones de detección e intervención temprana específicamente centradas en **comunidades con poco acceso a recursos y escasamente fortalecidas en la protección, cuidado y potenciación de los NNJ que allí se desarrollan** (Lubman et al. 2007).

Esto fundamenta el despliegue de estrategias de detección e intervención temprana que puedan abordar de manera oportuna y adecuada el consumo de riesgo en los niños, niñas y jóvenes, desarrollando estrategias para prevenir el avance en el consumo y las consecuencias negativas asociadas al mismo.

Los programas que se desarrollan en ésta línea deben centrarse en el fortalecimiento de factores protectores comunitarios, en vistas a la consecución de los siguientes objetivos:

- Retrasar la edad de inicio de la experimentación de drogas;
- Suspender el consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes atendiendo a los enormes riesgos y daños del uso de sustancias en esta población.
- Reducir el número de NNJ que progresan a consumos regulares o uso problemático.
- Minimizar y reducir los patrones de uso de riesgo

El desarrollo de una línea de prevención indicada requiere la observación y reflexión en conjunto con los NNJ sobre la complejidad de su relación con el consumo, analizando detenidamente las implicancias de esta práctica en las diferentes dimensiones de su desarrollo. Este trabajo requiere bastante tiempo, y una vinculación estrecha del equipo con el NNJ y su entorno, para favorecer el **desarrollo de evaluaciones adecuadas que permitan distinguir los planos de intervención que caen en el plano de competencias del equipo** (prevención selectiva o indicada) y cuales, por el contrario, requieren el desarrollo de derivaciones asistidas (tratamiento).

Esta mirada centrada en la complejidad de cada caso necesariamente relaciona el consumo de drogas de los niños, niñas y jóvenes con sus necesidades, intereses, expectativas y fuentes de soporte social, razón por la cual será de **vital relevancia que el equipo técnico se vincule con la red de adultos responsables y agentes claves**, ya sea para la generación de un plan de trabajo, o bien en caso de requerir articular recursos para la adecuada derivación y acompañamiento del NNJ que presentan consumo problemático.

Pesquisa

Este proceso tiene lugar en el espacio de vinculación cotidiana y se alimenta idealmente del acercamiento, conocimiento, motivación y trabajo regular que desarrolla el abordaje selectivo. La pesquisa cumple la función de **identificar a los niños, niñas y jóvenes que están consumiendo experimentalmente o bien han iniciado un consumo permanente**, anticipándose a la emergencia de problemas en sus distintos ámbitos de desarrollo (con su familia, pares, en la escuela, en su comunidad). Cabe señalar que en función de la contingencia del fenómeno en el que indaga, la pesquisa constituye un proceso constante de las intervenciones preventivas.

La pesquisa indaga, además, en las **situaciones o variables que pueden perpetuar el consumo de drogas (dependencia) o bien volverlo perjudicial para las condiciones de desarrollo del consumidor**, tales como la desvinculación familiar, el abandono escolar, la carencia de redes de apoyo social, la falta de recursos socio-comunitarios, etc., con el propósito de activar su red tanto en el ámbito preventivo como en el terapéutico si es necesario (derivación asistida y acompañamiento).

En el espacio de la pesquisa es necesario considerar dos tipos de señales:

Señales de alerta: Constituyen señales indirectas del consumo de drogas que apuntan a la precarización progresiva de la cotidianidad de los niños, niñas y jóvenes, tales como el abandono de actividades enriquecedoras para el desarrollo (deporte, artes, etc.), cambio en la relación de pares, desvinculación con la escuela, aislamiento familiar, señales de desgaste familiar (estrés, violencia, despreocupación, etc.), cambio en el vocabulario (conceptos

asociados al consumo) o expresión de opiniones (defensa del consumo o interés por determinadas sustancias), entre otros.

Señales de consumo: Constituyen señales directas de consumo, tales como la posesión de drogas, olor a drogas u otros aromas utilizados para disimularlo, robos en el hogar, la escuela u otros espacios, posesión de accesorios relacionados al consumo de drogas (papelillos, pipas, etc.).

Una vez consideradas y analizadas estas señales, se debe buscar mayor información a través de una observación más permanente y sistemática de los niños, niñas y jóvenes, vinculándose con personas de referencia en la comunidad, la familia o la escuela, u otros equipos de intervención en el barrio, y corroborando directamente con él, a través de una **conversación inicial, cercana, empática y no amenazante**. En dicha conversación inicial, el equipo podrá invitar al niño, niña o joven a evaluar su consumo para evitar problemas a su salud o bienestar general.

Cabe enfatizar el rol de las organizaciones y actores clave de la comunidad en la detección temprana de casos con consumo, puesto que en su relación cotidiana de mayor proximidad es factible que colaboren en el trabajo de **detección de los niños, niñas y jóvenes que presentan consumo y la constitución de estos como recursos de apoyo** para el trabajo de prevención indicada. Para que lo anterior ocurra el equipo técnico debe promover el involucramiento progresivo de estos agentes relevantes de la comunidad, en un primer momento como informantes clave y luego, en un segundo momento, como facilitadores y articuladores de redes.

Sospecha de consumo

Una vez que el equipo haya identificado los posibles casos de consumo, entonces deberá aplicar un instrumento denominado DEP-ADO, cuyo objetivo es evaluar y detectar el consumo de riesgo o problemático de alcohol y otras drogas, mediante la **estimación de la frecuencia** del uso de sustancias, sus **consecuencias o daños** asociados, y las **situaciones de riesgo** a las que se ven expuestos los niños, niñas y jóvenes producto de dicho consumo.

A partir de este trabajo, el equipo podrá **confirmar o descartar el uso perjudicial y la dependencia a las sustancias (consumo problemático)**, definiendo el camino a seguir en función del grado de complejidad del consumo, es decir, definiendo la mantención del caso en prevención selectiva, la elaboración de un plan de intervención indicada o dando inicio a un proceso de derivación asistida hacia un programa de tratamiento (consumo problemático).

El instrumento DEP-ADO funciona mediante tres colores (verde, amarillo y rojo) en función de la complejidad del consumo de drogas que presentan los niños, niñas y jóvenes. **Cuando el resultado es verde, entonces el equipo podrá interpretar que el caso no requiere un proceso de planificación individualizado** sino que es recomendable que se continúe a nivel selectivo

trabajando factores protectores. No obstante lo anterior, en caso de que el niño, niña o joven manifieste el algún grado de consumo, será necesario hacer una intervención breve para informar sobre los riesgos que siempre acarrea el consumo en menores de edad.

Sin embargo, en el caso de que el resultado sea amarillo o rojo, entonces el equipo deberá continuar con un proceso de evaluación más profunda, tendiente a distinguir aquellos casos que requieren un abordaje indicado de los que necesitan un proceso de derivación asistida. La evaluación que se despliega cuando el niño, niñas o joven manifiesta una mayor complejidad asociada al consumo servirá para que el equipo distinga la forma más adecuada de abordar su situación particular, lo que supone no solo la distinción entre prevención indicada y tratamiento, sino también la indagación sobre las mejores formas de desarrollar dichos procesos en función de las características específicas del caso.

Evaluación y planificación de la intervención

Si un niño, niña o joven presenta un resultado amarillo o rojo en el instrumento DEP-ADO entonces el equipo deberá iniciar un proceso de planificación de la intervención individualizada, ya sea a nivel de prevención indicada o derivación a tratamiento. Este proceso de planificación incluye: 1) una evaluación, que puede ser realizada en la misma instancia de desarrollo del DEP-ADO aprovechando la instancia de conversación y reflexión conjunta que posibilita dicho instrumento, 2) un segundo proceso de decisión sobre la intervención, los contenidos, los objetivos y las actividades que resulta más adecuada para el caso, y 3) un proceso de confirmación diagnóstica desarrollado por un servicio de atención primaria de salud (APS) en el caso de los presuntos consumos problemáticos.

Evaluación

El proceso de evaluación, como hemos señalado anteriormente, se despliega cuando el equipo constata que los resultados del DEP-ADO son preocupantes, es decir, alcanzan la categoría amarilla o roja en sus resultados. En el caso de la luz amarilla, el equipo deberá buscar información complementaria para elaborar un plan de intervención individual con el niño, niñas y joven. En el caso de que el resultado sea rojo, entonces el equipo deberá profundizar en información complementaria para elaborar un buen plan de derivación asistida.

El primer instrumento complementario que puede utilizar el equipo es la pauta de consumo. Este instrumento busca profundizar en el tipo de consumo que muestra el niño, niñas o joven. Si bien el instrumento DEP-ADO ya ha brindado información relevante para el equipo en esta dimensión, la pauta busca nuevas variables y sintetiza las diferencias entre un consumo de bajo, moderado o

alto riesgo. Por ejemplo, si el equipo utiliza esta pauta con un caso amarillo y se encuentra con un consumo de alto riesgo, ya sea por la edad de inicio, por la aparición de síntomas de dependencia o el patrón de consumo, entonces podrá poner en cuestión la pertinencia de desarrollar un abordaje indicado y por lo tanto iniciar un proceso de derivación. En otro caso, la aplicación de estos criterios complementarios en un caso con resultado rojo podrá aportar información relevante para el equipo de atención primaria que recibe el caso derivado, y permitirá además la planificación de acciones complementarias al tratamiento para apoyar al niño, niñas o joven en el barrio.

De especial relevancia en este punto es la identificación de aquellas señales que justifican un proceso de derivación asistida a partir de los **síntomas de dependencia**. Estos síntomas se encuentran desarrollados para la población adulta en el DSM IV, sin embargo pueden orientar la observación de los niños, niñas y jóvenes en función de los siguientes puntos:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo
- Síntomas de un síndrome de abstinencia.
- Tolerancia, aumento progresivo de la dosis para conseguir los mismos efectos.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.

Así como el tipo de consumo que presenta el niño, niñas o joven es relevante para que el equipo pueda distinguir el tipo de intervención que requiere el caso, también es necesario tener en consideración el compromiso biopsicosocial. Este concepto orienta al equipo en la observación de las consecuencias que tiene el consumo en la salud integral del niño, niñas o jóvenes. Existen casos en los que un consumo aparentemente de riesgo moderado puede tener consecuencias muy graves en el bienestar de la persona en función de sus vulnerabilidades específicas. Los impactos en la salud física y mental se acompañan de otros compromisos relacionados con el desarrollo psico-emocional /afectividad, escolaridad, vínculos familiares o de pareja, socialización e integración social y de pares.

El criterio de derivación a tratamiento normalmente se centra en consumos que se acompañan de un compromiso biopsicosocial moderado y severo, sin embargo, el equipo puede considerar, en función de la demás información recolectada que está en condiciones para desarrollar un trabajo individualizado de prevención indicada con casos que presentan un compromiso biopsicosocial moderado. El compromiso biopsicosocial severo constituye un escenario de alta complejidad que debe ser trabajado en conjunto con los centros de tratamiento para velar por un proceso adecuado de derivación asistida.

Finalmente, el equipo de intervención deberá indagar en el **nivel de motivación** del niño, niña o joven que es evaluado. Este nivel de observación es fundamental para que el equipo proyecte el tipo de trabajo que podrá desarrollar con el niño, niña o joven. Si el nivel de motivación es bajo, entonces el equipo deberá priorizar procesos de sensibilización, problematización inicial o el reforzamiento de la relación de trabajo mediante la generación de confianza entre el equipo y el

niño, niña o joven. En los casos más extremos, un nivel de motivación demasiado bajo impedirá el desarrollo de un plan de intervención individual, sin embargo, es posible que el equipo refuerce en espacios acotados de tiempo la necesidad de contar con fuentes confiables de información en materia de consumo, una buena relación con instituciones u organizaciones encargadas de prevenir o tratar consumo problemáticos, o bien reforzar sus redes naturales de apoyo social. Por el contrario, niveles de motivación más elevados permitirán al equipo proyectar objetivos más ambiciosos de disminución o suspensión del consumo, en espacios de tiempo más prolongados y constantes.

Mediante la exploración de **expectativas, motivaciones y recursos**, el equipo podrá profundizar en la visión de sí mismo que tiene el usuario, y en los recursos disponibles para mejorar su calidad de vida. Esto se encuentra en estrecha vinculación con una de las premisas de la intervención, relacionada con la consideración de cada niño, niña o joven como sujeto de la intervención y, por lo tanto, como actor principal llamado a apropiarse de su proceso de cambio.

Partir desde la idea del análisis de los recursos con los que cuentan los niños, niñas y jóvenes, lejos de realizarse con el afán de diferenciar entre unos y otros, plantea la necesidad de **observar las dificultades que presentan éstos en contacto con las potencialidades y la originalidad de cada uno**, valorando el aporte de este ejercicio en beneficio del cumplimiento de los objetivos de intervención. Desde una mirada psicoeducativa, esto se encuentra muy ligado al análisis y delimitación del potencial de cada caso y recoger antecedentes que le permitan al interventor perfilar las propuestas y el marco del trabajo. Para esto, el equipo también deberá distinguir entre derechos, necesidades y deseos, tratando de perfilar adecuadamente cada uno de manera de delimitarlos, reforzarlos e impulsarlos, realizando un acompañamiento situado y adecuado a las características de los niños, niñas y jóvenes, y de los contextos en los que se desarrollan.

No obstante los criterios anteriormente señalados, cabe mencionar que en el caso de los niños y niñas **menores de 12 años**, **el consumo de drogas, aunque no se acompañe de ningún criterio de consumo perjudicial o síntomas de dependencia, constituye una razón suficiente para la derivación a tratamiento**. El consumo en esta población es considerado siempre problemático, y por lo tanto, luego de la pesquisa y la conversación inicial, si es que el equipo tiene sospechas fundadas de consumo, deberá **iniciar un proceso de derivación sin la aplicación del instrumento DEP-ADO.**

Cabe destacar que la evaluación constituye un proceso integral adecuado a la especificidad de las personas con las que deberá trabajar el equipo de intervención. No se trata de un proceso lineal, sino más bien de la integración de **recursos que enriquecen la instancia de entrevista que se desarrolla durante la implementación del DEP-ADO**. Este instrumento aborda muchas de las dimensiones señaladas en las pautas anexas (consumo, CBPS y Motivación), sin embargo, será de mucha utilidad para el equipo observar esquemáticamente estas dimensiones y aislar criterios diversos para tomar una decisión apropiada de planificación.

Toma de decisiones en el equipo

Una vez que el equipo ha desarrollado el proceso de evaluación, y ha descartado los casos en verde que retornan al trabajo selectivo, entonces deberá tomar la decisión de construir un plan de intervención individual con el niño, niña o joven, o bien desarrollar un plan de derivación asistida. Como hemos visto, el DEP-ADO generará un primer acercamiento a esta decisión, proponiendo una luz amarilla para aquellos casos que pueden ser abordados desde la prevención indicada, y una luz roja para aquellos que requieren una derivación a tratamiento.

Sin embargo, durante el desarrollo del DEP-ADO el equipo podrá utilizar otras referencias técnicas para tomar la decisión, específicamente relacionadas con el tipo de consumo, el compromiso biopsicosocial y la motivación del niño, niñas o joven para trabajar con el equipo de intervención preventiva o bien de tratamiento.

La utilización de estos criterios cumple el **objetivo de adelantarse a la aparición de un consumo que requiera un ingreso a tratamiento**. Este último punto debe estar presente siempre en las decisiones que toma el equipo, puesto que ello determina el nivel de eficiencia de los abordajes propuestos por el equipo. La prevención selectiva e indicada con enfoque de redes no busca abordar una drogodependencia diagnosticada o un consumo perjudicial, puesto que ello requiere espacios, tiempos y competencias profesionales distintas a las que tiene el equipo de intervención preventiva.

Cabe destacar que en aquellos casos de luz verde que presenten algún nivel de consumo de drogas, el equipo deberá desarrollar estrategias de intervención breve durante la aplicación del instrumento DEP-ADO, promoviendo la sensibilización, problematización y suspensión de dichos niveles de consumo.

El equipo de intervención preventiva debe concentrarse en aquellos casos que presentan un **consumo de drogas que está comenzando a precarizar las condiciones de vida de los niños, niñas y jóvenes, o bien tiende a un consumo abusivo y dependiente** sin que aparezcan aún los síntomas de dependencia antes descritos.

Para hacer esta decisión, se deberán desarrollar reuniones regulares de análisis de casos en el equipo (quincenales o semanales en función de la masividad de las sospechas o demandas espontaneas) y revisar conjuntamente los criterios disponibles en base a las evaluaciones que desarrollarán los profesionales de prevención. La participación de los demás integrantes del equipo en estas reuniones se sustenta en la necesidad de contextualizar adecuadamente los casos, revisar los recursos disponibles, analizar la disponibilidad de redes, soportes o ayudas socio-comunitarias disponibles, generar información complementaria a nivel familiar, grupal o comunitario, entre otros múltiples elementos que fortalecen el desarrollo de planes de intervención adecuados, ya sea a nivel indicado o de referencia asistida.

Confirmación de la sospecha diagnóstica

Una vez que el equipo técnico cuenta con los resultados de la evaluación, y estos indican la presencia de un consumo perjudicial o dependiente, entonces deberá construir en conjunto con el niño, niña o joven un **plan de derivación asistida (PDA)**, cuya elaboración además de clarificar dudas e inquietudes que éste tenga respecto del proceso, puede que incluya algunas sesiones de intervención motivacional con el fin de incentivar el ingreso a tratamiento. Este plan busca ordenar las acciones que el equipo desarrollará, y delimitar objetivos asociados, por ejemplo, a la motivación del usuario cuando este se encuentra ambivalente sobre el ingreso a tratamiento.

Luego de dialogarlo con el niño, niña o joven, el equipo emitirá un informe con la hipótesis diagnóstica, indicadores de consumo y variables asociadas, y realizará la coordinación con el programa de tratamiento que corresponda en atención primaria de salud. Además, se espera que el equipo desarrolle algunas estrategias para asegurar el vínculo entre el niño, niña o joven y dicho programa, facilitando la evaluación de confirmación diagnóstica en el servicio de salud y el inicio del tratamiento si corresponde.

Cabe mencionar que en el caso de que el ingreso al programa de tratamiento no se realice inmediatamente, durante el tiempo de espera para la atención del usuario el equipo técnico de prevención deberá realizar un **trabajo de contención y acompañamiento** a fin de mantener la motivación de éste para acceder a tratamiento, apoyándole en la búsqueda de estrategias para gestionar los riesgos del consumo, solicitando, en caso de requerirlo, apoyo al equipo de tratamiento (trabajar ventana de vulnerabilidad). **Las dificultades de acceso a tratamiento deben ser eficientemente comunicadas al nivel regional y nacional de SENDA para evaluar el déficit programático.**

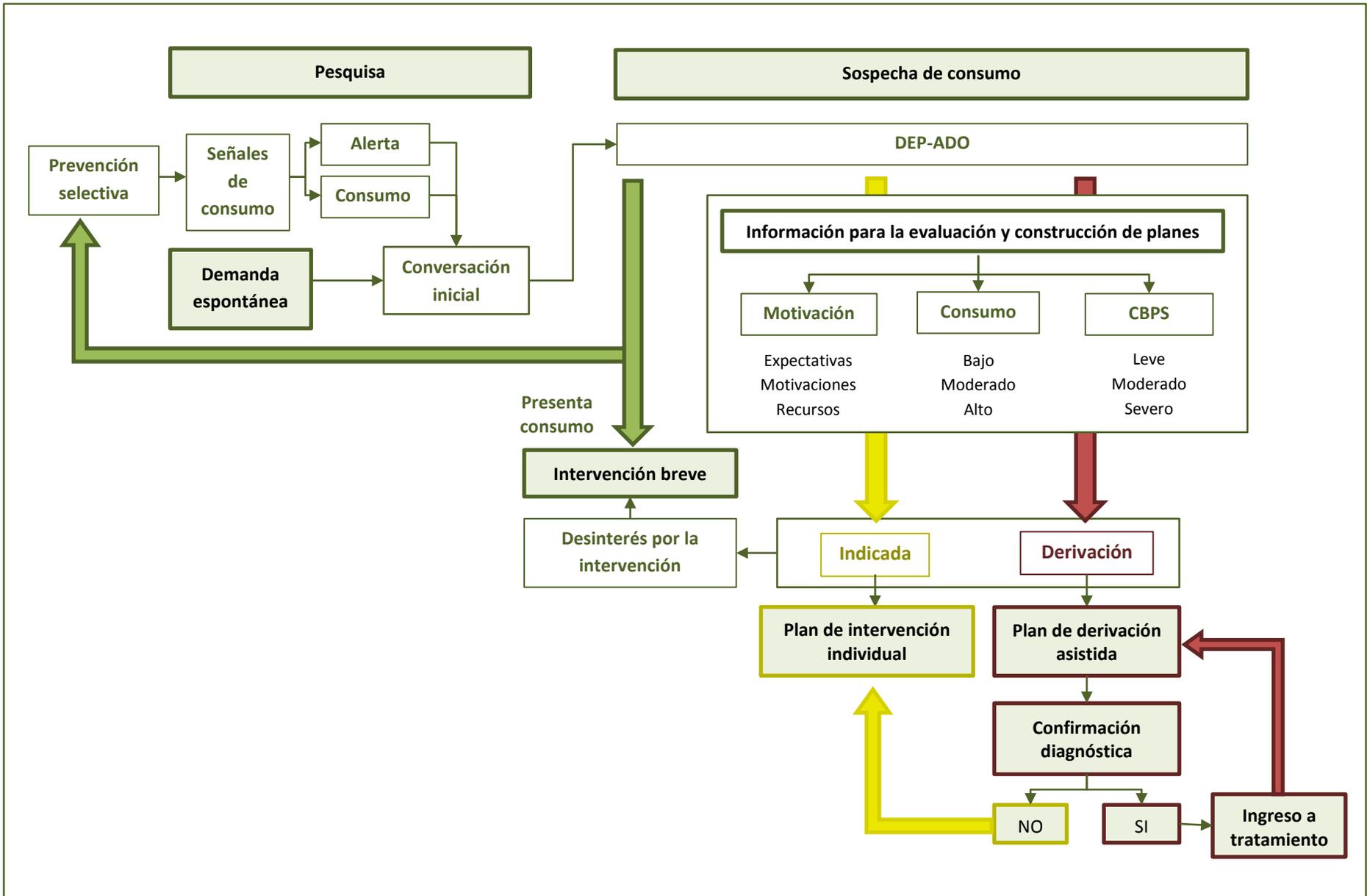
En síntesis, el plan de derivación deberá incluir las siguientes alternativas de acción por parte del equipo técnico de prevención:

Acompañar: En el caso de que el usuario deba esperar atención del programa de tratamiento, su objetivo es desarrollar estrategias para trabajar la motivación. Esto permite trabajar la ventana de vulnerabilidad que se produce en este momento de espera, donde puede tener lugar una exposición mayor dado el stress que le produce al usuario la idea de cambio sobre todo cuando su ambiente familiar y comunitario no es capaz de proveerle los apoyos necesarios en este momento.

Complementariedad: A partir de una coordinación estrecha con el programa de tratamiento, el equipo técnico de prevención deberá constituirse en un apoyo para el proceso de tratamiento, desarrollando intervenciones en el espacio de proximidad del NNJ, articulando redes de apoyo formal e informal. Por su presencia permanente en la cotidianidad de los NNJ, el acompañamiento individualizado resulta un apoyo esencial para el proceso de tratamiento, pudiendo desarrollar acciones en la línea de

la motivación y también en la gestión de espacios de desarrollo (talleres, actividades, participación en organizaciones, vínculo con servicios, etc.).

Integrar: Una vez finalizado el proceso de tratamiento, el equipo debe contribuir a la generación de instancias de integración social de acuerdo a sus necesidades y a las posibilidades de articulación existente, gestionando las alternativas que no se encuentren disponibles y que se consideren vitales para el apoyo al NNJ. A fin de que esto funcione, se deberán desplegar coordinaciones y firmar acuerdos de colaboración con antelación a la finalización del proceso de tratamiento, por lo cual ésta debe ser una acción permanente de la gestión del equipo en el territorio.



Desarrollo de la Prevención Indicada.

Los niños, niñas o jóvenes que provengan de los grupos de trabajo a nivel selectivo y requieran participar en este dispositivo indicado, junto con desarrollar un plan de intervención individual deberán mantenerse en el trabajo selectivo. Visto de ésta forma, la intervención a desarrollar por el equipo genera complementariedad entre las intervenciones propuestas en el plano selectivo y el indicado, permitiendo de ésta manera articular espacios de trabajo colectivo y también personalizado, enriqueciendo el trabajo desarrollado con los casos y aumentando la intensidad de las intervenciones según lo requiera cada caso.

Este **dispositivo de prevención indicada debe ser resolutivo**, lo que supone que el equipo debe efectivamente intervenir y lograr objetivos concretos asociados a la suspensión del consumo o la evitación de un consumo problemático. Para esto, el equipo de intervención debe ser capaz de utilizar de forma adecuada toda la información recopilada durante la etapa de evaluación y desarrollar un objetivo de intervención que convoque al niño, niña o joven en un cambio que es percibido como positivo por ambas partes y que por lo tanto guarda buenas expectativas de desarrollo.

Elaboración del Plan de Intervención Individual (PII)

A partir de la información recopilada en la etapa de evaluación, el equipo técnico se encuentra en condiciones de proponer al niño, niñas o joven los objetivos de intervención que parecen más adecuados para sus circunstancias específicas. **Entre el niño, niña o joven y el equipo de intervención se desarrollará un vínculo basado en el objetivo de intervención.** Si el objetivo de intervención es poco claro, disperso, difuso, o entendido solo por una de las dos partes, entonces el vínculo no se desarrollará. Por el contrario, si ambas partes entienden el objetivo que los convoca, entonces es posible sostener un vínculo: ¿Qué esperamos lograr?

A partir del objetivo que vincula a las dos partes, será posible determinar cuáles son los tiempos y los recursos requeridos para lograr el objetivo. La **co-construcción se define como la acción de construir sobre la base de un vínculo**, y por lo tanto, dependiendo de cuan comprometidas estén las partes con el objetivo, el plan de intervención logrará una estructura adecuada de intervención: ¿Qué necesitamos para lograr este objetivo?, ¿En cuánto tiempo lo lograremos?

Uno de los principales atributos de este plan de intervención es que sea flexible, de manera que permita al equipo ir ajustándolo de acuerdo a las características de cada usuario y de los avances que se vayan alcanzando en el transcurso de la intervención. **El plan debe ser capaz de sostener las actualizaciones** que sean necesarias de acuerdo a las modificaciones que el equipo estime pertinente.

Es indispensable que el **diseño de este plan incorpore los aportes de cada uno de los profesionales del equipo, esto permitirá que cumpla con el principio de interdisciplinariedad** en su formulación, tal como lo recomiendan las evaluaciones de programas indicados. De la misma

manera, con el objeto de que aumente su efectividad, el plan debe apuntar a los diferentes ámbitos de desenvolvimiento de los NNJ, esto es la familia, la escuela y la comunidad.

La complementariedad en las acciones resulta fundamental para los objetivos preventivos dado que las intervenciones conjuntas son más eficaces que las por separado (Arbex, 2013). Por ello, en el caso de usuarios que sean atendidos además por programas selectivos/indicados desde el ámbito educativo (“Actuar a Tiempo” SENDA), los equipos técnicos deberán coordinarse de manera efectiva y permanente de manera de asegurar dicha complementariedad en el desarrollo de los planes de intervención. En este contexto, no será necesario excluir alguna de las intervenciones a los usuarios en tal situación, sino todo lo contrario, examinando y adecuando las actividades de ambos programas con el afán de reforzar las líneas de acción que correspondan.

Las intervenciones propuestas deberán ir dirigidas a las siguientes dimensiones:

- Intervenciones individuales.
- Intervenciones familiares.
- Intervenciones con otros significativos de la comunidad.
- Intervenciones en la red de apoyo formal.

Cabe destacar la necesidad de que la definición del problema, los objetivos y las metas del plan de intervención sean comprensibles, medibles y estructuren de una manera adecuada los énfasis de la intervención.

En primer lugar, el problema debe hacer referencia directa a la ocurrencia de una dificultad y sus manifestaciones o evidencias directas en la experiencia del niño, niña o joven. Muchos planes de intervención se elaboran sin tener claridad sobre cuáles son los problemas para el usuario, y, peor aún, imponen una etiqueta al niño, niña o joven.

Por ejemplo, si el problema se define de la siguiente manera: “Pedro presenta problemas de consumo de alcohol” o “Esteban es un pre-desertor del sistema educativo”, las posibilidades de acción son múltiples, poco acotadas y difícilmente medibles. Si por el contrario se señala “A Pedro el consumo de alcohol le está generando dificultades en una relación de pareja que para él es importante y además le gustaría volver más seguro a su casa después de entretenerse los fines de semana” o “Esteban sabe que el colegio es importante para conseguir sus objetivos, sin embargo siente cada vez más desmotivación producto de una mala relación con dos de sus profesores. Además, le preocupa la posibilidad de repetir de curso”, entonces podemos **desarrollar de buena manera las metas y objetivos** para cada caso.

Es muy importante tener siempre en cuenta que la definición del problema, la meta y los objetivos deben ser entendidos y compartidos por el niño, niña o joven, y además su redacción debe poner énfasis en las potencialidades y no sólo en las dificultades o necesidades.

Problema: A Pedro el consumo de alcohol le está generando dificultades en una relación de pareja que para él es importante y además le gustaría volver más seguro a su casa después de entretenerse los fines de semana.

Meta: Disminuir los niveles de consumo de Pedro para que cuide su relación de pareja y vuelva más seguro a su hogar los fines de semana.

Objetivos:

Analizar conjuntamente los cambios de actitud de las personas cuando están bajo la influencia del alcohol y sus consecuencias relacionales.

Indagar y discutir los impactos del consumo de drogas en la convivencia, la salud sexual y reproductiva.

Conversar y explorar los impactos que tiene el consumo de alcohol en otros ámbitos de su vida.

Generar acuerdos grupales de cuidado con su grupo de pares para disminuir los riesgos durante el retorno al hogar.

Implementar una disminución progresiva del consumo de alcohol

Teniendo claridad sobre el problema que busca intervenir el equipo, y asegurando que este tenga sentido para el niño, niña o joven, entonces el equipo puede desarrollar las estrategias específicas para intervenir, además de proyectar un período de tiempo adecuado para completar el trabajo propuesto y evaluar.

Seguimiento y evaluación del Plan de Intervención Individual

La intervención indicada requiere un proceso de monitoreo permanente sobre el estado de avance del plan de intervención individual en cada una de las áreas de trabajo priorizadas por el equipo y el niño, niña o joven, y las posibles modificaciones que es necesario realizar en función del éxito o fracaso de las acciones emprendidas. Se recomienda realizar un **seguimiento quincenal o mensual** del PII en función del grado de conformidad y motivación del niño, niña o joven con las actividades propuestas, considerando, además, la confianza del equipo en la apuesta técnica en curso. Este último punto es fundamental, puesto que el equipo puede elaborar junto al niño, niña o joven relaciones con distintos niveles de consistencia entre ciertas actividades y la disminución del consumo de drogas, y, por lo tanto, en caso de que dicha relación no sea lo suficientemente clara es necesario monitorear en estrechos períodos de tiempo la calidad de la apuesta técnica (¿Son estas actividades las más adecuadas para conseguir los objetivos propuestos por el plan?).

Una vez finalizado el tiempo de intervención negociado entre el equipo y el usuario, es necesario evaluar el cumplimiento de objetivos y los resultados que ha tenido el trabajo desarrollado en la conducta de consumo, la motivación al cambio y las redes de soporte social que acompañan el proceso de desarrollo del niño, niña o joven. Para esto, el equipo deberá registrar en el PII, antes

de iniciar la intervención, los **indicadores de mayor relevancia** en torno al consumo (Ej. consumo de PBC), riesgo o dificultades derivadas del consumo (Ej. deterioro económico), nivel de motivación (Ej. contemplativo) y redes socio-comunitarias (Ej. bajo nivel de vinculación con instituciones) que se manifiestan durante la conversación inicial y la aplicación de los distintos instrumentos de sospecha de consumo. Estos mismos indicadores deben ser revisados nuevamente por el equipo una vez finalizada la intervención para sintetizar los resultados del trabajo.

Por otro lado, también existe la flexibilidad para extender el tiempo inicialmente contemplado para la ejecución de los PII cuando la complejidad de los casos lo amerite o cuando en el transcurso del proceso de trabajo hayan surgido situaciones que lo justifiquen.

Cabe mencionar que la intervención desarrollada en ésta línea debe complementarse con el trabajo de prevención selectiva en el cual continúa participando el usuario, lo cual facilita el trabajo de seguimiento a los NNJ una vez finalizado su respectivo plan de intervención.

Metodología de intervención para la prevención indicada

El desarrollo de una intervención de carácter individual se realiza a partir de la observación directa del equipo de aquellos jóvenes que requieren un acompañamiento específico dado el tipo de relación que han establecido con el uso de drogas, especialmente en los casos de sospecha de consumo de riesgo, perjudicial o problemático.

Las intervenciones de SENDA desarrolladas en ésta área (SEND A, 2009) muestran que la **resistencia que presentan los NNJ a tratar el problema del consumo, responde a factores del tipo motivacional**, y que ésta estaría estrechamente asociada al contexto en el que éstos se desarrollan. En este sentido, está ampliamente comprobado la eficacia que tienen las acciones específicas dirigidas a movilizar a los NNJ hacia el aumento de la percepción del riesgo y la evaluación de la modificación de conductas de riesgo, así como también la modificación efectiva de la conducta de consumo problemático.

En ésta dimensión resulta clave:

- Analizar en conjunto con los jóvenes las narrativas a la base de su relación con el consumo (exposición a las drogas en el entorno familiar, de pares, barrial, relaciones de género, entre otros).
- Desarrollar una lectura situada y participativa, con cada uno de los niños, niñas y jóvenes, respecto a las significaciones del consumo en función de las características de los espacios cotidianos de interacción.

- Además es indispensable observar y valorar en conjunto con los NNJ los recursos personales, socio-comunitarios y familiares con los que cuentan, incluyendo en el plan de trabajo acordado la movilización de dichos recursos como factores protectores y de apoyo.
- Otro aspecto relevante a considerar en éste ámbito de la intervención preventiva, la gestión de alternativas de apoyo a través de servicios sociales que apunten a su integración y que provean recursos necesarios para su desarrollo.
- Se considera importante el uso de estrategias de intervención temprana, tales como entrevista motivacional, etapas del cambio, estrategias de intervención breve.

Las investigaciones sobre la motivación al cambio en relación al consumo de drogas, muestran que **es más probable que un NNJ inicie un proceso de cambio y lo mantenga cuando a la base hay una motivación intrínseca**. Por ello resulta fundamental que el equipo sitúe a los niños, niñas y jóvenes como agentes de su propio cambio, promoviendo la valoración y énfasis de los recursos propios. Para esto, la intervención individual propuesta debe orientarse al apoyo, la contención, la motivación, la psicoeducación y la promoción de cambios, a partir de un diagnóstico o sospecha de consumo problemático o de riesgo.

Es importante reafirmar que no se trata de una intervención clínica, entendiendo que los casos de mayor complejidad deberán ser referidos a la red asistencial para una atención especializada en tratamiento del consumo de drogas, aun cuando el equipo técnico que trabaja en prevención indicada despliegue estrategias para trabajar la motivación del NNJ para acceder a la alternativa de apoyo necesaria.

Para esto, antes de comenzar la intervención es necesario que el equipo defina la metodología a utilizar, considerando la necesidad de que los NNJ y sus familias puedan aportar sus opiniones, creencias, y experiencias, todo lo cual favorecerá un punto de inicio para el desarrollo del proceso de intervención indicada. En el espacio de trabajo individual considerar los puntos de vista de los propios involucrados así como también sus inquietudes puede colaborar en la elección de la mejor manera de abordar cada tema y de motivar en la consecución de los objetivos previstos (González et al. 2004).

Los profesionales de prevención deberán dinamizar este proceso en cada sesión. Aunque el objetivo sea, por ejemplo, introducir información para promover la reflexión de los NNJ con miras a modificar creencias erróneas o para clarificar conceptos, cada sesión deberá considerar el espacio para la generación de preguntas, la discusión y el intercambio de vivencias.

Para el desarrollo de este trabajo indicado será necesario vincular estrategias metodológicas enfocadas a trabajar la relación que los NNJ han establecido con las drogas, haciendo uso de metodologías orientadas a promover en éstos la evaluación y reflexión en torno a su consumo, así

como también de metodologías orientadas a generar y fortalecer redes de apoyo, lo que facilitará el contar con otras personas significativas que puedan entregar soporte y apoyar los objetivos definidos en torno a reducir consumo, gestionar riesgos y alcanzar la abstinencia con grados crecientes de permanencia.

En la evidencia revisada respecto a los programas indicados más efectivos, las metodologías sugeridas apuntan a abordar aspectos tanto individuales, así como también respecto del entorno en el cual se desenvuelven los NNJ, incluyendo la red de apoyo que es posible de activar tanto para que reaccione frente a la precarización que implica el consumo.

Para el logro de éstos objetivos las intervenciones propuestas en ésta línea de intervención serán fundamentalmente socio y psicoeducativas dada la necesaria complementariedad de ambas perspectivas en el trabajo con NNJ en prevención del consumo de drogas. Aun cuando la intervención psicoeducativa se asocia fuertemente al trabajo individual, es indispensable vincularla a la intervención socioeducativa para responder a un modelo de abordaje del consumo de drogas eco-sistémico, donde se reconoce enfáticamente la existencia e interacción de diversos ámbitos de desarrollo de la persona.

Entender el consumo de drogas como un fenómeno dinámico y complejo empuja necesariamente a reconocer el entorno social en el que se desenvuelven los NNJ y cómo este influye (historia, cultura, etc.) en las representaciones sociales y en las dinámicas de relación de una comunidad. Esta mirada propone abandonar una mirada de las personas y las drogas normalizada y abrir el horizonte de abordajes considerando a los NNJ, sus familias y su comunidad como personas capaces de organizarse, crear rupturas activas y dejar de lado un rol pasivo. En ésta línea, incorporar una mirada socioeducativa en una propuesta de prevención indicada, invita a modificar los estereotipos vinculados a los NNJ que consumen drogas, a identificar y fortalecer sus recursos, a coordinarse con ellos, a acompañarlos en la adopción de una actitud crítica (nos sólo hacia las drogas legales, también hacia las ilegales) desarrollar iniciativas sociales de protección, entre otros ejemplos que reflejan a una comunidad que se hace cargo de la problemática que generan las drogas y a la vez establece mecanismos eficaces de prevención pero también de protección de sus NNJ. Dicha actitud crítica, promovida desde un enfoque socioeducativo, constituirá un canal a través del cual también desde los NNJ es posible impulsar una mirada del cuidado y el desarrollo, lejano a la etiqueta y estigmatización, agotando desde el equipo de intervención los medios comunitarios e institucionales para generar los soportes necesarios para alcanzar dicha meta.

Además, en estos espacios el niño, niña o joven influye y es influido en sus percepciones y actitudes, generando y/o fortaleciendo una serie de recursos vitales para su desarrollo. De esta forma, y producto de una vinculación positiva con el entorno, existe un espacio de intervención para la mejora continua de las condiciones de vida de los niños, niñas y jóvenes, a propósito de las **relaciones disponibles con las personas y grupos que les rodean** (familia y otros adultos responsables dentro de su comunidad). Los aprendizajes logrados a través de este tipo de intervenciones complementadas, mejora la calidad de los resultados educativos y sociales relevantes para su desarrollo (sentido de pertenencia, desenvolvimiento social, etc.), los cuales se

ven reflejados en los propios niños, niñas y jóvenes, en sus relaciones con otros, y en las posibilidades de gestión y vinculación con redes de cuidado, de desarrollo y soporte social.

En síntesis, desde un punto de vista socioeducativo los objetivos de la prevención indicada se sentarán sobre la base de la **promoción de una actitud crítica frente a las condiciones necesarias para el desarrollo integral de cada niño, niña y joven, y también frente a los factores (individuales, familiares y comunitarios) que la condicionan o restringen**, promoviendo un pensamiento y acción colectiva en relación a sí mismo y a su relación con el entorno. Esta perspectiva posee un carácter participativo, lo cual debe permear los objetivos y las estrategias propuestas en el PII.

Las intervenciones socioeducativas se caracterizan por **valorar la herencia sociocultural del niño, niña o joven y de su comunidad, y por observar la realidad contextual en la cual éste se desarrolla**, proponiendo procesos alternativos basados en la educación para promover la libertad, la participación y la democracia cultural, la innovación, el cambio social, la identidad cultural, la creatividad colectiva y el desarrollo autónomo como parte de la comunidad donde se desarrollan.

El objetivo de este tipo de intervenciones se dirige al fortalecimiento de las personas y sus recursos para la resolución de problemas mediante la gestión de redes. En esta línea, la **socioeducación interviene impulsando la cooperación y coordinación de los servicios, instituciones y organizaciones sociales** presentes en el territorio donde residen los niños, niñas y jóvenes a fin de ofrecer espacios nutridos de prevención, así como también alternativas de integración y apoyo efectivo en los casos de mayor complejidad en el consumo.

Este enfoque propone como estrategias a utilizar (García et al. 2003):

1. Promocionar y desarrollar todas aquellas capacidades y recursos que el sujeto tiene y puede utilizar para un mayor desarrollo personal y social. Se trata de trabajar en una línea de actuación integral en la que el equipo acompaña al NNJ en la búsqueda de aquellos recursos en sí mismo y que le facilitan responder a las distintas situaciones difíciles que enfrenta.
2. Crear estructuras y condiciones sociales que permitan el desarrollo de entornos y espacios ambientales que, lejos de impedir o limitar las actuaciones de los NNJ, posibiliten la participación activa de este en la construcción de estilos de vida saludable.

La psicoeducación por su parte, es coincidente con abordar la intervención en torno a **la búsqueda conjunta (usuario, familia, comunidad, equipo técnico) de respuesta a las necesidades que presenta el niño, niña o joven**, proporcionando y gestionando recursos propios y apoyos para que éste pueda enfrentar retos y situaciones difíciles que le presenta el contexto en el cual se desarrolla. Sin embargo, además ésta perspectiva pone énfasis en los procesos de reflexión con el usuario para intervenir por ejemplo en la forma en que éste se relaciona con las drogas, cómo enfrenta los espacios de vinculación con otros, la relevancia que les otorga a las redes de soporte,

cómo responde a las redes de cuidado, cómo se vincula con instituciones formales de apoyo, entre otros.

Lo anterior mediante el despliegue de recursos educativos que enfatizan sus capacidades y recursos propios. Sus objetivos en relación a la relación con las drogas son promover el compromiso del usuario con el cuidado de su salud, promover la búsqueda de posibilidades de desarrollo saludable y promover su protagonismo en el proceso de apoyo y aprendizaje, todo lo cual es visto desde una perspectiva integral y de desarrollo.

Para esto, la Psicoeducación propone la utilización de la “vivencia compartida” entre equipo de intervención y NNJ, como un mecanismo central para generar condiciones facilitadoras de aprendizaje por parte de los NNJ que participan de la línea de prevención indicada. El equipo deberá proponer, planificar y organizar actividades donde tengan lugar dichas vivencias compartidas como espacio de nuevos aprendizajes. Se entiende que es a través de la vivencia en dichos espacios y del acompañamiento permanente y situado que realiza el equipo, que el NNJ es capaz de desarrollar progresivamente una mejor capacidad para autorregularse y regularse con otros, aprendiendo a desarrollar y a hacer uso de los recursos (propios y colectivos) de que dispone para facilitar y potenciar el cuidado de su salud y su desarrollo (Dionne et al. 2008).

Esta mirada centra su atención en el hecho de que con frecuencia los NNJ que inician consumo y otras conductas de riesgo, crecen en entornos que les dificultan alcanzar algunos aprendizajes esenciales para su desenvolvimiento y la vinculación con otros, aprendizajes que les posibilitan alcanzar adecuados niveles de integración y la adquisición progresiva de herramientas fundamentales para su vida. La psicoeducación propone herramientas y estrategias para abordar este ámbito de la intervención indicada con NNJ, y genera espacios experienciales necesarios y relevantes de manera intencionada y no incidental.

Para esto, el equipo de intervención traduce los objetivos de intervención construido con los NNJ en acciones cotidianas incorporadas a su quehacer diario con éstos, integrando las actividades a los espacios de confianza y no sólo necesariamente generando un espacio individualizado de entrevista privada. Este cambio de setting es de suma relevancia para el carácter de la intervención descrita y para alcanzar los objetivos propuestos. Esto último también facilita la integración del equipo completo (profesionales y técnicos) al ofrecer un punto de encuentro y un lenguaje común para las diversas miradas disciplinares, reconociendo el aporte fundamental de los educadores de terreno.

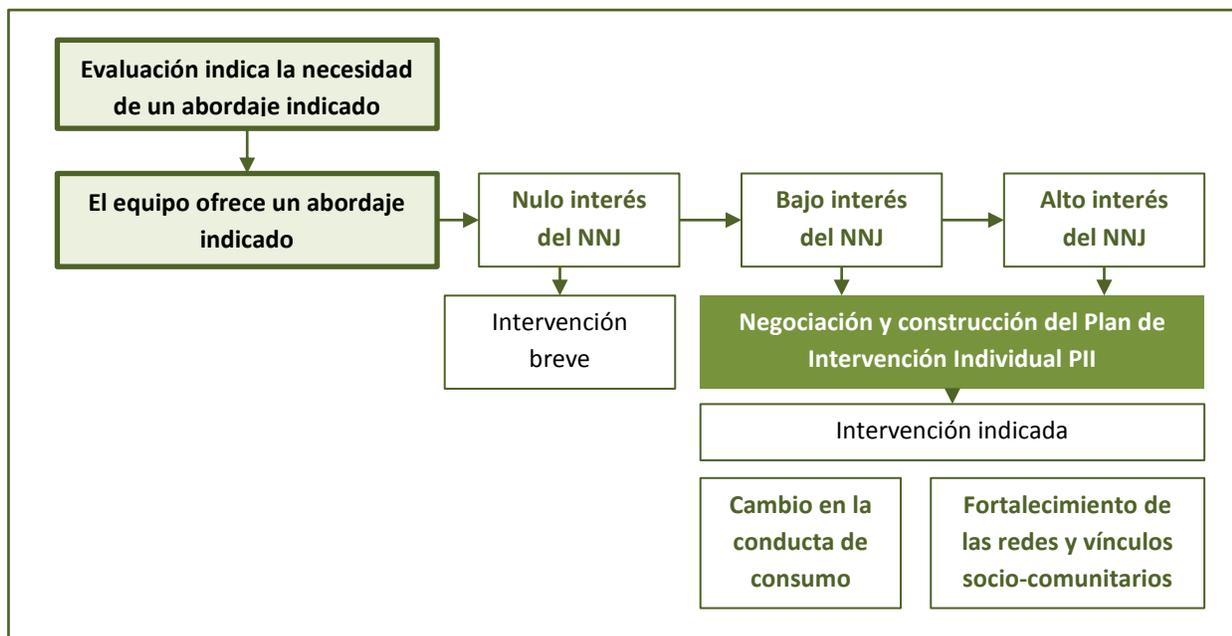
Desde ésta perspectiva, el reconocimiento de los recursos y potencialidades de los NNJ es considerado un soporte que favorece los procesos de cambio, para lo cual equipo de intervención debe realizar un proceso de identificación y de valorización importante, no tan solo con el NNJ sino también con personas relevantes en su entorno, además de la observación directa. Este tipo de evaluación difiere de la evaluación psicológica tradicional (utilización de instrumentos orientados a la identificación de cuadros psicopatológicos o dinámicas intra-psíquicas) que no siempre presentan un correlato conductual evidente (Zambrano et al. 2008).

En resumen, una mirada que complementa ambos enfoques (socioeducativo y psicoeducativo) sensibles a un abordaje contextual de las problemáticas de consumo, resulta esencial para apuntar a los resultados propuestos por un programa de prevención indicada desde una perspectiva comunitaria con acento en la valorización y fortalecimiento de recursos tanto a nivel de los NNJ con los que se requiera intervenir, así como también con los adultos responsables que les rodean en su espacio cotidiano. Desde dicha complementariedad es posible atender de manera efectiva a una perspectiva donde la salud es concebida como el desarrollo integral de los NNJ, donde la participación y el empoderamiento de éstos y el apoyo y soporte que reciben desde su entorno son parte fundamental para alcanzarla. Estos enfoques constituyen una contribución para que el abordaje desarrollado por el equipo de intervención imprima al trabajo un concepto renovado de ciudadanía, desde el cual se reconoce la capacidad creciente de los NNJ para ir en dirección de la construcción y exigibilidad de su derecho a un desarrollo pleno, pero también desde la gestión de los recursos, oportunidades y experiencias necesarias desde su entorno para que esto ocurra.

La metodología comunitaria de intervención indicada que aquí se propone se centra en dos ejes de intervención fundamentales: **1) Cambio en la conducta de consumo, 2) Fortalecimiento de las redes y vínculos socio-comunitarios**. La primera metodología fundamenta y nutre un trabajo individualizado para motivar el cambio en la conducta de consumo del niño, niña o joven, mientras el segundo se orienta a la generación y fortalecimiento de sus recursos socio-comunitarios a partir de una estrategia motivacional similar a la desarrollada en el plano del consumo.

El equipo deberá **desarrollar un plan de intervención individual que explicita su tiempo estimado de duración**, el cual podrá ir variando en función del vínculo y la sensibilización que logra desarrollar el equipo con el caso. Por ejemplo, un niño, niña o joven puede manifestar un bajo interés por la intervención indicada en primera instancia, y por lo tanto se planifica una intervención de tres o cuatro sesiones, sin embargo, transcurridas las tres sesiones el niño, niña o joven comunica su interés por desarrollar un trabajo más extenso. En este caso el equipo podrá cambiar la duración del plan e incorporar nuevos objetivos y actividades.

En el caso de que el niño, niña o joven, al ver los resultados de la evaluación y la propuesta de trabajo del equipo, **se niegue a la intervención preventiva indicada, entonces se podrán desarrollar estrategias de intervención breve**, centrada en la entrega de información y la sensibilización sobre el tipo de consumo en el que se está incurriendo, sus consecuencias, riesgos, y los factores relacionales que deben ser atendidos para evitar un agravamiento.



La negociación que realizará el equipo de intervención con el niño, niña o joven, deberá indagar en sus motivaciones, necesidades y prioridades de trabajo en relación a los distintos elementos que se van analizando durante el desarrollo de la evaluación en profundidad luego de que el DEP-ADO arroja un resultado en color amarillo. La apuesta de la intervención indicada apunta a la integración constante del cambio en la conducta de consumo (estabilización y descenso) con el cambio en la forma en que la persona se vincula con su entorno social y comunitario, ya sea en un plano de interacciones de pares, familiares, vecinales, con organizaciones o servicios sociales.

Primer eje de intervención indicado: Cambio en la conducta de consumo

El abordaje del primer eje de intervención se centra en el cambio de la conducta de consumo que presenta el niño, niña o joven, mediante un acompañamiento individualizado que incorpora: 1) el **acceso de la persona a una fuente confiable de información** sobre el tipo de consumo que presenta, sus efectos, consecuencias de corto, mediano y largo plazo, y el estado general del consumo en la población chilena para prevenir o poner en cuestión la normalización de la conducta, 2) el fomento de la **reflexión y análisis autónomo** de la persona en relación a su consumo y la información entregada, motivando una problematización en los tiempos propios de la persona y en ningún caso apresurando el proceso mediante el miedo, la exageración o la imposición de definiciones, 3) la **evaluación del nivel de preocupación** que experimenta la persona en relación a su consumo y la visualización de la etapa del cambio en la que se encuentra, 4) la indagación en los **factores que motivan y acompañan al consumo** (¿Para qué?), enfatizando factores tales como las situaciones de consumo, presiones, espacios, relaciones, pre-disposiciones de acción individual o grupal frente al consumo, identidades, expectativas de conducta en el

entorno sociocultural del niño, niña y joven, etc. 5) el análisis detallado de los **elementos positivos y negativos** del consumo, 6) la síntesis y devolución constante de las conversaciones sostenidas para el **análisis conjunto de los cursos de acción** (“¿Qué podemos hacer para mejorar este factor en particular?”), y 7) **la evaluación regular** de los logros en torno a los objetivos y actividades planificadas, además de la visualización constante de los tránsitos positivos o negativos que desarrolla el niño, niña o joven en relación a su etapa de cambio.

De esta forma, el eje de cambio en la conducta de consumo busca motivar al niño, niña y joven a partir de la generación de recursos para la toma de decisiones y el acompañamiento continuo de los pasos que va desarrollando en la línea de mejorar su salud. Para poder desarrollar un trabajo adecuado con el niño, niña y joven, y poder conducir de manera adecuada el proceso de cambio buscado, el equipo deberá manejar al menos dos instrumentos básicos asociados a la motivación para el cambio: **Entrevista motivacional y etapas del cambio**.

La entrevista motivacional constituye una estrategia ampliamente utilizada para abordar el consumo de drogas en niños, niñas y jóvenes con buenos resultados, sobretodo en la reducción del consumo de alcohol.

Entrevista motivacional

Este tipo de metodologías ofrece herramientas de utilidad para **trabajar la resistencia o la escasa motivación que pudieran presentar los niños, niñas y jóvenes** que participen de la línea de prevención indicada. Este tipo de intervención considera que los escasos progresos alcanzados por las personas en relación a su consumo no tienen que ver sólo con las dificultades o su falta de motivación, sino que también con un abordaje centrado en la mirada que tiene el interventor sobre el problema que aqueja a la persona, y el desarrollo de entrevistas confrontacionales que generan pasividad, negación o desacuerdo.

Por el contrario, lo que busca la entrevista motivacional es generar un **espacio donde a través de la escucha empática se busca minimizar la resistencia y aumentar progresivamente la motivación** hacia el cambio. Si el equipo logra trabajar desde ésta perspectiva la entrevista motivacional, es mucho más probable que ocurran progresos dado que el niño, niña o joven tendrá el espacio suficiente para expresar sus dificultades, examinar y entender sus problemas y explorar soluciones. De esta forma se evita la imposición desde afuera de la motivación hacia el cambio, facilitando, por el contrario, que surja de la propia persona en una atmósfera libre de conflictos.

La entrevista motivacional se describe como una intervención directiva, con un estilo centrado en el niño, niña o joven, para acompañar y colaborar en la exploración y resolución de las ambivalencias que le genera el problema de consumo (en relación a sí mismo y/o a otros en su entorno). Dicha **ambivalencia es normal** en personas con consumo de drogas, debido a los inconvenientes que éste genera para el observador (familia, amigos, vecinos, etc.) sobre todo cuando es problemático, y por otro lado, a que el cambio se evalúa como una **tarea dura y**

agotadora. Esto contribuirá a la reconfiguración de la función que cumple la conducta adictiva en la persona a partir de las confrontaciones e interpelaciones que se desarrollen en dicho espacio.

Esta metodología busca reforzar la motivación orientada al cambio en la relación que los niños, niñas y jóvenes establecen con las drogas, proponiendo una intervención fundada en cinco postulados:

1. No se puede imponer la motivación.
2. Para aumentar la motivación, el sujeto debe estar de acuerdo en discutir sobre su ambivalencia.
3. La persuasión directa no es eficaz ante la ambivalencia.
4. La relación de trabajo debe ser igualitaria.
5. Una actitud tranquila y empática favorece la apertura para el cambio.

Esta estrategia permite:

- **Mostrar empatía:** Esto no significa identificarse con el otro sino que desarrollar una mirada comprensiva frente a su vivencia, evitando una actitud moralizadora. Esto predispondrá al niño, niña o joven a la apertura y al descubrimiento y a la reflexión.
- **Generar discrepancias en relación a su situación de consumo:** Construir y fortalecer una discrepancia entre la conducta actual de consumo y otros propósitos o dimensiones de la vida del niño, niña o joven (expectativas de desarrollo, intereses, etc.). Se trata de analizar las consecuencias y de acompañar a éstos en la toma de conciencia sobre los sentimientos contradictorios que vive. Las divergencias identificadas y expresadas por el niño, niña o joven, entre su situación actual y la situación deseada, dan lugar a un espacio beneficioso para el cambio.
- **Aumentar la conciencia de problema y la necesidad de actuar:** No se hace uso de discusiones que cuestionen directamente al niño, niña o joven, ya que podría generar rechazo hacia el equipo, sino más bien de generar un ambiente de acogida y reflexión conjunta sobre las distintas dimensiones del problema y las acciones que requiere una solución efectiva, oportuna y sostenible en el tiempo.
- **Darle un giro a las posibles resistencias al cambio:** El entrevistador debe reconocer la resistencia y la ambivalencia que pueden presentar los niños, niñas y jóvenes como factores naturales y comprensibles que pueden ser utilizados para mostrar otros puntos de vista respecto de sí mismos y de su relación con los otros. Si el usuario se resiste fuertemente a las sugerencias y a las interpretaciones es recomendable no forzar el proceso, las opiniones y posturas se pueden modificar en el transcurso del proceso.

- **Favorecer el sentido de competencia:** Fortalecer la percepción que tiene el niño, niña o joven sobre su desempeño en la superación de obstáculos y en el desarrollo de tareas colectivas. Promover el compromiso del niño, niña y joven con otros y la generación de redes sociales donde la reciprocidad sea un atributo relevante. Es importante resaltar los esfuerzos, los éxitos, las zonas de fortaleza y reforzar la idea de que el avance en las acciones emprendidas tienen un impacto significativo.

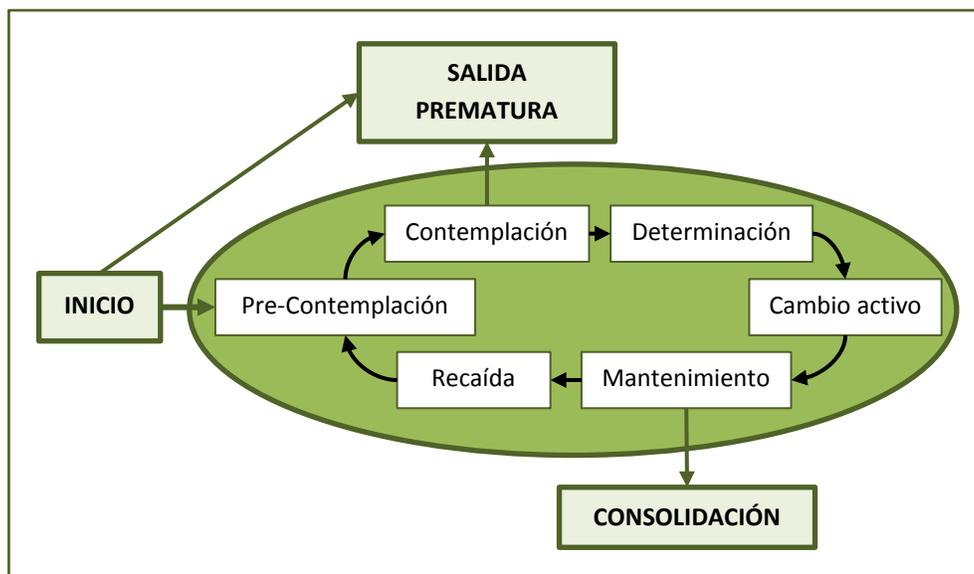
La tarea del equipo de intervención no es identificar el problema y buscar formas de solucionarlo, sino que facilitar procesos de exploración que permitan al niño, niña o joven reconocer y valorar estrategias de mejoramiento, proponiendo vías para concretarlas. Este rol del equipo se enfoca a ofrecer espacios para que el niño, niña o joven exprese sus preocupaciones, intereses, expectativas, miedos y necesidades de apoyo. En ningún caso se trata de convencerlo sobre la necesidad del cambio, puesto que dicho convencimiento debe surgir en el NNJ a partir de las estrategias motivacionales estimuladas por el equipo técnico.

La entrevista motivacional es posible intervenir en:

- Aumentar la percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas, con énfasis en los efectos de dicha práctica en el proyecto de vida y bienestar.
- Identificar y fortalecer el proyecto de vida, con énfasis en los intereses y necesidades del niño, niña o joven, facilitando acciones y activando redes de apoyo (formales e informales) que acompañen su despliegue efectivo.
- Identificar y fortalecer vínculos con adultos responsables de la comunidad.
- Identificar y fortalecer vínculos con pares, ofreciendo alternativas de vinculación enriquecedoras para el desarrollo.
- Motivar al cambio en relación al consumo. En especial en aquellos niños, niñas y jóvenes que presentan un consumo problemático, reforzando la intervención con miras a la conexión e incorporación a un programa especializado.

Etapas del cambio

Los niños, niñas o jóvenes no siempre se encuentran dispuestos a interrumpir o cambiar sus prácticas de consumo. Frente a esta situación, el equipo técnico de intervención deberá desplegar estrategias para construir espacios relacionales consistentes, en los que la participación de la familia y la comunidad constituye un factor clave para mejorar la disposición de los niños, niñas y jóvenes, y aportar en la generación y gestión de los recursos que requiere un proceso de cambio.



El modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1993), el más utilizado en la comprensión e intervención de la relación dinámica que sostienen las personas con las sustancias, señala que la motivación para el **cambio en relación al consumo problemático de drogas es un proceso que se produce en fases identificables y discontinuas** (secuencia obligatoria más no lineal). Una vez que estas fases son comprendidas, los equipos de intervención pueden desarrollar actividades y estrategias específicamente dirigidas al tránsito efectivo entre éstas.

Precontemplación: La persona no es consciente de sus dificultades, y por lo tanto se encuentra poco dispuesta a cambiar. No se da cuenta de las consecuencias de sus actos o bien no quiere verlos. Se resiste a la información o la ignora intencionalmente. Por otro lado, las ventajas asociadas al mantenimiento del consumo se consideran superiores a sus riesgos o inconvenientes. En general, las personas que se encuentran en ésta etapa no solicitan ayuda, si acceden a alguna instancia de apoyo es en la mayoría de los casos por demanda de alguien de su familia o entorno significativo, presentando poco compromiso y abandonando el proceso apenas cesa la presión externa. Es en esta etapa donde existe un mayor riesgo de abandono. Puesto que los profesionales podrán identificar casos de consumo en el desarrollo de las actividades de prevención selectiva, y la evaluación, en la mayoría de los casos, constituirá una invitación y no una inquietud personal, es

probable que muchos de los niños, niñas y jóvenes con los que trabaje el equipo esté en esta etapa del cambio.

Contemplación: La persona es más reflexiva y consciente del problema, considerando algunas formas de modificar su relación con las sustancias. Las consecuencias negativas del consumo están más presentes y por lo tanto es más receptiva a la necesidad de cambio. Existe ambivalencia sostenida en los aspectos agradables del consumo, las pérdidas asociadas al abandono de esta conducta y la energía que es necesario invertir para cambiarla. Puede presentarse un alto miedo al fracaso, sobre todo si ha habido intentos fallidos anteriores. La persona puede pasar periodos prolongados en ésta etapa sin realizar ninguna acción de cambio.

La preparación: En esta etapa la persona puede haber realizado algunas tentativas de cambio, incorporó información, aprendió de su pasado y está dispuesta a iniciar una acción en un futuro relativamente cercano. Esto se activa generalmente con algún acontecimiento importante (muerte de un familiar cercano, algún accidente o episodio violento, un problema de salud, etc.). La persona tiene confianza en que puede movilizarse hacia su objetivo y enfoca su energía en esa dirección. No tiene completamente resueltas las ambivalencias, y puede tener aún que precisar sus objetivos y evaluar los apoyos disponibles para acompañar su cambio.

La acción: La persona modifica su comportamiento, sus experiencias y gestiona apoyos en su red de soporte social para gestionar las dificultades. Trata de sustituir algo que le genera desgaste y sufrimiento, por algo que le beneficie y le reporte mayor satisfacción a sí mismo y a quienes le rodean. Moviliza sus estrategias para alcanzar sus objetivos, pero requiere de acompañamiento del equipo de intervención para gestionar aquellas que son más eficaces.

Mantenimiento: En esta etapa la persona cuenta con éxitos concretos en la modificación de su relación con el consumo en los cuales apoyarse. Maneja con mayor claridad fuentes de satisfacción o frustración, así como también las formas de manejar factores que mejoran su calidad de vida.

Recaída: El resultado del proceso de trabajo en el tratamiento de una dependencia en gran medida depende de lo que se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Aun cuando el equipo destine importantes esfuerzos para intentar evitarlas, en el caso de que ocurran, deben aprovecharse para reevaluar en conjunto y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

La dependencia tiene una tendencia natural a la recaída debido a la gran cantidad de elementos aprendidos y estructurales que se encuentran activos a

pesar de haber trabajado en nuevos hábitos de comportamiento. A lo anterior también se suma el hecho de que los cambios a realizar pueden ser abrumadores.

En esta etapa la persona inicia nuevamente el ciclo, es decir deja de mantenerse en la conducta deseada, volviendo a una etapa anterior (pre contemplación o contemplación), lo cual es atribuido a la escasa motivación y/o al uso de una estrategia de cambio inadecuada (por ejemplo: no acompañar el tránsito por las etapas de cambio y presionar hacia un cambio cuando la persona aún no se encuentra preparada para mantenerlo).

La recaída no debe considerarse un fracaso, ni del niño, niña o joven, ni tampoco del equipo profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Cada recaída no es la misma y representa un avance hacia el éxito del cambio ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercarán al niño, niña o joven a la meta de consolidar un cambio.

A continuación se propone una especificación de los objetivos asociados a cada etapa y la modalidad de intervención propuesta (basado en Vizcarra & Dionne, 2008):

Etapas	Objetivos de la intervención
Precontemplación	Acoger al NNJ y favorecer un clima de confianza. Conocer la percepción que la persona tiene de sí misma, de su entorno y de su relación con las drogas. Resaltar sus cualidades y competencias. Identificar y destacar aspectos negativos del consumo. Motivar y acompañar el cuestionamiento de las actitudes o percepciones conformistas frente al consumo de drogas. Promover la identificación de recursos socio-comunitarios y familiares desde una perspectiva no moralizadora. Aportar elementos informativos sobre el consumo de drogas. Favorecer la implicación de la persona en el proceso de cambio (motivar futuras reuniones y la recolección constante de información para fortalecer los logros de sensibilización).
Contemplación	Fortalecer la conciencia sobre los riesgos del consumo. Fomentar la necesidad de cambio, debilitando el temor al fracaso. Obtener el máximo de información sobre las ventajas e inconvenientes asociados al consumo. Acompañar el proceso de reflexión y trabajo frente a la ambivalencia.
Preparación	Sostener la motivación al cambio. Maximizar las posibilidades de éxito hacia el cambio (ej. relaciones, recursos, motivaciones y definiciones sobre el proceso emprendido).
Acción	Apoyar a la persona ante las consecuencias del cambio que son especialmente difíciles de integrar (Ej. soledad, pérdida de amistades, reacciones negativas del ambiente o pérdida de placer). Proponer estrategias de acción adecuadas a las características

	<p>específicas de la persona y su entorno. Reconocer y fomentar cada uno de los esfuerzos que realiza la persona. Identificar y activar redes de apoyo social. Reforzar prácticas alejadas del consumo.</p>
Mantenimiento	<p>Acompañar la consolidación del cambio (sostenibilidad del cambio). Prevenir recaídas.</p>
Recaída	<p>Evaluar y estabilizar al niño, niña o joven, gestionando atención médica en el caso de requerirlo. Acompañar al niño, niña o joven en la reflexión de los hechos y en considerar la recaída como parte de un ciclo de aprendizaje hacia el mejoramiento y la recuperación. Evitar la desmoralización y motivar al niño, niña o joven para retomar y mantener su recuperación en marcha. Animar el proceso de cambio nuevamente, facilitando la identificación de situaciones, acciones y personas que colaboraron en que la recaída no fuera de mayor intensidad. Acompañar en la identificación y clarificación de las consecuencias. Facilitar la identificación de personas (familia, vecinos, amigos, etc.) que puedan conformar una red de apoyo y prevención de recaídas. Identificación y acompañamiento en el desarrollo de estrategias para prevenir nuevas recaídas.</p>

De esta manera, resulta fundamental en todo proceso de trabajo en ésta línea y reconociendo la importancia del sistema familiar y el contexto social como parte integrante de los NNJ, que la estructura de cuidados favorezca la movilización de la familia y de los miembros de la comunidad.

De esta manera, los esfuerzos del equipo deben orientarse hacia la problematización del consumo, la observación y gestión de los riesgos asociados al consumo, y, finalmente, la promoción y acompañamiento en torno a logros de abstinencia. Para esto, el enfoque de etapas del cambio propone **pasos sucesivos que permiten al usuario co-construir un camino de avance escalonado y gradual hacia el objetivo final de la prevención indicada o el ingreso a un programa especializado de tratamiento.**

De acuerdo a lo anterior, los objetivos propuestos inicialmente pueden ir variando a medida que se desarrolla el proceso de intervención, desde buscar que la situación de consumo no empeore, evitar un aumento de la dosis, prevenir el inicio o reinicio del consumo de drogas más adictivas, reducir paulatinamente la dosis, evitar el abandono de la opción de abstinencia, hasta fortalecer relaciones con miembros significativos y adultos responsables, mantener la vinculación con la escuela o fortalecer la red institucional de soporte social, entre otros.

Para ésta línea de intervención es indispensable un acompañamiento personalizado de acuerdo a la caracterización levantada de cada niño, niña o joven, planteando un trabajo sinérgico entre la intervención selectiva desarrollada en espacios grupales, y el trabajo individual que propone la intervención indicada. El que los niños, niñas y jóvenes continúen vinculados a la línea de

prevención selectiva, permite transversalizar los ejes de trabajo planteados en dicha dimensión y reforzar el trabajo específico con cada NNJ.

Segundo eje de intervención indicado: Comunidades y redes

En el plano de la comunidad y las redes, el equipo de intervención deberá sostener un trabajo equivalente al que se desarrolla en torno al cambio en la conducta de consumo. Se trata de un segundo plano esencial para abordar de manera integral las prácticas de abuso de sustancias desde una perspectiva situada, centrada en las vulnerabilidades relacionales y las distintas formas de exclusión social. El cambio en la conducta de consumo es insostenible si la relación que entabla el niño, niña o joven no genera los recursos que este necesita para alcanzar su potencial de desarrollo humano, y por el contrario se normalizan fenómenos de aislamiento, estigmatización, rechazo, distancia con los servicios sociales o abandono escolar, entre otros, especialmente cuando se trata de intervenciones en barrios con altos niveles de vulnerabilidad social.

Esta metodología enfatiza un trabajo de articulación de la red de soporte natural de la persona que participa en un abordaje indicado, e incluye tanto las redes formales (organizaciones e instituciones), como las redes informales (vecinos, líderes comunitarios, etc.) disponibles en el barrio. Así, el equipo deberá proponer objetivos y actividades específicas en el plan de intervención individual (PII) que apunten al mejoramiento de la posición que ocupa el niño, niña o joven en la comunidad y las redes. De especial preocupación en este foco de la intervención, es asegurar una buena relación con la comunidad vecinal, el establecimiento educacional y los servicios de salud, lo que no excluye otras múltiples necesidades y énfasis de intervención posibles.

Para desarrollar este trabajo, el equipo deberá desplegar estrategias de motivación muy parecidas a las que se ubican en el eje de cambio en la conducta de consumo. Se trata de un trabajo que busca fundamentalmente: 1) evitar la **normalización de las fracturas relacionales** a partir de la revisión de una pauta de recursos socio-comunitarios importantes para el desarrollo integral, 2) evaluar las **consecuencias de la vulnerabilidad relacional** (aislamiento, falta de acceso a oportunidades, exclusión, discriminación, estigmatización, falta de cuidados a la salud, amenazas al proyecto de vida, etc.), 3) evaluar el **nivel de preocupación del niño, niña o joven** en relación a las vulnerabilidades relacionales, 4) **sintetizar y priorizar las acciones** de vinculación que son de mayor relevancia para la persona (Ej. mejorar la relación con el colegio o visitar proyectos deportivos de la comuna), buscando un aumento progresivo en la complejidad de los vínculos en función de sus logros y resultados (Ej. desde interés puntuales hacia un involucramiento y participación activa en el barrio o el colegio), 5) **augmentar la eficacia** del niño, niña o joven mediante el entrenamiento de habilidades sociales y seleccionando las acciones de vinculación que pueden ser desarrolladas de manera acompañada por el equipo (es importante que el equipo no se convierta en un solucionador de los problemas de red y por el contrario motive el

entrenamiento en la gestión autónoma de recursos), y 6) **evaluar constantemente la efectividad de las acciones propuestas y la etapa de cambio en la que se encuentra** frente a los recursos socio-comunitarios. Se trata de hacer en el plano comunitario lo que demuestra ser efectivo en el plano del consumo de drogas: **Incorporar información, querer cambiar e iniciar el proceso de cambio.**

Para desarrollar un trabajo efectivo de vinculación con las redes y disminución de la vulnerabilidad relacional del niño, niña o joven, es necesario que el equipo movilice tres planos de intervención posibles: **Involucramiento de actores comunitarios en la intervención, coordinación con entidades formales, y generación de apoyos sociales sostenibles.**

Involucramiento de actores comunitarios

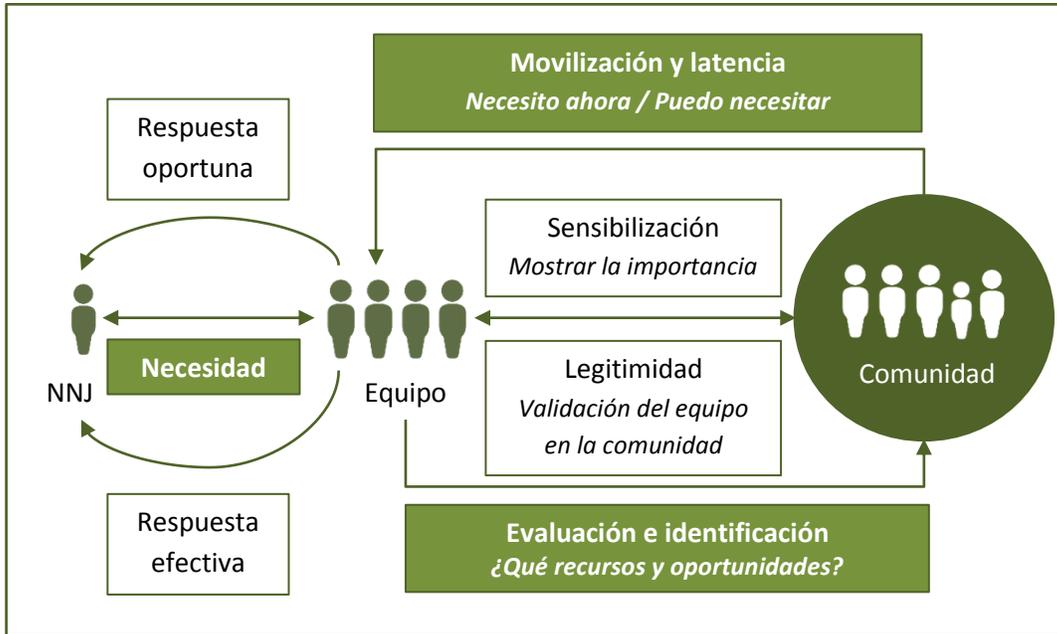
Las instituciones, organizaciones, agentes comunitarios, equipos de intervención, entre otros actores presentes en el barrio, constituyen una red esencial de prevención local que puede estar en distintos niveles de actividad o pasividad. La presente metodología busca observar, comprender e intervenir estas redes **para articular mecanismos de soporte social esenciales para la prevención indicada.** Este último punto es esencial, puesto que la prevención indicada que aquí se propone se orienta hacia el fenómeno de consumo siguiendo la misma hipótesis de intervención que se desarrolló en el apartado de prevención selectiva: El consumo abusivo o problemático de drogas se relaciona directamente con la vulnerabilidad relacional de las personas.

La diversidad de instituciones y el tipo de redes inter-organizacionales e informales producen especificidades locales que guían el actuar tanto de profesionales como de otros agentes de la comunidad, incidiendo en la gestión de los dispositivos de prevención. Dichas redes inter-organizacionales e informales establecen y comandan las lógicas de trabajo en red de la comunidad (Ferrand, 2002), y por lo tanto el equipo deberá ser capaz de leer y participar en estas redes.

El dispositivo de prevención indicada opera en la comunidad local, la cual se encuentra entre el nivel macro, definido por la regulación nacional, estatal o de mercado, y el nivel micro definido por la regulación interpersonal. En dicho escenario los profesionales de prevención actúan bajo la figura de puente generando articulaciones, fortalecimiento y gestión entre los diversos niveles.

¿Cómo establecer la relación con actores de la comunidad?

En prevención indicada se debe considerar que las relaciones que se establezcan con los diversos actores comunitarios, sean organizaciones o individuos, no deben ser desarrolladas sin analizar previamente las necesidades de los niños, niñas y jóvenes. Al respecto será relevante responder a las siguientes interrogantes: ¿Con quién relacionarse?, ¿Por qué relacionarse?, ¿Qué necesidades es necesario satisfacer?, ¿Cuál es el objetivo de la gestión? y ¿Cómo se sabremos si ha tenido éxito?



Para responder a dichas interrogantes que guiarán el actuar del equipo en esta dimensión de la intervención, es necesario analizar el contexto para determinar si existe una relación previa, entre el servicio y el actor comunitario (formal o informal) o será la primera vinculación que se establece. A su vez es fundamental **determinar si el actor comunitario puede responder a las necesidades de intervención y el nivel de convergencia con los objetivos del dispositivo de prevención indicada** (¿Es importante para los actores comunitarios el trabajo que está desarrollando el equipo?).

El objetivo del proceso descrito es determinar las necesidades del usuario y definir los actores comunitarios claves para dar respuesta a dichas necesidades. La reflexión en torno a las preguntas señaladas permite al equipo determinar los recursos comunitarios pertinentes y reaccionar con flexibilidad y rapidez ante las necesidades específicas de un NNJ o grupo. Es necesario destacar que la identificación de las necesidades y objetivos de intervención resultan claves para planificar la búsqueda de recursos o insumos de vinculación. Un enfoque estratégico de la relación con los actores comunitarios permite responder de manera adecuada a los objetivos de intervención, en tanto el proceso de desarrollo es planificado, organizado, con análisis de actores, tiempos y plazos de ejecución, evaluación, etc. Lo anterior busca que ésta relevante dimensión de la intervención indicada en drogas, se encuentre lejos de ser un aspecto poco estructurado, y, por el contrario, constituye un línea de trabajo específica que debe desarrollarse en profundidad, y a la que el equipo técnico debe responder destinando gran parte de sus esfuerzos.

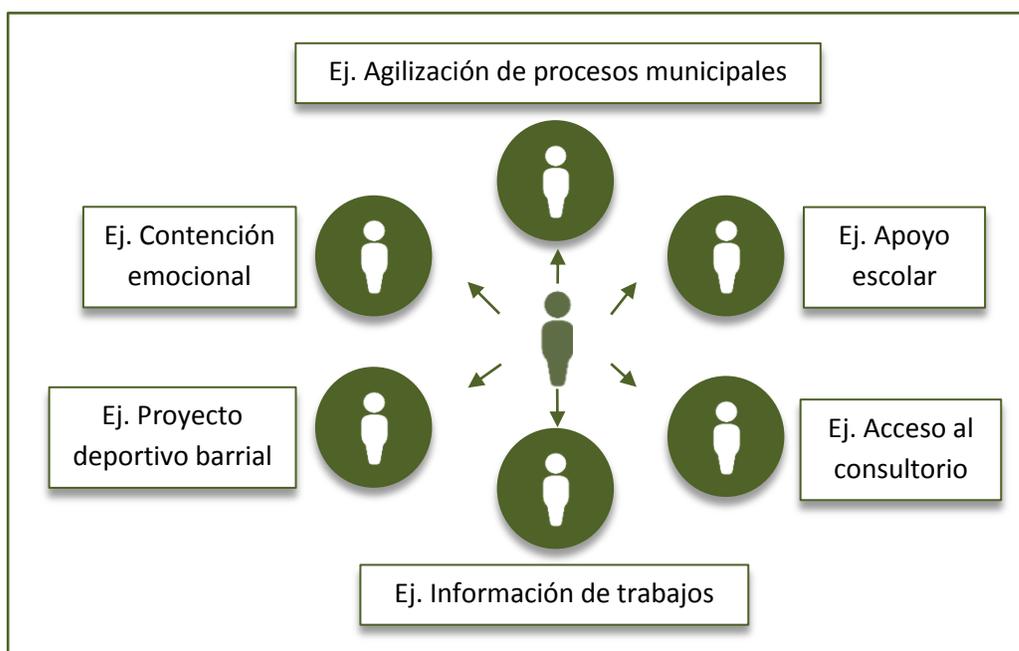
Para trabajar en red se requiere identificar a los actores claves para el proceso de intervención. Dicha identificación puede ser realizada en base a distintas dimensiones las cuales deben ser consideradas según la pertinencia con los objetivos de intervención.

A continuación se describen las diversas dimensiones a considerar para la identificación de actores

comunitarios con los cuales es posible establecer relaciones y generar una red de soporte eficiente (Krick, 2006):

- a) **Por responsabilidad:** organizaciones o individuos que presentan responsabilidades legales, financieras y operativas según reglamentaciones, contratos, políticas o prácticas vigentes frente a los miembros de la comunidad. (Ej. dispositivo de tratamiento)
- b) **Por influencia:** organizaciones o individuos que tienen o tendrán posibilidad de ejercer una influencia sobre los demás actores de la comunidad para alcanzar objetivos. Se trata de personas con influencia informal o con poder de decisión formal. (Ej. grupo de pares; compañeros de curso, etc.).
- c) **Por cercanía:** organizaciones o individuos cercanos, con los cuales se pueden construir espacios cotidianos de intervención, generando entornos protectores de proximidad. (Ej. vecino, organización deportiva cercana al NNJ, etc.)
- d) **Por representación:** organizaciones o individuos que, a través de estructuras regulatorias o culturales/tradicionales, representan a otras personas y pueden constituirse como actores estratégicos para la intervención. (Ej: líderes de las comunidades locales).

Las dimensiones señaladas deben ser consideradas para generar una red de soporte a la intervención, es decir para poner en relación a los diversos actores involucrados, estableciendo diferencias respecto al tipo de vínculo y dimensión por la cual se establece la relación (responsabilidad, influencia, cercanía, representación) con la finalidad de contribuir al desarrollo de la intervención. Una red para la prevención indicada puede tener una variedad de organizaciones e individuos que cumplen distintos roles, vinculados diferenciadamente. La evidencia señala que una variada red de actores genera mayor flexibilidad y facilita el acceso a recursos tales como: acceso a dispositivos de salud, espacios de bienestar para los NNJ, acceso a información valiosa, apoyo emocional de figuras validadas socialmente, todo lo cual potencia el resultado favorable del proceso de intervención.



El equipo técnico de intervención debe considerar que la relación con los actores comunitarios requiere **tiempo, recursos y compromiso**. Lo cual debe ser considerado a fin de no subestimar los recursos que se requieren para el trabajo en red. En dicho sentido resulta clave considerar los objetivos de intervención trabajados con el niño, niña y joven, con la finalidad de determinar el número y tipo de actores comunitarios necesarios para desarrollar las actividades contempladas.

Si bien el plan de intervención permite establecer el tipo de actor comunitario que se requiere para satisfacer las diversas necesidades de los niños, niña y jóvenes atendidos, se debe tener presente que las relaciones, por su carácter dinámico, siempre generan un aprendizaje in situ que debe ser considerado para ajustar los planes de intervención. Se requiere en ésta línea considerar que el proceso de relación e interacción con los actores comunitarios constituye un **ciclo de aprendizaje** en el que tanto el equipo técnico como el usuario aprenden de sus motivaciones, formas de trabajo y ámbitos de influencia.

Sin embargo, esto no implica que el trabajo en red con los actores comunitarios no deba planificarse. Sin la planificación basada en las necesidades de intervención, es probable que los procesos de relación e interacción tanto del equipo como del usuario con los actores comunitarios no produzcan resultados que respondan a los objetivos de intervención. En dicho sentido es fundamental que tanto el **equipo, usuario y actores comunitarios conozcan los objetivos del plan de intervención** (no todo el PII, ni menos los aspectos personales de evaluación, pero sí los objetivos que se están trabajando), y, por lo tanto, es indispensable que estos sean comunicables y comprensibles por todos los actores involucrados.

Esto último es relevante dado que cada actor es un sujeto activo que tendrá sus propias opiniones respecto a la intervención, los problemas, sus causas y soluciones. Es relevante considerar que los actores (organizaciones e individuos) que participan, invirtiendo recursos y tiempo en la intervención, querrán conocer los antecedentes y alcances de su participación. Es posible que soliciten información, así como también realizar cambios operativos o establecer normas y acuerdos para su continuidad en el proceso de intervención. Se requiere entonces revisar los objetivos establecidos y ajustarlos de ser necesarios respecto a los recursos disponibles. Dicho proceso fortalece la toma de decisiones, distribuye las responsabilidades y fortalece la confianza entre los diversos actores involucrados.

Lo anterior es de vital relevancia dado que la confianza es el sustento de las redes y opera de forma transversal durante el proceso de intervención, es decir, debe ser considerada tanto en las relaciones informales y formales que el equipo de intervención, usuarios y actores comunitarios realizan en los espacios de interacción cotidianos, por tanto, la retroalimentación constante durante el proceso y la evaluación constituyen elementos clave que contribuyen al fortalecimiento y potenciación de las redes.

Coordinación con entidades formales

En el enfoque propuesto por el programa, el cual sitúa el foco en fortalecer el bienestar de los niños, niñas y jóvenes, y articular las redes de soporte institucional presentes en el territorio, se requiere necesariamente trabajar en conjunto con el resto de las instituciones vinculadas al barrio con miras a la superación del aislamiento en el que operan las redes de apoyo social en la actualidad. Los principales problemas en ésta línea dicen relación con la dinámicas de información que dificultan la intervención en red, la coexistencia de diversidad de concepciones respecto del trabajo intersectorial y las débiles competencias profesionales, todo lo cual obstaculiza la operatoria de coordinación y trabajo entre las instituciones (Larrañaga, 2010).

Teniendo en cuenta esto, desde los primeros contactos con la red de instituciones que operan en el territorio, se requiere que el equipo de intervención proponga estrategias que faciliten este trabajo. En esta línea, la identificación de otras intervenciones, programas o servicios es fundamental para la atención integral de las los niños, niñas y jóvenes, identificando apoyos y recursos específicos de relevancia para incluir en el desarrollo de los planes de intervención individual.

Para desarrollar este trabajo de manera adecuada se propone una mirada de proceso que permita avanzar desde el tradicional desarrollo de catastros de instituciones, y la sola realización de coordinación interinstitucional, hacia el establecimiento de planes de trabajo conjunto por medio del desarrollo de las siguientes etapas (SENDA, 2014a):

Identificación de instituciones y programas de apoyo: incluye la definición de la cobertura territorial y la intensidad de sus intervenciones (regional, comunal, barrial), su grado de inserción en el barrio (¿desde cuándo desarrolla acciones en el barrio?, historia de trabajo intersectorial en el barrio, reconocimiento de la comunidad, percepción de eficacia, entre otros).

Indagar agenda de trabajo: identificar y describir objetivos de trabajo, tipo de intervención (evaluar si el perfil de usuarios y la complejidad que atiende se relaciona a los objetivos perseguidos por la prevención indicada.), cobertura, identificar los ejes de mayor relevancia, entre otros.

Compatibilizar objetivos: Desarrollo de un trabajo que incluye la identificación de líneas de trabajo complementario con los objetivos de prevención indicada, delimitando puntos de encuentro y complementariedad en el desarrollo de un posible trabajo en conjunto. Es necesario establecer mecanismos de evaluación de dicha complementariedad, estableciendo ajustes de ser necesario.

Generación de planes de trabajo en conjunto: A fin de estructurar y relevar los acuerdos establecidos y a objeto de resguardar su cumplimiento, resulta de vital relevancia formalizar acuerdos de trabajo conjunto con las entidades que

se requiera y que sean de relevancia para los objetivos de intervención. Esto es especialmente recomendable para declarar y consensuar mecanismos y canales de derivación e intervención como vía para fortalecer la respuesta efectiva a los usuarios del programa.

Resulta importante facilitar espacios para que los niños, niñas y jóvenes del barrio tengan acceso permanente a información respecto de aquellos subsistemas de protección que puedan ser de su interés y que interesa relevar en el marco del programa, esto es aquellas respuestas institucionales dirigidas hacia a su bienestar y el de sus familias a nivel comunal y barrial. Esto será un elemento que reforzará el acceso a la oferta de apoyo presente en el barrio.

Además en esta línea se espera que el equipo de intervención despliegue estrategias para abordar diversas variables asociadas a la **integración social**. En este sentido será relevante abordar la re-vinculación de los niños, niñas y jóvenes, desarrollando acciones pertinentes para motivar su reinserción en el sistema educativo y gestionando lo necesario en el establecimiento educacional que corresponda. En este sentido, también es posible visualizar sistemas alternativos de educación cuando éstos sean más adecuados al perfil del caso.

Por otro lado, existen variadas alternativas de integración asociadas a otras dimensiones de la vida de los niños, niñas y jóvenes, tal es el caso de líneas recreativas, deportivas, de capacitación, entre otras que se ofrecen en el barrio o en otros espacios institucionales. Para esto, la coordinación con el Municipio y con el resto de las instituciones debe tener como objetivo prioritario gestionar el acceso y acercar dichas ofertas a los niños, niñas y jóvenes, y sus familias, en términos por ejemplo de gestionar cupos especiales o flexibilizar requisitos de selección.

Generación de apoyos sociales sostenibles

El trabajo del equipo de intervención en torno al fortalecimiento y articulación de redes sostenibles de apoyo social y de activación de recursos comunitarios para los NNJ que participan de la intervención individual es variado y constituye un espacio en el que cada uno debe proponer creativamente modalidades para el desarrollo de este objetivo de trabajo que es transversal en el proceso de intervención.

Para esto se proponen algunos aspectos a desarrollar, los cuales deben ser ajustados a las características de las comunidades donde se realiza el trabajo:

Identificación del “actor de red”, que corresponden a personas del ambiente próximo al niño, niña o joven, susceptibles de participar y colaborar en el desarrollo de los planes de intervención en calidad de intermediarios (su influencia incide en los niños, niñas y jóvenes, y los grupos relacionados con su posición social en la comunidad), o a través de la realización de acompañamiento que nutren la red de apoyo natural de las personas.

Estos pueden ser:

- Adultos o jóvenes con representación en la comunidad (figuras representativas o de autoridad cultural tradicional).
- Líderes cercanos al niño, niña o joven en el espacio cotidiano (dirigentes de agrupaciones de fútbol, culturales, líderes que apadrinan organizaciones de NNJ en el barrio, etc.)
- Identificación de organizaciones y/o personas con influencia en el territorio (deportistas destacados, grupos grafiteros, grupos de música, etc.)

Promoción de la participación en la red de apoyo, desarrollando estrategias de sensibilización y motivando a actores clave para que se comprometan con el niño, niña o joven en prevención indicada. Del grado de motivación y compromiso del actor de red dependerá en gran medida la sustentabilidad de la red que se fortalezca y el nivel de logro de los objetivos planteados.

Establecimiento de la relación de apoyo, lo cual se traduce en el involucramiento de los actores comunitarios en los objetivos que busca el plan de intervención. Una vez que se desarrolla esta sensibilización, los resultados de un fortalecimiento de red y su impacto preventivo en el niño, niña y joven es significado comunitariamente como una inversión que pasa a formar parte del bienestar colectivo del barrio. Esta sensibilización se puede realizar, por ejemplo, a través de la invitación a eventos, el reconocimiento directo y permanente, socializando los avances del caso, todo ello de una perspectiva de dinamización de la red.

Definición de los objetivos de intervención de acuerdo a las necesidades y a los recursos que puede brindar el actor, el cual se corresponderá con el vínculo inicial que tenga el actor social con el niño, niña o joven y el equipo. Por esta razón será necesario orientarse a personas de mayor proximidad, ya sea por vínculo afectivo (lo conoce, conoce a su familia, fue su profesor, su vecino o amigo, etc.) o atendiendo a una variable territorial (viven en la misma calle, utilizan espacios comunes recreativos, iglesia, espacios deportivos, etc.).

El acompañamiento de las acciones definidas es fundamental para determinar el grado de compromiso del actor de red y de fomentar su continuidad en el tiempo como parte de la red de apoyo del niño, niña o joven.

Estrategias relevantes para éste trabajo son:

Contacto con las personas encargadas del cuidado de los niños, niña y jóvenes. El proceso de intervención debe incluir el trabajo con los adultos responsables encargados del cuidado y protección, y, por lo tanto, el plan de trabajo deberá contemplar encuentros con la familia o cuidadores. Si la persona convive con ambos padres, se espera que el equipo sea capaz de

conseguir que ambos se impliquen en las sesiones de trabajo. Si por alguna razón sólo un padre quiere o puede participar, es aceptable trabajar con el cuidador que desea acudir. Es necesario también considerar a otras personas de la familia o su comunidad que pueden constituirse personas que son parte de su red de cuidado.

Implicación de otros en las sesiones. Es importante invitar a otras personas significativas para el niño, niña o joven a participar de las sesiones de trabajo cuando resulte apropiado. Entre las personas cuya implicación resulta relevante se incluyen a otros familiares o cuidadores, un novio o novia, otros amigos, vecinos cercanos, adulto significativo en la escuela, entre otros. Por ejemplo, si un joven y su novia asisten juntos normalmente a fiestas, y él desea traer a su novia a las instancias de trabajo individual, entonces puede ser apropiado trabajar con ambos en un sistema de gestión de riesgos de consumo en espacios recreativos. Podría considerarse también que un participante invite a este trabajo a un amigo del barrio, esto sería útil para trabajar en el desarrollo de conductas de recreación alternativas, o estrategias conjuntas para reducir los riesgos del consumo con pares. Incluir o no a otra persona en una sesión dependerá del aporte que puede significar la implicación de esa persona en el plan de trabajo.

Contacto con los recursos comunitarios. Los contactos con los recursos comunitarios están basados en la necesidad que presente del niño, niña o joven. Por ejemplo, si ha desertado de un establecimiento educacional y presenta motivación para volver a vincularse con la escuela, el equipo de intervención podría identificar a actores de red relevantes en ese espacio e informarles sobre los progresos en el trabajo de prevención indicada, además de preparar en conjunto su reincorporación al establecimiento. Complementariamente el equipo podría también mandar reportes mensuales del progreso y consensuar con el establecimiento respecto de la fecha y condiciones de reincorporación. En esta línea, el trabajo con los consultorios para mejorar la salud de los jóvenes, por ejemplo en un nivel de salud sexual y reproductiva, es fundamental, y puede constituir una primera impronta motivacional para acercarlos a otros sistemas de cuidado y protección disponibles.

Metodología anexa: Intervención en Crisis

Además de los dos ejes de intervención antes expuestos, los equipos de prevención que desarrollan su trabajo en espacios con altos niveles de vulnerabilidad y exclusión social deben manejar formas de gestionar las crisis. La intervención en crisis es fundamental para **poder desplegar una respuesta oportuna y efectiva ante casos tales como una profunda angustia, shock, auto-agresión, ideas suicidas o criminales, intoxicación o violencia**. Un equipo que no conoce nociones básicas de intervención en crisis puede obviar dimensiones relevantes de estas situaciones y desarrollar respuestas parciales que no logran objetivos básicos de seguridad, control, evaluación, re-organización o configuración de soportes, entre otros pasos fundamentales para una recuperación del orden o el equilibrio mental, social o físico.

La intervención en crisis constituye un tipo de asistencia de corto plazo para personas que están viviendo una situación que colapsa sus mecanismos adaptativos, tanto a nivel individual como colectivo, procurando que estas **recuperen sus capacidades y su sentido de equilibrio**. Este tipo de intervenciones se centra fundamentalmente en los desastres naturales, sin embargo, también encuentra eficiencia en situaciones con altos niveles violencia, abusos, emergencias médicas, dificultades familiares, u otras circunstancias que generan shock en las personas y las comunidades.

La intervención en crisis puede estar centrada en los procesos de contención y desahogo fundamentales para que las personas puedan elaborar de manera adecuada sus experiencias traumáticas y evitar el desarrollo de efectos negativos posteriores. Sin embargo, otras formas de intervención en crisis se centran en procesos traumático que no constituyen eventos particulares ya ocurridos, y en los que, por lo tanto, es necesario generar procesos más próximos a la re-organización de recursos y percepciones básicas respecto al evento en curso. En el caso de los programas que trabajan directamente con población involucrada en el consumo de drogas, violencia u otras conductas de riesgo, este último nivel de la intervención en crisis es fundamental, puesto que se trata de **fenómenos prolongados que persisten en la cotidianidad de las personas y las comunidades**.

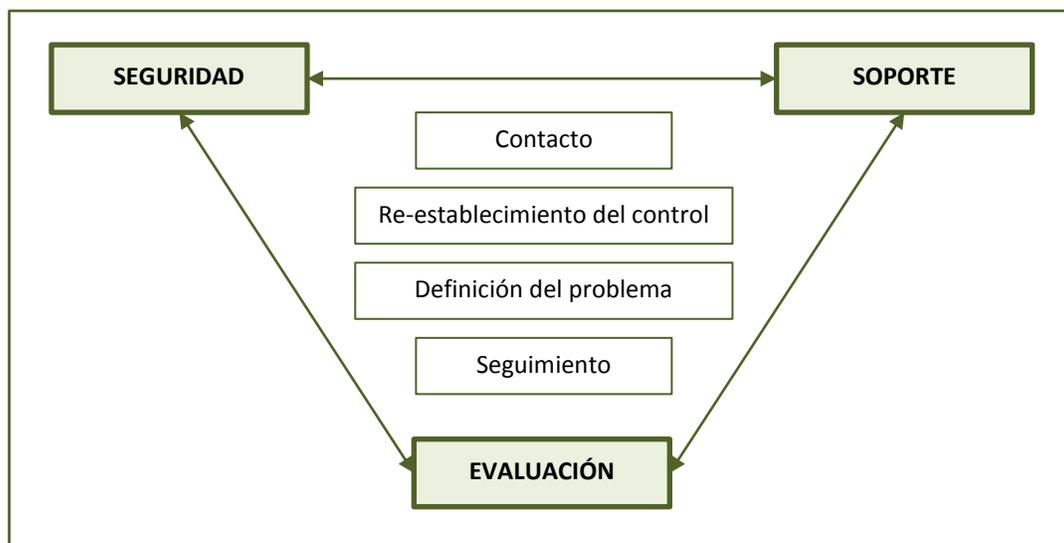
Los modelos utilizados en la intervención en crisis son variados y responden a distintos énfasis de acuerdo al tipo de riesgo o evento traumático en curso. De acuerdo a lo señalado por Rick Myer et al. (2013), los pasos que usualmente siguen los modelos de intervención en crisis se pueden sintetizar de la siguiente manera (Myer et al. 2013. P. 98. Traducción de la Unidad Comunitaria, SENDA):

- **Paso / Evaluación:** Evaluar el nivel de funcionamiento de la persona. Algunos modelos motivan un proceso dinámico y continuo de evaluación, mientras otros proponen procesos acotados. Los objetivos de este paso varían de acuerdo al modelo de intervención utilizado, sin embargo, estos suelen centrarse en la comprensión de la situación en curso y el significado que la persona le atribuye a dicha situación.

- **Paso / Contactar y establecer un vínculo:** Tomar contacto con la persona. El objetivo de este paso es desarrollar un vínculo basado en el respeto y la aceptación.
- **Paso / Control:** Gestionar y organizar la situación y sus participantes. El objetivo en este caso es desarrollar una conexión apropiada con la situación y demostrar una comprensión de la situación inmediata.
- **Paso / Proveer apoyo:** Asegurar que las personas sientan empatía. El objetivo es demostrar un involucramiento positivo y no juzgador con las personas.
- **Paso / Procurar seguridad:** Evaluar y asegurar la seguridad de las personas con respecto a las ideaciones suicidas u homicidas en términos de capacidad psicológica y conductual. Esto puede incluir, además, la seguridad física de las personas en situaciones inmediatas. El objetivo de este paso es mantener la seguridad.
- **Paso / Examen del problema:** Explorar la percepción que tienen las personas de la crisis. Evaluar la comprensión que tienen las personas de la crisis. Identificar factores específicos del problema. El objetivo es ayudar a las personas a sobrellevar la inmediatez y el significado profundo de la crisis.
- **Paso / Alentar y explorar emociones:** Evaluar el funcionamiento afectivo de las personas. Permitir la expresión de sentimientos. El objetivo es ayudar a las personas a re-establecer el control de sus reacciones afectivas.
- **Paso / Evaluar estrategias pasadas de afrontamiento:** Evaluar estrategias pasadas de afrontamiento como parte del plan que apunta a la resolución de la crisis.
- **Paso / Restaurar las funciones cognitivas:** Evaluar el funcionamiento cognitivo de la persona y su habilidad para tomar pasos constructivos hacia la resolución de la crisis. El objetivo es re-establecer el control sobre la percepción del problema y su habilidad para desarrollar pasos positivos que resuelvan la crisis.
- **Paso / Hacer planes:** Ayudar a la persona a bosquejar planes que faciliten la resolución de la crisis. Este proceso implica el desarrollo de tormentas de ideas para la búsqueda de posibles soluciones, asistencia adicional, aseguramiento de recursos, provisión de soportes, evaluación de la viabilidad del plan, y ayuda a las personas para que sean realistas en sus formas de resolver la crisis. El objetivo es el desarrollo práctico y sensible de un plan para resolver la crisis.

- **Paso / Obtener compromiso:** Asegurar que la persona siga el plan. El objetivo es reestablecer la autonomía y la propiedad de la persona en la resolución de la crisis.
- **Paso / Referencia:** Ayudar a las personas a hacer contacto con recursos apropiados. El objetivo es ayudar a las personas en la localización y obtención de asistencia proveniente de fuentes externas.
- **Paso / Seguimiento:** Mantenerse disponible y volver a contactar periódicamente a las personas. El objetivo es asegurar que las personas hayan llevado a cabo el plan recomendado.

Estos pasos responden a diversos modelos, aplicados en distintas situaciones, y por lo tanto su pertinencia debe ser evaluada caso a caso. No obstante la posibilidad de configurar pasos de intervención en crisis en función de la situación particular, Myer (2013) propone **dos categorías de tareas: Las tareas continuas y las tareas focalizadas**. Las primeras se desarrollan durante todo el proceso de intervención en crisis, mientras que las segundas se desarrollan en momentos particulares de la intervención.



(Esquema en Myer et al. 2013. Traducido por Unidad Comunitaria, SENDA)

La categoría continua se sostiene en tres pilares de tareas: **Evaluación, seguridad y soporte**.

En el caso de la **evaluación** se recalca la necesidad de que el equipo conozca efectivamente las distintas dimensiones de la crisis. Se trata de conseguir información, sobre la dinámica y la complejidad del problema, que permita el desarrollo de una intervención monitoreada, es decir, una intervención que el equipo pueda configurar a sabiendas de cuáles son los factores que la están motivando o disminuyendo. Para ello es necesario conocer en detalle tanto la situación de crisis (una emergencia, una intoxicación, una ideación suicida, etc.) como las reacciones **emocionales, conductuales y cognitivas** de la persona involucrada, lo que supone un acompañamiento estrecho para saber de qué manera se está racionalizando, analizando o

comprendiendo el problema, qué conductas lo acompañan (ej. aislamiento, consumo de drogas, conflictos familiares) y cuáles son las emociones que prevalecen o se postergan durante el despliegue de la crisis.

Este monitoreo es constante, puesto que **aun cuando la persona se haya estabilizado es necesario tener en cuenta que existirán múltiples factores causantes latentes de la crisis**, por ejemplo, de una intoxicación con alcohol o pasta base (¿Tiene que ver con algo que está ocurriendo en la familia, en el colegio, en la relación de pareja, en el barrio?).

Si bien las reacciones cognitivo-conductuales son esenciales para que el equipo pueda entender la crisis en curso, también es necesario incorporar elementos ecológicos, y específicamente factores de orden simbólico y perceptual. En este plano es importante **cómo la persona define o articula su crisis en un marco sociocultural específico**. En el plano de las intervenciones preventivas barriales este plano es fundamental, puesto que muchas crisis de violencia o intoxicación asociadas al consumo tendrán un correlato en el funcionamiento general del barrio, sus símbolos, historias, identidades o traumas, y por lo tanto el equipo deberá recopilar información relevante en esta dimensión para poder comprender la crisis en curso.

Normalmente las consideraciones sobre la **seguridad** se centran en los intentos de suicidio u homicidio, atendiendo a la incapacidad de regulación y tendencia de la persona a causarse daño a sí misma o a otros. Sin embargo, la conducta de infligirse daño también puede estar presente en crisis asociadas al consumo de drogas, motivando estrategias de seguridad. La capacidad que tienen los equipos para elaborar y gestionar un catastro de hogares, residencias, alberges, y servicios de urgencia para estos casos es parte fundamental de la intervención en crisis.

Un aspecto esencial en el pilar de seguridad es la reducción de factores de riesgo críticos, es decir, que están íntimamente ligados con la crisis que observa el equipo de intervención. **La cercanía con ciertas personas, lugares, situaciones u otros factores que incrementan la probabilidad de una extensión de la crisis** que experimenta la persona, deben ser adecuadamente analizados por el equipo para poder asegurar una estabilidad mínima que permita un trabajo más profundo de intervención.

En el plano del **soporte**, el equipo de intervención debe constituirse como un agente de cuidado para la persona en crisis. Entre más grave es la situación que vive la persona, más necesario es que el equipo logre efectivamente constituirse como una fuente de soporte directo e indirecto. De forma directa, el equipo puede desarrollar **contención emocional para buscar un nivel mínimo de orden y estabilidad para la persona**. En un plano indirecto, el equipo puede buscar soportes sociales y comunitarios adecuados que permitan dar mayor sostenibilidad a las estrategias de cuidado y protección.

Este último punto es fundamental, y sustenta en gran medida el pilar de soporte: El mejor soporte para la persona en crisis es aquel que puede perdurar en el tiempo, aun cuando se haya terminado la crisis en su fase más aguda, y por lo tanto los actores sociales más adecuados para asumirlo serán los más cercanos a la persona (familia y comunidad). De acuerdo a la evidencia mostrada por

Myer et al. (2013) las personas suelen caer en estados de crisis debido a la **falta de soportes sociales**, recalcando la necesidad de recomponer durante la intervención en crisis gran parte del problema basal que motiva el problema, que es la vulnerabilidad relacional.

El aseguramiento de los soportes sociales en la comunidad para la intervención en crisis supone un trabajo previo de identificación de los actores sociales que pueden actuar de manera oportuna y efectiva ante las crisis, por ejemplo, ¿Qué vecino/a tiene un acceso expedito a recursos municipales? ¿Quiénes son actores positivos de contención en el barrio? ¿Quiénes son los actores de la comunidad que pueden gestionar recursos? ¿Qué organizaciones pueden desplegar soportes eficientes?, etc.

Para desarrollar una buena función de soporte, el equipo de intervención debe mostrarse **empático y evitar juicios hacia la persona** que se encuentra en crisis, procurando la configuración de un espacio relacional positivo y constructivo. Cabe destacar que las personas en crisis han perdido sus capacidades adaptativas, no pueden generar respuestas defensivas eficientes, y por lo tanto cualquier ataque puede profundizar el nivel de vulnerabilidad o generar más daños asociados a la situación de crisis.

La categoría focalizada de las tareas asociadas a la intervención en crisis son aquellas que no siguen un orden como las anteriores y dependen en su ejecución de la situación particular. Estas tareas son: **Contacto, re-establecimiento del control, definir la crisis o el problema y el seguimiento.**

El contacto es reconocido por múltiples autores como una etapa esencial para una buena intervención en crisis, debido a su eficiencia demostrando genuina intencionalidad y disposición del equipo de intervención con la persona que requiere el apoyo. En esta línea, se destaca el paso de tomar contacto con la persona como una buena instancia para generar una alianza de trabajo y comunicar de forma efectiva un sentido de cuidado. Si el equipo no se comunica con la persona, no dialoga o interactúa directamente con ella, entonces los parámetros de confianza, colaboración y soporte de la intervención pueden verse afectados.

Ahora bien, en múltiples ocasiones el equipo de intervención deberá ejecutar otros procesos de intervención en crisis antes del contacto directo. Por ejemplo, ante la gravedad de una crisis, el equipo podrá movilizar recursos de red institucional o comunitaria para una asistencia oportuna del caso antes de tomar directamente contacto.

Para re-establecer el control, el equipo de intervención deberá ayudar a las personas a regular sus reacciones ante las crisis. El foco de este proceso es la **gestión de la situación inmediata**, y el objetivo es el empoderamiento de la persona para que pueda ver y actuar en torno a la solución de su problema. El resultado final del re-establecimiento del control suele ser la firma o la aceptación oral de desarrollar una estrategia para gestionar la crisis que afecta a la persona, sin embargo, esto supone un proceso de **reordenamiento especialmente complejo cuando las reacciones iniciales frente a la crisis son agresivas**. Estas situaciones especialmente agresivas,

requieren que el equipo aprenda y ejecute estrategias de “De-Escalada” que apuntan a la regulación y el posterior inicio de una interacción colaborativa.

En el paso de **definición del problema o la crisis** nos encontramos con la misma variabilidad de los demás pasos. Se trata de un proceso cambiante de identificación y delimitación de la crisis que afecta a la persona, procurando analizar alternativas de acción, eventos que precipitan la crisis, racionalizaciones, emociones, o impedimentos para el funcionamiento. Si bien la crisis puede ser vista desde un determinado ángulo en primera instancia, es necesario que la persona junto al equipo de intervención sea capaz de re-definir el problema o crisis en caso de que esta varíe. La relación, por ejemplo, entre los duelos mal desarrollados, el abuso de drogas y los intentos de suicidio, constituyen un ejemplo claro de la necesidad de observar el dinamismo de una crisis para no suspender de forma inadecuada (sin saber/sin acompañar) la intervención de la crisis.

Finalmente, el **seguimiento** constituye un proceso variable que depende de las formas de interacción con la persona en crisis. Si la intervención se realiza por teléfono o de forma digital, entonces el proceso de seguimiento es muy difícil, sin embargo, en el barrio es posible que una vez finalizada la intervención, el equipo pueda contactar regularmente a la persona para saber cómo se han sostenido los resultados. Los estándares de calidad de la intervención en crisis sugieren el contacto una vez al mes con la persona (Robert, 2005).

Entendiendo lo anterior, la intervención en crisis no supone únicamente un proceso que se despliega ante situaciones complejas en la comunidad, sino que también constituye un proceso amplio de preparación para que el equipo cuente con todos los recursos que requiere una intervención oportuna. Los catastros de redes, de recursos socio-comunitarios, el entrenamiento en interacciones de escaladas y la capacidad que tienen los profesionales de contar con información actualizada sobre el funcionamiento del barrio, ya sea en un nivel material o simbólico, constituyen herramientas esenciales que justifican la transversalidad de este eje en las intervenciones de prevención selectiva e indicada.

Metodología anexa: Estrategias de intervención breve

Finalmente, como hemos señalado anteriormente, es necesario que el equipo maneje la metodología de intervención breve para aquellos casos de consumo que no participan en el abordaje de prevención indicada.

La evidencia en la utilización de este tipo de intervenciones destaca la utilización de la entrevista motivacional y las etapas de cambio como estrategias metodológicas, para generar **espacios breves de trabajo** donde la mayor efectividad se encuentra dada por la realización de una retroalimentación en persona.

Existen variadas definiciones respecto a la duración de las intervenciones breves, encontrándose experiencias que van **desde los cinco minutos a las cuatro sesiones de duración**. Este tipo de metodología de intervención es efectiva en personas que no acceden a programas de tratamiento, mostrando en estos casos específicos resultados hasta después de 12 meses de desarrollada la intervención. No obstante lo anterior, la población que mejor responde a una intervención breve es aquella que presentan consumo abusivo, no así las que tienen un consumo dependiente (Saunders et al. 2004). De acuerdo a lo anterior, la utilización de este tipo de intervenciones es relevante considerando que es a ésta población a la cual se dirigirá el dispositivo de prevención indicada.

Este tipo de intervención ha sido muy eficaz para identificar usuarios con riesgo moderado y principalmente para cambiar sus hábitos de consumo de sustancias y está dirigida a usuarios que **se encuentran en etapas de cambio de precontemplación y contemplación**, dado que allí es donde mayor efectividad ha demostrado. De la misma manera, permite establecer un espacio de trabajo acotado, frente al posible bajo interés y motivación del NNJ, facilitando en estas condiciones también la detección precoz de consumos problemáticos de sustancias o de otros problemas de salud mental incipiente para su derivación adecuada. Una de sus principales fortalezas es que permite derivar a servicios especializados a consumidores que de otro modo probablemente no hubieran llegado a ellos hasta etapas más tardías, facilitando el tratamiento adecuado.

El objetivo de la intervención es la motivación para el cambio en relación al consumo de sustancias y la información y asesoramiento al NNJ y su familia, abriendo un espacio de reflexión sobre el consumo, su función y sus posibles efectos en los diferentes ámbitos de la vida, orientando a partir de la reflexión personal cambios de estilos de vida y actitudes más favorables y saludables.

Esta intervención breve se vincula al instrumento DEP-ADO aplicado en el momento en que se busca definir la población a intervenir indicadamente, cuya información entregará antecedentes de relevancia para entregar una retroalimentación personalizada a los NNJ a quienes se les aplique el instrumento y respondan positivamente a los criterios que definen una intervención indicada. Dicha retroalimentación tomará en consideración los aspectos vinculados al tipo de consumo, sustancia(s) consumida(s) y frecuencia, conductas de riesgo asociada, y todos aquellos

aspectos, señalados por el NNJ durante el proceso de entrevista, relevantes para determinar las necesidades de intervención que presenta cada uno.

En el caso de encontrarse con NNJ demasiado resistentes al desarrollo de una intervención, la evidencia recomienda que el trabajo se centre prioritariamente en modificar la conducta de éstos en relación a la sustancia más frecuentemente usada o la que les causa la mayoría de los problemas (la identificada por el usuario o la que obtuvo la puntuación más alta en el DEP-ADO).

Cabe enfatizar que en el desarrollo de intervenciones breves es relevante que el equipo amplíe los recursos de indagatoria a fin de considerar aquellos objetivos que los NNJ identifiquen aunque sean distintos a abordar su consumo, esto aumenta las posibilidades de aumentar la motivación y amplía el espectro de trabajo a desarrollar con ellos.

El método de ésta intervención se basa en los siguientes pasos, cada uno de los cuales es posible de vincular a algún objetivo de trabajo para el desarrollo de las sesiones:

1. Proporcionar retroalimentación personalizada a los usuarios sobre sus registros de acuerdo a lo recopilado por el instrumento que indaga en el consumo.
2. Entregar sugerencias sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias.
3. Facilitar la responsabilización por parte de los usuarios respecto de sus decisiones.
4. Indagar con los usuarios el nivel de preocupación que experimentan.
5. Analizar comparativamente aspectos positivos y negativos acerca de su consumo.
6. Resumir y reflexionar sobre lo que los usuarios han expresado acerca del consumo, haciendo énfasis en los aspectos negativos.
7. Preguntar a los usuarios qué tan preocupados están por esos aspectos negativos.
8. Entregar a los usuarios información para reforzar la intervención breve.

En resumen, la intervención breve constituye una herramienta con importantes y comprobados resultados respecto a su eficacia (Guitart et al. 2012) y que será de utilidad en los siguientes casos:

- a) Aquellos casos que luego de aplicado el instrumento DEP-ADO son catalogados en el color verde, es decir, que de acuerdo a dicho instrumento no presentan un problema evidente y no requerirían por tanto una intervención de mayor intensidad respecto a su consumo, pero que sin embargo, presentan consumo.
- b) Aquellos casos donde los usuarios no adhieran a un trabajo de mayor profundización en prevención indicada, permitiendo este tipo de intervención hacer uso de cualquier espacio de contacto con el NNJ. Ésta modalidad de intervención breve será utilizada en todos

aquellos casos donde el equipo detecte necesidades de intervención respecto al consumo, es decir, NNJ con un problema emergente donde se recomienda intervención y que no exista la motivación necesaria para desarrollar un trabajo más extendido en el tiempo.

- c) Casos que requieran el desarrollo de un plan de derivación asistida con el objetivo de mantener y fortalecer la motivación del NNJ para acceder a un programa de tratamiento.

En el primer caso (luz verde), el NNJ continuará participando grupalmente en el desarrollo de una intervención de tipo selectiva y complementariamente el equipo deberá hacer uso de la intervención breve para trabajar la relación establecida con las drogas, entregando información y retroalimentando de las consecuencias que tiene o pudiera tener el consumo en el futuro. Cabe mencionar que en estos casos, ésta modalidad de intervención podría repetirse si el equipo lo evalúa como necesario al no visualizar los cambios esperados.

En el segundo caso (luz amarilla), las intervenciones breves son un buen recurso para el proceso de trabajo que se utiliza cuando el usuario no adhiere para desarrollar un plan de intervención indicado. Lo anterior dado que la evidencia señala que los NNJ que no presentan criterios de dependencia, generalmente no acceden a instancias de tratamiento o no adhieren a dicha oferta. En este contexto, es relevante la realización de intervenciones de menor tiempo y con objetivos de corto aliento pero que sean efectivas en facilitar que el NNJ pueda reflexionar sobre su consumo y las consecuencias, indagando en aquellos aspectos que son de importancia para él/ella y que pueden ser gatillar la motivación al cambio.

De acuerdo a las necesidades de cada caso, el equipo también deberá indagar las posibilidades de vincular la intervención breve a la generación de soportes preventivos en el entorno familiar y comunitario del NNJ. Lo anterior dado que la complejidad de este tipo de consumo y la escasa motivación que presentan podría requerir además de la activación de algunas redes de soporte social, de intercambio, de cuidado, capaces de movilizar, apoyar e impulsar al NNJ.

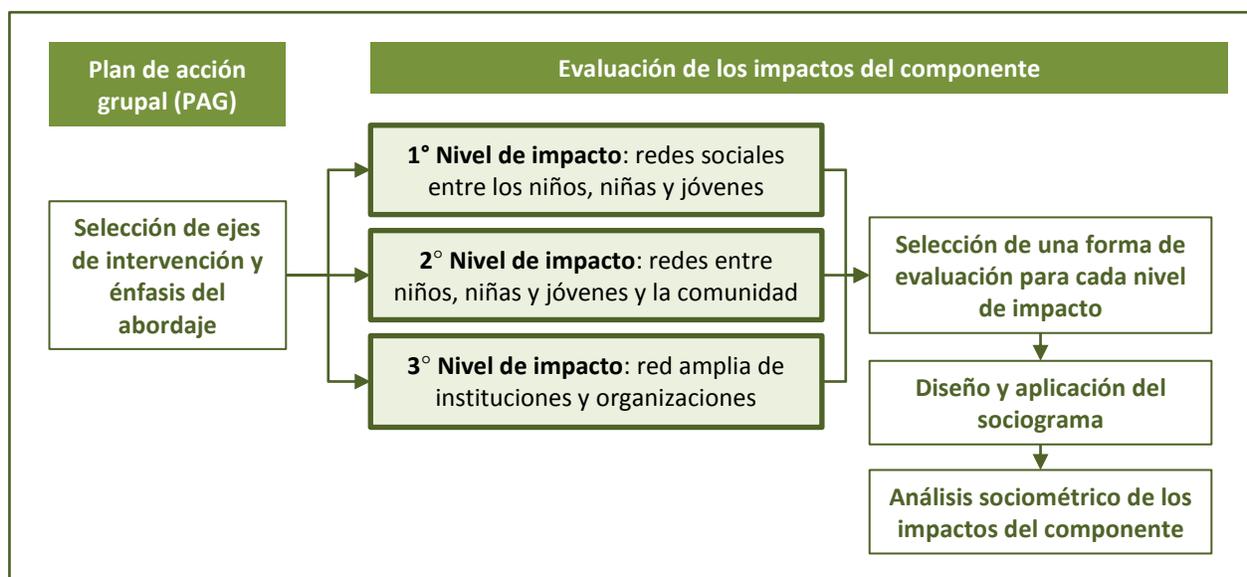
Metodología Anexa: Evaluación de la intervención con enfoque de redes

Evaluación de los resultados.

La evaluación de las intervenciones selectivas e indicadas con enfoque de redes puede ser realizada en función de los siguientes **niveles de impacto**:

- Su impacto en las redes de niños, niñas y jóvenes (**1° nivel de impacto**),
- Las redes que entablan con la comunidad en general (**2° nivel de impacto**), y
- Las redes que se desarrollan con organizaciones o servicios sociales (**3° nivel de impacto**).

Cada nivel de impacto puede ser evaluado de tres formas distintas. Esto significa que el equipo, en función de los ejes de intervención que priorice y los énfasis de su abordaje, podrá decidir sobre la mejor forma de evaluar el trabajo que desarrollarán con los niños, niñas y jóvenes, ateniéndose a un nivel mínimo de estandarización nacional que permite monitorear la calidad del programa.



Cada una de las formas de evaluar el impacto del programa, en cada uno de los tres niveles de impacto, se traduce en una pregunta contenida en un sociograma que deberá ser contestada por los niños, niñas y jóvenes antes y después de la implementación del plan de acción para medir la efectividad de la intervención. En el siguiente apartado profundizaremos en las características de este sociograma y el análisis sociométrico.

La decisión de cómo se evaluarán los impactos del programa (una evaluación por nivel) deberá incluirse en el plan de acción grupal (PAG) para que el equipo mantenga claridad durante todo el proceso sobre la forma en la que finalmente se evaluará la efectividad de la intervención. Para cada uno de los niveles de impacto del programa, el equipo determinará al menos una forma de evaluar. Estas formas de evaluar remiten a una pregunta contenida en el sociograma. Estas

preguntas permiten entender cómo se irán fortaleciendo los recursos relacionales de los niños, niñas y jóvenes. En función de las edades, las diferencias culturales, los lenguajes, etc. es posible modificar la forma de realizar las preguntas mediante un diálogo técnico con las personas encargadas de monitorear el componente a nivel regional (SENDA Regional), para asegurar la mantención del sentido de la pregunta y la validez de la medición.

Niveles de Impacto

El equipo debe evaluar los tres niveles de impacto, y por lo tanto deberá escoger la forma más apropiada de evaluación en función de las características del grupo de niños, niñas y jóvenes con los que trabaja, y los énfasis de la intervención que llevará a cabo. El diseño del programa ofrece distintas formas de evaluar los tres niveles de impacto del programa que responden a cualidades específicas de las redes que configuran los niños, niñas y jóvenes.



1° Nivel de impacto / Redes entre niños, niñas y jóvenes

Aquí, el equipo deberá escoger la forma de evaluar sus impactos en función de:

- (1) Aumento en las relaciones saludables que estos entablan entre sí,
- (2) Emergencia de soportes, apoyos, o ayuda entre ellos; o

- (3) La construcción de relaciones orientadas a la participación social y la generación de proyectos colectivos.

Dependiendo de la forma en la que el equipo decida trabajar con los niños, niñas y jóvenes, **se** deberá escoger **al menos una forma de evaluar cada nivel de impacto del componente** en función de las apuestas que comprende el abordaje propuesto.

Fortalecimiento de las redes sociales entre los niños, niñas y jóvenes

- **Forma de evaluar 1: Fortalecimiento de redes saludables entre los NNJ.**
¿Qué amigos o amigas del barrio tú consideras que se preocupan por tu salud y bienestar? (Por ejemplo, te acompañan a hacer deporte, te dicen que te alimentes bien, que no hagas cosas peligrosas, etc.)
- **Forma de evaluar 2: Fortalecimiento de redes de apoyo entre los NNJ.**
¿Si tienes un problema o necesitas la ayuda de alguien, a quien de tus amigos o amigas del barrio acudirías?
- **Forma de evaluar 3: Fortalecimiento de redes de participación social.**
¿Con quiénes de tus amigos o amigas del barrio tú sientes que tienes intereses comunes y podrías hacer proyectos juntos para vivir mejor?

Ejemplos:

Caso n° 1

*En el caso de las jóvenes que se exponen a riesgos en espacios nocturnos de ocio, el énfasis de intervención podrá estar puesto en el desarrollo de apoyos positivos que incrementen sus condiciones de protección en espacios de diversión, para lo cual será relevante medir como resultado, en el primer nivel de impacto, el **fortalecimiento de redes de apoyo entre los niños, niñas y jóvenes** (¿Cuentan con otras personas para desplegar estrategias de protección y autocuidado?).*

Caso n° 2

*Por otro lado, abordajes que buscan aumentar la presión de pares positivos para el desarrollo de los niños, niñas y jóvenes pueden ser efectivamente evaluados a partir del **fortalecimiento de redes saludables** (¿Se juntan con personas que los cuidan, aconsejan o impulsan para ser más saludables?).*

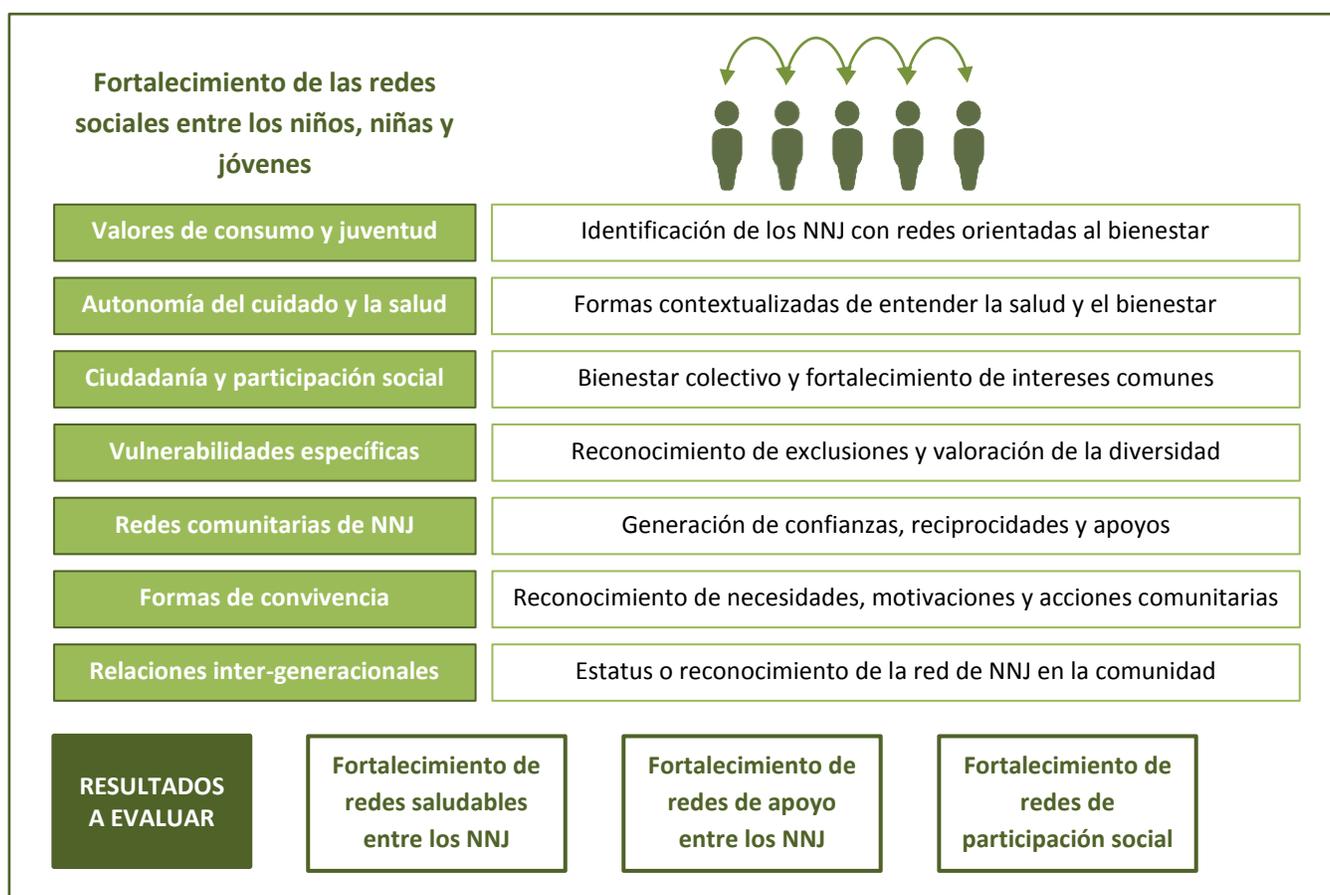
Caso n° 3

*En otro caso de evaluación del primer nivel de impacto, el énfasis de intervención puede estar en la movilización de iniciativas auto-gestionadas, para lo cual se vuelve relevante evaluar las **redes de participación social** (¿Con quienes cuentan los NNJ para desarrollar una idea conjunta?).*

En el caso de que el abordaje propuesto en el plan de acción grupal incorpore varios impactos posibles por nivel (Ej.: **estrategia de pares positivos con énfasis en la generación de proyectos conjuntos**), es recomendable que el equipo de intervención discuta en profundidad su apuesta técnica y opte por aquella forma de evaluación que apunta con mayor fuerza a los resultados globales de la intervención (*¿Qué forma de evaluación puede integrar mejor los resultados de la intervención que se llevará a cabo?*).

Nota: Si el equipo considera fundamental incorporar una segunda o tercera forma de evaluación en algún nivel de impacto, y tiene capacidad para desarrollar una evaluación más extensa, entonces el diseño del componente no pone ningún obstáculo para que esto se lleve a cabo. En este caso, el equipo debe evaluar considerando el cumplimiento del resto de los requerimientos y productos del Programa.

El siguiente esquema resume los efectos intermedios que buscan los distintos ejes de intervención en el primer nivel de impacto del componente denominado **“Fortalecimiento de las redes sociales entre los niños, niñas y jóvenes”**. En el sector inferior del esquema se presentan las tres formas de evaluar el impacto del plan de acción en este nivel.



2° Nivel de impacto / Extensión de las redes de los niños, niñas y jóvenes hacia la comunidad.

En este nivel, el abordaje a proponer por el equipo de intervención no sólo debe centrarse en el fortalecimiento de las redes **entre** los niños, niñas y jóvenes; sino también debe **ampliarse a la comunidad**, vinculando especialmente a los adultos que pueden desarrollar una actitud protectora, preventiva y participativa. Este nivel de impacto, además, busca evaluar la intervención desarrollada respecto al nivel de articulación que logra este componente de Prevención Selectiva e Indicada con el componente de Estrategias Comunitarias y Familiares de Prevención (SENDA, 2014b) en el marco del programa “Actuar en Comunidad”.

Las formas de evaluar este nivel de impacto pueden estar centradas en el **fortalecimiento de redes de protección**, es decir, la presencia de adultos que pueden ejercer un rol de cuidado para con los niños, niñas y jóvenes; fortalecimiento del vínculo de éstos con la comunidad, asociándose a su contacto con distintos actores de la comunidad, especialmente cuando se trata de la generación de suministros para el desarrollo (materiales, psicosociales o socioculturales), y el fortalecimiento de las condiciones de participación de los niños, niñas y jóvenes en la comunidad.

Extensión de las redes de niños, niñas y jóvenes hacia la comunidad

- **Forma de evaluar 1: Fortalecimiento de las redes de protección.**
¿Qué adultos de la comunidad, incluidos tus familiares que viven en el barrio, te cuidan frente a lo que otros pueden decirte o hacerte?
- **Forma de evaluar 2: Fortalecimiento del vínculo de los NNJ con la comunidad.**
¿Si necesitas alguna cosa o quieres conversar con alguien, a qué adulto de la comunidad, incluidos tus familiares que viven en el barrio, acudirías?
- **Forma de evaluar 3: Fortalecimiento de la participación en la comunidad.**
¿Qué personas u organizaciones de la comunidad, incluidos tus familiares que viven en el barrio, te han permitido participar en alguna decisión relevante para todas las personas del barrio?

Mediante la indagación en este nivel de impacto del componente, el equipo de intervención dará cuenta de la sostenibilidad de los logros conseguidos, puesto que el involucramiento de los adultos responsables, y de la comunidad en general, es fundamental para que las redes de los niños, niñas y jóvenes sean legitimadas, no estigmatizadas, enriquecida y logren tener un lugar en la cotidianidad del barrio.



3° Nivel de impacto / Vínculo de los niños, niñas y jóvenes con la red amplia de instituciones y organizaciones sociales.

Finalmente se medirá el éxito que tiene el equipo de intervención en vincular a los niños, niñas y jóvenes con la red amplia de suministros para el desarrollo, centrándose en la interacción directa de los participantes del componente con las instituciones u organizaciones, la vinculación o el desarrollo de una relación más cercana con las personas que trabajan en los servicios de salud, lo que supone una mayor probabilidad de que el niño, niña o joven pueda utilizar su red de manera eficiente en caso de requerirlo, y la mediación de actores sociales, ya sean amigos, familiares, vecinos, profesores u otros miembros de la comunidad, en el vínculo que desarrollan los niños, niñas y jóvenes con los servicios de salud.

Interacción con la red amplia de instituciones y organizaciones

- **Forma de evaluar 1: Interacciones con organizaciones o servicios sociales.**
¿Con que organizaciones o instituciones has interactuado el último mes?
- **Forma de evaluar 2: Vinculación con actores de los servicios de salud.**
¿A qué persona del consultorio y otro servicio de salud conoces?
- **Forma de evaluar 3: Actores mediadores del vínculo institucional.**

¿Cuándo necesitas acudir a alguna organización o institución, como el colegio o el consultorio, quien te acompaña?

Ejemplo:

Caso n°1

En el caso de que la estrategia del equipo sea llevar a los niños, niñas y jóvenes a distintos espacios ocupados por organizaciones o servicios, probablemente **la primera forma de evaluación sea la más adecuada.**

Caso n°2

Por otro lado, en la medida en que el equipo logra gestionar el vínculo de actores de los servicios de salud con el programa y se comprometen interacciones regulares con personas encargadas de programas sanitarios, entonces **la segunda forma será la más adecuada.**

Caso n°3

Ahora bien, si el equipo busca que sean los propios miembros de la comunidad los que desarrollen capacidades para vincular a los niños, niñas y jóvenes con los servicios de salud, entonces será **la tercera de evaluación la más adecuada.**



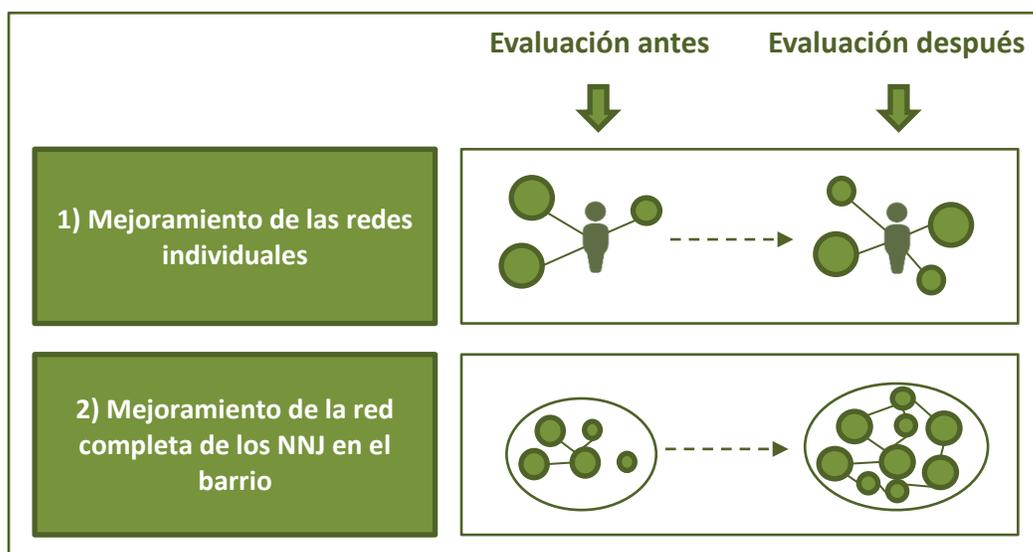
Lo importante de todos los procesos anteriormente explicados, es que los niños, niñas y jóvenes logren efectivamente dar cuenta de sus relaciones en las distintas dimensiones relevantes para el programa.

Procesamiento del sociograma

La forma de procesar estos datos es básicamente la misma que se señala en el “Modelo de prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol” (P. 91), sin embargo, debido a la diversidad de actores y tipos de relaciones que se indagaron en este proceso, será necesario ingresar los datos y trabajarlos con algunas precisiones nuevas.

Una vez ejecutado el plan de acción grupal, es necesario indagar en los impactos de las actividades que se desarrollaron. Esta evaluación se realizará en dos niveles:

- 1) **Mejoramiento de las redes que tienen los NNJ de manera individual.**
¿En cuántas personas aumentó la red de este niño, niña o joven?.
- 2) **Mejoramiento de la red completa que configuran los NNJ en el barrio.**
¿En qué dimensiones se ha mejorado la red en el barrio?.



La evaluación del mejoramiento de las redes sociales, individuales o colectivas, se realiza mediante la aplicación de un **sociograma**, instrumento que consiste en una serie de preguntas⁶ que permiten conocer las relaciones que entablan los NNJ. Estas redes no son únicas y responden a ciertas cualidades específicas (redes de juego, redes de confianza, redes de apoyo, etc.) que son consultadas en el **sociograma**. Algunos ejemplos de preguntas que apuntan a la identificación de los actores sociales que conforman la red de la persona que está respondiendo son:

¿Con quién te juntarías?

¿A quién acudirías?

¿En quién confías?

⁶ Para el caso del programa “Actuar en Comunidad”, las preguntas detalladas en el sociograma son pre-elaboradas por la Unidad Comunitaria de Prevención, para asegurar la comparabilidad de los resultados entre los distintos barrios intervenidos en el país.

Análisis Individual.

Este análisis es generado por los niños, niñas y jóvenes con el apoyo del equipo, el cual deberá extraer información en cada una de las preguntas desarrolladas. Por lo pronto, esta evaluación personal inicial indaga en interrogantes básicas:

¿Cuántas relaciones antes del programa? ¿Cuántas relaciones después del programa?

Mediante este primer análisis, el equipo podrá identificar el estado de las redes de los niños, niñas y jóvenes para mejorar las estrategias que están incluidas en el plan de acción grupal. Una vez que se observan las **vulnerabilidades relacionales** presentes en el grupo, el equipo puede orientar de manera más específica las intervenciones para mejorar las dinámicas grupales. Además, el equipo puede comenzar a observar las vulnerabilidades que, sumadas a un consumo de drogas, pueden requerir un abordaje indicado o bien una derivación a tratamiento.

Este análisis nos permitirá acercarnos a un primer nivel de adquisición de recursos protectores de red.

Tipo de red	Cantidad de relaciones		
	Antes	Después	Incremento
REDES NNJ			
Redes saludables			
Redes de apoyo			
Redes de participación			
REDES CON LA COMUNIDAD			
Redes de protección			
Vínculo con la comunidad			
Participación en la comunidad			
INSTITUCIONES U ORG.			
Interacciones con instituciones y Org.			
Actores de servicios de salud			
Actores mediadores			

En la mayoría de los casos la tabla anterior tendrá sólo una forma de evaluación por cada tipo de red o nivel de impacto del componente. **En función de la decisión de evaluación que tome el equipo, la tabla deberá contener un resultado para cada uno de los tres niveles**, a menos de que se decida incorporar más formas de evaluación en función de la complejidad del abordaje planificado en el plan de acción grupal.

Análisis Colectivo.

En un segundo nivel de análisis, es necesario observar toda la red de relaciones que establecen los niños, niñas y jóvenes del barrio.

El equipo de intervención deberá observar las **redes que se configuran en torno a cada pregunta del sociograma** para priorizar aquellos fenómenos de vulnerabilidad con mayor relevancia en el barrio intervenido, por ejemplo, aislamientos, ausencia de adultos, ausencia de organizaciones sociales, baja cantidad de relaciones entre los NNJ del barrio, etc.

El programa “Actuar en Comunidad” pone énfasis en los siguientes fenómenos de red que deben ser atendidos por el equipo de intervención:

- **Tamaño de la red:** Número total de personas u organizaciones que participan de la red de los niños, niñas y jóvenes del barrio. Para elaborar este indicador, el equipo deberá contar el total de personas que son referidas en los sociogramas antes y después. Si el tamaño de la red es grande en la primera evaluación, el equipo podrá priorizar un trabajo de fortalecimiento de estas relaciones, o bien, si es pequeña, podrá priorizar el aumento de tamaño. Lo relevante es que el equipo haya observado el tamaño y haya tomado una decisión de intervención.
- **Diversidad de actores:** Cantidad de niños, niñas y jóvenes, adultos, organizaciones e instituciones participantes en la red. Para ello, el equipo deberá contar cuantos nodos corresponden a cada tipo de actor social para generar énfasis de intervención, Ej. Si la cantidad de organizaciones comunitarias es baja entonces el equipo puede orientarse a la dinamización de las redes hacia dichos actores.
- **Aislamiento:** El fenómeno de aislamiento social estará definido por la ausencia de vínculos (no elige a nadie y no es elegido/a por nadie en la sociometría). Este fenómeno de vulnerabilidad relacional puede orientar los énfasis de intervención, por ejemplo, desarrollando actividades de integración, valorización, menor estigmatización, vínculo con organizaciones o instituciones, etc.

Este segundo nivel de procesamiento, análisis y evaluación se puede resumir en la siguiente tabla:

Fenómenos de red	Evaluación de resultados globales	
	Medición antes	Medición después
Características globales		
Tamaño de la red		
Diversidad de actores		
N° NNJ		
N° Adultos		
N° Organizaciones		
N° Instituciones		
Fenómenos de vulnerabilidad		
Aislamiento (I=0/O=0)		

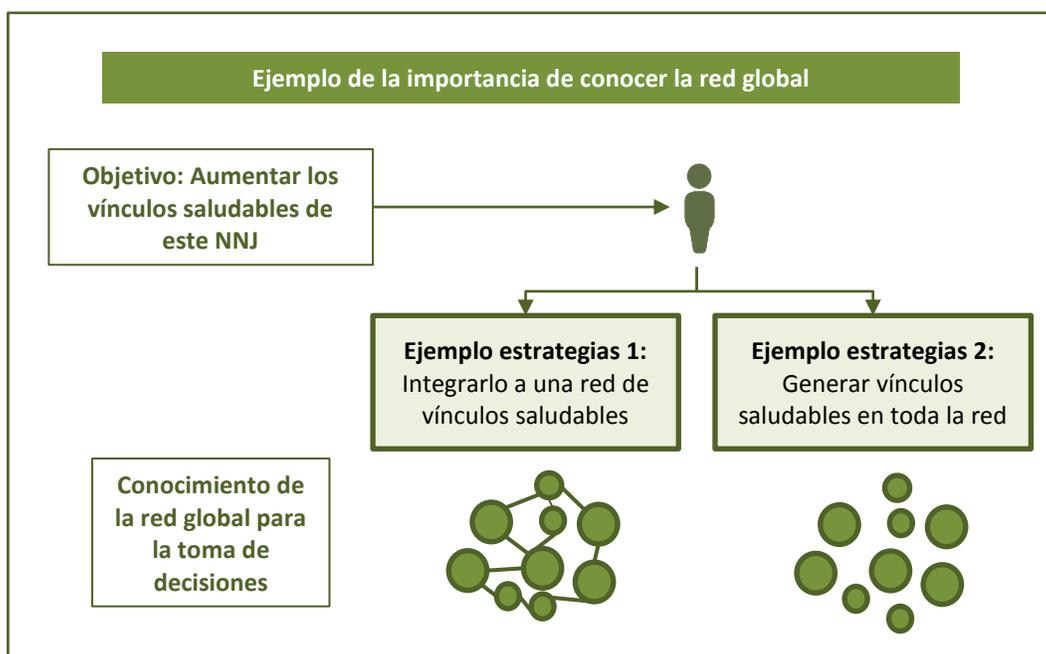
Para mejorar la capacidad de tomar decisiones del equipo de intervención, en relación al fortalecimiento de factores protectores de los niños, niñas y jóvenes del barrio, es posible generar **mapas de redes que permitan una visualización adecuada de los fenómenos**⁷.

La medición individual (1° procesamiento) constituye el foco principal de la evaluación del programa (% de incremento en los distintos resultados escogidos), sin embargo, la agrupación de los datos para analizar la dinámica general de las redes permitirá al equipo tomar decisiones estratégicas para el mejoramiento de las redes individuales.

Ejemplo:

Si no conocemos el estado general de la red de los niños, niñas y jóvenes, no sabremos cómo aumentar individualmente los vínculos saludables entre ellos.

¿Existe disponibilidad de vínculos saludables para beneficiar a NNJ específicos? o bien ¿Es necesario motivar la construcción de vínculos inexistentes en la red?, si no conocemos la red completa no sabemos que recursos relacionales existen y qué estrategias son las más adecuadas.



⁷ Para ello es necesario que el equipo utilice las tablas de doble entrada para generar archivos destinados a trabajar en el software UCINET 6 en "NetDraw", distinguiendo con formas o colores las variables que prioriza el equipo en cada mapa. Este proceso será detallado en el apartado siguiente.

En síntesis, el proceso de evaluación considera los siguientes pasos:

1. En función del abordaje que se ha construido junto a los niños, niñas y jóvenes el equipo decide cuales van a ser los resultados de la intervención en cada uno de los tres niveles de impacto.
2. El equipo elaborará una pauta de evaluación de redes (sociograma) que incorpora las tres preguntas que apuntan a los tres resultados escogidos (uno por nivel). En caso de requerirse la modificación de una pregunta para que sea más adecuada a la población con la que trabaja el equipo deberá discutirlo con el SENDA Regional.
3. El equipo aplicará la pauta de evaluación al grupo de niños, niñas y jóvenes durante la primera sesión de implementación del plan de acción grupal.
4. El equipo procesará la pauta y elaborará un informe breve para cada niño, niñas y joven (1° procesamiento), y un informe de red general para cada nivel de impacto (2° procesamiento): una red de NNJ, una red de NNJ en relación a la comunidad, y una red de interacción entre NNJ e instituciones u organizaciones.
5. El equipo utilizará las tres redes globales para enriquecer la intervención que propone en el plan de acción grupal. ¿Cuáles deberían ser los énfasis del trabajo a partir del estado de la red? ¿Con qué recursos contamos? ¿Qué vulnerabilidades hay que trabajar durante el desarrollo de las actividades? ¿Necesitamos incrementar el tamaño de la red o densificarla? ¿Necesitamos que haya mayor diversidad de actores? ¿Más instituciones en las redes? ¿Más organizaciones socio-comunitarias?
6. Al finalizar los ocho meses de intervención el equipo volverá a aplicar el mismo sociograma aplicado al inicio. Una vez procesado, el equipo deberá completar la información de las casillas “medición después” y señalar la magnitud de la variación para cada niño, niña o joven participante. Esta información se sistematizará en una tabla agregada que será enviada al equipo regional de SENDA, junto a la tabla de resultados globales.

Construcción del Sociograma

El instrumento final tendrá, entonces, tres preguntas que deberán ser respondidas por el niño, niña o joven señalando el nombre de las personas o instituciones que considera relevantes. Además, el equipo podrá **agregar variables anexas** a la pregunta, dependiendo de los énfasis de su intervención y la información que requiere para el análisis de la red. Por ejemplo, en el segundo nivel de análisis, que se refiere a las relaciones entre los NNJ y los adultos de la comunidad, puede ser relevante preguntar complementariamente el tipo de relación que sostienen con la persona señalada (familiar, vecino, profesor, funcionario público, etc.).

Frente a las preguntas antes detalladas, las personas elaborarán necesariamente una lista de nombres (no es aceptable una definición general de sus redes Ej. ¿En quién confías? “En todos mis amigos”). Para ello, el diseño del sociograma debe poner bajo cada una de las preguntas una serie de casillas con nombre y apellido para que el niño, niña o joven enliste sus relaciones.

Ej. ¿Si necesitas alguna cosa o quieres conversar con alguien, a qué adulto de la comunidad, incluidos tus familiares que viven en el barrio, acudirías?

NOMBRE	APELLIDO	VARIABLE ANEXA (EDAD, SEXO, TIPO DE RELACIÓN, ETC).

Cuando las preguntas son muy amplias (Ej. ¿A quiénes conoces en tu barrio?), entonces el número de referencias puede ser demasiado grande y obstaculizar el procesamiento. En el programa “Actuar en Comunidad” el número de referencias estará abierto, atendiendo a una mayor especificidad de las preguntas y apostando, por lo tanto, a un número más acotado de nombres como respuesta. En el caso de que el número de referencias sea mayor a 15, entonces el equipo de intervención podrá desarrollar un corte inferior que descarte todas las referencias que emergen después de la número 15.

Ejemplo de sociograma

Nombre del entrevistado: José Daza	
1° Pregunta: ¿Qué amigos o amigas tú consideras que se preocupan por tu salud y bienestar (Por ejemplo, te acompañan a hacer deporte, te dicen que te alimentes bien, que no hagas cosas peligrosas, etc.)?	
Nombre	¿De dónde conoces a esa persona?
Felipe Reyes	Colegio
Rodrigo Gómez	Vecino
Helena Vergara	Colegio
Lorena Silva	Vecino
Jonathan Pena	Hijo de amigos de mi papá
2° Pregunta: ¿Si necesitas alguna cosa o quieres conversar con alguien a qué adulto de la comunidad, incluidos tus familiares que residen en el barrio, acudirías?	
Nombre	¿De dónde conoces a esa persona?
Carmen Moraga	Mamá
Rubén Marín	Papá
Cristóbal Sierra	Tío
Jessica Quiroga	Vecina / Mamá de la Lorena
Alejandro Ruiz	Vecino / Club de fútbol
3° Pregunta: ¿Con que organizaciones o instituciones has interactuado el último mes? (formales como el colegio, el consultorio o la municipalidad, o informales como un club de fútbol)	
Nombre	¿Por qué has interactuado?
Colegio Brígida Walker	Porque ahí estudio
CESFAM Rosita Renard	Porque me enfermé
Cyber de la biblioteca municipal	Porque vamos con mis amigos a jugar

Sistematización de Respuestas

- **Ingreso de participantes**

Una vez que todo el grupo de niños, niñas y jóvenes del grupo ha terminado de responder el **sociograma**, entonces el equipo puede comenzar a sistematizar las respuestas. Es necesario desarrollar tres procesos de sistematización y análisis de los datos, uno por cada una de las tres redes consultadas (NNJ / NNJ-Comunidad / NNJ-Instituciones).

En primer lugar es importante ingresar en una planilla Excel⁸ todos los nombres de los niños, niñas o jóvenes que son parte del grupo de manera vertical en la columna “A” del archivo. Posteriormente, se ingresarán en la misma columna, debajo de los anteriores, todos los demás nombres de personas externas al grupo que son señalados en el **sociograma** para la pregunta que estamos analizando.

Una vez que tenemos toda la lista de nombres, se desarrolla una primera variable que permita distinguir durante el análisis quienes son parte del grupo de intervención y quienes se encuentran fuera de éste. Para ello pondremos en la columna “B” el nombre **“Participantes”**. Frente a cada nombre de los niños, niñas y jóvenes que forman parte de nuestro grupo de intervención pondremos un número **“1”**. Frente a cada nombre de las personas que no forman parte de nuestro grupo de intervención pondremos el número **“0”**.

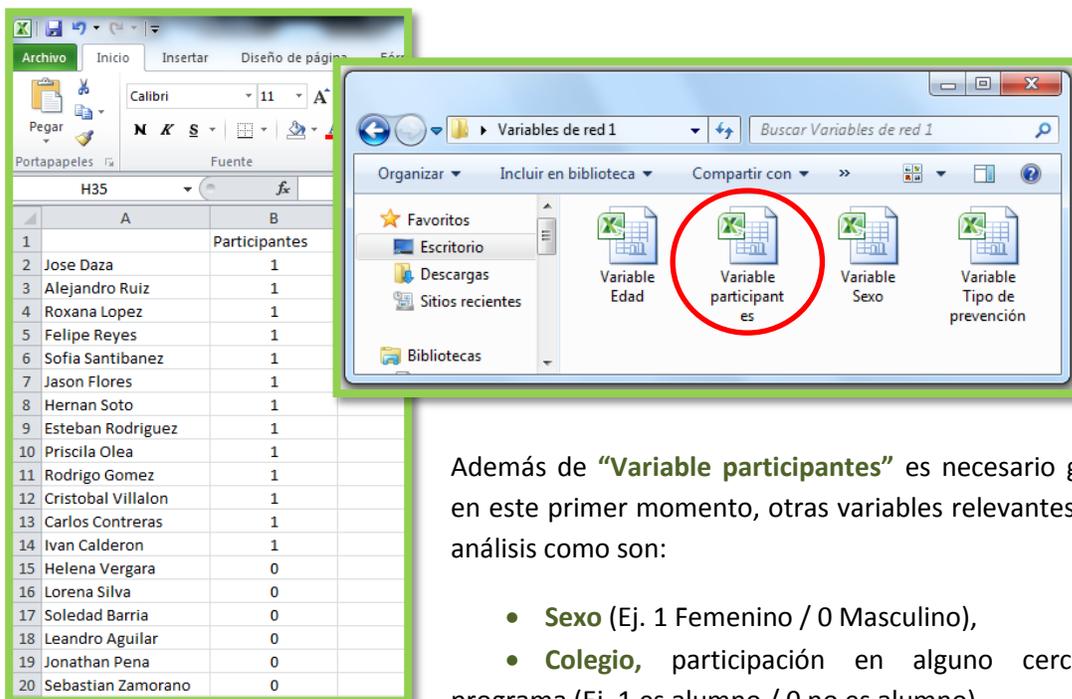
	A	B	C
1		Participantes	
2	Jose Daza	1	
3	Alejandro Ruiz	1	
4	Roxana Lopez	1	
5	Felipe Reyes	1	
6	Jason Flores	1	
7	Hernan Soto	1	
8	Esteban Rodriguez	1	
9	Priscila Olea	1	
10	Rodrigo Gomez	1	
11	Cristobal Villalon	1	
12	Carlos Contreras	1	
13	Ivan Calderon	1	
14	Helena Vergara	1	
15	Lorena Silva	0	
16	Soledad Barria	0	
17	Leandro Aguilar	0	
18	Jonathan Pena	0	
19	Sebastian Zamorano	0	

Nota: Es esperable que en la primera red sistematizada, el número de referencias externas (a otros NNJ fuera del grupo) sea menor a las internas. Sin embargo, en las dos redes restantes, el número de referencias externas será mucho mayor, puesto que ya no se consultará por pares sino más por adultos, organizaciones o instituciones. No obstante estas diferencias, siempre es importante tener claro quiénes son nuestros participantes y quienes son las personas que son nombradas fuera del grupo con el que estamos trabajando.

Guardaremos este primer producto con el nombre **“Variable participantes”** y continuaremos con la sistematización.

⁸ Es recomendable no utilizar acentos ni letras “ñ” para no generar posteriores errores de lectura; así como también, procurar el uso de una misma regla ortográfica para no duplicar casos (Ej. Mayúscula y sin acentos).

El producto de nuestro primer ingreso es el siguiente:



Además de “**Variable participantes**” es necesario guardar, en este primer momento, otras variables relevantes para el análisis como son:

- **Sexo** (Ej. 1 Femenino / 0 Masculino),
- **Colegio**, participación en alguno cercano al programa (Ej. 1 es alumno / 0 no es alumno),
- **Prevención indicada** (Ej. 1 participa en PI / No participa en PI),

Entre otras muchas que pueden ayudar al equipo a tomar mejores decisiones en torno a la gestión de redes.⁹

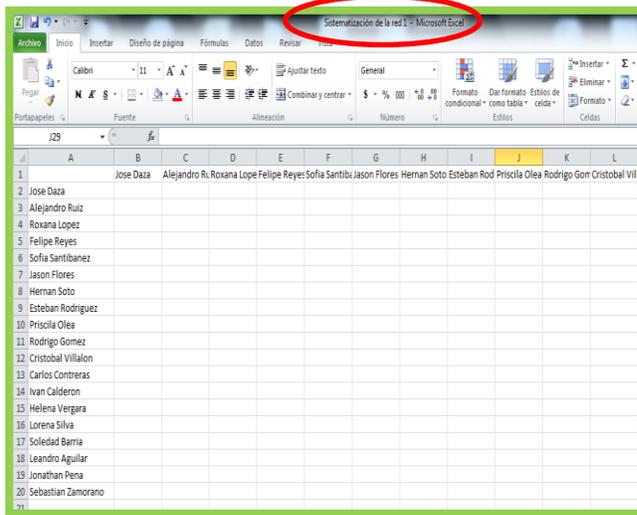
Luego de que hemos guardado las variables de nuestro interés, entonces borraremos la columna “B” del archivo y empezaremos a ingresar las relaciones.

Para ingresar las relaciones que establecen las personas debemos seleccionar todos los nombres de la columna “A”, hacer clic derecho sobre el área seleccionada y escoger la opción “copiar”. Luego ubicaremos el cursor sobre la celda B1 y, nuevamente con el clic derecho, escogeremos la opción de pegado “**Transponer**”¹⁰. El resultado será la duplicación horizontal de nuestra lista de nombres. Guardaremos esta matriz con el nombre “**Sistematización de la red 1**” (o 2 o 3 dependiendo de la red con la que estén trabajando).

⁹ Para cada una de estas variables es necesario generar un archivo Excel distinto y guardarlos para su posterior utilización. Se recomienda guardarlos con el nombre “Variable.....” Para tener claridad en la etapa de análisis.

¹⁰ Una vez que se ha desarrollado la transposición de nombres no es posible cambiar su nombre. Si se considera apropiado ordenar alfabéticamente los nombres para mejorar el orden del proceso, esto se debe desarrollar antes de la transposición. Es recomendable mantener el orden original de la tabla, con el nombre de nuestro participantes primero, para no obstaculizar el ingreso posterior de datos.

El resultado de la operación será el siguiente:



Luego de guardar la matriz comenzaremos a ingresar la información de las relaciones que entablan los distintos actores de nuestra red.

Ejemplo:

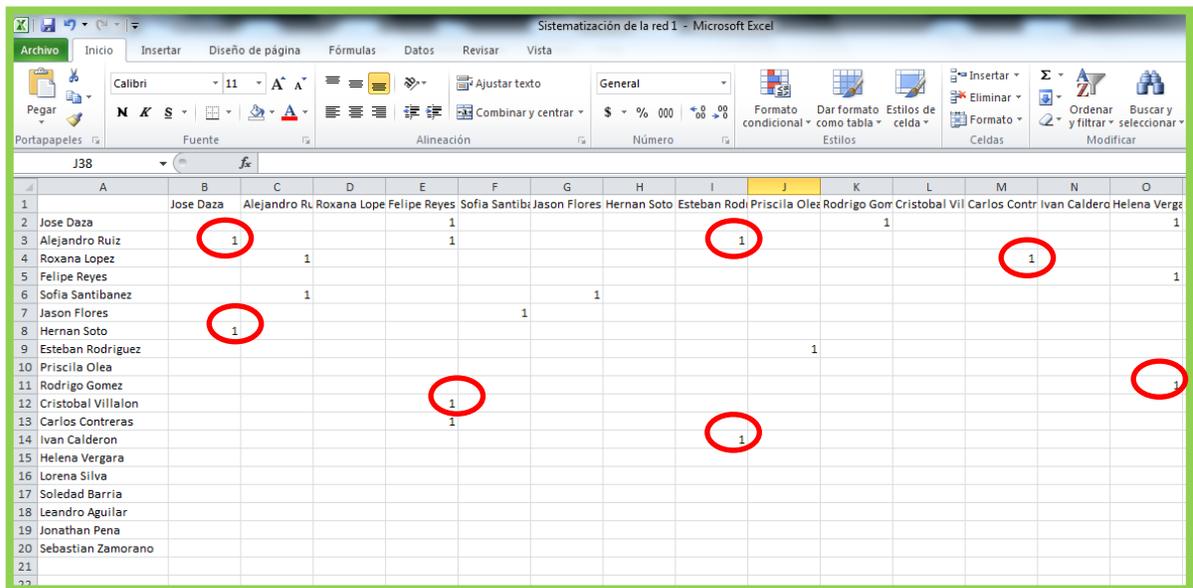
Sociograma de José Daza, quien señala que los amigos o amigas que se preocupan por su salud son Felipe Reyes, Rodrigo Gómez y Helena Vergara.

Tomando esta información llenaremos de manera horizontal las relaciones de José con un número 1.

Esta misma operación la desarrollaremos con cada niño, niña o joven que respondió el **sociograma**. Es necesario recalcar que la información se llena de forma horizontal es decir, buscamos en la columna "A" el nombre del NNJ consultado y vamos llenando hacia la derecha las relaciones que aparecen en el **sociograma**.

Toda la información que ingresaremos corresponde a las respuestas de los niños, niñas y jóvenes con los que trabajamos y por lo tanto dejaremos en blanco las celdas de los nombres que no tienen **sociograma**.

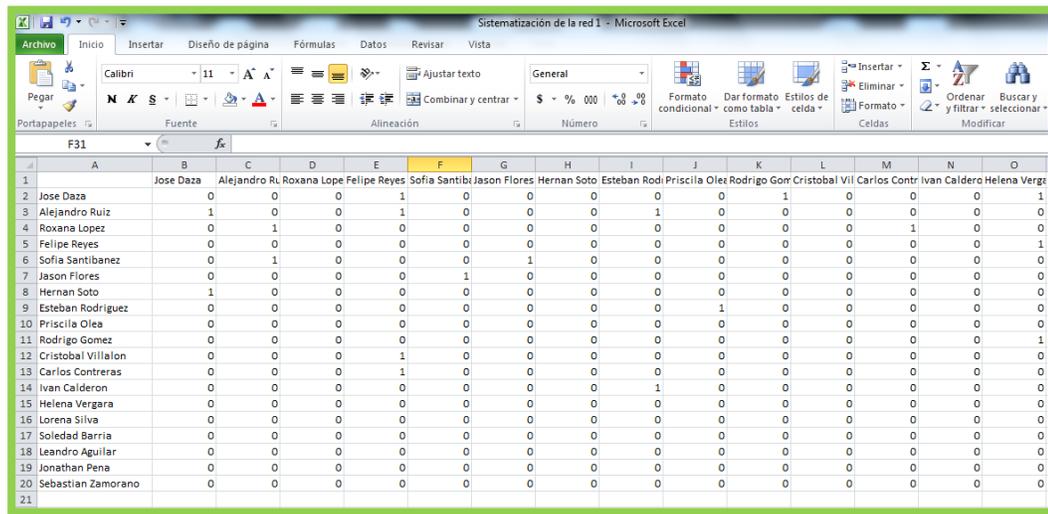
El resultado de esta operación será el siguiente:



Finalmente, para llenar la información sobre la ausencia de relaciones, necesitamos poner un “0” donde no exista relación. Para hacer más expedita esta operación seleccionaremos toda la matriz, haremos clic en el ícono de binocular denominado “**buscar y seleccionar**”, de la parte superior derecha de la pantalla y escogeremos la opción “**reemplazar**”.

La primera caja denominada “**buscar**” la dejaremos en blanco y en la caja denominada “**reemplazar**” pondremos un 0. Luego haremos clic en la opción “**reemplazar todos**”. De esta manera le estaremos pidiendo a Excel que busque todos los vacíos en nuestra matriz seleccionada y los reemplace con un número 0.

El resultado de esta operación será el siguiente:



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1		Jose Daza	Alejandro Ru	Roxana Lope	Felipe Reyes	Sofia Santibi	Jason Flores	Hernan Soto	Esteban Rodi	Priscila Olea	Rodrigo Gon	Cristobal Vil	Carlos Contr	Ivan Caldero	Helena Verga
2	Jose Daza		0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
3	Alejandro Ruiz	1		0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
4	Roxana Lopez	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
5	Felipe Reyes	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6	Sofia Santibanez	0	1	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0	0
7	Jason Flores	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0
8	Hernan Soto	1	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
9	Esteban Rodriguez	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0
10	Priscila Olea	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
11	Rodrigo Gomez	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1
12	Cristobal Villalon	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0
13	Carlos Contreras	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0
14	Ivan Calderon	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		0
15	Helena Vergara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	Lorena Silva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Soledad Barria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Leandro Aguilar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Jonathan Pena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Sebastian Zamorano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21															

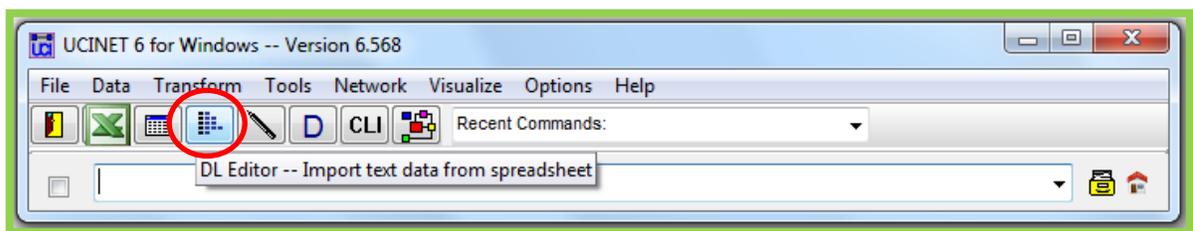
Ingreso de datos UCINET 6

Una vez que tenemos lista la matriz general de relaciones, entonces podemos comenzar a trabajar en el programa de análisis de redes sociales denominado UCINET 6.

Lo primero que deberemos hacer es descargar este programa de la siguiente página (se recomienda descargar la versión de 32-bit):

<https://sites.google.com/site/ucinetsoftware/downloads>

Una vez que hemos instalado el programa y lo hemos abierto (ícono Uci6), entonces nos encontraremos con una primera ventana con múltiples pestañas e íconos que permiten acceder a distintas funciones del programa. En primer lugar necesitamos ingresar nuestra matriz elaborada en Excel al programa UCINET 6 para lo cual haremos clic en el ícono denominado “DL Editor”, tal como muestra la siguiente imagen:

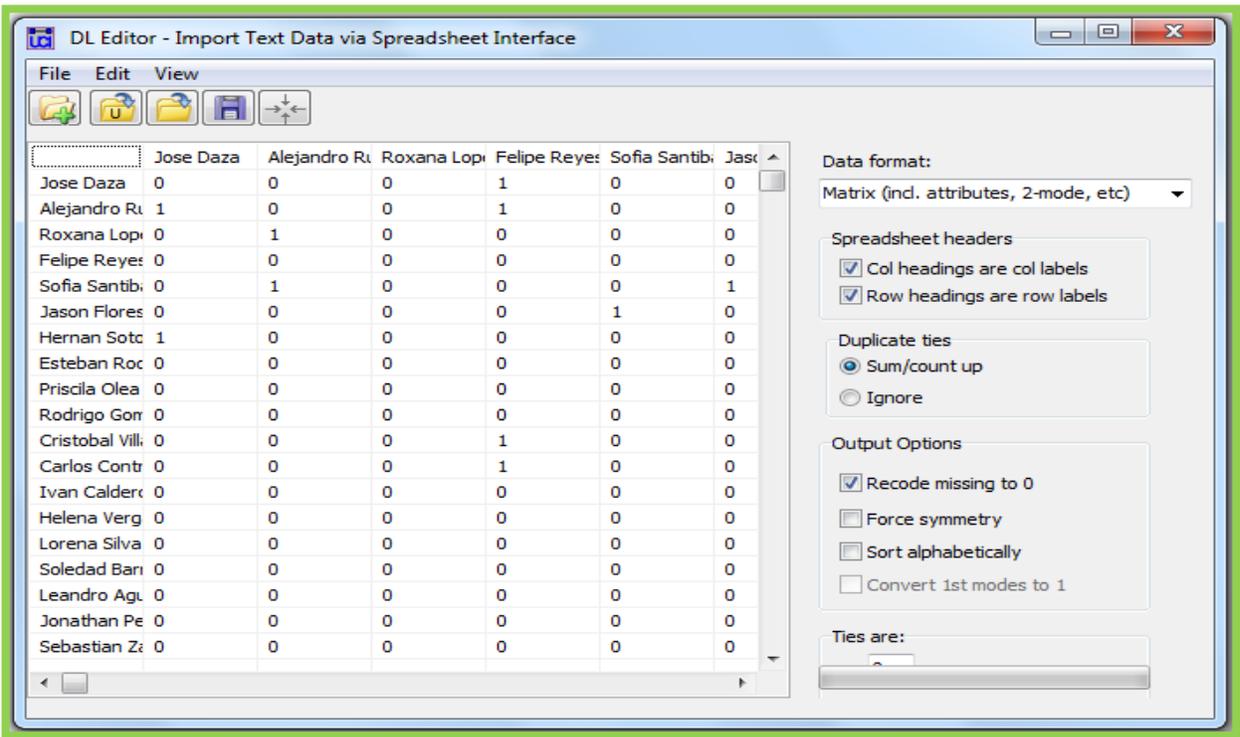


Una vez abierto el DL Editor, nos dirigiremos a nuestra matriz en Excel, la seleccionaremos y la copiaremos. De vuelta en la ventana DL Editor nos ubicaremos en la primera columna y la primera fila de la planilla, y pegaremos la matriz utilizando la pestaña “Edit” y la opción “Paste”. En el caso de cualquier error durante este procedimiento, el primer ícono del panel de DL Editor () permite trabajar con una planilla nueva en blanco.

Una vez que hemos pegado la matriz en la planilla DL Editor entonces haremos clic en el último ícono del panel de herramientas () que ajusta automáticamente el tamaño de la plantilla al tamaño de la matriz que hemos insertado.

Finalmente, en la parte derecha de la ventana que nos ofrece DL Editor encontraremos una lista desplegable que tiene como título “Data format”. En esta lista desplegable haremos clic en la primera opción denominada “Matrix” y luego guardaremos el archivo haciendo clic en el ícono con forma de disquete (). Recomendamos utilizar el nombre “Red 1” reemplazando el número de red en función del ejercicio que estén realizando (trabajando con la primera, segunda o tercera red).

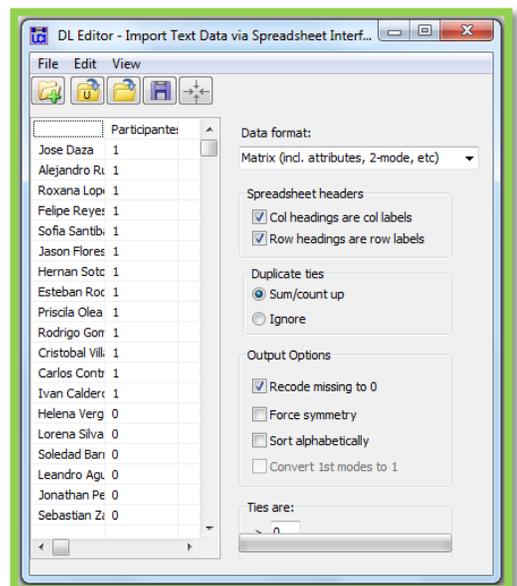
El resultado de la operación será el siguiente:



En esta misma etapa de sistematización podemos ingresar nuestras variables a UCINET utilizando el DL Editor. Una vez que hemos guardado la matriz general de la red, borramos los datos e ingresamos los datos de la variable participante utilizando el mismo procedimiento anterior: Copiamos los datos de Excel, nos ubicamos en la primera columna y la primera fila del DL Editor, pegamos, ajustamos el tamaño de la planilla, ponemos **“Matrix”** en el **“Data format”** y guardamos con el nombre **“variable participante”**. Este mismo procedimiento lo podemos realizar con todas las demás variables de nuestro interés que hemos guardado anteriormente en tablas Excel.

El resultado de la operación será el siguiente:

Una vez guardados los archivos, cerraremos la ventana de DL Editor y volveremos a la ventana inicial de UCINET 6.



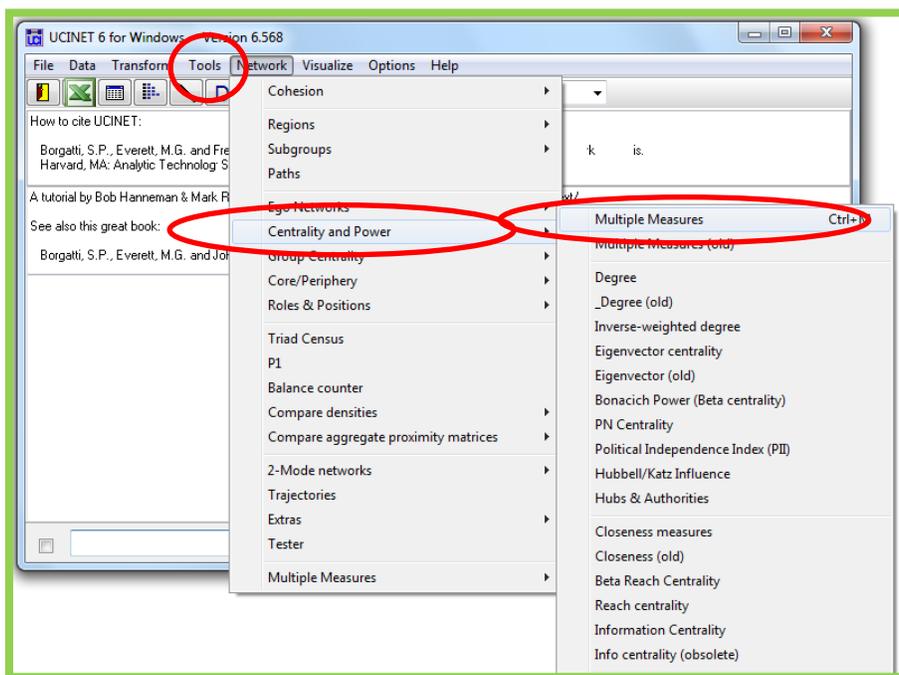
Puesto que ya contamos con el archivo UCINET 6 de la red completa, que nos permite iniciar el análisis de los datos, partiremos observando tres medidas fundamentales a nivel individual:

- **InDegree:** Nos indica cuantos otros niños, niñas o jóvenes lo han señalado en sus respuestas, es decir, el número de referencias de entrada.
- **OutDegree:** Señala la cantidad de referencias de salida que tiene el niño, niña y joven que respondió el sociograma, es decir, a cuantas personas elige frente a la pregunta elaborada.
- **Betweenness:** Nos indica el porcentaje de las relaciones de la red que se ha construido entre todas estas personas que son mediadas por este niño, niña o joven en particular.

Ejemplo: Si una persona tiene un Betweenness igual a 100, entonces cada uno de los participantes debe necesariamente pasar por él para relacionarse con otros, si por el contrario tiene un Betweenness igual a 0, entonces ningún otro nodo (punto en la red) debe pasar por él para relacionarse con cualquier otro nodo.

Estas tres medidas nos permitirán analizar qué tan integrado está un niño, niña o joven a la red, quienes son los líderes, quienes son los puentes (personas que median la entrada a ciertos sectores de la red), quienes están aislados, o quienes están en una situación precaria o desequilibrada en sus relaciones con el grupo (Ej. escoge a personas del grupo pero nadie lo escoge de vuelta), entre otros muchos fenómenos de red que pueden ser observados por el equipo para desarrollar una buena intervención social.

Para calcular estas tres medidas básicas haremos clic en la pestaña denominada “**Network**”, luego en la “**Centrality and Power**” y finalmente en la opción “**Multiple Measures**”.

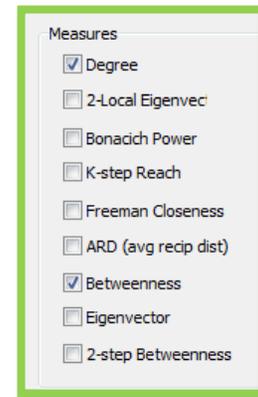


La ventana de múltiples medidas de centralidad (**Multiple Centrality Measures**) nos solicitará un archivo Input (Input Network) que corresponde a la red que hemos guardado anteriormente y hemos denominado "Red 1". En el espacio que tiene por título "**Output Measures**" debemos indicarle al programa la ubicación en la que guardará el archivo con las medidas que le estamos solicitando.



Si bien necesitamos tres datos, dos de ellos corresponden a una misma medida denominada grado o "**Degree**". El grado de entrada (**InDegree**) y el grado de salida (**OutDegree**) corresponden a dos formas de la misma medida denominada "**Degree**". Además de esta medida, le solicitaremos al programa indicarnos también el porcentaje de intermediación o "**Betweenness**".

Una vez que hacemos clic en el botón "**Ok**", el programa arrojará los resultados de las tres medidas individuales que nos interesa analizar antes y después del programa.



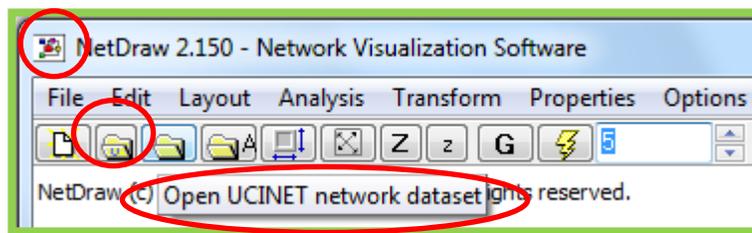
Ejemplo:

En el ejemplo vemos que **José Daza** es el niño que presenta la mayor cantidad de referencias de salida (5), sin embargo, es Felipe Reyes quien tiene la mayor cantidad de referencias de entrada (4). Si esta red estuviera referida a la pregunta **¿Qué amigos o amigas tú consideras que se preocupan por tu salud y bienestar?**, entonces José sería el niño que mayor cantidad de relaciones saludables identifica en su entorno, y Felipe sería la persona más reconocida como el amigo que se preocupa por la salud y el bienestar. Por su parte, la ubicación que tiene **Alejandro Ruiz** le significa mediar el 26% del total de relaciones posibles entre las personas que participan en esta red. Esto significa que el acceso a una parte importante de la red total está mediada por Alejandro.

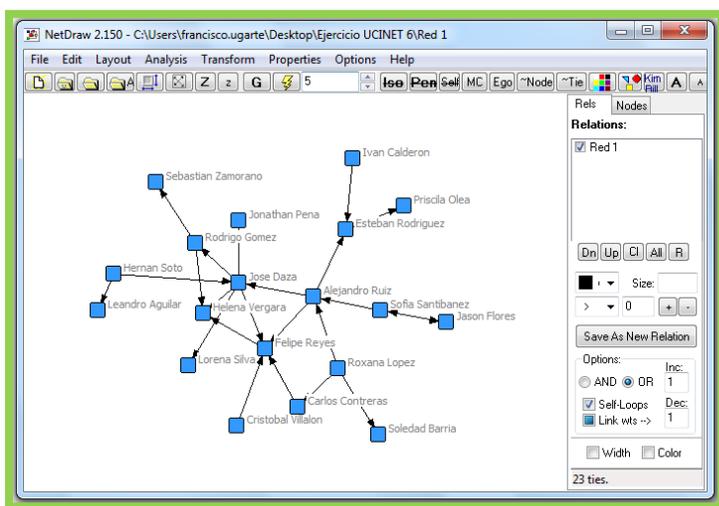
		1	2	3
		OutDeg	Indeg	Betwe
1	Jose Daza	5.000	2.000	22.833
2	Alejandro Ruiz	3.000	2.000	26.167
3	Roxana Lopez	3.000	0.000	0.000
4	Felipe Reyes	1.000	4.000	4.167
5	Sofia Santibanez	2.000	1.000	10.000
6	Jason Flores	1.000	1.000	0.000
7	Hernan Soto	2.000	0.000	0.000
8	Esteban Rodriguez	1.000	2.000	5.000
9	Priscila Olea	0.000	1.000	0.000
10	Rodrigo Gomez	2.000	1.000	6.000
11	Cristobal Villalon	1.000	0.000	0.000
12	Carlos Contreras	1.000	1.000	0.833
13	Ivan Calderon	1.000	0.000	0.000
14	Helena Vergara	0.000	3.000	0.000
15	Lorena Silva	0.000	1.000	0.000
16	Soledad Barria	0.000	1.000	0.000
17	Leandro Aguilar	0.000	1.000	0.000
18	Jonathan Pena	0.000	1.000	0.000
19	Sebastian Zamorano	0.000	1.000	0.000

Los fenómenos de red antes descritos pueden ser utilizados de mejor forma cuando podemos visualizar la red completa y no sólo las medidas individuales. Para ello volveremos a la ventana inicial de UCINET 6 y accederemos a **NetDraw** haciendo clic en el último ícono del panel principal.

Una vez que hemos ingresado a **NetDraw** haremos clic en el icono “**Open UCINET network dataset**” y abriremos nuevamente el archivo “**Red 1**”.



Al abrir el archivo “**Red 1**”, el programa **NetDraw** dibujará la red completa que hemos construido en la matriz de relaciones.



Como hemos visto anteriormente, las posiciones centrales de esta red en particular son ocupadas principalmente por José Daza y Felipe Reyes por sus altos niveles de **OutDegree** e **InDegree**.

Así también podemos observar directamente la razón del alto nivel de **Betweenness** de Alejandro Ruiz, atendiendo a su labor de “puente” entre la red más grande y otras dos sub-redes constituidas por Sofia

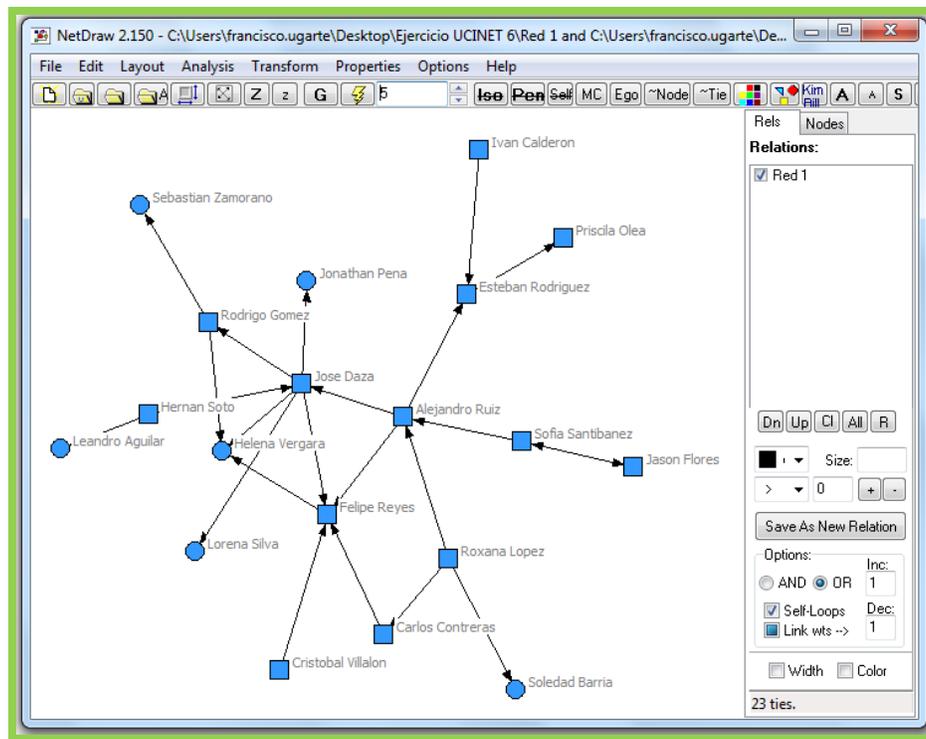
Santibáñez y Jason Flores por un lado, e Iván Calderón, Priscila Olea y Esteban Rodríguez, por otra. Sin Alejandro Ruiz, nuestra red se descompondría en tres redes.

Como recordaremos, muchos de los nodos (puntos interrelacionados de la red) visualizados por **NetDraw** no son participantes del programa, razón por la cual no podemos sacar conclusiones apresuradas sobre sus comportamientos de red. De otro modo, si no les hemos aplicado un sociograma

¿Cómo sabemos, por ejemplo, si están aislados?

En esta red pequeña podemos recordar a quienes hemos aplicado sociograma y a quienes no, sin embargo en una red grande este ejercicio será más difícil. Por eso es importante que distingamos en el grafo (imagen de la red) los nodos no participantes.

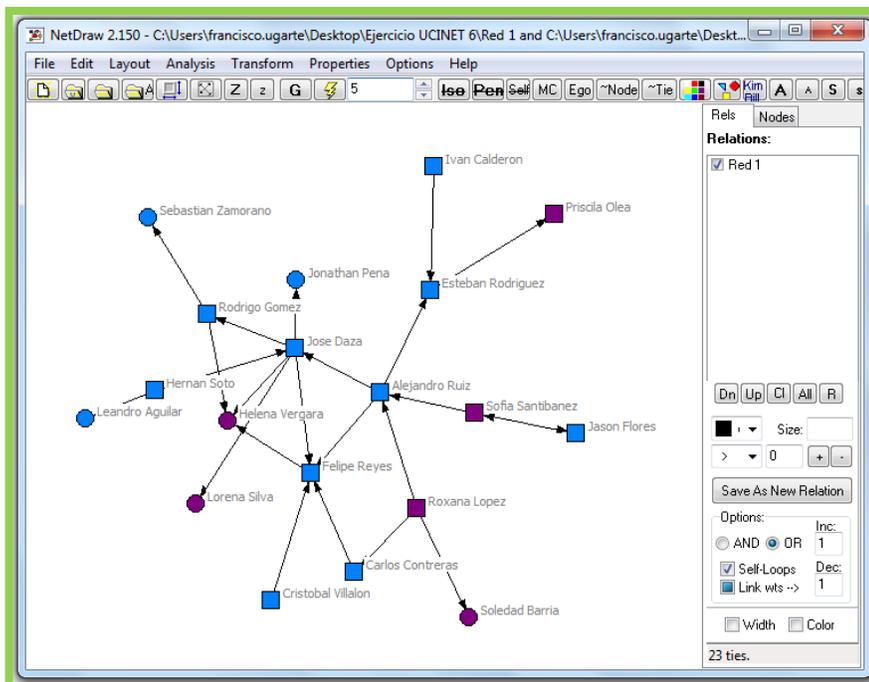
En el panel de iconos de **NetDraw** podemos distinguir una carpeta con la letra “A”. Esta “A” se refiere a los atributos de la red, es decir, a las variables que podemos ingresar en el grafo para hacer un análisis más detallado. Una vez que hacemos clic en esta carpeta (), el programa nos pedirá el archivo en el que hemos guardado la variable “participantes”. Una vez que hemos



Una vez que hemos puesto el visto bueno en el recuadro final, los nodos cambiarán de forma y nos permitirán distinguir quienes forman parte de nuestro grupo de intervención.

Ejemplo: Como vemos, Helena Vergara, quien se encuentra en una situación bastante central en nuestra red no participa en el programa. Se trata de una persona importante que probablemente puede ser invitada al programa para participar o bien para ser una monitora juvenil que acompañe algunos procesos. Así también podemos saber que la posición de Sebastián Zamorano, Leandro Aguilar, Lorena Silva y Soledad Barría no es necesariamente marginal, puesto que no les hemos consultado a ellos con quienes se relacionan. Por el contrario, en el caso de Cristóbal Villalón, Jason Flores, Priscila Olea e Iván Calderón, sí nos encontramos con un mayor nivel de vulnerabilidad relacional, puesto que estos sí fueron consultados y no manifiestan más que una sola relación y en algunos casos sin reciprocidad (Iván y Cristóbal), o bien, en el caso de Priscila, no se escoge a nadie como una relación saludable (Al parecer nadie se preocupa por su salud o su bienestar).

Mediante el mismo procedimiento **Properties** → **Nodes** → **Symbols**, podemos escoger la opción “Color” y “Attribute-based” para colorear los nodos en función de otra variable. Por ejemplo, si hemos guardado una variable UCINET “sexo”, la escogemos para ingresar nueva información a la red. En este caso pondremos en el recuadro la orden de poner color morado a los números “1” (Femenino) y color azul a los números “0” (Masculino).

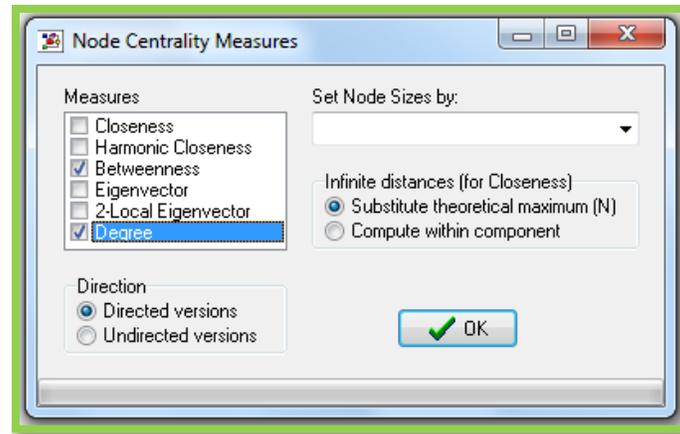


(Imagen 17)

En la opción **“Properties”** podemos cambiar la forma y color de los nodos, de las etiquetas de nombre o de las líneas en función de la cantidad de variables que queremos ingresar y la forma visual que más nos acomode para analizar los fenómenos de red.

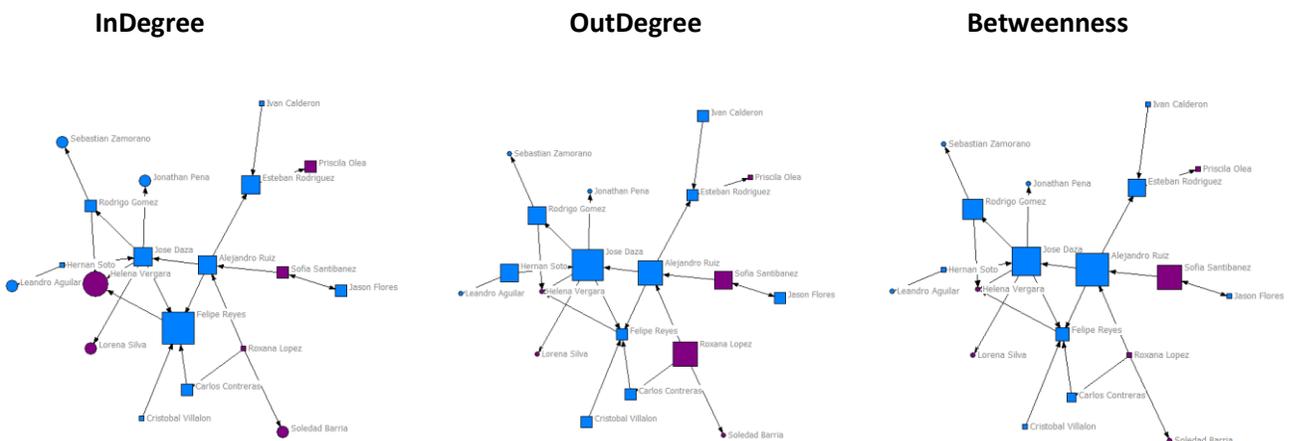
Además de las variables que hemos elaborado en Excel y DL Editor, es posible generar otras variables de análisis visualizadas en el grafo. Si bien mediante UCINET 6 hemos podido indagar en las medidas de centralidad para cada participante, en **NetDraw** es posible visualizar estas medidas para analizar las estrategias de intervención. Para ingresar los datos de **Degree** (In y Out) y **Betweenness** al grafo, es necesario que volvamos a la ventana de **NetDraw** y hagamos clic en la pestaña denominada **“Analysis”**, en la lista desplegable de esta pestaña escogeremos la opción **“Centrality Measures”**.

En el cuadro denominado **“Node Centrality Measures”** el programa nos solicitará escoger las medidas de centralidad que necesitamos ingresar al grafo. Escogeremos **Betweenness** y **Degree**. También le señalaremos al programa que nuestra red no sólo registra relaciones sino también la dirección de estas direcciones (dirección de las flechas) y por lo tanto necesitamos que estas medidas sean dirigidas (Directed versions). Finalmente haremos clic en OK.



En este caso las variables también se mantendrán invisibles a menos que las utilicemos para cambiar tamaños, formas o colores en el grafo. Es recomendable utilizar las medidas de centralidad para modificar el tamaño de los nodos, y de esta manera indagar identificar a aquellos actores claves de la red.

El procedimiento es el mismo que hemos descrito para la variable “participación” y “sexo”: **Properties** → **Nodes** → **Symbols** → **Size** → **Attribute-based**. En el recuadro de esta operación, denominado “Set Size of Node Symbols by Attribute”, podemos seleccionar la medida de centralidad que nos interesa: **InDegree, OutDegree y Betweenness**.



Además de facilitar el levantamiento de datos sobre el impacto que genera la intervención en las redes del barrio, en este análisis podemos identificar distintos recursos relevantes para el desarrollo de la intervención. En el siguiente recuadro podemos encontrar **ejemplos de análisis** en función de las tres medidas de centralidad visualizadas:

	<i>InDegree</i>	<i>OutDegree</i>	<i>Betweenness</i>
<p>1° Nivel de impacto / Redes de niños, niñas y jóvenes</p>	<p>¿Quiénes son consideradas personas preocupadas por la salud y el bienestar de los demás?</p> <p>¿Quiénes son considerados apoyos para los demás?</p> <p>¿Quiénes son reconocidas como personas colaboradoras que motivan la participación social?</p> <p>¿Qué personas externas al programa son reconocidas como apoyos y pueden participar como monitores juveniles, o formar parte del grupo motor?</p> <p>¿Qué porcentaje de los niños, niñas y jóvenes del grupo no es reconocido por nadie como una persona positiva para la salud o el bienestar de los demás?</p> <p>¿Qué características tienen estos NNJ que no son</p>	<p>¿Qué personas son capaces de reconocer relaciones saludables en la red?</p> <p>¿Qué personas mantienen una red bien nutrida de apoyos?</p> <p>¿Qué personas son las más activas escogiendo personas con quienes colaborar?</p> <p>¿Qué porcentaje de niños, niñas y jóvenes de la red se encuentra en una situación de aislamiento social? (grado de salida y grado de entrada igual a cero)</p> <p>¿Qué tan recíprocos son los apoyos que existen entre los NNJ del grupo? ¿Las relaciones son bidireccionales o unidireccionales?</p>	<p>¿Quiénes pueden facilitar el acceso de otros NNJ a redes positivas para la salud y el bienestar?</p> <p>¿Qué personas son fundamentales para mantener al grupo unido?</p> <p>¿Qué personas pueden volver más eficientes las iniciativas de participación en el grupo?</p> <p>¿Qué características tienen las personas que median relaciones en el grupo?</p> <p>¿A qué personas debemos potenciar para hacer sustentable las estrategias de colaboración entre todos los</p>

	<p>escogidos? ¿Qué estrategias de integración son las más adecuadas para estos NNJ?</p> <p>¿Qué características tienen los líderes del grupo?</p>	<p>¿Qué personas no logran o no están interesadas en reconocer recursos en la red del barrio?</p> <p>¿Qué estrategias de integración pueden resolver la falta de grados de salida en los niños, niñas y jóvenes aislados?</p>	<p>integrantes el grupo?</p>
<p>2° Nivel de impacto / Extensión de las redes hacia la comunidad</p>	<p>¿Quiénes son los adultos más protectores de la comunidad para el grupo de NNJ?</p> <p>¿Qué adultos de la comunidad son reconocidos como vínculos confiables y accesibles?</p>	<p>¿Qué niños, niñas y jóvenes presentan una mayor cantidad de vínculos con adultos de la comunidad?</p> <p>¿Qué características tienen los NNJ que presentan una mayor cantidad de vínculos con adultos de la comunidad?</p>	<p>¿Existen jóvenes en el grupo que medien la relación de los NNJ con otros adultos de la comunidad?</p>

	<p>¿Estos vínculos con adultos corresponden a redes familiares o vecinales?</p> <p>¿Los adultos escogidos son miembros de alguna organización o institución (club, junta de vecinos, colegio, consultorio, etc.)?</p> <p>¿Qué adultos de la comunidad permiten o promueven la participación de los NNJ?</p> <p>¿Existen participantes del grupo que sean considerados adultos positivos de la comunidad? (Ej. jóvenes con cualidades protectoras)</p> <p>¿Qué características tienen estos jóvenes?</p> <p>¿Qué organizaciones de la comunidad son reconocidas y nos pueden ayudar a desarrollar iniciativas de participación?</p>	<p>¿Qué porcentaje de los niños, niñas y jóvenes no tienen buenas relaciones con sus familiares?</p> <p>¿Qué porcentaje de los NNJ del grupo sostienen relaciones con adultos responsables del barrio distintos a la familia?</p> <p>¿Qué NNJ bien conectados con los adultos de la comunidad nos pueden ayudar a integrar a otros del grupo?</p>	
--	--	---	--

<p>3° Nivel de impacto / Interacción con la red de instituciones y organizaciones</p>	<p>¿Qué instituciones son más reconocidas por los niños, niñas y jóvenes del grupo?</p> <p>¿Qué características tienen las instituciones más reconocidas por los niños, niñas y jóvenes del barrio?</p> <p>¿Estas instituciones u organizaciones forman parte de las intervenciones de SENDA? (colegio, empresa u organización social que implementan programas SENDA)</p> <p>¿Qué personas provenientes de instituciones de salud son más reconocidas por los NNJ?</p> <p>¿Qué personas de la comunidad median la relación del grupo con el consultorio u otras instituciones?</p>	<p>¿Qué NNJ se mantienen al margen de las instituciones?</p> <p>¿Qué porcentaje de los niños, niñas y jóvenes no conoce a nadie del consultorio?</p> <p>¿Qué porcentaje de niños, niñas y jóvenes no tiene a nadie que lo acompañe en sus gestiones de red institucional?</p> <p>¿Qué porcentaje de los niños, niñas y jóvenes no sostiene una relación con el establecimiento educacional?</p> <p>¿Qué características tienen las personas que no sostienen relaciones con ninguna institución?</p>	<p>(En el caso de la pregunta por personas que median el vínculo) ¿Qué niños, niñas o jóvenes del grupo son importantes para potenciar las prácticas de acompañamiento o acercamiento a las instituciones?</p>
--	---	--	--

	<p>¿Hay niños, niñas o jóvenes del grupo que medien la relación de otros con las instituciones?</p> <p>¿Qué características tienen los NNJ que median la relación de otros con las instituciones?</p> <p>¿Qué estrategias de pares podemos desarrollar con los NNJ que median relaciones con instituciones?</p>	<p>¿Qué variables de diversidad cultural pueden estar facilitando u obstaculizando la relación de los niños, niñas o jóvenes con las instituciones?</p> <p>¿Qué NNJ bien conectados con las organizaciones o instituciones nos pueden ayudar a integrar a otros?</p>	
--	---	--	--

Llenado de las pautas de evaluación

El análisis anteriormente expuesto tiene como objetivo fundamental la construcción de abordajes adecuados para los distintos grupos y personas que participan en el programa. Sin embargo, otra función relevante de este tipo de análisis es la visualización de los resultados que logran las intervenciones en la disminución de la vulnerabilidad relacional de los niños, niñas y jóvenes. Para dar cuenta de los resultados de las intervenciones, el programa “Actuar en Comunidad” ofrece dos pautas que sintetizan los resultados de la medición de redes antes y después de la intervención.

En una primera pauta se le solicitará al equipo rellenar la información individual en relación al fortalecimiento de las relaciones que sostienen los niños, niñas y jóvenes del grupo. Para dar cuenta de esta información **sumaremos los InDegree y los OutDegree de cada persona**, antes y después de la intervención, y luego determinaremos la magnitud del cambio que presuntamente ha estado motivado por el programa. Puesto que la reciprocidad de las relaciones nos interesa desde un punto de vista de fortalecimiento comunitario, no contaremos solo las relaciones (¿Cuántos lazos?), sino que, como se ha dicho antes, sumaremos los grados (In y Out) para generar una medida más fuerte.

Nombre	Tipo de intervención	NIVEL 1: REDES NNJ			NIVEL 2: REDES CON LA COMUNIDAD			NIVEL 3: INSTITUCIONES U ORG.		
		Resultado evaluado (Ej. Redes positivas para la salud)			Resultado evaluado (Ej. Vínculo con la comunidad)			Resultado evaluado (Ej. Interacciones con servicios y Org.)		
		Medición antes	Medición después	variación	Medición antes	Medición después	variación	Medición antes	Medición después	variación
José Daza	Selectiva	7	8	+1	3	3	0	2	2	0
Alejandro Ruiz	Selectiva	5	6	+1	5	6	+1	1	2	+1
Roxana López	Selectiva	3	3	0	6	8	+2	1	2	+1
Felipe Reyes	Selectiva	5	3	-2	4	4	0	1	3	+2
Sofía Santibáñez	Selectiva e indicada	3	8	+5	3	5	+2	2	3	+1
Jason Flores	Selectiva	2	2	0	3	3	0	2	2	0
Hernán Soto	Selectiva	2	1	-1	0	1	+1	3	4	+1
Esteban Rodríguez	Selectiva e indicada	3	7	+4	2	2	0	5	5	0
Priscila Olea	Selectiva	1	2	+1	6	5	-1	7	7	0
Rodrigo Gómez	Selectiva	3	3	0	5	5	0	1	2	+1
Cristóbal Villalón	Selectiva	1	2	+1	0	2	+2	2	3	+1
Carlos Contreras	Selectiva	2	2	0	7	7	0	3	3	0
Iván Calderón	Selectiva e indicada	1	5	+4	5	5	0	4	4	0

De forma complementaria a la tabla de información personal sobre el fortalecimiento de redes, se solicitará a los equipos enviar una pauta de información general de la red de niños, niñas y jóvenes con los que se trabaja en los distintos barrios¹¹. Esto es fundamental para trascender el mejoramiento personal de las relaciones y observar que impacto comunitario tiene el programa. Si el foco del programa es articular las relaciones de pares, inter-generacionales e institucionales, entonces es necesario que observemos como el programa logra una mejora en estos niveles.

En primer lugar la pauta solicita información sobre el tamaño de la red, referido a la **cantidad de actores**, contando tanto a los participantes del programa como a todos los demás actores, personas, organizaciones e instituciones, que estos señalan dentro de su red.

En nuestro ejemplo contamos 13 niños, niñas y jóvenes participantes, que a su vez hacen referencia a 6 personas más que no forman parte del grupo pero sí de la red por la que consulta el sociograma. En este caso debemos poner el número 19 como tamaño de la red.

Características de la red	NIVEL 1: REDES NNJ			NIVEL 2: REDES CON LA COMUNIDAD			NIVEL 3: INSTITUCIONES U ORG.		
	Medición antes	Medición después	Variación	Medición antes	Medición después	Variación	Medición antes	Medición después	Variación
Tamaño de la red	19	25	+6	60	65	+5	30	35	+5
N° NNJ	19	25	+6	19	19	0	19	19	0
N° Adultos	0	0	0	41	46	+5	0	0	0
N° Organizaciones	0	0	0	2	3	+1	6	6	0
N° Instituciones	0	0	0	1	1	0	5	10	+5
Aislamiento	5	2	-3	3	2	-1	10	3	-7

En las siguientes tres filas de la tabla solicitada se consulta por el tipo de actor presente en la red que ha observado el equipo en cada uno de los tres niveles de impacto del programa. En nuestro ejemplo hemos observado la red de relaciones saludables o positivas entre los niños, niñas y jóvenes, razón por la que no existe mayor diversidad de actores. Cada uno de los tres niveles hace prevalecer un tipo de actor por sobre otro y por lo tanto es posible que los número siempre se concentren en una de las categorías de actores. En el segundo nivel se concentrarán en los adultos, puesto que las preguntas en este nivel consultan por dicho tipo de actor, y en el tercer nivel se centrarán en las organizaciones e instituciones, en el caso de los niños, niñas y jóvenes efectivamente reconozcan recursos en sus comunidades. En este último nivel, la excepción será la elección de la tercera forma de evaluación (¿Cuándo necesitas acudir a alguna organización o

¹¹ En el presente documento de orientación técnica se ha eliminado de la pauta de información general de la red la fila denominada “densidad” del apartado de características generales y la fila denominada “marginalidad” del apartado de fenómenos de vulnerabilidad. Estas medidas se incluyeron en el borrador denominado “Prevención selectiva e indicada con enfoque de redes”, sin embargo, en un posterior análisis sobre la usabilidad de la información y el proceso de aprendizaje asociado a la utilización de herramientas de análisis de redes se ha considerado desde el diseño programático no solicitar esta información en este primer ejercicio de evaluación.

institución, como el colegio o el consultorio, quien te acompaña?), puesto que en este caso los niños, niñas o jóvenes no responderán nombrando instituciones u organizaciones sino que señalarán adultos o pares.

Finalmente, la pauta de la red general busca identificar procesos de **aislamiento social y sus cambios después de la intervención del programa “Actuar en Comunidad”**.

Sociometría y recursos socio-comunitarios para la prevención indicada

Uno de los dos ejes de **intervención indicada** que propone el programa “Actuar en Comunidad” se denomina “Comunidades y Redes” y se relaciona con las fracturas relacionales y la vulnerabilidad relacional. Además del consumo y las motivaciones que debe trabajar el equipo para disminuir o suspender esta práctica, es necesario también poner atención en los recursos vinculares que tiene el niño, niña o joven y las formas en las que es posible fortalecerlos. Esta dimensión socio-comunitaria de la prevención indicada es fundamental para que los cambios de conducta tengan un sustento concreto en la vida cotidiana del niño, niña o joven, adquieran un mayor grado de sustentabilidad, y constituyan un beneficio colectivo a ser cuidado por toda la comunidad.

Los objetivos de este pilar socio-comunitario son: 1) evitar la **normalización de las fracturas relacionales** a partir de la revisión de recursos socio-comunitarios importantes para el desarrollo integral, 2) evaluar las **consecuencias de la vulnerabilidad relacional** (aislamiento, falta de acceso a oportunidades, exclusión, discriminación, estigmatización, falta de cuidados a la salud, amenazas al proyecto de vida, etc.), 3) evaluar el **nivel de preocupación del niño, niña o joven** en relación a las vulnerabilidades relacionales, 4) **sintetizar y priorizar las acciones** de vinculación que son de mayor relevancia para la persona (Ej. mejorar la relación con el colegio o visitar proyectos deportivos de la comuna), buscando un aumento progresivo en la complejidad de los vínculos en función de sus logros y resultados (Ej. desde interés puntuales hacia un involucramiento y participación activa en el barrio o el colegio), 5) **augmentar la eficacia** del niño, niña o joven mediante el entrenamiento de habilidades sociales y seleccionando las acciones de vinculación que pueden ser desarrolladas de manera acompañada por el equipo (es importante que el equipo no se convierta en un solucionador de los problemas de red y por el contrario motive el entrenamiento en la gestión autónoma de recursos), y 6) **evaluar constantemente la efectividad de las acciones propuestas y la etapa de cambio en la que se encuentra** frente a los recursos socio-comunitarios. Se trata de hacer en el plano comunitario lo que demuestra ser efectivo en el plano del consumo de drogas: **Incorporar información, querer cambiar e iniciar el proceso de cambio.**

La sociometría constituye un recurso esencial para desarrollar este pilar de prevención indicada, puesto que a través de los mapas de redes el interventor social podrá ir analizando los recursos relacionales presentes y ausentes, y generar una estrategia motivacional sostenida en la **importancia de la vinculación con las distintas redes**. No se trata de imponer al niño, niña y joven una valoración sobre las relaciones socio-comunitarias, sino más bien de promover un proceso de desnaturalización con el aislamiento o la precariedad de las redes (¿Responden a tus necesidades?), y exponer de manera oportuna y pertinente la importancia de los accesos de red para el logro de sus metas y objetivos (¿Qué redes necesitamos?).

El sociograma se aplica a todos los integrantes del grupo de prevención selectiva en la primera sesión de trabajo, razón por la cual todos los niños, niñas y jóvenes que posteriormente requieran

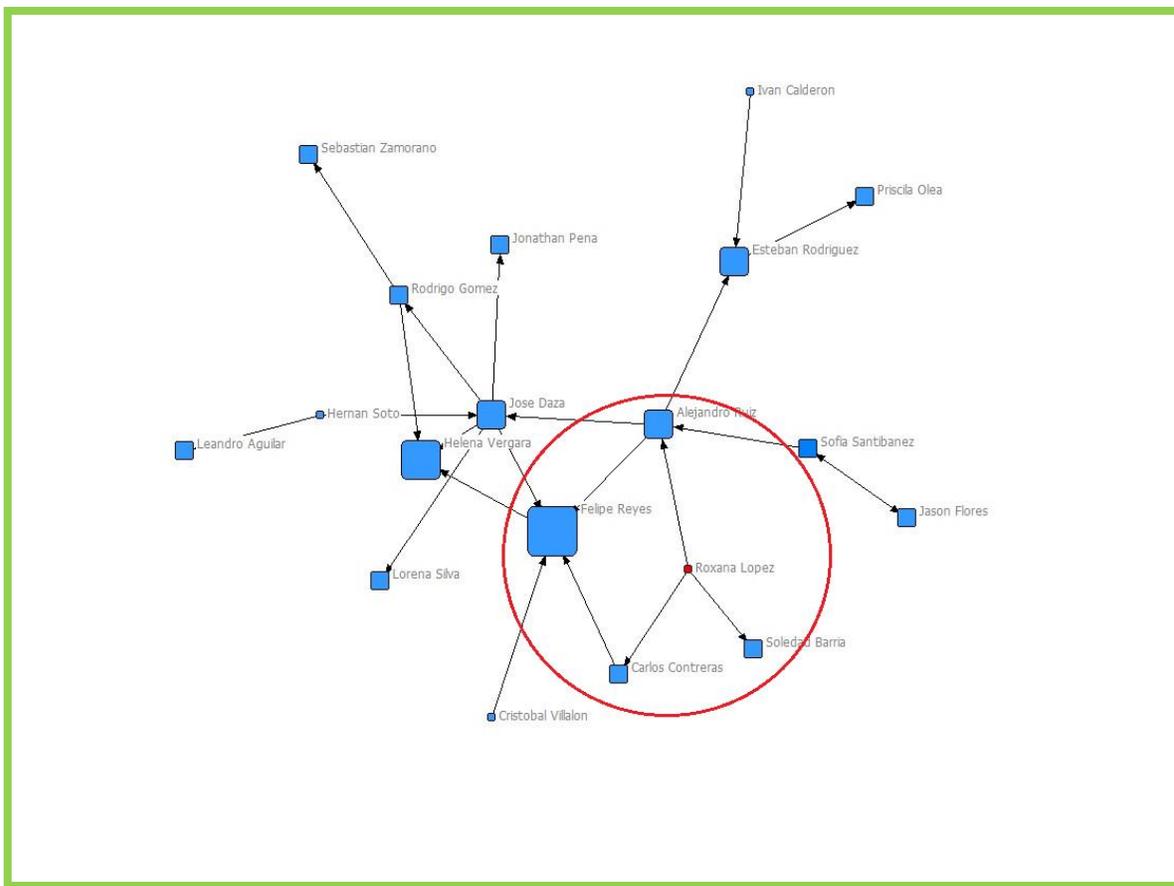
un abordaje indicado, porque presentan consumo, contarán con **información de red** para ser analizada durante el proceso de evaluación con los profesionales del programa¹².

Antes del encuentro con el niño, niña o joven es importante que el equipo ya haya hecho un **análisis preliminar de sus dificultades y oportunidades de red**. Este análisis debe tomar la dimensión de pares, la dimensión de vínculo con los adultos de la comunidad, y finalmente la dimensión de vínculo con las organizaciones e instituciones.

En el primer nivel es importante que el equipo pueda analizar la posición que tiene el niño, niña o joven en la red de pares, enfatizando su nivel de integración personal (In y OutDegree) y también las demás relaciones de pares que lo afectan en los flujos de recursos disponibles.

Por ejemplo, si Roxana López fuera uno de los casos de prevención indicada, entonces podemos observar en el mapa una alta disposición a identificar recursos saludables (OutDegree igual a 3), y un nulo reconocimiento de parte de sus pares. También podemos observar que la integración de Roxana en este grupo de pares esta medida fundamentalmente por Alejandro Ruiz, aunque este último no la reconoce a ella como una persona positiva, y por lo tanto es necesario poner atención a dicha relación. En términos de recursos de red, vemos que el participante del grupo que presenta una mayor cantidad de referencias positivas es Felipe Reyes, quien está a una relación de distancia de Roxana (a través de Alejandro o de Carlos), y por lo tanto es posible generar estrategias de acercamiento a través de estos nodos (Ej. Una actividad grupal entre ellos y ella).

¹² En el caso de que el ingreso a prevención indicada no esté antecedido por un trabajo a nivel selectivo, por ejemplo, cuando un niño, niña o joven se acerca espontáneamente a los profesionales para solicitar apoyo en este nivel de intervención, entonces se recomienda elaborar un sociograma en las primeras sesiones de entrevista para conocer sus recursos y necesidades de vinculación.



También tendremos a nuestra disposición una red de vinculaciones con adultos de la comunidad. Por ejemplo, si durante la aplicación del sociograma le hemos preguntado a Roxana: ¿Si necesitas alguna cosa o quieres conversar con alguien a qué adulto de la comunidad (incluidos los familiares que residen en el barrio) acudirías?, entonces podemos analizar con qué adultos podemos trabajar para lograr que Roxana desarrolle actividades distintas, reciba mensajes acertados sobre los riesgos del consumo, reciba mensajes de apoyo y atención, confíe en la posibilidad de recibir ayuda en caso de que la necesite, y, fundamentalmente, que fortalezca su sentido de inversión en relaciones sociales positivas con su entorno comunitario.

En este plano también es relevante considerar las relaciones comunitarias positivas que tienen las personas con las que se relacionan con Roxana. Por ejemplo, si Soledad Barría evidencia relaciones positivas con profesores o vecinos de la comunidad, entonces es posible desarrollar estrategias para acercar a Roxana a estos vínculos.

En torno a las relaciones con organizaciones e instituciones, los mapas de redes permiten observar inmediatamente si Roxana cuenta o no con recursos de este tipo, permitiendo estrategias de coordinación que tengan sentido para sus dificultades específicas. Muchas veces las intervenciones sociales duplican las relaciones que ya sostienen los niños, niñas o jóvenes con los distintos servicios, ignorando los logros de intervenciones anteriores y desaprovechando la

oportunidad de profundizar estos recursos en vez de generar otros. Si Roxana, por ejemplo, ya conoce a alguien en el consultorio, entonces es importante generar un trabajo con esa persona y no generar un acercamiento inicial estándar.

Motivación para la ampliación de las redes socio-comunitarias

Una vez que el equipo ha hecho un análisis previo de las relaciones que sostiene el caso de prevención indicada, entonces es posible conversar con la persona para reflexionar de manera conjunta sobre su situación actual de redes. Puesto que se trata de una estrategia motivacional, los profesionales encargados deberán ser capaces de indagar en qué **etapa del cambio** se encuentra la persona para poder tomar acciones atingentes al nivel en el que se encuentra: ¿Logra mantener en el tiempo una buena articulación con sus redes de pares, comunitaria e institucional? ¿Reconoce que la falta de redes es un problema? Una vez que reconoce que la falta de redes es un problema ¿Esta dispuesto a hacer algo para cambiar esta situación? ¿Puede sostener estrategias de vinculación con las redes? ¿Tiende a perder los recursos que ha conseguido?

Es importante revisar con el niño, niña o joven los mapas y analizar conjuntamente los recursos disponibles, la necesidad de sostener logros relacionales, el problema que significa una situación precarizada, y los potenciales de acción. En estas reuniones con el niño, niña y joven es fundamental tener claridad sobre la importancia de los vínculos socio-comunitarios en cada nivel analizado, para motivarlo y promover un cambio positivo en sus etapas del cambio (Ej. desde un nivel pre-contemplativo hacia un nivel contemplativo). Para poder lograr comunicar de buena manera al joven la importancia de los recursos socio-comunitarios, se recomienda elaborar una pauta sobre la relevancia de estos en el barrio específico. En este plano es esencial el **proceso de observación, recolección y síntesis que ha desarrollado el equipo en el barrio**, en torno a las historias, discursos, experiencias y recursos actuales de red en el barrio, por ejemplo, historias de colaboración con el municipio, la atención oportuna de enfermedades gracias al vínculo con personas del consultorio, la organización de ayudas colectivas, el apoyo que proveyó una organización comunitaria, el rol protector del colegio, etc. No obstante la necesidad de que el equipo genere un relato propio, barrial, de esta importancia para motivar al niño, niña y joven a mejorar sus accesos, es posible considerar los siguientes puntos generales para encaminar la construcción de esta pauta:

Importancia de las redes positivas de pares

- Contar con personas que te motiven y ayuden a concretar ideas positivas.
- Acceder a actividades recreativas y deportivas.
- Generar proyectos conjuntos.
- Desarrollar estrategias de cuidado colectivo.
- Consejos y formas distintas de analizar las situaciones y los problemas cotidianos.

- Contar con apoyos en el grupo de pares.
- Desarrollar acciones de expresión artística o deportiva.
- Obtener información sobre actividades para niños, niñas o jóvenes.
- Construir y comunicar una identidad grupal de los niños, niñas y jóvenes en el barrio.

Importancia de la extensión de las redes hacia la comunidad

- Contar con una red de adultos protectores.
- Adquirir conocimientos sobre el funcionamiento del barrio y sus recursos.
- Participar en acciones coordinadas de ayuda mutua.
- Construir soportes para evitar el desgaste o empobrecimiento de la familia.
- Diversificar la red de contactos barriales ante situaciones de emergencia.
- Contar con espacios de contención y consejería ante situaciones difíciles.
- Contribuir con tus ideas y experiencias al bienestar de la comunidad.
- Participar en las decisiones de la comunidad que te afectan, por ejemplo, qué hacer con un presupuesto participativo.
- Mostrar la forma en la que son los jóvenes del barrio para evitar estigmas y discriminaciones.
- Vincular las acciones de los grupos juveniles con la historia e identidad del barrio.

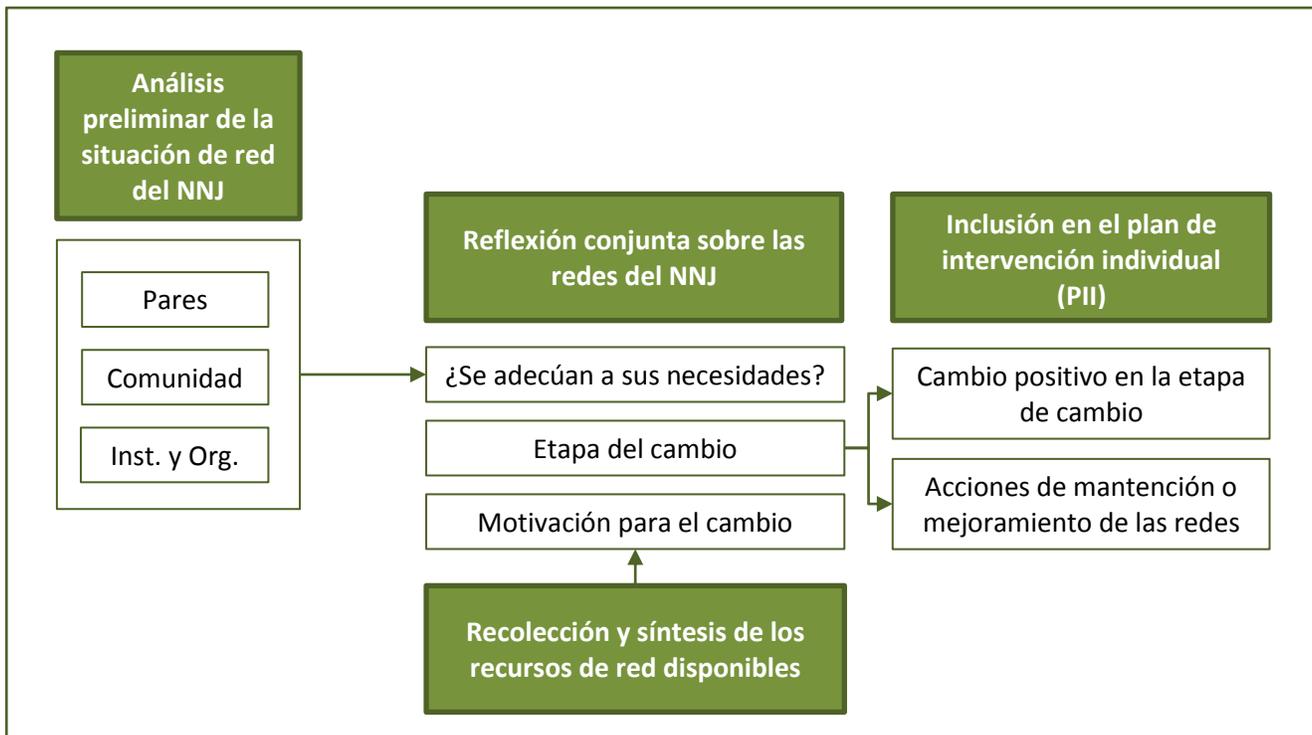
Importancia de las interacciones con las redes de organizaciones e instituciones

- Fortalecer una relación protectora con el establecimiento educacional.
- Generar un vínculo escolar y un nivel de rendimiento acorde al proyecto de vida.
- Posibilidad de desarrollar actividades recreativas en el establecimiento educacional.
- Aprovechar la disposición de los profesores a desarrollar acciones de protección.
- Contar con una serie de contactos para acceder a buenas atenciones de salud.
- Acceder a la información que tienen los servicios de salud sobre salud sexual y reproductiva.
- Acceder a la información que tienen los servicios de salud sobre prevención y rehabilitación del consumo de drogas.
- Conocer el funcionamiento de las redes asistenciales para mejorar la salud individual, familiar y comunitaria.
- Aprovechar los recursos que ofrecen las organizaciones comunitarias del barrio.
- Participar en el fortalecimiento o creación de nuevas organizaciones comunitarias.
- Generar acercamientos oportunos a las redes asistenciales para solucionar carencias educacionales o laborales.
- Ejercer tus derechos civiles, económicos, sociales y culturales.
- Ejercer tus derechos de la niñez.

Finalmente, una vez que el equipo ha desarrollado una estrategia motivacional que permita al niño, niña o joven percibir la importancia de trabajar activamente en sus redes, es posible incorporar en el plan de intervención individual de prevención indicada aquellos objetivos de mantención o fortalecimiento que resulten más adecuados. Cabe destacar que estos objetivos no

emergen exclusivamente cuando hay aislamiento social, sino también cuando el niño, niña o joven presenta dificultades para sostener en el tiempo una situación de red que actualmente es adecuada, por ejemplo, cuando piensa en abandonar el establecimiento educacional porque se encuentra desmotivado.

La metodología para desarrollar estos objetivos de prevención indicada se sostiene esencialmente en el involucramiento de actores comunitarios, coordinación con entidades formales y generación de apoyos sociales sostenibles, todos los cuales se orientan técnicamente en el libro “Prevención selectiva e indicada con enfoque de redes” del programa “Actuar en Comunidad”.



Bibliografía

- Abad, J. (2006). Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes, basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género. Washington, D. C. OPS-GTZ.
- Aguayo, F & Kimelman, E. (2012). Paternidad Activa: Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Material de apoyo Chile Crece Contigo. Sistema Chile Crece Contigo. Santiago de Chile.
- Allen, S & Daly, K. (2007). The Effects of Father Involvement: An Updated Research Summary of the Evidence. Centre for Families, Work & Well Being, University of Guelph. Canadá.
- Arbex, C. (2013). Guía Metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España.
- Alexander, B. (2001). The Roots of Addiction in Free Market Society. Canadian Centre for Policy Alternatives. Vancouver.
- Appiah, K.A. (2005). The ethics of identity. Princeton University Press.
- Avaria, M. (2005). Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. Revista Pediatría Vol. 2, N° 1
- Barudy, J & Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Berry, J.W., KIM, U. (1988). Acculturation and Mental Health, in P.R.
- Biegel, D; Katz-Saltzman, S; Tracy, E. & Townsend, A. (2008). Indicadores de la calidad de la relación diádica de mujeres en tratamiento por drogodependencia. REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales. 15(10).
- Brave Heart, M. (2003). The Historical Trauma Response Among Natives and Its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration, Journal of Psychoactive Drugs, 35:1, 7-13.
- Braveman, P; Sadegh-Nobari, T; Egerter, S (2008). Early Childhood Experiences: Laying the Foundation for Health Across a Lifetime. Robert Wood Johnson Foundation, Issue Brief 1.
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? ADICCIONES, VOL. 23 NÚM. 2. pp. 87-100.
- Burkhart, G. Nuevos retos en la prevención comunitaria de las drogodependencias. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

Bonet, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención. REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales. 11(4).

Booth, T. (2003). Book review of: Interculturalism, Education and Inclusion. British journal of educational studies, 51, 432_433. P. 432.

Camillieri, C. (1985). Anthropologie culturelle et éducation. UNESCO.

Canales, M. (investigador responsable) (2014). Estudio: Percepción social de la marihuana en jóvenes y adolescentes. Estudio solicitado por SENDA.

Casas, J & Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid. *Pediatr Integral* 2005;IX(1):20-24

Comelles, J; Allué, X; Bernal, M; Fernández-Rufete, J; Mascarella, J (comps.) (2010). Migraciones y salud. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2013). Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción de un modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas. Washington D.C, U.S. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/document.aspx?Id=2206>

Cogné, M., Montgomery, C. (2007). Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux. Presses de l'Université Laval. Québec.

Cohen-Emerique, M. (1984). Chocs culturels et relations interculturelles dans la pratique des intervenants sociaux , Cahiers de sociologie économique et culturelle.

Cohen-Emerique, M. (2013). Por un enfoque intercultural en la intervención social. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, p. 11-38

Commission on social determinants of health (2007). A conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.

Cooper, M. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of studies on alcohol*. 63(14), 101-117.

COPOLAD (2014). Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas. Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en políticas de drogas (COPOLAD). Madrid.

Dahlgren, G; Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Das, V., Kleinman, M. Lock, M. (2001) *Remaking a World: Violence, Social Suffering and Recovery*. The University of California Press.

De Rementería, I. (2001). *Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención*. CEPAL. Chile.

Del Pueyo, B. (2010). De la información a la banalización: los retos de la información sobre drogas en el siglo XXI. *Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha*. N° 6.

Dionne, J., Demers, J. & Altamirano, C. (2008). La relación de ayuda psicoeducativa. En *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: aportes desde la psicoeducación*. Chile.

Dörr, A; Goroestegui, M.E; Viani, S; Dörr, M.P. (2009). Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. *Salud Mental* Vol. 32, N° 4; 269-278. Santiago de Chile.

Duarte, K. (2000). ¿juventud o juventudes? acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. *ULTIMA DÉCADA* N°13, CIDPA VIÑA DEL MAR, PP. 59-77.

Duarte, K. (2004). *Potencialidades Juveniles en la Co-construcción de Políticas Locales de Juventudes*. Publicación de Asociación Chilena pro Naciones Unidas, con la colaboración de W.K. Kellogg Foundation

El Rawas, R; Thiriet, N; Lardeux, V; Jaber, M; Solinas, M. (2008). Environmental enrichment decreases the rewarding but not the activating effects of heroin. *Psychopharmacology*.

European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA) (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people*. Recuperado en <http://www.emcdda.europa.eu>

Fanon, F. (1961). *Pour la Révolution Africaine. Écrits politiques*. Ed. La Découverte. Paris.

Ferrand, A. (2002). Las comunidades locales como estructuras meso. *Revista hispana para el análisis de redes sociales*. Vol.3, N°4. Consultado en: <http://revista-redes.rediris-es>

Freire, P. (2012). *Pedagogía de la indignación: Cartas pedagógicas en un mundo revuelto*. Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires.

García, S & Cuevas, H. (2009). *Curso de Pediatría*. Hospital Ángeles del Pedregal. México, D.F.

García, A. & Sánchez, A. (2003). La intervención socioeducativa en drogodependencias: del modelo jurídico represivo al modelo promocional de la salud. *Educatio*, Universidad de Murcia, N° 20-21.

Díaz, G. (2008). La erotización del cuerpo infantil en los sectores marginados. El legado del reggaetón y el axé en Chile. *Revista MAD* No. 3: Número Especial 3: "Niñez y Políticas Públicas".

Botvin, G & Griffin, K. (2014). Life skills training: Preventing substance misuse by enhancing individual and social competence. *EW DIRECTIONS FOR YOUTH DEVELOPMENT*, NO. 141.

Gill, K; Beveridge, T; Smith, H; Porrino, L (2013). The effects of rearing environment and chronic methylphenidate administration on behavior and dopamine receptors in adolescent rats. *Brain research* 1527. 67–78

Gonzalez, A., Fernandez, J. & Secades, R. (2004). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. España.

González-López, J.R. , Rodríguez-Gázquez, M. Á. , Lomas-Campos, M. M. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en inmigrantes latinoamericanos adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 20(3)

Greene, M; Kelly, J. (2014). The prevalence of cannabis withdrawal and its influence on adolescents' treatment response and outcomes: a 12-month prospective investigation. *J Addict Med*.

Gros, C. (2012). Políticas de la etnicidad: Identidad, Estado y modernidad. Instituto Colombiano de Antropología e Historia.

Gruber, S; Sagar, K; Dahlgren, M; Racine, M; Lukas, S (2012). Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav* 2012;26:496–506

Guay, J (1998). *L'intervention Clinique Communautaire: Les Familles En Détresse*. Les Presses de L'Université de Montréal.

Guitart, A, Bartroli, M., Villalbí, J, Guilañá, E., Castellano, Y. Espelt, A. & Brugal, M. (2012). Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública*; 86: 189-198.

Hall, W; Degenhardt, L; Patton, G (2008): Cannabis abuse and dependence. In C.A. Essau (Ed.): *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, treatment* (pp. 117–148). London: Elsevier

Hall, W (2009): The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy?. *International Journal of Drug Policy*

Hatzenbuehler, M; Phelan, J; Link, B (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Am J Public Health*; 103(5): 813–821.

Heavyrunner-Rioux, A; Hollist, D (2010). Community, Family, and Peer Influences on Alcohol, Marijuana, and Illicit Drug Use Among a Sample of Native American Youth: An Analysis of Predictive Factors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 9:260–283.

Holleran, L; Goldbach, J; Hopson, L; Powell T (2011). The Value of Cultural Adaptation Processes: Older Youth Participants as Substance Abuse Preventionists. *Child & Adolescent Social Work Journal* 28: 495-509.

Hopenhayn, M. (2002). Prevenir en Drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. CEPAL.

INJUV (2010). Séptima Encuesta Nacional de la Juventud.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Departamento de Salud, y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2004). Cómo Prevenir el uso de drogas en los niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres educadores y líderes comunitarios. EEUU.

Jasso-Gutiérrez, L; López, M. (2014). El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. Boletín Médico del Hospital Infantil de México; 71(2): 117-125.

Kaztman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. REVISTA DE LA CEPAL 75

Korp, P. (2008). The symbolic power of “healthy lifestyles. Health sociology review. Vol. 17, Issue 1.

Krick, T., Forstater, M., Monaghan, P. & Sillanpää, M. (2006). Accountability: De las palabras a la acción: El compromiso con los stakeholders. Canadá.

Kymlicka, W. (1995). Multicultural citizenship: a liberal theory of minority rights, Oxford University Press

Lamore, J. (1992). Transculturation : Naissance d’un mot. Métamorphoses d’une utopie. Éd. Jean-Michel Lacroix et Fulvio Caccia. Presses de la Sorbonne Nouvelle. Paris.

Larrañaga, O. (2010). Chile solidario y combate a la pobreza. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Madrid, España: Interamericana España.

Leach, L; Butterworth, P (2012). The effect of early onset common mental disorders on educational attainment in Australia. Psychiatry Res.

Le Blanc, L. & Robert, M. (2012). La innovación psicosocial: planificar su implementación y difusión para prevenir la delincuencia juvenil. Universitas Psychologica, 11(4), 1125-1134.

Lévis-Strauss, C. (1983). Le regard éloigné. Paris. Plon.

Legault, G. (2000). L’intervention interculturelle, Montréal, Gaëtan Morin.

Lemstra, M.; Bennett, N.; Nannapaneni, U.; Neudorf, C.; Warren, L.; Kershaw, T. y Scott, C (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. Addiction Research and Theory, 18(1): 84-96.

Letcher, Jorge H (2010). Manual de metodología del trabajo en prevención comunitaria de las adicciones. Tucumán, Secretaria de Estado de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

Lubman, D. Hides, L., Yücel, M. & Toumbourou, J. (2007). Intervening early to reduce developmentally harmful substance use among youth populations. *MJA*, Volume 187, Number 7.

Lurbe Puerto, K. (2010). Inmigrantes como grupo de riesgo sanitario: instrumentalizar el riesgo ¿inserta o segrega?, en Josep Maria Comelles Esteban, Xavier Allué Martínez, Mariola Bernal

Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales* 18(12), 305-324.

Marsiglia, F; Miles, B; Dustman, P; Sills, S. (2002). Ties That Protect: An Ecological Perspective on Latino/a Urban Pre-Adolescent. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 11, pp. 191-220.

Martínez, V. (2006). El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales. Santiago de Chile: Ed. Universidad de Chile.

Megías, E. (2010). Influencia de los medios de comunicación en la percepción social de la “juventud”. *Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha*. N° 6.

Meier, M; Caspi, A; Ambler, A; Harrington, H; Houts, R; Keefe, R; McDonald, K. (2012) Persistent cannabis users show neuro-psychological decline from childhood to midlife. *PNAS* [Internet]. Available from: www.pnas.org/content/early/2012/08/22/1206820109.

Mena, I; Dörr, A; Viani, S; Neubauer, S; Gorostegui, M.E; Dörr, M.P; Ulloa, D. (2013). Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT. *Salud Mental* vol. 36, N° 5: 367-374. Santiago de Chile.

Monahan, Jennifer; Lannutti, Pamela (2000). Alcohol as social lubricant: Alcohol Myopia Theory, Social Self-Esteem, and Social Interaction. *Human Communication Research*, Vol. 26 N° 2. Pp. 175-202.

Moncada, S. (1998) Documento: Intervenciones de prevención en el entorno comunitario relacionadas con las drogodependencias. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.

Moneta, M.A. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (3): 265-268.

Montecino, S. (2007). *Madres y huachos*. Santiago: Catalonia, cuarta edición.

Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*. Bogotá, Colombia. 8(3). Págs. 615-626.

Muñoz, L., Barbosa, C., Bríñez, A., Caycedo, C., Méndez, M. & Oyuela, R. (2012). Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(1), 131-145.

Musitu, G. & Cava, M. (2003). El rol de apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.

Nader, J; Chauvet, C; El Rawas, R; Favot, L; Jaber, M; Thiriet, N; Solina, M (2012). Loss of Environmental Enrichment Increases Vulnerability to Cocaine Addiction. *Neuropsychopharmacology* 37, 1579–1587

National Institute on Drugs Abuse (NIDA) (2012). Identification of Drugs Abuse Prevention Programs.

Nieves, Y. (2013). Entre Dos Tierras: Metodología y desarrollo de programas de prevención selectiva con menores. Fundación Atenea. Secretaría de Estado de servicios Sociales e Igualdad, España.

Nguyen, H; Viet Tran, A; Nguyen, N; Nguyen, S; Vu, D; Nguyen, N; Brookmeyer, R; Detels, R (2015). Community Mobilization to Reduce Drug Use. Quang Ninh, Vietnam. *American Journal of Public Health*: Vol. 105, No. 1, pp. 189-195.

Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha (2010). Jóvenes, drogas y comunicación. Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha. N° 6.

Observatorio cualitativo sobre la relación entre el consumo de drogas y los abusos sexuales en espacios de ocio nocturno. (2015). Informe técnico. Barcelona: Fundación Salud y Comunidad.

OMS (2000). Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Folleto de la Organización Mundial de la Salud y el Centro Internacional de Promoción de la Longevidad, Reino Unido.

ONU (2009). Report on the eighth session (18-29 May 2009). Permanent Forum on Indigenous Issues Economic and Social Council Official Records. Supplement No. 23.

OPS (2005). Alcohol y Salud en los Pueblos Indígenas.

Prochaska, J (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaídas y prevención de recaídas*. Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP, Barcelona. pp. 85-136.

Raga, F (2014). Etnopsiquiatría como mediación intercultural. *Panace@*; 15 (40): 290-300.

Rick A. Myer J. Scott Lewis Richard K. James (2013) The Introduction of a Task Model for Crisis Intervention. Volume 35/ Pp. 95-107. *Journal of Mental Health Counseling*

Roberts, A. R. (Ed.) (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Rodríguez, J. (2001). *Vulnerabilidad y grupos vulnerables*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Serie Población y Desarrollo. CEPAL.

Roger, C. (2010). Alcances y limitaciones de las intervenciones comunitarias: una experiencia desde la prevención de adicciones. *Margen57*, 1-7.

Rosanvallon, P. (1995). *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Paris, Ed. Le Seuil.

Russell M Viner, Elizabeth M Ozer, Simon Denny, Michael Marmot, Michael Resnick, Adesegun Fatusi, Candace Currie (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Adolescent Health 2. Lancet*; 379: 1641–52

Ryan, C; Díaz, R (2011). *Family Acceptance Project: Intervention guidelines and strategies*. Family Acceptance Project.

Saavedra A. (2002). *Los Mapuche en la sociedad chilena actual*. LOM. Santiago

Schantz, K (2012). *Substance Use and Sexual Taking in Adolescence*. ACT for Youth Center of Excellence.

SAMHSA (2009) *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009.

SAMHSA (2013). *Addressing the Specific Behavioral Health Needs of Men*. TIP 56.

SAMHSA (2014). *A Practitioner's Resource Guide: Helping Families to Support Their LGBT Children*. Rockville, MD: SAMHSA.

Sampson, R (2001). *Disorder in Urban Neighborhoods—Does It Lead to Crime?* National Institute of Justice: Research in Brief.

Sandoval, M (2012). La desconfianza de los jóvenes: Sustrato del malestar social. *Última Década* 36. Valparaíso. Pp. 43-70.

Sánchez, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria, un enfoque integrado*. Barcelona, España: Ediciones Pirámide.

Saunders, J., Kypri, K, Walters, S., Laforge, R. & Larimer, M. (2004). Approaches to brief intervention for hazardous drinking in young people. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol 28, No 2.

SENDA (CONACE) (2004). Mujeres y tratamiento de drogas: Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas.

SENDA (2009). Prevención selectiva con jóvenes en territorios focalizados.

SENDA (2012). Décimo estudio de drogas en población general.

SENDA (2014a). Modelo para la prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol.

SENDA (2014b). Estrategias comunitarias y familiares de prevención del consumo de drogas y alcohol.

Serge H Ahmed, Magalie Lenoir and Karine Guillem, (2013) Neurobiology of addiction versus drug use driven by lack of choice. *Current Opinion In Neurobiology*.

Shelbee N; Joellen, C (2015). Flipping the Script in Study Abroad Participation: The Influence of Popular Culture and Social Networks. Volume 5, Issue 1. pp. 23-37 *Journal of International Students*.

Slater, L (2004). *Opening Skinner's Box: Great Psychological Experiments of the Twentieth Century*. W. W. Norton & Company.

Soja, E. (2014). *En búsqueda de la Justicia Espacial*. Tirant Humanidades, Valencia, España.

Solinas, M; Thiriet, N; El Rawas, R; Lardeux, V; Jaber, M (2009). Environmental Enrichment During Early Stages of Life Reduces the Behavioral, Neurochemical, and Molecular Effects of Cocaine. *Neuropsychopharmacology* 34, 1102–1111.

Stolle, M., Sack, P. & Thomasius, R. (2007). CME: Substance abuse in children and adolescents- early detection and intervention. *Dtsch Arztebl* 104(28-29). Rescatado desde: www.aerzteblatt.de

Sturm, Gesine; Maya Nadig y Marie Rose Moro (2011): «Current developments in French ethnopschoanalysis», *Transcultural Psychiatry*, 48 (3): 205-227.

Sze, F. and Powell, D. (2004). *Interculturalism: exploring critical issues*. Oxford: Interdisciplinary Press. P.

Taylor C. (1992). *Multiculturalism and "the Politics of Recognition"*. Princeton University Press. Princeton.

Tobar, J. Programa del curso neurobioquímica. Desarrollo neuronal del sistema nervioso central. Consultado el día 13 de agosto de 2015 en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Ciencias/neurobioquimica/libros/neurobioquimica/Desarrolloneuron.htm>

Turner, J (2000). *Housing By People: Towards Autonomy in Building Environments*.

United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) (2013). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft.

Van Gaste, W; Tempelaar, X; Bun, C; Schubart, C; Kahn, R; Plevier, C; Boks, M (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. *Psychol Med*.

Van Gastel, W; MacCabe, J; Schubart, C; van Otterdijk, E; Kahn, R; Boks, M (2014). Cannabis Use is a Better Indicator of Poor Mental Health in Women Than in Men: A Cross-Sectional Study in Young Adults from the General Population. *Community Ment Health J*.

Van Praag, H; Kempermann, G; Gage, F (2000). Neural Consequences Of Environmental Enrichment. *Nature Review Neuroscience*, vol.1.

Valverde, F (2008). Intervención social con la niñez: Operacionalizando el enfoque de derechos. *Revista MAD*, 3.

Villarreal, M., Musitu, G., Sánchez, J., Varela, R. (2010). El consumo de Alcohol en Adolescentes escolarizados: propuesta de un Modelo Sociocomunitario. 19(3), 253-264.

Vizcarra, M., Dionne, J. (2008). El desafío de la intervención psicosocial en Chile, Aportes desde la psicoeducación. RIL editores. Chile.

Waylen, A; Leary, S; Andrew, N; Sargent (2015). Alcohol Use in Films and Adolescent Alcohol Use. *PEDIATRIC*, 135. N° 5.

Weiss, N. (2005) Prozac on the Couch: Prescribing Gender in the Era of Wonder Drugs (review). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* Volume 60, Number 3, July 2005 pp. 381-383

Werb, D; Fischer, B; Wood, E (2010). Cannabis policy: Time to move beyond the psychosis debate. *International Journal of Drug Policy*.

Wesley-Esquimaux C.C. (2007). La transmisión Intergeneracional del Trauma y el sufrimiento histórico

Whitbeck, L. B., Walls, M. L., Welch, M. L. (2012). Substance Abuse Prevention in American Indian and Alaska Native Communities. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 38, No. 5: 428–435.

Whitesell, N.R., Beals, J. , Big Crow, C., Mitchell C. M., Novins D. K. (2012) Epidemiology and Etiology of Substance Use among American Indians and Alaska Natives: Risk, Protection, and Implications for Prevention. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38, No. 5: 376–382.

Wu, T., Woody, G. E., Yang, C., Pan, J.-J., Blazer, D. G (2011). Racial/Ethnic Variations in Substance-Related Disorders Among Adolescents in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 68 (11)

Zambrano, A. & Vizcarra, B. (2008). Raíces en la Frontera: El encuentro y aplicabilidad del modelo psicoeducativo en Chile. En El desafío de la intervención psicosocial en Chile: aportes desde la psicoeducación. Chile.

Zambrano, A. & Muñoz, J. (2013). Documento Eje 3: Redes y fortalecimiento comunitario, Proyecto FONDEF N°D08I-1205 "Estrategia ecosistémica especializada de intervención diferenciada para favorecer la integración psicosocial de adolescentes infractores de ley". Universidad de la Frontera. Chile.

Zambrano, A., Andrade, C., Pincheira, C., Fuentealba, & Zambrano, V. (2011). Variables asociadas a la readaptación e integración social de adolescentes infractores de ley: Informe de Proceso. Temuco, Chile: Proyecto FONDEF D08I1205.

Zammit, S; Allebeck, P; Andreasson, S; Lundberg, I; Lewis, G (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study. British Medical Journal

Ziming Xuan, Jason G. Blanchette, Toben F. Nelson, Thien H. Nguyen, Scott E. Hadland, Nadia L. Oussayef, Timothy C. Heeren, Timothy S. Naimi (2015). Youth Drinking in the United States: Relationships With Alcohol Policies and Adult Drinking. PEDIATRICS Volume 136, number 1.