

El cambio de un escenario de supervisión en un caso de adicciones

Autor:

María del Rosario Figueroa Velaides

Directora:

Mariana Andrea Pinillos Guzmán

Asesora

Angie Paola Román Cárdenas

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA DE PSICOLOGIA CLINICA Y DE FAMILIA
2021**

Agradecimientos

Dedico con agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este proyecto investigativo-interventivo.

A los profesionales de la Fundación Génesis, quienes, desde sus experiencias de vida, me abrieron las puertas de su casa con el fin de construir progresivamente nuevas posibilidades de cambio para la joven y su familia que asisten diariamente a la institución.

A la joven y su familia quienes participaron de manera activa y generativa en la propuesta de intervención y además por compartir sus expectativas de cambio con el equipo investigador-interventor.

Mi más sincera admiración a Mariana Pinillos, quien de manera propositiva alentó la transformación de esta investigación, acompañándola con sus acertados aportes, propuestas y comentarios. A Angie Román y Luz Marina Moncada, quienes asesoraron la fase inicial de este trabajo y quienes creyeron en que esto podría lograrse.

Y con esperanza a toda mi familia, por sus horas de acompañamiento.

Contenido

Resumen.....	7
Presentación	9
Pregunta de investigación-intervención	16
Objetivo General Investigativo	17
Objetivo General Interventivo	17
Objetivos Específicos.....	17
Hipótesis de la investigación-intervención	18
Estado del arte documental	18
Situación en consumo en Adolescentes.....	20
La prevención de drogas desde la educación.	27
Tipos de intervenciones o enfoques trabajados en el tema de adicciones	33
Enfoque psicodinámico.....	34
Modelo Biomédico	37
Modelo cognitivo-conductual	39
Enfoque Sistémico	40
Relación entre sistema consultante y terapeuta	44
Supervisión Clínica en caso de Adicciones	46
Conclusiones del Estado Arte Documental.....	50
Estado del Arte Testimonial.....	53
Objetivo del escenario conversacional:	53
<i>Escenario: La sinergia de ofrecer ayuda en un caso de adicciones.....</i>	54
Preguntas Orientadoras:	55
Resultados del Escenario Testimonial: La sinergia de ofrecer ayuda en un caso de adicciones	56
Discusión entre los estados de Estado de Arte Documental y Testimonial	65
Marco Teórico.....	69
Aprendizaje y constructivismo dentro de la supervisión.....	69
Supuestos sobre aprendizaje y constructivismo	¡Error! Marcador no definido.
Formación y psicoterapia: el contexto de la supervisión	79
Proceso recursivo enseñanza – aprendizaje y construcción de la novedad	82

Teoría Sistémica:	¡Error! Marcador no definido.
Adolescentes en consumo de Spa dese el enfoque sistémico:	85
Relación sistema terapéutico con el consultante	89
Metodología	91
Modelización Sistémica	91
Principios operadores de la investigación-intervención	94
a. Pensamiento Complejo.....	96
b. Paradigma sistémico constructivista construccionista	98
c. Óptica Constructivista	99
d. Construccionismo Social.....	101
Principios Epistemológicos	106
Cibernética de Segundo Orden	106
Conceptos metodológicos	107
Aprendizaje y cambio en el escenario de Supervisión:	108
a. Dinámica del Equipo de Supervisión:.....	110
b. Estrategia:.....	111
d. Procesos de cambio:	112
Focos De Abordaje	112
a. Proceso terapéutico	112
b. Adicción	112
c. Sistema familiar:	113
<i>Contextos y Participantes</i>	113
Escenas de Investigación y preguntas orientadora	114
Diseños y neo - diseños de investigación – intervención	123
Escenas de la Investigación – Intervención	123
Precesión	123
Cierre y Postsesión	126
Categorización y Organización de la información.	127
Resultados	129
Aprendizaje y cambio en el escenario de Supervisión	129
Dinámica del Equipo de Supervisión	130

Conclusiones	174
Referencias.....	185

Lista de Figuras

Figura 1. Campo Fenomenológico de la Investigación-intervención	16
Figura 2. Estructuración del Marco Teórico	69
Figura 3. Escenario de Investigación-Intervención	115
Figura 4. Precesión.....	123
Figura 5. Sesión	124
Figura 6. Intersesión.....	125
Figura 7. Cierre y Potsesión.....	126

Lista de Tablas

Tabla 1. Modelización Sistémica.....	92
Tabla 2. Escenarios.....	118
Tabla 3. Conceptos Metodológicos.....	129

Lista de Anexos

- Anexo 1. Transcripción del escenario conversacional de profesionales como docentes supervisores y la investigadora interventora para el desarrollo del estado de arte testimonial.
- Anexo 2. Transcripción de Neodiseño del primer escenario conversacional con el profesional de la Fundación Genesis, el sistema consultante, investigador interventor y terapeuta supervisado, llamado construyendo contextos investigativos interventivos
- Anexo 3. Transcripción de Neo diseño del segundo escenario conversacional con el profesional de la Fundación Genesis, el sistema consultante, investigadora interventora y terapeuta supervisado, llamado comprensiones narrativas en el paciente institucionalizado
- Anexo 4. Transcripción de Neo diseño del tercer escenario conversacional con el profesional de la fundación, la terapeuta supervisada y la investigadora interventora llamado convergencia narrativa conversacional para la comprensión y transformación acerca del problema en caso de adicciones en los diferentes escenarios de supervisión
- Anexo 5 . . Transcripción de Neo diseño del cuarto escenario conversacional con el equipo terapéutico y la supervisora investigadora llamada co-construcciones colaborativas.
- Anexo 6. Matriz de Neo diseño primer escenario conversacional con el profesional de la Fundación Genesis, el sistema consultante, investigador interventor y terapeuta supervisado, llamado construyendo contextos investigativos interventivos
- Anexo 7. Matriz de Neo diseño segundo escenario conversacional con el profesional de la Fundación Genesis, el sistema consultante, investigadora interventora y terapeuta supervisado, llamado comprensiones narrativas en el paciente institucionalizado
- Anexo 8. Matriz de Neo diseño tercer escenario conversacional con el profesional de la fundación, la terapeuta supervisada y la investigadora interventora llamado convergencia narrativa conversacional para la comprensión y transformación acerca del problema en caso de adicciones en los diferentes escenarios de supervisión.
- Anexo 9. Matriz de Neodiseño del cuarto escenario conversacional con el equipo terapéutico y la supervisora investigadora llamada co-construcciones colaborativas.

Resumen

La terapia es el lugar electivo en el cual se puede modificar la narración del modo de hablar de sí (Bertrand & Defilippi, 2005)

El presente trabajo de Investigación- Intervención se construye a partir del macroproyecto “*Modelos contextuales de formación de terapeutas desde un enfoque sistémico y ecológico*” de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomas. La actual investigación – intervención busca conocer la dinámica relacional y la emergencia del cambio a partir de aprendizajes significativos generados en el curso de la supervisión, en el caso de adicciones. Por consiguiente, se plantea como pregunta de investigación ¿Qué procesos en el curso de la supervisión favorecen la construcción del cambio y de aprendizajes significativos en un caso de adicciones? La pregunta de investigación del actual proyecto genera reflexiones a las líneas de investigación referente a la formación y los procesos de enseñanza- aprendizaje para el desarrollo de competencias terapéuticas. La investigación- intervención es de corte cualitativa con un diseño fenomenológico. Se desarrolló en la Institución Fundación Génesis, como escenario de práctica clínica de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, donde la investigadora es supervisora clínica; se realizaron cuatro escenarios conversacionales con la psicóloga en formación, el psicólogo de la institución, el sistema consultante y la investigadora interventora, los principios desde los cuales se diseñó y se desarrolló el proceso de investigación – intervención fueron: la recursividad, la reflexividad, la auto observación, la autorreferencia y la circularidad, esta investigación – intervención, emergió desde la construcción de procesos conversacionales y redefiniciones con un motivo de consulta entendido por los investigadores en un caso de adicciones. Los aportes de la investigación se centran en mirar los procesos de supervisión desde los aprendizajes significativos de quien fue supervisada, así como el equipo de trabajo que al hablar de manera colaborativa, desde órdenes reflexivos en los diferentes niveles de intervención, configuraban nuevas versiones de sus ser relacional y propiciaban el cambio.

Palabras clave: *Supervisión, aprendizaje, cambio, adicciones, familia*

Abstract

Therapy is the elective place in which the narration of the way of speaking of oneself can be modified

(Bertrand & Defilippi, 2005)

The present Investigation-Intervention work is built from the macroproject "Contextual models of therapist training from a systemic and ecological approach" of the master's in clinical and Family Psychology of the Santo Tomas University. The current research - intervention seeks to know the relational dynamics and the emergence of change from significant learning generated during supervision, in the case of addictions. Therefore, it is posed as a research question: What processes during supervision favor the construction of change and meaningful learning in a case of addictions? The research question of the current project generates reflections on the lines of research related to training and teaching-learning processes for the development of therapeutic competencies. The research-intervention is qualitative in nature with a phenomenological design. It was developed at the Fundación Genésis Institution, as a clinical practice setting for the Minute de Dios University Corporation, where the researcher is a clinical supervisor; Four conversational scenarios were carried out with the psychologist in training, the psychologist of the institution, the consulting system and the intervening researcher, the principles from which the research-intervention process was designed and developed were: recursion, reflexivity, self-observation, self-reference and circularity, this investigation - intervention, emerged from the construction of conversational processes and redefinitions with a reason for consultation understood by researchers in a case of addictions. The contributions of the research focus on looking at the supervision processes from the significant learning of the person who was supervised, as well as the work team that, when speaking collaboratively, from reflective orders at the different levels of intervention, configured new versions of there be relational and were conducive to change.

Keywords: *Supervision, learning, change, addictions, family*

Presentación

Este proceso de investigación – intervención se desarrolló en la *Maestría de Psicología clínica y de familia* y se encuentra vinculada al grupo de investigación *Psicología, familia y redes* y está adscrita a la línea de investigación *Familia, sistemas humanos y salud mental*.

“La investigación se desarrolla en el macroproyecto Modelos contextuales de formación de terapeutas, que reconoce la importancia de la corresponsabilidad en la construcción del bienestar y la salud mental desde la investigación – intervención”
(Estupiñán, Niño & Rodríguez, 2006, p, 50)

De acuerdo con lo anterior esta investigación hace un ejercicio reflexivo frente al aprendizaje de la psicoterapia y a la construcción del cambio desde la creación de un equipo terapéutico, en un contexto que se convierte en actores activos en la consolidación del bienestar y la salud mental.

“El Macroproyecto pretende investigar los modos con los que comprendemos y operamos en los contextos de intervención, como un espacio de co-aprendizaje humano, en el cual tanto los consultantes como los psicólogos en formación reconfiguran los dilemas humanos” (Estupiñán, Niño & Rodríguez, 2006).

Esta investigación se desarrolla a partir de encontrar vacíos disciplinares en procesos de supervisión clínica principalmente en el escenario terapéutico de pautas adictivas, ya que se habían hecho reflexiones frente a otras pautas, pero no frente a como se desarrolla una supervisión en escenarios de adicción. Además, se resalta la importancia de hacer un dialogo desde las comprensiones de cada una de las personas que intervenían, reconociendo sus puntuaciones y distinciones en la intervención.

En este sentido se considera que la supervisión clínica es un escenario conversacional donde las realidades son construidas y del mismo los participantes del escenario se conectan con el otro, el rol, entonces, del sujeto investigador es ser parte del proceso mismo. Lo anterior, posibilita también poner mi voz como supervisora y mi voz como investigadora al igual resaltar a otro supervisor en una lógica de cibernética de segundo orden, en tanto que, las relaciones son la base de la comprensión de lo psicopatológico en procesos de adicción.

El trabajo es pertinente al permitir ver como los procesos de supervisión logran la creación de formación de terapeutas y se crean, en esas reflexiones emergentes, procesos de redefinición de las pautas, no solamente de la pauta de la adicción como un problema o un dilema humano, sino también un problema al ser redefinido desde lo humano.

La intervención alcanza a tener nuevas comprensiones para posibilitar un cambio a nivel interaccional, de la misma forma que los aprendizajes significativos se generan en los terapeutas en formación cuando se da la reflexión, la imaginación y la invitación a la curiosidad y a la incertidumbre. Reconocemos que el cambio que se da durante los procesos clínicos es bilateral, es decir, en la medida en que los terapeutas dudan de sus certezas pueden mostrarse de acuerdo con otras versiones y visiones acerca de lo humano, también de modo isomórfico las familias, los interventores y miembros de las organizaciones han actualizado las versiones con las que se explicaban el sufrimiento, lo cual ha impactado también en los modos de intervención.

Consideramos la investigación como una aventura de producción dialógica, (Sisto, 2008), es decir, se considera a los sujetos de la investigación como activos en la determinación del proceso, en donde cada investigación se configura como una situación en la cual todos los participantes del

proceso investigativo negocian los significados que se atribuyen a una misma situación, construyendo así una intersubjetividad. (Grossen, Perret & Clermont, citado por Polo, 1997).

Una investigación fundamentada en un paradigma constructivista reconoce que investigar es un acto creativo del conocer, que se desarrolla desde un dominio interaccional y que pretende crear condiciones para co – evolucionar hacia nuevas formas de pensamiento y, por ende, hacia la emergencia de nuevas realidades.

Teniendo en cuenta la importancia que se da a los procesos de formación para el macroproyecto, y para la psicología clínica, se plantea como pregunta de investigación ¿Qué procesos en el curso de la supervisión favorecen la construcción del cambio y de aprendizajes significativos en un caso de adicciones?

La investigación se desarrolló en la Fundación Génesis, espacio reconocido como escenario de prácticas profesionales de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, en donde los estudiantes de Pregrado en Psicología desarrollan la práctica profesional. Dicho contexto puede ser comprendido como un centro de rehabilitación para pacientes internos en adicción y alcoholismo.

A partir de lo anterior, para comprender el proceso de la investigación-intervención, el documento se divide en cinco capítulos de la siguiente manera: El capítulo uno hace referencia a los estados del arte, el cual está compuesto por una revisión documental y una exploración testimonial. Inicialmente, en el estado del arte documental, se describen las investigaciones de los últimos cinco años que abordan comprensiones en torno al consumo de sustancias psicoactivas. Se establecen cinco (5) ejes temáticos , organizados de la siguiente manera: el primer hace relación a la población de Jóvenes Adolescentes en consumo de sustancias psicoactivas; el segundo hace

relación a la prevención de drogas desde la educación, el tercer eje a tipos de intervenciones o enfoques trabajados en el tema de adicciones; el cuarto hace referencia a la relación entre sistema familiar (o sistema consultante) y terapeuta; y el quinto hace referencia a la supervisión clínica en caso de adicciones; posteriormente, en el estado del arte testimonial se presenta una lectura inicial para comprender la experiencia en el campo de la supervisión en el tema de adicciones y su relación con la experiencia en- investigación/intervención clínica. (Gómez, Galeano, y Jaramillo D. A, 2015, pp 423-442)

El segundo capítulo que es el sistema teórico presenta la perspectiva paradigmática desde la cual se sustenta la investigación, los principios epistemológicos en los cuales se conceptualiza el fenómeno.

En el capítulo tres se presenta el método, partiendo desde una perspectiva cualitativa de segundo orden. Se describen los principios metodológicos, los participantes, las estrategias, los diseños de los escenarios conversacionales y la modelización que da cuenta de la evolución de la investigación-intervención.

En el capítulo cuarto se presentan los resultados, los cuales se realizan teniendo en cuenta los escenarios conversacionales, se muestra comprender el sentido y significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones y la relación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión. En el capítulo quinto conclusiones y aportes dan respuesta a la pregunta de investigación y responde a los objetivos planteados, de tal manera que se logró establecer los sentidos y significados de la experiencia de un equipo supervisor que

posibilitaban a través de procesos reflexivos y el terapeuta en formación va adquiriendo aprendizajes significativos en relación con la psicoterapia, la pauta adictiva y el cambio.

Introducción

El abordaje en el tratamiento de la pauta adicta representa para la comunidad terapéutica un proceso que requiere la puesta en escena de todo el potencial humano, con el fin de promover y facilitar en el sistema consultante, las herramientas necesarias para superar los dilemas a los que se ven abocados en la cotidianidad. El tratamiento interventivo, lleva igualmente a reconocer que estos sistemas se encuentran en constante relación con el medio que los rodea, en donde se construyen comunicaciones nutricias que inciden en las decisiones y el curso que tomará el sistema.

Desde esta perspectiva uno de los principios fundamentales para la formación de psicoterapeutas y el ejercicio de la intervención tiene que ver con lo que plantea Tizón (2004), quien subraya la necesidad de definir claramente los procesos de la terapia desde el reconocimiento del consultante y el estudiante como persona. Es decir, más allá de una preocupación por la técnica o el sistema teórico debemos partir de la intención de comprender a profundidad quienes son los actores en las definiciones de los problemas y del cambio.

Asimismo, el proceso de formación considera al estudiante – terapeuta de un modo integral, y es reconocido dicho proceso como lo plantea Jutorán (1997, citado por Cruz, 2009) un isomorfismo entre el modelo terapéutico y el modelo de formación, en el cual el terapeuta en formación configura su experiencia integrando su sistema emocional, sistema de creencias y su sistema cognitivo. De acuerdo con Jutorán, Beatriz (1997) la esencia de una formación consiste

en integrar conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo de la creatividad personal a través de la observación de sí mismo (pp. 72-73).

A luz de estos conceptos a continuación, se realiza una explicación del problema de investigación/intervención, donde el contexto institucional al ser un escenario de prácticas clínicas supervisadas conformado por dos supervisores, uno perteneciente a la Institución Fundación Genesis y la investigadora permite el abordaje del problema, de la definición del fenómeno, de los objetivos generales.

El proceso de investigación – intervención se llevó a cabo en el contexto de la Fundación Génesis, una institución dedicada a la intervención en procesos de rehabilitación de adicciones donde aborda el fenómeno de las adicciones de manera interdisciplinar.

Lo anterior muestra el compromiso social que tiene la institución Fundación Genesis y por ende la necesidad de retroalimentar de manera permanente los procesos de intervención desde investigaciones que hagan una meta mirada al trabajo realizado con las familias y que den cuenta de los impactos generados. De acuerdo con lo anterior, esta investigación hace un ejercicio reflexivo frente al aprendizaje en el contexto de la supervisión en un caso de adicciones y a la construcción del cambio desde la creación de un equipo terapéutico que se convierten en actores activos en la consolidación del bienestar y la salud mental.

La adicción como fenómeno clínico puntuado por el equipo terapéutico de la Fundación, jóvenes consumidores de SPA y sus familias y algunas investigaciones sobre este tema, reflejadas en el estado arte documental, dan cuenta que la adicción es comprendida como enfermedad, y los jóvenes son asumidos como enfermos. (Levounis, Zerbo y Aggarwal, 2017; Burns, 2001). Se

considera, por lo tanto, importante comprender a profundidad la dinámica relacional y la emergencia del cambio en el equipo terapéutico, familias y jóvenes de la fundación frente al aprendizaje de la psicoterapia y el cambio, donde los equipos terapéuticos forman parte del proceso de terapia, y el contexto.

De esta manera el fenómeno de la investigación – intervención se relaciona con los aprendizajes significativos y la emergencia del cambio entre la familia, la consultante (joven adolescente) el psicólogo de la Fundación Genesis, el psicólogo supervisado y la investigadora-interventora, desde el contexto de la supervisión, en un caso de adicciones.

Asimismo, autores parten de la idea de aprendizaje vinculada a la noción de cambio, y para ello citan a Maturana y Varela (1995) quienes afirman que el aprendizaje es el resultado de las interacciones del organismo con su entorno, un fenómeno de transformación del sistema nervioso asociado a un cambio conductual. Sostienen que de acuerdo con Giordan (2002) el aprender, tanto desde quien enseña como de quien aprende, implica un desafío mediatizado por múltiples funciones; todas ellas complejas, distribuidas en diferentes elementos y posibilidades por el entorno en el cual se encuentran, idea que se vincula con Maturana (1997) en cuanto este sostiene que el sistema educacional puede ser reconocido como sistema recursivo, en donde la educación configura el mundo y los educandos confirman en su vivir el mundo que vivieron en su educación. De otra parte citan a Aponte y Winter (1988) y Garzón (2008) quienes señalan que en la formación de Terapeutas Familiares Sistémicos existe un énfasis centrado en la persona del terapeuta, reconociéndose la necesidad de formar un profesional cada vez más autónomo, reflexivo y propositivo en oposición al terapeuta de otras épocas, estereotipado, definido en su estilo por los modelos teóricos y por sus maestros.

De esta perspectiva sistémica se entiende que el trabajo de los profesionales de la fundación puede movilizar los sistemas de significación y los modos de organización, donde se incluye al equipo investigador interventor bajo una mirada de segundo orden y de allí que se plantea el trabajo con los profesionales de la Fundación Génesis.

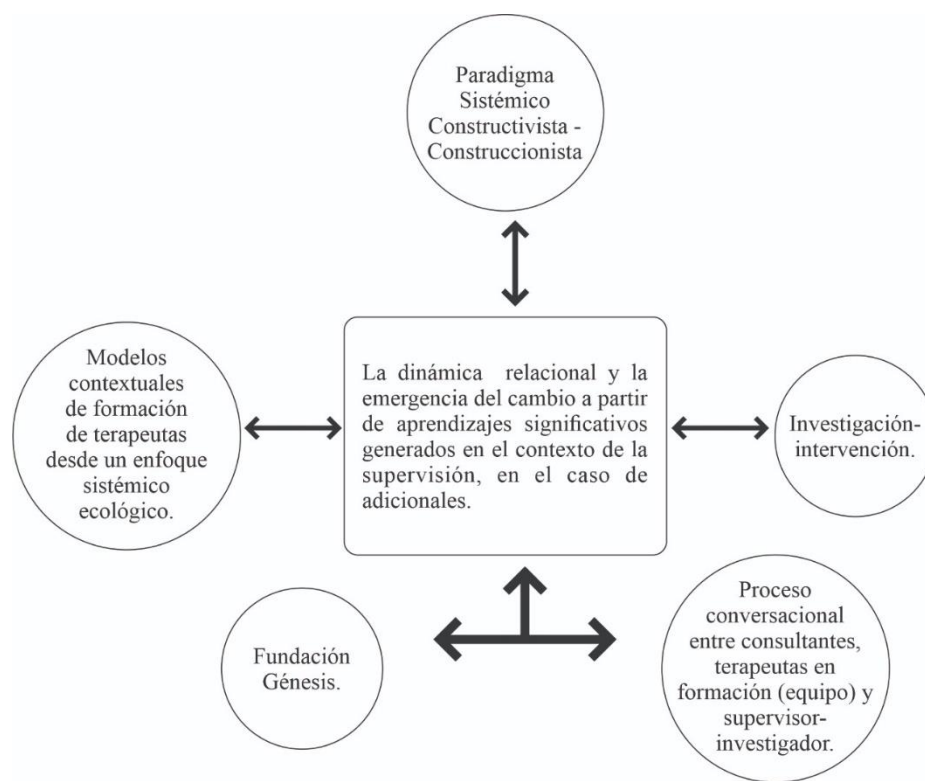


Figura 1. Campo Fenomenológico de la Investigación-intervención

Pregunta de investigación-intervención

¿Cómo a partir del significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones se configuran procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión?

Objetivo General Investigativo

Comprender a partir del significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones y la correlación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión

Objetivo General Interventivo

Favorecer procesos generativos que posibiliten la emergencia del cambio entre interventores sistémicos y consultantes en las conversaciones alternativas frente a un caso de adicciones, las cuales pueden resignificarse, por medio de los procesos originados en los contextos de aprendizaje significativos en el contexto de la supervisión.

Objetivos Específicos

- Identificar en los relatos de los consultantes y consultores los significados de la experiencia en un caso de adicciones y las relaciones en las que estos se crean a partir de la redefinición del problema.
- Comprender la emergencia en las conversaciones terapéuticas y sus nuevos significados en los sistemas consultantes y consultores acerca de la experiencia en un caso de adicciones.
- Promover procesos en la formación de interventores sistémicos que favorecen aprendizajes significativos en un caso de adicciones y la intervención desde la meta-observación de la supervisión.

Hipótesis de la investigación-intervención

Un modelo de supervisión colaborativa integra los estilos del supervisor, la investigadora supervisora y de la estudiante, y permite a partir de las conversaciones la construcción de procesos de cambio que puede favorecer los procesos de co-aprendizaje en donde la auto y hetero referencia se convierta en el dispositivo para generar un impacto en la emergencia de nuevas historias que acompañen el cambio en la recomposición de la pauta adictiva.

Estado del arte documental

A continuación, se hará un recorrido por diferentes autores, disciplinas y teorías que han surgido de procesos de investigación, que se han realizado durante los últimos 5 años, a partir del 2013 hasta el 2018 en Países como España, Colombia, Chile, México, Uruguay, Estados Unidos, Portugal, en torno al fenómeno de la supervisión- formación de la psicoterapia desde una teoría sistémica-constructivista-construccionista y sobre comprensiones en torno al consumo de sustancias psicoactivas.

Para el adelanto de este capítulo se establecen cinco (5) ejes temáticos , organizados de la siguiente manera: el primer hace relación a la población de Jóvenes Adolescentes en consumo de sustancias psicoactivas, en el que se consultaron 21 artículos científicos.

El segundo la prevención de drogas desde la educación en donde se revisaron 7 artículos científicos, el tercero hace relación a tipos de intervenciones o enfoques trabajados en el tema de

adicciones en el que se revisaron 14 artículos científicos, 1 trabajo de grado de la Maestría en Psicología clínica y de la Familia.

El cuarto hace referencia a la relación entre sistema familiar (o sistema consultante) y terapeuta en donde se revisaron 4 artículos científicos; el quinto hace referencia a la Supervisión clínica en caso de adicciones donde se encuentra un vacío investigativo en donde se tuvo en cuenta la importancia de lograr una contextualización de los saberes en torno al tema de la Supervisión clínica en caso de adicciones que podría servir de aporte sobre todo tanto para las instituciones educativas como para las instituciones de Salud mental que se enfocan en el tema de las adicciones, con un total de 48 investigaciones.

Adicionalmente, de la exploración efectuada surgen 2 artículos científicos como: “el consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A., & Delgado, K. (2016). (p. 43-54), y el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia (2016) y fue realizada a partir del apoyo de datos principales llamada Eureka, la cual permitió la entrada a varias bases de datos tal y como lo fueron Ebscohost, Proquest, Scopus, Scielo, entre otras.

Investigaciones importantes que se retoman por su contenido pese a su fecha de producción como es la de Jutorán (1997) citado por Cruz (2009) proponen que pudiera plantearse un isomorfismo entre el modelo terapéutico y el modelo de formación, en el cual el terapeuta en formación configura su experiencia integrando su sistema emocional, sistema de creencias y su sistema cognitivo. (pp 130), donde a través de diferentes escenarios, se busca un desarrollo

integrativo de los planteamientos teóricos y las técnicas implementadas con las competencias necesarias del ser del terapeuta como la creatividad y la innovación.

Situación en consumo en Adolescentes

De acuerdo con lo que menciona Calderón (2015) el consumo de sustancias psicoactivas es una procedimiento social e histórico, presente en todas las culturas y épocas de la humanidad como satisfactor de las necesidades de indolencia y de trascendencia. A excepción de las sociedades capitalistas modernas occidentalizadas, esta práctica ha significado una destrucción significativo en la red de relaciones sociales, por el argumento específico de narcotráfico y la violencia, y en el asunto de los jóvenes con consumo problemático y drogodependencia. Al analizar la prevalencia de consumo de tabaco (cigarrillos, cigarros, pipas, puros u otros), según la (Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2019, pp, 1-34) se encontró que Cundinamarca, Bogotá y Boyacá registran las prevalencias más altas para las personas entre 12 y 65 años que informaron haber consumido tabaco alguna vez en su vida, con 45,3%, 42,9% y 42,3% respectivamente.

Por su parte, en las prevalencias de año y mes, es decir, las personas seleccionadas que informaron haber consumido tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días, Vaupés y Manizales presentaron las prevalencias más altas con 19,3% y 17,4% respectivamente para últimos 12 meses y 16,9% y 14,7% para los últimos 30 días. En el total nacional, la prevalencia de vida fue 33,3%, mientras que la de los últimos 12 meses (año) fue 12,1% y últimos 30 días (mes) 9,8%.

Frente a la incidencia, es decir, las personas de 12 a 65 años que informaron haber iniciado su consumo de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses (año) o en los últimos 30 días (mes), se observa que estos nuevos consumidores fueron en su mayoría hombres con 2,2% para año y 1,1% para mes. Según la edad de inicio o edad en la que se reporta el primer consumo de tabaco o cigarrillo, el promedio para el total nacional se ubica en 17,4 años, con un inicio más temprano en los hombres (16,9 años) que en las mujeres (18,2 años).

La mitad de las personas de 12 a 65 años (mediana) iniciaron su consumo a los 17 años, el 25% a los 15 años y el 75% a los 19 años. Dentro de las sustancias psicoactivas ilegales, se incluyeron las sustancias inhalables, dick, popper, marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, metanfetamina, LSD, hongos, yagé, cacao sabanero, ketamina, GHB o 2CB. La prevalencia de vida de alguna de estas sustancias en las personas de 12 a 65 años fue 9,7% para el total nacional, con la prevalencia más alta en los departamentos de Putumayo (25,6%) y Risaralda (20,6%). Por sexo, se observa una brecha de 8,5 puntos porcentuales de los hombres (14,0%) sobre las mujeres (5,6%) en el consumo de sustancias psicoactivas ilegales alguna vez en la vida. Frente a los rangos de edad, el rango de 18 a 24 años registra el consumo más alto con 15,0%, mientras el rango de 12 a 17 años tiene la menor prevalencia con 4,3%.

La edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilegales fue 18,8 años. Un 50% de las personas de 12 a 65 años que las consumió alguna vez lo hizo a los 18 años, el 25% a los 15 años y el 75% a los 20 años. Al analizar el consumo por sustancia, se encontró que la prevalencia más alta se encuentra en marihuana con 8,30% de personas de 12 a 65 años que informaron haberla consumido alguna vez en su vida, 2,68% en los últimos 12 meses (año) y

1,78% en los últimos 30 días (mes). Le siguen en menor medida, el consumo de cocaína y sustancias inhalables como pegantes, pinturas, thinner, dick (fragancia), popper, entre otras.

Frente a la incidencia de consumo, se observa que el inicio de consumo en el último año o mes es bajo para todas las sustancias, teniendo la estimación más baja en basuco con 0,02% nuevos consumidores en los últimos 12 meses. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 17,5 años en Bolivia, 15,3 años en Colombia, 16,4 años en Ecuador y 16,2 años en Perú, esto hace relevancia al joven universitario como sujeto apto y pensante, coproductor de su naturalidad, en general los estudios se centran en su cuidado la relación de fenómenos en términos se muestra de sustancia consumida, la repetición, la comercialización en tiempo y espacio, la predicción de factores de riesgo y protectores

En proporción que algunos jóvenes logran profundizar en el autocontrol y la autoeficacia como atributos del sujeto que mantiene un consumo paulatino, pero pocos exploran los espacios colectivos de disputa y reflexión crítica como un escenario en el que el joven, además de declarar y argumentar el tema de la drogas a partir su experiencia y percepción, construya habilidades sociales para formar una reciprocidad responsable y consciente con las sustancias psicoactivas y adopte una perspectiva crítica en relación con este fenómeno. (Melo DS, Jaimes ML, 2015, pp 118).

De acuerdo con lo planteado por Azorín (2014) una de las principales conclusiones que se establece es la necesidad de abordar tareas de prevención en centros educativos, y de resolver las inquietudes de los jóvenes en torno a las drogas, estableciendo para ello un feedback y una relación cercana entre profesor-alumno.

Tras la experiencia realizada, se consideran imprescindibles las campañas e iniciativas para hablar en el aula de forma abierta con el alumnado sobre los temas que preocupan e interesan a estas edades, como es el caso de las drogas. Así pues, adquiere relevancia la difusión de experiencias didácticas novedosas para que el colectivo docente disponga de materiales y de recursos de intervención pedagógica en la literatura que faciliten su labor preventiva en el centro educativo. (p. 155)

“ Por su parte, Becoña (2007) considera que la prevención en la escuela tendría que hacerse en una asignatura específica, dado que la transversalidad que caracteriza a esta materia hace que no tenga la intensidad que se necesita para surtir el efecto deseado. Asimismo, Segovia y Carvalho (2011) explican que el fenómeno de las drogas es una problemática que debe ser abordada de manera interdisciplinar y por ende transversal” (Azorín, 2014, pp 141).

Milton Rojas (2013) presenta la investigación “Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y vulnerabilidad Familiar” como efecto de un estudio descriptivo-retrospectivo de casos clínicos en el que participaron 502 adolescentes y jóvenes (12.7 mujeres y 47.8 varones) los adolescentes y jóvenes con consumo de alcohol o marihuana, recibieron consejo profesionalizado y tratamiento cognitivo-conductual acompañado de entrevista psico motivacional.

Entre otros resultados, hay que destacar que el 51.1% los intentos por interrumpir el consumo de alcohol o marihuana provenían de aquellos jóvenes que venían a tomar apoyo profesional en compañía de sus padres con aquellos que concurrían solos a requerir el servicio, también el estudio estableció que el 77.5% de los adolescentes y el 80% de

los jóvenes consumidores de marihuana o alcohol, provenían de familias en que uno o más miembros tenían historial de consumo de estas sustancias. (pp. 1-79)

Según esta investigación realizada por Tena, Castro, Marín, Gómez, Fuente, Gómez (2018), el clínico debe estar sensibilizado y enterado del riesgo que corren los adolescentes. Al ser un grupo neurobiológicamente vulnerado, el consumo de sustancias en adolescentes es un problema de salud con gran efecto en el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

El clínico debe estar sensibilizado e informado del riesgo que corren los adolescentes al ser un grupo neurobiológicamente vulnerable, con riesgo de iniciar el consumo de sustancias de abuso que puede tener como desenlace un trastorno por consumo de sustancias. Por lo anterior, al evaluar a un adolescente, es fundamental reconocer los factores de riesgo presentes, la etapa evolutiva del consumo en la que se encuentra, las herramientas para el abordaje adecuado e integral y, en caso de estar indicado, la importancia de una referencia oportuna con un especialista familiarizado con esta enfermedad.

También es pertinente mencionar la estigmatización de los adolescentes que consumen sustancias o con un trastorno por consumo de sustancias, lo que constituye un impedimento importante para que éstos tengan acceso al tratamiento adecuado. El papel del médico y el de la sociedad son fundamentales para eliminar estos impedimentos difundiendo el conocimiento acerca de esta enfermedad, haciendo conciencia de su repercusión e implementando medidas de prevención en una etapa especialmente vulnerable, como la adolescencia.

En este aspecto, Canales, Díaz, Guidorizzi y Arena (2012) “afirman que los adolescentes constituyen un conjunto frágil de la población para el uso de drogas, mostrando una mayor preferencia de ser influenciados por factores de peligro de naturaleza psicológica o social, en el contexto individual, familiar y social” (pp. 160-269).

La sociedad consumista puede impresionar de forma negativa para la toma de decisiones en el adolescente: un mundo basado en el consumo, centrado en ganancias económicas y constante disfrute inmediateista, no fomenta el discernimiento y el pensar crítico Klimenko, Martínez, Rodríguez, Rengifo, A. (2018) adicional a las falencias en las habilidades de socialización, generan una mayor influenciabilidad al respecto de los criterios ajenos. Lo anterior se agrega, también, a los problemas de desestructuración familiar, aumentando, de esta forma, los factores de peligro para el consumo de sustancias.(pp. 3-18)

Además de las sustancias tradicionalmente usadas como marihuana, cocaína, heroína, etc., en el mercado se puede hallar una gran diversidad de sustancias sintéticas, denominadas drogas de diseño, que tienen un resultado más agresivo en el organismo y consecuencias que aún no se han estudiado ni edificado en caso de muchas Investigaciones, la definitiva tendrá cambios en corrección, formato y estilo. Este ejemplo de drogas es cada vez más demandado por los adolescentes como alternativas de ocio, a pesar de que pueden ser conscientes de las consecuencias y riesgos para la salud que conlleva su consumo. (Díaz, Rivadeneira Yoder, Torres Rita, Collaguazo Elcy, 2021, pp 246-258)

En los últimos años el informe mundial del 2019 muestra cifras alarmantes de aumento sin precedentes en la producción de drogas como cocaína y opio, en los últimos dos años, al igual

como creciente consumo de drogas farmacéuticas sin prescripción y drogas de diseño. (Olena, Llanos, A Martínez, M., Rengifo, A. 2018, pp 3-18).

La edad joven sigue mostrando el mayor riesgo de consumo, señalando como la etapa más vulnerable el paso de adolescencia temprana (12-14 años) a la adolescencia tardía (15-17 años) (UNODC, 2018). Según el último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar en Colombia (ODC, 2018), la situación de uso de sustancias psicoactivas es preocupante en la población de escolares, empezando por el uso indebido de sustancias legales como alcohol con un 69,2 % de los escolares que lo han consumido alguna vez en la vida, con un 37% del uso en el último mes; y tabaco con un 24% de uso alguna vez en la vida y un 8,1 % en el último mes.

Dentro de la tesis de tratamiento de la drogodependencia desde un enfoque sistémico, dadas las múltiples dimensiones de este problema social su abordaje se ha hecho a partir distintas disciplinas; entre ellas, la farmacología, la medicina, la psicología, tal es la complejidad del problema que también puede abordarse desde distintas disciplinas, existe acuerdo acerca desde qué enfoque hacerlo. Desde la psicología, se ha enfocado comenzando en distintas aproximaciones; entre ellas, la conductual, la cognitiva, la psicoanalítica, la sistémica, etc. Hay estudios que muestran que la inclusión de la terapia sistémica en el tratamiento de las adicciones a largo plazo es beneficiosa. (Cárdenas, 2016, pp 1-61)

Se ha demostrado que esta intervención iguala e incluso supera a las intervenciones de corte individual o grupal en variables tales como mantener los cambios positivos una vez se ha

concluido el tratamiento, aumentar la adherencia de los consumidores y sus familias al tratamiento, prevenir la recaída y mantener la abstinencia. (Stanton y Todd, 1982).

Estas argumentadas ventajas de la terapia sistémica podrían resumirse como “factores protectores preventivos postratamiento”, pues la terapia sistémica en general y la inclusión de la familia por la que ella aboga, en particular, favorecen que haya cambios en el sistema de interrelaciones familiares, que redundan positivamente en aspectos como la ventaja de una mayor autonomía familiar y un cambio en la percepción de la corresponsabilidad (familia-sujeto) frente a la adicción; y en definitiva, una mejora en la calidad de vida de estas familias, etc. (Gracia, Vilaseca , 2008, pp 44-62)

La dominación marcada por las expresiones verbales y desvalorización del adolescente como persona se hace evidente sobre la carencia de afecto, sobre todo paternal es una experiencia que acompaña el diario vivir de los adolescentes, cómplice a esto surgen la extenuación de los valores morales familiares, en donde el consumo de drogas ilícitas es un comportamiento desarrollado por el padre o los hermanos. Todo este entramado de comportamientos y acontecimientos de existencia delinea una vía para el consumo de drogas ilícitas en el adolescente. (Pérez Vásquez, Díaz Oviedo, Calixto 2018, pp 1-8)

La prevención de drogas desde la educación.

Desde hace varios decenios los estudiantes vienen recibiendo lecciones acerca de las drogas en sus instituciones escolares, en la creencia de que la educación acerca de las drogas podría modificar su comportamiento. Ahora bien, algunos profesores estiman que las lecciones

encaminadas a conseguir un cambio de comportamiento no tienen el éxito apetecido y proponen que en las escuelas se siga un enfoque más orientado a la educación para prevenir el uso indebido de drogas. Por lo tanto (Villatoro, Medina- Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002) plantean que “La adolescencia es un período de la existencia agradable para ensayar las drogas, dado que la curiosidad, por una parte, y el impedimento para enfrentarse a los problemas emocionales por otro, dejan constancia de la oposición propia de este momento”. La dimensión emocional de la persona es multifactorial, por tanto, realizar una descripción del desarrollo emocional implica la consideración de diferentes componentes: como surgen las emociones, las emociones como “reacción” (es decir, la reactividad emocional o temperamento), la expresión emocional en los diferentes momentos evolutivos y como se generan los procesos de autorregulación emocional.

Estos factores o dimensiones del desarrollo emocional se entrelazan con el desarrollo social, dado que las interacciones sociales son inductoras del desarrollo emocional, y a su vez las competencias emocionales son necesarias para un óptimo desarrollo social.

Asimismo, “En esta conducción, los centros educativos han de programar tareas para la prevención temprana de drogodependencias, siendo positivamente importante el desarrollo de propuestas que informen a los adolescentes de los riesgos que entraña el consumo de drogas” (González, Barca y Seijas, 2002).

Por otro ámbito Villanueva (2010) afirma que la población está enormemente sensibilizada con el perjuicio provocado por el consumo de drogas, y que los ámbitos familiar y escolar se configuran como espacios idóneos para la coyuntura de los programas de prevención.

De acuerdo con Villanueva, la familia y la escuela han de postularse hacia un marco de ejercicio conjunta que posibilite una acción integral en el discente. A este respecto, Becoña (2000) afirma que: La prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana son altas. (Azorín ,2014, pp. 141-159).

Según Francesc, Uceda, Navarro- y Pérez-Cosín, (2016), es clave la educación preventiva en la socialización para frenar conflictos en la adolescencia (Navarro y Galiana, 2015). En la actualidad, las drogas, como las sociedades, han avanzado. Actualmente no se encuentran vinculadas como en décadas pasadas a grupos sociales específicos propios de la marginalidad o del desarrollo de la delincuencia. Las drogas forman parte del proceso de socialización, y es el adolescente quien hace uso de las drogas o llega a depender de ellas. Se observa, también, una clara vinculación de las drogas a espacios de reciprocidad adolescente.

En este mismo orden de ideas, los padres juegan una labor importante a la hora de establecer el riesgo del consumo de drogas de sus hijos. Los resultados según estudios (Calafat, Fernández Becoña, 2013) mostraron la permisividad de sus padres en relación con el consumo de drogas. Se encontraron que los adolescentes que percibían a sus padres como más permisivos hacia el uso de sustancias eran más propensos a reportar el uso de drogas. Estos hallazgos están en línea con estudios previos. (Kelly, Comello y Hunn, 2002; Olson et al., 2003).

Sin embargo, los estudios realizados por Trujillo, Pérez y Scoppetta (2011), mostró que beber en presencia de los padres, beber en fiestas en casa y la percepción de que beber alcohol es una tradición familiar que lleva a los jóvenes a tener menos problemas relacionados con el alcohol, problemas como (embriaguez, vómitos, problemas en el hogar y con sus parejas),

sugiriendo que el consumo de alcohol asociadamente con los hábitos familiares no necesariamente son percibidos por los jóvenes como una indicación de permisividad.

En lo que se refiere al afecto y control parental, solo la maternidad, el control y el afecto materno y paterno tuvieron alguna influencia sobre uso de sustancias; la influencia del control paterno percibido no fue significativo. En otras palabras, esto indica que a mínimo nivel percibido de control materno y un mayor afecto visto tanto en padre como en las madres están relacionadas con niveles más altos de alcohol, tabaco y de niños, y el consumo de cannabis.

Como las demandas del contexto y del ambiente generan activación, y esta activación da respuestas del estado emocional, que a su vez pueden estar relacionadas con otros factores, asimismo el estudiante se ubica en una demostración de demanda de ejecución, resultados y desempeño que le generará emociones que para solucionar asumirá estilos de afrontamiento bien adaptativos o mal adaptativos. Sin embargo, no se puede desaprovechar el alcance de la complejidad del comportamiento humano y sus múltiples opciones, los estilos de afrontamiento son tan variados como el organismo y el ambiente lo permiten, de acuerdo con esto, pensar la vida universitario como factor de riesgo es problemático en tanto parte de un conocimiento y decisión del estudiante y del contexto en el que se desarrolla.

Así, estigmatizaciones que pudiera explicar la investigación deben ser analizadas a la luz de la realidad, más que por la aprobación incondicional de discursos dominantes. (Di Colloredo, Aparicio, Moreno, 2007 pp. 125-156) en términos generales, la iniciativa es crear una lectura del fenómeno del consumo en jóvenes de manera compleja y analítica, con la prudencia de identificar

los juicios de valor presentes y heredados culturalmente, reconocer los componentes del fenómeno.

Los programas de prevención analizados tienen en cuenta algunas buenas prácticas que están referenciadas en la literatura especializada en el tema, estas no son suficientes para que todo programa pueda revelar resultados eficaces y comprobables. Sin embargo, si estas prácticas fueran aplicadas en conjunto podrían redundar en un excelente ejercicio de prevención en el contexto colombiano. No obstante existe poca evidencia, se destaca la importancia de crear una buena relación interpersonal entre quién aplica el programa y sus beneficiarios, de lo cual depende en gran medida el logro de los resultados esperados, siendo esta una cuestión que requiere mayor profundización en la literatura universal. (Espinal, Calderón, 2018, pp 534-49).

En el artículo, las estrategias preventivas en comparación con las conductas adictivas en adolescentes, se menciona que la prevención temprana a partir del área personal, familiar o comunitaria se presenta como elección viable para sustentar alejado al adolescente de adicciones que causan daños irreparables en su conducta y convivencia. Asimismo, se le debe perseguir apostando a las estrategias preventivas duraderas y estables en el tiempo con el fin crear impacto a largo plazo, tanto en reciprocidad con adicciones químicas como comportamentales. (Klimenko, Plaza, Guzmán, Bello, García, Sánchez, 2018, pp. 144-172)

Las lecciones aprendidas de la investigación en adicciones han examinado a la prevención universal como excelente opción para luchar el consumo de drogas en el mundo. Por ello a partir de hace más de medio siglo, se han desarrollado programas preventivos

de consumo de drogas. Actualmente por existe una amplia certeza científica sobre el éxito de los programas escolarizados con una orientación de habilidades cuyo objetivo ha sido la prevención de consumo de drogas en niños y adolescentes. (Medina, 2012, pp. 4-83)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha denominado a estas habilidades como “habilidades para la vida”, que define como: “aquellas destrezas que permiten que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria” y las ha dividido en tres categorías: sociales, cognitivas y emocionales. (Pérez, 2012, pp. 153-160), estas habilidades han mostrado ser eficaces en la prevención del consumo de drogas, sino en una amplia escala de conductas de peligro en niños y adolescentes como en la prevención (ITS), incluyendo al SIDA, prevención de la violencia, entre otras.

Díaz y Mejía (2018). (pp. 204-211) resaltan que las habilidades para la coexistencia permiten un mejor existir y se forjan como factores protectores para la prevención de conductas de dificultad como el consumo temprano de SPA; es indiscutible que la capacidad de empatía y de relacionarse con el otro, puede, de algún modo, beneficiar la construcción de recursos psíquicos para la entereza de situaciones de peligro, fundamentalmente en la adolescencia, cuando el proceso de individualización es fundante de la proporción subjetiva. La familia es significativa para los adolescentes ya que su ajuste social y emocional es superior cuando ésta es cohesiva, expresiva, organizada y fomenta la independencia de sus miembros. De modo contradictorio, los jóvenes tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia ay muchos conflictos y excesivo control una percepción denegación por parte de los padres hacia los hijos. También, una comunicación firme en la familia es un determinante crucial para su bienestar.

Del mismo modo, es menos posible que los adolescentes que experimentan afecto, cercanía y un desarrollo adecuado de normas en la familia sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta tales como el consumo de drogas. (Martínez, Ortega, Gómez 2005 pp. 5-11). Una familia permisiva y sin normas claras puede convertirse en un agente que propicio al consumo. La familia que está cerca y cumple una función de regular a sus miembros en el cumplimiento de normas, aparece como factor protector para el consumo de sustancias psicoactivas. (Arias, das Graças Carvalho 2010, pp 504-12)

Las adicciones son comportamientos que van en contra del ser humano, afectándolo no solo en su parte personal sino en la relación que tiene consigo mismo, con su medio y con las personas que le rodean ocasionando afectaciones negativas, de allí radica la importancia de su prevención. La prevención entendida como “toda medida o actuación que tiende a someter, retardar o impedir el consumo de determinada sustancia y los problemas derivados de su uso”, deben cumplirse desde el personal, familiar o comunitaria siendo una opción viable para mantener alejado al adolescente de adicciones que solo causan daños irreparables en su comportamiento y convivencia. (Klimenko, Plaza, Guzmán, Bello, García, Sánchez, 2018, pp. 144-172)

Tipos de intervenciones o enfoques trabajados en el tema de adicciones

Se han encontrado diferentes enfoques que consideran que la intervención en adicciones hace: un foco en lo individual, como estar anclado a los enfoques psicodinámico, sistémico, biomédico, y cognitivo conductual que plantean que desde:

Enfoque psicodinámico

Desde el enfoque psicodinámico (Arias, Correa, 2016, pp 105-107) emergen tres dimensiones o categorías, la primera una tentativa de resolución en el consumo; la segunda a las respuestas asociadas a momentos y en tercer lugar al consumo como una forma de automedicación. En este sentido se puede trazar a partir de los textos revisados, que las búsquedas en los consumos trascienden el puro instante de placer/displacer derivado por la sustancia o dicho de otro modo, la motivación del sistema de gratificación activado por el consumo y que las búsquedas se dan bajo un causa de elección; elección de la cual el sujeto es responsable; tal aseveración se puede estimar cuando se dice que “la toxicomanía es una elección y que de esta elección el sujeto es responsable.” (Moragues Bolado, 1999).

Podría decirse que el consumo menciona un problema multidimensional en el que se intensifican los síntomas, sobre todo cuando el consumo se expone a estímulos que el sujeto asocia a las experiencias traumáticas pre-consumo, razón por la cual el sujeto que consume busca liberarse, siendo la droga una especie de atenuante o cura momentánea; asumiendo la ingesta, como estado sine qua non de relación y de evasión, en ese podemos ver el consumo como intento de salida (Arias y Correa, 2016, pp. 1-357).

En el consumo está necesariamente el intento de salida; una manifestación al dolor, a la división subjetiva o en general la evitación de un malestar subjetivo; búsqueda que al fin y al cabo llevan al sujeto al dolor mismo y por ello mismo nos diría Isella (2002) que en el marco de un espacio terapéutico dirijamos la intervención hacia la “transformación subjetiva”, la cual produce una modificación de la dinámica psíquica, donde la abstinencia se convierte en un objetivo

secundario, y que el sujeto bajo esta perspectiva puede tener otros centros ya que este habrá cambiado su posición con respecto al consumo, aunque pueda hacerlo después de manera esporádica; el beneficio radicaría en que el espacio que era ocupado por el objeto droga podrá ahora ser ocupado por la pareja, los familiares, el trabajo, el deporte en otras ocasiones, las instituciones.

Según algunos autores entre ellos Marín (2011), “el consumo en ciertos casos se convierte en una forma de automedicación que tendría como fin aliviar o controlar sufrimientos emocionales intolerables.

En el artículo (Arias y Correa, 2016, pp. 1-357):

“Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones” El consumo de la droga es una elección que hace el sujeto, elección de la que es a su vez responsable, dicha elección en algunos casos está encaminada a sortear un malestar, o dicho de otra forma impedir la división subjetiva; los objetivos en las búsquedas son diferentes según los momentos; en un primer instante parece que las búsquedas no compromete ningún aspecto decisivo en la existencia psíquica del sujeto, mientras que en la segunda y la tercera se compromete seriamente la vida psíquica del sujeto. En este artículo se halló la finalidad que distingue la orientación por lo real de otras aproximaciones psicoanalíticas con respecto a esta problemática. De ello se deriva el acento que la elaboración psicoanalítica pone sobre la vertiente ética de asunto de las adicciones, que se fundamenta en la existencia del problema del uso que hace un sujeto en su especificidad del tóxico.

Al comenzar su teoría psicoanalítica sobre las adicciones, la percepción de Freud sobre este fenómeno yacía en el campo de la sexualidad infantil, afirmando que la masturbación es la primera adicción de la cual surgen las demás adicciones. Así mismo, y si bien no lo menciona explícitamente en su elaboración teórica sobre la toxicomanía, le brinda un importante rol a la influencia social y cultural como elementos esenciales en la formación de una adicción. En *“El Malestar en la Cultura”*, Freud explica que gran parte de estos “dolores” surgen por la búsqueda incesante del ser humano por la felicidad y, más específicamente, por evitar el displacer, siendo la sustancia un “quita penas” (Freud, 1930, p. 75)

Tanto la influencia como el contexto cultural y social juegan un importante rol en la formación de una adicción, idea es respaldada por Le Poulichet (1996) cuando afirma que “la pérdida de los valores, la abdicación de los progenitores cada vez más sobrepasados por la rapidez y la violencia de la evolución socioeconómica empujan [...] a los sujetos hacia la toxicomanía” (p. 23).

Lacan, por su parte, inicia sus primeras ideas referente a la adicción a partir del complejo de destete, afirmando que la adicción surge a principio de un trauma no elaborado. Asimismo, no considera el consumo de sustancias como un medio un camino para alternar el inconsciente, rápidamente la sustancia es un recurso cuyo final es frenar una realidad insufrible que sólo se dice en la palabra. Consecutivamente, Lacan (1975) desarrolla la relación del sujeto con la sustancia, afirmando que ésta le permite crear una ruptura con el falo. (Gutiérrez, Blanco, Márquez, 2017, pp. 201-222)

Salamone (2011) “afirma que la sustancia rompe el vínculo con el lenguaje y, al hacer esto, se deja de lado la relación con el Otro, obteniendo así un goce sin necesidad del Otro y, al hacer esto, el goce se ubica en el autoerotismo”

En cuanto a la falta de establecer la adicción como una enfermedad, y a los obstáculos existentes para la afinidad entre el psicoanálisis y la medicina para la comprensión del fenómeno de la adicción, se puede aseverar que dichos obstáculos se relacionan con la representación en la que se ha especializado el fenómeno adictivo a partir de ambas aproximaciones. Gutiérrez, Blanco, Márquez, 2017, pp 201-222)

Modelo Biomédico

El problema inicial del modelo biomédico ha sido intentar encapsular el comportamiento adictivo dentro de los límites del cerebro, buscando la enfermedad en los recovecos de sus tejidos. Ésta ha sido una estrategia generalizada en el campo de la psiquiatría, bajo una noción de “enfermedad” que incluso actualmente no es aplicable en medicina general. Por ejemplo la infructuosa búsqueda de una etiología única a través de la correlación entre adicción y neurobiología, cuando actualmente enfermedades como la tuberculosis no dependen solamente de la presencia del bacilo de Koch, sino también de factores como la hiponutrición y un medio social adverso; o bien la discontinuidad entre normalidad y anormalidad (en nuestro caso uso y dependencia), cuando en problemas como la hipertensión arterial es difícil fijar límites objetivos precisos (Moizeszowicz, 2000).

La inclusión en la práctica clínica de los distintos modelos descritos supondría la oportunidad de integrar las distintas dimensiones mencionadas, abarcando todo el espectro biológico,

psicológico, social y cultural. Si bien los mecanismos básicos de recompensa estudiados por el modelo biomédico juegan un papel notable, vimos cómo éstos no pueden ser disociados de otros procesos cognitivos vinculados a la memoria, la motivación, el aprendizaje, así como los diversos reforzamientos y condicionamientos implicado.

Nuestro desafío es alcanzar, en fases iniciales de intervención, una co-construcción de un problema o motivo de consulta a tratar. Este ejercicio requiere, además de ser un “artista conversacional”, la capacidad terapéutica para establecer con nuestras propias reglas y/o distinciones explicativas referente al hecho o suceso de la droga y los usuarios (as) de las mismas. Si este proceso es llevado con satisfacción, y tanto el sistema consultante, el terapeuta y el contexto de la terapia, no presentan desacuerdos o imposiciones con carátula de “verdad” referente a los objetivos a perseguir y las soluciones a alcanzar, podremos avanzar a un próximo estadio (si es que este existe).

La tolerancia y dependencia son explicadas adecuadamente por este modelo; sin embargo, su ausencia en muchos sujetos que padecen adicción o incluso en el consumo de algunas sustancias hacen que el correlato neurológico no sea suficiente para explicar completamente las adicciones, en especial la dependencia psicológica, en la que lejos del tiempo de consumo, la presencia de un estímulo discriminativo provoca el deseo de la sustancia.

Es por ello por lo que Fernández Hermida, Carballo, Secades-Villa y García-Rodríguez (2007) señalan que, aunque el modelo bio-médico conforma buena parte del sustrato teórico que subyace hoy a las políticas de atención a la drogodependencia, el fenómeno del auto-cambio o la

recuperación natural en las adicciones lo ponen en y favorecen un enfoque bio-psico-social más acorde con la tradición y la investigación psicológicas.

Modelo cognitivo-conductual

Las intervenciones breves son terapias psicológicas cognitivo-conductuales, de corta duración y alta efectividad, de costos reducidos y resultados favorables en la práctica clínica (Barragán, González, Medina-Mora, & Ayala, 2005; Hewitt & Gantiva, 2009). El enfoque cognitivo-conductual considera que las conductas adictivas son hábitos sobreaprendidos que pueden ser modificados mediante técnicas de autocontrol (Hervás & Tomás-Gradolli, 2002; Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría, & Ruiz, 2009)

En el artículo Terapia cognitivo-conductual para rehabilitación-reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales, se identificaron los factores de tipo biopsicosocial que influyen en las adicciones a las drogas o que pueden generar una recaída, entre ellos los problemas familiares, especialmente cuando exista violencia de por medio, los cuales tienen origen sociológico y que luego se pueden transformar en afecciones psicológicas en el adicto cuando recrudece la situación conflictiva, lo que lleva a este individuo al consumo de drogas inicialmente y al habituarse a la adicción. En la descripción del modelo terapéuticos de tipo cognitivo – conductual que influyen en la rehabilitación integral y reinserción social de los adictos, se pudo establecer que también del tratamiento médico psiquiátrico, el criterio de que la relajación del afectado y el control de la ansiedad, mediante la práctica de deportes y actividades recreativas, la correlación y convivencia con otros miembros de la comunidad, puede inducir su motivación, lo que adiciona el aprendizaje a las actividades productivas y gran capacidad de comunicación, facilita su reinserción social, minimizando el peligro de la

recaída. En conclusión, existe una asociación teórica entre la terapia cognitiva – conductual y la minimización de los factores biopsicosociales que dieron origen a las adicciones, siempre y cuando exista el trabajo mancomunado de Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores y Comunicadores Sociales, entre otros profesionales que deben participar activamente junto con las familias y los miembros del entorno, para combatir eficazmente frente a las adicciones y crear desarrollo económico y social de sus comunidades. (Solorzano, Márquez, Márquez, 2017, pp 752-759)

Enfoque Sistémico

Los aportes de la terapia sistémica del campo de la drogodependencias, están bien documentados en la literatura empírica donde hay coincidencia en general en reflexionar que hay una serie de aspectos del funcionamiento familiar que son factores de riesgo para las adicciones entre los adolescentes. (Cárdenas, 2016, pp 26-57) Así, la mala calidad relacional entre padres e hijos, la relación de apego deteriorada, los conflictos familiares crónicos o el consumo de drogas por parte de otros miembros del sistema familiar están asociados al consumo entre adolescentes (Liddle y Dakof, 1995).

En los 80, el programa americano Addicts and Families Project (Stanton y Todd, 1982) adaptó el trabajo de Minuchin y Haley en un formato de terapia familiar estratégico/estructural que se aplicó a pacientes adictos a la heroína que recibían metadona. El resultado medido a través de la variable dependiente “días sin consumir durante un año de tratamiento” fue positivo en comparación con un grupo de control. Según los estudios, parece persistir la capacidad de las intervenciones sistémicas en el tratamiento de las adicciones. Específicamente éstas han mostrado

resultados significativos en la adhesión de los sujetos y sus familias a la terapia; parece ser eficaz, equivalentemente, en la prevención de la recaída mientras la fase de seguimiento. Si contemplamos la adicción a las drogas como una patología crónica y recidivante, esto podría indicar en buena medida el uso de la terapia sistémica en el tratamiento de las drogodependencias. (Cárdenas, 2016, pp 26-57)

Rowe (2012) en un seguimiento de las terapias sistémicas desde el 2003 al 2010, concluye que los modelos basados en la familia dirigidos a adolescentes y que tratan la ecología del adolescente y su familia ofrecen hallazgos consistentes y potentes. Unas de las implicaciones clínicas de esta investigación son que en el trabajo con adictos, interviniendo directamente con los padres y sus hijos o incluso sin los adolescentes en la terapia, puede mejorar el ambiente familiar y la educación de los hijos y por tanto reducir el riesgo de consumo entre los adolescentes. (Rowe, 2012).

Los modelos sistémicos de segundo orden, que surgen a partir del Posestructuralismo, el Constructivismo y el Constructivismo social, mantienen un enfoque holista en la que el sujeto no puede separarse del objeto. (Gutiérrez, Blanco, Carlos, 2017, pp 201-222). Postulan que no hay una realidad absoluta, sino distintas versiones de la realidad que son matizadas por la subjetividad. (Boscolo y Cecchin, 1987). Se centran en la subjetividad, en la construcción de la realidad, en la transformación colectiva de los significados compartidos, en la ética y los valores.

Los modelos familiares han realizado avances en el conocimiento de las drogodependencias en los últimos cuarenta años debido a dos aspectos fundamentales; por un lado, el estudio de las características de los sistemas de familia de los drogodependientes y por otro, la aplicación de

nuevas técnicas familiares para el consumo de sustancias de abuso (Kauffman, 1994) Los primeros estudios sobre la familia y el abuso de drogas se centraron en el análisis del vínculo entre la madre y sus hijos con problemas de drogas y la ausencia o falta de participación de los padres.

“ Algunos autores observaron que el consumo de drogas era necesario para conservar el equilibrio en la interacción de los miembros de la familia, resolviendo la desorganización que existía en el sistema familiar frente al consumo de drogas”. García, Rodríguez (2004). Estos autores también encontraron que los consumidores de drogas y adictos mantenían vínculos estrechos con sus familias de origen años después de que ellos dejaran sus casas.

La familia como sistema suele trasladar sus problemas sobre el adicto convirtiéndose éste en el epicentro de todos los problemas internos de la familia. La culpabilidad es una habilidad para ejecutar la manipulación. Puede ser usada por el adicto para coaccionar su familia para seguir teniendo apoyo económico y emocional para el consumo de drogas. Por parte de los padres, la culpa, puede aplacar los intentos de libertad del hijo, atribuyendo que éste es el causante de su depresión, ansiedad o síntomas psicóticos, por ejemplo. (Cárdenas, 2016, pp 26-57).

Stanton y Todd (1982), resumieron las características de un sistema de familia disfuncional en los adictos que los distinguen de otras disfunciones familiares: 1) Periodicidad elevada de dependencia química de transmisión multigeneracional 2) Expresión primitiva y directa de los conflictos con alianzas explícitas 3) Una espejismo de independencia en el paciente identificado como resultado de una oposición activa con un grupo de iguales orientados al consumo de droga 4) Un vínculo que se establece entre la madre y el niño, que se prolonga luego en sus relaciones

durante la vida 5) Un episodio elevada de muertes prematuras, inesperadas o inoportunas, y 6) La adicción es una pseudoindividualización que mantiene a la familia unida mediante una solicitud ilusoria de desafío e independencia. Becoña Elisardo, (2017)

Kaufman, (1994) “refiere que cuando el consumidor es adolescente o adulto joven, los sistemas de familia que conducen a la adicción son bastante similares, independientemente de si la sustancia de abuso es alcohol u otra droga” Por consiguiente, los hallazgos dentro de la orientación familiar apuntan a que el síntoma de adicción parece referirse a las dificultades ligadas a la investigación de autonomía e independencia del joven con relación a los padres y de los padres con respecto al joven.

De hecho, actualmente la familia no responde únicamente a dicho patrón, es muy usual ver una configuración familiar afectada por variables como la extensa jornada laboral de los padres y la resultante implicación de otros actores en el cuidado de los hijos como abuelos, cuidadores, etc. Cualquier diseño de intervención que se precie no debería pasar por alto cómo se han convertido las relaciones familiares y la existencia de un nuevo esquema familiar. Los programas de tratamiento de las adicciones deben esbozarse teniendo en cuenta patrones familiares diversos, familias monoparentales en las que un solo miembro se hace obligación de los hijos, familias cuyos padres se han separado y comparten la custodia y el cuidado de los hijos por su cuenta en solitario, familias cuyos padres aportan hijos de relaciones anteriores, familias cuyos padres tienen el mismo sexo, etc. (Meza, Páez, pp 1-256)

Relación entre sistema consultante y terapeuta

La salud mental se concibe como la etapa de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades y puede enfrentar las tensiones normales de la existencia diaria, de sí mismo y en comparación con los otros (OMS 2013). Acercarse a la cordura de la coexistencia familiar en su dimensión relacional conlleva, al mismo tiempo a identificar su estructura, reconocer su dinámica, es mostrar, los procesos de interacción que transcurren en su desarrollo, específicamente a la autoridad, la comunicación entre los padres y la cohesión. En lo que a la autoridad se refiere, puede decirse de un modo muy general que esta posibilita la organización del sistema y, como lo propone (Agudelo, 2006, pp 79-92).

Entendemos que “la autoridad ante todo debe transportar a que los niños se formen un conocimiento que les permita comportarse por orden interior a excepción de pretender siempre de la figura de los adultos”, y que “la autoridad en la familia es supremamente significativo puesto que ella garantiza la organización y la intervención que se requieren para un desarrollo sano y un adecuado desarrollo de quienes la conforman”. La cohesión familiar se relaciona estrechamente con la comunicación, la autoridad y la afectividad que unen a los miembros de una familia les confiere sentido de pertenencia y los incita a sentirse parte de y a comprometerse en proyectos familiares, entre estos, el cuidado de la salud. (Agudelo, 2006, pp 79-92).

Muestra que parece poseer mucha fuerza como dimensión a expresar es que la comunicación familiar positiva favorece la cohesión y la adaptabilidad de la familia. Por otra parte, existen estudios que indican que los diferentes tipos de funcionamiento familiar inciden sobre el desarrollo y ajuste emocional de los hijos. (Ángel, Villarreal, 2017, pp. 21-64)

Entre la estructura familiar de personas con abuso de sustancias, hay pautas característicos, como la falta de consentimiento social referente las reglas educativas, la valorización de los desempeños individuales, la des idealización del lugar del padre en la estructura familiar, la perdida de las barreras intergeneracionales con el rechazo a todo conflicto abierto, la exploración, una constante comprensión mutua con los hijos, la búsqueda de una complicidad constante y la afirmación de los padres de que no viven acaso por y para sus hijos, entre otros. (Vargas, Parra, Arévalo, Cifuentes, Valero, Sierra, 2015 pp. 166-176)

Según Martínez (2013) en las familias con farmacodependientes se debe tener en cuenta el contexto y la vida psicológica del individuo, estos elementos se relacionan de manera bidireccional, ya que los cambios en la estructura familiar producen cambios en los miembros que la constituyen y viceversa.

Los ciclos de la adicción hacen referencia al origen creciente de la enfermedad adictiva, en el cual se van sumando múltiples factores para, en definitiva, causen el problema biopsicosocial en el individuo, la familia y la sociedad con diferentes manifestaciones en cada una de estas áreas. (Vargas, Parra Arévalo, Cifuentes, Valero, Sierra , 2015, pp. 166-176)

Se describe el ciclo de la adicción en correspondencia con la dinámica familiar y los factores personales. Se observaron dificultades en el afrontamiento y la resolución de problemas, con una diversidad cambiante de reacciones que oscilan entre la paciencia, la falta de compromiso y el aislamiento. Se buscaba, asimismo de modo inadecuado, silenciar los sentimientos y pensamientos a través del consumo. No se considera que la tipología sea un agente concluyente en el desarrollo de la personalidad y la identidad de los individuos con

adicciones, pero al relacionarla con la estructura familiar hace un papel significativo, de la génesis del trastorno adictivo. (Vargas, Parra, Arévalo, Cifuentes, Sierra, 2015, pp 11-176)

En los ámbitos nacional e internacional se ha demostrado que las intervenciones breves basadas en la teoría del aprendizaje social, que además utilizan componentes de la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y las técnicas de autocontrol son efectivas para personas con un patrón de consumo problemático que aún no han desarrollado dependencia (Rodríguez, Echeverría, Martínez, Morales, 2017)

La literatura científica nacional e internacional señala que la terapia breve, es decir una sola sesión de 30 minutos, puede motivar el cambio en etapas iniciales del consumo (Martínez et al., 2010; Tavera & Martínez, 2008; Timko, Kong, Vittorio, & Cucciare, 2016; Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012). Sin embargo, valdría la pena profundizar en esta hipótesis y determinar qué tanto una sola sesión bien estructurada puede lograr una transformación en los jóvenes que se inician en el uso de sustancia. De igual manera, los resultados de este estudio corroboraron la eficacia de las intervenciones breves en la reducción de los patrones de consumo, el aumento de la autoeficacia percibida y la disminución de los problemas asociados con el consumo, como se reporta en otras investigaciones. (Rodríguez, Echeverría, Martínez, Morales, 2017) Estas intervenciones cumplen, además, con la demanda pública de reducir el costo social del abuso de drogas (Martínez & Cabrera, 2011; Martínez et al., 2012; Tiburcio et al., 2009).

Supervisión Clínica en caso de Adicciones

La supervisión clínica es un proceso y contexto pedagógico en el que se construye conocimiento en torno a la experiencia de la psicoterapia desde el lugar del psicoterapeuta. El material con el

que se trabaja emana principalmente de las posibilidades de enunciación que el psicoterapeuta logra en su relación con el sistema consultante y, al mismo tiempo, con su equipo de supervisión. Se trata, entonces, de aportar algunas ideas acerca de la manera como el método reflexivo, al organizar los procesos de supervisión, provee los elementos relacionales que favorecen una conexión ecológica y coevolutiva en distintos niveles de observación —esto es, sistemas observantes complejos—, capaces de producir conocimiento pertinente para la transformación-invencción de realidades novedosamente adaptativas. (Román Cárdenas, 2020, pp 100)

Uno de los aspectos fundamentales en las investigaciones y en la formación de psicoterapeutas sistémicos ha sido la pregunta por el observador. Oneto y Molteado (2002) en sus estudios sobre las organizaciones de significado personal de Vittorio Guidano han destacado el papel central y la importancia del observador en el conocimiento de la realidad, ante lo cual reconocen que no existe una realidad de la materia conocible objetivamente, sino sólo una realidad momento a momento, influenciada por la presencia y observaciones del hombre (Guidano 1988, 2000)

El psicoterapeuta emerge en la supervisión no solo como actor del proceso terapéutico, sino también como un espectador de su propia acción interventiva que opera en distintos niveles de observación (Duque, 2017; Prigogine y Stengers, 2002). El contacto con el sistema consultante evoca los marcadores de contexto en los que la experiencia emerge con un sentido singular, es decir, un sentido situado, propio del entrecruce de las historias —del sistema consultante y del psicoterapeuta—, que Elkaim (2005) llama resonancias y ensamblajes.

De acuerdo con lo anterior se reconoce que el terapeuta cuando se integra a un proceso de formación sistémica; inicia un proceso de cambio en su forma de mirar el mundo, de relacionarse

y de interactuar en él. Durante su formación va de - construyendo y reconstruyendo su propia identidad terapéutica. Es decir, proponen una recursividad entre el proceso de formación y los isomorfismos epistemológicos.

La perspectiva del mundo del terapeuta da cuenta de sus creencias, premisas, valores e ideologías, elementos que se movilizan en la formación y práctica terapéutica con el propósito de que el profesional. Experiencias y retos en supervisión clínica sistémica pueda apropiarse de sus recursos genuinos de forma espontánea, a la manera de su estilo personal, y se traducen en herramientas en la psicoterapia (Garzón, 2008). En este sentido, en la formación de terapeutas sistémicos se propone que este se posicione ante la elección del modelo de trabajo, el cual, según Ceberio, Moreno y Des Champs (2000), asume de acuerdo con su historia personal, con lo que da cuenta de un código familiar de patrones, normas y estereotipos que conforman sus estructuras conceptuales y sus constructos personales.

La supervisión desde las ideas de Anderson y London (1998): El supervisor enfrenta cada sesión como una sesión única, asume la responsabilidad de crear un clima y un proceso conversacional que invita a la mutualidad y a la colaboración de todos los participantes en la conversación y en el proceso. El supervisor permite que el supervisado permanezca en el centro del escenario y que cuente su historia de la manera como la quiere contar, sin ser guiado por lo que el supervisor cree que es importante, hace preguntas e invita al grupo a hacer preguntas dentro de los parámetros de los problemas, tal y como los describe el supervisado, contempla e invita al grupo a vislumbrar simultáneamente ideas contradictorias, fomenta una actitud respetuosa. El supervisor y el grupo ofrecen preguntas, especulaciones y opiniones que ayuden al supervisado a cuestionar, ampliar, redefinir y encontrar explicaciones novedosas al dilema en cuestión. El supervisor es un escucha

respetuoso, intenta no entender demasiado rápido, mantiene una conversación dialógica consigo mismo (P. 87-88).

La perspectiva del mundo del terapeuta da cuenta de sus creencias, premisas, valores e ideologías, elementos que se movilizan en la formación y práctica terapéutica con el propósito de que el profesional pueda apropiarse de sus recursos genuinos de forma espontánea, a la manera de su estilo personal, y se traducen en herramientas en la psicoterapia (Garzón, 2008). En este sentido, en la formación de terapeutas sistémicos se propone que este se posicione ante la elección del modelo de trabajo, el cual, según Ceberio, Moreno y Des Champs (2000), asume de acuerdo con su historia personal, con lo que da cuenta de un código familiar de patrones, normas y estereotipos que conforman sus estructuras conceptuales y sus constructos personales.

Así mismo al abordar en la supervisión estos aspectos que muestran lo vincular, lo afectivo, lo emocional y lo relacional, el terapeuta tiene la oportunidad de regular tensiones frente a confluencias críticas en la relación terapéutica, afrontando obstáculos inherentes a su propia vida. Esto constituye una base para una práctica profesional definida por lo ético, en cuanto el terapeuta asuma responsabilidad por sí mismo y por la interferencia de sus propias experiencias en las intervenciones que realiza. Este aspecto, como afirma Welter-Enderlin (2005), redundará en el manejo competente de los casos.

La guía de Asesoría Clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infantoadolescente y sus especificidades (Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) Ministerio del Interior Gobierno de Chile; 2008) toma en cuenta quince principios fundamentales del modelo de

intervención comprensivo, evolutivo e integral para esta población. (Ministerio del Interior y seguridad Publica, 2008, pp. 5-141)

El Enfoque Integral se trata de integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones de salud, educativos, psicológicos y sociales del que cada niño, niña o adolescente debe ser parte. Planear el tratamiento y rehabilitación de forma integral, contando con todos los recursos existentes, enlazándolos y coordinándolos sin descomponer funciones artificialmente y manteniendo una orientación comprensiva en perspectiva evolutiva promocionando el desarrollo, integración social, procesos educativos, recreativos y la atención de los problemas de consumo de drogas, preventivos, terapéuticos y rehabilitadores. (Concejo Nacional para control de Estupefacientes, 2008, pp 5-141)

Conclusiones del Estado Arte Documental

“El consumo de drogas es un ejercicio humano, estas sociedades han ido progresivamente invisibilizando o regulado el consumo de algunas sustancias, estén legalizadas o no” (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013, pp 11-175).

Ciertamente, por ejemplo, los adolescentes que actualmente aunque no sean consumidores, parecen ser más tolerantes frente al consumo de determinadas sustancias que sus iguales de generaciones pasadas (Becoña, 2008).

También podría decirse de las familias de los sujetos consumidores de sustancias en los estados incipientes de consumo cuando todavía no saben a qué se exponen y cómo les afectará, en general parece que estamos inmersos en una sociedad que ha empezado

a examinar el consumo de algunas drogas “blandas” y para comprenderlas hay que situarla en un territorio y tiempo determinados, entre un causa de acontecimientos precedentes y consecuentes, que comunica y expresa diferentes sentidos, no meramente en el orden personal y familiar sino también social, por consiguiente, como se ha visto, también expresa las incoherencias de nuestra sociedad. (Marulanda, 2002, pp 133-422).

No obstante, los avances científicos han contribuido al estudio de los mecanismos biológicos que sustentan el abuso y la adicción a las drogas, no se ha podido lograr una solución definitiva a este problema, ello es debido a que la complejidad de este fenómeno excede lo meramente biológico, ya que pese a que se sabe con exactitud que, por ejemplo, la Vía Mesolímbica, Dopaminérgica, está relacionada con el abuso y sometimiento de sustancias (Rodríguez, 2007), de igual forma hay factores sociales, económicos, políticos y familiares que pueden prevenir sinérgicamente con este problema. Los factores familiares; como, por ejemplo, el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros, los modelos parentales-filiales, el tipo de apego, etc., también influyen en el complejo mundo de la adicción (Becoña, 1995).

A la hora de diseñar el plan de intervención e instaurar el tratamiento de la manera más adecuada y viable, es beneficioso tener en cuenta unas premisas básicas: una, que la adicción es una enfermedad crónica; dos, que los tratamientos psicológicos utilizados en la actualidad en drogodependencias constan de varias etapas (la demanda de tratamiento, la evaluación, el tratamiento propiamente dicho y el seguimiento); y tres, que la etapa de tratamiento de la adicción consta de varias fases como la desintoxicación, la deshabituación psicológica, la consecución de la abstinencia a la sustancia, la normalización o cambio de estilo de vida anterior,

la búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción, el programa de mantenimiento, la reducción de daños si es necesario y la prevención de recaídas (Becoña, 2007, pp 11-20).

Un análisis válido para incluir un tratamiento completo y comprensivo de la adicción podría estar justificado en el hecho que parecen haber demostrado los estudios sistémicos en drogadicciones de que en los tratamientos individuales el periodo crítico de las recaídas es justificable posteriormente del alta terapéutica; es decir, en la etapa de seguimiento (Cárdenas, 2016, pp 3-57)

Hoffman (1993) y Sluzki (1985) adaptaron la perspectiva constructivista a las técnicas sistémicas. El constructivismo postula que los sujetos construyen activamente el mundo externo y que la realidad es subjetiva y puede interpretarse de muchas formas diferentes. Estos autores pasaron de centrarse en las secuencias de conducta a la co-creación de significados. Con esta perspectiva constructivista del sistema familiar el interés se centra en los significados familiares compartidos por la familia, estudian como construyen la conducta los miembros de la familia. (Serrano, Tejero, Pons, 2011 pp 1-27)

El equipo reflexivo, es una modalidad de trabajo sistémico constructivista propuesta por Andersen, (1994). La novedad, es que en algún momento de la entrevista el equipo que observa entra a conversar y dialogar acerca de lo sucedido durante la sesión sobre los pacientes. Esto permite tener nuevos puntos de vista y una perspectiva diferente del proceso terapéutico tanto para la familia como para los miembros del equipo y el terapeuta. Esta técnica en su dialogo también se centra más en las soluciones que en los problemas en sí. (Cárdenas, 2016, pp 3-57). Existen

investigaciones que avala la eficacia de esta técnica aplicada al tratamiento de las adicciones (Garrido, Jaén y Domínguez, 2003; Garrido y Marcos, 2002).

Estado del Arte Testimonial

El presente estado del arte testimonial tiene como propósito comprender a partir del significado de la experiencia de dos profesionales en psicología supervisores/investigadores frente al tema de adicciones y la correlación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión, asimismo con el fin de complejizar la mirada frente a los aspectos relevantes y explicaciones desde el reconocimiento de las voces involucradas.

La construcción del estado del arte testimonial es de carácter conversacional y se encuentra articulado a los relatos, modos de acción (techné, patrones de relación) e ideologías que se vinculan comprensivamente con el problema de investigación-intervención, como un fenómeno relacional y contextual Estupiñán & González (2007). El análisis de la información se realizó a través de un análisis de contenido.

Objetivo del escenario conversacional:

Comprender la experiencia en el campo de la supervisión en el tema de adicciones y su relación con la experiencia en investigación/intervención clínica.

El campo fenomenológico de este estudio se define cómo las conversaciones a partir de las experiencias que se crean como supervisores clínicos en relación de la investigación/intervención

en un contexto de supervisión desde la perspectiva de una investigación de segundo orden donde se constituye en una observación de segundo nivel con respecto a la complejidad del bucle formación/intervención. Los supervisores clínicos están conformados por profesionales que están haciendo la formación de interventores (psicoterapeutas/consultores) desde una perspectiva sistémica – constructivista – construccionista. El Supervisor – investigador es un docente – psicoterapeuta que acompaña y favorece el desarrollo de competencias en los estudiantes para la investigación /intervención.

El proceso de Estado de Arte Testimonial se desarrolló a partir de un escenario. La escena corresponde a un encuentro en la que participaron dos supervisores – investigadores (S-I), y un Terapeuta Profesional en formación (T), unidos por la pretensión de estudiar juntos el sentido y mantenimiento de un fenómeno psicológico complejo, como a continuación, se describe el proceso llevado a cabo en la escena:

Escenario: La sinergia de ofrecer ayuda en un caso de adicciones

Corresponde al primer momento en el cual conversan: Dos supervisores-investigadores (SI) y un Terapeuta Profesional en formación (T), con el fin de comprender a partir del significado de la experiencia frente al tema de adicciones y la correlación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión. Los objetivos planteados son los siguientes:

- El primer objetivo es comprender con el equipo (SI) la experiencia en el campo de la supervisión en el tema de adicciones y su relación con la experiencia en investigación/intervención clínica. El Terapeuta profesional en formación (T),

podrán conversar sobre sus primeras impresiones y lecturas iniciales acerca de sus comprensiones.

- El segundo objetivo está relacionado desde las particularidades de la configuración de los escenarios de supervisión sistémico/constructivista/complejo/ecológico que permitan reconocer las redes conversacionales en las que se han creado las definiciones acerca de las estrategias de investigación/intervención en los procesos adictivos
- El tercer objetivo es explorar acerca de las investigaciones realizadas y conversar sobre eso que no se ha dicho y acerca de los aportes que se podrían tener en cuenta para futuras investigaciones.

Preguntas Orientadoras:

1. ¿Cuáles son los relatos o definiciones que se hacen en relación con las experiencias y aportes desde la investigación/intervención como supervisores clínicos en el tema de adicciones?
2. ¿Qué comprensiones acerca de las estrategias de investigación intervención en los procesos adictivos se basa en los escenarios de supervisión?
3. ¿Qué procesos emergen en el curso de la supervisión, que favorecen el aprendizaje y cambio en los actores que conversan referente al tema de adicciones?

Resultados del Escenario Testimonial: La sinergia de ofrecer ayuda en un caso de adicciones

En los siguientes apartados se presentará el estudio a partir del escenario conversacional que se realizó con dos docentes de psicología supervisores que mostraban el cómo a través de las movilizaciones con los estudiantes que podían generar emergencias frente al fenómeno de la adicción.

Resultados

Se entiende que un paradigma contiene los conceptos fundamentales y las categorías rectoras básicas de inteligibilidad y sentido, parte que determina el tipo de relaciones lógicas y el contexto de organización de las ideas a partir de las cuales los sujetos piensan conocen y actúan como señala Estupiñán (2003), se mostrara el paradigma sistémico en sus transiciones, donde se han redefinido la comprensión clínica del fenómeno, para ser comprendidos como fenómenos que nacen en la dinámica interaccional.

De acuerdo con la comprensiones acerca de las estrategias de investigación/intervención en los procesos adictivos en los escenarios de supervisión y en lo que uno de nuestros profesionales argumenta como:

“mira a mí me gusta pensar que desde una perspectiva un poco más física del entrevistar al otro es una conversación psicosocial emocional y cultural si donde efectivamente el psicólogo en formación cuando tiene una idea sobre el otro pues actúa en consecuencia y entonces en ese sentido si antes de la intervención es fundamental y con el psicólogo practicante pues hablarle de sus propias observaciones sobre la persona con la que va hablar y eso que si pudo hablar con alguien que está consumiendo seguramente pueden haber unos prejuicios, unas observaciones, sobre la persona con las que vas atender previo a que incluso lo conoces, entonces uno

usualmente se encuentra con que mi usuario o mi paciente si lo queremos llamar así si está consumiendo yo lo puedo observar de diferentes formas, lo puedo ver como un delincuente, consumidor es un delincuente, lo puedo ver como un enfermo, está enfermo”...

Se determina a lo que se menciona y ocurre con la redefinición de lo clínico, a partir de la cual se recupera su dimensión contextual y ecológica y sus definiciones estarían dadas por una perspectiva más compleja que incluye la simultaneidad, convergencia, contradicción, ambivalencia, y emergencia de los órdenes bio-psico-social-cultural y político, asumiendo que ninguna de estas dimensiones puede comprenderse como el origen del problema sino que la comprensión está en la pauta que conecta los múltiples aspectos que involucran la emergencia de un fenómeno humano como lo son las problemáticas asociadas a las adicciones las cuales incluyen incertidumbres, contradicciones, caos, desorden, fluctuación y azar como elementos inherentes a la vida misma (Morin, 1990; Estupiñán, 2003).

De acuerdo con el discurso escuchado por parte del docente que supervisa y de acuerdo con lo vivido menciona:

“Debemos atender los sentimientos del consultante mientras nos proponemos modificar los procesos de cognición. Estamos llamados a favorecer la construcción de nuevos comienzos, al lugar que procuramos atender y honrar el pasado. Como se ha comprobado, los procesos cognitivos están relacionados con el aprendizaje, la inteligencia y la experiencia, ya que permiten elaborar el conocimiento a partir de la información proporcionada por los sentidos.

Uno de los aspectos fundamentales en las investigaciones y en la formación de psicoterapeutas sistémicos ha sido la pregunta por el observador. Oneto y Molteado (2002) en sus estudios sobre las organizaciones de significado personal de Vittorio Guidano han destacado el papel central y la importancia del observador en el conocimiento de la realidad, ante lo cual reconocen que no existe una realidad de la materia conocible objetivamente, sino sólo una realidad momento a momento, influenciada por la presencia y observaciones del hombre (Guidano 1988, 2000)

A partir de este elemento queda reconsiderado radicalmente el rol del clínico y del terapeuta. El terapeuta no es quien posee la agudeza y por ende no es el llamado a verificar interpretaciones de sus consultantes.

Debemos trabajar un nuevo sentido de identidad a excepción de determinar la experiencia de sufrimiento, se construye un vínculo de compromiso con el otro a la vez que propicia el abandono, donde se trabaja a partir del sistema familiar y a la vez ser el forastero que mira hacia adentro. Asimismo estar dispuestos a apreciar lo que nuestros consultantes sienten, mientras buscamos conducirlos a una situación emocional distinta (Gibney, 1996)

Se suma a lo anterior, la importancia de transmitir esperanza de un modo realista, ayudar a reconocer los logros y no hacer presuposiciones negativas sobre los pacientes, todas las cuales contribuyen para el establecimiento de una buena relación. Arribas (2003) señala como equivalentemente es importante que el paciente experimente su propia independencia al interior de su proceso terapéutico es importante propia independencia al interior del proceso terapéutico, de modo que pueda asumirse como el responsable, asimismo como una acertada combinación de estabilidad y flexibilidad en el trato que se le brinde, fundamentalmente ante las variaciones que son comunes en el estado de ánimo en periodos posteriores a la interrupción del consumo. De igual modo, Agrelo (2010) resalta lo útil que resulta investigar lo que es importante para el paciente, aliarse con el consultante para comprenderlo, procurando que no se sienta cuestionado y utilizando su mismo lenguaje para abordar como puerta de entrada, aquello que afirmativamente si quiere cambiar. “quitemos de la cabeza que usted va a detener o a curar el consumo eso a ciencia cierta no va a suceder ¿qué podemos hacer entonces? Dueñas Ramírez Laura (2016).

“Usualmente es mirar a la persona, seguramente es una persona que puede estar sufriendo ese consumo, no es porque si, no es gratis, pueden haber vacíos, pueden haber sufrimientos, puede haber una historia y creo que la propuesta que siempre hago es estar curioso con esta persona, pregúntele, incluso siempre pongo como la regla, está prohibido que en la entrevista le pregunte sobre el consumo, porque se va a enredar, porque lo primero que se da es cuando empiezan a hablar de las historias a través del consumo el terapeuta en formación o el psicólogo en formación se vuelve muy curioso, y no lo conozco entonces ¿cómo así? ¿y eso donde uno lo compra? ¿y como hace?, ¿y la plata de donde la saca y alucina?, se vuelven muy curiosos y se pierden un poco, y pierden como perspectiva del caso, entonces creo que mucho de esto es cohibir el tema del consumo es algo ya bien interesante, y ayuda un poco también a este usuario que está ahí supuestamente por el consumo se vea sorprendido porque le están preguntando por otras cosas”.

Arcelloni y Ferrero (2009), proponen una reflexión sobre los aspectos relacionales de los lazos de amor del terapeuta: el duograma. Ponen en segundo plano la idea que sean los vínculos de sangre los únicos importantes en la historia del terapeuta. Desde el duograma se pueden comprender las relaciones sentimentales significativas para el sujeto a lo largo de su vida; desde las que tuvo cuando niño y de las que tiene memoria, a las vividas en la adolescencia y como adulto, incluidas las historias deseadas, fantaseadas y nunca realizadas en la realidad, ya sea porque no hubo correspondencia del sentimiento o porque ese quedó en secreto. (pp. 195-230)

“ Yo vengo aquí hablar del consumo, pero me están preguntando por las cosas que yo quiero hacer, por mis deseos, por mis proyectos que tal vez ya no son, por proyectos que no he compartido con nadie, y a veces eso es mucho más valioso, es explorar una persona a otra, las esferas de la vida, que de pronto no conversa con nadie, o que tal vez ni siquiera tiene tan claro, y eso un psicólogo en formación si lo puede hacer, seguramente no lo va a curar, su ayuda será limitada, pero así sea limitada puede ser significativo, tanto para la formación del terapeuta en formación , le ayuda un poco a tener una mirada mucho más amplia, no preocuparse ni centrarse en un tema muy central como la conducta adictiva, y más bien entrenarse de otras posibilidades, otros temas que pueden ser de mucha más utilidad para el usuario con el que uno está trabajando, esto es una perspectiva bien interesante para tener en cuenta en esta investigación.”

Es clara la importancia otorgada al sistema familiar, no obstante, Sluzky (1998) hace una crítica a las intervenciones sistémicas en donde estas terminan siendo las únicas tomadas como significativas, explicando que, a partir la génesis del paradigma, se propició la construcción de

una frontera artificial entre las relaciones familiares y el resto del mundo social significativo del individuo.

En esta medida hace un llamado a la dimensión social en la práctica clínica a fin de estar a la mira con los procesos que no han sido reconocidos para así mismo edificar nuevas comprensiones acerca de cuáles variables pueden haber contribuido a desencadenar ocasionar o mitigar los diversos problemas. (Clemente, 2003, pp. 31-60).

Para lo anterior, puede ser útil mirar ese contexto de relaciones más amplio que influye sobre el individuo (familia, amistades, relaciones laborales y escolares, relaciones comunitarias o de servicios), entendiendo que esta red corresponde al nicho interpersonal y contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí mismo. Sluzky (1998).

La familia cumple un papel fundamentalmente significativo, empezando por su intervención en la toma de decisión de dejar los comportamientos e iniciar tratamiento por parte del paciente, es habitual que estos pacientes no sientan que haya que hacer nada para cambiar la situación.

Igualmente luego se parte de la base que advertir exclusivamente al portador del problema, fundamentalmente si es menor de edad y vive con sus padres, es garantía de un fracaso seguro. Por el contrario, el apoyo familiar es un buen predictor del éxito terapéutico, constituyendo la ayuda paterna durante el procedimiento un factor que discrimina la continencia a los seis y doce meses luego del tratamiento (Crispo y cols., 1994; Hoffman y Hollister, 1998 citado por López, León, Godoy, Muela, y Araque, 2003).

A partir el modelo sistémico constructivista esta postura, el terapeuta procura asumir una postura de neutralidad desde la cual trata de encontrarle sentido a todas las posturas que emerjan y procura posicionarse a partir de la premisa de que no hay una realidad más verdadera que otra, buscando una distribución equitativa del control y del poder y la producción de un sistema conversacional menos patologizante. (Feixas, Muñoz, Compañ, Montesano, 2016, pp. 2-53) Se desplaza pues el foco de atención de las secuencias de conducta a los significados familiares compartidos de las conductas de los distintos miembros (Feixas, 1991 citado por Marcos, 2009)

De ahí que Nicholls (2008) en su propuesta interventivo para el trabajo familiar con consumo problemático de drogas en adolescentes, plantee la importancia de explorar el significado pragmático de su discurso en el seno de estos contextos, preguntándose por las relaciones en las cuales aquel discurso cobra sentido y ejerce a su vez efectos determinados. Así mismo, se deriva de este enfoque la posibilidad de generar cambios, a partir de miradas alternas, nuevos significados y acciones que posibiliten al joven y la familia ampliar sus horizontes de sentido en relación con la construcción de identidades narrativas que privilegien la autonomía, la diferenciación y coevolución del joven y su familia. (Feixas, 1991 citado por Marcos, 2009)

Uno de los principios fundamentales para la formación de psicoterapeutas y el ejercicio de la intervención tiene que ver con lo que plantea Tizón (2004), quien subraya la necesidad de definir claramente los procesos de la terapia desde el reconocimiento del consultante y el estudiante como persona. Es expresar, allí de una inquietud por la técnica o el sistema teórico debemos partir de la intención de alcanzar a profundidad quienes son los actores en las definiciones de los problemas y del cambio.

El espacio terapéutico, es el sitio en a donde se confrontan ambas realidades: la del terapeuta y la del consultante, este espacio es donde se co-construyen realidades alternativas, fruto de la forma de interaccionar de ambos integrantes. En aquel momento, el terapeuta y el paciente contribuirán al diseño del problema y a su posterior reformulación por múltiples vías (Ceberio, Moreno, Des Champs, 2000, pp. 1-16).

“Esto me lleva a pensar a partir de lo mencionado en una formación de la persona del terapeuta, en el que apropiarse aquellos aspectos diferenciadores, personales y únicos del hacer del terapeuta en formación” (Szmulewicz, 2013).

Me llama la atención esta parte de uno de los comentarios de la Doctora Laura Pérez:

"mira a mí me gusta pensar que desde una perspectiva un poco más física el entrevistar al otro es una conversación psicosocial emocional y cultural "

Y recordaba un trabajo llamado, la supervisión como grupos de conversaciones colaborativas por London y Rodríguez (2004) estas comunidades tienen la intención de generar un espacio donde quienes participan sienten que pertenecen a la conversación, donde se generan relaciones e intercambian ideas en una atmosfera de confianza para generar procesos conversacionales más sentidos y significativos a partir de discursos generativos.

Otro de los discursos relacionados que hace referencias por parte de la Profesora Laura Pérez es el siguiente:

"que el que este supervisado se conecte con el problema, no es que usted este atendiendo a una persona que le esté sucediendo algo extraño totalmente que yo no tengo ni idea de lo que está sucediendo, muchas veces estos procesos se hacen complicados, porque empiezas a ver cosas que

son parecidas a lo que está sucediendo en tu casa, puede ser que un hermano este empezando a tener contacto con grupos que a ti no te gustan, un hermano que consume"...

Esto me hace pensar lo que Hernández (2007), planteaba en su artículo “Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio” es decir, debe aprender a transitar con agilidad entre la autorreferencia y la heterorreferencia, como un agente que recorre la red relacional que configura y propicia nuevas comprensiones y conexiones entre los nodos.

“Asimismo se conjugan las epistemologías constructivistas y construccionistas, las cuales comparten el principio de que la realidad es una construcción que surge en la interacción y en el lenguaje”. Hernández (2007)

Tomando a Hernández (2007) el objetivo de esta intervención es ante todo introducir mayor complejidad y alternativas de interacción, en la supervisión ocupa un lugar predominante el desarrollo de la autorreferencia, en el sentido de facilitar el movimiento flexible entre el mundo subjetivo emocional y conceptual del terapeuta, la observación y la interacción con los consultantes y la integración de las alternativas que surgen en la conversación con el supervisor y con el grupo de compañeros en formación.

Hernández (2007) planteaba asumir una postura coherente con respecto a la noción de experto, quienes trabajan desde la llamada perspectiva posmoderna, colaborativa y centrada en el lenguaje, prefieren definir el rol del supervisor como mentor y no como experto, reconociendo las diferencias en información, experiencia y conocimiento.

Otro de los discursos de acuerdo con los procesos observables a partir de la propia experiencia con los estudiantes está enmarcados a través de estos relatos como:

“ Que en varias de las fundaciones generamos todo un tema de las lecturas de las dinámicas, los roles y los vínculos, porque el sistema institucional tiene una dinámica y una vida propia si bien al interior desde la familia, nosotros desde lo social no tenemos muchas familias sino que tenemos el proceso institucional, entonces al estar la persona dentro del sistema institucional"... entonces la dinámica cambia y entonces los actores significativos son otros, los discursos son otros, las relaciones son otros, los vínculos son otros, entonces nosotras hemos intentado que ellos partan no solamente de decir que lo institucional es esto, estos son los servicios, psicología, lo social, sino más allá de eso que tipo de vínculos establecen con todas las personas que están en el escenario, otro de los puntos fundamentales es los procesos en técnicas y estrategias de intervención de acuerdo a enfoques claros a partir de la formación del estudiante, Juan Carlos uno de los terapeutas docentes acompañantes hacía hincapié en este proceso y lo mencionaba así: " uno hace la revisión de los programas de pyp en los colegios por tema del consumo pues casi que el discurso del psicólogo o la psicóloga sea practicante o profesional que está más orientada hacia lo coercitivo o desde el miedo entonces si usted consume usted tiene el riesgo de habitar en la calle o tiene el riesgo consumir unas sustancias que son más adictivas que otras, se habla mucho desde ahí, entonces claramente no se tiene como la conciencia de la complejidad que implica el tema, entonces uno se da cuenta con los psicólogos en formación en práctica profesional que se imaginan varias cosas alrededor de la problemática ”...

Es necesario recogerlas como recursos, pues no solo informan de los efectos que los consultantes generan en su entorno, sino que se conectan con la historia y el estilo personal del terapeuta, de modo que poner esos sentimientos bajo el microscopio de la supervisión conduce a que el estudiante amplíe la mirada sobre sí mismo y se apropie de sus vivencias dentro de una nueva versión de su propia vida. Así este proceso llega a volverse isomórfico con el de los consultantes. Hernández (2007)

" es un actor significativo, los primeros esbozos de intervención lo que les digo es difícil llegar a ese nivel de intervención con ellos pero los primeros esbozos de intervención parten de la identificación que hacen ellos tanto de los discursos de poder que salen en esos contextos porque si hay un todo un lenguaje que se construye en la calle alrededor del consumo y cuando ellos son capaces de entender esas lógicas pueden intervenir de una forma distinta, por decirlo en palabras sistémicas, hacer esa lectura ecológica que intervienen alrededor de la pauta adictiva les ha

permitido a ellos intervenir con la persona y no con el problema, no solamente sobre la pauta adictiva sino de toda la circunstancia las personas que llevaron a que la persona terminara involucrada en una situación de consumo".

Discusión entre los estados de Estado de Arte Documental y Testimonial

Después de ejecutar el estado del arte documental y revisar los estudios existentes en Colombia, y las diferentes nociones que se tienen acerca del consumo problemático de sustancias psicoactivas, se justifican pocas posibilidades de intervención frente a dicho fenómeno desde la supervisión en escenarios de práctica profesional. Lo previo se sustenta en el modelo de atención que predomina en la atención a la población con problemas de consumo a sustancias psicoactivas, desde el sistema de salud público, el cual se fundamenta en el conocimiento de la adicción como una enfermedad al cual se encuentran adscritos los modelos de comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda, y terapia conductual que se llevan a cabo para el abordaje de dicho fenómeno (Margolis & Zweben, 2011; Quintero & Posada, 2013; Gaviria, Ruíz, Muñoz, Lubín, & Osorio, 2013), en adición resalta la ausencia de un plan interventivo bajo un referente conceptual específico que otorgue los lineamientos llevados a cabo por parte de dichas instituciones de salud en Colombia, en donde por medio de la revisión de documentos se identificó la prevalencia de un eclecticismo terapéutico en la atención a dichos actores.

Así mismo, la investigación realizada por Díaz & Palucci (2010), demuestra la prevalencia de atenciones a nivel individual lo cual permite examinar qué no en todos los casos se tiene en cuenta a la familia como miembro esencial de la intervención terapéutica.

A manera de conclusión a partir del estado del arte documental y testimonial , se pudo reconocer procesos importantes por intervenir a la hora de un abordaje terapéutico con la persona que presento consumo problemático de sustancias psicoactivas, y comprender un camino que permita una a las personas que presentan un consumo problemático, desde la humanidad y la reflexión donde fue importante la conexión con su realidad relacional y familiar.; Teniendo en cuenta que el proceso conversacional es un espacio en el cual las personas pueden construir relatos que le den sentido a sus experiencias, o bien resignificar sus construcciones narrativas (Estupiñán, Hernández, González & Niño, 2002), se evidenció la importancia que tuvo dicho espacio para los profesionales en cuanto a la comprensión de las dinámicas familiares existentes.

Lo mencionado anteriormente, fue viable y emergió por medio de la co-construcción de relatos privilegiados que fueron actualizándose hacia nuevos sentidos de dichas vivencias. Es, así pues, como Estupiñán, Hernández, González & Niño, (2002) refieren que el objetivo del proceso narrativo conversacional se basa en la actualización de premisas rígidas que se encuentran generando malestar a los sistemas humanos.

Dentro del contexto de la supervisión, el espacio terapéutico, es el lugar en donde se confrontan dos realidades: la del terapeuta y la del consultante, este espacio es donde se co-construyen realidades alternativas, producto de la forma de interaccionar de ambos integrantes. Entonces, el terapeuta y el paciente contribuirán al diseño del problema y a su posterior reformulación por múltiples vías Ceberio (1998).

Al interior del espacio terapéutico en un contexto de supervisión se van desarrollando de manera retroactiva los procesos de intervención y los de formación. El proceso de formación ha

sido comprendido por Ceberio, (1998) como un aprendizaje dinámico que integra la epistemología, la teoría, la técnica y práctica de manera recursiva. Por ello, la formación se puede entender como un proceso permanente y continuo a lo largo de la vida profesional y vincula rigor e imaginación (Ceberio, 1998). De hecho, si la supervisión es un proceso generativo y transformador en el cual las personas desarrollan sus competencias, también la psicoterapia puede definirse de esta forma, pues en ambos contextos connotamos el curso del cambio como un proceso de aprendizaje (Hernández, 2003).

Las intervenciones que realiza un terapeuta durante la consulta, si bien son pautada y pautan las interacciones, dependerán de los marcos semánticos que atribuya a las acciones descritas, historias contadas y actitudes del paciente. Estas interpretaciones de las acciones surgen de la estructura conceptual del profesional. Pero, su modelo de conocimiento no sólo está conformado por la línea terapéutica a la cual adhiera, sino también por los diferentes componentes que intervienen en la construcción de su mapa cognitivo: históricos, interaccionales, de valores, creencias, etc. (Ceberio, 2005).

Las resonancias personales, y los temores, se aparecen. Otro de los procesos que deben de tener en cuenta son las otras dinámicas relacionales a nivel de otros actores que pueden ser parte de los procesos mismos de los consultantes, pienso un poco acerca de cómo la terapia se centra en el contexto social de los dilemas humanos, la tarea del terapeuta reside en diseñar la intervención en la situación social donde se halla el consultante. Hernández (2007), el objetivo de esta intervención es ante todo introducir mayor complejidad y alternativas de interacción. (Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P & Bodin, A., 1974)

Al respecto se debe aprender a transitar con agilidad entre la autorreferencia y la heterorreferencia, como un agente que recorre la red relacional que configura y propicia nuevas comprensiones y conexiones entre los nodos. Así se conjugan las epistemologías constructivistas y construccionistas, las cuales comparten el principio de que la realidad es una construcción que surge en la interacción y en el lenguaje. Hernández, (2007), al decir de Varela (1979, citado por Fruggeri, 2001), mencionado por Hernández (2007), en vez de considerarlas opuestas, es útil pensar que son dimensiones “imbricadas”, que inter juegan con la cognición y la comunicación, la subjetividad y las relaciones, la semántica y la pragmática, los sistemas observados y los sistemas observantes, las narrativas, las acciones, las emociones y los pensamientos.

Stanton y Todd (1982) realizan un modelo conceptual que explica la dinámica familiar del adicto y un modelo de tratamiento con estrategias y técnicas. Este modelo aplica la teoría estructural como paradigma orientador utilizando sus técnicas y de los estratégicos ponen el énfasis en realizar un plan específico, los acontecimientos fuera de la sesión, el cambio en el síntoma y la colaboración entre los sistemas que intervienen en el tratamiento. (Feixas, Muñoz, Compañ, Montesano, 2016, pp 2-53)

Marco Teórico

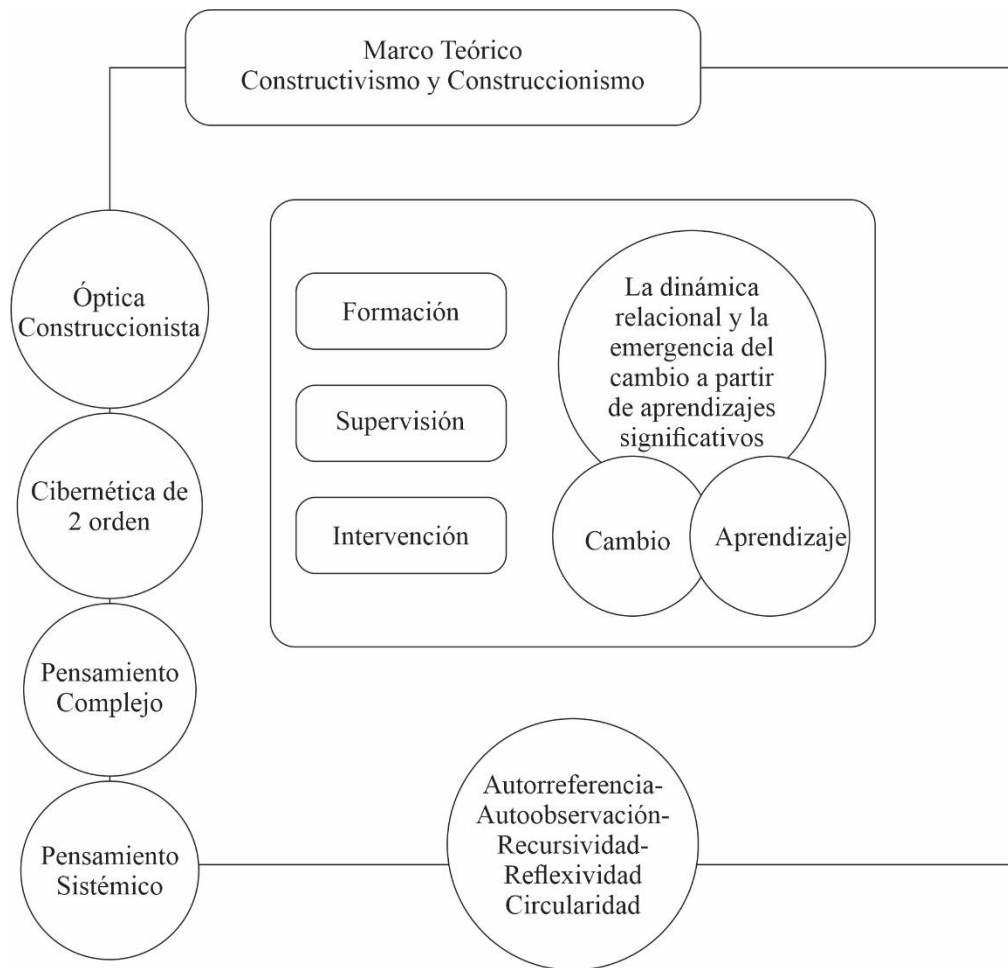


Figura 2. Estructuración del Marco Teórico

Aprendizaje y constructivismo dentro de la supervisión

Este proceso de investigación intervención se sustenta en las ideas que conectan al constructivismo con el aprendizaje. Se entiende que el aprendizaje es el foco y la importancia que se le da en cualquier proceso de formación, del cual no escapa la formación de terapeutas

sistémicos, por ende vamos a hacer referencia a diferentes tipos de aprendizaje que en la teoría se van dando. .

El aprendizaje es una de las cuestiones abordadas con especial atención a distintas tradiciones y tendencias de pensamiento desde tiempos antiguos. Con esta noción se identifica una de las dimensiones fundamentales en el comportamiento de las entidades naturales y sociales, de la que provisionalmente podemos decir que es aquella que enmarca los procesos, mecanismos y operaciones que median en la permanencia y el cambio de las entidades mismas. Precisamente la trascendencia de esta dimensión ha conllevado a que sus diferentes abordajes en el transcurso del tiempo hayan comprometido simultáneamente el tratamiento de cuestiones altamente complejas, de suma sensibilidad, relacionadas con aspectos definitivos de eso que se ha dado en llamar la naturaleza humana. (Rodriguez y Serna, 2015, pp 46-63)

La teoría del Aprendizaje significativo de Ausubel (1976) reconoce que el aprendizaje es constructivista ya que reconoce que es el propio sujeto el que genera y construye su aprendizaje, en medio de relaciones que están mediadas por el lenguaje, de tal forma el aprendizaje no es una simple asimilación pasiva de información, el sujeto la transforma y la estructura. (Torres, 2003, pp 37-43)

Desde la teoría de sistemas, pasando por la ecología, hasta la complejidad, se redefine el aprendizaje no con ‘cajas negras’ provocadoras de disyunciones simplificadoras, sino desde principios lógicos y operadores que conjuntan de manera compleja el aprendizaje de la naturaleza y la naturaleza del aprendizaje. En este sentido, el aprendizaje supone la expresión de acoplamientos sistémicos de unidades o comunidades en procesos recursivos que amplían los

dominios para la configuración de acciones desde marcos de eventos posibles. (Rodríguez y Serna, 2015, pp 46-63)

Otro de los aportes fundamentales de Bruner (1986) es acerca del pensamiento narrativo; afirma que la narrativa es la forma que adopta nuestra mente cuando queremos entender las acciones y los motivos de otros, así como de nosotros mismos. De otra parte, Ricoeur (2004) afirma que la narrativa se basa en la preocupación por la condición humana, es decir, los relatos poseen desenlaces tristes o cómicos o absurdos, mientras que los argumentos teóricos son convincentes o no convincentes.

Tal como quedó referido, el aprendizaje desde un enfoque sistémico, ecológico y complejo supone la superación de antinomias, el quiebre de esencias, el redescubrimiento de relaciones y la invención y reinversión de metáforas. Desde la teoría de sistemas, pasando por la ecología, hasta la complejidad, se redefine el aprendizaje no con ‘cajas negras’ provocadoras de disyunciones simplificadoras, sino desde principios lógicos y operadores que conjuntan de manera compleja el aprendizaje de la naturaleza y la naturaleza del aprendizaje.

En este sentido, el aprendizaje supone la expresión de acoplamientos sistémicos de unidades o comunidades en procesos recursivos que amplían los dominios para la configuración de acciones desde marcos de eventos posibles. En consecuencia, estos procesos recursivos en torno a eventos configuran pautas que, en sus reiteraciones, interferencias y redundancias, no solo conllevan a la estabilidad sino que al mismo tiempo, posibilitan el cambio. La pauta que mantiene, la adaptación que ajusta y la reflexividad que permite la consciencia sobre lo pautado y lo adaptado se erigen

en la fuente del aprendizaje, que no procede por canales deductivos e inductivos, sino que transita por procesos abductivos. (Rodríguez y Serna, 2015, pp 46-63)

Como explica Calzadilla (2006), en cuanto al conocimiento, el constructivismo plantea que su valor no es absoluto, pues éste es el producto de las múltiples interpretaciones que hacen los individuos de su entorno, de acuerdo a las posibilidades de cada uno para interactuar y reflexionar. Los sujetos negocian significados a partir de la observación y valoración de aspectos de la realidad que les son comunes. Los alumnos desarrollan sus propias estrategias de aprendizaje, señalan sus objetivos y metas, al mismo tiempo que se responsabilizan de qué y cómo aprender. (Gros, 1997, p. 99)

Para comprender la tarea del supervisor frente al proceso de la formación de psicoterapeutas podríamos remitirnos a las ideas de Cooper (1999) quien plantea que un profesor (supervisor) apoya al estudiante a construir conocimiento, a crecer como persona y a ubicarse como actor crítico de su entorno.

Los procesos emergentes de la dinámica enseñanza – aprendizaje son una creación conjunta entre el supervisor y el equipo de terapeutas en formación, Entre todos crean un espacio propicio para aprender desde el respeto a todas las opiniones e intervenciones. El supervisor debe evitar actuar de manera impositiva, guiar reconociendo la diferencia de opiniones, propuestas e ideas profesionales y personales.

Un supervisor constructivista reconoce como prioridad establecer una buena relación interpersonal con los estudiantes desde el respeto, la tolerancia, la empatía y con una convivencia solidaria. Debe evitar ser un simple trasmisor de información, motivar al estudiante proponiéndole

desafíos y retos que cuestionen y modifiquen sus conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos (Ayala, Sarmiento 2006).

La concepción de la supervisión en la formación de psicoterapeutas titulado la supervisión como grupo de conversaciones colaborativas por London y Rodríguez (2004), se basa en una filosofía postmoderna, sustentada en las ideas de Anderson (1997), Mc Namee y Gergen (1998), Andersen (1987) y Schon (1988).

Desde estas ideas reconocen el lenguaje y el conocimiento como entidades en movimiento así como en constante construcción y reinterpretación. Estos grupos de trabajo parten del propósito de crear lo que para Anderson (1998) ha sido llamado comunidades de aprendizaje colaborativo.

Estas comunidades tienen la intención de generar un espacio donde quienes participan sienten que pertenecen a la conversación, así mismo, son escenarios de aprendizaje donde las personas generan relaciones e intercambian ideas en una atmósfera de confianza, donde cada actor asume una posición de escucha para incorporar a sus propias ideas lo que oye.

Esta experiencia de supervisión se sustenta en las ideas de Peters y Amstrong (1988), quienes definen aprendizaje colaborativo, como aquel aprendizaje que se dan en conjunto en donde las personas construyen algo que antes no existía. Otro concepto que Mc Namee y Gergen (1998) plantean sobre la responsabilidad relacional, se entiende como la responsabilidad se construye a través del diálogo. Diálogo que es definido por Anderson (1998) como una conversación dinámica y generadora en la cual hay espacio para todas las voces, en donde se logra un intercambio y entrelazamiento de ideas, pensamiento, opiniones y sentimientos.

La pregunta que orienta el trabajo de supervisión de las autoras es: ¿Cómo podemos crear un espacio conversacional que permita a todos los participantes acceder a sus experiencias y conocimientos en un ambiente cómodo y seguro, que favorezca la innovación, la multiplicidad, el respeto, la colaboración y la responsabilidad compartida? (London y Rodríguez, 2004).

El equipo de supervisión redefinió la concepción de supervisión, la cual desde una perspectiva tradicional significa revisión, inspección general (Larousse, 1997), comprenden la supervisión desde las ideas de Anderson y London (1998): El supervisor enfrenta cada sesión como una sesión única, asume la responsabilidad de crear un clima y un proceso conversacional que invita a la mutualidad y a la colaboración de todos los participantes en la conversación y en el proceso. El supervisor permite que el supervisado permanezca en el centro del escenario y que cuente su historia de la manera como la quiere contar, sin ser guiado por lo que el supervisor cree que es importante, hace preguntas e invita al grupo a hacer preguntas dentro de los parámetros de los problemas, tal y como los describe el supervisado, contempla e invita al grupo a vislumbrar simultáneamente ideas contradictorias, fomenta una actitud respetuosa. El supervisor y el grupo ofrecen preguntas, especulaciones y opiniones que ayuden al supervisado a cuestionar, ampliar, redefinir y encontrar explicaciones novedosas al dilema en cuestión. El supervisor es un escucha respetuoso, intenta no entender demasiado rápido, mantiene una conversación dialógica consigo mismo (P. 87-88)

El ensayo realizado por Paquetín (2004) acerca del estado del arte de la supervisión en México parte de las ideas de Store, Todd, Sprenkle y Morgan (2001) quienes entienden la supervisión como la actividad que tiene como propósito asegurar la calidad de la atención que reciben los clientes mientras se promueve el desarrollo profesional, distinguiéndolo del entrenamiento

(enseñanza de teorías, habilidades y técnicas) y de la consultoría (intercambio entre terapeutas y consultor). (P. 91)

Las reflexiones principales propuestas por la autora de acuerdo con la revisión sobre el proceso de la supervisión son: no existe un acuerdo sobre el concepto de supervisión, con la misma palabra se hace referencia al proceso de enseñanza- aprendizaje, al apoyo ofrecido a un terapeuta para mejorar su desempeño o a la asesoría que se puede ofrecer a un colega.

La mayoría de los escritos se refieren a la supervisión, entrenamiento, consultoría y práctica clínica, como un proceso caracterizado por una actividad continua, por el dinamismo y el movimiento. La revisión refleja el interés por desarrollar la autonomía del supervisado y su pericia para emplear teoría y técnica. La supervisión se desarrolla en la mayoría de los casos de forma grupal y en vivo. Se menciona la co – terapia como una alternativa en el entrenamiento.(Ballesteros, Muñoz, Novoa, Bazzani, Brandwayn, Lasso, Pachón, Restrepo, 2019)

La autora anota que las experiencias de supervisión reportan el proceso y estudios de caso, pero hay ausencia de investigación en el área. En el trabajo de Robles (2004) sobre la supervisión basada en la confianza reconoce que en algunas ocasiones el ambiente creado en los espacios de supervisión hace que los supervisados se preocupen más acerca de lo que pasará en la supervisión que por la orientación terapéutica del supervisor o supervisora. Dice el autor que lo anterior puede provocar que el terapeuta se pierda sobre lo que tiene que hacer en la sesión de terapia y reprima la creatividad y el proceso de generación de ideas en el espacio de la supervisión. En su trabajo concluye que en ambientes de confianza se crean en mayor medida procesos de aprendizaje. El

supervisor sin perder su rol y sin tener que dejar a un lado su visión acerca del proceso de la terapia, abre la puerta a la generación de ideas en un ambiente de respeto y democracia.

El propósito de la relación clínica es que en la conversación se atribuyan nuevos sentidos y significados a las narraciones, lo cual se logra durante el proceso de narrar. Reconocemos que el vehículo para la construcción de aprendizajes significativos es el lenguaje. Según Maturana (1977) los seres humanos vivimos en el lenguaje, estamos inmersos en él. En palabras de Ausubel (1976) el aprendizaje no es una simple asimilación pasiva de información, el sujeto la transforma y la estructura. (Viera, 2003, pp. 37-43), es por ello por lo que, el aprendizaje significativo genera en los estudiantes estados de reflexión, imaginación y criticidad. Desde la ideas de Bruner (1976) la enseñanza es una forma de diálogo, una extensión del diálogo, y el diálogo se organiza en torno a interrogantes.

A continuación se esbozan las ideas centrales de Bruner acerca del proceso de enseñar - aprender:

1. La educación no consiste exclusivamente en enseñar contenidos mediante un procedimiento formal o analítico sino en enseñar a pensar
2. la tarea en el proceso del conocer es descubrir, inventar
3. Enseñar una temática no es solamente hablar de ella sino hacerla, de lo cual surge la reflexión.

Contamos historias porque esperamos encontrar o crear conexiones significativas entre las cosas. (Taylor, 2001). Desde la perspectiva constructivista la realidad no es una dimensión física

con la que nos encontramos sino una realidad mediada simbólicamente por una cultura. Esto implica reconocer que el conocimiento que tengamos de la realidad surge de lo que hagamos para comprenderla, y por tanto el conocimiento deviene una construcción social e histórica. Es así como el proceso de enseñanza- aprendizaje de la psicoterapia debe remitirse a un conocimiento flexible que parta del estilo propio para aprender e intervenir durante la escena de formación.

Puede entenderse el propósito de la supervisión desde las ideas que utiliza Bruner (1986) cuando se refiere a la educación. El autor plantea que el proceso educativo no se encamina solamente a la adquisición de conocimientos ni al ejercicio del razonamiento formal sino, sobre todo, al ejercicio de la imaginación intuitiva, a inventar y descubrir. La práctica educativa es un foro cultural donde se negocian significados (Bruner, 1985).

La formación de psicoterapeutas no debe priorizar el aprendizaje de las técnicas para intervenir a otros, sino el aprendizaje vinculado al reconocimiento de los procesos que se crean desde la interacción activa entre los terapeutas, consultantes, redes, equipos y supervisor. Siguiendo las ideas de Bruner (1985) el proceso de la educación no es un asunto técnico relativo al buen manejo de la información procesada, tampoco es un problema de aplicación de teorías del aprendizaje, ni es una tarea de la evaluación de los logros con resultados centrados en el sujeto. La tarea de los equipos terapéuticos puede definirse como el estudio de los significados, en palabras de Bruner (1985) debemos basarnos en un enfoque interpretativo, que busca la comprensión acerca de cómo los seres humanos hacen sentido de su entorno y de sí mismos.

Para comprender la tarea del supervisor frente al proceso de la formación de psicoterapeutas podríamos remitirnos a las ideas de Cooper (1999) quien plantea que un profesor (supervisor)

apoya al estudiante a construir conocimiento, a crecer como persona y a ubicarse como actor crítico de su entorno.

El supervisor debe evitar actuar de manera impositiva, guiar reconociendo la diferencia de opiniones, propuestas e ideas profesionales y personales. Un supervisor constructivista reconoce como prioridad establecer una buena relación interpersonal con los estudiantes desde el respeto, la tolerancia, la empatía y con una convivencia solidaria. Debe evitar ser un simple trasmisor de información, motivar al estudiante proponiéndole desafíos y retos que cuestionen y modifiquen sus conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos (Ayala, Sarmiento 2006).

Según Pimienta (2008), aprender a aprender es una de las más grandes competencias que deben desarrollarse en la formación, lo que significa que el estudiante pueda contar con herramientas para organizar la información que tiene a disposición, y para darle un sentido especial, es decir construir significados personales que en compañía de otros pueden ser contruidos y reconstruidos. Enseñar es para Comenio (1971, citado por Díaz – barriga y Hernández 2002) ir de lo desconocido a lo conocido, de lo simple a lo compuesto, de lo próximo a lo lejano, de lo regular a lo irregular, de lo concreto a lo abstracto. Plantea Comenio que en el proceso enseñar - aprender hay varias relaciones intersubjetivas y que se dan de forma bilateral. Algunos psicoterapeutas destacan la dimensión estética de la formación y de la psicoterapia en sí misma, lo cual acompaña las ideas del autor para definir la enseñanza: La enseñanza es un ejercicio artístico y repensarla es comprenderla como un proceso para la creatividad, la estética y la ética (Comenio 1971, citado por Díaz – Barriga y Hernández 2002).

Formación y psicoterapia: el contexto de la supervisión

El espacio terapéutico, es el lugar en donde se confrontan dos realidades: la del terapeuta y la del consultante, este espacio es donde se co-construyen realidades alternativas, producto de la forma de interaccionar de ambos integrantes. (Ceberio, Moreno, Des Champs, 2000) entonces, el terapeuta y el paciente contribuirán al diseño del problema y a su posterior reformulación por múltiples vías (Ceberio, 2000).

Al interior del espacio terapéutico en un contexto de supervisión se van desarrollando de manera retroactiva los procesos de intervención y los de formación. El proceso de formación ha sido comprendido por Ceberio, (1998) como un aprendizaje dinámico que integra la epistemología, la teoría, la técnica y práctica de manera recursiva. Por ello, la formación se puede entender como un proceso permanente y continuo a lo largo de la vida profesional y vincula rigor e imaginación (Ceberio 1998).

Una de las tareas principales durante el proceso de la supervisión en la formación de psicoterapeutas desde un paradigma circular, consiste en aprender a pensar sistémicamente. Para lograr la asunción de una epistemología circular de acuerdo con Ceberio (1998) la tarea de los formadores se reduce a: La introducción del asiento epistemológico circular, donde se permite señalar, pretender deshacer la linealidad y enseñar a conocer y reflexionar con las consecuentes distinciones, categorizaciones e hipótesis a partir una perspectiva cibernética, la identificación de los modelos teóricos que avalan tal modelo de conocimiento y la comprensión del modelo sistémico aplicado a la psicoterapia, razón por la cual se revisan las partes

componentes del enfoque psicoterapéutico: planificaciones de la intervención, repertorio de técnicas y estrategias clínicas. (p.3)

Algunos de los efectos que ha revelado el Equipo de Milán desde los procesos de investigación e intervención desarrollados a partir de la formación; tienen que ver con la propuesta de un proceso para conducir una sesión psicoterapéutica, procesos de configuración de la organización familiar, la cocreación de historias alternativas entre terapeutas y consultantes y la atribución de nuevos significados a la realidad que comparten.

Este modelo ha llevado a centrar más la atención en los equipos terapéuticos, que en las personas aisladas o solamente a los terapeutas. En sus inicios la formación estaba centrada en enseñar a los estudiantes a observar a las familias, ahora el centro de atención es el estudiante, es quien es observado en primera instancia, y el modo como reacciona y enfrenta un sistema familiar. (Boscolo, Cecchin, Bertrando, 1995).

En cambio de decir al estudiante:

Te enseñé a leer la interacción (porque yo la sé leer mejor que tú, y entonces tú debes aprender a leerla como yo digo) Hoy digo: tú ya sabes leer las situaciones porque tú sabes observar. Así es imposible no reaccionar y no dar una lectura (Cecchin, 1995, p. 85)

De acuerdo con el equipo de Milán, en la formación no se trata de que el estudiante pueda asimilar nociones que el supervisor transmite, se trata de que el estudiante sea consciente de sus propias claves de lectura y consciente de sus puntos de vista. (Boscolo, Cecchin, Bertrando, 1995).

De acuerdo con Fruggeri (2001), la supervisión se convierte en un contexto que permite la reflexión sobre la propia práctica profesional. De acuerdo con la idea anterior, podemos plantear que el supervisor no se centra únicamente en los relatos que hacen los terapeutas acerca de sus consultantes, les permite dar cuenta de los relatos acerca de la relación entre el terapeuta y los consultantes y lo que han construido juntos. El supervisor le permite al terapeuta incluirse en la narración que hace de los procesos que comprende para mostrarle la terapia como una acción conjunta en donde se dan reportes de cambio y bienestar de manera isomórfica a los cambios en las versiones que tenemos acerca de lo que debe cambiar.

Desde su experiencia como terapeuta y supervisora de un grupo de conversaciones clínicas, Fernández (2004) propone como proceso fundamental de la supervisión la creación de diferentes oportunidades para conversar.

El propósito de las conversaciones en supervisión es maximizar la posibilidad de co – generar ideas diálogos y opciones. Según Fernández (2004) desde una epistemología circular es importante distanciarse de la supervisión como una dimensión jerárquica. A sus encuentros en calidad de supervisora con consultantes y estudiantes les llama Grupo de Conversaciones clínicas, que parten de la idea que ninguna idea es superior a otra (Fernández, Manassero & Vega, 2002). Dice Fernández (2004) que una supervisión organizada jerárquicamente puede implicar una voz mono-lógica que dice la verdad.

Las preguntas que guían su trabajo como supervisora son: ¿Cómo crear un espacio donde los integrantes del grupo puedan compartir su experiencia sintiéndose respetados en sus ideas para el beneficio de clientes y terapeutas?, ¿Cómo facilitar un ambiente donde las conversaciones entre

los miembros del grupo generen opciones a las visiones que tienen sobre sí mismos, tanto los clientes como los terapeutas? El interés de la supervisora es definido por ella como escuchar al miembro del grupo mientras explica la historia de su cliente y su historia con este cliente, desde una postura de curiosidad, donde se invita a hablar de aquello que no ha surgido en otras conversaciones; en donde es posible hablar sobre lo no dicho (Anderson, 1997 citado por Fernández, 2004).

Proceso recursivo enseñanza – aprendizaje y construcción de la novedad

Algunas de las preguntas que propone Jiménez (2004) como cuestionamientos fundamentales de los formadores son: cuál es el proceso de enseñanza/ aprendizaje que tiene mayor eficacia en la supervisión en psicoterapia?, ¿cómo se decide por un modelo, estrategia, teoría, técnica para supervisar al alumno en su práctica? y ¿son afines los estilos de aprendizaje de los terapeutas en formación con los métodos de enseñanza en la supervisión en vivo? De acuerdo con Jiménez (2004) para mejorar los procesos de enseñanza/ aprendizaje en cualquier área del conocimiento, es indispensable tener en cuenta los estilos de aprendizaje de los estudiantes. Arenas Loera Eva Paola (2017) *Estrategias de estilos de aprendizaje de estudiantes: Proceso de validación*. Revista de Educación. vol.12, núm 2, pp 224-237.

De acuerdo con las ideas de la autora, conocer cómo aprenden los terapeutas en formación, les permite a los supervisores diseñar estrategias para generar procesos de enseñanza - aprendizaje, eficaces y pertinentes. En algunos estudios se ha encontrado que cada persona tiene una manera preferida de aprender, lo importante es saber cuál es y reconocerla en virtud de una mayor creatividad y productividad (Banfield, 2001 citado por Jiménez, 2004).

Una de las estrategias de supervisión más conocidas e implementadas en la formación es la supervisión en vivo. Fortes (et al, 1998 citado por Jiménez, 2004) consideran que la supervisión en vivo como una experiencia de aprendizaje circular en la que se deben tener en cuenta todos los grupos que integran dicho proceso (observadores, supervisores, terapeutas). De acuerdo con las ideas de Desatnik (et al, 2002 citado por Jiménez, 2004), la supervisión en vivo no se limita a enseñar técnicas sino a la inclusión de la creatividad, el conocimiento de la teoría, el entendimiento de la dinámica grupal, la consideración a la persona del terapeuta y el reconocimiento de los diferentes roles que el supervisor asume en el proceso.

Es importante aclarar que, desde el enfoque sistémico, se trasciende la perspectiva tradicional positivista que “pretende desmenuzar al sujetos en actitudes, rasgos y características codificantes” (Hernández, 2010, p. 17). En tanto que en un proceso de intervención se asume al otro como sujeto en contexto.

La supervisión, entonces, es un retorno a la experiencia humana que reclama su lugar en la genealogía del cambio dentro de la psicoterapia. La técnica, así, emerge como aquellos ciclos de trabajo que el psicoterapeuta logra para gestionar la vida en la psicoterapia, no como el producto de un conocimiento preformateado sin contexto y, por lo tanto, sin historia. Retornar la mirada y actuar como interfaz entre el mundo de la psicoterapia y el mundo de la supervisión se facilita gracias a la asunción de la reflexividad como un movimiento vital en el sentido creativo de la evolución hacia el mejor mundo posible.

Se propone, entonces, hacer uso de la reflexividad, no solo como un mecanismo asociado a la figura de darse la vuelta que preserva al self, sino también como un proceso que en dicha figura

abre las condiciones de posibilidad para inventar constantemente el mundo de la psicoterapia en el cual es posible también el sujeto. En últimas, la reflexividad no solo es un mecanismo asociado a la formación del sujeto en el poder, sino que resulta un mecanismo de resistencia que, reconociendo el sometimiento del yo, también favorece lugares de creación en los que es posible la otredad, la relación con el otro —en este caso el consultante—, al que muchas veces se debe renunciar —se trabaja para el cierre del proceso— pero con el que también se preserva la vida. (Duque, 2020, p. 105)

Lo que da sentido a una praxis reflexiva es la posibilidad de entender que todo lo que observamos lo hacemos como participantes en un contexto y en una relación, y que no tenemos acceso a realidades objetivas fuera de nuestra existencia. De allí la importancia de la reflexividad, ya que como dice Pakman (1995), toda intervención es también una intervención sobre nosotros mismos, y toda investigación, es el descubrimiento de nosotros mismos.

La reflexividad como vuelta hacia el lugar del yo no solo produce culpa, autocensura o angustia de muerte, sino que puede entenderse como principio de creación que afirma al sujeto en un ámbito de resistencia vital: “yo sostengo que ningún sujeto existe más que como consecuencia de esa reflexividad” (Butler, 2010, p. 80). Darse la vuelta, volver al self, generar un giro experiencial hacia el lugar del 106 Experiencias y retos en supervisión clínica sistémica psicoterapeuta, es un proceso reflexivo que potencia la organización de una supervisión coevolutiva, en la cual las distinciones-conexiones del lugar del psicoterapeuta como sujeto inmerso en la psicoterapia e interfaz en la supervisión son procesos ecológicos para la invención de la vida. Esta es la creación de condiciones para el cambio. (Duque, 2020, p. 105)

Según Noya (1995) la reflexividad se recrea, se destruye y se reconstruye siempre en contextos. El contexto es reflexivo y la reflexividad contextual. Desde esta perspectiva la lógica de la investigación social reflexiva es una lógica contextual y no totalitaria

Desde Hernández (2010), la reflexividad “un evento- proceso de reconocimiento de los límites y posibilidades de acciones y las interacciones humanas en espacio eco-eto-antropológico”, (p.58). Para Estupiñán (2003) la cibernética de segundo orden y el enfoque complejo invita a incluirnos en nuestras prácticas sociales de conocimiento, siendo este posible gracias a la autorreferencia. Lo anterior posibilita asumir una postura autorreferencial en el proceso de consultoría, asumiendo la intervención desde este principio.

Adolescentes en consumo de Spa dese el enfoque sistémico

El consumo de sustancias psicoactivas no nace de una única causa, sino que, por el contrario, se considera que es obra de la interacción de diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales que dan inicio y mantienen el síntoma de abuso o dependencia y termina por desarrollar riesgos a nivel de salud, problemas con la justicia, marginación social, absentismo laboral e incluso la muerte (Cogollo et al., 2011; De Vega, 1995).

Del Pópolo (2003) refiere que algunas drogas generan dependencia física o psíquica como consecuencia de una exposición prolongada a varias sustancias, lo cual se conoce como poli consumo.

Los factores que influyen fuertemente el inicio de consumo y posterior adicción son múltiples, a pesar de esto se relaciona con tres factores básicos. En primer lugar, los factores psicológicos propios del consumidor y que influyen sobre la problemática tales como la

autoestima, el autocontrol, el autoconcepto, las habilidades sociales y emocionales de afrontamiento, sus preconceptos sobre el consumo de sustancias y su creencia sobre estas (Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007)

De acuerdo con Hernández (2010), una de las mayores preocupaciones, es ver como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el adolescente va en aumento, ya que en un estudio realizado a nivel Nacional acerca del consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, efectuado con el objetivo de analizar el grado de consumo de SPA en instituciones de educación secundaria, e identificar los riesgos que puede presentar un alumno no consumidor al estar en contacto frecuente con un grupo de pares que sí consume.

Se encontró, que los jóvenes entre los once y los dieciocho años, que estudian en instituciones educativas públicas o privadas, han consumido tabaco alguna vez en su vida, además, el estudio evidenció que el uso de esta sustancia legal aumenta según el grado de escolaridad del alumno, ya que, si es integrante de sexto grado, el promedio de consumo de nicotina es de 4% mientras que, si es de undécimo, aumenta a un 15,4%. (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2009 pp 13-83). De igual manera, los resultados demostraron que el 40% de los jóvenes, declararon haber ingerido alcohol durante los últimos meses, así mismo, se logró percibir, que no existe una diferencia significativa entre hombres (40,1%) y mujeres (39,5%) en el consumo de bebidas como el vino, cerveza, ron, whisky y otros.

De acuerdo con Hernández (2010), una de las mayores preocupaciones, es ver como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el adolescente va en aumento, ya que en un estudio realizado a nivel Nacional acerca del consumo de sustancias psicoactivas en población escolar,

efectuado con el objetivo de analizar el grado de consumo de SPA en instituciones de educación secundaria, e identificar los riesgos que puede presentar un alumno no consumidor al estar en contacto frecuente con un grupo de pares que sí consume. Se encontró, que los jóvenes entre los once y los dieciocho años, que estudian en instituciones educativas públicas o privadas, han consumido tabaco alguna vez en su vida, además, el estudio evidenció que el uso de esta sustancia legal aumenta según el grado de escolaridad del alumno, ya que, si es integrante de sexto grado, el promedio de consumo de nicotina es de 4% mientras que, si es de undécimo, aumenta a un 15,4%. De igual manera, los resultados demostraron que el 40% de los jóvenes, declararon haber ingerido alcohol durante los últimos meses, así mismo, se logró percibir, que no existe una diferencia significativa entre hombres (40,1%) y mujeres (39,5%) en el consumo de bebidas como el vino, cerveza, ron, whisky y otros (Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas en población Escolar en Colombia, 2011).

Respecto a investigaciones relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas desde el modelo sistémico, Garrido, Marcos, López y Ochoa (2016) evidenciaron en su estudio, en el cual evaluaron la eficacia de la terapia multifamiliar en adictos a opiáceos, que la terapia multifamiliar redujo de manera efectiva la gravedad de la adicción en varias de las áreas evaluadas. También observaron que el efecto positivo era superior a los tratamientos estándares donde solo se utilizaba la medicación para llevar a cabo el acompañamiento terapéutico. Así mismo, estos autores encontraron que los pacientes presentaron mejoría en las áreas de empleabilidad y apoyo social y de igual manera el uso de consumo de sustancias psicoactivas disminuyó y su condición psiquiátrica presentó cambios positivos. (García 2018, pp 8-53)

Por otro lado, autores como Horigian, Feaster, Brincks, Robbins, Pérez y Szapocznik (2014)

realizaron una investigación con 480 padres y adolescentes, los cuales fueron divididos en un grupo control y otro experimental con el objetivo de determinar la relación entre el consumo de sustancias que se presentaba tanto en padres como en los adolescentes bajo los efectos de la terapia familiar breve estratégica (BSFT). Se identificó que los padres que participaron en el programa BSFT disminuyeron significativamente su consumo, al igual que los hijos. Para estos autores, la reestructuración del funcionamiento familiar medió la relación entre la condición de tratamiento y la disminución en el uso y abuso de alcohol por parte de los padres. A su vez, afirmaron que los adolescentes en BSFT tuvieron una trayectoria de consumo de sustancias significativamente más baja en comparación con el grupo que no recibió el tratamiento. (García, 2018, pp 8-53)

En concordancia con lo anterior, pioneros como Cancrini (1982), citado en Marcos y Garrido (2009) realizó investigaciones con pacientes consumidores y sus familias, en las cuales logró identificar cómo la influencia de los factores familiares media en las toxicomanías. Según este autor, aspectos individuales, familiares y relacionales basados en los modelos de organización y comunicación familiar influyen en el desarrollo de problemáticas asociadas al trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. En otras investigación, Bernal (1993), encontró en su trabajo de atención clínica, que la terapia familiar presentaba un 90% de mejoría en casos relacionados al abuso de drogas. Dentro de las variables de análisis, el autor refiere que los resultados encontrados dependían de las dinámicas familiares relacionadas a la expresión emocional de los conflictos, el sobre involucramiento de los familiares, la participación de la familia en el proceso terapéutico y los estilos o pautas comunicativas entre los miembros. (García, 2018, pp 8-53). Finalmente, respecto a casos únicos trabajados desde el modelo sistémico se puede encontrar el de Parra (2016), quien al trabajar un total de 10 sesiones con un paciente con trastorno por consumo de

alcohol, identificó que en el proceso de evaluación el paciente presentaba baja satisfacción familiar, medido desde la prueba ESFA y durante el proceso interventivo logró disminuir la sintomatología que mantenía el consumo al afianzar la relación afectiva con su hijo y su pareja, demostrando con esto la importancia del apoyo emocional por parte del sistema familiar como red de apoyo primaria al momento de intervenir de manera psicológica un proceso de rehabilitación y prevención de recaídas en pacientes consumidores de sustancias. (García, 2018, pp 8-53)

Hay estudios que muestran que la inclusión de la terapia sistémica en el tratamiento de las adicciones a largo plazo es beneficiosa. Se ha demostrado que esta intervención iguala e incluso supera a las intervenciones de corte individual o grupal en variables tales como mantener los cambios positivos una vez se ha concluido el tratamiento, aumentar la adherencia de los consumidores y sus familias al tratamiento, prevenir la recaída y mantener la abstinencia. (Stanton y Todd, 1982). En definitiva, para la persona con adicción es una ventaja la implicación de la familia en aras de lograr un “empoderamiento conjunto” que favorezca el control de la adicción y la abstinencia en la llamada “etapa de seguimiento”. Otra ventaja añadida sería contar con coterapeutas una vez que ha concluido el tratamiento psicológico que pudiesen apoyar al consumidor en el mantenimiento de la abstinencia. (Cárdenas, 2016, pp 3-57)

Relación sistema terapéutico con el consultante

Es indudable el aporte del paradigma sistémico a la comprensión de las pautas de relación en las que emergen, se mantienen o transforman los fenómenos psicológicos. (Martínez, 2011, pp 6-27). No obstante, resulta paradójico que siendo esto así, se haya estudiado poco el tema de la

relación terapéutica desde este enfoque, como lo señalan Flaskas y Perlesz (1996) y Gibney (1996).

Ahora bien, otras corrientes, desde 1930, lo han abordado más ampliamente a partir del concepto de alianza terapéutica, que se configuró como un constructo reconocido por cualquier modelo psicológico en la medida en que se relaciona con la eficacia de cualquier terapia, sean cuales sean las técnicas empleadas, según lo planteó (Strup 1973, como se citó en Escudero, 2009). Desde entonces se han venido definiendo aspectos que influyen en la creación de la alianza, tales como la capacidad del cliente para conectar con el terapeuta, las características personales del terapeuta y el compromiso del cliente con los objetivos del tratamiento. (Dueñas, 2017, 17-37)

Por lo anterior, se han estudiado las características generales del terapeuta que influyen en el éxito de la terapia, tales como la aceptación incondicional, la empatía y autenticidad del terapeuta (Rogers, 1969), la postura de neutralidad y curiosidad (Arribas, 2003), la postura cálida, creativa y espontánea (White, 2002, como se citó en Cammaert y Moreno, 2009), ingenuidad (Horvath, 2005), la autoconfianza del terapeuta (William y Chambleez, 1990, como se citó en Chazenbalk, 2004) y su capacidad de auto referencia (Neimeyer y Mahoney, 1998).

Esto, partiendo del postulado que cada elemento del sistema es necesariamente trascendido por la organización total y, por ende, que la identidad es también una construcción interactiva y socialmente conformada en la relación con otros; todo ello supone que en la relación terapéutica, atravesada por la conversación y lo que en ella se comunica verbal y no verbalmente, se van configurando relatos de sí mismo, de los otros y del mundo, que van permeando al terapeuta y al consultante desde la acción conjunta en los procesos de cambio, por lo que se asumen

sentimientos, pensamientos y acciones, lo cual incide en el proceso de diferenciación y construcción de autonomía y diferenciación (Connelly y Clandinin, 1995; Dueñas, 2016).

“ En el contexto de la relación terapéutica, tomar como indicador del proceso de cambio, la reconfiguración de la identidad del consultante implica hacer el tránsito del concepto de sí mismo, entendido como algo, único, estable, descubrible, verificable, previsible, a un sí mismo intersubjetivo, dialógico, diverso, múltiple, cambiante, plural y complejo” (Dueñas, Ramírez, 2017),

Metodología

Modelización Sistémica

La investigación-intervención asume una mirada sistémica eco-eto antropológica, la cual se desarrolla en la Fundación Génesis. En la modelización se presenta un proceso en el que se ve, y se da cuenta de cómo en cada una de las fases iniciando por la definición del problema hasta llegar a las discusiones, se presentan unos tránsitos que permiten hacer una redefinición de los instrumentos, de los ajustes y esto implicara la construcción y diseño de escenarios conversacionales, donde se ejecutara el buscar comprender el sentido y significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones y la relación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión, así mismo se dará respuesta a la pregunta de investigación, y a los objetivos planteados, donde se realizara como último la retroalimentación de las comprensiones alrededor de los

procesos en el curso de la supervisión que favorecen la construcción del cambio y de aprendizajes significativos en un caso de adicciones.

Fase	Objetivo	Instrumento	Ajustes del Fenómeno
Definir el interés de la investigación-intervención.	Comprender el significado de los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión en caso de adicciones	Revisión de artículos científicos para comprender como la supervisión favorece aprendizajes significativos en un caso de adicciones	Comprender los procesos teóricos y conceptuales referente al significado de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión que favorezcan procesos generativos en las conversaciones frente al caso de adicciones
Construcción del estado del arte documental y testimonial	Conocer desde diferentes disciplinas la adicción y los procesos de aprendizaje y cambio en la supervisión	Artículos indexados en revistas científicas Entrevistas realizadas a dos profesionales en psicología con enfoque sistémico y con experiencia relacionada en adicciones	Comprender el problema de investigación a través del análisis de cuatro ejes temáticos: Jóvenes Adolescentes en consumo de SPA, intervenciones o enfoques trabajados en consumo de SPA, relación entre sistema familiar y terapeuta y Supervisión clínica en caso de adicciones que dan cuenta de los focos principales de la investigación. Comprender la experiencia en el campo de la supervisión en el tema de adicciones y su relación con la experiencia en investigación/intervención clínica
Sistema Teórico	Conceptualización desde las diferentes posturas teóricas de la pauta adicta, la relación entre sistema familiar y terapeuta, el contexto de la supervisión en caso de adicciones, con el fin de revisar la perspectiva	Revisión de las diferente bibliografía que abordan los focos principales de la investigación	Apropiación de los conceptos metodológicos desde las diferentes posturas teóricas de la pauta adictiva y la articulación desde donde se conceptualiza el fenómeno.

	paradigmática desde la cual se sustenta la investigación, los principios epistemológicos organizadores y operadores de la investigación – intervención y los dominios teóricos desde los cuales se conceptualiza el fenómeno		
Método	Construcción y diseño de escenarios conversacionales con el terapeuta en formación, investigador/interventor, terapeuta de la fundación y sistema consultante	Dar cuenta de lo que hacen juntos los terapeutas, los sistemas consultantes (familias e individuos), y los equipos terapéuticos para comprender el significado de los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión en caso de adicciones	Las unidades de análisis del proceso de investigación – intervención fueron las conversaciones y los relatos emergentes entre terapeutas, consultantes, equipo terapéutico y supervisor - investigador en cada una de las sesiones de intervención, con cada uno de los sistemas consultantes co – autores de la investigación. El análisis de los relatos se hizo con base en las categorías definidas como significados acerca de la adicción , aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión.
Resultados	Buscan comprender el sentido y significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones y la relación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión.	Comprensión de los procesos de aprendizaje y cambio, los resultados se presentarán desde tres conceptos amplio a saber: Dinámica de equipo de supervisión, Estrategia y Cambio. Las cuales son leídas desde 3 procesos transversales a cada uno, a. Proceso terapéutico, b. Adicción y c. Sistema familiar	Se realiza el análisis con base en los tres conceptos básicos, desde los tres procesos transversales de acuerdo al significado de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión.
Discusión	Dar respuesta a la pregunta de investigación y	Dar cuenta de los resultados confrontando los con los procesos	Se obtuvieron respuestas en relación con el fenómeno de

	responder a los objetivos planteados en la investigación, de tal manera que se logró establecer los sentidos y significados de la experiencia de un equipo supervisor que posibilitaban a través de procesos reflexivos como, procesos de aprendizaje y cambio,	teóricos establecidos en el marco teórico y estado de arte para dar cuenta de cómo la supervisión favorece los procesos de aprendizaje y cambio.	investigación, en donde se lograron comprensiones acerca de los objetivos planteados en la investigación
Conclusiones	Se realizó la retroalimentación de las comprensiones alrededor de los procesos en el curso de la supervisión que favorecen la construcción del cambio y de aprendizajes significativos en un caso de adicciones.	Dar cuenta en cada apartado de la construcción teórica e investigativa a partir de responder a la pregunta, objetivos, hipótesis acerca del fenómeno investigativo	Se comprendido el sentido y significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones y la relación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión

Tabla 1. Modelización Sistémica

La modelización son los modos de organizar la experiencia para poder leerla. Un modelo de investigación intervención nos plantea la creación de fenómenos en la experiencia y exige dar cuenta de cómo conocemos a partir de dominios explicativos autorreferenciales. Entendemos el conocimiento como el producto de procesos interaccionales, por lo tanto la investigación-intervención se desarrolló a través de la conformación de equipos reflexivos y la construcción de redes conversacionales en donde se comprendió y se transformó el fenómeno. (Estupiñán, Niño & Rodríguez, 2006)

Principios operadores de la investigación-intervención

Los principios desde los cuales se diseñó y se desarrolló el proceso de investigación – intervención fueron: la recursividad, la reflexividad, la auto – observación, la autorreferencia y la circularidad.

Para dar cuenta de estos principios partimos de la comprensión del lenguaje, el cual según Foerster (1986) habla de sí mismo, implica niveles de recursividad: se tiene lenguaje cuando existe un sistema comunicativo que puede referirse a sí mismo. Tiene una función dialógica, connotativa y constructiva. Es semántico y plurívoco, ya que es en él y desde el que se construyen los seres humanos y el mundo.

La reflexividad es una forma de conocimiento y está vinculada a la contextualidad del sentido (Noya, 1995). La investigación es acción y en palabras de Noya, (1995), la acción es reflexiva, el contexto viene elaborado y dado desde la reflexividad y se despliega en el discurso.

Las consecuencias de una acción orientada en algún sentido en un contexto particular producen una nueva situación, por lo tanto, el sentido de una acción lleva siempre incorporado un contexto. Según Noya (1995) la reflexividad se recrea, se destruye y se reconstruye siempre en contextos. El contexto es reflexivo y la reflexividad contextual. De allí la importancia de la reflexividad, ya que como dice Pakman (1995), toda intervención es también una intervención sobre nosotros mismos, y toda investigación, es el descubrimiento de nosotros mismos.

Otra dimensión importante en la acción investigar – intervenir es la auto – observación, la cual se da como un proceso de mutualidad (Speier, 1992 citado por Pakman, 1995), es decir, a través de los ojos de los demás (Foerster, 1991). La auto – observación se puede comprender entonces como un proceso social que junto a la observación dan cuenta de la dimensión participativa, y configuran la autorreferencia.

La cibernética de segundo reconoce en sí misma la ética ya que permite hablar y comportarse de manera reflexiva frente a sí mismo y a los otros, y permite reconocer el impacto de los procesos

creados en la interacción. Otro principio epistemológico fundamental para la práctica de investigación – intervención es la circularidad.

En los inicios de la terapia familiar sistémica se entendió como un atributo de las explicaciones causales que permitían puntuar los discursos de modos diversos (Watzlawick, 1967, citado por Pakman, 1995), desde el constructivismo se entiende la circularidad en acción, como una práctica social, en donde se comprende que el conocimiento acerca de algo aparece como consecuencia de involucrase en diálogos que lo hagan posible desde distinciones novedosas, y no como un cúmulo de información que ya estaba allí antes del diálogo. (Pakman, 1995). La circularidad en acción permite que la investigación – intervención esté orientada hacia los procesos y no hacia los contenidos.

a. Pensamiento Complejo

Introducirse en el pensamiento complejo significa adentrarse en la idea de red, en que las personas por sí mismas, se sienten motivadas a desplegar una ética universal para la aceptación de todas las ideas que produce el otro y Torres (2007).

La dimensión epistemológica fundamentada en los principios de la investigación social de segundo orden se basa en el pensamiento complejo, caracterizado por los siguientes principios según Morín (1994): nada está realmente aislado en el universo y todo está en relación, no se pueden conocer las partes si no se conoce el todo, y no se puede conocer el todo si no se conocen las partes. Está bien distinguir entre materias, pero no hay que establecer separaciones absolutas. Nuestro universo es el fruto de la dialógica entre el orden y el desorden. El verdadero pensamiento es el que mira de frente, enfrenta el desorden y la incertidumbre. Todos los objetos son sistemas

y por lo tanto tienen algún modo de organización. Lo que vincula el todo y la parte en una retroacción permanente es la emergencia, entendida por Morín (1994) como cualidades que nacen a nivel del todo y que pueden retro actuar sobre las partes. Para Morín (1995) la complejidad lleva en sí misma la imposibilidad de unificar, la imposibilidad del logro, una parte de incertidumbre, y el reconocimiento de lo indecible. Complejidad no es totalidad, ya que la pretensión de la totalidad lleva consigo la pretensión de la verdad, la cual no es posible al reconocer el carácter intersubjetivo y autorreferencial del conocimiento. Una de las ideas de la complejidad frente a nuestra pretensión del conocimiento es que somos coproductores del objeto que conocemos (Morín, 1995), por eso también conocimiento es contradicción, es novedad, es invención, es caos.

Esta investigación reconoce el desarrollo retroactivo y suplementario entre investigar e intervenir, por consiguiente, el método es contextual y reflexivo; es importante resaltar que la investigación cualitativa de segundo orden es epistemológicamente reflexiva y contextual (Lizcano, 2012) una acción en la que se incluye al sujeto en la observación de sus estudios científicos y en la que este es capaz de hacer conciencia de que lo que está observando también lo construyen otros observadores (Mejía, 2002)

Una disciplina como la psicología, que se reconfigura en la construcción teórica y que quiere sustentarse a través de fundamentos investigativos, debe consolidarse a través de posturas filosóficas, epistemológicas y paradigmáticas que permitan lograr tales objetivos, y es en la investigación cualitativa de segundo orden (Lizcano, 2012, pp 149-162) como manera de hacer viva la complejidad, donde los elementos esenciales giran en torno a la construcción de ese

sentido, el sujeto como generador y constructor de ellos y a la inclusión de su dimensión afectiva dentro de la configuración subjetiva (González, 2000).

La base de la producción investigativa interesada en las cualidades de los fenómenos humanos es la relación con los otros, de acuerdo con Sisto (2008) la investigación emerge como producción dialógica y supone una nueva mirada epistemológica en ciencias sociales en donde la preocupación es por la calidad y textura de la experiencia (Willing, 2001).

La investigación social parte del interés por las acciones humanas, y estas son definidas como realidades que se construyen y se observan en contextos relacionales particulares. Entre las personas construyen la realidad, la producen desde sus interacciones. Lo anterior corresponde al dominio de la subjetividad, lo cual implica para la investigación una acción interpretativa de los textos que emergen en las diferentes escenas de la investigación. (Navarro & Díaz, 1995)

b. Paradigma sistémico constructivista construccionista

De acuerdo con Cecchin (1994) dieron a su trabajo un nuevo giro determinado por la influencia de la cibernética de segundo orden y las teorías socio construccionistas. Uno de los cambios más significativos ocurrió precisamente en la relación terapéutica al señalar la inclusión y participación del terapeuta dentro del sistema observado. Rait (2000) La cibernética de segundo orden trajo a la terapia sistémica de La Escuela de Milán una nueva postura para el terapeuta, que lo involucra dentro de la descripción que éste hace acerca de lo que observa; es decir, el sistema signifiante, conformado por todas las unidades (personas o instituciones) involucradas en el intento de aliviar el problema (Boscolo, et al., 1987).

De acuerdo con Cecchin (1994) las ideas principales que marcaron el desarrollo del paradigma sistémico tienen que ver en primera instancia con el paso de la noción de feedback a la de información. El feedback supone una interacción mecánica entre un terapeuta y un consultante, define un contexto en el cual el terapeuta debe tener control sobre la sesión y sobre una relación basada en la confrontación. De otra parte, la información se genera en la relación terapéutica desde una postura curiosa y cooperativa del terapeuta quien reconoce que todo lo que ocurre en la interacción es novedad. De acuerdo con Bateson (1979, citado por Cecchin, 1994) las personas permanecen juntas para tratar de encontrar sentido a su relación mutua, la idea del poder del terapeuta dio paso a la preocupación por la relación y el sentido que ésta tenga para los actores en un contexto determinado. Lo primero permite renunciar la preocupación por el poder y el control del cambio, y facilitar camino a un proceso autorreflexivo en el cual los terapeutas se pregunten por sí mismos y por el efecto de su intervención en las relaciones en que participan

Reconocer el pensamiento sistémico como un paradigma implica el desplazamiento del foco de la familia al terapeuta, hacia un ejercicio autorreflexivo en donde se expliciten las hipótesis desde las cuales los interventores comprenden lo que se genera en la relación terapéutica. Se entiende desde esta perspectiva que la hipótesis es una forma de construir vínculos, de establecer conexiones con el sistema y no un proceso de descubrimiento de la historia real (Cecchin, 1994).

c. Óptica Constructivista

“El constructivismo señala que todas las afirmaciones acerca de la “realidad” son finalmente afirmaciones hechas por un observador” (Araya, Alfaro, Adonegui, 2007, pp. 76-91). Nuestro conocer este entrelazado de manera indisoluble con nuestra “máquina de conocer”, así nuestras

visiones o concepciones acerca de la realidad dejan de ser “reales” en la medida que están inevitablemente condicionadas por el propio proceso de conocer. (Guido Demicheli, 1991)

La epistemología constructivista entonces, presta principal atención a los modos en que las distintas personas van configurando la realidad en que participan, sin pretender la existencia de una verdad única (objetiva) sino por el contrario, creyendo en la pluralidad, en la existencia de múltiples versiones, las que sin duda se entrecruzan y superponen en cotidianos consensos que nos hacen funcionar en la ilusión de estar en la objetividad (Guido Demicheli, 1991)

Es aquí entonces donde la pregunta por el operador terapéutico resulta crucial ya que concebir el quehacer terapéutico como consistente en cambiar la consulta de los pacientes, de acuerdo con un modelo psicopatológico o de “debe de ser”, tiene implicancias correlacionales y éticas fundamentalmente distintas a las que se generan cuando se trabaja teniendo en cuenta una perspectiva sistémica general, y una posición constructivista en particular, acerca de este mismo quehacer. (Guido Demicheli, 1991)

De allí que la curiosidad que proclamaba Bateson (1972) y reactualizo Cecchin (1988) del terapeuta por el sistema de creencias y premisas con que opera y construye el mundo la familia con que está tratando resulte ser una actitud y primer paso esencial para empezar a comprender, en un dominio conversacional a todo humano, que es aquello que aqueja a quienes consultan y de qué modo y dentro de qué espacio ellos quieren ser ayudados (Guido Demicheli, 1991)

El constructivismo surge en contra del objetivismo, del realismo empírico y en contra del esencialismo. La realidad, la verdad, se construyen; son producto de prácticas discursivas (Schwandt, 1994 citado por Valles, 1999). Supone que en la producción del conocimiento sobre

la realidad social se da una interdependencia entre el investigador y los investigados (Steiner, 1991, citado por Noya, 1995). El autor plantea que el cimiento del constructivismo ecológico es la co – construcción del conocimiento en un argumento determinado de entrecruzamiento de perspectivas, y resalta los principios de la reflexividad del investigador y la autorreferencia de la observación.

Las preguntas fundamentales de las que parte el constructivismo son: qué es conocer y qué es conocimiento, ante lo cual se plantea que el conocimiento no nos brinda una representación de un mundo independientemente, sino, un mapa de lo que puede hacerse en el ambiente en el que uno tuvo experiencias. (Piaget, 1937, citado por Glasersfeld, 1994).

d. Construccinismo Social

El construccionismo social surge en medio de un conjunto complejo de propuestas teóricas de las ciencias humanas en la contemporaneidad. Este abordaje se constituye como movimiento de crítica a la psicología social “modernista” y se fundamenta principalmente a partir de Gergen. Magnabosco (2014). El pensamiento posmoderno y las ideas construccionistas sociales se aplican a las prácticas terapéuticas, psicosociales, en la enseñanza, en el consultorio y en la organización (Gergen, 1996; Gergen & Gergen, 2010; Shotter & Lannamann, 2002)

El Construccionismo social es un abordaje, representante auténtico del pensamiento posmoderno. Los críticos posmodernos valorizan las conexiones entre las personas y se basan en la creencia de que las interpretaciones y las intervenciones no ocurren a menudo, y que confirmar el significado de las personas es el punto alto de dicha propuesta (Anderson, 1990; Gergen, 1985, 1996, 1999, 2006; Grandesso, 2000; Rasera & Japur, 2005, 2007).

El foco está en el lenguaje que construye esos mundos sociales. La vida de las personas se organiza por el significado construido acerca de sus experiencias y se atribuye a esas conexiones. De este modo, el significado de cualquier vivencia dependerá del contexto, y los recursos para esa significación no siempre se hallarán en la persona misma, sino en sus relaciones (Magnabosco, 2014, pp 220-242). Dichos recursos son metáforas, significados, discursos y representaciones que constituyen tanto conocimientos como experiencias que son consideradas y legitimadas en los contextos de conversación (Anderson, 2010; Epston, 1997; Gergen, 1985; Grandesso, 2002, 2008; Hoffman, 1993, 2001; White & Epston, 1993)

Para Gergen (1985, p. 266) “el construccionismo social concibe el discurso sobre el mundo no como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un producto de la interacción social”. El Construccionismo Social se considera un movimiento que apunta a la discusión de una ética y una política relacional, existente en el grupo familiar y en los demás grupos. Su dimensión ética enfatiza la importancia de las relaciones sociales como espacio de construcción del mundo. La realidad es siempre representada a partir de un punto de vista cultural y un lenguaje particular. (Magnabosco, 2014, pp 220-242). Aunque la realidad de la palabra, como es el caso de cualquier signo, resida entre individuos, la palabra, al mismo tiempo, se produce por medio del mismo organismo específico, sin cualquier recurso, cualquier equipamiento o cualquier otro tipo de material extracorpóreo (Shotter & Lannamann, 2002).

Al referirse a las principales características epistemológicas y ontológicas del Construccionismo Social, Gergen (1999) apunta cuatro cuestiones esenciales: (i) conocer el mundo por la historia y por la cultura; (ii) tener en cuenta la interacción entre las personas; (iii) la relación entre conocimiento y acción; y (iv) el realce de una postura crítica y reflexiva como

producción del conocimiento. Bosco Magna (2014), percibe entonces que esta derivación cuestiona realidades y valores de la existencia cotidiana, implica revelar la organización interna de los significados, construyendo significados compartidos. No hay verdades para confirmar, sino significados relevantes para cada persona, lo que confirma que la búsqueda de la realidad se basa en la multiplicidad de sus manifestaciones y nunca se revela en su totalidad. Por lo tanto, es necesario que se problematice el fenómeno revelado para que sea mejor entendido. (Magnabosco, 2014, pp 220)

Las personas viven de acuerdo con las historias que construyen sobre la experiencia vivida. Cuando cuentan sus historias, son protagonistas y entienden mejor sus vidas, las alegrías y los sufrimientos por los cuales transcurren. Todas las vivencias solo tienen sentido porque poseen una historia. Ser el personaje principal significa ser el autor de su propia vida. Los terapeutas construccionistas creen que la persona al narrar un evento de su vida reescribe su historia. De ahí que los problemas puedan resolverse y/o transformarse, creándose nuevas historias, mientras que nuevas oportunidades ganan visibilidad. (Magnabosco, 2014, pp 226). Recrear espacios ya vividos y momentos ya valientemente enfrentados, permite abrir nuevos campos y direcciones. (Gergen, 1996; Gergen & Gergen, 2010; Shotter & Lannamann, 2002)

Las narrativas son eventos ligados en secuencia a través del tiempo de acuerdo con un enredo. White y Epsen (1993) están comprometidos con este campo del conocimiento en terapia familiar. Esos autores destacan que los relatos no nacen de la “nada”, sino se construyen a partir de una red de procesos integrados por múltiples eventos de manera recursiva. La interacción de diferentes prácticas es construida y construye las situaciones de la vida cotidiana. No existe una definición precisa sobre qué son las narrativas, pero se pueden comprender como formas lingüísticas usadas

para contar algo sobre el proceso vivencial y para expresar experiencias y situaciones. Las narrativas son construcciones complejas alrededor de tramas temáticas, construidas en una dimensión histórica y negociadas socialmente, manteniéndose siempre abiertas a la reconstrucción, y el Construccinismo Social como abordaje teórico para la comprensión no constituyéndose como una posesión de las personas, sino de sus relaciones vividas en un sistema social e histórico, y en los modos discursivos reservados por la cultura. (Magnabosco, 2014, pp 220-242). Por lo tanto, no se refieren solamente al mundo interno de la persona o a sus cogniciones, sino también son formas sociales de significar lo ocurrido, y organizar las acciones que forman parte del proceso conversacional (Gergen, 1996).

Desde el construccionismo social el terapeuta es definido como un epistemólogo el cual debe abrir la posibilidad de observar múltiples niveles de análisis y debe lograr separar qué le pertenece al observador y qué al dominio de lo que observa (Foerster, 1985)

De acuerdo con las ideas anteriores y a partir las ideas de Foerster (1985) la terapia consiste en establecer un contexto de escucha y en recalcar la capacidad dialógica de los individuos. El acto de escuchar permite encontrarse con ideas diferentes y mantiene firme el proceso de interpretación conjunta, el cual es posible a través de una conversación basada en preguntas abiertas que le permita a quien argumenta inventarse y auto crearse en la relación terapéutica.

El terapeuta que se fundamentó en un paradigma constructivista - construccionista cambia su propia perspectiva al interior del sistema terapéutico de una posición de responsable experto en cómo cambiar a los demás, pasa a ser un co – autor del cambio y un consultor que favorece a

partir su intervención la reorganización de los sistemas. Lo que cambia son las descripciones acerca de los fenómenos humanos, las reglas de las relaciones en las que se mantienen los dilemas, el orden que impide el desorden, creándose una nueva realidad.

Lo anterior le exige al terapeuta objetar un único punto de vista para asistir la emergencia de múltiples posibilidades de lectura de los dilemas que permitan la reflexión y la intervención de procesos evolutivos.

Siguiendo la noción de historia planteada por Bateson (1979, citado por Pakman, 1995) considera que podemos entender la realidad como una construcción a través de diferentes tipos de historias: las que contamos, las historias de las que hacemos parte y las encarnadas.

Según el paradigma narrativo, los seres humanos construimos historias que causan problemas, pero también historias que curan (Hillman, 1983, citado por Cecchin, 1998). Anderson y Goolishian).

Si el terapeuta mantiene una postura de apertura, este puede beneficiar la creación de otras historias, y por ende de otras realidades más funcionales. Dicen los autores que no se trata de contar historias buenas a los pacientes como un entrenamiento para disentir sus historias como si estas fueran malas. A partir esta perspectiva no puede comprenderse la terapia como un conjunto de técnicas para el cambio, y queda redefinida la postura del terapeuta quien no asume el control, sino hace parte activa en la construcción y emergencia de historias que enmarcan el cambio.

Principios Epistemológicos

Cibernética de Segundo Orden

Una de las bases fundamentales del constructivismo es la cibernética, entendida como una disciplina que centró su interés en la autorregulación y en la auto – organización de los organismos. (Araya, Alfaro, Andonegui, 2007, pp 76-92). La autorregulación se interroga sobre la actividad del conocer y acerca de si el conocer es el resultado de la autorregulación (Glaserfeld, 1994)

El conocimiento supone la invención de la realidad. De acuerdo con Foerster (1994) el lenguaje y la realidad están relacionados ya que el mundo es una imagen del lenguaje. El mundo es un resultado del lenguaje, es decir, el lenguaje genera el mundo, no denota el mundo. En palabras de Foerster (1994) "es el lenguaje el que crea el mundo", y hace una distinción interesante que puede aplicarse a la investigación, entre inventar y revelar.

Desde la cibernética de segundo orden la investigación busca inventar, porque es a partir allí como se crea el mundo.

Si el propósito de la investigación fuera descubrir algo, el lenguaje sería una imagen, una representación del mundo.

De acuerdo con Anderson y Goolishian (1990), White (1889) y Hoffman (1990), los hombres viven inmersos en historias en las cuales participan, historias que incluso pueden originar problemas y las soluciones para resolverlos. Dice Cecchin (1998) que los seres humanos traducimos nuestros sistemas de creencias en historias que al contarlas organizan e interpretan

nuestra experiencia de la vida. Estas historias pueden ser más o menos rígidas, y están vinculadas a contextos sociales y culturales específicos.

Conceptos metodológicos

La investigación – intervención emerge de la construcción de procesos, conversacionales y redefiniciones entre el equipo terapéutico –conformado por terapeutas en formación y un supervisor - investigador y un sistema consultante institucionalizado en la fundación Génesis con un motivo de consulta entendido por los investigadores en un caso de adicciones.

Particularmente uno de los intereses de la investigación fue dar cuenta de lo que hacen juntos los terapeutas, los sistemas consultantes (familias e individuos), y los equipos terapéuticos en un contexto de formación, para redefinir procesos de cambio de igual forma vinculados al objetivo de complejizar los modos de lectura e intervención de los profesionales.

Para dar cuenta de los cambios emergentes durante el proceso de investigación – intervención en relación con el sentido de las adicciones en los consultantes y consultores, partimos de la idea de Schnitman (1996), quien entiende el cambio como la creación de futuros posibles o como los mundos creados en la conversación que toman la forma de realidades alternativas, de tal manera que emerjan nuevas comprensiones y por ende nuevos relatos acerca de los dilemas humanos. Relatos que intervienen el desarrollo y la salud mental y actualicen las versiones desde las cuales se define lo "adictivo". quien entiende el cambio como la creación de futuros posibles o como los mundos creados en la conversación que toman la forma de realidades alternativas, de tal manera que emerjan nuevas comprensiones y por ende nuevos relatos acerca de los dilemas humanos.

Relatos que intervienen el desarrollo y la salud mental y actualicen las versiones desde las cuales se define los procesos adictivos

Aprendizaje y cambio en el escenario de Supervisión:

Para hacer las comprensiones sobre el aprendizaje y el cambio en el escenario de la supervisión se retoma entonces en palabras de Ausubel (1976) que el aprendizaje no es una simple asimilación pasiva de información, el sujeto la transforma y la estructura. El aprendizaje significativo es aquel que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación entre la nueva información y las ideas previas de los estudiantes.(Viera, 2003, pp 37). Es por ello por lo que, el aprendizaje significativo genera en los estudiantes estados de reflexión, imaginación y criticidad.

El cambio es entendido como el proceso discontinuo que implica la emergencia de novedad a partir de la interacción de los actores de un contexto, opera, por saltos, los que no se vinculan a programas o pasos establecidos de antemano (Boscolo L. Bertrando P., 1996). Por ello el cambio se encuentra en el dominio de lo fenomenológico, pues es una experiencia singular, en cada individuo en un orden.

Los enfoques sistémicos, ecológicos y complejos han propiciado unas comprensiones del aprendizaje que, de una u otra manera, superan los determinismos a los que este se vio expuesto desde diferentes enfoques disciplinares y pluridisciplinarios. Si se quiere, estos enfoques han reconocido las limitaciones clásicas de las distintas dimensiones sobre las cuales se soportó la comprensión del aprendizaje, atendiendo por un lado las advertencias que plantearon diferentes tendencias críticas pero, por otro lado, propendiendo la restitución de unas propuestas comprensivas decididas a superar los determinismos en que no dejaron de incurrir estas mismas

tendencias. En este sentido, los enfoques sistémicos, ecológicos y complejos no han supuesto solamente el desarrollo de unos nuevos puntos de vista sino, más allá, una visita renovada a los presupuestos sobre los cuales se configuran paradigmas anteriores.

Safran y Muran (2005) citados en Rey (2010), definen la formación del terapeuta desde la supervisión como un entrenamiento en el que el aprendiz con sus aciertos es invitado por su supervisor hacia la autonomía. Esto permite destacar nuevamente una puesta en juego del terapeuta y un proceso generativo y constructivo en un ordenamiento de creciente complejidad, lo que permite destacar cualquier tipo de modelo pedagógico o la formación hacia la adquisición de técnicas. El terapeuta vivencia, reflexiona e implementa su propia forma de proceder en la terapia, por ello, la incertidumbre que se puede generar en la intervención terapéutica con el paciente es reflexionada y sentida por el terapeuta, quien dispondrá de sus recursos apropiados para contribuir a la ayuda solicitada.

El conocer implica para Rey (2010), un transitar por uno mismo, es un acto que alimenta y retroalimenta al mismo tiempo y el cual se expande –recoge, requiere la flexibilidad para reconocer el impacto social y la complejidad de la vida misma para dar respuestas en la manera en que se comprende el contexto terapéutico y la intervención. La supervisión sistémica es considerada por Rey (2010) a la luz de los planteamientos de Cuendet, a quien cita en relación con que [...] el terapeuta que acepte a una familia en tratamiento forma con ella un sistema terapéutico. Ese sistema se estructura con el fin de provocar un cambio y hace participar al terapeuta en las transacciones de la familia. Con la introducción de un supervisor este sistema se modificará y tomará la forma de un suprasistema didáctico.

El aprendizaje y cambio es un primer concepto metodológico que va a ser global para la interpretación que se va a tener desde tres categorías el primero va a ser: La dinámica del equipo supervisor, el segundo la estrategia y el tercero el proceso de cambio.

a. Dinámica del Equipo de Supervisión:

Para Schnitman (2011) permite a las personas posicionarse activamente frente a las dificultades y preguntarse reflexivamente como desean o visualizan que estas posibilidades puedan propiciar transformaciones.

En este sentido, la persona es generador de un futuro posible a partir de acciones efectivas que lo postulen como actor de su realidad. Satir (2002) manifiesta que todos los seres humanos estamos en la capacidad de repensarse y construir nuevas maneras de sentir, pensar y de usarse a sí mismo para el cambio. Por lo tanto, no existe alguien que no pueda co-evolucionar, tan solo el interés y la curiosidad por ahondar en todos aquellos aprendizajes que la persona ha construido en su vida puede facilitar la reconfiguración de la experiencia vivida y posibilitar movilizaciones construyendo realidades y futuros posibles en donde el cambio se hace visible en la resignificación de su historia propiciando un presente mucho más afable. En este punto se hace visible la importancia de la cibernética de segundo orden y la implicación al asumir esta postura en los procesos terapéuticos, posibilitando mantener una meta observación permanente, es decir reflexionar sobre la emergencia de ideas, teorías, emociones y acciones del contexto terapéutico, con el propósito de comprender cómo se generan las definiciones, descripciones y observaciones que se hacen, teniendo claro que nuestra forma de pensar, sentir y actuar es tan sólo una de las muchas alternativas posibles (Viloria, 2012).

De acuerdo con lo anterior, es importante generar un espacio posibilitador de cambio, donde los participantes puedan expresar y compartir sus experiencias y comprensiones frente a la adicción, por medio de preguntas desde el “Para que” evitando utilizar el “Porque”, esto con la intención de conducir la conversación desde un espacio reflexivo y generativo.

Para Sesma (2011), nos invita a vivenciar y comprender el espacio conversacional desde la postura de compañeros conversacionales, donde el terapeuta llega a la sesión con la disposición de construir el proceso terapéutico junto con los participantes “un poco lo de ellos, un poco lo mío, más un poco lo que surge en el encuentro”. Esta autora es clara al inferir que el terapeuta debe asumir una postura horizontal para posibilitar la transformación y el cambio.

b. Estrategia:

Con la intención de alcanzar los objetivos propuestos en el trabajo investigativo-interventivo, se plantean algunas estrategias las cuales responden a cada escenario, estos a la vez retoman referentes teóricos sobre los cuales se asume la postura de investigación-intervención, como son *la recursividad, la reflexividad, la auto – observación, la autorreferencia y la circularidad*, al hacer partícipes a los integrantes de cada escenario desde una postura, incluyéndose en la práctica desde nuestros procesos auto y heterorreferenciales, posibilitando no solo el reconocimiento de cada uno, sino también la co-construcción de conocimiento, estrategia que permitió la interacción de estas experiencias como recurso posibilitador de cambio y de reconocimiento. Finalmente, el principio operador de la complejidad, es transversal en la medida en que se considera el todo y las partes de cada experiencia y proceso para hablar de sistema, considerando el ejercicio investigativo-interventivo un sistema que busca posibilidades de emergencias en los participantes.

d. Procesos de cambio:

Comprendemos el cambio como un proceso inherente, posibilitador de la vida. La vida es posible con el cambio. Cambio como transformación, evolución, especialización y complejización, proceso discontinuo que implica la emergencia de novedad a partir de la interacción de los actores de un contexto.

Focos De Abordaje

La información que corresponde a los conceptos metodológicos se relaciona de acuerdo con los niveles de abordaje, expuestos a continuación:

- a. **Proceso terapéutico:** El proceso terapéutico es entendido como un espacio de encuentro humano con la pretensión de promover el bienestar ampliando la conciencia de quienes participen, a través de conversaciones reflexivas que movilizan las historias dominantes, las pautas de interacción y las redes de relación que habilitaran formas novedosas de actuar.
- b. **Adicción:** La postura de enfermedad y la definición de adicto al joven en situación de consumo de SPA desde donde se plantean las estrategias de intervención, tienen una trayectoria amplia, tanto en el abordaje como en el tratamiento de la adicción. En ese sentido el fenómeno del consumo se comprende desde una perspectiva médica basada principalmente en la dimensión biológica de la persona. (Levounis, Zerbo y Aggarwal, 2017; Burns, 2001). Estas características se pueden identificar inicialmente en las exigencias de los sistemas amplios, como instituciones de salud, en cuanto a la “solución” de la problemática desde los protocolos de intervención. Posteriormente en las expectativas de la familia sobre el éxito de la intervención y, finalmente el procedimiento

del profesional de la salud (médicos, psicólogos etc.) sobre la base de los conocimientos adquiridos y las perspectivas sobre la labor clínica.

- c. ***Sistema familiar:*** La familia la pensamos como un ecosistema (Hernández, 1997) y como sistema humano la concebimos como orientada “proactivamente” hacia la construcción de significados, donde se reconoce la importancia fundamental de sistemas de significación compartidos, contruidos y sostenidos en los relatos familiares de la experiencia histórica familiar.

Contextos y Participantes

La Investigación-Intervención se realizó en la Fundación Génesis de la ciudad de Bogotá, donde se llevan a cabo trabajos de rehabilitación a jóvenes en situación de consumo de SPA. El eje principal de este proceso se desarrolló con el equipo de profesionales de la Fundación. Dentro de su visión promueve ayudar a la evolución del nuevo comienzo del ser humano, por medio de un tratamiento integral contra la adicción, lográndolo construir a partir de las premisas del alto al consumo y el trabajo introspectivo sobre el sentido de la vida y proyección de esta, este trabajo acompañado por un equipo de profesionales con sentido humano, especializados en el tema de adicciones, la motivación, terapias tradicionales y alternativas. La atención de la fundación génesis de (Colombia está centrada en intervenir personas con conductas adictivas y en consumo de sustancias tóxicas) a través de los siguientes ejes: tratamientos, promoción, prevención, convenios y formación; esta institución hace parte como contexto de prácticas de estudiantes de 10 semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad Minuto de Dios en la ciudad de Bogotá, participaron una asesora del directora de trabajo de grado, siendo parte de los niveles de observación en el proceso de investigación-intervención, así como en los procesos de supervisión

y acompañamiento directo en casos en donde se pueda presentar situación que requiera intervención en crisis, el ET (Estudiantes en proceso de formación de 10 semestre de la Universidad Minuto de Dios) la SI (Docente de la Universidad Minuto de Dios, quien es también Supervisora de Prácticas e investigadora de 10 de semestre de la facultad de Psicología) T (Psicólogo Fundación Génesis) SC (joven remitidos por la EPS Salud Vida.)

Escenas de Investigación y preguntas orientadora

El campo de investigación se define como el contexto de supervisión entre el terapeuta, el equipo terapéutico, los sistemas consultantes y un supervisor – investigador del problema en caso de adicciones. El supervisor de la institución que tiene formación desde una perspectiva sistémica – constructivista – construccionista y el equipo terapéutico son estudiantes de la Facultad de psicología de la Universidad Minuto de Dios de X semestre.

El Supervisor – investigador es un docente que acompaña y favorece el desarrollo de competencias en los estudiantes para la investigación e intervención. El sistema consultante está conformado por sus familiares que asisten según el proceso interventivo, y el consultante se encuentra institucionalizado en la Fundación Genesis recibiendo atención y seguimiento en psicología por caso de adicciones.

Para el desarrollo de la investigación se creó cuatro escenas orientadas por las preguntas de investigación, que se describen a continuación:



Figura 3. Escenario de Investigación-Intervención

Escenarios

El proceso de investigación – intervención se desarrolló a partir de cuatro escenarios. Cada escenario corresponde a un encuentro de intervención clínica en la que participaron un terapeuta (T), un equipo terapéutico (ET), un supervisor – investigador (S-I), y un sistema consultante (SC), unidos por el objetivo de estudiar juntos el sentido y mantenimiento de un fenómeno psicológico complejo.

A continuación, se describe el proceso llevado a cabo en cada uno de los escenarios:

Precesión a: corresponde al primer momento en el cual conversan: un terapeuta (T), el equipo terapéutico (ET), y el supervisor – investigador (S-I), con el fin de realizar el estudio del motivo de consulta de un sistema consultante asignado a uno de los estudiantes del grupo de supervisión de X semestre de la Universidad Minuto de Dios de la Fundación Genesis.

El objetivo de este momento fue estudiar con el equipo (T, ET, S-I) las definiciones que hace el sistema consultante acerca de sus dificultades y aspectos generales acerca de la historia del problema (a nivel de la decisión para institucionalizar al paciente en cuanto al caso en adicciones u otros procesos). El profesional al cual se le ha asignado el proceso y el equipo, pudieron conversar sobre sus primeras impresiones y lecturas iniciales acerca de la situación para efectos de la investigación.

Precesión b: a partir del segundo encuentro entre el terapeuta (y/o consultor/), el equipo (ET) y el supervisor – investigador (S-I), el grupo conversó sobre las sesiones anteriores. Dependiendo de cada situación se conversó sobre impresiones, recuerdos, procesos contruidos, nuevos objetivos, cambios emergentes, propuesta de rutas para el encuentro que va a empezar, entre otros.

Sesión a: proceso conversacional entre el terapeuta (o consultor – T) asignado para el proceso y el sistema consultante (SC).

Cuando la sesión es el primer encuentro entre el terapeuta (o consultor –T) y el consultante (SC), tuvo como propósito reconocer la historia de construcción del dilema, y definió la pertinencia de iniciar un proceso de psicoterapia según el análisis hecho entre el interventor (T) y el sistema consultante (SC), en relación con los acuerdos acerca del cambio.

Este primer encuentro fue un momento privilegiado para crear una relación entre el terapeuta (T), el equipo (ET) y los consultantes que permitieron reconocer las conversaciones en las que se han creado las definiciones acerca de las adicciones y para redefinir las oportunidades de cambio.

Sesión b: todas las sesiones posteriores a la primera fueron planteadas como el encuentro entre un terapeuta (o consultor – T) y el consultante (SC) para seguir con el proceso de comprensión

que favorecieron los diferentes escenarios de supervisión y facilitaron la redefinición del problema en caso de adicciones y permitieron la emergencia del cambio.

Intercesión: La intercesión se desarrolló en dos momentos:

Conversación del terapeuta (o consultor – T) con el equipo terapéutico (ET) y el supervisor – investigador (S-I).

La conversación fue guiada por el supervisor – investigador (S-I) y dio inicio con un proceso autorreferencial del terapeuta: Facilito el proceso construido con el sistema consultante y el impacto de este: lecturas, logros, dificultades, comprensiones, sensaciones, entre otros.

El equipo terapéutico se vinculó a la conversación a partir de sus impresiones y comprensiones elaboradas al observar activamente la conversación entre el terapeuta (T) y el sistema consultante (SC). El equipo terapéutico se vinculó a la conversación a partir de sus impresiones y comprensiones elaboradas al observar activamente la conversación entre el terapeuta (T) y el sistema consultante (SC).

El supervisor – investigador (S-I) intervino a partir la realización de preguntas a todos los estudiantes en formación (T y ET) para ubicarlos como meta observadores de sí mismos, de la relación y de la conversación en el contexto clínico.

Entre el terapeuta (T), el equipo (ET) y el supervisor – investigador (S-I) se planteó un equipo reflexivo que permitió colocar también al sistema consultante (SC)

como meta observador de sí mismo, del proceso clínico y de las construcciones generadas en correlación con sus expectativas de cambio.

El propósito de desarrollar un equipo reflexivo seguido de la sesión es que el sistema consultante se observó a sí mismo a partir la conversación del equipo y logro complejizar sus comprensiones y versiones acerca reconocer las conversaciones en las que se han creado las definiciones acerca de las adicciones y para redefinir las oportunidades de cambio.

Cierre: etapa en el cual el terapeuta (T) y el sistema consultante (SC) realizaron un proceso de chequeo acerca de las creaciones y movilizaciones generadas durante todo el proceso de conversación entre los diferentes actores.

La conversación de cierre se centró en las posibilidades construidas y en las nuevas versiones creadas acerca de los dilemas definidos entre los interventores y el sistema consultante, y el impacto de estas en la vida de todos los participantes del escenario.

Postsesión: El equipo (T – ET) y el supervisor – investigador (S-I) termino cada encuentro con una conversación acerca de las construcciones realizadas con el sistema consultante (SC) en relación con: comprensiones y versiones acerca reconocer las conversaciones en las que se han creado las definiciones acerca de las adicciones, redefinir las oportunidades de cambio, la psicoterapia, la persona del psicoterapeuta, logros, novedad, los dilemas, los aprendizajes de acuerdo a la intervención y a sus vidas, y propósitos para un próximo encuentro.

Escenario I	Escena I	Precesión a: Corresponde al primer momento en el cual conversan: un terapeuta (T), el equipo terapéutico (ET), y el supervisor – investigador (S-I), con el fin de
--------------------	----------	---

		realizar el estudio del motivo de consulta de un sistema consultante asignado a uno de los estudiantes del grupo de supervisión de X semestre de la Universidad Minuto de Dios de la Fundación Génesis.
		Precesión b: a partir del segundo encuentro entre el terapeuta (y/o consultor/), el equipo (ET) y el supervisor – investigador (S-I), el grupo conversó sobre las sesiones anteriores. Dependiendo de cada situación se conversó sobre impresiones, recuerdos, procesos contruidos, nuevos objetivos, cambios emergentes, propuesta de rutas para el encuentro que va a empezar, entre otros.
Escenario II	Escena II	Sesión a: proceso conversacional entre el terapeuta (o consultor – T) asignado para el proceso y el sistema consultante (SC). Cuando la sesión es el primer encuentro entre el terapeuta (o consultor –T) y el consultante (SC), tuvo como propósito reconocer la historia de construcción del dilema, y definió la pertinencia de iniciar un proceso de psicoterapia según el análisis hecho entre el interventor (T) y el sistema consultante (SC), en relación con los acuerdos acerca del cambio
		Sesión b: Todas las sesiones posteriores a la primera fueron planteadas como el encuentro entre un terapeuta (o consultor – T) y el consultante (SC) para seguir con el proceso de comprensión que favorecieron los diferentes escenarios de supervisión y facilitaron la redefinición del problema en caso de adicciones y permitieron la emergencia del cambio
Escenario III	Escena III	Intercesión: La intercesión se desarrolló en dos momentos: 1. Conversación del terapeuta (o consultor – T) con el equipo terapéutico (ET) y el supervisor – investigador (S-I). La conversación fue guiada por el supervisor – investigador (S-I) y dio inicio con un proceso autorreferencial del terapeuta: Facilito el

		proceso construido con el sistema consultante y el impacto de este: lecturas, logros, dificultades, comprensiones, sensaciones, entre otros. 2. Entre el terapeuta (T), el equipo (ET) y el supervisor – investigador (S-I) se planteó un equipo reflexivo que permitió colocar también al sistema consultante (SC) como meta observador de sí mismo, del proceso clínico y de las construcciones generadas en correlación con sus expectativas de cambio. Desarrollar un equipo reflexivo seguido de la sesión es que el sistema consultante se observó a sí mismo a partir la conversación del equipo y logro complejizar sus comprensiones y versiones acerca reconocer las conversaciones en las que se han creado las definiciones acerca de las adicciones y para redefinir las oportunidades de cambio.
Escenario IV	Escena IV	Cierre y Postsesión: Cierre: etapa en el cual el terapeuta (T) y el sistema consultante (SC) realizaron un proceso de chequeo acerca de las creaciones y movilizaciones generadas durante todo el proceso de conversación entre los diferentes actores. La conversación de cierre se centró en las posibilidades construidas y en las nuevas versiones creadas acerca de los dilemas definidos entre los interventores y el sistema consultante, y el impacto de estas en la vida de todos los participantes del escenario.

Tabla 2. Escenarios

Preguntas orientadoras de las escenas terapéuticas

¿Cuáles son los relatos de los sistemas consultantes y consultores que enmarcan el aprendizaje y el cambio de la redefinición acerca del problema en caso de adicciones y en qué relaciones han sido creados?

¿Qué comprensiones acerca del problema en caso de adicciones emergen en las conversaciones psicoterapéuticas entre el equipo y los consultantes?

¿Cuál es la vinculación que se crea entre las comprensiones acerca del problema en caso de adicciones y la construcción de vías para el cambio?

¿Qué procesos se crean en el contexto de la supervisión que favorecen procesos de aprendizaje y cambio en los actores que conversan sobre la redefinición acerca del problema en caso de adicciones?

¿Cuáles son las comprensiones emergentes sobre la redefinición acerca del problema en caso de adicciones vinculadas a los procesos de aprendizaje y cambio creados entre el equipo terapéutico y los consultantes en un contexto de formación?

Procedimiento y procesos de la investigación – intervención

Emergencia del fenómeno

a. Campo fenomenológico: definición del campo y del fenómeno de estudio

- b. Fundamentación paradigmática, epistemológica – metodológica: principios para investigar e intervenir desde la creación de conocimiento.
- c. Problematicación del fenómeno: construcción de preguntas orientadoras, y de objetivos del proceso de conocimiento
- d. Justificación y contextualización de los intereses del conocimiento: elaboración del estado del arte del fenómeno de investigación – intervención
- e. Conceptualización del fenómeno: Elaboración del sistema teórico – conceptual

Contextualización del proceso de Investigación – Intervención

- a. Definición del campo ecológico e institucional del estudio
- b. Construcción del equipo de actores – sujetos de la investigación – intervención
- c. Acuerdos y definiciones sobre la pertinencia del estudio y su impacto en el contexto en cual se desarrolla la investigación – intervención

Prediseños de investigación – Intervención

- a. Diseño de las escenas y escenarios del proceso de investigación – intervención
- b. Creación de guiones del proceso y de matrices de observación
- c. Implementación de escenas
- d. Ajuste de las emergencias del proceso: emergencia de hipótesis, re – elaboración de preguntas orientadoras y de objetivos

e. Definición de criterios de organización y análisis de la información creada

Diseños y neo - diseños de investigación – intervención

Escenas de la Investigación – Intervención

Diseños y Neodiseño de Investigación-Intervención

Precesión

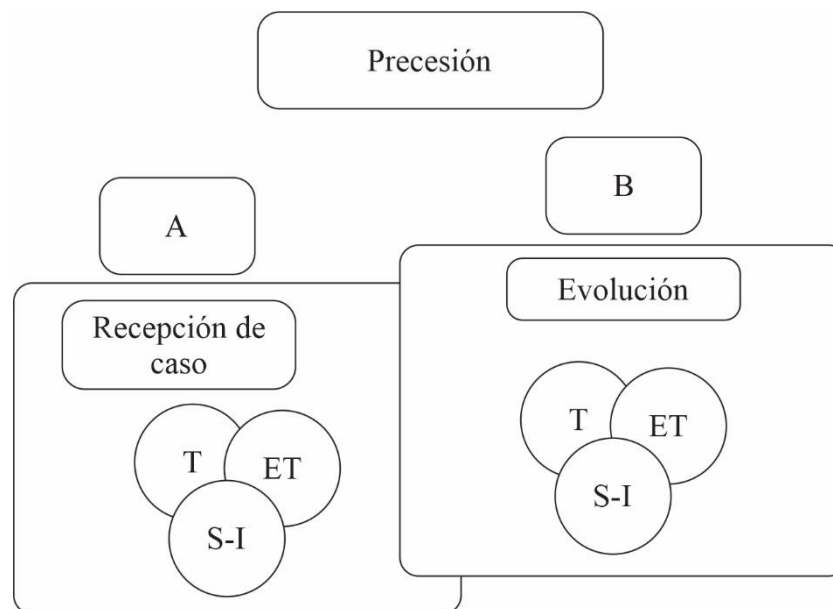


Figura 4. **Precesión**

Sesión

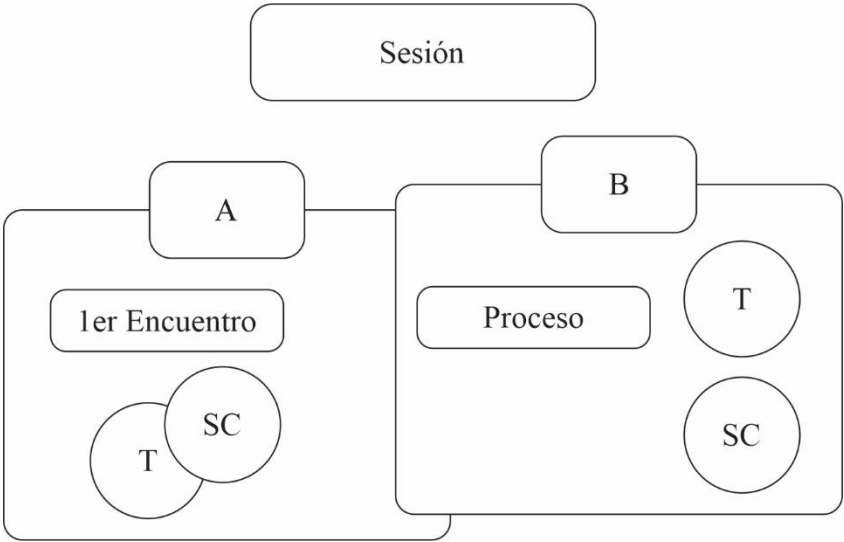


Figura 5. Sesión

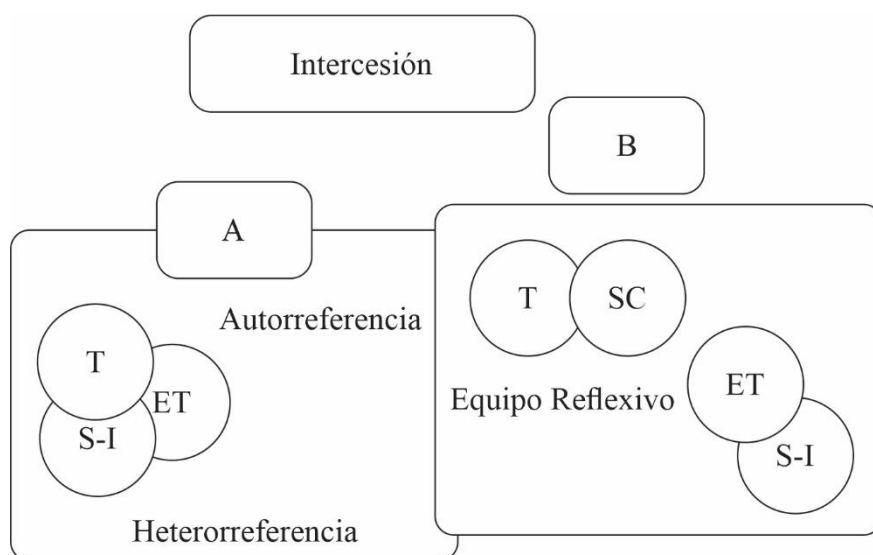
Intercesión

Figura 6. Intercesión

Cierre y Postsesión

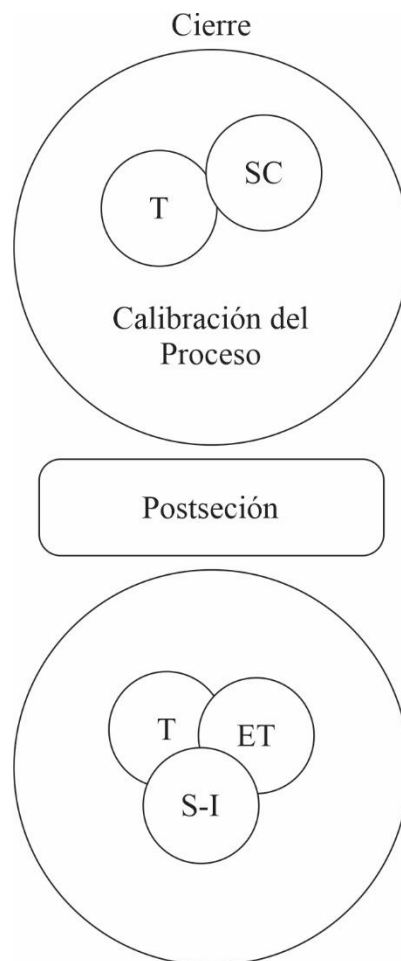


Figura 7. Cierre y Postsesión

Categorización y Organización de la información.

Introducción:

Este apartado tiene como finalidad clarificar el proceso de cómo se categorizó y organizó la información de cada uno de los escenarios conversacionales, para posibilitar la descripción e interpretación de los resultados a la luz del fenómeno y de los objetivos de esta investigación/intervención.

En este sentido, después de la realización de los escenarios conversacionales se procedió a categorizar la información iniciando con la transcripción literal de cada escenario y posterior ello se construyeron matrices a partir de los conceptos metodológicos

Actor

Código

Relato

Categorías de análisis

Foco central

- Actor: Hace referencia al participante del escenario conversacional, ya sea, profesional del equipo terapéutico de la fundación, joven en proceso de rehabilitación, familia e investigadora-interventora.
- Código: Refiere a la numeración del párrafo y la paginación que permite ubicar exactamente cada relato en las transcripciones de los textos de la conversación.

- Relato: Es el apartado textual de lo conversado en cada uno de los escenarios.
- Categorías de análisis: Se construyeron como ejes particulares de análisis que facilitan la clasificación los textos conversacionales, a partir de los conceptos metodológicos encaminados a los sistemas de significación y los modos de organización.
- Foco central: Es la primera lectura que hace el investigador-interventor a cerca de cada uno de los relatos, dando cuenta del tema central que emerge en dicho relato, es así como se facilita la interpretación que conduce posteriormente a los resultados.

En efecto, la información ubicada en cada una de las matrices diseñadas para categorizar los relatos, hacen referencia a una primera lectura y acercamiento de los investigadores-interventores con las comprensiones suscitadas sobre el proceso conversacional desarrollado en cada escenario. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta importante clarificar que la organización de cada uno de los relatos responde a los conceptos metodológicos que se articulan con el fenómeno, la hipótesis, los objetivos y la pregunta de esta investigación-intervención.

La interpretación de la información se realiza a través de las matrices, utilizando el análisis categorial que facilita la comprensión de la configuración de los procesos vinculares entre los profesionales de la Fundación, los jóvenes consumidores de SPA, su familias y la investigadora-interventora encaminadas a favorecer el proceso terapéutico frente a la pauta adicta.

La información se realizará en esta tabla acorde con lo explicado en los conceptos metodológicos que se encuentran en la página (107)

	Aprendizaje, Cambio, Supervisión		
Categorías Investigativas	Dinámica del equipo de Supervisión	Estrategia	Cambio
Proceso Terapéutico			
Adicción			
Sistema Familiar			

Tabla 3. Conceptos Metodológicos

Resultados

Se presentan los resultados de la investigación-intervención, los cuales buscan comprender el sentido y significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones y la relación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión.

Aprendizaje y cambio en el escenario de Supervisión: El aprendizaje significativo busca generar en los estudiantes estados de reflexión, imaginación y criticidad en el escenario de supervisión, a su vez el cambio es entendido como el proceso que se da a partir de la interacción en un contexto, por ello el cambio se encuentra desde la propia experiencia de cada sujeto, que tanto terapeutas como consultantes construyen en los diferentes contextos de supervisión. (Boscolo L. Bertrando P., 1996).

Para la comprensión de los procesos de aprendizaje y cambio, los resultados se presentarán desde tres conceptos amplio a saber: Dinámica de equipo de supervisión, Estrategia y Cambio. Las

cuales son leídas desde 3 procesos transversales a cada uno, a. Proceso terapéutico, b. Adicción y c. Sistema familiar.

Dinámica del Equipo de Supervisión: La dinámica del equipo de supervisión se retoma desde los tres focos expuestos en el marco metodológico, a saber: proceso terapéutico, adicción y sistema familiar y desde los cuales se puede ver cómo la dinámica de la supervisión impacta en la comprensión de la terapia, de la pauta psicopatológica y de las movilizaciones de la familias en sus resignificados interaccionales.

Proceso terapéutico:

El proceso terapéutico se configuró como el escenario en el que se daba cuenta de las formas en la que la interacción de los sujetos, actores en el mismo, se plasmaron en la escena. Se presentan entonces, voces que definen el proceso desde una perspectiva compleja, encontrando que la intención de la psicoterapia es salir de los límites de los discursos que se centran en la aparición y el origen de los síntomas en una correlación de causas y efectos.

Los terapeutas y la investigadora consideraban que la pretensión de generar un bucle entre la acción de comprender/explicar; invitaba a cuestionar la estabilidad de los sistemas, en tanto que, los cambios se generan cuando se adoptan modos de organización cuya finalidad es construir mundos alternativos. Esto se enmarca en el producto de las viñetas sobre las que se crean reflexiones en la intervención, como la siguiente:

“Se comprenden que se evidencian paradojas en las relaciones, en las emociones que vinculan a las personas, por lo tanto, esto no describe a la paciente, sino a las relaciones en las que ha sido

creado y mantenido una adicción; y no de un individuo en contextos y relaciones particulares”
(Esc. 1 Inv- Int)

Por tanto, la redefinición de los problemas se logró cuestionando qué es, cuál es y cómo se configura el problema motivo de consulta. Así, la dinámica de la supervisión comenzó a girar en torno a la comprensión del dilema, en la deconstrucción de este y en la reconfiguración de órdenes diversos. La dinámica del equipo supervisor entonces, buscaba fortalecer el aprendizaje, en torno a tres ejes:

1. La lectura que se tiene frente al caso y la lectura contextual relacional para hacer comprensiones de la dinámica relacional. En el encuadre del proceso terapéutico se busca responder las necesidades específicas de quienes participan en el proceso en tiempos y espacios concretos, en tanto que, en la investigación predominan las intenciones de explicación del fenómeno, alrededor del motivo de consulta por los sistemas consultantes:

“vengo a bajar la crisis que tengo por la adicción; "quiero ayuda porque me da miedo hacerme daño y ¿con quién quedaría mi madre?, quiero...” (Esc.1 SCPI) *” ella ha estado muy mal; entonces yo quiero que ella empiece el tratamiento y para todo porque, está mal u y no; ella cuando le da eso es terrible”* (Esc. 1 SCM)

2. Los significados emergentes desde la comprensión de los procesos de adicción. En la intervención se moviliza procesos de comprensión y de explicación acerca de los asuntos que generan la intervención desde el proceso de adicción, estos significados emergentes son fuentes de explicación, en correspondencia con los niveles de observación y meta observación a los que se acude en cada proceso y que definen la postura identitaria en las relaciones desde cada uno de los miembros del sistema consultante.

“ me reconocen como una persona problemática, con estados de ánimo muy variantes” (Esc. 1 SCPI) “yo creo, que yo tengo bajita autoestima, entonces a mí también la falta de personalidad y de carácter, no... No; Ósea, yo soy, yo me dejo manipular muy fácil en ese sentido. Entonces... yo creo tener un poquito de carácter, como baja la autoestima; no se ”. (Esc. 1 SCM)

Y las lecturas que se hacen de los motivos de consulta muestran en las reflexiones del equipo de supervisión procesos dinámicos que configuran las pautas de relación. El proceso conversacional les permite a los actores de cada escena develar el dilema que en palabras del Investigador- interventor fue descrito como:

“una madre impotente ante la posibilidad de cambiar la realidad de su hija que tiene ese problema de adicción , situación que ha vivido intensamente y que se le ha convertido en tarea fundamental ya que es una madre que a través de sí misma le da vida a su hija”. (Esc. 1 Inv-Int)

3. La comprensión de los procesos emocionales como terapeuta. La autorreferencia como principio deja ver la necesidad de reconocer la participación de un observador en los procesos interaccionales en los que participa. En este sentido la TS da cuenta de sus supuestos sobre lo que observa, transformando el sentido de la experiencia.

“la señora empezó a llorar, lo mismo la hija empezó a llorar también y la miraba de reojo, entonces me di cuenta de que ya estaban metidas, pero yo si no, yo quería meterme emocionalmente con la señora pero no podía; entonces empecé a meterme más, más, hasta que logré conectarme con la relación, con la necesidad de ella y ahí creo que fue donde fue preciso” (Esc 1 TS).

A partir de las escenas construida para el proceso de investigación – intervención, se logra ver en la dinámica de la supervisión, que emergen aprendizajes significativos en el psicólogo en formación que dan cuenta del impacto de los en los procesos de cambio referentes a la comprensión de la experiencia de la adicción. Se creó un contexto de formación y de intervención para dar paso a la consolidación de los aprendizajes significativos y del cambio a partir de la vinculación permanente entre premisas referenciales y auto referenciales.

“Que pensarías si yo te dijera (SCM y SCPI) que ustedes se han logrado mantener en medio del conflicto y que, empiezan a mostrar que la relación de ustedes no funciona de manera tan clara, y lo justifican al juzgarse como madre e hija con estilos diferentes que favorece que su hija empiece a actuar de manera inadecuada, que por esto aparece el conflicto basado en la decisión de encontrar cuál de las dos ha sido la inadecuada: si la madre o la hija. (Esc. 2 TS)

“yo desde un principio dije yo no voy a dejar que SCPI, no voy a permitir que ella este sola en todo esto, si tiene razón doctora, nos descalificamos la una a la otra, y no pensamos antes de decirnos las cosas, es como una competencia, pero a la vez un reproche de todo lo que ha pasado.” (Esc. 2 SCM)

Se reconoce que toda esta información se generó mediante procesos de observación-reflexiva por un equipo terapéutico, donde se construyeron conexiones permanentes entre los sistemas consultantes, terapéuticos y de supervisión; desde el reconocimiento de la dimensión compleja y ecológica para comprender y movilizar los contextos de intervención. Lo cual se marca en las posturas que se configuran la relación en el equipo de supervisión, como se encuentra en una de las relatorías de la investigadora:

“El supervisor crea relaciones horizontales con los terapeutas en formación. Reconoce que el proceso de la supervisión implica una relación colaborativa entre TF, Inv-Int (S) SC en donde realiza procesos de modelización y vincula la referencia y la auto referencia como un mecanismo que favorece la comprensión y el diseño de las rutas de la intervención” (Esc 3. Inv-Int).

En el escenario de la supervisión se retoma el concepto de tiempo para hacer comprensiones sobre la necesidad de cambio, puntuando sobre la necesidad del terapeuta o del sistema consultante, así el terapeuta supervisor de la fundación plantea que *“El tiempo del cambio de la vida no es igual al tiempo de la terapia”*. (Esc 3. TF), lo que pone en un lugar de corresponsabilidad a cada sujeto para movilizar el cambio en la libertad y posibilidad que cada uno pueda asumir.

El terapeuta supervisor se movió en el proceso de intervención y de supervisión desde una postura reflexiva que posibilitó la creación de vínculos de confianza con los T y los SC, donde la comprensión ante el dolor humano y la proposición permanente a partir la cual cree que el cambio es una elección que siempre es posible frente a los fenómenos psicológicos, en este caso de la pauta adictiva.

“La metáfora utilizada sobre la bicicleta dio grandes posibilidades de expresar, decir que la palabra “aventura” le hablo de una experiencia emocionante que transporto, donde las emociones y las dificultades se entremezclaban para dar lugar al crecimiento” (Esc 3. TF)

“Ese cuento de la bicicleta, me permitió de que, si uno quiere cambiar, supone un viaje hacia un destino soñado, con un camino por recorrer, y que tengo de donde, como me decía la doctora, recursos propios míos para este viaje, y me hizo ver por medio de esa imagen, de esas partes de la bicicleta, como me dan fortaleza para seguir adelante, y esa ruta es ese nuevo camino que debo de empezar a recorrer. Y me quedo el mensaje por aquí lo anote: “Donde hay un problema, hay un reto, una ruta. Donde hay una persona, hay esperanza, fortaleza y sueños Si hay un

sueño...Tenemos una ruta por recorrer, una bicicleta que explorar, una aventura por descubrir. Seguimos pedaleando”(Esc 3. SCPI)

Los terapeutas comprenden con los sistemas consultantes cómo es que entre las personas construyen sus mundos y les atribuyen sentido. Se vuelve interesante reconocer de qué manera las personas actúan coherentemente a lo que comprenden de sí mismos, de los otros y de la vida en general.

” Sí, porque ella ha tenido una vida muy dura, pues ella (abuela materna) no tenía quien se hiciera cargo, entonces ahí entramos a perder como control sobre nuestra hija, porque ahí ella ya empezó a hacer su voluntad (...) El 28 de febrero de este año, me acuerdo de la fecha, me dijo mi mamá que vamos a hacer con ella, porque no podemos seguir así, porque yo no puedo perder mi hogar ni puedo perderla a ella ni a él, por culpa de él, no sé cómo será la situación si nosotros estamos pecando en algo o el... mejor dicho...”. por darle tanta libertad, eso fue lo que paso doctor, que por mi trabajo no me daba cuenta de lo que ella hacía, y mire en lo que paro todo esto... ” (Esc 1 SCM)

Se retoma así, que desde procesos reflexivos las comprensiones que se exponen a nivel relacional sobre las pautas cristalizadas que configuran lo psicopatológico dan cuenta de aprendizajes en el terapeuta supervisado.

” estoy preocupada más cómo sienten las personas lo que viven y ya cuando tú me estás diciendo además de que sienten como viven eso, las personas, quiero empezar a mirar cómo se mueve el cambio, entonces me voy a mover en otro sentido para entender”. (Esc 3. TS)

El SC empiezan a proponer movimientos importantes, y encuentran en el contexto psicoterapéutico un escenario que asegura y motiva a que la vida venga transformada. El TS a

partir de las conversaciones creadas con el SC y con el ET, develó los siguientes significados acerca de la experiencia de la adicción: Los relatos develan un dilema en el SCM y SCPI y un estado de sufrimiento y de rechazo frente a lo que la familia vive, lo cual lleva a conversaciones en las que se intente comprender el sentido que tiene la tristeza. Los síntomas pueden mostrarle al T y al SC lo que está sucediendo en el sistema y la pauta como una forma de organización frente a formas de relación que se rechazan en momentos específicos de la vida.

" Yo creo, que yo también tengo ganas de expresar y es que me parece que el TS ha invitado a esta madre y a esta hija a transitar como por unos espacios que a veces uno transita, y es más desde la pregunta del para que, ¿para qué estamos aquí?, ¿para qué nos sentimos mal?, ¿para qué queremos sentirnos bien?; y me gusta mucho porque estamos muy acostumbrados a preguntarnos y porque nos pasa, y seguramente, respetando mucho a los colegas, pero a nivel general se está muy interesado en el por qué, y la causa ... pero me parece muy interesante que SCP y SCM tengan la oportunidad de preguntarse el para qué, si, el sentido de la crisis, el sentido de la vida, el sentido de sufrir; porque yo creo que sufrir tiene sentido ". (Esc 3. Inv-Int)

Conclusiones en el proceso de terapia en la Supervisión

El proceso de terapia en la dinámica de la supervisión se comprendió ella misma como el diseño de escenarios interventivos, en el que fue significativo dar cuenta de las estrategias y sus efectos, asimismo como lo de los diversos actores que participaron, sus posturas y relaciones. De igual manera se comprendió el contexto de supervisión aquí estudiado. Tales procesos ocurren en contextos. Un contexto es un escenario que posibilita la evolución y la organización de quienes participaron., En la interacción emergen los contextos entre los actores de la escena, donde se emplea la experiencia de vida.

Este tejido relacional ha sido referido con el elemento de pauta; una “danza relacional” que es específica en toda situación, donde cada participante desarrollo su propia capacidad de danzar en el tiempo, su propia serie de posibles respuestas, que se vincularon con las de otros para la emergencia de modo de relaciones particulares. La terapia, como espacio de encuentro humano deliberado, se entendió como un contexto relacional particularizado por la búsqueda de bienestar. (Boscolo L. Bertrando P., 1996). La intervención en equipo se comprendió y se visualizó en un conjunto de personas en que comenzaron a relacionarse, se produjo en el tiempo una conexión que es el fruto de la relación de acciones y significados; por lo tanto distinguir este caso implico verlo en el contexto de su sistema significativo, y se trató entonces de la observación de un sistema complejo. Proponemos la supervisión como un contexto generador y transformador de realidades, en el cual no solamente se adquiere y desarrollan habilidades, sino además construimos con las familias y los terapeutas narrativas en donde el cambio siempre sea posible.

La supervisión entonces debe consentir a los terapeutas en formación, verse a sí mismos y reconocerse siempre en las lecturas que hacen acerca de la familia para potenciar el impacto de sus intervenciones. Favorece la construcción y desarrollo de hipótesis acerca de lo que está ocurriendo, teniendo en cuenta que son lecturas provisionales y que cambian en la disposición que los sistemas se van auto organizando a partir sus propias lógicas. Les permite visualizar y plantear un mapa del proceso que puede cambiar cada vez que aparezcan nuevos relatos que provoquen nuevos sentidos. Les permite difundirse de comprensiones de la terapia como un entramado de técnicas para solucionar problemas, para vivir procesos conversacionales

que permitan la creación del cambio, el supervisor parte del reconocimiento del estilo terapéutico de los clínicos en formación.

Adicción: Comprensiones de la adicción dentro de la dinámica de Supervisión

La dinámica del equipo de supervisión retoma la adicción para ser comprendida, en un primer momento desde la noción de enfermedad. Llama la atención, que los sistemas de significación de los profesionales desde sus procesos auto referenciales frente a la pauta adicta se enmarcan en una percepción muy fuerte de sufrimiento.

“El proceso conversacional les permite a los actores de cada escena develar el dilema que en palabras del (T) fue descrito como: “una madre impotente ante la posibilidad de cambiar la realidad de su hija que tiene problemas de consumo y alcohol desde muy temprana edad, situación que ha vivido intensamente y que se le ha convertido en tarea fundamental ya que es una madre que a través de sí misma le da vida a su hija. (Esc1. Inv-Int)

Así también se encuentra en los sistemas de significado que dan los sistemas consultantes, aunque estos se anclan a los cambios del ciclo vital propios de la consultante, para este caso la adolescencia, que se enmarcan en dinámicas que configuran procesos de emancipación y búsqueda de distinción en el self frente a la madre.

“por la adolescencia de mi hija se está tornando en una situación insoportable, no solo por el grupo con el cual quiere identificarse, eh, me refiero en su peinado, a la expansión, a los aretes sino por actitudes de él antisociales como: la agresividad, falta de compromiso y de responsabilidad en sus deberes como estudiante y con sus cosas como hijo, y también debido a lo que ya sabe esa porquería que se met2. (Esc 1 Inv-Int)

Durante el primer escenario da cuenta de la prevalencia de connotar la adicción como una enfermedad, sin embargo, se dan aperturas que van implicando a la familia como protagonista en la intervención con la hija. Así entonces, el equipo reconoce la importancia de la participación de la familia en la recuperación del “paciente identificado”. También trasciende la importancia del proceso terapéutico desde la individualidad, visibilizando a la familia como un apoyo para la recuperación.

“fue muy duro darse cuenta de que ella consumía... en este momento estoy tranquila, ya que está aquí, estoy consciente de que si ella cayó en eso no fue culpa de ella, algo fallo en el proceso de la crianza, de pronto no fuimos los mejores papás de ella, pues uno trata de ser lo mejor, pero y pues uno se equivoca, pero rara vez se da cuenta, son las personas que lo ven a uno, de pronto eso que estás haciendo no lo debes hacer así”. (Esc 1 SCM)

La conversación se constituye en un factor clave del proceso de meta-observación, lo cual implica para el equipo investigador la necesidad de generar en todo momento contextos de conexión entre el equipo y el sistema consultante. Se da entonces el intercambio de comprensiones, de reflexiones a través de procesos conversacionales – generativos caracterizados por el manejo de un lenguaje metafórico, exponiendo agendas ocultas que implicaban dolor y sufrimiento, frente a la pauta adicta, es decir, se posibilitó un encuentro en el que las personas se reconocían sin juzgar o juzgarse, sino que exponían las experiencias y las versiones de las vivencias en sus emociones. Intervenciones desde la connotación positiva que resaltaron las fortalezas del sistema consultante para transformar situaciones adversas.

“ Que mi problema de la adicción, y otros como los familiares, han venido lentamente como despacio, hace rato, tiempo, y al principio si como la rana trate de saltar de miles de circunstancias pero busque otras opciones de vida, para no sentirme sola, porque la marihuana es mi compañía, mi manera de estar mejor, como esa agua fría de la que habla y luego poco a poco se fue calentando esa agua lo veo como mi problema, y estoy muy metida, y quiero dar vuelta atrás para comenzar de nuevo, a pesar de que parezca que me voy a quemar, y que el mal ya está hecho y no es posible revertirlo”. (Esc 2. SCPI)

“ Sabes PI, siento que al aceptar lo que está sucediendo es un avance, que no es fácil, que sufres al reconocerlo, y que de igual forma rechazas no solo lo que para ti ha sido difícil, sino que también aceptas lo que está sucediendo”. (Esc 2. TS)

El terapeuta de en formación vinculo de manera recursiva los aprendizajes y las características del contexto y de la relación entre el sistema consultante y el supervisor, connotaron de manera positiva por medio de la metáfora el trabajo en equipo en el cual sintieron el compromiso de todos para crear procesos pertinentes y con impacto no solo hacia el sistema consultante sino también a su familia.

“ Esa metáfora como dice el doctor es lo que sucedió y lo que sigue sucediendo, yo paso de agua fría a agua caliente, pero no me he quemado, siento que como la rana estoy sumergida en una problemática donde me acomode, pero que tarde que temprano se fue calentando el agua y mire lo que ha pasado...(Llora...) yo no puedo ser solo la víctima en todo esto, todos somos víctimas de ese problema que tiene mi hija de diferentes formas.”(Esc 2. SCM)

La pauta adicta da cuenta de la relación construida entre madre e hijo, en donde la madre en este caso no consume drogas, digamos que estaría consumiendo parte de la vida del otro, es así como los terapeutas construyen la relación madre e hija a partir de la polaridad de bueno y malo en donde la madre está en la obligación de no soltar a su hijo para ser reconocida, favorablemente en su rol parental, además de tener una fuerte connotación cultural que refuerza la pauta.

“la mamá por el derecho de ser mamá no puede soltar a su hija, porque si lo suelta sería una mala madre” (TS)

Plantea Elkaim (1997) que lo que describe el terapeuta surge en una intersección entre su entorno y él mismo. Por lo tanto es imposible separar las características personales de los terapeutas de las situaciones que describe. Lo que siente el terapeuta remite no solamente a su historia personal sino también al sistema en el que este sentimiento emerge: el sentido y la función de esta experiencia vivida se vuelven herramientas de análisis y de la intervención al servicio mismo del sistema terapéutico.

“Me hacen pensar que ese rol de víctima crea nuevas posibilidades de sentir el dolor y de ser humano y de las relaciones en las que participa, y que tanto para usted como para ella ay una historia de sufrimiento que comparten juntas pero que se ha mantenido a través del tiempo, y que ahora se dan la oportunidad de conversarlo, de mirarlo, de sentirlo, de expresarlo, y hasta de pensar por parte de su hija quiere dar una vuelta atrás para comenzar de nuevo” (Esc 3 TS).

La conversación entre el SC y el TS se basa en la comprensión del sentido y los significados que las personas atribuyen a su vida, en la cual pueden estar inmersos relatos acerca de la adicción. Se da un proceso retroactivo entre los aprendizajes del terapeuta (sobre la psicoterapias, sobre la comprensión de la adicción y sobre su estilo terapéutico) y el cambio en los problemas que han ameritado la creación de un contexto de intervención psicológica. El terapeuta supervisado, el equipo terapéutico y el sistema consultante, involucran la auto referencia para conversar del sufrimiento y de la transformación de este.

“ Pero SCPI de una u otra manera me rechaza por no dedicarle el tiempo esa niñez con la que yo podía estar con ella, y es lo que pienso y estoy expresando lo que pienso” ” (Esc. 2 SCM)

El terapeuta parte del principio de la reflexión acerca de la forma cómo conversa y cómo desde allí devela sus comprensiones acerca de la adicción, donde se devela en los procesos de hipotetización y que son preguntas que orientan el rumbo de la intervención y complejizan los dominios explicativos en el proceso de investigación.

“De acuerdo con el relato del SCM se crea como parte de relaciones basadas en un vínculo estrecho y en pautas de sobre protección, evidenciándose dificultades de individuación y autonomía en el hijo” (Esc. 2 TS)

La auto referencia se convierte en el punto de conexión para formar un impacto en la emergencia de nuevas historias que acompañan el cambio en las versiones acerca de la adicción.

“Yo le doy las gracias madre (SCM) pero usted me asfixia, cuando puede estar conmigo, necesito respirar, y si pasan muchas cosas, pero lo que yo vivo ustedes ni se enteran, lo que siento, es solo una vigilancia, desde siempre, y cuando empecé a consumir, no pensaba, empecé por ingenuidad y la probé, esto me ha llevado a hacer muchísimas cosas, a principios de este año he intentado quitarme la vida, usted sabe, he ido muchísimas veces a ahí, debido a mis altos excesos con la droga, a pesar de todo sigo en este vicio que me ha llevado a hacer cosas que no estaban en mis planes de vida, por hacer lo inexplicable, es porque a mí..... a una nena con toda una vida por delante, en el colegio me ridiculizaban o simplemente hacían mala cara como de... como que les molesta de verdad, una compañera del colegio hasta me bautizo que era consentida, ella fue a mi casa y de pronto mi mamá es muy cuando esta, todo lo que no hace lo quiere hacer en un día y esta todo el día atendiéndolo a uno y la interpretación de ella, era que era eso que era muy consentida y por eso buscaba que lo consientan afuera y a ella como que le molestaba eso” (Esc. 2 SCPI)

El supervisor compartió en las escenas de la investigación-intervención un modo representado por la reflexión de saberes, la creación de vínculos de confianza con los terapeutas y los sistemas

consultantes, la comprensión ante el dolor humano y la premisa permanente a partir de la cual cree que el cambio es una elección que siempre es posible frente a los fenómenos psicológicos.

La experiencia de la adicción emerge en las relaciones en las que no se resuelven los dilemas de la vida, en donde aparece la paradoja, es decir, relaciones basadas en la descalificación mutua, en el reclamo permanente, con expresiones afectivas que piden reconocimiento, aprecio y amor. Al comprender se mantienen y cobran sentido, es claro que los síntomas no hablan acerca de la naturaleza de la adicción, sino que muestran los conflictos y dilemas que se viven en las relaciones más cercanas y significativas para las personas.

“Aparece el conflicto basado en la decisión de encontrar cuál de las dos ha sido la inadecuada: si la madre o la hija. Piensan que la diferencia de estilos en la educación (permisivo-estricto) y la especificidad de la relación que cada uno crea de acuerdo con su rol, es un problema.” (Esc 1. TF)

“La experiencia adictiva es comprendida por la familia como un factor de riesgo que pone en peligro la unión y la armonía familiar. Es la menor de edad el portador del síntoma, el cual muestra según la familia, errores o equivocaciones cometidos por la madre o por la hija”. (Esc 2.TS)

Los procesos se mantienen en ese vínculo en las cuales las demandas que se hacen entre los miembros de la familia no se dan y por lo tanto empieza a generarse inconformidad. Son relaciones en las que se devela la incomodidad e insatisfacción sin hablar claramente de ello, lo cual pone lo sintomático como centro de la conversación.

“ Los procesos psicológicos no son la manifestación de alteraciones individuales, hablan acerca de la tristeza ante posiciones de impotencia ante la vida, que aparece en los relatos del SC como algo estático, como el destino que le tocó o que les toca a casi todas las mujeres si

quieren tener la compañía de un hombre; (al menos a ella y a su madre) y desde estas definiciones no se visibiliza el cambio o la diferencia como algo posible". (Esc 2. TF)

Cuando el terapeuta integra en la conversación el sentido de la puta definida por el sistema consultante, esta empieza a crear una representación de sí mismo, mostrándose como un individuo que no está adecuado frente a los demás y con un problema personal para vincularse a su mundo social, lo cual según ella ocurre por los comportamientos de anulación que recibe.

"La adicción es una expresión del sufrimiento y a través de este dónde se expresa el afecto y la importancia de permanecer unidos" (Esc 3. Inv-Int)

Las vivencias personales de sufrimiento y dificultad toman la forma de síntomas y no de dilemas en la vida que necesiten procesos de cambio y ajuste. Cuando se patologizan aparecen como anormales y por lo tanto como aspectos que dominan la vida de las personas.

"entonces ella dice que es que yo no la quiero, que es que yo no sé qué, que no le doy cariño; que yo no... Pero a mí lo que me ha tocado sufrir ha sido mucho, aunque ella no lo crea, el dolor para mí... y me dice: "ay, mamá, pero no se preocupe si me pasa algo, que no sé qué, eso usted no se afane por eso, pues me entierran yo no sé qué", imagínese uno de mamá ver una cosa de un hijo, los sufrimientos para mí eran terribles ". (Esc 2. SCM)

Se comprende que en los relatos sobre la pauta adictiva se evidencian paradojas en las relaciones, en las emociones que vinculan a las personas y que la cronicidad de la pauta es producto de las relaciones entre los diferentes contextos; por lo tanto esto no describe a la paciente, sino a las relaciones en las que ha sido creado y mantenido la pauta adictiva; y no de un individuo en contexto y relaciones particulares. Se entiende que la adicción permanece en los discursos entre las personas, lo cual puede ser un proceso adaptativo ante el sufrimiento y puede ser un intento de

describir la identidad de la paciente identificada como algo individual, que desde el construccionismo se comprende como una identidad narrada.

"Como ella sufrió en la vida de ella, entonces la pagana de los problemas es uno, yo no tengo la culpa de lo que a ella le haya pasado, es como mi hermana no tiene la culpa de todo, de todos los errores que yo cometa, no los tiene, élla no tiene por qué pagar las cosas que, lo que pasa es que uno créalo o no, uno a veces injustamente, es injusto con los hijos" (Esc 2. SC-PI)

Comprensiones de la adicción dentro de la dinámica de la supervisión:

El sentido de la adicción está en las definiciones y descripciones, en las redes comunicacionales y conversacionales, en los dilemas e historias que enmarcan las definiciones acerca de la adicción. Los síntomas están inmersos en historias que pueden estar definiendo el sentido de identidad de las personas; estas pueden estar atrapando a los sistemas en situaciones no deseadas en donde se hace indispensable construir los argumentos que las mantienen y dar paso a la creación de narrativas con sentido de oportunidad, de cambio, de posibilidad de lo nuevo, de lo deseado. Reconocemos al ser humano como un ser integro que se desarrolla en diferentes contextos y que construye su identidad, a través de la manera como es descrito por sí mismo y por los otros. Nos hemos referido a una epistemología eco- sistémica que se propone como un paradigma alternativo para de - construir relatos dominantes acerca de la adicción e introduce la connotación del cambio como algo siempre posible. Partir de una lectura compleja del ser humano y de sus dilemas nos invita a generar lecturas que trasciendan las explicaciones disyuntivas y jerarquizadas que privilegian un saber disciplinar sobre otros.

Creemos que no hay un conocimiento único y objetivo que dé una mejor explicación a lo que está ocurriendo con un sistema. Proponemos la generación de un conocimiento transdisciplinar que acoja las diferentes dimensiones del ser y que invite a conversar con otros saberes, de los cuales no nos interesa probar su veracidad, sino evocarlos para servirnos de ellos en la generación de nuevas comprensiones acerca de la manera cómo las personas construyen su vida. La perspectiva sistémica reconoce la dimensión activa y autónoma de los sistemas y el aspecto adaptativo y evolutivo. Las historias acerca de la adicción que narran la familia están impregnadas de relatos en los cuales hay un paciente identificado que genera problemas a los demás y/o que es una víctima de los demás. Son historias en las cuales para quien actúa el síntoma crecer ha sido doloroso, siente que ha crecido solo e invita a la familia a que crezcan juntos.

Sistema familiar:

En la dinámica de la supervisión se reconoció la importancia de leer al sistema familiar desde sistemas de significación compartidos, contruidos y sostenidos en los relatos familiares de la experiencia histórica familiar; comprendiendo las relaciones jerarquizadas en las cuales el paciente identificado se ha ubicado en una posición de poca confianza respecto a los contextos evaluativos – interventivos. Se entiende así que los procesos definidos desde la adicción surgen en medio de relaciones basadas en el conflicto, la diferencia y/o el sufrimiento.

“En el caso del SC los síntomas de la hija aparecen y se mantienen en medio del conflicto de la madre y la hija, quienes empiezan a mostrar que su relación no funciona, y lo justifican al juzgarse de diferentes formas que favorecen que la hija empiece a actuar de manera inadecuada. (Esc 1. TF)

La pauta adictiva se mantiene en relaciones en las cuales las demandas que se hacen entre los miembros de la familia no se dan y por lo tanto empieza a generarse inconformidad. Son relaciones en las que se devela la incomodidad e insatisfacción sin hablar claramente de ello, lo cual pone la adicción como centro de la conversación.

Durante el proceso psicoterapéutico la familia y el TS, empiezan a entender los comportamientos de la hija como un proceso de diferenciación frente a la familia, como una necesidad del SC de cambiar pautas de sobre protección y extremo cuidado. La adicción lleva en sí mismo reclamos que se hacen desde el sufrimiento” (Esc 3. TF)

Se reconoce la importancia de comprender el sentido vinculado a la creación y mantenimiento de la pauta dejando ver en su lectura el sufrimiento que hace parte de la adicción, mostrando las características frente a la intervención y el cambio.

Conclusiones del sistema familiar en la dinámica de la supervisión:

Los dilemas que se enmarcan en la pauta adictiva son formas de significado que co – evolucionan y existen en una comunidad dialógica en acto, y pueden cambiar en el tiempo mientras mutan en las conversaciones. Lo que cambia son las definiciones y las descripciones que hacemos acerca de los problemas (Anderson y Goolishian, 1992). Vivimos en un mundo de narraciones conversacionales y nos comprendemos a nosotros mismos y a los otros a través de historias y auto descripciones mutables. Según Hoffman (1985) los problemas no están en las familias o en otra unidad social, existen en las mentes ínter subjetivas de todos aquellos que intercambian activamente comunicaciones, las cuales pueden cambiar mutuamente. Para entender el sentido que atribuimos a las diferentes situaciones de la vida se hace necesario entender que el

proceso de comunicación que subyace al texto (conversaciones generadoras) relaciona varios sujetos: sujetos productores del texto: (terapeutas, supervisor, consultantes, redes) y los sujetos a los que el texto va dirigido (comunidad científica). Es en esa relación donde surgen y se organizan los efectos de sentido del texto, es decir; es allí donde son creados y consensuados los sentidos y significados acerca de la experiencia de la adicción. Según Navarro & Díaz, (1995) las relaciones creadoras de nuevos sentidos y significados son relaciones recursivas y reflexivas.

Estrategia:

Las estrategias planteadas en el proceso de intervención asumen la modelización de principios operadores como *la recursión, la reflexividad, la autorreferencia y la circularidad*, incluyéndose en la práctica desde nuestros procesos auto y heterorreferenciales, posibilitando no solo el reconocimiento de cada uno, sino también la co-construcción de conocimiento. A través de estrategias que permitieron la interacción de estas experiencias como recurso posibilitador de cambio y de reconocimiento.

Proceso terapéutico:

Se describen los aprendizajes significativos que emergieron, durante el proceso de investigación – intervención, en los terapeutas en formación y el impacto de estos aprendizajes en los procesos de cambio frente a la experiencia de la adicción. Para el terapeuta en formación la historia de su

consultante es un escenario nuevo, el reto es integrarlo con su propia historia, y que en esta vinculación surja el cambio narrativamente posible.

Los aprendizajes significativos se generan en los terapeutas en formación cuando emergen procesos de reflexión, generatividad y curiosidad, asumiendo la incertidumbre a través de la autorreferencia, en tanto que, esta opera como principio de intervención y como estrategia en la formación, en tanto que se evoca a ella en las conversaciones.

“Se reconoce que el proceso de la supervisión implica una relación colaborativa entre T, ET y SC en donde realiza procesos de modelización y vincula la referencia y la auto referencia como un mecanismo que favorece la comprensión y el diseño de las rutas de la intervención.” (Esc 1. Inv-Int)

Las conversaciones sobre la puntuaciones, se establecen como estrategias de creación de conocimiento y comprensión de realidades en el proceso de supervisión y en el proceso de intervención.

“Cuando se ubica en una meta – posición respecto a la dificultad que enfrentan como grupo familiar comprenden que la crisis actuada por la hija es un llamado al consenso, al acuerdo y a la creación de un equipo sólido. El supervisor les permite a los terapeutas conversar sobre sus estilos terapéuticos a partir de momentos reflexivos y auto referenciales en donde se reconozcan desde toda su dimensión humana a partir de las historias propias y la de los consultantes. Estos son momentos en los cuales el supervisor realiza preguntas apreciativas y reflexivas a los T, las cuales le permiten a la estudiante volverse observadores de sí mismos y de las relaciones que construyen.” (Esc1. TF)

Para el sistema supervisor la conversación se basa en la comprensión del sentido y los significados que los consultantes atribuyen a su vida, en la cual pueden estar inmersos relatos acerca de la adicción. Por lo que en la supervisión se devela la idea que el cambio se entiende

como una novedad o como una actualización acerca de la manera de verse y de hablar de sí mismos. El equipo de supervisión logró conectar la historia del SC con la propia lo cual les permitió crear otro nivel de lectura de la severidad, la cronicidad, el sentido y significados acerca de la experiencia de la adicción. Así los procesos conversacionales implican la construcción de estrategias formativas en la colaboración, en tanto que, hay una exposición de saberes puesto en el escenario de supervisión que enmarcan en el escenario de intervención.

“La conversación se basa en la comprensión del sentido y los significados que las personas atribuyen a su vida, en la cual pueden estar inmersos relatos acerca del consumo.” (Esc 2. TS)

El reconocimiento de las pautas relacionales y emocionales da cuenta de procesos de la corresponsabilidad que cada persona tiene, así dar cuenta del lugar relacional como estrategia en la intervención rompe con procesos que rigidizan las pautas y dicotomizan las relaciones.

“entonces yo trato de ser cariñosa con mi hija, lo que más puedo, pues si a veces soy histérica... pero yo por mi hija, a mi hija que la amo mucho, que la quiero mucho y si él estuviera... en los momentos que me necesitara, la apoyaría y la haría entender, pero como con él era más complicado ”. (Esc 2. SCM)

Durante una de las escenas, el TS identifico que el lenguaje apreciativo característico de las conversaciones entre los terapeutas del equipo reflexivo genero un efecto isomórfico en el SC, quien también utilizo un lenguaje basado en la posibilidad y en lo que desea para sí mismo.

“como ejes durante la sesión emergieron el sentido y el significado de lo que la paciente vive. (Esc 2. Inv-Int)

El TF aprende a moverse a través de los relatos del SC, realizando preguntas que llevan a la dimensión narrativa de la experiencia lo cual cambia una conversación centrada en lo anecdótico

y dejando fluir la novedad como una emergencia de la conversación generativa. El TS crea una relación de confianza y seguridad como aspecto fundamental de inicio de la relación terapéutica, lo cual permite redefinir las premisas del SC acerca de su relación con la adicción. El TF acompaña al SC desde la curiosidad y el respeto, la escucha sin juzgarla y la legitima en su condición de mujer, y de hija.

"ver este espacio como un espacio diferente, no para hablar de la adicción, de lo que ella cree que es un problema; sino de lo que ella estaba sintiendo, de lo que está pensando hizo que cambiara como esa forma en que estaban entendiendo las cosas ".

(Esc 2. SI)

Se reconoce en el contexto de formación y de psicoterapia como un escenario en el cual se resignifica la vida de todos los actores partícipes de las conversaciones clínicas, y por lo tanto significa la experiencia de la adicción como un dilema que debe ser redefinido. Se reconoce como parte las comprensiones acerca de la adicción basadas en una perspectiva construccionista que le han permitido al estudiante interesarse por el sentido de las pautas en las que se crean los síntomas y asumir un rol activo.

"Cuando el terapeuta supervisado-conversa sobre sus relatorías, establece nuevas conexiones y reflexiones que permiten el avance de todos los procesos en curso. El supervisor propone en cada sesión procesos de chequeo y de calibración del cambio y de los aprendizajes, como una estrategia de feedback permanente para complejizar los procesos clínicos y afinar los estilos terapéuticos". (Esc 3. Inv-Int)

El terapeuta supervisado empieza a comprender a partir de las relatorías, las conexiones, las reflexiones, la pauta adictiva, y desde la dimensión constructivista y construccionista la complejidad de la adicción como dilemas nacientes en las relaciones, donde las personas y las familias pueden comenzar a construir cambios a partir de la palabra y la conversación.

"Para mí lo que me ha permitido este ejercicio realmente más allá de preguntarme eso es realmente hacer consciencia de mí misma, para mí en serio fue algo develador, yo creo que en el momento en que me permito verme a mí en el ejercicio, en el momento en que me permito comprender que pasa con lo que yo siento y de esa forma como lo que tu decías, como va haciendo la ruta desde la lectura que uno va haciendo, porque desde donde entiende uno va trabajando, pero entonces al poder hacer este chequeo puedo revisar lo que está pasando y puedo proponer otras cosas ". El supervisor cuando me decía me sugería mirar no sobre los hechos sino realmente los significados o los que había en el momento que eran las actitudes o implicaciones, esos implícitos que en ese momento estaban; entonces es como comprender como yo me siento acerca de eso y como lo que yo entiendo lo pongo al servicio del caso. (Esc 3. TS)

El terapeuta supervisado reconoce el contexto de formación y de psicoterapia como un escenario en el cual se resignifica la vida misma de todas las personas que son participantes de esas conversaciones clínicas, y por lo tanto significa esa experiencia de la historia de la adicción como una alternativa que debe de ser redefinida, donde se caracteriza esa relación terapeuta-consultante.

" Los relatos anteriores muestran una postura reflexiva y auto referencial del TS acerca de su posicionamiento ante la historia del SC, reconoce la pauta que se ha construido entre ellos lo cual implica movimientos importantes para el desarrollo del caso. (Esc 3. TF)

Conclusiones de la estrategia desde el proceso terapéutico:

De acuerdo con las estrategias como conclusiones desde el proceso terapéutico se pudo utilizar la autorreferencia, la construcción de hipótesis, y la resonancia emocional con el sistema consultante. El reconocimiento de los estilos y las condiciones de vida de los consultantes y terapeutas, la pertinencia de las estrategias, fueron parte de esas compresiones complejas y novedosas acerca de la adicción frente al proceso terapéutico. A si mismo promover el trabajo en equipo permitió que se realizaran procesos de confrontación cuando fue necesario, esto le otorgo al equipo reflexivo ligereza de las intervenciones trayendo las voces de esos actores significativos para la comprensión del problema, y dar soluciones y estrategias creativas para los problemas. La psicoterapia es entendida como un escenario que permite originar nuevas formas de relación a partir de lo que se crea entre el terapeuta y el sistema consultante con el propósito de volver comprensible aquello que antes no lo fue. El terapeuta supervisado reconoce en la conversación clínica un proceso que construye diferencias en donde los procesos desde la adicción y los problemas vinculados a ello hablan del sufrimiento de las personas. El terapeuta de la fundación reconoce que tanto el terapeuta supervisado, como el sistema consultante y el investigador-interventor utilizan las metáforas en la conversación como un modo de externalizar los síntomas y de reconocerse activo frente a la posibilidad de relacionarse diferente con las versiones quietas acerca de la adicción.

Adicción:

Las historias acerca de la adicción que narra la familia están impregnada de relatos en los cuales hay un paciente identificado que genera problemas a los demás y/o que es una víctima de los demás. Son historias en las cuales para quien actúa ha sido doloroso, siente que ha crecido solo e invita a la familia a que crezcan juntos.

El terapeuta reconoce necesario comprender con el sistema consultante la necesidad de cambio del sistema y no lo que no tienen y que les impide cambiar la historia que enmarca sus vidas desde el relato de la pauta adictiva. El propósito en la terapia es comprender con los consultantes el proceso de construcción de los dilemas y las relaciones en las que se ha mantenido, para identificar el para qué de la crisis. Entendiendo crisis como la oportunidad para el cambio, la transformación y la reacomodación.

"Lo que pasa es que yo fui como más fuerte de pronto, en cambio ella es más débil... yo sufrí mucho pero nunca pensé en hacer cosas feas no, en drogarme y tomar con desesperación, yo siempre pensaba en sacarla a ella adelante porque cuando él se fue ella tenía apenas dos añitos". (Esc 1. SCM)

El terapeuta supervisado a partir de las conversaciones creadas con el sistema consultante y con el equipo terapéutico, develó los siguientes significados acerca del conocimiento de la adicción: El lenguaje acerca de la adicción devela un dilema en el sistema consultante y un estado de sufrimiento y de rechazo frente a lo que la familia vive, lo cual lleva a conversaciones en las que se intente comprender el sentido que tiene la tristeza. Los síntomas pueden mostrarle al terapeuta y al sistema consultante lo que está sucediendo en el sistema y la pauta adictiva como una forma donde se han organizado frente a las relaciones donde se rechazan en momentos específicos de la vida.

"Se observa en la conversación psicoterapéutica el poder comunicativo en las interacciones en la que este tiene sentido, comprendido como el rechazo a alguna condición de la vida que se quiere cambiar, que incomoda: por ejemplo, el maltrato, la descalificación, y / o el abandono, como en el caso del SC. Los significados expresan un dilema profundo en relaciones que se vuelven casi necesarias para todos, y que se quedan estáticas durante el tiempo, sin visualizar la posibilidad de que estás cambien. De acuerdo con lo anterior se describe una condición de vida, un dilema que aparece como si no tuviera solución (Esc 1. TS)

Se reconoce la importancia de los sistemas de significación de los profesionales desde sus procesos autorreferenciales frente a la pauta adicta, ya que se enmarcan en una percepción muy fuerte de sufrimiento . Finalmente, todo el equipo reconoce el valor de la participación de la familia en la recuperación del “paciente identificado”, sin embargo, se comprende la experiencia de la adicción desde una dimensión relacional y contextual y ha dado paso en las comprensiones psicoterapéuticas a la creación de nuevas metáforas para referirse a los fenómenos psicológicos.

” miedo a vincularse con la vida y la relación en la cual no hay preconceptos o saberes determinados para vivir, simplemente un encuentro con el otro desde la igualdad, se pueden generar nuevos contextos y aprendizajes que contrastan y resignifican la vida misma y la de la familia. (Esc 2. TS)

Se reconoce en la conversación clínica un proceso que construye diferencias en donde la adicción y los problemas son dimensiones diferentes que hablan del sufrimiento de las personas. Se connota la importancia del lenguaje como fundamental para conversar acerca de los dilemas humanos que encarnan la pauta adictiva.

” hay procesos que son reconciliables e irreconciliables y que los sistemas definen que quieren hacer con ellos. Refutar las historias dominantes ”reconocer como el consultante toma decisiones en su propio beneficio ”. (Esc 3. TS)

El terapeuta supervisado reconoce la importancia de vincular su propia historia con las del sistema consultante como una representación de comprender el sentido de sufrimiento y de trascender descripciones patologizantes a comprensiones novedosas. Este proceso es a partir de un mecanismo autorreferencial que reposiciona los actores en la conversación.

“ Se reconoce las crisis como momentos que los consultantes no deben necesariamente evitar ya que los mueve ante situaciones que antes han permanecido estáticas. (Esc 3. TF)

La psicoterapia es entendida como un escenario que permite crear nuevas formas de relación, a partir de la que se crea entre el T y el SC con el propósito de volver comprensible aquello que antes no lo fue. El terapeuta en formación reconoce la dimensión referencial y auto referencial como dos procesos presentes para construir y avanzar en los contextos de intervención. Comprender que la psicoterapia se propone como un arte de la conversación y de la creación de mundos posibles, logra reposicionar al terapeuta y al consultante frente a sí mismos; y desaparece la preocupación por la adquisición de técnicas, o por la asignación de diagnósticos que mejor hablen de la adicción. Comprender la experiencia de la adicción desde una dimensión relacional y contextual ha dado paso en las sesiones psicoterapéuticas a la creación de nuevas metáforas para referirse a los fenómenos psicológicos. Cambiar lecturas, por un lenguaje desde la resignificación en los encuentros psicoterapéuticos permite que entre TF, SI, TS, ET y SC puedan crear metáforas novedosas que resinifiquen experiencias duras o estáticas en las que el cambio no es posible. Lo anterior deja atrás el interés del T por adquirir técnicas para cambia a otros, y se preocupan por crear vínculos favorables para cambiar con otros.

"Las crisis como oportunidad para replantearse nuevas formas de relación ". De acuerdo con lo anterior y desde procesos auto referenciales el TS pudo incluir la improvisación en su estilo terapéutico. (Esc 3. Inv-Int)

Conclusiones de la estrategia desde la adicción:

Se da un proceso retroactivo entre los aprendizajes del terapeuta (sobre la psicoterapias, sobre la comprensión de lo psicopatológico y sobre su estilo terapéutico) y el cambio en los " problemas" que han ameritado la creación de un contexto de intervención psicológica. En la medida en que el terapeuta redefine los procesos

psicopatológicos, crea nuevas lecturas ecosistémicas para comprender las crisis vinculadas a la acción de los síntomas, y desarrolla habilidades clínicas que impactan el rumbo de la intervención; entre tanto; el sistema consultante empieza a deshacer la postura rígida y estática con la que construye la vida, reporta comprensiones novedosas acerca de sus dilemas y propone cambios necesarios en sus relaciones

Sistema familiar

Se da una posibilidad de diferenciación, esto quiere decir que tiene que ver afinidad en la historia narrada frente a la historia deseada, en la narrativa la pauta adictiva arranca de la contradicción de lo que quiero y lo que sucede, la chica quiere ser libre pero su narrativa está anclada a la no posibilidad de libertad que comienza a tener que definirse como sujeto de una forma diferente a cuestionar un poco el sistema familiar ¿y como logra hacerlo? A través del consumo lo que no podemos decir lo verbalizamos, lo accionamos en la relación, para poner un punto que es simbólico que es significativo, de expresión de no estar de acuerdo. La desconfirmación es la pauta en la dinámica que se da en el sistema familiar, la estrategia que está dada es la funcionalidad que la adicción misma cobra frente a la lógica de libertad.

“Pues el comportamiento de élla, ella prácticamente tiene unos compromisos con nosotros que no los ha cumplido ”. (Esc 1. SCM)

El terapeuta supervisado reconoce la importancia de comprender el sentido vinculado a la creación y como se mantienen de los síntomas donde deja ver el sufrimiento que hace parte de lo

psicopatológico, y muestra las características de frente a la intervención, comprende lo psicopatológico como una experiencia a partir del sufrimiento.

“ entonces una hija mujer tiende a imitar las conductas de la madre, entonces por ejemplo mi madre es un modelo para seguir entonces es la primera persona a la que yo recurro si no se dé algo y si ella no sabe orientarme en ese momento, si ella no sabe qué contestarme pues que hago, nunca me da respuestas, nunca esta para mí cuando en realidad la he necesitado, es lo que yo he sentido con respecto a ella.” (Esc 1. SCPI)

Schnitman (2000) plantea que la práctica conversacional desde una perspectiva dialógica implica la cocreación de significados a través de y entre interlocutores, y reconoce que es en la comunicación en donde se crean mundos posibles que trascienden el modo como se habla de los fenómenos humanos. Es así como estas perspectivas de la conversación permiten crear diálogos que favorezcan la construcción del futuro y la creación de formas de acción viables ante las situaciones que se viven y se narran en la psicoterapia.

“A partir de las conversaciones creadas con el SC y con el ET, develó los siguientes significados acerca de la experiencia de la adicción: en el lenguaje la pauta adictiva empieza a perder significado, cuando el objetivo es comprender la situación actual vivida por el SC, reconociendo la creación de miradas ecológicas acerca de toda la situación en su complejidad.” (Esc 2. TS)

La psicoterapia es entendida como un escenario que permite instaurar nuevas formas de relación y de conversación a partir de la que se crea entre el terapeuta y el sistema consultante con el propósito de explicar aquello que antes no lo fue.

“Durante el proceso psicoterapéutico la familia y el TS, empiezan a entender los comportamientos de la hija como un proceso de diferenciación frente a la madre, como una necesidad del SC de cambiar pautas de sobre protección y extremo cuidado” (Esc 2. TS)

Redefinir el contexto y la demanda del sistema como estrategia para aclarar el contexto de intervención permitirá que se construyan nuevas formas de relación . Se develan comprensiones sobre las crisis y el cambio, vinculadas a la ideas de posibilidad, de clarificación de paradojas, de novedad y diferencia. El cambio como una dimensión paradigmática de terapeutas y SC. El aprendizaje en el TS se fue construyendo de acuerdo con las exigencias y demandas de los diferentes actores y situaciones que se planteaban. En la medida en que complejizaban las comprensiones acerca de la experiencia de la adicción podían proponer rutas de intervención que impactaban de manera positiva el cambio.

“Ante un malestar surge la necesidad de una transformación, una movilización de realidades ” comprensión de cambio que se construyó puesto que les devolvió la autonomía al PI sobre su propio proceso llevándola a reflexionar que este es un ejercicio continuo y de la vida ”. (Esc 3. TS)

El terapeuta supervisado comprende el cambio como una movilización profunda de los paradigmas con los que conocemos el mundo y hacemos descripciones de este. Si estos no cambian las crisis se mantienen, por lo tanto cambiar es una decisión. También se reconoce en las conversaciones clínicas procesos en donde se construyen diferencias y adonde la pauta adictiva y los problemas son dimensiones diferentes que hablan del sufrimiento de las personas.

“Siento que no es así ahora, que ella se ha sacrificado mucho por mí, para sacarme adelante, y que sé que tengo un problema delicado, como es la adicción porque más allá de ella si existen otras personas que me hacen feliz, y que la droga no me permite ver, o me permite ver de otra forma y por un momento corto, demasiado corto solo el efecto de esta, me produce felicidad, pero no es una felicidad verdadera, es incierta y pasajera ”. (Esc 3. SCP)

Dar cuenta desde una posición reflexiva cerca de los procesos conversacionales creados y conducidos con todos los actores del contexto, les permitió identificar el impacto que habían logrado generar desde la implementación de un lenguaje metafórico. La metáfora pudo ser introducida por TS, vinculado a esta; y pudieron darse nuevas comprensiones frente a lo que se narra.

“ Pues gracias ante todo por ser generoso y honesto, para poder contar y sobre todo porque me has enseñado que la rana esa del cuento si quiere arriesgarse a vivir; entonces te agradezco mucho por habernos enseñado eso mi madre y a mí, y porque me haces sentir que es muy importante el estar aquí.” (Esc 3. SCPI)

Conclusiones de la estrategia desde el sistema familiar

La importancia del lenguaje analógico es fundamental para conversar acerca de los dilemas humanos que encarnan los procesos vinculados a la pauta adictiva. El terapeuta supervisado introduce en la conversación con el sistema consultante la idea de los beneficios acerca de las relaciones entre sistemas que piden ayuda y sistemas que deciden ayudar a otro donde se muestra a importancia de clarificar el contexto de ayuda ya que desde ahí se develan comprensiones sobre las relaciones y por ende sobre el cambio y los roles del terapeuta y del sistema consultante frente a estos procesos claves en el rumbo de la psicoterapia

Procesos de cambio: El cambio se comprende como el proceso discontinuo que implica la emergencia de novedad a partir de la interacción de los actores de un contexto, opera por saltos, los que no se vinculan a programas o pasos establecidos de antemano (Boscolo L .Bertrando P.,

1996). Es una experiencia singular en cada individuo, en un orden y será susceptible de ser observada por otro, distinto a quien lo experimenta.

Proceso terapéutico:

El cambio emerge en medio de una relación entre el sistema consultante y el T cuando hay una vinculación entre las historias que hablan del sufrimiento y de las emociones que las acompañan. El cambio implica nuevas comprensiones acerca de los fenómenos humanos que se narran y el reconocimiento de la propia participación en el rumbo que ha tomado la psicoterapia y la vida misma.

"la crisis como posibilidad como movilizadores para el cambio.(Esc 2. TS)

El T1 reconoce la circularidad entre el análisis de la demanda, la creación de un contexto de intervención y del cambio a partir de una relación del terapeuta y del sistema consultante desde preguntas que permitan la comprensión y redefinición de pautas vinculadas a los fenómenos psicológicos.

"como un momento de búsqueda de cambio. Especialmente en esta consultante considero que la crisis es momento de cuestionamiento de paradojas ". (Esc 2. ET)

El supervisor le permite al terapeuta supervisado conversar sobre sus estilos terapéuticos a partir de momentos reflexivos y auto referenciales en donde se reconozcan desde toda su dimensión humana a partir de las historias propias y la de los consultantes. Estos son momentos en los cuales el supervisor investigador realiza preguntas apreciativas y reflexivas a los terapeutas, las cuales le permiten a la estudiante volverse observadores de sí mismos y de las relaciones que construyen. Por ejemplo, se conversa en equipo acerca de lo que cada uno como terapeuta ha priorizado en la

conversación con el sistema consultante, lo que temen que ocurra, lo que les parece más difícil, lo que disfrutan más en las sesiones clínicas, lo que desearían que ocurriera, lo que les molesta de la historia escuchada, lo que les ha sorprendido de lo que han realizado con el sistema consultante, entre otras.

" el cambio implica no repetir más de lo mismo. No hacer más de lo mismo que ha venido manteniendo los patrones relacionales en el sistema consultante. Movilización de marcos de referencia y de estructuras mentales frente a las relaciones (Esc 2. Inv-Int)

Los terapeutas y el investigador interventor comprenden los procesos de calibración como un ejercicio reflexivo que permite dar cuenta de aquello que está por construirse, el impacto del lenguaje se resalta en los procesos clínicos cuando se conversa desde un enfoque apreciativo, desde la metáfora que valora los esfuerzos y las necesidades de cambio.

"Connotación de recursos: en la conversación el terapeuta se movió en varias oportunidades en búsqueda de la valoración y la connotación de recursos, se devela la idea que el cambio se entiende como una novedad o como una actualización acerca de la manera de verse y de hablar de sí mismos. (Esc 2. TF)

Conclusiones del cambio en el proceso terapéutico

El cambio emerge en medio de una relación entre el sistema consultante y el terapeuta cuando hay una vinculación entre las historias que hablan del sufrimiento y de las emociones que las acompañan. El cambio implica nuevas comprensiones acerca de los fenómenos humanos que se narran y el reconocimiento de la propia intervención en el rumbo que ha tomado la psicoterapia y la vida misma. Se da un proceso entre los aprendizajes del terapeuta (sobre la psicoterapias, sobre los aprendizajes y sobre la comprensión de la adicción) y el cambio en los " problemas" que han ameritado la creación de un contexto de intervención psicológica.

Adicción:

Se da un proceso retroactivo entre los aprendizajes del terapeuta (sobre la psicoterapia, sobre la comprensión de la adicción y sobre su estilo terapéutico) y el cambio en los "problemas" que han ameritado el espacio de un contexto de intervención psicológica. En el orden en que el terapeuta redefine los procesos a partir de la pauta adictiva crea nuevas lecturas ecosistémicas para entender las crisis vinculadas a la pauta, y desarrolla habilidades clínicas que impactan el curso de la intervención; entre tanto, el sistema consultante empieza a diluir la postura rígida y estática con la que construye la vida, reporta comprensiones novedosas acerca de sus dilemas y propone cambios necesarios en sus relaciones.

“El T reconoce en la conversación clínica un proceso que construye diferencias en donde la adicción y los problemas son dimensiones diferentes que hablan del sufrimiento de las personas. Connota la importancia del lenguaje analógico como fundamental para conversar acerca de los dilemas humanos que encarnan lo psicopatológico.(Esc 2. Inv-Int)”

El terapeuta, el equipo terapéutico y el sistema consultante involucra la auto referencia como principio clave para conversar acerca del sufrimiento y de la transformación del mismo, desde este proceso generativo todos los actores de la escenas clínicas se ubican en una meta -posición respecto de si mismos y del proceso interventivo. Esto le permite al terapeuta dar cuenta del impacto de sus intervenciones y del efecto en ellas de acuerdo con su estilo terapéutico.

“pues de pronto salir de la idea del problema que traía la familia y ubicarme más en entender la relación de las dos y las posibilidades que había ahí, para avanzar. Me conecte un poco, emocionalmente, con esa necesidad; que no estaba puesta en el orden de la conversación, sino que, se iba dando en la medida que ellas dos iban sintiendo”. (Esc 2. TS)

Comprender que la psicoterapia se propone como un arte de la conversación y de la creación de mundos posibles, logra reposicionar a los terapeutas y a los consultantes frente a sí mismos; y desaparece la preocupación por la adquisición de técnicas. Se comprende la experiencia de la adicción desde una dimensión relacional que permitió en las sesiones psicoterapéuticas la creación de nuevas metáforas para referirse a los fenómenos psicológicos.

Conclusiones sobre el cambio desde la supervisión en el proceso de la adicción:

El terapeuta supervisado creo una relación de confianza y seguridad como aspecto fundamental de inicio de la relación terapéutica, esto permitió redefinir las premisas del sistema consultante acerca de su relación con su madre. El terapeuta supervisado acompaña al sistema consultante desde la curiosidad y el respeto, la escucha sin juzgarla y la legitima en su condición de mujer, y de hija. El terapeuta supervisado a partir de la pauta adictiva aprende a moverse a través de los relatos del sistema consultante, realizando preguntas que llevan a conversaciones de la experiencia lo cual cambia desde lo anecdótico dejando fluir la novedad como una conversación alterna.

Sistema familiar

El cambio desde la conversación en donde a partir del espacio terapéutico logra pasar a un ejercicio narrativo que le permita al sistema consultante contar y ver su historia de formas diferentes la crisis se ve como la cercanía al cambio, a la verdad, como una relación cuando la zona conocida de confort puede cambiar .

“ Las rutas del proceso de intervención surgen entre el TS y el SC a partir de los procesos referenciales y auto referenciales.(Esc 3. Inv-Int)

El terapeuta reconoce que la auto referencia que le permite mirar el modo como empiezan a crear parte de la pauta que se narra, y al ubicar esto al servicio de la reflexión, su postura cambia en favor de las transformaciones terapéuticas que pueda inervar a partir su representación, comenzando con las preguntas que realiza vinculadas a las nuevas lecturas que introduce en la conversación.

“ revisando los procesos auto referenciales del terapeuta y las formas de entender el caso aparecen las de rutas para la intervención ”. (Esc 3. TF)

Se da un proceso retroactivo entre los aprendizajes del terapeuta (sobre la psicoterapias, sobre la comprensión de la adicción y sobre su estilo terapéutico) y el cambio en los “ problemas” que han ameritado la creación de un contexto de intervención psicológica. En la medida en que el terapeuta redefine los procesos, crea nuevas lecturas ecosistémicas para comprender las crisis vinculadas a la actuación de los síntomas, y desarrolla habilidades clínicas que impactan el rumbo de la intervención; entre tanto; el sistema consultante empieza a disolver la postura rígida y estática con la que construye la vida, reporta comprensiones novedosas acerca de sus dilemas y propone cambios necesarios en sus relaciones.

“El TS reconoce el contexto de formación y de psicoterapia como un escenario en el cual se resignifica la vida de todos los actores partícipes de las conversaciones clínicas, y por lo tanto significa la experiencia de la adicción como un dilema que debe ser redefinido. (Esc 3. Inv-Int)

Al referirse al cambio es importante de manera simultánea tanto en el terapeuta como en el sistema consultante un posicionamiento frente al dolor, frente a la pauta adictiva, y frente al cambio en sí mismo. De acuerdo con lo anterior y desde procesos auto referenciales el terapeuta pudo incluir la improvisación en su estilo terapéutico.

“Necesitamos valor y fortaleza para afrontar nuestras consecuencias ante decisiones que hemos tomado mal, y esto es lo más difícil para mí, porque me he equivocado muchas veces, y reconocerlo es difícil, pero echarle la culpa a los demás es lo más fácil, por todo.” (Esc 3. SCPI)

Se devela la idea que el cambio se entiende como una novedad o como una actualización acerca de la manera de verse y de hablar de sí mismos. El supervisor favorece la creación de lecturas relacionales acerca de los fenómenos psicológicos complejos invitando a los terapeutas a preguntarse por el sentido de estos, sobre cómo ha sido el proceso de construcción y de mantenimiento de las pautas vinculadas al sufrimiento y al cambio.

“ El cambio es discontinuo. El tiempo para comprender y la posición distinta frente a las crisis. El cambio desde la conversación en donde a partir del espacio terapéutico logra pasar a un ejercicio narrativo que le permita al sistema consultante contar y ver su historia de formas diferentes” (Esc 3. Inv-Int)

Para el investigador interventor, el proceso de la supervisión y los procedimientos de meta – observación y de reflexión grupal le permitieron crear un contexto psicoterapéutico en el cual se favoreció la comprensión de los aprendizajes y el cambio desde las necesidades de transformación y desde el reconocimiento de los significados vinculados a ello.

" crisis como la cercanía al cambio, a la verdad, como una relación cuando la zona conocida de confort puede cambiar ". Los tiempos del cambio, el cambio en los procesos de los consultantes y el cambio en el sistema terapéutico ". (Esc 3. TS)

Conclusiones del sistema familiar desde el proceso de cambio en la supervisión

El cambio emerge en medio de una relación entre el sistema consultante y el terapeuta cuando hay una vinculación entre las historias que hablan del sufrimiento y de las emociones que acompañan al sistema familiar. El cambio implica nuevas comprensiones acerca de los fenómenos humanos que se narran dentro de los procesos vinculados y el reconocimiento de la propia participación en el rumbo que ha tomado la psicoterapia y la vida misma. El supervisor favorece la creación de lecturas relacionales acerca de los aprendizajes invitando a los terapeutas a preguntarse por el sentido de estos, sobre cómo ha sido el proceso de construcción y de mantenimiento de las pautas vinculadas al sufrimiento, a partir de los relatos e historias del sistema familiar. Los terapeutas son invitados a hablar sobre los significados que para ellos tienen la actuación de los que han hecho parte de este proceso, vinculado a nuevos cambios y resignificaciones de nuevas historias y realidades de vida.

Discusión

A través de la investigación se da respuesta a la pregunta y a los objetivos planteados, de tal manera que se logró establecer los sentidos y significados de la experiencia del equipo supervisor que posibilitaban a través de procesos reflexivos como, los procesos de aprendizaje y cambio, en la medida que había conversaciones reflexivas en donde el terapeuta en formación va adquiriendo aprendizajes significativos en relación con la psicoterapia, la pauta adictiva y el cambio, y el SC

reporta cambios importantes frente a la experiencia y a la encrucijada psicológica y las relaciones. De acuerdo con lo anterior, se muestran posteriormente reflexiones que dan cuenta de descubrimientos del proceso de tal manera que quedan vinculadas a los análisis de la investigación-intervención.

Dinámica de la Supervisión:

En el proceso de la supervisión se encuentra que la dinámica de la supervisión posibilita el cambio y está anclada a tres momentos importantes como son: el proceso terapéutico, la comprensión de lo definido como psicopatológico y la comprensión del sistema familiar, esto propicia que el proceso terapéutico sea importante para establecer una relación de confianza en la que aun la escucha pero igualmente la participación va siendo fundamental. En la dinámica de la supervisión es establecer alrededor de la relación del equipo terapéutico una metaobservación con el sistema consultante, es decir, esto parte de empezar a observar cómo desde la visión del supervisor se genera una relación en la que el terapeuta y el sistema consultante originan un vínculo importante para que de una forma isomórfica se pueda establecer un proceso de relación en el que el supervisor con el terapeuta supervisado instituyó enlaces de confianza. Esto se une a lo planteado por como Fruggeri (2001), quien menciona que la supervisión se convierte en un contexto que permite la reflexión sobre la propia práctica profesional. (Hernández, 2007, pp 227)

De acuerdo con la idea anterior, se plantea que el supervisor no se centra únicamente en los relatos que hacen los terapeutas acerca de sus consultantes, sino que les permite dar cuenta de los relatos acerca de la relación entre el terapeuta y los consultantes y lo que han construido juntos. El supervisor le permite al terapeuta incluirse en la narración que hace de los procesos que

comprende para mostrarle la terapia como una acción conjunta en donde se dan reportes de transformación y bienestar de manera isomórfica a las transiciones en las versiones que tenemos acerca de lo que debe permutar.

A partir de las escenas construidas para el proceso de investigación – intervención, se logra ver la dinámica de la supervisión, que emergen aprendizajes significativos en el psicólogo en formación que dan cuenta del impacto en los procesos de cambio referentes a la comprensión de la experiencia. Se creó un contexto de formación y de intervención para dar paso a la consolidación de los aprendizajes significativos y del cambio a partir de la vinculación permanente entre premisas referenciales y auto referenciales, donde en palabras de (Ausubel, 2003, pp 37-43).

El aprendizaje significativo “es aquel que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación entre la nueva información y las ideas previas de los estudiantes”. (Díaz y Hernández; 2002, p. 39). Es por ello por lo que, el aprendizaje significativo genera en los estudiantes estados de reflexión, imaginación y criticidad.

Estrategia

Las estrategias se incluyen en la práctica desde los procesos auto y heterorreferenciales, posibilitando no solo el reconocimiento de cada uno, sino también la co-construcción de conocimiento. Por tanto las estrategias permitieron como recursos posibilitadores de cambio y de reconocimiento frente a la pauta adicta y a sus relaciones.

Las puntuaciones sobre la pauta adicta, la relación construida en el sistema familiar y el proceso mismo de intervención, emergentes en las conversaciones dan la posibilidad de crear conocimiento y realizar comprensiones de realidades diversas en el proceso de la supervisión y el proceso de intervención, esto además da cuenta de un ejercicio creativo en la construcción de estrategias para el cambio terapéutico.

Para el sistema supervisor la conversación se basa en la comprensión del sentido y los significados que los consultantes atribuyen a su vida, en la cual pueden estar inmersos relatos acerca de la adicción. Por lo que en la supervisión se devela la idea que el cambio se entiende como una novedad o como una actualización acerca de la manera de verse y de hablar de sí mismos. El equipo de supervisión logró conectar la historia del sistema consultante con la propia lo cual les permitió crear otro nivel de lectura de la severidad, la cronicidad, el sentido y significados acerca de la experiencia de la adicción. (Polo, Mónica, 2013, p 27)

Así los procesos conversacionales implican la construcción de estrategias formativas en la colaboración, en tanto que, hay una exposición de saberes puesto en el escenario de supervisión que enmarcan en el escenario de intervención, de acuerdo con lo anterior una de las estrategias de supervisión más conocidas e implementadas en la formación es la supervisión en vivo, este autor Fortes (et al, 1998 citado por Jiménez, 2004) consideran que la supervisión en vivo es una experiencia de aprendizaje circular en la que se deben tener en cuenta todos los grupos que integran dicho proceso (observadores, supervisores, terapeutas). De acuerdo con las ideas de Desatnik (et al, 2002 citado por Jiménez, 2004), la supervisión en vivo no se limita a enseñar técnicas sino a la inclusión de la creatividad, el conocimiento de la teoría, el entendimiento de la

dinámica grupal, la consideración a la persona del terapeuta y el reconocimiento de los diferentes roles que el supervisor asume en el proceso.

También a su vez se reconoce en el contexto de formación y de psicoterapia como un escenario en el cual se resignifica la vida de todos los actores partícipes de las conversaciones clínicas, y por lo tanto significa la experiencia de la adicción como un dilema que debe ser redefinido.

De acuerdo con Jiménez (2004) para mejorar los procesos de enseñanza/ aprendizaje en cualquier área del conocimiento, es indispensable tener en cuenta los estilos de aprendizaje de los estudiantes. (Arenas, 2017, pp 224-237. De acuerdo con las ideas de la autora, conocer cómo aprenden los terapeutas en formación, les permite a los supervisores diseñar estrategias para generar procesos de enseñanza - aprendizaje, eficaces y pertinentes. En algunos estudios se ha encontrado que cada persona tiene una manera preferida de aprender, lo importante es saber cuál es y reconocerla en virtud de una mayor creatividad y productividad (Banfield, 2001 citado por Jiménez, 2004).

Cambió

El cambio se comprende como el proceso discontinuo que implica la emergencia de novedad a partir de la interacción de los actores de un contexto, opera por saltos, los que no se vinculan a programas o pasos establecidos de antemano (Boscolo L .Bertrando P., 1996).

Dentro del proceso terapéutico se empiezan a observar movimientos importantes para la vida del SC y encuentran en el contexto psicoterapéutico un escenario que reasegura y motiva a que la vida venga transformada. Se observa a las consultantes hablando de sus miedos y de lo que

necesitan para enfrentarlos, el SC hace propuestas en forma de acciones que para ellos son posibles para que se puedan mantener los cambios que empiezan a reconocer. Los terapeutas crearon con los SC vínculos con confianza y de tranquilidad, aunque se conversaba de situaciones difíciles, el terapeuta lo connotó como algo temporal, de acuerdo con lo anterior dentro de las investigaciones consultadas se muestra: “Una comprensión individual de este fenómeno es reconocer esa influencia recíproca que tiene lugar entre el consultante y el terapeuta (Dueñas, Ramírez, 2017, pp. 17-37), los patrones de relación que van configurándose entre ellos y que influyen en la reconfiguración de identidad como indicador del proceso de cambio en este caso asociados con la adicción”.

En el contexto de la relación terapéutica, tomar como indicador del proceso de cambio, la reconfiguración de la identidad del consultante implica hacer el tránsito del concepto de sí mismo, entendido como algo, único, estable, descubrible, verificable, previsible, a un sí mismo intersubjetivo, dialógico, diverso, múltiple, cambiante, plural y complejo (Bruner y Weisser, 1995; Codina, 1998, como se citó en Munné, 2000; Connelly y Clandinin, 1995; Gergen, 1996; Páramo, 2008; Ricoeur, 1996).

A partir de lo anterior también se pudo observar como el cambio emerge en medio de una relación entre el sistema consultante y el terapeuta cuando hay una vinculación entre las historias que hablan del sufrimiento y de las emociones que las acompañan. El cambio implica nuevas comprensiones acerca de los fenómenos humanos que se narran y el reconocimiento de la propia participación en el rumbo que ha tomado la psicoterapia y la vida misma.

“ En el contexto de la relación terapéutica, tomar como indicador del proceso de cambio, la reconfiguración de la identidad del consultante implica hacer el tránsito del concepto de sí mismo, entendido como algo, único, estable, descubrible, verificable, previsible, a un sí mismo intersubjetivo, dialógico, diverso, múltiple, cambiante, plural y complejo” (Dueñas, Ramírez, 2017, pp. 17-37).

El supervisor le permite al terapeuta supervisado conversar sobre sus estilos terapéuticos a partir de momentos reflexivos y auto referenciales en donde se reconozcan desde toda su dimensión humana a partir de las historias propias y la de los consultantes; estos son momentos en los cuales el supervisor investigador realiza preguntas apreciativas y reflexivas a los terapeutas, las cuales le permiten a la estudiante volverse observadores de sí mismos y de las relaciones que construyen, “Así pues, se propone, volver la mirada sobre el sistema terapéutico, más específicamente sobre la relación terapéutica, considerando que, al tener un carácter emocional, cognitivo y pragmático, en ella transitan procesos auto-hetero-referenciales” (Dueñas, Ramírez, 2017, pp. 17-37), que usados generativamente, logran introducir diferencias conducentes al cambio; es decir, suponemos, siguiendo a Guidano (1998), que en los procesos auto-hetero-referenciales que se dan al interior de la relación terapéutica se generan aperturas y cierres que activan la capacidad autoorganizativa del sistema, y con ello, procesos de reconfiguración de identidad”

Uno de los aportes más significativos que se lograron a partir de esta investigación es como el proceso de supervisión cuando se genera una lógica de reflexividad y de confianza permite crear unas conexiones de comprensión de la historia, humanizar a los consultantes, de igual manera la motivación al cambio donde la familia es mucho más activa en los procesos de cambio permitiendo así una movilización de todo el sistema en pro de generar procesos co-evolutivos que

sean consistentes en el tiempo; por ende considero que se hagan nuevas investigaciones ancladas a la persona del supervisor, la persona del supervisado, las relaciones de confianza que puedan establecerse.

Conclusiones

*No podemos tener la esperanza de predecir el futuro, pero podemos influir en él. Prigogine,
citado por Schnitman, 2000)*

En este capítulo se realizó la retroalimentación de las comprensiones alrededor de los procesos en el curso de la supervisión que favorecen la construcción del cambio y de aprendizajes significativos en un caso de adicciones.

En el estado de arte documental se realiza un análisis de las investigaciones y estudios que se han realizado y que coinciden con el fenómeno a estudiar, teniendo en cuenta cinco ejes temáticos como son: población de jóvenes adolescentes en consumo de sustancias psicoactivas, prevención de drogas desde la educación, tipos de intervenciones o enfoques, relación entre sistema familiar o sistema consultante y terapeuta y supervisión en caso de adicciones. Es de esta manera que se exponen las confrontaciones, complementariedades e intervenciones entre el fenómeno y las investigaciones, realizando un ejercicio interesante de acercamiento a la problemática la cual generó reflexiones acerca de los cinco ejes temáticos en relación con el fenómeno de estudio.

En el capítulo de estado de arte testimonial se da cuenta de cómo se comprende el fenómeno, y cómo se definieron las conversaciones a partir de las experiencias que se crean como supervisores

clínicos en relación de la investigación/intervención en un contexto de supervisión desde la perspectiva de una investigación de segundo orden, donde se desarrolló a partir de un escenario y correspondió a un encuentro en la que participaron dos supervisores – investigadores y un Terapeuta Profesional en formación, unidos por la pretensión de estudiar juntos el sentido y mantenimiento de un fenómeno psicológico complejo.

En el capítulo del sistema teórico se generaron unas posturas y se retomaron conceptos para la comprensión sobre la supervisión y los procesos de aprendizaje y de cambio a partir de la dinámica relacional desde la cual se sustenta la investigación y desde los cuales se conceptualiza el fenómeno.

Del sistema metodológico emergieron los principios operadores de la investigación intervención, la recursividad, la reflexividad, la auto – observación, la autorreferencia y la circularidad, esta investigación – intervención emerge de la construcción de procesos conversacionales y redefiniciones entre el equipo terapéutico –conformado por terapeutas en formación, un supervisor - investigador y un sistema consultante institucionalizado en la fundación Génesis con un motivo de consulta entendido por los investigadores en un caso de adicciones.

Por otra parte en el capítulo de resultados se muestra comprender el sentido y significado de la experiencia de un equipo de supervisión frente a un caso de adicciones y la relación con los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión.

En la discusión se muestran los resultados para dar respuesta a la pregunta de investigación y responder a los objetivos planteados, de tal manera que se logró establecer los sentidos y significados de la experiencia de un equipo supervisor que posibilitaban a través de procesos

reflexivos, en donde el terapeuta en formación va adquiriendo aprendizajes significativos en relación con la psicoterapia, la pauta adictiva y el cambio

A continuación se muestran las conclusiones del proceso de investigación - intervención y se presentan como aportes al contexto de aplicación de la psicología clínica, aportes al contexto de la maestría, aportes para la línea de investigación Modelos Contextuales de formación de terapeutas desde un enfoque sistémico ecológico y para los investigadores-interventores.

Este proceso de investigación – intervención le aporta al contexto de la psicología clínica un modelo de atención a los sistemas consultantes para que participen en la definición, creación de fenómenos psicológicos complejos. Asimismo aporta al compromiso social y ético de investigaciones - intervenciones con impacto que le permitan a estas instituciones como la Fundación Genesis ser un escenario con proyección social.

La movilización de sistemas de significación frente a pauta adicta en los profesionales de la Fundación permite el reconocimiento de la dinámica relacional y de la demanda de ayuda de todo el sistema consultante en el proceso interventivo. Este aspecto es argumentado por Garzón y Riveros (2009) quienes plantean que desde lo intrapsíquico se pasa de la comprensión del carácter psicopatológico del consumo a una mirada relacional.

Se puede evidenciar lo que plantean autores como (Rodríguez, Serna, 2015, pp. 153) los alumnos reconocen y valoran su pericia, sus competencias y talentos, con la intención de volverse más pensantes, activos y que reconozcan lo que quieren aprender. Desarrollan sentimientos de confidencialidad, reconocimiento y valoración por la diferencia. En sus reflexiones, los alumnos

comentan sobre sus estilos de aprendizaje, sobre el estilo del supervisor y el proceso del grupo, en la generación de nuevas conversaciones, de nuevos aprendizajes, cómo interactúan, escuchan y son escuchados. En la supervisión colaborativa el diálogo le da significados a la experiencia, es un ambiente donde supervisor y supervisado comparten y respetan sus opiniones, por medio de la creación conjunta y la cooperación.

Se entiende a la psicología clínica y su oficio de la psicoterapia como la disposición de diseños socioculturales operados por actores/autores con diversidad de intenciones que preconfiguran contextos relacionales: recreación de experiencias: Se pudieron reconocer que el clínico opera la reflexividad y la autorreferencia para la construcción generativa de experiencias. Rodríguez, Serna (2015)

A partir de este estudio se propone la necesidad de proyectar la Fundación Génesis, como un centro de investigación con el fin de favorecer en la comprensión compleja de los diferentes fenómenos humanos desde una dimensión inter y transdisciplinar. Es un contexto al que acude un alto porcentaje de familias que requieren atención para desarrollo y bienestar, por lo tanto amerita plantear nuevas preguntas de investigación encaminadas a proporcionar cumplimiento a dicho anhelo.

Igualmente a partir de las ideas anteriores se dio la oportunidad de poder contribuir a los procesos diferentes y complementarios como son la construcción de comprensiones en comparación con las adicciones en el desarrollo y el bienestar psicológico de la consultante, y en como los diseños de investigación-intervención generaron un impacto en los coautores y en el proceso en donde la investigación implicó un compromiso.

Aportes al contexto de la Maestría:

Para el terapeuta en formación en la Maestría en Psicología Clínica y de familia de la Universidad Santo Tomás la historia de su consultante es un escenario desconocido, el reto es integrarlo a con su propia historia, y que en esta vinculación surja el cambio narrativamente viable. Reconocemos como terapeutas que todo sistema consultante no es un caso, sino una historia que al narrarse pueda actualizarse. Los aprendizajes significativos se generan en los terapeutas en formación cuando se da la reflexión, la imaginación y la invitación a la curiosidad y la incertidumbre. Reconocemos que el cambio que se da durante los procesos clínicos es bilateral, es decir, en la medida en que los terapeutas dudan de sus certezas pueden mostrarse de acuerdo otras versiones y visiones acerca de lo humano, también de modo isomórfica las familias, los interventores y miembros de las organizaciones han actualizado las versiones con las que se explicaban el sufrimiento, lo cual ha impactado también en los modos de intervención. Considero el contexto terapéutico como un escenario conformado por sistemas auto referentes, en el que, el terapeuta hace parte de la ecología del sistema, asimismo como todos los contextos implicados en la reconstrucción y mantenimiento de las pautas. Pretendemos a partir de la terapia constituir nuevas redes de relaciones al interior de los sistemas, redes conversacionales que protejan la integridad de los participantes comenzando en el establecimiento de relaciones igualitarias, adonde juntos podamos imaginar mundos nuevos y en el que podamos desistir a las organizaciones en torno a los problemas.

Aportes para la línea de investigación Modelos Contextuales de formación de terapeutas desde un enfoque sistémico ecológico.

La pregunta de investigación del presente proyecto genera nuevas reflexiones y contribución a la de líneas de investigación sobre los modos con los que comprendemos en los contextos de intervención, como un espacio de co-aprendizaje humano, en el cual tanto los consultantes como los psicólogos en formación reconfiguran los dilemas humanos. Las comprensiones que emergen acerca del fenómeno estudiado son el material de trabajo y reflexión en diferentes contextos de la formación en el programa de la Maestría, ya que aporta ideas y preguntas acerca de procesos en el curso como a la intensificación del marco teórico y paradigmático para el avance de estudios que retroalimenten el macroproyecto, y que favorecen la construcción del cambio y de aprendizajes significativos en un caso de adicciones y que ha ameritado estudio e investigación al programa. El diseño y neodiseño de este proceso de investigación – intervención aporta en la implementación de procesos de supervisión que favorezcan el desarrollo de competencias terapéuticas. La contribución de la investigación da cuenta de cómo la movilización de los sistemas de significación y modos de organización a partir de procesos auto referenciales posibilita otras miradas alternas y da cara a problemáticas relacionadas con la adicción, tomando como sujetos activos a los profesionales que intervienen con el síntoma como una alternativa de cambio generativa desde la intervención.

Aportes para la investigadoras-interventora:

Como supervisora, investigadora, docente y terapeuta he aumentado mi marco de referencia para comprender el fenómeno de los procesos de aprendizaje y cambio en el contexto de la supervisión y la formación de psicoterapeutas. Me examino a partir de este estudio como un terapeuta que debe procurar la creación de escenarios éticos y de formación y de psicoterapia que inviten a las personas a resignificar su vida y por ende a darse

permiso de disfrutar más de ella. He vivido comprendido el impacto de los procesos meta – observacionales y reflexivos en contextos de investigación – intervención, en los cuales es viable contribuir a la creación de nuevas comprensiones, y de intervenciones pertinentes, que le permiten al supervisor verse permanentemente desde los ojos de sus estudiantes; como terapeuta, como facilitador y como persona. Esta retroalimentación que se da en cada sesión de psicoterapia devela y complejiza los estilos del terapeuta y del supervisor. Cada sesión es entonces producto de la retroalimentación que estimula los procesos de meta – observación y de reflexividad. Proponer un ejercicio en el cual he sido observada por mi estudiante, me ha generado nuevos aprendizajes como docente, como terapeuta, como mujer, como madre, como investigadora, y en general como una persona que puede reconstruir y resignificar los aspectos que no disfruta de la vida, y en el sufrimiento del otro. En mi rol de docente – supervisora reconozco a partir de este proceso que cada día aprendo de los estudiantes y de consultantes el sentido de la psicoterapia y de la investigación como un ejercicio para recrear la existencia propia y la de otros, donde no se busca en la supervisión que el terapeuta en formación mejore en el diseño de técnicas para hacer frente la “enfermedad mental” sino en la creación de escenarios conversacionales – con familias, terapeutas, organizaciones - que inviten a alcanzar la vida desde diferentes dimensiones y desde diferentes visiones, adonde soñar se hace posible, a la vez que, imaginarse nuevas escenas para vivir con una identidad que no se centra en la etiqueta de ser un “adicto” o la “familia del adicto”.

Post-scriptum

Como parte del proceso reflexivo dado en la sustentación emergen algunas comprensiones desde las conversaciones tenidas. Inicialmente la docente - jurado destacó tres aspectos que, a mi juicio, guiarón la retroalimentación surgida en el equipo reflexivo. Primero, los acercamientos en los procesos co-evolutivos en relación con la apropiación autorrefencial y en el proceso formativo que permitieron movilizaciones en la intervención desarrollada en la Fundación Génesis frente a la pauta adicta. Segundo, las comprensiones de la identificación de distintas posibilidades, no solamente racional y cognitivamente sino desde una emergencia emocional. Tercero, como estos escenarios de investigación/ intervención posibilitaron diferentes crecimientos, emergencias, y como a partir de esto se vive la psicología, la psicología clínica, pero también la docencia y la supervisión, y como se da cuenta del proceso de cambio en los escenarios de enseñanza aprendizaje y como se planteó con los sistemas de ayuda.

En ese sentido surgen aspectos favorables desde la propuesta interventiva que permitieron pensar en el lugar de los escenarios de supervisión, en la formación de psicólogos y como esto tiene una responsabilidad ética y estética para la redefinición de estos fenómenos clínicos que llegan mucho a consulta y se da la posibilidad de redefinir estas lecturas de carácter exclusivamente médico, de tipo deficitario o que son solamente intervenciones individuales, a partir de ello nos pensamos desde otras lógicas y esto sumado a la responsabilidad que tenemos y que se hacen desde la emergencia de nuevas formas de relación, resaltando la ética y estética de redefinir la relación con estos sistemas de ayuda sobre las definiciones de problema y donde se construyen diferencias sobre la forma en la

que se leen los fenómenos, los guiones de intervención y a partir de ello donde se pudieron generar novedades y distinciones y en ese tránsito cibernético de pensar en el paciente solamente que es el portador del problema se configura el sistema terapéutico y como desde ahí se pudieron establecer estos procesos autorreferenciales desde la transformación y cambio sobre la forma en la que inicio el proceso de formación y como se va configurando entre el equipo de supervisión como posibilitadora de engranajes cuando se trabaja con familias o con personas que viven estos fenómenos y que generan procesos de sufrimiento, y como se le dio paso a la polifonía y la construcción de la identidad de los psicólogos y como se posibilitó diferentes estilos bajo un escenario colaborativo, este impacto generó en la emergencia de los procesos meta observacionales que permitieron verme como objeto de observación para mí misma, y cuando empiezo a crecer en todo este proceso de desarrollo, de dar cuenta de los propios cambios, de creer en el cambio y en el cambio de los otros a través de los procesos auto y heterorreferenciales, donde se pudieron visibilizar movilizaciones hacia la co-construcción de procesos co-evolutivos y a su vez se generaron espacios terapéuticos centrados en procesos de metaobservación que dan cuenta de la relación institución- familia.

Lo anterior, da cuenta de la autopoiesis, la capacidad que tienen los sistemas para crearse y autoorganizarse, ya que la movilización de los sistemas de significación que visualizaban a la institución desde una mirada de “salvación”, permitió a la familia y a la joven deconstruir la dependencia con la institución, es así como la consultante logra ser mucho más independiente y por su parte desde el equipo terapéutico de la Fundación, surge la importancia de la configuración de una postura horizontal, que permitió el reconocimiento

del otro, no desde el déficit sino desde su esencia como ser humano, lo cual contraria con las comprensiones que emergieron en el estado del arte testimonial y en el primer escenario conversacional, en donde el diagnóstico prevalecía y el reconocimiento de la joven se construía a partir del mismo. Frente a las comprensiones de la investigadora - interventora respecto a la distinción de adicción y pauta adicta; se entiende la adicción como un fenómeno construido a partir de una dependencia psicológica y fisiológica lo cual lleva a la joven a mantener comportamientos compulsivos frente a la sustancia psicoactiva, que conducen al deterioro de la autonomía, desarrollo emocional y procesos de diferenciación; respecto a la pauta adicta se comprende como una pauta relacional recursiva que mantiene el sistema familiar en torno al síntoma, interfiriendo en la evolución del ciclo vital en el que se encuentra la familia y por ende el bloqueo de procesos de emancipación de sus integrantes, convirtiéndose así en una pauta circular que alimenta acciones compensatorias y cuidado instrumental.

A partir de lo anterior, fue importante movilizar al equipo terapéutico de una mirada individual a visibilizar la relación familiar en intervención, esto permitió una mirada alterna frente a la comprensión de la supervisión y los procesos de formación, ya que el equipo terapéutico hacía énfasis en el aspecto biológico y luego de la generación de los escenarios conversacionales, emergen nuevas comprensiones respecto a la relación que se construye entre el joven consumidor y su familia, donde el equipo resalta la pauta adicta comprendida desde una dinámica relacional construida por la familia como un objetivo interventivo generador de cambio. Eso implica, no solamente el percibir a las familias y a la joven de manera diferente ya no en torno al síntoma; sino también como el equipo

terapéutico se connotan no solo como profesionales sino como seres humanos, dando otro significado a como se ven frente a la pauta adicta.

Continuando con la retroalimentación del equipo reflexivo donde se visibiliza el foco investigativo desde la comprensión de la autorreferencia como un campo de investigación, desde lo propuesto en la revisión y construcción teórica, se buscaba la comprensión del fenómeno a partir de los procesos auto y heterorreferenciales, bajo una mirada constructivista construccinista, la cual era plasmada en la construcción de la metodología y posterior desarrollo, dichas comprensiones posibilitaron la emergencia de fortalecer desde el nivel investigativo los procesos auto y heterorreferenciales frente a un fenómeno de investigación intervención, y de resaltar a nivel investigativo la revisión teórica sobre dichos procesos que dieron cuenta de una postura cualitativa de segundo orden, la cual no era abordada directamente en las diferentes fuente bibliográficas revisadas, por ello el trabajo investigativo e interventivo se enfocó en la movilización de una comprensión de la naturalización del fenómeno hacia una postura, partiendo de la comprensión de los significados intercambiados en el contexto y la relación social y de los proceso auto y heterorreferenciales de todos los involucrados, lo anterior lleva a reconocer los principios operadores de la investigación intervención como posibilitadores de la comprensión del fenómeno a partir una postura epistemológica referida al proceso recursivo de observar las observaciones, desde un contexto. Finalmente la autorreferencia y heterorreferencia implican una postura epistemológica que incluye un proceso recursivo de observar las observaciones, en ese sentido para el equipo terapéutico de la Fundación Génesis, los procesos de metaobservación favorecen la intervención y la retroalimentación necesaria

como equipo, lo cual les permitió adquirir conciencia del sí mismo, del otro y del nosotros que emerge en cada encuentro. Esta comprensión posibilitó que la participación del terapeuta permitió la emergencia de sus marcos de referencia en el proceso interventivo, posicionándose de forma horizontal y reconociendo en los jóvenes y sus familias los recursos que potencializan la movilización al cambio.

Referencias

- Azorín, C.M. (2014). ¡Abre los ojos! Un proyecto de mejora educativa para la prevención de drogas en adolescentes. *Revista Complutense de Educación*, 27(1): 141-159. http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2016.v27.n1.45532
- Batllo, A. (2016). *El consumo de drogas entre adolescentes: Prevención en la escuela y en la familia*. Narcea Ediciones.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. Fondo de Cultura Económica.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1): 11-20. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>
- Becoña, E.; Martínez, Ú.; Calafat, A.; Fernández-Hermida, J.R.; Juan, M.; Sumnall, H.; Mendes F. & Gabrhelik, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25(3): 292-298. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72728043002>

- Bertrando, P. y Defilippi, O.M. (2005). Terapia sistémica individual: effetti di una tecnologia del sè. *Terapia Familiare*, 78, 29-52. <http://digital.casalini.it/10.1400/69368>
- Calderón-Romero E.A. y Cáliz-Romero N.E. (2015). Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28): 123-141. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n28/v14n28a10.pdf>
- Canales, G.F.; Díaz de Paredes, T.; Guidorizzi, A.C. y Arena, C.A. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista CUIDARTE*, 3(1), 260-269. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179002>
- Cárdenas, M.A. (2016). Tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque sistémico (Memoria para revalidar el título español de psicólogo). Universidad de Chile.
- Castellanos, J.A.; Jaramillo, A.M.; Mariño, N. y Silva, L.E. (2017). Auto y heterorreferencia en pauta adicta: una mirada relacional familia-institución-investigadores interventores (Tesis de Maestría). Universidad Santo Tomás Bogotá.
- Ceberio, M.; Moreno, J. y Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Revista Perspectivas Sistémicas*, (60): 1-16. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/La-formaci%C3%B3n-y-el-estilo-del-terapeuta.Ceberio-Moreno-DesChamps.pdf>
- Cruz Fernández, J.P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27(1): 129-142. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100013>

- Devereux, G. (1978). *Ensayos de Etnopsiquiatría General*. Barral.
- Estupiñán, J., Niño, J.A. y Rodríguez, D. (2006). Dossier. Modelos Contextuales de formación de terapeutas desde un enfoque sistémico y ecológico. Universidad Santo Tomás Bogotá.
- Garzón, D. y Riveros, M. (2009). Procesos narrativos conversacionales en la construcción en la identidad del joven y la familia con problemas de consumo de SPA en una institución de rehabilitación. (Tesis de Maestría). Universidad Santo Tomás Bogotá.
- Jutorán, Beatriz (1997). Formación en Psicoterapia. En: Fernández Álvarez (Ed). *Desarrollos en psicoterapia*. (1997). Argentina: Editorial Belgrano, pp. 72-73.
- Kelly, K.J., Comello, M.L.G., & Hunn, L.C.P. (2002). Parent-child communications, perceived sanctions against drug use, and youth drug involvement. *Adolescence*, 37: 775-787.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12564828/>
- Klimenko, O., Llanos, A., Martínez, M., Rengifo, A. (2018). Prevalencia de consumo de sustancias en los adolescentes entre 13 y 18 años pertenecientes al municipio de Puerto Rico Caquetá. *Revista Katharsis*, 25: 3-18. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Mansilla, M.E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2): 105-116. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/4999/4064/>
- Medina-Mora, M.E.; Cravioto, P.; Villatoro, J. Fleiz, C.; Galván-Castillo, F. y Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de

Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45(Supl. 1): S16-S25.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700005&lng=es&tlng=es.

Rodríguez Charry, Diana Modelos de aprendizaje y cambio / Diana Rodríguez Charry y Adrián Serna Dimas – Bogotá : Universidad Santo Tomás, 2015.

Moral, M. V. y Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71- 87.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy10-1.caaa>

Observatorio de Drogas de Colombia (Ministerio de Justicia y del Derecho), Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito-UNODC, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-CICAD de la Organización de los Estados Americanos-OEA y Embajada de los Estados Unidos en Colombia (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. [En Línea]
https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito-UNODC (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas-CEDRO [En Línea]
https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

- Olsson, C.A., Coffey, C., Toumbourou, J.W., Bond, L., Thomas, L., & Patton, G. (2003). Family risk factors for cannabis use: A population-based survey of Australian secondary school students. *Drug and Alcohol Review*, 22(2): 143-152.
<https://doi.org/10.1080/09595230100100570>
- Pérez, M.J.; Díaz, A. y Calixto, M.G. (2018). Experiencia vivida de los adolescentes consumidores de drogas: un abordaje fenomenológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52: 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042803349>
- Experiencias y retos en supervisión clínica sistémica / Luz Marina Moncada Torres [y otros nueve autores]; Editora académica, Angie Paola Román Cárdenas, Bogotá: Ediciones USTA, 2020.
- Polo, M. (2013) La construcción de historias emergentes sobre la experiencia de lo psicopatológico en el contexto de la supervisión: transformaciones desde un escenario de aprendizaje. (Tesis de Maestría). Universidad Santo Tomás Bogotá.
- Tena-Suck, A.; Castro-Martínez, G.; Marín-Navarrete, R.; Gómez-Romero, P.; De la Fuente-Martín, A. y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 34(2): 264-277.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim182h.pdf>
- Trujillo, A.M.; Pérez A. y Scoppetta, O. (2011). Influencia de variables del entorno social sobre la ocurrencia de situaciones problemáticas asociadas al consumo de alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 23(4): 349-356.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/135>

Uceda-Maza, F.X.; Navarro-Pérez, J.J. y Pérez-Cosín, J.V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*, 58: 63-75.
<http://dx.doi.org/10.7440/res58.2016.05>

Villa, M.E. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil. *Revista Educación y Pedagogía*, 23(60): 147-157. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4157845.pdf>