

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Inclusión de la perspectiva antropológica en un programa de tratamiento para jóvenes con consumo de drogas y judicializados. Una auto-etnografía Analítica¹

Inclusión of the anthropological perspective in a treatment and rehabilitation program for adolescents who consume drugs and comply with a sanction measures/ judicial measures. An analytical auto-ethnography

GABRIELA ORIETA GARCÉS PÉREZ

Universidad de La Frontera, Chile

RESUMEN El abordaje interdisciplinario sigue siendo un desafío para las políticas de salud mental implementadas a través de los programas y centros de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas en Chile y Latinoamérica. En este artículo se analiza y discute la necesidad de incluir la perspectiva de la antropología sociocultural en el funcionamiento de un programa de tratamiento y rehabilitación biopsicosocial y comunitario para adolescentes que cumplen una medida judicial ambulatoria en la ciudad de Temuco, Región de la Araucanía, Chile. El fundamento metodológico corresponde a una auto-etnografía analítica, método de investigación cualitativo que intersecta la posición del/la investigador/a con su posición de actor social. Dicha intersección se encuentra



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

1. Agradezco el apoyo del Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social - COES (ANID/FONDAP/15130009) y del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de la Frontera.

en mi participación como antropóloga-investigadora, y a la vez como coordinadora del programa de tratamiento. Los resultados proyectan la inclusión de la perspectiva sociocultural en las dinámicas del Programa a partir de la definición y operativización de una noción de cultura e identidad cultural como dimensión de la realidad transversal en tres niveles de funcionamiento: Enfoque terapéutico de intervención; Dinámicas relacionales-organizacionales del equipo terapéutico, y en las coordinaciones intersectoriales con otros equipos de la red. Para ello se fundamenta la formación del equipo de intervención en competencias interculturales. Se concluye la relevancia del método auto-etnográfico para visualizar desde un punto de vista situado, analítico y encarnado, los aportes y potencialidades de la inclusión de la perspectiva antropológica sociocultural en el modelo de intervención de tratamiento en adicciones vigente.

PALABRAS CLAVE Antropología médica; competencias interculturales; tratamiento de drogas; etnografía.

ABSTRACT The interdisciplinary approach continues to be a challenge for mental health policies implemented through drug treatment and rehabilitation programs and centers in Chile and Latin America. This article analyzes and discusses the need to include the sociocultural anthropology perspective in the operation of a community and biopsychosocial treatment and rehabilitation program for adolescents who comply with a judicial measure in the city of Temuco, Araucanía Region, Chile. The methodological foundation corresponds to an analytical auto-ethnography, a qualitative research method that intersects the position of the researcher with their position as a social actor. This intersection is found in the author's participation as an anthropologist-researcher, and at the same time as coordinator of the treatment program. The results project the inclusion of the sociocultural perspective in the dynamics of the program from the definition and operationalization of a notion of culture and cultural identity as a dimension of the transversal reality in three levels of operation: therapeutic intervention approach; relational-organizational dynamics of the therapeutic team, and in intersectoral coordination with other teams in the network. To do this, the training of the intervention team in intercultural competences is established. It is concluded that the auto-ethnographic method is relevant to visualize from a situated, analytical and embodied point of view, the contributions and potentialities of the inclusion of the sociocultural anthropological perspective in the current model of treatment intervention in addictions.

KEY WORDS Medical anthropology; drug treatment center; cultural competencies; ethnography.

Introducción

El presente artículo reflexiona sobre la posibilidad de incluir la perspectiva de la antropología sociocultural en el funcionamiento de un programa de tratamiento y rehabilitación biopsicosocial y comunitario para adolescentes que cumplen una medida judicial ambulatoria en la ciudad de Temuco, Región de la Araucanía. Para ello, se desarrolla una reflexión auto-etnográfica respecto de los desafíos y potencialidades de su integración en las dinámicas institucionales, y se aportan elementos a la discusión sobre los modelos de intervención vigentes.

La actual prescindibilidad de la perspectiva sociocultural en la intervención de tratamiento y rehabilitación de drogas en Chile y Latinoamérica, remite al menos a dos aspectos principales y de alguna forma concatenados: el primero refiere a un aspecto epistemológico implicado en el desarrollo histórico de las ciencias, y la pugna por la legitimación de modelos explicativos de los fenómenos de la salud-enfermedad en general, y de la salud mental y las adicciones en específico, esta es una discusión que emerge en el apogeo de la era moderna y la especialización de los distintos campos del saber, que se disputa en las fronteras disciplinarias, y en la cual se ha inclinado la balanza hacia una reducción físico-biologicista de los padecimientos de salud mental. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, con el desarrollo de las ciencias sociales, de la conducta y la evidencia científica producida, se han relevado la necesidad de superar esta mirada fragmentada y ampliar el marco explicativo de los procesos de salud-enfermedad-atención considerando a los factores ambientales, socioeconómicos, ecológicos y culturales-simbólicos, como parte de este continuo. A este respecto, destaca en Norteamérica los postulados de la tradición ecológica y culturalista (Good, 2003; Kleinman, 1995), y en Latinoamérica, de la epidemiología sociocultural (Aguirre-Beltrán, 2008; Hersch-Martínez, 2013; Menéndez, 2004) y desde una vertiente socio-crítica, de la salud colectiva y decolonial (Almeida-Filho, 2000; Breilh, 2013; Santos, 2010).

El segundo aspecto refiere a las Políticas de Salud Pública; la declaración de Alma Atta de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), y el consiguiente énfasis del modelo de los determinantes sociales de la salud ha volcado la mirada hacia la promoción y la prevención, brindando indicaciones de atender “las causas de las causas” a los distintos Estados miembros, dando origen a estrategias como “Salud en todas las políticas” (WMA, 2008) que promueven un abordaje intersectorial de los problemas sanitarios que padece la población. A esta ampliación política de la mirada sanitaria se suman los movimientos sociales y las luchas reivindicativas y de revita-

lización de las identidades locales de los pueblos originarios al alero de los Derechos humanos. El convenio 169 de la OIT suscrito por Chile, ha implicado la creación de normas ministeriales (INE, 2019), que consignan el respeto, reconocimiento y protección de los sistemas de salud de las agrupaciones indígenas y sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente (Ministerio de Salud, 2006). No obstante, en la mirada de la salud mental en Chile, continúa prevaleciendo la perspectiva biomédica, lo cual queda de manifiesto en las intervenciones de tipo clínicas-individuales por sobre otros modelos que abordan el entorno comunitario y relacional (Avello et al., 2017; Caifil et al., 2020).

En este marco general funciona el Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) para adolescentes consumidores de drogas y que se encuentran cumpliendo una sanción judicial de forma ambulatoria. Este se ejecuta en todas las regiones del país como parte de un convenio entre el Ministerio de salud (MINSAL), el Servicio Nacional para la Rehabilitación y Prevención del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y SENAMEGENCHI (Servicio Nacional de Menores – Gendarmería de Chile), institucionalidad que se rige por las directrices de la Convención de los Derechos del niño, la cual fue ratificada en el año 1990 por Chile. De acuerdo al principio de subsidiariedad que rige en la actual Constitución, estos programas son ejecutados por organismos privados no gubernamentales y sin fines de lucro (fundaciones, corporaciones, universidades), los cuales postulan su adjudicación a través de licitaciones públicas. El modelo terapéutico que se implementa es definido desde las políticas ministeriales ya referidas, las cuales especifican un modelo de intervención biopsicosocial y comunitario (MINSAL, 2018; SENDA, 2018).

Modelos de intervención en drogodependencias

En el abordaje de las adicciones, el modelo de intervención biopsicosocial (Bartz, 1999; Engel, 1980) tiene su fundamento en la idea de que existe una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, como lo define el modelo biomédico, sino también psicológico y social. A este respecto, Apud y Romaní (2016) señalan que en el ámbito psicoterapéutico, diversos tratamientos forman parte del espectro biopsicosocial: terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, abordajes centrados en la familia, modelos sistémicos, terapias psicodinámicas y psicoanalíticas, entre otras. Poniendo énfasis en el individuo y su situación problemática, a partir de categorías diagnósticas y de evaluación psicosocial.

Por otro lado, el enfoque comunitario que se declara como parte del modelo de intervención, ha sido una innovación de las políticas de salud mental en Chile que se han implementado desde los años noventa, para una mejor comprensión y abordaje de la enfermedad y de la salud mental (MINSAL, 2006, 2018), en su implementación,

este comprende una red territorial de servicios sanitarios (a partir de la incorporación de planes de salud mental en la atención primaria en salud), el fomento de la intersectorialidad en las coordinaciones institucionales y gestiones de los equipos profesionales, la participación activa de usuarios, pacientes y familiares (Minoletti et al., 2018).

El modelo sociocultural en el abordaje de las adicciones, según Romaní, ha cuestionado la noción clásica y neurobiológica de “drogodependencia”, exponiendo su relación con las formas de organización de la vida cotidiana, así como los procesos de identificación y construcción de identidad, resaltando la perspectiva de los propios actores (Romaní, 2000). Este enfoque tiene una larga trayectoria que se remonta a las investigaciones realizadas en la Escuela de Chicago, a partir del desarrollo de enfoques etnometodológicos e interaccionistas simbólicos, orientados hacia la comprensión de las dimensiones intersubjetivas; significados y prácticas en torno al consumo de drogas. En esta línea se plantea que el estudio del consumo de drogas en sus “contextos naturales” ha permitido distinguir en forma más realista muy distintos usos (Apud y Romani, 2016). Sin embargo, se señala que no se ha logrado integrar de manera satisfactoria un enfoque sociocultural, que incluya en la perspectiva clínica –biopsicosocial- problemas como los del “etiquetado social” (la estigmatización), las trayectorias narrativas de drogodependencia, o “la comprensión profunda de las prácticas de consumo enmarcadas dentro de ciertas subculturas de la droga” (p. 123). Los autores consideran un desafío pendiente profundizar en estrategias que tomen en cuenta las relaciones entre sustancias, sujetos y contextos.

Respecto del enfoque comunitario que declara el modelo de intervención, diversos autores han problematizado la definición e implementación de “lo comunitario” (Avello et al., 2017; Carrasco y Yuing, 2014; Miranda-Hiriart, 2011; Olivares-Aising y Valle-Barrera, 2019). Señalando que lo comunitario se convierte en un elemento de la intervención que se quiere alcanzar, en tanto, no existiría consenso ni univocidad en relación a lo que implica, sino un mero juego de oposiciones frente a lo biomédico y lo clínico (Carrasco y Yuing, 2014), estas autoras acotan que en la práctica el enfoque comunitario se operativiza “como una hibridación entre una gran diversidad de planteamientos, con diferentes marcos epistémicos, reunidos en estrategias de intervención social que tienen en común un mismo sujeto: el pobre” (p. 150). Por lo que se advierte que bajo el diseño de las políticas de salud, e integración social, se reduce a técnicas de intervención más que a un proceso orgánico que articule niveles colectivos y estructurales incidentes en las vidas de los y las jóvenes. Es importante señalar aquí, que si bien el foco de interés de este trabajo no es profundizar en este enfoque en específico, sino, en el modelo de intervención de manera integrada, sí emergen elementos que eventualmente podrían implicar, complementar y fortalecer el enfoque comunitario, a partir de la inclusión de la perspectiva sociocultural al modelo de intervención, quedando pendiente para un análisis futuro la profundización de esta vinculación.

En este marco paradigmático, conceptual y normativo interesa desarrollar una reflexión orientada a dilucidar el aporte e inclusión de la perspectiva sociocultural y antropológica en un programa de tratamiento biopsicosocial para adolescentes y jóvenes en los distintos niveles de su implementación y funcionamiento, desde la experiencia práctica y situada de trabajo e investigación en dicho contexto.

Contexto social e institucional del proceso investigativo

El proceso investigativo se sitúa en un PAI localizado en la ciudad de Temuco, capital de la región de la Araucanía-Chile, entre los meses de julio del 2018 y enero del año 2019. Región multiétnica y multicultural, que forma parte del territorio originario del pueblo mapuche, que luego de anexado al Estado nacional chileno en el siglo XIX, fue destino importante de distintas oleadas migratorias; de colonos europeos durante los siglos XIX y XX, y en el último decenio, una importante llegada de personas provenientes de región sur americana y centro americana-caribeña (INE, 2019). En esta línea, considerando la presencia y convergencia de tradiciones e identidades culturales diversas en el territorio regional, cobra pleno sentido y se vuelve una necesidad la inclusión de miradas que consideren aspectos culturales e identitarios en las actuaciones interventivas en salud mental y tratamiento de drogas. Ello de acuerdo a los convenios suscritos por el Estado chileno, que exige a los distintos ministerios y políticas públicas considerar la diversidad cultural dentro de los lineamientos de intervención. A su vez, esta necesidad, se fundamenta en la complejidad de las problemáticas sobre las cuales interviene el programa de tratamiento, asociadas a las características de la población objetivo: adolescentes y jóvenes que cumplen una sanción judicial bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (RPA), y que de acuerdo a las orientaciones técnicas de SENDA (2018) presentan un *compromiso biopsicosocial de moderado a severo*. Las trayectorias de vida de gran parte de estos adolescentes han estado marcadas por el abandono parental, la exclusión social y distintos tipos de violencia. Desde el lenguaje clínico el impacto y consecuencias de estas vulneraciones producen en los sujetos lo que ha sido categorizado como polivictimización (Finkelhor et al., 2011), la cual engloba cinco aspectos generales: violencia sexual, intrafamiliar y socio-comunitaria, bullying y hechos delictivos, que se vincula con sintomatología depresiva y baja autoestima (Consejo Nacional de la Infancia, 2018). Sumado a lo anterior, la incursión en trayectorias delictivas, debido al aprendizaje de comportamientos contra-normativos, en algunos casos traspasados de forma transgeneracional, y/o a través de la socialización de pares, y el consumo problemático de drogas, que refieren a la participación de subculturas urbanas marginales, incrementa la complejidad de las características y perfiles de estos adolescentes y jóvenes. El equipo terapéutico se compone de dos psicólogos, dos asistentes sociales, dos terapeutas ocupacionales, dos psico-educadores, un médico general, un médico psiquiatra, un monitor de arte, una administrativa y una coordinadora.

Marco conceptual

El lugar de enunciación se sitúa en mi desempeño del rol de coordinadora del Programa de tratamiento de drogas, en la intersección entre el problema social y su multidimensionalidad: Adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres, con consumo problemático de drogas, bajo un régimen de sanción judicial; y por otro lado, las constricciones de una racionalidad institucional instrumental, fuertemente orientada a fines (Habermas, 1987). Respecto del contexto institucional-organizacional, Lapalma (2001) señala que en las intervenciones institucionales interactúan cuatro racionalidades: la política, que oscila entre la conducción clientelar y el modelo participativo como medio de vinculación con la población; la racionalidad técnica; sus teorías y metodologías que son los fundamentos científicos para la elaboración de diagnósticos y el diseño de las propuestas; la racionalidad burocrática; sus tiempos administrativos, rutinas y estilos aferrados a las normas, poco comprometidos y con resultados que a veces desconoce. En este caso estas racionalidades están representadas por las normas administrativas, sanitarias, organizacionales que confluyen en un régimen de representación en el cual prevalece una mirada tecnocrática, asociada al cumplimiento de metas e indicadores de intervención basados en la cantidad de intervenciones, y la preeminencia de una mirada biomédica en la definición de la problemática: la medicalización del trastorno por consumo de sustancias. Y por último, la racionalidad de la población con los significados que portan de la sociedad, de sí misma, con sus estrategias de relacionamiento y de obtención de recursos (Lapalma, 2001). Estos distintos niveles interactúan de forma dinámica en el contexto institucional en el cual llevé a cabo el proceso investigativo, teniendo como centro la experiencia de observación participante desarrollada desde mi doble rol de coordinadora del programa e investigadora, lugar privilegiado para comprender la definición institucional del problema en el cual se interviene y las implicancias operativas de su implementación, desde donde problematizarla.

En este marco, planteo que la operacionalización de una perspectiva sociocultural en las dinámicas de funcionamiento del programa se fundamenta en la consideración de una noción de cultura que permita: a) comprender la complejidad de las dinámicas culturales e identitarias actuales, b) gestionarlas en el programa y proceso terapéutico, y que c) posibilite la apertura al diálogo interdisciplinario como base epistemológica de un enfoque de tratamiento integral. En esta línea se acogen los planteamientos de la antropología interpretativa de Geertz (1987) quien propone:

“Reemplazar la concepción “estratigráfica” de las relaciones que guardan entre sí los varios aspectos de la existencia humana por una concepción sintética, es decir, una concepción en la cual factores biológicos, psicológicos, sociológicos y culturales puedan tratarse como variables dentro de

sistemas unitarios de análisis. (...) Se trata de integrar diferentes tipos de teorías y conceptos de manera tal que uno pueda formular proposiciones significativas que abarquen conclusiones ahora confinadas en campos de estudio separados” (p. 51).

La cultura se corresponde con una “norma de significados transmitidos históricamente, personificados en símbolos, (...) por medio de las cuales los hombres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento de la vida y sus actitudes con respecto a ésta” (Geertz, 1987, p. 89). Para este autor, los sistemas simbólicos como fuentes extrínsecas de información “transitan al individuo por medio del ritual o modelo “para”, incrustándose en el sujeto al suscitarle dos tipos de disposiciones: la motivación modelada y los estados anímicos que se derivan de ellas, instituyendo procesos sociales y psicológicos” (Geertz, 1987, p. 189).

Esta noción de cultura abre posibilidades en dos niveles de interés para este análisis: su adecuación a la perspectiva compleja e integrativa de los fenómenos de la realidad (Morin, 1997) al predisponerse al diálogo con otras perspectivas de conocimiento. A su vez tiene el valor de articular a los fenómenos socioculturales a procesos subjetivos que vivencian los sujetos, a partir de ciertos contenidos que éstos internalizan en sus mundos de la vida.

Sin embargo, interesa complementar estos supuestos con elementos de propuestas teóricas que asumen la inestabilidad y dinamismo de las sociedades modernas actuales, que experimentan procesos de cambio, diversificación y homogeneización de difícil predictibilidad (Appadurai, 2001; Hannerz, 1998), producidas por fenómenos tales como los movimientos migratorios, movilidades espaciales, la tecnologización de las comunicaciones, las sociabilidades múltiples, entre otros, que complejizan los procesos de subjetivación (Zemelman, 2010). En este contexto, es necesario que la noción de cultura que se configure no remita solamente a un otro lejano, distante o exótico, sino que ilumine la comprensión de los otros próximos y cercanos que forman parte del programa y participan de sus dinámicas de funcionamiento: entre los profesionales del equipo, entre los profesionales con los usuarios, entre los equipos en coordinación.

En esta línea Appadurai (2001) observa que se ha producido un aumento en la transacción de símbolos culturales, cambios en las formas de relación e interacción social, en la construcción de la identidad personal y colectiva. En tanto Castro-Gómez y Mendieta (1998) plantean que “las identidades ya no se estructuran desde la inmanencia de las tradiciones culturales, sino desde la interacción de la cultura con la dinámica transnacional de los mercados” (p. 4). Appadurai (2001), asumiendo este componente dinámico y des-territorializado de la cultura, señala la necesidad de superar los esencialismos y definiciones auto-contenidas. Afirma que el aspecto más valioso del concepto de cultura es el concepto de diferencia, una propiedad contrastiva

más que una propiedad sustantiva que poseen ciertas cosas; lo cultural supondría una dimensión que refiere a diferencias contrastes y comparaciones. Lo cultural como adjetivo o dimensión de los fenómenos socioculturales, definido desde la perspectiva de los sujetos quienes los vivencian (Appadurai, 2001; Bello, 2016; García-Canclini, 2004).

Una noción de cultura así propuesta dialoga con una noción de identidad cultural que asume por un lado, el movimiento, cambio y transformación, y por otro lado, la necesidad de la relación con un otro diferente y diferenciador (Hall, 2003). De ahí que diversos autores proponen la configuración de la identidad cultural a partir de elementos o clivajes de diferenciación; como marcos diferenciados de articulación de la heterogeneidad (Grimson, 2014).

En síntesis, de los planteamientos de Geertz (1987) acojo la noción de cultura como fuentes extrínsecas de información que transitan a los y las sujetos configurando subjetividades, formas de interpretar el mundo y de actuar en él. De los postulados posmodernos acojo la perspectiva del/la sujeto como agente activo que selecciona, articula y reconstruye estos múltiples “contenidos/informaciones” a partir de clivajes diferenciadores elaborados intersubjetivamente en una dinámica interaccional sujeto/a-actor social. En esta práctica el/la sujeto apropia significados y los recrea en la vivencia situada, al interactuar con otros/as culturalmente diversos.

Algunas de las diversidades culturales, que están presentes en la región de la Araucanía, se relacionan con la identidad mapuche, grupos de inmigrantes latinoamericanos-caribeños, grupos conformados por descendientes de colonias europeas, grupos etéreos-generacionales (juveniles, infancia, adultos mayores), identidades de género, identidades del mundo rural, grupos religiosos, grupos socioeconómicos, entre otros (ver figura 1). Estas diversidades forman parte de los mundos de la vida de los y las jóvenes con quienes el programa interviene, y a su vez intermedian las relaciones al interior del programa; los y las integrantes del equipo terapéutico y profesional portan también con estas diversas diferenciaciones. En esta dirección, el ejercicio auto-etnográfico analítico me permitió avizorar desde mi experiencia involucrada y situada, la dimensión sociocultural de los procesos, la cual tiende a estar invisibilizada dentro del encuadre de trabajo y las dinámicas de intervención y funcionamiento del Programa.

Figura 1*Diversidad cultural y clivajes de diferenciación.*

Fuente: Elaboración propia.

Metodología

Se configura de esta forma un enfoque teórico-metodológico que cruza la perspectiva de la auto-etnografía analítica (Anderson, 2006), la antropología social aplicada (Durrán, 2002) y la etnografía institucional (Escobar, 2007).

El método de investigación de la auto-etnografía, en sus distintas versiones: evocativas, performativa y analítica, combina características de la etnografía y la autobiografía (Pace, 2012), si bien es un método que ha sido explorado principalmente en el mundo anglosajón, también ha tenido un importante desarrollo en España, donde se han sistematizado una gran variedad de experiencias específicamente en el campo de la Antropología Médica (Alegre-Agís y Riccó, 2017). Esta se convirtió en un método que usa la experiencia personal y la reflexividad para examinar las experiencias culturales. Anderson (2006) afirma una mayor “ventaja metodológica de estar personalmente identificado e involucrado en el mundo social en estudio, que le da al investigador un punto de vista adicional para acceder a ciertos tipos de datos” (p. 389).

Es importante en este punto destacar que las perspectivas auto-etnográficas evocadoras y analíticas se fundamentan en enfoques epistemológicos distintos que apuntan hacia intereses de conocimientos diferentes; Adam et al. (2017) desde un constructivismo posmoderno y crítico, señalan que en la versión evocadora, los auto-etnógrafos al realizar reportes desde la experiencia personal, proporcionan alternativas a narrativas e historias culturales dominantes, naturalizadas; de esta forma complementan o llenan vacíos en la investigación existente. Estos reportes pueden mostrar cómo el deseo y la práctica de la generalización en la investigación pueden enmascarar importantes matices de cuestiones culturales. En esta línea, Ellis y Bo-

chner (2006) explican, que en la versión evocadora “el modo de contar historias es similar a la novela o biografía y, por lo tanto, fractura los límites que normalmente separan las ciencias sociales de la literatura... el texto narrativo se niega abstraer y explicar “ (p. 744). Desde otra postura epistemológica, Denzin (1977, como se citó en Anderson, 2006), señala que los auto-etnógrafos evocadores “pasan por alto el problema de la representación invocando una epistemología de la emoción, moviendo al lector sentir los sentimientos del otro” (p. 377). En tanto la versión analítica de la auto-etnografía se sitúa dentro del paradigma analítico etnográfico (Anderson, 2006). Esta se encuentra más enraizada al interaccionismo simbólico tradicional, que tiene sus raíces en el pragmatismo filosófico y la fenomenología sociológica (Ritzer, 1997) que se propone identificar el mundo de significados de los símbolos dentro de los cuales actúan los sujetos (Goffman, 2001). De acuerdo a lo anterior, esta perspectiva auto-etnográfica se enmarca en un paradigma representacional del conocimiento.

Anderson (2006) plantea que la auto-etnografía analítica refiere al trabajo etnográfico en que el investigador: “(1) es miembro en un grupo de investigación, (2) utiliza la reflexividad analítica, (3) tiene una presencia narrativa visible en el texto escrito, (4) participa en el diálogo con informantes más allá de sí mismo, (5) se ha comprometido a una agenda de investigación analítica centrada en la mejora de la comprensión teórica de fenómenos sociales amplios” (Anderson, 2006, p. 378).

En complemento con esta perspectiva, al situar la indagación auto-etnográfica en un contexto institucional de intervención social, configuro el enfoque teórico-conceptual ensamblando planteamientos propuestos desde la Antropología Aplicada Interactiva (en adelante AAI) (Durán, 2002; Durán y Berhó, 2012). De acuerdo con Cadenas (2005), el campo de estudios aplicados de la antropología social y cultural se ha configurado a partir del trabajo y la experiencia de los propios antropólogos sociales, cuando éstos asumen empleos en la administración pública, agencias de desarrollo u organismos no gubernamentales. La AAI profundiza en la relación entre el conocimiento antropológico y social en contextos multiétnicos y “focaliza la identidad del/la antropólogo/a, en tanto individuo y profesional que requiere una reflexividad constructiva” (Durán, 2002, p. 31). En la dualidad del desempeño del rol disciplinario y profesional el/la actor social-investigador/a activa los recursos culturales disponibles para la secuencia de acciones entre los involucrados planificando con ellos dichas acciones. A su vez, desarrolla una reflexión constante sobre el propio quehacer e implicancia en el medio sociocultural en el que interactúa (Durán, 2002). Procurando “la incorporación de la visión disciplinaria al flujo interaccional que aborda las situaciones sociales, la mayoría de las veces problemáticas” (p. 31). La AAI, interesada por comprender las definiciones, racionalidades y regímenes de representación de los sistemas institucionales, brinda un marco conceptual y metodológico para situar la reflexión que emerge desde la práctica en el quehacer institucional. Manifiesta “la voluntad de entrar en las interacciones sociales relevantes, recogiendo las percepcio-

nes socioculturales” (p. 31). A su vez, configura una mirada crítica que visibiliza las dinámicas de poder que operan sobre estos contextos, al postular “la intencionalidad de transformar las interacciones en situaciones sociales dadas equilibrando los niveles ideacionales y accionales” (p. 31). De esta forma propende hacia la transformación social, en términos de Ortner (2006) mediante el agenciamiento de los sujetos.

Profundizando en torno a la reflexividad propia del ejercicio etnográfico, Guber (2011) señala que es necesario someter a un continuo análisis (vigilancia), las tres dimensiones de la reflexividad que están permanentemente en juego en el trabajo de campo:

“la reflexividad del investigador en tanto miembro de una sociedad y cultura; la reflexividad del investigador en tanto investigador con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus habitus disciplinarios y su epistemocentrismo; y las reflexividades de la población que estudia” (p. 46).

Esta propiedad cognoscitiva de la reflexividad es piedra angular en el proceso auto-etnográfico. Como advierte Peirano (1995, como se citó en Guber, 2011), el conocimiento no se revela “al” investigador, sino “en” el investigador, quien estando en el campo se reaprende y reaprende el mundo desde otra perspectiva. Esta reflexividad que emerge en la inmersión en el mundo de la vida que interesa comprender, es provocada a partir de dos principios metodológicos propios del trabajo de campo: el extrañamiento y la descotidianización que permiten plantear la operación de convertir lo familiar en exótico (Boivin et al., 2004) y asumir una posición de extrañamiento respecto de la propia sociedad y entorno social en el cual el investigador como actor social se desenvuelve. A este respecto, si bien el enfoque de la auto-etnografía analítica es la perspectiva teórica y de análisis escogida, considero y asumo de igual forma lo planteado por la versión evocativa, que sitúa el nexo metodológico de la creación de significado dentro del cuerpo y el ser del investigador situado y críticamente reflexivo, con el propósito de ofrecer narrativas que transgredan las performatividades normativas y opresivas (Spry, 2018). Esto implica que la inmersión del investigador en el medio sociocultural implica la reflexión, autoobservación constante y el posicionamiento crítico en el sentido de develar estructuras de poder que subyacen en las dinámicas de funcionamiento del programa, así como asumir las estructuras subjetivas y emocionales que forman parte de la experiencia y del “estar ahí”.

Relato Auto-etnográfico

Los y las adolescentes y jóvenes usuarios del programa de tratamiento además de tener historias de vida muy difíciles, marcadas por el abandono, negligencia parental, pobreza y múltiples violencias, son muy diversos en sus necesidades personales, sociales, y afectivas-emocionales, así como en sus expectativas e intereses respecto del programa de tratamiento. Para muchos de ellos y ellas, ingresar a tratamiento tiene

un propósito ganancial, significaba rebajar su medida de sanción; cumplir más rápido con el plan de libertad asistida, les permitía salir del sistema semi-cerrado, y también escabullirse de los tutores en el trayecto de traslado de un centro a otro. Había quienes tenían como propósito que el médico psiquiatra les recetara fármacos, para poder comercializarlos e intercambiar entre sus pares. En resumidas cuentas, para algunos/as significaba sólo un trámite, sin embargo para esos mismos jóvenes significaba también la posibilidad de tener otra red para el apoyo de sus precarias situaciones de vida. Cada uno de ellos y ellas tenían sus intereses, ritmos de apertura y niveles de reflexión diferentes, por lo tanto la construcción del vínculo con los y las terapeutas conforma un proceso definido de manera diferenciada. La relación se transformaban a medida que pasaban las semanas y los meses, en los cuales se iban esclareciendo y transformando las motivaciones y necesidades de los y las jóvenes. Para algunos/as el uso de drogas era una forma de integrarse a nuevos grupos de pares; era el caso del adolescente M, quien pertenecía a una comunidad indígena mapuche de la periferia rural de la ciudad de Temuco y vivía con su madre. Una mujer adulta mayor y con una situación de marginación de su comunidad por haber transgredido convenciones sociales (el niño era fruto de una relación extramarital no legitimada). No tenían electricidad en su hogar, por tanto el joven tenía difícil acceso a los contenidos e información circulante a través de los medios de comunicación. En este contexto adverso, el consumo de marihuana, psicofármacos y los comportamientos contra-normativos, eran una forma de legitimarse ante sus pares en el liceo. En este caso el componente étnico-cultural está presente en el sistema ecológico y mundo de la vida de M, por lo que comprender estos aspectos, puede brindar elementos relevantes para considerar en el plan terapéutico.

Otro caso es el de R, cuya familia de composición nuclear y biparental, estructurada y religiosa, parecía ser la excepción a la norma de la gran mayoría de los y las jóvenes. Su padre manejaba taxi-colectivo y su madre dueña de casa, participaban de una iglesia cristiana de su barrio, ambos en sus respectivos roles muy preocupados de los hijos e hijas. De acuerdo al diagnóstico, el sistema familiar no parecía presentar dinámicas conflictivas; el joven no procedía de una familia disfuncional.

La pauta del diagnóstico integrado (biopsicosocial), considera un diagnóstico psiquiátrico: elementos predisponentes biológicos trans-generacionales y evaluación del daño. Elementos psicológicos-clínicos; Elementos familiares vinculares (genograma) y socioeconómicos; Elementos ocupacionales (uso del tiempo, rutinas cotidianas); y tipo y frecuencias del consumo. El instrumento de diagnóstico en su estructura y formato no incorpora aspectos culturales-simbólicos del contexto familiar y comunitario que inciden en el proceso de construcción identitaria y constitución subjetiva del joven. Al indagar en las prácticas y discursos familiares se evidenció que la rigidez de las creencias influía de forma directa en el estilo parental y las dinámicas familiares, lo que incidía en los comportamientos “rebeldes” de R. Comprender la cultura religiosa

familiar, más allá de la estructura de relaciones que evidencia el genograma, (y de los mecanismos de afrontamiento visualizados desde la clínica), permite identificar un ámbito que dinamiza relaciones, y que su comprensión puede ser utilizada en el plan de tratamiento. Incluir estas dimensiones y elementos simbólicos posibilita la formulación de hipótesis que dialogan y enriquecen los puntos de vista y la producción de significados que el equipo elabora como respuesta comprensiva en el tratamiento de los y las jóvenes.

Otro caso es el de L, quien tenía evidentes signos en su corporalidad y fisiología, de las violencias y carencias que había sufrido en su trayectoria de vida. A diferencia de la mayoría de los y las jóvenes del programa no había sido pesquisado de manera temprana por programas de protección en su infancia y las consecuencias eran evidentes; sin un núcleo familiar de apoyo, su grupo de pares constituían su familia, la subcultura juvenil tenía mayor ascendente sobre él que sobre los demás jóvenes, esta situación particular requiere del acceso y comprensión de los contextos socioculturales donde su estilo de vida y consumo adquiere sentido para el joven. Lo cual no es abordable desde las orientaciones técnicas plan de tratamiento que ofrecíamos como centro.

Detrás de cada joven había una historia particular de carencias, negligencias y vulneraciones, y por lo tanto significados diferentes atribuidos al comportamiento de consumo y delictivo. El equipo terapéutico, a través del vínculo con ellos y ellas cimenta un puente para acceder a estos mundos y activa el proceso de recuperación. Sin embargo, solía estar sobrecargado de metas de intervención. La dupla psicosocial debía cumplir con un número determinado de prestaciones de manera mensual. En tanto, la calidad de la atención y los resultados reflejados en la adherencia, la asistencia, el avance en la problematización de sus circunstancias, no son considerados en una evaluación de tipo cualitativa. Esa tensión era el telón de fondo constante de las dinámicas del programa. Si los programas de sanción se orientaban hacia el modelaje conductista del comportamiento de los y las adolescentes y jóvenes, el centro de tratamiento aunque se orienta por modelos teóricos clínicos-terapéuticos, en la práctica, debido a la carga laboral y condiciones de intervención, no se diferenciaba de manera significativa de aquél enfoque. Recuerdo que una de las psicólogas clínicas formaba un vínculo muy cercano con los y las jóvenes, para quienes era un referente importante en el programa; la buscaban y preferían, sin embargo la cantidad de atenciones y el requerimiento de llenar las fichas de atención le privaban del tiempo y motivación para lograr compatibilizar la cantidad de casos y desplegar de manera plena y efectiva su trabajo.

En síntesis, el rol de coordinadora me situó desde dentro (emic) en el quehacer en tratamiento, y en una intersección con desafíos múltiples: la implementación de las orientaciones técnicas del programa de tratamiento y del convenio inter-ministerial

que normaba la coordinación intersectorial con equipos de sanción para brindar una mayor complementariedad en los procesos de intervención con los y las jóvenes. La coordinación de un equipo biopsicosocial compuesto por psicólogas, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, psicoeducadores, médico general, psiquiatra y un monitor de artes visuales. La vocación y la pertinencia de sus actuaciones intervencionales estaban constantemente tensionadas por las exigencias de cumplimiento de las metas para la transferencia de recursos y no poner en riesgo la renovación del convenio, que permitía obtener financiamiento para el funcionamiento del programa.

Resultados

Es posible distinguir al menos tres niveles en los cuales la perspectiva sociocultural puede aportar al funcionamiento del Programa de tratamiento diseñado e implementado desde un modelo biopsicosocial y comunitario: 1. En el programa/enfoque terapéutico individual, 2. En la organización-cohesión interna del equipo terapéutico, y 3. En la coordinación con los programas de sanción y de la red asistencial (ver figura 2).

En el Enfoque Terapéutico

La inclusión de la perspectiva sociocultural en el enfoque de tratamiento biopsicosocial, permea las distintas fases de desarrollo del programa terapéutico (diagnóstico, confirmación, intervención, evaluación), configurando una perspectiva bio-psico-sociocultural, que suma complejidad e integralidad a procesos diagnósticos y de intervención. Para ello es necesario en primer lugar analizar el enfoque de intervención, la mirada sobre la problemática que se configura desde el programa y equipo multidisciplinario. Como ya ha sido señalado, en las orientaciones técnicas de SENDA (2018), así como en el Programa Terapéutico, se declara que la base paradigmática y teórica que orienta a los procesos de tratamiento e intervención es el enfoque biopsicosocial (Engel, 1980). De acuerdo a lo planteado en esta mirada, los aspectos referidos a la dimensión sociocultural de los significados, creencias y pautas culturales que sostienen y conducen prácticas quedaría subsumida e invisible en modelos teóricos provenientes de disciplinas de encuadre clínico representadas en las profesiones que componen el equipo terapéutico y que en Chile, son legitimadas para el abordaje de la salud mental y las drogodependencias. Por tanto, en este encuadre la perspectiva sociocultural no tiene participación en las distintas fases. Se advierte entonces, que los programas terapéuticos, carecen de una base teórico-metodológica para abordar de manera sistemática la dimensión sociocultural, por cuanto el abordaje social, cubierto principalmente por teorías de la adaptación y funcionamiento de los sistemas familiares, organizadas desde una mirada clínica-biomédica, evalúa, categoriza y diagnostica a los usuarios y el consumo problemático de sustancias desde modelos que ponen su acento en la normatividad y adecuación de los comportamientos

observados de acuerdo a parámetros, rangos y categorías de lo considerado normal y esperable, organizando y simplificando una complejidad previamente simplificada y recortada del contexto experiencial de los sujetos. Ello queda en evidencia en los instrumentos de evaluación utilizados por las distintas áreas y en las distintas fases que configuran el programa terapéutico: en la confirmación diagnóstica del patrón de consumo de sustancias, en el diagnóstico integral profundizado, en la definición del nivel de compromiso biopsicosocial y en la construcción del Plan de tratamiento individual integral (PITI).

En estos distintos productos que conforman los hitos del ciclo-proceso terapéutico, no se observan categorías e indicadores que permitan identificar, distinguir y abordar aspectos ideacionales y dinámicas identitarias que eventualmente constituyen procesos y factores de riesgo implicados en lo problemático del consumo. Por mencionar algunas de estas dinámicas, están la construcción de las masculinidades y las representaciones de género al interior del sistema familiar y socio-comunitario; la construcción identitaria de los y las jóvenes pertenecientes a pueblos originarios, patrones de comportamiento contra-normativos y cultura delictual transgeneracional, sub-cultura de jóvenes con situación de calle y/o con alta socialización en calle, entre muchos otros aspectos. Ya que si bien, los comportamientos son animados y conducidos por ideas, pensamientos, costumbres y creencias, sobre todo en esta población específica, sus discursos tienden a la “deseabilidad”, por tanto no necesariamente expresan a los significados que se producen y reproducen en sus mundos de la vida, contextos cotidianos de socialización en los cuales se desenvuelven. Por ejemplo las expectativas entre contextos o sistemas ecológicos diferentes que eventualmente pudiesen ser contrapuestos y tensionados. Por ejemplo un/a joven que cumple sanción en régimen semi-cerrado, contexto considerado como “pre-carcelario” donde entre sus pares existe validación de comportamientos contra normativos y afines al consumo de droga, a la vez es usuario del Programa de tratamiento, donde puede “hacer conducta” y recibir buenos informes que favorezcan su proceso judicial, y al mismo tiempo en su entorno familiar mantiene “vínculos ambivalentes” y “desorganizados” con figuras significativas, y obtiene recompensas emocionales a cambio de aportes económicos fruto de sus delitos. En este punto específico hago uso de la noción de dilución del enfoque sociocultural, que alude a la carencia de un abordaje sistemático que indague y brinde estructura y contenido (registros y su sistematización) a estas dinámicas culturales e identitarias como parte del programa terapéutico.

De acuerdo a lo observado, en el equipo profesional se reconoce la existencia de una sub-cultura contra-normativa aprendida y reproducida en los contextos privativos y semi-privativos de libertad, así como en el medio cotidiano en el cual los y las jóvenes se desenvuelven. A su vez, se reconoce que ellos/as transitan entre contextos con sistemas normativos diferenciados, lo que se expresa en la adecuación de sus dis-

cursos, disposiciones, intenciones y gestualidad como una forma de comportamiento adaptativo y estratégico (*ganancial*). En la aplicación de instrumentos en las intervenciones clínicas (box) se captura y registra una serie de intenciones e interpretaciones situadas de los y las jóvenes, sin embargo predomina en este vínculo una orientación hacia el modelaje conductual, más que a la comprensión del contexto significativo en cual obra sentido el consumo de drogas.

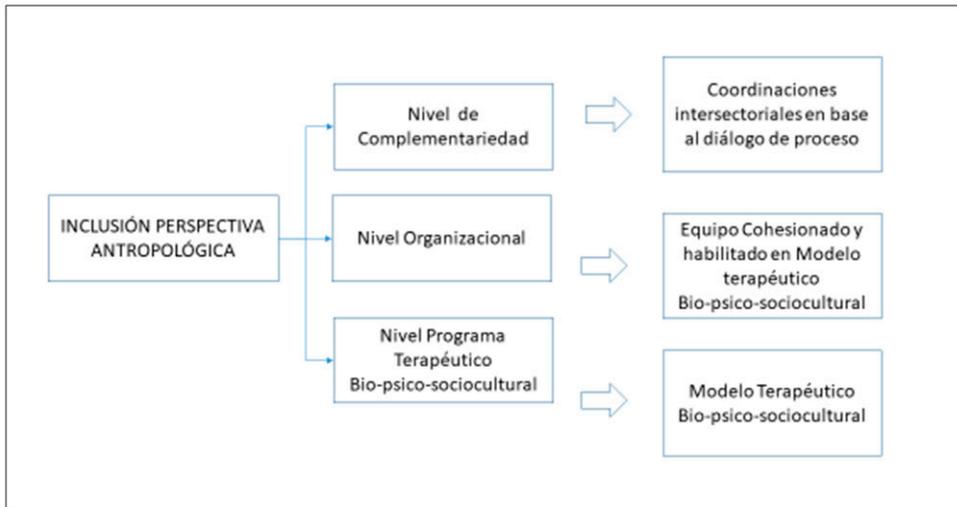
En este punto es importante señalar que los y las profesionales psicoeducadores, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales desarrollan muchas de sus intervenciones en terreno, donde ponen en juego sus conocimientos disciplinares, y su experiencia. Sin embargo, si se carece del conocimiento y entrenamiento teórico-metodológico para capturar los aspectos significativos de forma organizada, el acercamiento a su cotidianeidad a través de la vivencia compartida puede traducirse en un poco más que trasladar el box clínico y las “necesidades de modelaje” a la plaza, o a la vivienda familiar. De igual forma pueden ser utilizadas estas comprensiones para fortalecer el vínculo terapéutico, pero con dificultades y sin la posibilidad para traducir estas intuiciones a un lenguaje sistemático que permita integrarlo de forma operativa al programa terapéutico y dialogar con los otros lenguajes y perspectivas disciplinarias (en las reuniones de caso podría implicar la elaboración de nuevas hipótesis diagnósticas y de trabajo que incorporan la dimensión sociocultural.) De esta forma, lo “sociocultural” es dejado en el terreno arbitrario e individual de lo intuitivo y volitivo, sin la rigurosidad que requiere el abordaje sistemático de una perspectiva de conocimiento.

A nivel organizacional y de complementariedad con otros equipos

Desde el enfoque propuesto, se fundamenta también la inclusión de esta perspectiva en las dinámicas relacionales del equipo terapéutico (ver figura 2). De acuerdo a lo analizado, la configuración de una mirada compleja e integral en el enfoque terapéutico requiere la conformación de un equipo cohesionado que posibilite espacios para el diálogo y el trabajo interdisciplinario. Toda vez que el acompañamiento terapéutico se desarrolla en contextos de alta complejidad y contingencia; los y las jóvenes experimentan constantes crisis emocionales, descompensaciones orgánicas, que generan alertas y desestructuran rutinas. Por ello, las relaciones humanas deben ser resguardadas y fortalecidas desde el plano relacional-interpersonal. Este aspecto será desarrollado en el próximo apartado de aprendizaje de competencias interculturales.

Figura 2

Perspectiva antropológica en tres niveles del programa.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la complementariedad en la intervención, la auto-etnografía en los espacios de interacción entre equipos de tratamiento, y de sanción/responsabilización, me permitió visualizar e identificar las necesidades de complementariedad desde la realización de actuaciones y desarrollo de los procesos, esto es, en el flujo mismo de las acciones que transcurren de forma simultánea con todas sus aristas, y elementos incidentes. En estos espacios los equipos comparten instrumentos de diagnóstico-evaluación clínica, información de situaciones críticas y de los entornos socio-familiares y comunitarios de los y las adolescentes y jóvenes. Desde la mirada etnográfica me fue posible analizar cómo las orientaciones técnicas de cada programa se traducen y plausibilizan en prácticas, rutinas, hábitos y estilos comunicativos. En este nivel el ejercicio debe consistir en explicitar el diálogo desde las filosofías, teorías y racionalidades institucionales, poniendo en el centro de la coordinación de las acciones con los y las jóvenes y su proceso. De esta forma, la complementariedad intersectorial en la práctica se traduce en el establecimiento de mecanismos, ritmos, tiempos y lenguajes de comunicación normativizados desde las orientaciones técnicas, pero también desde la práctica, desde el flujo del proceso que siempre conlleva aspectos indeterminados e indeterminables. Si bien las orientaciones técnicas de los programas de gobierno brindan claras y estrictas normativas, siempre queda un espacio para la innovación, en el cual la dimensión cualitativa de la intervención puede ser enriquecida. En este contexto, la inclusión de la perspectiva sociocultural y la operativización de la noción de cultura e identidad como dimensión de los procesos puede también efectuarse.

Es importante relevar que la inclusión de esta noción contemporánea de cultura como dimensión de la realidad en el enfoque terapéutico, en las dinámicas organizacionales y de complementariedad, requiere de un aprendizaje, y entrenamiento teórico-metodológico, que comprende aspectos reflexivos, interdisciplinarios que configuran la mirada del programa de tratamiento, y que permiten comprender y descifrar lenguajes institucionales diferentes. Para ello una propuesta que avizora clave para avanzar es el aprendizaje de competencias interculturales del equipo terapéutico que conforma el programa de tratamiento.

Formación y aprendizaje de competencias interculturales

Respecto de los tres niveles de inclusión de la perspectiva sociocultural en enfoque de tratamiento, a nivel organizacional: de cohesión del equipo terapéutico y en el nivel de complementariedad y coordinación intersectorial, propongo la formación y aprendizaje de competencias interculturales como habilidades complejas a desarrollar por el equipo profesional, como resultado de un aprendizaje que se nutre desde la praxis. En esta línea, Fantini y Tirmizi (2006) señalan que aquellas son habilidades para navegar de manera acertada en ambientes complejos marcados por la creciente diversidad de gentes, culturas y estilos de vida. Por su parte, Janer (2013) plantea que se las puede entender como aquel

“conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que les permiten ser más conscientes de aspectos personales y de las demandas generadas por la diversidad cultural; favorecer la comunicación, la negociación y el aprendizaje y ayudar a dar respuestas adecuadas a las situaciones y a las dificultades que surgen en los procesos de comunicación” (p. 45).

Este autor señala que el objeto de intervención no es solamente la persona o grupo de personas de otro origen cultural; sino se refiere también a la posibilidad de incidir en los propios profesionales y en el entorno organizativo y social donde se trabaja (Janer, 2013). Murillo (2015), plantea que estas implican principalmente: Reconocer la singularidad cultural del paciente o de una comunidad; desarrollar una actitud de respeto a las expectativas, expresiones y prácticas de un paciente o de una comunidad en el marco del proceso salud-enfermedad-atención y la capacidad de identificar otros modelos de causalidad y atención terapéutica que utiliza el paciente o la comunidad.

Las competencias interculturales permitirían comprender a los otros, a partir de sus propias experiencias y mundos de la vida, para lo cual se deben identificar prejuicios que conducen las relaciones que se establecen con esos otros, interesarse genuinamente por comprenderlos, al tiempo que entrenar la empatía. Esto debe acompañarse con una práctica de auto-observación, y reflexividad (Guber, 2011; Hammersley

y Atkinson, 1994). A este respecto la descentración cultural y empatía intercultural (Altamirano et al., 2008) son procesos claves para que las intervenciones a implementar sean sensibles a las diferencias culturales.

Como síntesis de los resultados, he podido visualizar y establecer que la perspectiva sociocultural puede orientar el aprendizaje de competencias interculturales en el equipo terapéutico a partir de las siguientes dimensiones:

-Reflexividad: Desde una mirada de los y las profesionales hacia sí mismos, para reconocerse como portador de acervos culturales, tradiciones y creencias heredadas y reformuladas en la experiencia y trayectoria de vida. A su vez, para comprender a los y las jóvenes como portadores de contextos y acervos culturales diversos; y recreadores de clivajes de diferenciación e identificación. Por tanto debe considerarse la presencia y pertinencia de modelos terapéuticos no occidentales (sistema de salud/enfermedad mapuche). La reflexividad así concebida permite comprender otras filosofías, modelos y ritmos de intervención, de los programas y equipos técnico-profesionales con los cuales se trabaja de manera coordinada.

-Integración interdisciplinaria: Conciencia sobre la tradición disciplinaria profesional y los marcos teóricos- conceptuales y metodológicos que estructuran y tienden a fragmentar y reducir la mirada sobre la realidad, para facilitar el diálogo interdisciplinario y la mirada integrada de las circunstancias de vida de los jóvenes y sus entornos. Esto es visibilizar la dimensión de los significados en la definición diagnóstico y abordaje del problema sobre el cual los equipos intervienen. En esta dimensión se destaca el aprendizaje de la concepción antropológica de las nociones de cultura e identidad y el enfoque de la etnografía como teoría y método.

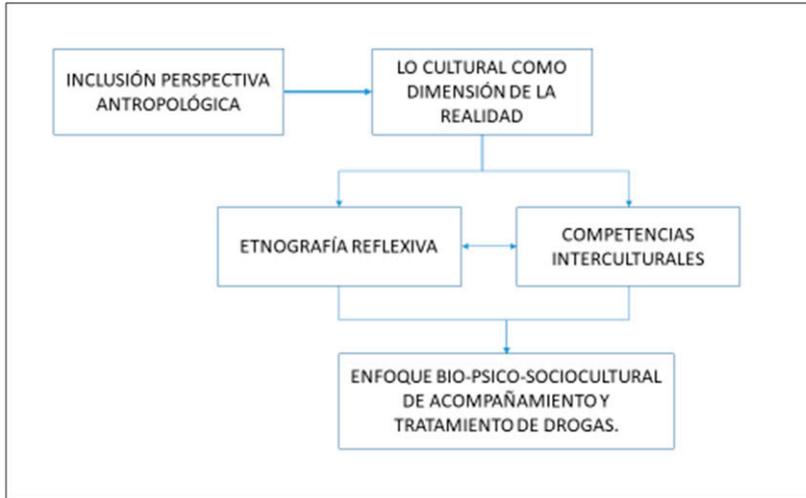
-Diversidad cultural: Alude a la práctica situada en un contexto multicultural y multiétnico específico, que requiere del interés por comprender, reconocer las distintas diversidades con las cuales el o la profesional se relaciona. Sistemas médico mapuche, formas de expresión de las sub-culturas juveniles, códigos del mundo rural, culturas inmigrantes, etc. (Figura 1).

-Identidad organizacional: Por último es relevante la pregunta, reflexión colectiva y diálogo sobre la identidad que configura cada equipo de intervención en relación al entorno institucional; programas con otras filosofías institucionales, énfasis y objetivos de intervención, con el cual se articula y se relaciona en el marco de los procesos de intervención y acompañamiento de los y las jóvenes en el proceso terapéutico. Esta reflexión brinda elementos para fundamentar el establecimiento de espacios para el diálogo sobre la base de los procesos de acompañamiento que se desarrollan de forma conjunta. Como corolario en este nivel, se advierte que la inclusión de las dimensiones del significado eventualmente podría implicar la profundización en el enfoque comunitario declarado en el modelo de intervención, en tanto, la visibilización y

abordaje sistemático de las dimensiones socioculturales del significado permite trazar nuevos contextos de interacción, internalización y producción de sentido, propios de los mundos de la vida de los y las jóvenes donde anclar procesos de acompañamiento y de coordinación entre equipos.

Figura 3

Inclusión perspectiva antropológica en programa de tratamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Discusión y reflexión final

A modo de reflexión final, advierto que la experiencia auto-etnográfica de investigación en un programa de tratamiento de drogas, a nivel metodológico me permitió visualizar, comprender y dimensionar de manera exploratoria y en primera persona, la potencialidad de la perspectiva antropológica en los procesos de intervención y acompañamiento con adolescentes y jóvenes. Ello desde un ejercicio analítico (Anderson, 2006) que a la vez asume un lugar de enunciación encarnado y crítico-experiencial (Spry, 2018). El cual permite abrir espacios desde la praxis situada en las rutinas cotidianas y las dinámicas relacionales e interventivas del programa de tratamiento. Advierto a la vez, que el desafío innovador de la inclusión de esta perspectiva se contextualiza en un espacio y campo de acción que históricamente ha sido abordado y también disputado por enfoques profesionales y disciplinarios propios de las ciencias psicológicas y sociales organizadas bajo un modelo biopsicosocial, con énfasis en el encuadre biomédico, el cual ha sido preponderante en las políticas de salud mental y de las drogodependencias en Chile y Latinoamérica (Hersch-Martínez, 2013; Menéndez, 2002). En este marco y en relación con la formulación histórica de

las normas y orientaciones técnicas de los programas de salud mental en general y de tratamiento de drogas en específico, la mirada antropológica ha estado ausente y/o considerada prescindible.

Desde mi inserción laboral en el programa como coordinadora del equipo terapéutico, pude constatar *in situ* la importancia de abrir un espacio de diálogo entre las racionalidades administrativa, normativa y técnica-biopsicosocial (Lapalma, 2001), en un encuadre de trabajo donde prevalece la racionalidad instrumental y evaluación cuantitativa, con la perspectiva antropológica, en los tres niveles analizados: Programa terapéutico (modelo bio-psico-socio-cultural), Dinámicas organizacionales (cohesión equipo terapéutico) y en las Acciones de coordinación intersectorial (el proceso de acompañamiento como eje), para aportar al logro de mejores resultados de los procesos de acompañamiento e intervención. A este respecto, y en relación a los resultados expuestos, puedo concluir que destaco la necesidad de operacionalizar una noción de cultura como una dimensión de la realidad (Appadurai, 2001; Grimson, 2014) que instituye subjetividades e imaginaciones (Geertz, 1973; Zemelman, 2010) y por lo tanto que debería formar parte del diagnóstico del problema que padecen los y las jóvenes, y de las acciones de acompañamiento, e intervención a desarrollar con ellos y ellas. La inclusión de esta noción operacionalizada de cultura e identidad social, permite en un primer lugar visualizar estas dimensiones, así como dinamizar desde la base el aprendizaje de las competencias interculturales. Esto último con el propósito de poder incluir esta perspectiva de manera transversal en los tres niveles mencionados: 1. Una mejor comprensión de los significados de los y las adolescentes y jóvenes respecto de sus mundos de la vida, y de aquellas tensiones dilemáticas que surgen en sus entornos ecológicos de socialización, lo que a su vez incide en el vínculo terapéutico. 2. La conformación de comunidad terapéutica entre los profesionales y funcionarios que conforman el equipo de trabajo del programa, para la generación de espacios significativos para los y las jóvenes usuarios/as; 3. La intervención en complementariedad que emerge de la coordinación intersectorial de equipos de profesionales, con el propósito de avanzar en la profundización del enfoque comunitario, a partir de la comprensión de los mundos de la vida de los jóvenes.

El aprendizaje de competencias interculturales, permite al equipo terapéutico adquirir competencias para el diálogo interdisciplinario, y para integrar los fundamentos de la salud intercultural y la consideración y apertura hacia otros marcos explicativos respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención (Hersch-Martínez, 2013; Menéndez, 2004), presentes en el contexto multiétnico y multicultural de la región de la Araucanía.

El enfoque de inclusión propuesto sintetiza supuestos teórico-metodológicos complementarios: como las nociones de cultura interpretativa (Geertz, 1973), como contenidos específicos (aspectos étnico-culturales de la cultura mapuche) y posmo-

derna (Appadurai, 2001), como clivajes de diferenciación, que permite concebirla como dimensión que forma parte de las dinámicas del equipo y de los procesos de acompañamiento y de coordinación entre equipos para la intervención en complementariedad. A su vez incorpora elementos del modelo de la Antropología Aplicada Interactiva (Durán, 2002), la cual orienta el quehacer antropológico en contextos institucionales situados en sociedades multiétnicas, como la Araucanía, focalizando el rol dual del/la actor social-investigador/a antropólogo/a y los aportes del conocimiento especializado en las prácticas de intervención social. Por otro lado, a nivel metodológico, la complementariedad de las versiones de auto-etnografía analítica y evocadora, que si bien remiten a enfoques paradigmáticos y metodológicos diferentes (representacional y no representacionales), se implican en la experiencia de interpretar y abordar los niveles de realidad complejos que conforman un programa de tratamiento, donde la emocionalidad vertebró sutiles procesos de recuperación y acompañamiento desde los mundos de la vida de los y las adolescentes y jóvenes.

Por último este trabajo reflexivo apunta a dar respuesta a la brecha identificada respecto a las formas de incluir la perspectiva sociocultural en el enfoque y abordaje biopsicosocial predominante en las intervenciones de tratamiento de adicciones y salud mental en Chile.

Referencias

- Adam, T., Ellis, C. & Holman, S. (2017). *Autoethnography. The International Encyclopedia of Communication Research Methods*. Jörg Matthes (General Editor), Christine S. Davis and Robert F. Potter (Associate Editors). John Wiley & Sons, Inc. DOI: 10.1002/9781118901731.iecrm0011.
- Aguirre-Beltrán, A. (2008). Antropología de la depresión. En *Revista Mal-Estar e Subjetividades*, VIII (3), 563-601.
- Alegre-Agís, E. y Riccó, I. (2017). Contribuciones literarias, biográficas y autoetnográficas a la antropología médica en España: el caso catalán. *Salud Colectiva*, 13(2), 279-293. doi: 10.18294/sc.2017.1203.
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida – Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Altamirano, C., Bustamante, G. y Anguita, T. (2008). La intervención psicoeducativa en el contexto intercultural. En M. Vizcarra y J. Dionne (editores). *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: Aportes desde la psicoeducación*. Santiago de Chile: RIL Editores.
- Anderson, L. (2006). Analytic Autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35 (4), 373-395.

- Appadurai, A. (2001). *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. Trilce-FCE, Montevideo.
- Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y Drogas*, 16 (2), 115-125.
- Avello, D., Román, A. y Zambrano, A. (2017). Abordaje de la intervención sociocomunitaria en programas de rehabilitación psicosocial: Un estudio de caso en dos dispositivos del sur de Chile. *Psicoperspectivas*, 16(1), 19-30. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-900>.
- Bartz R. (1999). Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor patient interactions. *J Fam Practice*, 48:601-607.
- Bello, A. (2016). ¿Pertenencia o identidad? implicancias de dos categorías socioculturales Para los derechos indígenas y la lucha contra el racismo. *Revista Antropologías del Sur*, 3(6), 13-27.
- Boivin. M., Rosato, A. y Arribas, V. (2004). *Constructores de otredad. Una introducción a la antropología social y cultural*. – 3a. ed. 1a. reimp. –Buenos Aires: Antropofagia.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet], 31(1): 13-27. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en>.
- Cadenas, H. (2005). La antropología aplicada en una sociedad compleja. *Revista Mad*. 13, 1-9.
- Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108. Doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-415>.
- Caifil, A., Zambrano, A. y Godoy, M. (2020). Community model of mental health: an analysis of its implementation in two psychosocial rehabilitation devices in mental health. *Int J Fam Commun Med*. 4 (4), 108-117.
- Castro-Gómez, S. y Mendieta, E. (1998). *Teorías sin disciplina (latino-americanismo, poscolonialidad y globalización en debate)*. Edición de Santiago Castro-Gómez y Eduardo Mendieta. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Consejo Nacional de la Infancia (2018). *Análisis Multivariable de Estudio Polivictimización en Niños, Niñas y Adolescentes*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

- Durán, T. (2002). Antropología Interactiva: Un Estilo de Antropología Aplicada en la IX Región de La Araucanía, Chile. *Revista CUHSO*, 6(1), 823-57, 2001-2002. Doi: 10.7770/CUHSO-V6N1-ART181. 23-57.
- Durán, T. y Berhó, M. (2012). Antropología Interactiva: Conciencia y práctica dual del rol del antropólogo en una sociedad multiétnica y multicultural. *Revista CUHSO*, 7(1), 34-48.
- Ellis, C. y Bochner, A. (2006). Analyzing Analytic Autoethnography. An Autopsy. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35 (4), 429-449.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-544.
- Escobar, A. (2007). *La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Caracas, Fundación editorial el perro y la rana. Recuperado <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/218.pdf>].
- Fantini, A. y Tirmizi, A. (2006). Exploring and Assessing Intercultural Competence. *World Learning Publications*, 1. Recuperado de https://digitalcollections.sit.edu/worldlearning_publications/1.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., Ormrod, R. y Hamby, S. (2011). Polyvictimization in developmental context. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 291-300.
- García-Canclini, N. (2004). *Desiguales, diferentes y desconectados. Mapas de la Interculturalidad*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Traducción española (1987) Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. (3ª reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (2003). *La antropología médica y el problema de la creencia, en Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Grimson, A. (2014). Comunicación y configuraciones culturales. En *Estudios de Comunicación y Política*, 34, 116-125.
- Guber, R. (2011). *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la Acción Comunicativa*. Vols. I y II. Madrid, Taurus.
- Hall, S. y Du Gay, P. (2003). *Cuestiones de Identidad Cultural*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

- Hannerz, U. (1988). *Conexiones transnacionales. Cultura, gente, lugares*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2ª Edición.
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud pública Méx* [revista en la Internet], 55(5): 512-518. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000700009&lng=es.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Departamento de Extranjería y Migración. Informe técnico: desagregación regional y comunal. Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019*. Recuperado <https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/>.
- Janer, M. (2013). Diversidad y competencias profesionales interculturales. Educación Social. *Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, 39-48.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. University of California Press. USA.
- Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, X (2):61-70. doi:10.5354/0719-0581.2001.18573.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Ediciones Bellatierra.
- Menéndez, E. (2004). *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*. Recuperado de <http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/colmex/estud_soc/eneabr98/estud46/sec_5.html>
- MINSAL. (2006). *Resolución Exenta n° 261, del 28 de abril de 2006*. Recuperado <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>.
- MINSAL. (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. Santiago, Chile: MINSAL. Recuperado <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/12/Modelo-de-Gestion-CSMC-9-febrero-172.pdf>.
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez M., Toro O., Irarrázabal M., Díaz R., Hernández, V. y Chacón, S. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev. Panam. Salud Pública*, 42:e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>.
- Miranda-Hiriart, G. (2011). Políticas públicas y salud mental en el Chile de hoy. *Medicina Social*, 6 (3), 259 -265.
- Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona. Editorial Gedisa.

- Murillo, J. (2015). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *An. Fac. med.* [Internet]. 76(spe): 77-87. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100010&lng=es.
- Olivares-Aising, D. y del Valle-Barrera, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 18 (2). Doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol18-Issue2-fulltext-1602.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). OPS-UNICEF (1978). *Declaración de Alma Ata*. Recuperado http://paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
- Ortner, S. (2006). *Anthropology and Social Theory. Culture, power and the acting subject*. Duke University Press.
- Pace, S. (2012). Writing the self into research: Using grounded theory analytic strategies in autoethnography en *Creativity: Cognitive, social and cultural perspectives*. Edited by Nigel McLoughlin and Donna Lee Brien. *Special Issue Website Series*, 13, 1-15. Recuperado de <http://www.textjournal.com.au/speciss/issue13/content.htm>.
- Ritzer, G. (1997). *Teoría Sociológica Contemporánea*. México, McGraw-Hill.
- Romaní, O. (2000). El contexto Sociocultural. In M. Díaz y O. Romaní (Eds.), *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencias*. (pp. 17-25). Barcelona: Grupo IGIA.
- Santos, B. (2010). *Descolonizar el Saber, Reinventar el poder*. Santiago de Chile. Ediciones Trilce.
- SENDA (2018). *Informe de evaluación técnica convenio SENDA-MINSAL-SENAMÉ – GENCHI. Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley n° 20.084 con consumo problemático de alcohol – drogas y otros trastornos de salud mental*. Recuperado <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Anual-2017-Adolescentes-con-Infracci%C3%B3n.pdf>.
- Spry, T. (2018). Autoethnography and the Other: Performative Embodiment and a Bid for Utopia. En K. Norman, Denzin & S. Ivonna S. Lincoln editors. *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 1090-1128). Sage publications, Inc.
- World Medical Association (WMA). (2008). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General; 2008 octubre; Seúl, Corea*. http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf.

Zemelman, H. (2010). Sujeto y subjetividad: la problemática de las alternativas como construcción posible. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(27), 355-366.

Sobre la autora

GABRIELA ORIETA GARCÉS PÉREZ es Licenciada en Antropología, Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local, actualmente cursa el Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de la Frontera. Becaria del Centro de Estudios del Conflicto y Cohesión Social-COES. Investiga dinámicas de configuración identitaria y juventud de pueblos originarios, y dimensiones socioculturales de problemáticas psicosociales y comunitarias. Correo Electrónico: g.garces02@ufromail.cl.

 <https://orcid.org/0000-0003-4333-9154>

CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

EDITOR

Matthias Gloël

COORDINADORA EDITORIAL

Claudia Campos Letelier

CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Aurora Sambolin Santiago

SITIO WEB

cuhso.uct.cl

E-MAIL

cuhso@uct.cl

LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Creative Commons Atribución Compartir Igual 4.0 Internacional