

LA “GESTIÓN AGRIETADA” DE LOS MALESTARES: UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA A LOS ITINERARIOS TE- RAPÉUTICOS DE USUARIAS/OS DE UN CESFAM EN TEMUCO

The “Fractured Management” of the Illnesses: An Ethnographic Approach
to the Therapeutic Itineraries of Users in a CESFAM in Temuco

PABLO BETANCUR ALVARADO*

Fecha de recepción: 23 de marzo de 2024 – Fecha de aprobación: 06 de noviembre de 2024

Resumen:

En este artículo presento los itinerarios terapéuticos en salud mental de siete usuarias/os del Programa de Salud Mental del Centro de Salud Familiar Pueblo Nuevo de Temuco, Chile, a partir de un abordaje etnográfico realizado entre 2022 y 2023. Para tal fin, describo cuatro nodos o instancias institucionales de gestión de los malestares en salud mental en los que se concentran los itinerarios terapéuticos: 1) el sistema público, 2) el Programa de Salud Mental del Centro de Salud Familiar (que hace parte del primer nodo, pero debido a su centralidad se presenta de manera diferenciada), 3) el sistema privado y 4) la medicina “*new age*”. Producto de la tensión entre la institucionalización del tratamiento y el abordaje de las aflicciones, y la incertidumbre devenida de la contradicción entre terapias, diagnósticos, las largas listas de espera (sistema público) y la barrera monetaria (sistema privado y medicina *New Age*), advierto que los itinerarios terapéuticos en salud mental dan cuenta de una “gestión agrietada” de los malestares, refiriéndome con ello a un manejo de las aflicciones a nivel institucional que no termina de estandarizarse del todo y que da paso a grietas o fragmentos que expresan ambigüedad en las terapias de las personas.

Palabras clave: salud mental; itinerarios terapéuticos; malestares; gestión agrietada.

Abstract:

In this paper I present the therapeutic itineraries in mental health of seven users of the Health Mental Program from Family Health Center Pueblo Nuevo, Temuco, Chile, based on an ethnographic approach carried out between 2022 and 2023. For this purpose, I describe four nodes or institutional instances for the management of mental health illness, in which the therapeutic itineraries are concentrated: 1) the public system, 2) the Health Mental Program from Family Health Center (which is part of the first node, but due to its centrality is presented in a differentiated way), 3) the private system, and 4) the “new age” medicine. Product of the tension between the institutionalization of treatment and management afflictions, and the uncertainty arising from the contradiction between therapies, diagnoses, long waiting lists (public system) and the monetary barrier (private system and “new age” medicine), I understand that the therapeutic itineraries in mental health give account of a “fractured management” of the discomforts, referring to a management of the afflictions at institutional level, which do not end up being completely standardized, giving way to cracks or fragments that express ambiguity in therapies of people.

Keywords: mental health; therapeutic itineraries; illness: fractured management.

* Mg. en Antropología Sociocultural. Investigador independiente, Temuco-Chile. ORCID: 0000-0001-9259-603X. Correo-e: pablobetancuralvarado@gmail.com. Artículo enmarcado en su tesis de Magíster en Antropología Sociocultural, Universidad de Chile.

A pesar de que nos da confianza percibir que nuestra existencia terrenal parte de un centro físico —que al menos ese centro está ahí y que como tal emite señales de control, jerarquía e inteligencia—, lo más difícil de asumir es que estamos centrados sobre algo tan frágil, tan definitivamente otro, tan nervioso.

Michael Taussig (1995, p. 14).

Introducción

La salud mental, en cuanto fenómeno social y político, emerge como un intento de sustituir el modelo “hospitalocéntrico” para la gestión de lo que se ha denominado malestar subjetivo, sufrimiento psíquico o derechamente locura (Correa-Urquiza & Pié Balaguer, 2017; Fernández, 2019; Labarca, 2008). En ese continuo esfuerzo político, la atención primaria en salud (APS) figura como una pieza clave para la institucionalización de la salud mental como política global de salud descentrada. Así, instancias como la Conferencia de Alma-Ata de 1978 y la Declaración de Caracas de 1990 aparecen como expresiones del reconocimiento de la necesidad de llevar la salud mental a la APS (Minoletti et al., 2012).

En Chile, la salud mental y la APS se encuentran, en el contexto de postdictadura, en el Programa de Salud Mental (PSM), nacido en 1992 y formalizado en 1993 con el Primer Plan Nacional de Salud Mental. Este programa, vigente hasta el día de hoy, “busca disminuir la alta presencia de trastornos mentales en las personas residentes en el territorio nacional” (Ministerio de Desarrollo Social, 2024). En este marco cobran relevancia los centros de salud familiar (CESFAM) que, en coordinación con los servicios de salud y los departamentos de salud municipales, han implementado el programa a lo largo del país.

Pese a que este programa se plantea como uno de tipo comunitario, biopsicosocial y con énfasis en la promoción y la prevención (Crespo-Suárez, 2021; Minoletti et al. 2012; Sepúlveda, 2021), han sido numerosos los estudios que han cuestionado su eficacia y resultados, y que problematizan la predominancia del abordaje psicofarmacológico y de la atención biomédica (Busta, 2021; Crespo-Suárez, 2021; Madariaga, 2021); las largas listas de espera y la excesiva burocracia (Han, 2022; Minoletti et al., 2018), así como el déficit presupuestario (Han, 2022; Minoletti et al., 2012), entre otros aspectos.

Estas problemáticas nos remiten a la interrogante que busca responder este artículo: ¿cómo actúan las personas en el Programa de Salud Mental (PSM) en su búsqueda por paliar sus malestares? Esta pregunta nace del interés por captar el funcionamiento del PSM desde las prácticas y los discursos de las personas que interactúan dentro de él en calidad de “usuarios” (jerga institucional). Para ello partiré de sus trayectorias dentro del programa relacionándolas con el devenir y la gestión de sus malestares en otras instancias institucionales. Con este propósito, recurriré al concepto de “itinerarios terapéuticos”, que refiere a aquellas “trayectorias por las que los sujetos pasan para resolver un suceso de enfermedad, dolor o sufrimiento” (Lamarque & Moro, 2020, p. 2).

El contenido de este artículo proviene de los resultados de mi tesis para la obtención del grado de Magíster en Antropología Sociocultural por la Universidad de Chile. En dicha tesis abordé la experiencia y la gestión de los malestares de las personas que hacían parte del PSM del CESFAM Pueblo Nuevo, en la ciudad de Temuco, sur de Chile, mediante un enfoque

etnográfico, apoyándome en los aportes de la antropología de/desde el cuerpo y la antropología de la salud.

En temas de ordenamiento, este artículo se estructurará en cuatro ítems. Iniciaré con una breve presentación de la metodología utilizada para continuar con la exposición de itinerarios terapéuticos en el sistema público, el PSM del CESFAM, el sistema privado y, finalmente, la medicina *New Age*. Esta distinción obedece tanto a una diferenciación marcada en la experiencia de las personas como en la literatura y la realidad chilena. Autores/as como Menéndez (1984) realizan una diferenciación entre biomedicina (o modelo médico hegemónico, según sus términos) y el modelo médico alternativo (que incluye prácticas y saberes como lo *New Age*). A esta clasificación debe sumarse la diferenciación instaurada en Chile desde los inicios de la dictadura civil-militar entre un modelo público y uno privado (Merino, 2021). Además, cabe mencionar que en esta ocasión no se explorarán los cuidados legos/profanos o prácticas de autoatención (Haro, 2000; Menéndez, 1984), pues me concentraré exclusivamente en el nivel institucional de la gestión de los malestares.

Metodología

Los resultados presentados en este artículo provienen de una etnografía realizada durante 2022 y 2023. De acuerdo con Ortner (2018), entiendo la etnografía como un método de investigación social que produce conocimiento a partir de la inmersión del/a investigador/a en la realidad cotidiana de los sujetos o contextos que quiere estudiar.

En la investigación, esta aproximación se condujo mediante el despliegue de dos técnicas principales: la observación-participante y la entrevista semiestructural. La primera me permitió percatarme de la relación de las personas con personal del CESFAM Pueblo Nuevo, así como de elementos de su diario vivir, puesto que pude transitar entre espacios del CESFAM y sus casas y lugares de trabajo. En el caso de la segunda, realicé entrevistas semiestructurales en contextos domésticos y laborales de las/os interlocutoras/es, con lo que pude acceder a las concepciones de las personas sobre lo que hacían y pensaban.

La muestra estuvo compuesta por ocho personas, siguiendo un modelo de tipo no probabilístico (Vivanco, 2006) y de corte estructural (Canales, 2006). De estas ocho personas, siete son usuarias/os del CESFAM y la octava es la jefa del Programa de Salud Mental. Así como el PSM está compuesto en su gran mayoría por mujeres (dato señalado por la jefa del PSM), también ellas predominan en la muestra de usuarias/os, que estuvo compuesta por seis mujeres y un hombre, de estratos socioeconómicos medios y bajos, de entre 25 y 60 años, quienes fueron reclutadas/os mediante un afiche con un QR que redirigía a un formulario y por la técnica de “bola de nieve” (Martínez-Salgado, 2012).

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Araucanía Sur. La participación de todas las personas cuenta con su correspondiente consentimiento informado, firmado frente a la directora, subdirectora y/o personal correspondiente del CESFAM. Los nombres que aparecen en este artículo han sido modificados para resguardar el anonimato de las personas.

Itinerarios terapéuticos en salud mental

Los itinerarios terapéuticos son un concepto largamente abordado por la antropología de la salud y los estudios cualitativos en este campo. Estos parten de la asunción del pluralismo médico como una premisa transversal a todas las sociedades capitalistas, concepto que refiere a la coexistencia de a lo menos dos o más sistemas o modelos de salud. Al respecto, Menéndez (1984), a partir de una lectura gramsciana del poder, señala la existencia de tres modelos de salud: el *modelo médico hegemónico* —también denominado como alopático (Mol, 2021) o biomédico (Oyarce, 2021)—, el *modelo médico alternativo subordinado* y el *modelo médico de autoatención*.

Si bien estos tres modelos coexisten, el modelo médico hegemónico, caracterizado por su aproximación biologicista, individualista, curativa (en oposición a la prevención), hospitalaria (en oposición a lo comunitario), organicista y mercantil (Uzcátegui, 2022), ejerce un poder capaz de colonizar e invalidar a los dos modelos de salud restantes (Menéndez, 1984). Por su lado, el modelo médico alternativo subordinado refiere a aquellas prácticas de salud que provienen de saberes tradicionales (tales como la medicina indígena, la medicina china, la medicina popular, etc.) que con la globalización han visto su reinterpretación occidental en la medicina *New Age* (Collin, 2006). Finalmente, el modelo médico de autoatención apunta a las prácticas y saberes legos que no son mediados por un saber experto para el tratamiento de las afecciones, sino que recaen fundamentalmente en los grupos domésticos (Menéndez, 1984).

Partiendo de lo expuesto, en el presente estudio identifiqué cuatro nodos, o instancias institucionales, en que se evidencian las prin-

cipales prácticas terapéuticas: el sistema público; el Programa de Salud Mental del CESFAM; el sistema privado, y la medicina *New Age*. El primero refiere a toda atención pública y/o mediada por una subvención estatal, tales como la atención de urgencia o una atención en una especialidad médica como neurología o psiquiatría, etc., pero sin incluir el Programa de Salud Mental del CESFAM. Este es considerado como el nodo principal de la investigación, y aunque pertenece al sistema público en su nivel primario de atención en salud, es diferenciado debido a la importancia que reviste y para singularizarlo de los espacios públicos ajenos al CESFAM. Para esta ocasión, se dejará fuera del análisis la autoatención o los cuidados legos, para concentrarnos en las instancias institucionales para la gestión de los malestares en salud mental.

El sistema público: dificultades para la consolidación de la gestión de los malestares en salud mental

El actual sistema público de salud en Chile es el resultado de la desestructuración del antiguo Sistema Nacional de Salud (creado tras la promulgación de la Ley N° 10.383 en 1952), que englobaba iniciativas estatales y particulares, para dar paso a un sistema público y uno privado diferenciados, en que el Estado opera como subsidiario (Merino, 2021; Alarcón et al., 2018; Illanes, 2010).

En esta nueva estructura de salud, instaurada progresivamente durante la dictadura civil-militar a partir de 1979 y consolidada por los gobiernos postdictadura, los malestares construidos como patologías en salud mental desde la institucionalidad¹ además de ser tratados en el Programa de Salud Mental (PSM) de los CESFAM

en APS, son atendidos en los centros comunitarios de salud mental (CECOSAM o COSAM), los cuales corresponden a centros de salud de nivel secundario especializados en trastornos mentales graves (en oposición a los trastornos mentales leves que suelen ser abordados en la APS). Igualmente, la salud mental puede aparecer en la atención médica ambulatoria de los hospitales o en urgencia médica.

En el caso de las personas que participaron en este estudio, las atenciones más recibidas son las de urgencia. A esta instancia llegan las personas luego de haber sufrido una crisis. Irene, una de las mujeres cuyo seguimiento se hizo en la etnografía y que posee un largo historial de atenciones en urgencia posteriores a una descompensación, me relató lo siguiente:

Cuando estaba casada me daban crisis constantemente... Un día íbamos en una micro, yo iba con mis hijos y mi marido iba adelante. Me había hinchado [molestado] todo el día en el trabajo. Íbamos por Padre [Las Casas, comuna ubicada al lado de Temuco] y me dio la crisis. Tuve que bajarme, me desmayé y me llevaron al hospital. Ahí iba a urgencia, me inyectaban a la vena, me ponían calmante, después me quedaba dormida y al otro día de nuevo tenía que darle [seguir trabajando]. Siempre mis hijos me llevaban para sus casas después, por cualquier cosa. Después al otro día me sentía así como con mucho sueño, muy cansada y agotada, y dolor en el cerebro (Entrevista, Irene, 10 de julio de 2023).

La atención menos concurrida es el CECOSAM, que, pese a figurar constantemente en las entrevistas como un espacio deseado para la gestión de los malestares, en la práctica ninguno de los entrevistados había podido ingresar o ser atendido en este. Al respecto, la jefa del Programa de Salud Mental (PSM) del CESFAM me comenta que para que una persona sea integrada al CECOSAM se realiza

una derivación, pero que esta es cada vez más escasa debido a la saturación de este centro de atención secundaria, por lo que se priorizan solo casos muy graves.

Además de la ausencia de la derivación o interconsulta hacia los CECOSAM, hay otra barrera a sortear: la espera. Así, por ejemplo, Carla me comenta que, en su caso, sí se realizó la derivación, pero hasta la fecha de la entrevista aún no había sido llamada:

Yo ahora estoy esperando a que me llamen de psiquiatría [desde el CECOSAM], más que nada para ayudarme a dejar los medicamentos, para ver cómo bajar la dosis porque ese medicamento que tomo es medio complicado de dejarlo. Pero no tengo la menor idea de cuándo sea. Me hicieron una derivación interna que hacen acá. Yo debo llevar como un año y algo, más o menos, esperando [...]. Así que ahora hay que esperar no más. De momento no tengo la menor idea... (Entrevista, Carla, 3 de agosto de 2023).

Así, el carácter breve y contingente de la atención de urgencia y la dificultad para una atención especializada en el nivel secundario de los malestares en salud mental van conformando una barrera en la estandarización de la gestión de las aflicciones. Esto constituye una de las principales razones por las que las personas se acercan al Programa de Salud Mental de la APS.

PSM y CESFAM: entre tensiones e institucionalizaciones

En la comuna de Temuco existen ocho CESFAM distribuidos en sus principales áreas (Departamento de Salud Municipal de Temuco, 2022). Cada CESFAM cuenta con su propio Programa de Salud Mental (PSM). En este caso, me enfocaré en el CESFAM Pueblo Nuevo, ubi-

cado en la zona norte de Temuco, con más de 27 mil usuarias/os (Departamento de Salud Municipal de Temuco, 2022). Cabe señalar que en noviembre de 2022, el CESFAM sufrió un incendio que dejó inutilizable su infraestructura, pero gracias a la gestión municipal prontamente se contó con un nuevo espacio ubicado a metros de la anterior ubicación y se reagendaron las horas de salud mental, incluso con mayor eficacia que antes del incendio, según me comentaron algunas/os usuarias/os.

Aunque en los murales del CESFAM figura que el PSM despliega atención médica y psicológica, así como talleres e intervención psicosocial, en la práctica, para las personas que componen este estudio, el programa se materializa en atención médica y psicológica.

El ingreso al PSM se puede efectuar por cuatro caminos: 1) ingreso por atención de morbilidad (identificación médica de sintomatología asociada a salud mental), 2) ingreso por derivación interna (identificación de personal de salud no médico del CESFAM respecto de sintomatologías asociadas a salud mental), 3) ingreso por derivación externa (de instituciones del intersector o de la red asistencial), y 4) ingreso voluntario tras pesquisa de un/a trabajador/a social del mismo CESFAM.

El rasgo común detrás es la intencionalidad que manifiestan las personas para encontrar una ayuda capaz de institucionalizar la gestión sanitaria de sus malestares. Esta voluntad de institucionalización de las terapias aparece, en primer lugar, tras la identificación de fenómenos corporales "extraños" de parte de las/os usuarias/os del programa y, posteriormente, con el razonamiento de que el mejor lugar para la atención de estos malestares es el PSM, fun-

damentalmente debido a razones económicas y de continuidad.

Respecto de la "extrañeza" del cuerpo propio, Margot y Dante me relatan sus experiencias, que resultan representativas:

Estaba en el trabajo en la mañana. Ese día llegué como extraña. De repente una colega me dice: "¿qué te pasa?, estás roja, ¿no tienes calor?". "No", le dije. "Tengo como medio abombado los oídos y los ojos", le respondí. Lo noté contestando correos, como que los ojos se me iban. Me tomaron la presión ahí mismo. Estaba normal. Pero yo seguía rara. De repente me empieza el zuum [onomatopeya de zumbido], que el mundo giraba... (Entrevista, Margot, 29 de junio de 2023).

Siento como una sensación de presión y cada vez me afecta más. Me siento como más... siento mi cuerpo raro. Hay momentos en que se me aprieta la cabeza, otros en que me siento fatigado. De repente la ropa me molesta (Entrevista, Dante, 17 de julio de 2023).

Problematizando esta extrañeza, en la que el cuerpo figura como objeto/sujeto en disputa para la salud (Fassin, 2004; Betancur, 2021, 2023), surge una reflexión respecto del PSM como lugar donde tratar los malestares. Así, por ejemplo, Margot me señala que luego de tratar sus aflicciones en el sistema privado, decide que lo mejor es hacerlo en el sistema público mediante el PSM:

Llevaba cerca de un año con una depresión y lo estaba llevando de forma particular. Entonces ya costear todas las atenciones médicas más los exámenes que también se hacen, y los remedios... era mucho gasto. Y viendo que en realidad no mejoré... Por eso me acerqué al CESFAM (Entrevista, Margot, 29 de junio de 2023).

Esta decisión, que tiene que ver con un discernimiento respecto de las trayectorias terapéuticas y la relación con las posibilidades

económicas, manifiesta una agencia, en el sentido de una capacidad de actuar e incidir en la realidad a partir de un análisis reflexivo de las condiciones estructurales (Ortner, 2018). Así lo sintetiza Yenifer: “Yo soy de esas que cuando estoy muy complicada mentalmente yo busco apoyo” (Entrevista, Yenifer, 17 de julio de 2023).

La atención médica en el PSM

Una vez que se ingresa al PSM y se solicita hora para el médico, aparece la espera, que en este caso es de un tipo especial porque nadie tiene certeza de su duración. La espera deja en la incertidumbre a las personas y las obliga a buscar diversos medios para sobrellevar los malestares. Eleanor señala:

Pasaron como seis meses hasta que me dieron hora. Y me dijeron que había una larga lista de espera. Por mientras iba a médico [en atención privada] para que me den pastillas para dormir no más. Estuve esperando hartoo tiempo. Me mareaba en el trabajo, todo producto de mi ansiedad, y tuve que seguir no más, ¿qué más iba a hacer? (Entrevista, Eleanor, 13 de julio de 2023).

Las largas listas de espera son una característica transversal y estructural del sistema de salud en Chile, hecho reconocido tanto por los/as investigadores/as (Han, 2022) como por la propia institucionalidad (Departamento de Salud Municipal de Temuco, 2022; Ministerio de Salud, 2017). Esta situación refleja la alta demanda de la atención en salud en general y de la atención en salud mental en particular, y la todavía ineficiente respuesta estatal. Esta característica puede ser leída de mejor manera mediante la noción de “institucionalización de la espera”, con que autoras/es como Auyero (2012) y Carreño et al. (2021) comprenden la normalización de la espe-

ra en los aparatos estatales latinoamericanos en contextos neoliberales, los cuales tienden a convertir a los sujetos beneficiarios de las políticas públicas en “pacientes despolitizados”.

Luego de esta primera barrera temporal llega la primera atención médica del PSM. Esta atención, así como las subsiguientes, se realiza en boxes en dependencias del CESFAM. Estos cubículos corresponden a cuartos o salas de no más de 4 x 4 metros (no hay un tamaño estándar), en los que se encuentra la/el médica/o detrás de un escritorio con muchas carpetas y frente a un computador. Al otro lado del escritorio hay una o más sillas, en las que se sienta la/el paciente o usuario. Detrás del/a paciente hay una camilla y un lavamanos.

A diferencia del resto de atenciones médicas del PSM, la primera es mucho más extensa y tiende a durar entre treinta minutos y una hora. Según me informa la jefa del PSM, el objeto de la primera atención es recabar la máxima información posible para la elaboración de un diagnóstico, que de todas formas se encuentra sujeto a modificación con las posteriores sesiones. Contrario a lo que plantea la literatura en ciencias sociales sobre la importancia de los diagnósticos en salud mental (Faretta, 2017; Nichter, 2010; Rose, 2020), en la APS estos no parecen tan importantes para la subjetividad de las personas. Más bien, su relevancia radica en su traducción en recetas para la administración de psicofármacos. Así señalan al respecto Yazmín e Irene:

En el papel aparece depresión moderada, algo así. Eso aparece en el papel del AUGE que firmé para que me dieran mis medicamentos. Pero nunca me dijeron (Entrevista, Yazmín, 17 de julio de 2023).

Nunca me han dicho mi diagnóstico [...]. Nunca me han dicho que puedo consultar [la ficha clínica] (Entrevista, Irene, 28 de junio de 2023).

Si bien en ocasiones los psicofármacos son acompañados de la receta de otros fármacos, como los "relajantes naturales" o aquellos elaborados en base a plantas, así como de psicoterapia, la administración psicofarmacológica constituye, sin duda, la principal y casi exclusiva terapia administrada por el PSM. La administración de psicofármacos, en la mayoría de los casos, es de tipo antidepresivo y se administra de manera más o menos sostenida en el tiempo (por lo general las recetas de antidepresivos tienen una duración de un par de meses, período tras el cual casi siempre vuelven a ser recetados), y va acompañado de un ansiolítico para el manejo de episodios de crisis, en momentos puntuales.

La administración medicamentosa ha sido leída en la literatura como la expresión de una nueva modalidad de "medicalización" denominada "medicamentización", que, además de interpretar fenómenos sociales como fenómenos (bio)médicos (Conrad, 1992) —o desde el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984)—, otorga una centralidad terapéutica casi exclusiva a los fármacos (Bianchi, 2019). Esto, enmarcado en una nueva política de gobierno de los sujetos que se vale ya no tanto de una red institucional externa a las personas —como la disciplina foucaultiana (Foucault, 2021)—, sino de su propia arquitectura interna, es decir, dentro del propio cuerpo (Rose, 2012; Preciado, 2020).

La segunda atención médica, al igual que la primera, ocurre en otro tiempo a determinar. Es decir, no existe certeza absoluta de cuándo ocurrirá. Esto, ya que no siempre es posible entregar una nueva hora médica tras la primera sesión, debido a la constante rotación de personal médico y a la agenda completa de las/os

médicas/os. Una vez que llega esta segunda y las posteriores horas médicas, la duración de la atención, a comparación de la primera, disminuye considerablemente. Tan así, que muchas veces no superan los diez minutos. Así me comenta Carla:

El médico que me atiende ahora me rellena el medicamento no más. Ni siquiera conozco el nombre del que me atiende, porque en verdad las consultas duran como cinco minutos. Renueva la receta por seis meses más y termina. Está todo el rato tecleando no más [...]. Simplemente me han estado rehaciendo la receta, y la hacen 6 meses más, 6 meses más [...]. Entonces ha sido bien malo en ese sentido. No hemos tenido controles. Porque en realidad él no habla mucho, entonces no hay como una conversación. Me dice "ya, ¿cómo está la U?, ¿cómo estás durmiendo?", "ya, mira, te voy a dar la receta por 6 meses más" y listo, se acabó. Entonces siempre con él es así (Entrevista, Carla, 3 de agosto de 2023).

Aunque no todas las atenciones son como las que plantea Carla, pues hay casos en los que las personas destacan la gran relación con sus médicas/os. Existe, por lo tanto, una gran variabilidad; esto es: no hay un molde respecto al tipo de atención, ni en calidad ni en cantidad (duración de la atención, tiempos de espera), lo que acrecienta la incertidumbre. Tal constatación me lleva a pensar la experiencia de las/os usuarias/os con la institucionalidad sanitaria como la expresión de una "gestión agrietada" de los malestares que no permite el cese o la disminución de la ambigüedad propia de las aflicciones tratadas en el campo de la salud mental. Planteo así, en este caso, la existencia de una experiencia de "gestión agrietada" para describir la tensión entre la institucionalización en la gestión de los malestares y la constante preocupación por la ambigüedad de esta.

La atención psicológica en el PSM

El acceso a la atención psicológica es aún más dificultoso que el acceso a la atención médica. Esto porque hay menos profesionales disponibles, lo que hace que la lista de espera sea mayor y, por consiguiente, en su caso se expresa aún con más fuerza la “institucionalización de la espera” (Auyero, 2012; Carreño et al., 2021).

A diferencia de la atención médica, la atención psicológica suele tener una duración mucho más extensa, entre media hora y 45 minutos, misma que no disminuye luego de la primera atención. Todas las sesiones se realizan en dependencias del CESFAM, aunque no en los mismos boxes que la atención médica. Cada box es un espacio pequeño, de no más de 2 x 2 metros, con una disposición similar a los cubículos médicos, pero sin camilla ni lavamanos, y con infografía y papeles respecto a temáticas de salud mental, en particular sobre la promoción de hábitos que contribuyen a esta.

Al igual que la atención médica, la primera sesión se enfoca en conocer aspectos biográficos de las personas asociados a su sintomatología para identificar el motivo de la consulta. Sin embargo, a partir de la segunda hora, el contenido se diversifica según los enfoques terapéuticos de cada profesional. Así, hay atenciones que se centran en los “traumas generacionales”; en la identificación del origen de los malestares; en la meditación y la práctica de técnicas como el yoga; en la modificación de hábitos; en el cambio de pensamientos; en el apego a la espiritualidad y la religiosidad, etcétera.

Esta variedad de enfoques, característica de la psicología contemporánea (Pérez Soto, 2009), recibe, asimismo, una diversidad de respuestas de parte de las/os pacientes. Por ejem-

plo, para Carla es motivo de críticas, ya que el enfoque de su terapia no le parece adecuado para su tipo de malestar:

Me derivaron con él [psicólogo] y me atendí un par de meses. Era así como una terapia muy hippie [...]. Era como “ya, sentimos nuestros pies, sentimos nuestros órganos”, y yo pensaba “¿Qué cresta?, ¿cómo hago eso?”. Y no logramos conectar... Yo no le entendía lo que significaba eso. Al final, la sesión se transformaba en una cuestión súper extraña. Era muy así como “meditemos”. Al final iba a cumplir las horas no más, pero no sentía que sirviera en absoluto (Entrevista, Carla, 3 de agosto de 2023).

Pero también se dan casos como el de Irene, quien me comenta la gran relación que tiene con la psicóloga que la atiende bajo una terapia que describe como “conversacional”: “A mí me gusta ir a la psicóloga... Yo siempre he dicho, no es que esté loca ni que esté enferma, pero me gusta eso de conversar y contar tus cosas” (Entrevista, Irene, 10 de julio de 2023).

Esta divergencia puede ser comprendida a la luz del concepto de “idiomas de malestar” (o *idioms of distress*, en el inglés original), trabajado por Nichter (1981). Con este concepto, el autor realiza una lectura cultural de la salud, partiendo de la comprensión de que los malestares o aflicciones pueden ser leídos o interpretados como distintos idiomas, en los que el biomédico es uno de ellos. En ese sentido, la valoración de las terapias parece ir de la mano con la comprensión y la adherencia al sistema de clasificaciones, o idioma de malestar (Nichter, 1981) subyacente al enfoque de la terapia. Así, en el caso de Carla, quien desconoce los fundamentos de la meditación y la medicina oriental, que tampoco son introducidos ni contextualizados por su psicólogo, según me comentó, estos no generan eficacia en el tratamiento ni sentido en

ella. Lo contrario le sucede a Irene, quien percibe su terapia, basada en la conversación, como una forma de “desahogarse” de sus problemas. De esa manera, lo que aquí entra en juego es lo que Lévi-Strauss (1995) denomina “eficacia simbólica”, es decir, la capacidad de un sistema de clasificaciones o, en este caso, un idioma de malestar (Nichter, 1981) de ordenar la experiencia en función de la adherencia a un lenguaje.

Además de la diversidad de enfoques de cada psicóloga/o, muy a menudo se producen cambios de la persona tratante. Una de las razones puede ser la persistencia de una mala relación con el paciente. Existen casos de relaciones muy positivas (como la que señalaba Irene), muy negativas o ambivalentes. Un caso de experiencia negativa es el de Yenifer:

Lo que a mí no me gusta cuando veo a la psicóloga es que le cuento temas delicados y se lo dice al tiro [inmediatamente] a la asistente social. Porque una vez yo le conté a la psicóloga que tuve una pelea con mi expareja y resulta que le dijo a la asistente social, y la asistente social me dijo “ten cuidado, que no te vaya a pegar”, y yo dije “¿y cómo supo eso?”. No respeta la confidencialidad de lo que uno le conversa” (Entrevista, Yenifer, 17 de julio de 2023).

Una experiencia ambivalente es narrada por Eleanor:

Las primeras tres sesiones todo bien, pero ahora me empieza a preguntar todo de nuevo: “¿y tienes hijos?, ¿qué edad tienen?” Ya le he contado miles de veces lo mismo. Siento que ya no me está tomando en cuenta (Entrevista, Eleanor, 13 de julio de 2023).

Otro motivo por el que se cambia de psicóloga/o tiene que ver con que esta/e haya dejado de trabajar para el CESFAM (lo que sucede de forma más o menos regular), por lo que nue-

vamente se debe solicitar una hora con otra/o tratante y volver nuevamente a narrar las experiencias de malestar.

Pese a estas divergencias y pluralidades, lo que se mantiene en cada enfoque y con cada psicóloga/o, según me comentan las/os usuarias/os, es la importancia que le otorgan a la modificación de la conducta y los pensamientos de las personas en el tratamiento de sus aflicciones. Así, por ejemplo, los espacios del CESFAM se encuentran plagados de afiches invitando a las personas a “hacerse cargo de nuestra salud mental”.

Sistema privado: mediación monetaria de las terapias

Aunque el PSM es el mayor nodo de concentración de los itinerarios terapéuticos en salud mental presentado en este estudio, estos recorridos lo trascienden. Así, otro de los cuatro nodos señalados al inicio de este artículo proviene de la relación de las personas con el sistema privado.

El actual sistema privado de salud en Chile nace con la dictadura desde la noción de modernización y eficiencia de la salud y ha sido defendido bajo el criterio de libre elección, pero su acceso queda condicionado “al poder adquisitivo-endeudamiento de cada persona o grupo familiar” (Merino, 2021, p. 124). De esa manera, la atención en la salud particular o privada termina siendo mediada por dos grandes entidades (excluyendo las Fuerzas Armadas): el Fondo Nacional de Salud (FONASA), creado en 1979, en que el Estado figura como subsidiario; y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), creadas en 1981 y administradas por entidades privadas (Merino, 2021; Alarcón et al., 2018).

Para los IT (itinerarios terapéuticos) en salud mental, la principal barrera es el dinero, uno de los principales motivos señalados por las personas que acuden a la salud pública, en especial al PSM y el CESFAM. No obstante, existen momentos en los que, debido a la espera característica de la salud pública y la urgencia de las aflicciones, se torna necesario acudir a la salud privada. Precisamente, Margot señala, cuando comenta los constantes gastos que ha hecho para atenderse con una psicóloga por el sistema privado, que:

En la última sesión [psicológica] tuve que pagar 2 horas. Son 60 lucas. Entonces este mes he tenido que pagar 120 mil pesos en total. Entonces ahora... Tú sabes que ante todo está la salud primero. A mí no me duele gastar esa plata, si bien la tenía ahorrando para pagar la segunda cuota del permiso de circulación (Entrevista, Margot, 29 de junio de 2023).

Las principales horas solicitadas son las horas médicas a psicóloga/o, neuróloga/o y psiquiatra. La concentración exclusiva en estas/os profesionales para el abordaje de la salud mental se condice con la hegemonía de la interpretación neurológica y cerebral, y de las ciencias “psi” en general para el tratamiento de estos malestares, dejando de lado la relación con las cuestiones materiales, sociales y políticas que inciden también en esos trastornos (Correa-Urquiza & Pié Balaguer, 2017; Rose, 2020).

Respecto de las atenciones, las personas destacan la diferencia entre la atención en el sistema privado y el sistema público. Así, Eleanor me comenta respecto a la atención de un mismo médico en el CESFAM y en consulta privada:

Ese doctor en el CESFAM atendía como las pelotas [muy mal], ni siquiera te escuchaba. Y una vez fui a médico particular, saqué medicina general, saco hora y es el mismo. Un amor en la atención, “¿cómo está?”,

“buenas tardes”, “tome asiento”. Y me dio tanta rabia porque atienden como las pelotas porque es consultorio [CESFAM], y como es particular te atienden súper bien. Claro, como una paga... (Entrevista, Eleanor, auxiliar de aseo, 46 años, 18 de julio 2023).

Algo similar ocurre con la atención psicológica, en la que las personas aprecian una mayor dedicación y continuidad del profesional en el sistema privado. Lo mismo no puede decirse de las/os neurólogas/os o psiquiatras, ya que estas/os no suelen encontrarse en la atención primaria y están ausentes del PSM del CESFAM Pueblo Nuevo.

Otra cuestión relevante tiene que ver con las constantes tensiones que van apareciendo al visitar a nuevas/os profesionales de salud. La experiencia de Ángela es representativa. Tras dos crisis que le provocaron parálisis de las extremidades, acudió a distintos profesionales:

La primera neuróloga me dijo que era una crisis de angustia lo que tenía y que tenía que ser derivada al PSM. Ella me hizo una resonancia [...]. En la semana compramos un bono y fui a ver a otro neurólogo y él dijo que sí, que sí era un ACV. Él me hizo un examen neurológico. Él vio la resonancia y dijo que no importaba [...]. Me mandó a un internista, fui a verlo por FONASA y él coincidió con el diagnóstico del neurólogo [...]. Volví al neurólogo por FONASA y él me dijo que esto era largo y que me derivaba al Hospital, [...] pero igual dijo que tenía que ir al CESFAM a salud mental. La doctora [del PSM] vio y anotó todo lo que dijo el médico (Entrevista, Ángela, 19 de julio de 2023).

La contradicción entre diagnósticos le ocurrió también a Margot:

Fui a una consulta psiquiátrica porque la psicóloga [de una consulta privada] me dio una sugerencia. Fue un asco. Me dijo que no tengo depresión [diagnóstico que maneja el PSM], que lo que tengo es estrés laboral y que lo que tengo que hacer es volver a trabajar. Cambió

de medicamentos. Vuelvo a preguntarle por la fórmula de los medicamentos dual. No me dice, y me dice que siga tomando Citalopram y Clonazepam, cuando me lo está sacando la doctora [del PSM] (Entrevista, Margot, 11 de julio de 2023).

Ambas situaciones dan cuenta del carácter construido-producto de la salud mental, que es disputado y redefinido en cada atención, con cada diagnóstico y en cada terapia (Law, 2020; Fassin, 2021). En este caso, la evidencia de este proceso de construcción-producción suscita incertidumbre en las personas, lo que imposibilita la eficacia terapéutica e incrementa la tensión entre institucionalización y ambigüedad en la gestión de los malestares, es decir, provoca una "gestión agrietada" de los malestares.

New age: hegemonización de lo alternativo

En su estudio sobre los sistemas médicos en la Región de La Araucanía (región de la que Temuco es capital), Citarella y Oyarce (2018) identifican la coexistencia de: 1) la medicina indígena mapuche, 2) la medicina tradicional popular, y 3) la medicina científica u oficial. De acuerdo con la categorización de Menéndez (1984), el primer y segundo sistema podrían incluirse dentro de lo que él denomina modelo médico alternativo subordinado. Si bien en este estudio figuran en breves momentos la medicina mapuche y la medicina popular —los que no se discutirán en este artículo, pero que están presentes más como espacios por los que a las personas les gustaría pasar que como lugares transitados para el abordaje de los malestares— es la medicina *New Age* la protagonista absoluta del modelo alternativo.

Sobre lo *New Age*, Collin (2006) plantea que hace referencia a saberes y prácticas médico-religiosas heterogéneas (aunque destaca la predominancia de tradiciones orientales) integradas y reinterpretadas en las sociedades capitalistas neoliberales contemporáneas, tales como el *mindfulness* y técnicas de meditación diversas, yoga, reiki, flores de Bach, acupuntura, aromaterapia, *tapping*, etc, como expresión de una circulación mundial de modelos de salud producto de la globalización (Collin, 2006).

La importancia de este tipo de terapias es tal que es reconocida por las/os médicas/os de las personas que componen este estudio. Así me señala la jefa del PSM:

Nosotros trabajamos con medicina basada en evidencia [...]. La medicina complementaria no niega la utilidad de la medicina tradicional. Postula que existen otras terapias que pueden dar beneficios adicionales, más allá de lo alópata, que es lo tradicional. En ese sentido me parece fantástico [...]. Esas cosas no tienen estudios científicos rigurosos que demuestren que son más beneficiosos que un placebo, pero el mismo placebo es importante. Pero hay que considerar que esas cosas la gente las paga. Entonces yo le digo a las personas: "si usted siente que eso le sirve y que le hace sentir mejor, manténgalo porque no va a haber ningún efecto adverso, pero si no está viendo ningún efecto beneficioso para su salud, no siga gastando su plata (Entrevista, jefa PSM, 18 de mayo de 2023).

Aunque la jefa del PSM tenga una visión crítica de las terapias *New Age*, esta se suele infiltrar en el programa mismo pues es recomendada en particular por médicas/os extranjeras/os y, sobre todo, por psicólogas/os, quienes muchas veces complementan sus sesiones con ejercicios de meditación o recomiendan la práctica de disciplinas como el yoga y/o el *mindfulness*.

Al respecto existen dos posiciones diferenciadas en torno a la relación con estas terapias. Por una parte, hay un grupo de usuarias/os que las rechaza contundentemente y defiende la eficacia de los psicofármacos y los tratamientos de corte más biomédico. Esa es la postura de Carla:

Piensa que con una ketiapina no me puedo quedar dormida, con té y flores de Bach menos [...]. Mi mamá toma los mismos medicamentos que yo y doble dosis. No me va a decir “tómame un té y relájate”, porque ella sabe qué es lo que se olvide la pastilla un día y quedar un desastre. Entonces, por el contrario, es más de que hay que seguir con los medicamentos, y cuando el médico dice que se para, se para (Entrevista, Carla, 3 de agosto de 2023).

En lado opuesto hay otro grupo que siente atracción por estas terapias desde una defensa de lo “natural” y en rechazo a los psicofármacos por sus efectos adversos y la generación de dependencia. Esta es la postura de Irene:

La zopiclona no la tomaba. Siempre le he tenido miedo a las pastillas, porque provocan adicción y no... Al final me compré la melatonina y me compré el neurexan, ese que se pone bajo la lengua y que dan en la tele la propaganda, para andar más tranquila. Es como el armonyl, una cosa así. Eso, llegaba a mi casa, me lo ponía bajo la lengua. Es más natural. Prefiero las cosas naturales porque como te digo, yo conozco gente que depende del alprazolam, del clonazepam, de la zopiclona (Entrevista, Irene, 28 de junio de 2023).

Quienes tienen el deseo de adentrarse en estas terapias acuden a partir de conocidas/os o amigas/os practicantes de estas técnicas. Aquí, al igual que con el sistema privado, la cuestión monetaria es una barrera, ya que por lo general son caras. Es así como varias personas reconocen que hay técnicas que les gustaría probar, pero que carecen de los medios para hacerlo, mientras que las que las han probado han experimentado efectos disímiles:

Compré las flores de Bach, pero no me hacían nada, no me relajaban nada... Las consiguió mi pareja. Por el Facebook encontré a una señora... pero encuentro que no nos hicieron nada. Eso fue como hace 2 años atrás, 3 años, cuando empezó la pandemia... Y yoga sí me gustaría probar, pero igual es cara esa cuestión. No hay talleres así como para los pobres como uno (Entrevista, Eleanor, 13 de julio de 2023).

La psicóloga [de otro PSM] me recomendó ir a yoga, en un lugar donde salía más barato. Ahí estuve un tiempo y después lo dejé. También me recomendó las flores de Bach. Un tiempo me ayudaron mucho, no puedo no reconocerlo... (Entrevista, Dante, 17 de julio de 2023).

Estos espacios de saberes y prácticas subordinadas por la biomedicina pasan a ser parte del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984). Aunque ni la biomedicina ni las múltiples terapias alternativas compartan un mismo sistema de clasificación sobre las aflicciones/enfermedades, o idioma de malestar (Nichter, 1981), hay aspectos comunes que les permiten complementarse y ser validados desde el modelo oficial de salud. En este caso, el punto en común tiene que ver con el abordaje individualizante de los malestares, que conlleva terapias en las que la responsabilidad del éxito recae exclusivamente en la modificación de los hábitos de las personas (tomarse los medicamentos, realizar meditación, etc.). Desde una lectura crítica, tanto la mirada biomédica como la *New Age* impedirían la colectivización y la problematización política de las aflicciones en su relación con condiciones estructurales (Han, 2022).

Pese a que tanto lo *New Age* como lo biomédico se articulen en el modelo oficial de salud, en la práctica, para las personas la coexistencia de saberes solo genera más ambigüedad y potencia esta “gestión agrietada” puesto que deben ir probando cada enfoque terapéutico para determinar su respuesta en la gestión de

sus malestares. Así van transitando del yoga al antidepresivo, del ansiolítico a las flores de Bach, de la urgencia en el hospital al/a neurólogo/a, del/a psicólogo/a del PSM al/a médico/a general particular.

Conclusiones

En este artículo he presentado los resultados de un estudio etnográfico sobre los itinerarios terapéuticos en salud mental realizado a partir del seguimiento de la trayectoria de siete usuarias/os del Programa de Salud Mental del CESFAM Pueblo Nuevo de Temuco, Chile. Si bien la atención en el PSM constituyó el principal nodo en la gestión institucional de los malestares asociados a la salud mental, esta coexiste con el tránsito por otros tres nodos o instancias institucionales: el sistema público (excluyendo el PSM del CESFAM), el sistema privado y la medicina *New Age*.

En el sistema público, las personas transitan principalmente por espacios de urgencia, tras diversas crisis sufridas. Figuran en él igualmente los centros comunitarios de salud mental (o CECOSAM) como lugares especializados para el tratamiento de patologías en salud mental vinculadas a la atención secundaria en salud, pero que, producto de las largas listas de espera, es casi imposible su ingreso, por lo que solo aparece como un lugar deseado, aunque no transitado.

El ingreso al PSM refleja un intento de institucionalizar la gestión de los malestares en salud mental que no se alcanza en las otras instancias de la salud pública y expresa un ejercicio de agencia (Ortner, 2018) por parte de las personas aquejadas en la medida que remite a una objetivación del propio malestar y a una reflexividad

que sopesa el mejor camino para palear las aflicciones. En la práctica, el PSM se compone de atenciones médicas y atenciones psicológicas. La atención médica se caracteriza por la incertidumbre que incorpora la espera indeterminada de horas médicas, así como el enfoque casi exclusivo en la administración psicofarmacológica. Esto último me permitió caracterizar la atención médica del PSM como muestra de una medicalización (Bianchi, 2019) que transforma problemáticas sociales en problemas biomédicos, los cuales se resuelven (principalmente) mediante la administración farmacológica. En ello veo una nueva modalidad de disciplina que opera al interior de los cuerpos (Rose, 2012; Preciado, 2020) y que refleja contradicciones con el modelo comunitario defendido por la institucionalidad, en que se plantea que la salud mental debe ser abordada desde enfoques biopsicosociales, comunitarios y con énfasis en la promoción y la prevención (Crespo-Suárez, 2021; Minoletti et al., 2012; Sepúlveda, 2021).

Por su parte, la atención psicológica en el PSM se distingue por una espera aun mayor para poder acceder a ella y por la diversidad de enfoques presentes en cada terapia, lo que genera distintas respuestas y resultados en las terapias. Interpreté los resultados de cada terapia como muestras de eficacia simbólica (Lévi-Strauss, 1995), por su adherencia o distancia con los idiomas de malestar (Nichter, 1981) subyacentes a cada enfoque terapéutico.

En el caso del sistema privado, las personas acuden a este cuando la espera en el sistema público (incluido el PSM) les imposibilita tener una rápida atención a sus aflicciones y cuando logran sortear, con mayor o menor dificultad, la mediación monetaria. Asimismo, es en el sistema privado donde queda en mayor eviden-

cia la pluralidad de interpretaciones respecto de los malestares, al producirse diagnósticos y terapias contradictorios entre los diferentes profesionales. Esto lo entendí como ejemplo del carácter construido-producido de la salud en cuanto ciencia (Law, 2020; Fassin, 2021) y como precedente de una mayor incertidumbre para las personas que transitan en estas instancias terapéuticas.

La medicina *New Age*, una reinterpretación de tradiciones médico-religiosas de diversas sociedades producto de la globalización (Collin, 2006; Fassin, 2004), es el último nodo en el que figuran los IT en salud mental. Al igual que con el sistema privado, el dinero constituye una barrera para su acceso. No obstante, estas terapias concentra diversas técnicas deseadas por las personas (tales como el yoga o el reiki) y otras que ya han sido practicadas, con efectos disímiles. Lo *New Age* se infiltra en los modelos oficiales de salud (sistema público y privado), específicamente en las atenciones psicológicas, hegemonizando prácticas ajenas a la biomedicina (Menéndez, 1984), pero compatibles con esta en su abordaje individualizante a los malestares y, por consecuencia (al menos en este caso), despolitizados al imposibilitar la comprensión sociopolítica de los mismos.

Los IT en salud mental van dando cuenta de procesos de “gestión agrietada” de los malestares de parte de la institucionalidad al referirse a un abordaje de las aflicciones/malestares que es incapaz de institucionalizarse y que transita entre la estandarización y la incertidumbre y la

ambigüedad producto de la espera indeterminada, la contradicción entre diagnósticos y terapias, la costosa atención particular y la eficacia dispar de los enfoques terapéuticos.

Aunque considero que la principal riqueza de este estudio es que realiza una exploración por distintos nodos sanitarios, lo cual posibilita una lectura que va más allá de la red asistencial respecto de los abordajes de los malestares en salud mental, sin duda es la cotidianeidad la gran ausente, puesto que es en ese contexto donde se podría vislumbrar la (re)apropiación de prácticas y saberes médicos y la corporización de estos. Aun así, esta etnografía, situada en la ciudad de Temuco en el sur de Chile, permite dialogar con otras aproximaciones etnográficas en Latinoamérica que enfatizan el carácter nervioso, contingente y creativo de nuestra existencia (Taussig, 1995; Scheper-Hughes, 1992; Epele, 2010).

Por último, quisiera recalcar la importancia de la incorporación de estudios etnográficos en los servicios de salud, ya que adentrarse en la cotidianeidad de las personas posibilita el acceso a realidades sobre las que tales investigaciones no tienen conocimiento. El acercamiento etnográfico permite transitar entre saberes expertos y profanos (Martínez Hernández, 2021) y abre espacios para enfoques terapéuticos acordes a los idiomas de malestar (Nichter, 1981), cuya eficacia en las personas es mucho mayor. Este podría ser un primer paso para la generación de una nueva política pública en salud mental que apunte a la salud colectiva.

Notas

¹ Este proceso de construcción o traducción de los malestares en patologías, que puede ser entendido como un fenómeno de medicalización (Conrad, 1992), se va a consolidar en Chile con el Plan Nacional de Salud Mental de 1993 y con el Plan AUGE-GES, que, enmarcado en la neoliberalización de la salud en Chile (Castillo-

Sepúlveda, 2019), posibilita el acceso al tratamiento de ciertos malestares considerados como patologías de salud. En el campo de la salud mental, se reconocen la depresión en mayores de 15 años, la esquizofrenia, la bipolaridad, el alcoholismo y la drogadicción.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, A. M., Citarella, L. & Oyarce, A. M.** (2018). El establecimiento del Servicio Nacional de Salud y la situación actual. En L. Citarella (Ed.), *Medicinas y culturas en la Araucanía* (pp. 267-300). Pehuén.
- Auyero, J.** (2012). *Patients of the state: The politics of waiting in Argentina*. Duke University Press.
- Betancur, P.** (2021). "Para que el manifestante pueda seguir manifestándose": *Etnografía sobre la constitución de la Brigada Cruz Negra como movimiento social de salud en contextos de estallido social en Chile*. Tesis de grado. Universidad Católica de Temuco. https://www.researchgate.net/publication/357033352_Para_que_el_manifestante_pueda_seguir_manifestandose_etnografia_sobre_la_constitucion_de_la_Brigada_Cruz_Negra
- _____ (2023). Entre el humanitarismo y la justicia social: Las disputas por la salud y la postura política de la Brigada Cruz Negra de Temuco en contextos de estallido social en Chile. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, 51, 25-49. <https://doi.org/10.7440/antipoda51.2023.02>
- Bianchi, E.** (2019). Saberes, fármacos y diagnósticos: Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 214-257. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-70262018000200147&lng=es&nrm=iso
- Busta, C.** (2021). La medicalización del malestar en el Chile contemporáneo: Una mirada desde las ciencias sociales al fenómeno de la fibromialgia. *Némesis*, 17(36), 36-48. <https://revistanemesis.uchile.cl/index.php/RN/article/view/63578>
- Carreño, A., Correa, M. E., Urrutia, C. & Cabieses, B.** (2021). "Te recomiendo que esperes": Burocracia y salud en solicitantes de asilo y refugiados de origen latinoamericano en Chile. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 113-130. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64435>
- Castillo-Sepúlveda, J.** (2019). Gubernamentalidad y somatocracia en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile. *Estudios Atacameños, Arqueología y Antropologías Surandinas*, 62, 247-275. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432019000200247
- Canales, M.** (2006). El grupo de discusión y el grupo focal. En M. Canales (Ed.), *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios* (pp. 265-287). LOM.
- Citarella, L. & Oyarce, A. M.** (2018). Sistemas médicos en un contexto cultural multiétnico. En L. Citarella (Ed.), *Medicinas y culturas en la Araucanía* (pp. 27-38). Pehuén.
- Collin, L.** (2006). New Age: Representaciones del cuerpo y el cuidado de la salud. *Mitológicas*, 21, 9-22.
- Conrad, P.** (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Correa-Urquiza, M. & Pié Balaguer, A.** (2017). *Capturas e itinerarios de la locura*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Crespo-Suárez, J.** (2021). Reduccionismo biomédico y patologización en la atención de salud mental: ¿Estamos sobremedicalizando en la atención primaria? *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 113-124. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/65202>
- Departamento de Salud Municipal de Temuco** (2022). Plan de Salud Municipal 2023-2024. Municipalidad de Temuco.
- Epele, M.** (2010). *Sujetar por la herida: Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós.
- Faretta, F.** (2017). Antropología de la subjetividad y procesos de salud-enfermedad-atención: Un estudio sobre la experiencia del VIH-Sida y sus implicancias emocionales. En P. Cabrera (Comp.), *Antropología de la subjetividad* (pp. 111-151). Universidad de Buenos Aires.
- Fassin, D.** (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0486-65252004000100010&script=sci_abstract&lng=es
- _____ (2021). El sentido de la salud: Antropología de las políticas de la vida. *Revista de la Escuela de Antropología*, 29, 1-23. <https://revistadeantropologia.unr.edu.ar/index.php/revistadeantropologia/article/view/fassin>
- Fernández, A.** (2019). *Locura de la psiquiatría: Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la "salud mental"*. Desclee de Brouwer.
- Foucault, M.** (2021). Los cuerpos dóciles. En M. Foucault, *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Han, C.** (2022). *La vida en deuda: Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*. LOM.
- Haro, J.** (2000). Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguerro y J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-161). Bellaterra.
- Illanes, M. A.** (2010). "En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...)": *Historia social de la salud pública: Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del siglo XX)*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Labarca, M.** (2008). Alcoholismo y cambio social: Un programa de salud mental comunitaria en el área sur de Santiago (1968-1973). En M. S. Zárate (Comp.), *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile* (pp. 229-284). Universidad Alberto Hurtado.
- Lamarque, M. & Moro, L.** (2020). Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: Conflictos, negociaciones y adaptaciones. *Migraciones Internacionales*, 11(2), 1-20. <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/1796>
- Law, J.** (2020). *Después del método: Desorden en la investigación en ciencias sociales*. Universidad del Cauca.
- Lévi-Strauss, C.** (1995). La eficacia simbólica. En C. Lévi-Strauss, *Antropología estructural* (pp. 211-227). Paidós.

- Madariaga, C.** (2021). Clínica psiquiátrica y ciudadanía: De la crisis del paradigma biomédico a la salud mental colectiva. En C. Madariaga, A. M. Oyarce, Á. Martínez-Hernández, & E. Menéndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva: Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 81-107). Contrakorriente.
- Martínez-Hernández, Á.** (2021). La etnografía como dialógica: Hacia un modelo intercultural en salud. En C. Madariaga, A. M. Oyarce, Á. Martínez-Hernández & E. Menéndez, *Repensar la salud mental colectiva: DIÁLOGOS, saberes y encrucijadas*. Contrakorriente.
- Martínez-Salgado, C.** (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, (17) 3, 613-619.
- Menéndez, E.** (1984). Modelo médico hegemónico: Modelo alternativo subordinado: Modelo de autoatención: Caracteres estructurales. *Arxiu de Etnografia de Catalunya*, 3, pp. 85-119.
- Merino, C.** (2021). La transformación del sistema de salud chileno, 1974-1989. En C. Merino, *Historia social de la salud: Chile 1960-2000* (pp. 113-144). Universidad de Los Lagos.
- Ministerio de Desarrollo Social** (2024). Programa Salud mental en la atención primaria de Salud. Gobierno de Chile. <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/122570/2023/3>.
- Ministerio de Salud** (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Minoletti, A., Rojas, G. & Horvitz-Lennon, M.** (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/8JrC3z3TkQHPNxsWwMGxRv7C/?lang=es>
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O. & Irarrázabal M.** (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: Una contribución a ALMA-ATA. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-8. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49470>
- Mol, A.** (2021). *El cuerpo múltiple: Ontología en la práctica médica*. Universidad de los Andes-Colombia.
- Nichter, M.** (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture Medicine and Psychiatry*, 5, 379-408.
- _____. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture Medicine and Psychiatry*, 34(2), 401-416.
- Ortner, S.** (2018). *Antropología y teoría social: Cultura, poder y agencia*. Universidad Nacional de San Martín.
- Oyarce, A. M.** (2021). Cultura y depresión: Reflexiones, dilemas y propuestas para un abordaje dialógico desde la salud mental colectiva. En C. Madariaga, A. M. Oyarce, Á. Martínez-Hernández & E. Menéndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva: Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 183-227). Contrakorriente.
- Pérez Soto, C.** (2009). *Sobre la condición social de la psicología*. LOM.
- Preciado, P.** (2020). *Testo yonqui: Sexo, drogas y biopolíticas*. Anagrama.
- Rose, N.** (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Universidad Pedagógica Nacional.
- _____. (2020). *Nuestro futuro psiquiátrico: Las políticas de la salud mental*. Morata.
- Scheper-Hughes, N.** (1992). *La muerte sin llanto: Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Primo.
- Sepúlveda, R.** (2021). Las políticas de salud mental en Chile: El modelo comunitario entre la gubernamentalidad y la utopía liberadora. En C. Madariaga, A. M. Oyarce, Á. Martínez-Hernández & E. Menéndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva: Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 351-373). Contrakorriente.
- Taussig, M.** (1995). *Un gigante en convulsiones: El mundo humano como sistema nervioso en emergencia*. Gedisa.
- Uzcátegui, J. L.** (2022). Salud mental colectiva, la COVID y el mundo pos-pandemia. *Frnteras*, 18(1), 46-57. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34891/1/RF_Uzcategui_2022n18.pdf
- Vivanco, M.** (2006). Diseño de muestras en investigación social. En M. Canales (Ed.), *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios* (pp. 141-167). LOM.