Intervención
Revista del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL EN CHILE: COMPRENDER EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN-PREVENCIÓN DESDE LA MIRADA DE LAS PERSONAS

Challenges and prospects in public mental health policy in Chile: understanding the health/illness/care-prevention process from the people's look.

Rafael Sepúlveda Jara[1]
https://orcid.org/0000-0003-2816-9724

DOI: https://doi.org/10.53689/int.v13i1.177

Recibido: 15 de mayo 2023

Aceptado: 30 de junio 2023

Resumen
En Chile, se ha implementado una política pública de salud mental desde 1990 basada en el modelo comunitario de atención. Aunque el país ha recibido reconocimiento internacional y se considera un ejemplo, particularmente por el papel de la atención primaria de salud, no ha habido una disminución en los problemas de salud mental. Se ha observado un importante malestar social y se critica la respuesta insuficiente y poco adecuada del Estado. Este ensayo destaca la necesidad de comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en salud mental desde la perspectiva de las personas y los actores locales, y su relación con la política pública y el modelo comunitario de atención. Se busca contribuir a un plan a largo plazo apoyando iniciativas que cuestionen la pertinencia de la política pública en relación con las necesidades y posibilidades de los usuarios. Para lograr esto, se propone caracterizar el proceso desde el conocimiento de los padecimientos experimentados y reconocidos por las personas a nivel local, e investigar la relación entre la política pública y el modelo comunitario de atención con las representaciones y prácticas de las personas. Por último, se discuten las dificultades metodológicas para lograr esta comprensión sin establecer categorías hegemónicas, y se exploran los relatos de vida como estrategia metodológica para investigaciones cualitativas en este ámbito.
Palabras clave: problemas de salud mental, política pública, modelo comunitario de atención, proceso de salud/enfermedad/atención-prevención, perspectiva de las personas, relatos de vida.

Abstract
In Chile, a public mental health policy based on the community care model has been implemented since 1990. Although the country has received international recognition and is considered an example, particularly in terms of primary healthcare, there has been no decrease in mental health

[1] Profesor Titular, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Núcleo CRITICAMENTE, Facultad de Ciencias Médicas USACH. Profesor de Psiquiatría Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor. Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco, Santiago de Chile. E-mail: dr.rafaelsepulveda@gmail.com

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

problems. A significant social distress has been observed, and the inadequate and insufficient response from the State is criticized. This essay emphasizes the need to understand the process of health/illness/care/prevention in mental health from the perspective of individuals and local actors, and its relationship with public policy and the community care model. The aim is to contribute to a long-term plan by supporting initiatives that question the relevance of public policy in relation to the needs and possibilities of users. To achieve this, it is proposed to characterize the process based on the knowledge of the afflictions experienced and recognized by individuals at the local level, and to investigate the relationship between public policy and the community care model with the representations and practices of individuals. Finally, methodological challenges are addressed to achieve understanding without establishing hegemonic categories, and life narratives are explored as a methodological strategy for qualitative research in this field.
Key words: mental health issues, public policy, community care model. health/illness/care-prevention process, people's perspective, life stories.

Cómo citar

Sepúlveda, R. (2023). Desafíos y perspectivas en la política pública de salud mental en Chile: comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde la mirada de las personas. *Intervención, 13*(1), 1-17.

A modo de Introducción: Examinando los desafíos y oportunidades en la implementación del modelo comunitario de atención de salud mental en Chile

Chile, desde 1990, ha desarrollado una política pública centrada en el incremento de la oferta del sistema sanitario según los criterios del modelo comunitario de atención en salud mental. En este proceso el país alcanzó el reconocimiento de organismos internacionales y su experiencia fue difundida como un ejemplo a seguir, particularmente en lo referente al papel asignado a la atención primaria de salud (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012; Minoletti, Soto-Brandt, Sepúlveda, Toro e Irarrázaval, 2018). Esta política ha sido impulsada desde arriba hacia abajo en forma sostenida, aunque no siempre con la misma intensidad y protagonismo durante los años transcurridos desde entonces.

Pese a lo anterior no se observa una disminución del número de personas afectadas por problemas o enfermedades de salud mental en el país (Vicente, Saldivia y Pihán. 2016). Más aún, desde hace varios años, junto a la constatación de un importante nivel de "malestar social", se ha instalado en el discurso público la idea que el país tiene grandes problemas de "salud mental" y que la respuesta del Estado es insuficiente e inadecuada (Waissbluth, 2017; Jiménez y Radiszcz, 2012). En el mismo sentido, durante el estallido social ocurrido en octubre de 2019, algunas de las consignas principales fueron "queríamos justicia y nos dieron fluoxetina" y "no era depresión, era capitalismo", aludiendo a un proceso de medicalización de este malestar.

Este ensayo busca denotar la necesidad de una comprensión del proceso salud-enfermedad-atención-prevención (s/e/a-p) en salud mental tal como es experimentado y practicado por las personas y los diferentes actores sociales locales, y su relación de articulación y conflicto con la política pública de salud mental y más concretamente con el modelo comunitario de atención en salud mental. Un plan de largo aliento al que se quiere contribuir.

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

Esta comprensión podría dar sustento empírico a iniciativas de abajo hacia arriba, que discutan con la política pública y contribuyan a mejorar su pertinencia en relación con las necesidades y posibilidades de estos usuarios.

Para avanzar hacia esta comprensión se propone caracterizar el proceso s/e/a-p en salud mental a partir del conocimiento y comprensión de los padecimientos que las personas que viven en el espacio local experimentan y reconocen en este ámbito, e indagar respecto a cuál es la relación de la política pública de salud mental y del modelo comunitario de salud mental con sus representaciones y prácticas respecto a estos padecimientos.

Finalmente, discute las dificultades metodológicas para lograr esta comprensión sin instalar o reforzar categorías hegemónicas y explora los relatos de vida como estrategia metodológica apropiada para resolverlas en una potencial investigación cualitativa al respecto.

1. La evolución de la atención en salud mental en el Chile postdictadura

En 1990, tras el fin de la dictadura civil-militar chilena, en el proceso de instalación del gobierno elegido democráticamente, por primera vez en la historia nacional la salud mental ocupó un espacio institucional con real y progresiva capacidad de abogacía y agencia: la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010; Pemjean, comunicación personal, 21 y 24 de agosto, 2020). En 1993 se publicó el documento Políticas y Planes de Salud Mental (MINSAL, 1993), que consagró la incorporación de líneas programáticas inéditas en el trabajo del sistema público de salud, tales como ´Atención, Rehabilitación y Reinserción Social de Discapacitados de Causa Psíquica' y 'Derechos Humanos, Violencia y Salud'. Impulsó la contratación de profesionales responsables de la gestión de salud mental en todas las áreas sanitarias del país y la ampliación en el tipo y cantidad de la oferta de atención clínica, con alternativas al hospital psiquiátrico. Incorporó a la red de salud mental a los 27 centros comunitarios existentes e introdujo a psicólogos en la atención primaria de salud a través del Programa de Reforzamiento de Salud Mental en la APS. Intentó generar espacios de trabajo intersectorial y promovió la participación social en salud mental impulsando activamente la creación de agrupaciones de familiares de usuarios (Pemjean, 1996).

Nada de esto estuvo dado ni fue simple. El equipo gestor mostró alta capacidad de agencia para abrirse espacio en el trabajo del Ministerio de Salud en reconstrucción post-dictatorial (Pemjean, comunicación personal, 21 y 24 de agosto, 2020). El trabajo en psiquiatría y salud mental en el sistema público alcanzó visibilidad y comenzó a constituirse, si no en una dimensión transversal del trabajo en salud, al menos en un área de necesidades, problemas y demandas de solución que ya no pudo ser obviada. Los desarrollos de la salud mental continuaron en forma progresiva, demandando la producción de orientaciones, normas técnicas y definiciones sobre el desarrollo de los recursos de salud mental en la red de atención pública.

El período culminó con la elaboración y publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000), que consolidó el modelo comunitario de atención en salud mental como el eje articulador de la red de servicios, en congruencia con los postulados explicitados en el Informe Mundial de Salud: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas (OMS, 2001), que marcó el desarrollo de las orientaciones de esta organización y sus representaciones regionales para los años venideros.

En 2005 en Chile se emprendió una Reforma de Salud que implicó cambios sustanciales en los criterios de organización y gestión del sector, los que se expresaron en reestructuraciones en el Ministerio de Salud y redefinición de funciones y estrategias en los niveles regionales y en los servicios de salud territoriales. También en la forma de priorizar los problemas de salud, canalizar los recursos, organizar las redes de atención y la relación con prestadores privados y públicos. Uno

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

de los aspectos involucrados fue la creación del sistema GES, garantías explícitas de salud, que priorizó problemas prevalentes y definió formas estandarizadas de enfrentarlos. Esto con importantes cuestionamientos desde el mundo de la salud pública (Román y Muñoz, 2008; Montoya-Aguilar, 2013). La incorporación al GES de los principales problemas de salud mental también implicó controversias y tensiones, tanto al interior del mundo de la salud mental, como con los directivos ministeriales a cargo de la implementación del sistema (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010). La Depresión y el Primer Episodio de Esquizofrenia fueron parte de los primeros problemas de salud priorizados, avalados por su peso en los AVISA y por la capacidad de abordarlos mostrada por la red pública de salud en base a los desarrollos del modelo comunitario antes señalados.

Un análisis del impacto del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en este contexto institucional, evidenció que los beneficiarios del sector público de salud en Chile mejoraron su acceso a los servicios de salud mental, ampliaron su cobertura sanitaria y recibieron servicios de mayor calidad (Minoletti y Zaccaria, 2005; A. Minoletti, Alvarado, Rayo y M. Minoletti, 2014). Sin embargo, el sistema GES también implicó en muchos casos la postergación de los usuarios con diagnósticos no priorizados, privilegiar las intervenciones intra-dispositivos, y centrarse en prestaciones curativas en desmedro de las promocionales y preventivas (Minoletti, Sepúlveda & Horvitz-Lennon, 2012).

Aunque impulsado por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000, el sistema sanitario chileno se situó a la vanguardia de la Región de Latinoamérica y El Caribe en la oferta de servicios de salud mental a su población, las transformaciones en la gestión sanitaria instaladas progresivamente desde 2005 parecen haber sometido al modelo comunitario de atención, restringiéndolo severamente en su operación y despliegue. (Carrasco, 2015; Medina y Carrasco, 2018; Cea-Madrid, 2020)

Sobre este desarrollo del modelo comunitario de atención en salud mental, concebido por quienes lo impulsaron como un esfuerzo de liberación y profundización de los elementos de democratización de la sociedad (Sepúlveda, 2021), también existen perspectivas críticas. Carrasco (2015), por ejemplo, afirma que, aunque "estas transformaciones suelen presentarse como el triunfo de una crítica a las formas anteriores de intervención, propias de la institución psiquiátrica, y como un esfuerzo inclusivo, difícil de cuestionar" (p. 1), su instauración no sería transformadora sino funcional, ya que,

> No necesariamente es el resultado de un proceso hacia mejores formas de intervención, sino un cambio que ha llegado a ser deseable y posible en la medida en que es coherente con una determinada lógica de gobierno, común para la mayoría de los actores involucrados: la lógica neoliberal. (Carrasco, 2015, p. 2)

Por su parte Cea-Madrid (2020), después de analizar la distribución del gasto público en salud mental en Chile en el período 2014-2018, concluye que,

> El sistema de salud mental en Chile se caracteriza por la coexistencia de un paradigma biomédico y psicosocial. Esta configuración mixta del modelo de asistencia refleja inequidades en la distribución de los recursos, así como la presencia de barreras estructurales del sistema de salud que dificultan una mayor coherencia de la inversión pública con el enfoque comunitario; un paralelismo que además genera tensiones con la persistencia del modelo asilar y la transversalidad del paradigma farmacológico. Estas condiciones anulan el desarrollo de respuestas asistenciales más flexibles y situadas, basadas en las capacidades y recursos de las comunidades en torno a grupos de apoyo mutuo, la prestación de servicios gestionados por usuarios/exusuarios y otros servicios alternativos. (p.11)

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

El mismo autor agrega que "para una plena implementación del modelo comunitario no basta una red de recursos asistenciales, sino una cultura de derechos que permita reinventar la salud mental bajo los principios del bien común y la justicia social" (Cea-Madrid, 2020, p.12).

Medina y Carrasco (2018), incorporan metodologías de los Estudios Sociales de la Ciencia y Tecnología, utilizan un diseño de etnografía del dispositivo para estudiar el desarrollo e implementación del "Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud" (SIGGES), sistema informático asociado a la mencionada Reforma Sanitaria iniciada en 2005 y a la posterior implementación del sistema GES de Garantías Explícitas de Salud. Concluyen que,

> Esta tecnología informática tiene un rol central en la estabilización de la política modernizadora en salud, que pone la gestión administrativa por sobre la integralidad de los cuidados. El SIGGES actúa como mediador entre múltiples niveles y agentes en salud para medir la productividad del sistema, vinculado al financiamiento, con lo cual modifica actividades clínicas y procesos de subjetivación, haciendo que se privilegien prestaciones curativas sobre preventivas y de promoción, patologías GES sobre No-GES, y conglomerados urbanos sobre zonas rurales. (Medina y Carrasco, 2018, p.1)

Desde otra perspectiva, desde inicios de la segunda década del siglo XXI se venía planteando que un sentimiento generalizado de desasosiego recorría Chile. Pese a los positivos indicadores económicos y sociales en los últimos treinta años cada vez es era común la mención a un sentimiento difuso de malestar. Aceituno, Miranda y Jiménez, (2012) afirmaban que,

> La experiencia chilena de desasosiego ha venido acompañada por la instalación de un lenguaje del malestar que parece encontrar en la gramática de la "salud mental" una forma privilegiada de expresión: ya sea bajo la forma de indicadores epidemiológicos (ansiedad, depresión, suicidio, etc.), en la demanda creciente de atención en salud mental (psiquiátrica y/o psicoterapéutica) o en el aumento acelerado de licencias médicas por causas psiquiátricas. (Aceituno, Miranda y Jiménez, 2012, p. 87)

Esta medicalización del malestar en Chile también ha sido descrita por Busta (2017).

Tullio Seppilli (2000) parece describir lo que ocurre en Chile respecto a 'salud mental' cuando señala que, en situaciones,

> (...) caracterizadas por una gran diversidad en las concepciones relativas a las causas y a la naturaleza misma del "estar mal", y por una más general y significativa heterogeneidad en los horizontes culturales de amplios estratos populares y del propio personal sanitario, se observa la imposibilidad de una articulación efectiva entre la oferta de los servicios sanitarios y las expectativas de los posibles usuarios. Por decirlo sintéticamente, las ofertas y las expectativas -la demanda-, no consiguen superponerse. (Seppilli, 2000, p.34).

2. Teorías o ideas para desarrollar el problema

Las perspectivas conceptuales de la salud deben ser entendidas como hechos históricos circunscritos y situados. Estas no sólo articulan saberes, sino también prácticas institucionales que son determinantes respecto a las formas en que las comunidades entienden y manejan su salud; lo cual no implica la negación de la capacidad de los individuos y colectivos para ejercer autónomamente sus convicciones y decisiones frente al curso de su vida (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005). En las diversas aproximaciones a las nociones de salud y enfermedad, los distintos enfoques pueden clasificarse en tres grandes categorías: biologicista, sicologista o sociologista, las que en general coinciden en privilegiar una perspectiva positivista y entienden la idea de salud y de

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

enfermedad como expresiones antagónicas que van de lo normal a lo anormal, del equilibrio al desequilibrio (Carmona et al., 2005).

En contraposición al positivismo e individualismo de muchos de estos enfoques, se ha desarrollado una concepción de salud-enfermedad centrada en una perspectiva social, que entiende salud y enfermedad como la manifestación de determinaciones que influyen en el sujeto en el curso de su vida y no como dimensiones antagónicas. Como un proceso continuo de actualización de las necesidades y posibilidades de desarrollo de los sujetos en un contexto específico y situado -en relación con sus condiciones de vida, en lugares y tiempos específicos y acorde con los valores del conjunto social-, es decir, con un carácter histórico. Esta concepción asume la salud y la enfermedad como un proceso colectivo y no individual, donde la esfera biológica está condicionada por lo social. Considera al sujeto integral, entiende que las expresiones de dicho proceso expresan la relación permanente de los planos biológico, psicológico y social. Así valida las percepciones, las representaciones y los conceptos de los sujetos de su propio cuerpo en oposición a la lógica de las leyes universales (Carmona et al., 2005; Morales, 2017).

Laurell (1982), propone la categoría proceso salud-enfermedad como herramienta analítica que destaca el carácter social del mundo humano y de sus aspectos biológicos. Afirma que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico y pone a lo social en un plano de preeminencia frente a los fenómenos de carácter biológico y fisicoquímico. Entiende la salud y enfermedad como partes de un mismo proceso, eminentemente social e histórico, que se manifiesta en una serie de fenómenos empíricos, como los perfiles diferentes de morbi-mortalidad, la esperanza de vida y los procesos de crecimiento y envejecimiento, vinculados fundamentalmente a la clase social y al tipo de desgaste por causa del trabajo. Su análisis, al considerar las características de la estructura social en el que se produce y reproduce, hará evidentes variaciones entre sociedades, culturas, épocas y entre clases sociales (Pagnamento et al., 2016).

Calventus y Bruna (2018), proponen superar la lectura antagónica y reduccionista de la relación salud-enfermedad aplicando,

> la lógica borrosa de los *fuzzy sets*, [lo] que permitiría considerar ambos estados (salud y enfermedad como constituidos y constituyentes por/de un mismo continuo, (…) continuo [que] considera que ambos estados se expresan, en forma dinámica y al mismo tiempo: en todo momento estamos "un poco" sanos y también "un poco" enfermos; en un contexto complejo, donde la persona como un todo, integra aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales (Calventus y Bruna, 2018, p.68).

En el ámbito de la antropología médica clínica, Kleinman (1980), ha integrado los conceptos de enfermedad (disease), haciendo referencia al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas; padecer (illness), como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción, y malestar (sickness), como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. El mismo autor afirma que ambas, enfermedad y padecimiento, son socialmente construidas. El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y enfrenta el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar.

Ya hemos mencionado que los límites entre salud y enfermedad pueden describirse como borrosos. Por su parte el concepto de salud mental es difuso, esto al punto que algunos autores han publicado textos titulados "¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?" (Miranda, 2018; Vainer, 2007). También son borrosos los límites entre salud y salud mental. Agüero y Correa (2018), describen la serie propagación-indistinción-articulación de la salud y la salud mental, a través de la cual abordan la íntima y compleja relación entre ambos estados o condiciones. Argumentan que para

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

la propagación de la salud sobre el conjunto del cuerpo social fue necesario que esta abandonara su relación exclusiva con el cuerpo. La indistinción entre salud y salud mental favoreció la propagación de la lógica de la salud en la vida cotidiana de las personas, extendida a todo el mundo mediante la creación de instituciones internacionales *ad hoc* (Agüero y Correa, 2018).

Agüero (2016), plantea que la salud mental aparece como una composición original en discontinuidad del orden psiquiátrico, que -con la noción de salud como condición de posibilidad para su propagación- enfatiza el equilibrio del individuo consigo mismo y los otros y ya no la enfermedad. Su objeto/problema sería cómo constituir normalidad en las conductas y comportamientos de los individuos. Esta autora rastrea en los documentos preparatorios y las actas del 1er Congreso Internacional en Salud Mental, impulsado por el movimiento de higiene mental -en Londres en el año 1948- que expresan el propósito explícito de promover un nuevo orden a través de un proyecto de ciudadanía mundial. Según esta línea de desarrollo y sus estudios etnográficos, la salud mental se habría constituido en lo que ella llama una tecnología del nosotros: "una tecnología de regulación que apunta a un esfuerzo por parte del sujeto, de pertenecer y en ese mismo acto componer, un proyecto de humanidad universal y de alcance global" (Agüero, 2016, p.2).

La Antropología Médica, y en particular en la Antropología Médica Crítica (AMC), proveen muchos elementos para basar teóricamente esta búsqueda. Esta pone en el centro del análisis las condiciones materiales de vida que rodean los procesos salud-enfermedad-atención-prevención, por lo que no solamente pone foco en la dimensión microsocial de la enfermedad sino también analiza la forma en que la dimensión macrosocial interviene en los procesos de enfermedad. Esto es relevante, en tanto interesa conocer el grado de influencia de los condicionantes de tipo estructural en la forma en que las personas construyen sus representaciones y prácticas sobre sus padecimientos en salud mental, tratando de vincular la dimensión estructural con la particularidad de cada sujeto; esto al modo que Martínez-Hernáez (2008), propone cuando señala que es en el "análisis riguroso de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en donde la cultura y la economía, la ideología y las bases duras de la vida material, pueden entenderse de forma dialéctica" (p. 169).

Podemos resumir el interés metodológico de esta indagación citando a Ana Morán (2015), cuando plantea que,

> seguir los postulados de la AMC implica centrarse tanto en la dimensión material y económico-política de la enfermedad como en la dimensión subjetiva y sociocultural, en la cual los protagonistas son los sujetos que enferman, que explican su enfermedad, y que la curan con base en una eficacia simbólica, técnica y pragmática (p. 19).

Menéndez (1994), considera que los procesos de salud-enfermedad, además de ser hechos cotidianos y recurrentes, implican respuestas sociales que instituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de la sociedad. Propone entonces la categoría proceso salud/enfermedad/atención como un universal que opera estructural y diferenciadamente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Destaca que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud son parte de un proceso social en el que se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto se constituye e instituye, al menos parcialmente, a partir del proceso salud/enfermedad/ atención. Este proceso es, en las sociedades, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas (Menéndez, 1994).

En todo sistema y en todo conjunto social, tanto los padecimientos como las respuestas a estos, constituyen procesos estructurales, que dan origen a representaciones y prácticas, y que estructuran un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos. La

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

enfermedad, la muerte y la atención de ambas, constituyen hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías. De estas sólo una parte se organizan profesionalmente (Menéndez, 1994).

En el detallado análisis que este autor hace de la biomedicina destaca la a-historicidad como una de sus características básicas. Esta a-historicidad permite a su juicio "dejar de lado uno de los procesos más trabajados por las ciencias sociales, la psiquiatría crítica y en menor medida la medicina social: el denominado proceso de medicalización" (Menéndez, 2015, p. 47), el que,

> primero a través de padecimientos siquiátricos y luego de enfermedades crónico-degenerativas y de "violencias", ha evidenciado -entre otros procesos- la capacidad de la biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino también a la propuesta del tratamiento en gran medida basados en los medicamentos (Menéndez, 2015, p. 47-48).
>
> La medicalización implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica (…) que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida, a través de técnicas y concepciones biomédicas". (Menéndez, 2015, p. 40)

Describir y analizar los procesos de medicalización en términos de hegemonía/subalternidad, reduciría o eliminaría la tendencia a pensar la medicalización exclusivamente como consecuencia de la biomedicina. La inclusión de las transacciones sociales que operan entre los sectores hegemónicos y subalternos, en la medida en que no sólo pensemos en términos de hegemonía/ subalternidad, sino también en términos de contrahegemonía, conduce o posibilita tomar en cuenta el papel de los sectores subalternos (Menéndez, 2018).

> La revisión histórica de estos procesos de medicalización evidencia que los mismos generan construcciones profesionales "innecesarias" desde el punto de vista del paciente; que dichas propuestas de acciones son parte de los procesos de hegemonía/subalternidad que se juegan a través de las instituciones biomédicas así como tienen que ver con procesos económicos/financieros en los cuales están coludidas las empresas químico/farmacéuticas, las corporaciones médicas empresariales y frecuentemente el sector salud (Menéndez, 2015, 49).

Meza-Palmeros (2021), se refiere a la extensión y diversidad de los dispositivos de medicalización en la vida actual, en la que se distinguen múltiples sujetos discursivos autónomos respecto a la institución médica, entre ellos la industria farmacéutica y los medios de comunicación. Invita a considerar la perspectiva que propone pensar en clave de polifonía para entender cómo se manifiestan en el proceso de medicalización las distintas posiciones, intereses e interpretaciones (Batjín, 1982) y a retomar el concepto de refracción (Volóshinov, 2009), respecto a la "articulación y resignificación de la información polifónica, en un determinado contexto material de vida" (Meza-Palmeros, 2021, p.3).

Menéndez (2015) considera que desde el punto de vista metodológico la identificación de análisis de la forma de atención a los procesos s/e/a-p no debería iniciarse a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos, sino a través de la descripción de lo que hacen, usan y dicen los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos. Esto "porque a partir de ellos, y especialmente de la 'carrera del enfermo,' podemos identificar todas o, por lo menos la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado" (Menéndez, 2015, p. 29). Son los sujetos y grupos sociales quienes,

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

> Constituyen el agente que no sólo usa los diferentes saberes y forma de atención, que los sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que además es el agente que reconstituye y organiza estas formas y saberes en términos de "autoatención", dado que ésta constituyen no sólo la forma de atención más constante y frecuente sino el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar completamente si no se articulan con el proceso de auto atención. (Menéndez, 2015, p. 35)

La carrera del enfermo posibilita una articulación práctico-ideológica entre las diferentes formas de atención y establece una conexión entre ellas (Menéndez, 1984; Osorio-Carranza, 1994; Peña, 2006; Alves, 2015). Osorio-Carranza (2000), entiende por carrera curativa o trayectoria de atención,

> la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen tanto una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación de la enfermedad, también incorporan todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicio de salud, así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores, tal como los sistemas de referencia profanos, personas encargadas del cuidado o mantenimiento de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones (pp. 39-40).

Otro concepto relevante para esta indagación es el de saberes médicos, que refiere a “las representaciones y prácticas organizadas como un saber que opera a través de curadores, sujetos y grupos legos” (Menéndez, 2015, p. 25). Los saberes son diferentes según el padecimiento en torno al cual se producen, así como a la posición desde la cual son producidos. Saberes que pueden aludir a una misma situación, son diferenciados desde su enunciación, diferenciados de los que otros actores sociales producen en torno al proceso s/e/a-p, más aún de los producidos por los curadores especializados, los que parten de una racionalidad distinta que en ocasiones puede dar lugar a conflictos o desacuerdos. Los saberes médicos son la base teórica y metodológica para saber cómo es construida la enfermedad a partir de la racionalidad de los propios sujetos y grupos sociales (Morán, 2015).

Dado que estos se constituyen por representaciones y prácticas sociales, es preciso definir cada uno de estos conceptos.

Respecto a las representaciones nos remitiremos aquí a la teoría de las representaciones sociales (TRS). Una de las autoras que se ha convertido en referente de la TRS, Denise Jodelet (2018), señala que como saber práctico, las representaciones,

> Implican una relación indisociable entre un sujeto y un objeto. El sujeto es siempre social, por su inscripción en el espacio de relaciones sociales y por su lazo con el otro. Puede tratarse de un individuo o de un colectivo al que se observa desde un punto de vista epistémico, psicológico o pragmático. El objeto puede ser humano (y concernir a uno o más actores sociales) o social (y concernir a un grupo o un colectivo, o a un fenómeno que interese a la vida pública o privada). También puede pertenecer al universo material o ideal. (p.12)

Considerar la representación como proceso epistemológico permite superar la clásica distinción entre sujeto y objeto; este objeto de conocimiento sólo “es y existe para un individuo o un grupo y en relación con ellos… una representación siempre es la representación de algo para alguien” (Abric, 2001a, p.12). “La representación permite al sujeto entender la realidad y confiere sentido a sus conductas. En esta línea, podríamos entender que la representación siempre es, también, la representación de alguien respecto de algo” (Calventus, 2020, p. 119).

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

Abric (2001b), destaca la relación dialéctica entre las representaciones y la práctica social, enmarcada en unas condiciones sociales, históricas y materiales. Plantea que "las representaciones son determinadas por las normas y valores, por la historia del grupo y su memoria colectiva, por sus 'matrices culturales de interpretación', también lo son por el conjunto de conductas, pasadas o actuales de los actores sociales" (Abric, 2001b, p. 213).

Ambos aspectos (pragmático y social), interactúan en la construcción histórica de grupos y objetos: "la TRS acepta que el objeto de construcción es un resultado de la interacción entre actores con diferentes perspectivas sociales, históricas y cognitivas: por eso son esencialmente objetos dinámicos" (Lahlou, 2001, p. 137).

La Representación Social (RS), se plantea desde una motivación epistemológica popular; se conceptualiza desde la práctica cotidiana y el sentido común. Toda RS se construye intersubjetivamente, a partir del triángulo psicosocial (ego, objeto, alter). En esta construcción se hallan componentes cognitivos, simbólicos, afectivos y operativos (para una acción práctica). En el uso de la RS como dispositivo teórico metodológico han predominado dos perspectivas: estructural (a través de un análisis positivista) o procesual (a través de un análisis hermenéutico) (Calventus, 2020). En el caso de la indagación propuesta, se estima que, en relación con los objetivos, es necesario enfatizar la perspectiva procesual, hermenéutica (Jodelet, 2018).

En el ámbito de la Antropología Médica, Osorio-Carranza (2013), ha definido las prácticas sociales en relación con el proceso salud/enfermedad, como las acciones que "incluyen aquellas actividades de diagnóstico, curación, prevención y cuidado desarrolladas frente a un padecimiento en concreto y que se hallan dirigidas a resolver, disminuir, prevenir o controlar los daños a la salud" (p. 231). Las prácticas cambian conforme las representaciones en torno al padecimiento se van transformando. También son diferentes de acuerdo con el contexto de atención en el que se producen (Morán, 2015, p. 32).

Las prácticas y las representaciones están en estricta relación. Las primeras hacen referencia a todas aquellas "actividades humanas sociales que operan en el tiempo y en el espacio, y que están atadas a registros reflexivos y discursivos producidos por los mismos agentes sociales" (Giddens, como se citó en Jaramillo, 2012, p. 130).

El concepto antropológico de saberes médicos hace posible conciliar representaciones y prácticas, o en este caso, acciones. Las representaciones refieren al universo discursivo de los sujetos, las prácticas aluden al ámbito de los hechos, ambas en relación dialéctica.

El carácter difuso de la salud mental plantea dificultades metodológicas al intentar recuperar la perspectiva de las personas *legas* que viven en el espacio local. Interrogarlas directamente sobre su representación de la salud mental puede remitirles a respuestas estándar, derivadas del sistema hegemónico, marcado por el modelo biomédico y procesos de medicalización, sin rescatar las experiencias y dimensiones más sustantivas de su propia representación. Abordaremos someramente este aspecto en el próximo apartado.

3. Consideraciones metodológicas en la perspectiva de un proyecto de investigación

La dificultad para aproximarnos a la representación social de la *salud mental* de las personas que viven en el espacio local, sin usar explícitamente esa terminología -ya que podría predisponer sus respuestas hacia representaciones propias del modelo biomédico que parecen más deseables- es lo que nos lleva a considerar como una estrategia pertinente los relatos de vida de quienes sean seleccionados como parte de la muestra de este estudio posible y desde allí aproximarnos a la

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

representación de sus padecimientos en el marco del proceso salud/enfermedad/atención-prevención en salud mental.

> El enfoque biográfico resulta fecundo para captar los acontecimientos y procesos sociales que precarizan las condiciones de vida y cuenta con la sensibilidad para aproximarse a los giros de la existencia, experiencias en las cuales lo determinado, lo cerrado y lo imposible deja lugar a lo inesperado, lo aleatorio y lo posible (Capriati y Wad, 2020, pp. 60-61).

El enfoque biográfico narrativo se inscribe dentro de la epistemología constructivista, que, en lugar de explicar causal o estructuralmente las prácticas sociales, se acerca a la comprensión del papel del sujeto en ellas. Algunas tendencias, denominadas construccionismo social, dan mayor relevancia al contexto social y asumen la construcción del conocimiento desde el punto de vista de un intercambio entre individuos que comparten un contexto cultural. Desde éstas los relatos serían un reflejo del mundo social por medio de los cuales las personas constituyen sus propias identidades y, en un proceso activo de reflexión sobre sus experiencias, buscan comprender el entorno en que viven y los significados subjetivos generados en la interacción con los demás. Otras tendencias, inscritas en el constructivismo social, consideran las narrativas como procesos cognitivos/mentales, orientados por teorías del desarrollo y el aprendizaje y afirman que el conocimiento se construye desde el ámbito individual, ligado a percepciones, experiencias y estructura mental. Ambas vertientes ponen el lenguaje como mediador simbólico de los significados que concurren en la trama del relato (Buitrago y Arias, 2018).

Según Cornejo, Mendoza y Rojas (2008) "el enfoque biográfico reúne contribuciones de distintas corrientes de pensamiento, entre ellas marxismo, existencialismo, estructuralismo, hermenéutica y psicoanálisis. Se conforma como un enfoque interdisciplinario que incluye influencias diversas: antropología, sociología, psicología, historia, educación, entre otras" (p. 30). Lo caracterizan "como un enfoque hermenéutico (dimensión ontológica), existencial (dimensión ética), dialéctico y constructivista (dimensión epistemológica)" (Cornejo et al, 2008, p. 30). Este enfoque incluye, en cuanto técnicas, la historia de vida y el relato de vida. Ambas consisten en las narraciones orales o escritas de un individuo particular, sin embargo, se distinguen en cuanto al tipo y a la cantidad de información que incluyen, así como también en cuanto al análisis que de ellas se realice (Gajardo, 2012).

La primera se utiliza como técnica para la investigación sobre un individuo que, además de incluir su narración, incorpora datos complementarios como textos escritos, cartas o cualquier fuente de información adicional reunida por el investigador (Hernández, 2011). Con su análisis se espera obtener una mirada global de las trayectorias de vida de una persona, las que se anclan en hechos cronológicos concretos.

El relato de vida, por su parte, se sostiene únicamente en la narración de un individuo, en la interpretación de su experiencia y en los significados que éste le atribuye. El objetivo es reflexionar acerca de las estructuras sociales a partir de la narración individual, puesto que se considera que cada persona es una versión individualizada de una sociedad (Mallimaci y Giménez, 2006).

En opinión de Seid (2020):

> Cuando una investigación pretende teorizar a partir de los datos -y no solo describir casos, pueden ser preferibles los relatos de vida, porque prevén recortes temporales y temáticos, una mayor gravitación de los propósitos teóricos y una menor relevancia de la biografía en sí misma -en comparación a las historias de vida o a una biografía estándar- (p.3)

Como estrategia de investigación el relato de vida apunta a acceder a la representación social a través del relato individual, en este caso del proceso salud/enfermedad/atención en salud mental. Ferrarotti (1988), señala que en la singularidad de un relato de vida se reflejan las múltiples redes sociales de las cuales los grupos de individuos forman parte y, por tanto, de la sociedad en la que se desenvuelven. Cada individuo constituiría una síntesis de la sociedad, cuyas normas y redes de

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

relaciones internaliza para transformarlas mediante un proceso de desestructuración y reestructuración, eliminando de este modo la distinción entre lo singular y lo general (Ferrarotti, 2007).

Capriati y Wald (2020), en una reflexión teórico-metodológica, exponen un enfoque que propone ir más allá del análisis del comportamiento individual de un sujeto para estudiar las trayectorias biográficas en vinculación con los escenarios sociales en los cuales ellas transcurren. De este modo

> la combinación de la técnica del relato de vida -realización de una serie de tres o cuatro entrevistas a una misma persona-, con la reconstrucción del escenario barrial, descripto a partir de los datos censales del territorio y del relevamiento de los servicios existentes […] aspira a comprender cómo los procesos históricos y estructurales se internalizan en las vidas de las personas a la vez que dilucidar cómo y por qué las personas se ubican de un determinado modo frente a dichos procesos históricos (Capriati y Wald, 2020, p.70).

Estos mismos autores plantean que

> los relatos de vida, en su misma singularidad, nos permiten aprehender las maneras en que se vinculan las experiencias individuales de las personas y los entornos -más o menos inmediatos- que van desde la familia y los grupos de pares hasta las instituciones del Estado y las organizaciones de la sociedad civil (Capriati y Wad, 2020, p.70).

En cuanto enfoque hermenéutico, el relato de vida se considera como una actividad dinámica e interpretativa, que se refiere a una parte de la vida de la persona investigada. Inevitablemente esta narración sobre sí mismo requiere interpretarse y, en consecuencia, valorarse y tomar posición respecto de la versión de vida que se decide narrar (Lopes, 2011). En el relato de vida se realiza una doble interpretación: el investigador interpreta el relato del narrador quien, a su vez, interpreta su experiencia de vida en el aquí y en el ahora de la entrevista (Ricoeur, 1983).

El relato de vida es dependiente del contexto; la misma persona puede interpretar su vida de manera distinta en otras circunstancias y/o con otro entrevistador, aunque los hechos sean los mismos. Una misma persona puede hacer y rehacer múltiples versiones de su vida o de parte de ella (Bourdieu, 2011). Por lo tanto, es inestable al no poseer mayor coherencia ni solidez que aquella que el individuo le brinda en el momento de la narración y en la relación que establece con el entrevistador (Cornejo et al., 2008). El relato le entrega al individuo la posibilidad de construirse y reconstruirse, además de posicionarse y valorar los acontecimientos, las experiencias y las relaciones que conforman su vida.

En la entrevista, cuando el investigador pide al individuo que relate su vida, también le solicita implícitamente que se posicione frente a los hechos y que se apropie de su historia, asumiéndose como el actor principal de esta (Cornejo et al., 2008). Como protagonista, el narrador construye su relato de vida de acuerdo con sus propias selecciones.

De este modo,

> los relatos de vida como procedimiento metodológico sirven -más que relevar hechos o experiencias sobre eventos- para obtener las perspectivas que en determinado momento biográfico elaboran las personas sobre sus vidas y para conocer los modos de dar sentido a los hechos biográficos en discursos dirigidos a una determinada audiencia (Grippaldi, 2021, p.245).

Ferrarotti (2007), releva el relato de vida como enfoque existencial: no interesa la congruencia de la historia narrada con la realidad, sino las selecciones que el narrador realiza para crear y valorar su propia historia y la forma en que desde el presente comprende su vida.

Seid (2020), por su parte, desde una perspectiva etnopsicológica, afirma que:

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

> En la entrevista el relato de vida del sujeto se produce en diálogo con el investigador, quien lo orienta para que rememore sus experiencias pasadas a través de un filtro teóricamente definido. Ello contribuirá a centrar la evocación en las dimensiones de la biografía más vinculadas a los procesos y los mecanismos sociales de interés. Los relatos de vida son casos particulares, pero pueden ser puestos en relación con otros relatos e integrados en contextos generales, con el fin de descubrir regularidades y patrones. Los relatos de vida son discursos, pero discursos que narran historias reales -de un plano de lo real que precede a los discursos-. Son producidos intersubjetivamente en la relación dialógica de entrevista, pero las mediaciones subjetivas y culturales a través de las cuales se narra la experiencia vivida no obligan a que el análisis permanezca en ese plano (Seid, 2020, p.4).

Desde una mirada dialéctica y constructivista, la identidad del narrador, entendida como un proceso relacional, se co-construye con el entrevistador. El entrevistador debe generar un clima de confianza para que el narrador relate, pero también decidir desde dónde posicionarse, ya que esta decisión es relevante para el curso de la narración. Esto requiere reconocer y poner entre paréntesis sus esquemas conceptuales para una escucha y comprensión genuina del narrador y su relato de vida.

> En el relato el sujeto deviene su propio objeto de conocimiento, para lo cual debe distanciarse, desdoblarse simbólicamente. El narratario, en cambio, debe acercarse a las vivencias del narrador, abrirse a su lenguaje cotidiano, salir de sus propios sistemas conceptuales. Estos desplazamientos recíprocos e inversos (de distanciamiento teórico e implicación práctica), permiten la creación de un espacio y de un sistema de comunicación, de una nueva unidad, donde una parte de vida encuentra sus conceptos y unos conceptos encuentran vida (Pineau como se citó en Cornejo et al., 2008, p. 31).

En la producción de un relato de vida, el narrador no es el único que habla, piensa y se transforma (Bertaux, 1993). Si asumimos que el narratario también está en juego al momento de recoger o analizar un relato, investigar desde este enfoque implica conocer, al precio de ser conocidos. Se establece una relación sujeto-sujeto, que representa la dimensión epistemológica del enfoque biográfico y, también, se traduce en implicancias metodológicas.

El empleo de los relatos de vida plantea desafíos, que pueden esquematizarse en preguntas tales como: ¿cómo co-construir sin imponer?, ¿cómo co-construir acerca de un objeto que es planteado por el entrevistado y no por el entrevistador?, ¿cómo estimular la co-construcción sin condicionar semánticamente?, ¿cómo escuchar y comprender un relato genuino, que no surgió de forma natural, sino que fue instigado por el investigador?

Estos retos se cruzan con aspectos del proceso de diseño e implementación de una investigación con relatos de vida, tal cual Cornejo et al. (2008), desarrollan en detalle en un artículo muy valioso para estos efectos, en el que presentan un dispositivo de trabajo, desarrollado e implementado en sus investigaciones, discutiendo a partir de él las opciones metodológicas tomadas y sugiriendo modos de abordar muy concretamente las investigaciones con relatos de vida, desde su diseño a su ejecución y análisis.

A modo de cierre

En conclusión, la política pública de salud mental en Chile implementada desde 1990, centrada en la ampliación de la oferta de servicios sanitarios e incorporando protagónicamente a la atención primaria de salud, según los principios del modelo comunitario de atención, ha obtenido reconocimiento internacional. A pesar de ello no se ha observado una disminución en los problemas de salud mental en el país. Además, el malestar social y las críticas hacia la respuesta insuficiente del Estado han puesto de manifiesto la necesidad de comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde la mirada de las personas en el espacio local.

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

Para abordar esta situación, es fundamental tomar en cuenta las perspectivas y experiencias de las personas y actores locales y discutir su relación con la política pública y el modelo comunitario de atención en salud mental. Se requiere un enfoque de abajo hacia arriba que cuestione la pertinencia de las políticas actuales y se alinee con las necesidades y posibilidades de los usuarios. Esto implica caracterizar el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde el conocimiento de los padecimientos locales y explorar la relación entre la política pública y las representaciones y prácticas de las personas.

Sin embargo, comprender este proceso presenta dificultades metodológicas, especialmente para evitar establecer categorías hegemónicas y captar las voces y experiencias individuales sin sesgos. En este sentido, los relatos de vida se presentan como una estrategia metodológica relevante en investigaciones cualitativas en salud mental. Estos relatos permiten acceder a las representaciones sociales individuales y a la construcción de significados en el contexto de la salud mental, sin imponer interpretaciones predefinidas. Además, promueven una relación dialógica entre el investigador y el narrador, fomentando la reflexión y la comprensión mutua.

Al adoptar un enfoque basado en los relatos de vida, es posible superar las limitaciones del modelo biomédico y la medicalización excesiva de los problemas de salud mental. Se busca dar voz a las personas y reconocer la diversidad de experiencias y perspectivas en la construcción del proceso de salud/enfermedad/atención-prevención. Mediante la valoración de los saberes médicos y las representaciones sociales locales, se puede promover una política pública de salud mental más contextualizada y centrada en las necesidades reales de la población.

En resumen, la comprensión del proceso de salud mental desde la mirada local en Chile es fundamental para abordar los desafíos existentes en la política pública. Los relatos de vida ofrecen una metodología valiosa para capturar las representaciones sociales individuales y promover un diálogo auténtico entre los actores involucrados. Al considerar las experiencias y perspectivas locales, se puede impulsar un enfoque más inclusivo y contextualizado que contribuya a mejorar la pertinencia de las políticas de salud mental y garantice una atención integral y efectiva para la población chilena.

Referencias

Abric, J. (2001a). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En J. Abric (Ed.), *Prácticas sociales y representaciones* (Capítulo 1). México: Coyoacán.

Abric, J. (Ed.) (2001b). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.

Aceituno, R., Miranda, G. y Jiménez, A. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Anales de la Universidad de Chile*, (36), 87-102. https://dx.doi.org/10.5354/0717-8883.2012.21730

Agüero, M. (2016). Salud Mental y Atención Primaria: Reflexiones sobre una tecnología del nosotros. En *Ciudadanía, Colectivo, Conocimiento y Poder. Logros y Desafíos para los estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad*. III Encuentro CTS-Chile, Valparaíso, Chile. Recuperado de https://www.academia.edu/24537462/Salud_Mental_y_Atenci%C3%B3n_Primaria

Agüero, M. y Correa, G. (2018). Gobernando la experiencia: salud mental y ciudadanía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *38*(134), 547-565. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200011

Alves, P. (2015). Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais - Política &Amp; Trabalho*, *1*(42), 29-43.

Batjín, M. (1982). *Estética de la creación verbal*. Ciudad de México: Siglo XXI.

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

Bertaux, D. (1993). De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica. En C. Santamarina y J. Marinas (Ed.), *La historia oral: Métodos y experiencias* (pp. 19-34). Madrid: Debate.

Bourdieu, P. (2011). La ilusión Biográfica. *Acta Sociológica*, *1*(56), 121-128. https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29460

Buitrago, L. y Arias, B. (2018). Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index de Enfermería, 27*(1-2), 62-66.

Busta C. (2017). La medicalización del malestar como proceso generador de desigualdad en el sistema de salud chileno. *Castalia - Revista de Psicología de la Academia*, (28), 19-29. https://doi.org/10.25074/07198051.4.591

Calventus, J. (2020) *¿" Educación de calidad" en Chile? Su representación social en estudiantes y docente universitarios* (tesis doctoral). Universitat de Barcelona, España. Recuperado de https://www.tdx.cat/handle/10803/671569

Calventus, J. y Bruna, B. (2018). Promoción de la salud como práctica psico-social comunitaria en la política social chilena. *Revista Límite (Arica)*, *13*(43), 67-79. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50652018000300067

Capriati, A. y Wald, G. (2020). Aportes teóricos y metodológicos de las ciencias sociales al estudio de la salud en la adolescencia y la juventud. *Enfoques*, *32*(1), 59-85.

Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, *3*(1), 62-77.

Carrasco, J. (2015). Una historia de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile a partir de las transformaciones neoliberales en el periodo 1980 a 2010. En A. Arruda, A. Molas y J. Carrasco (Eds.), *Tecnologia, Psicologia e Sociedade* (pp. 171-192). Río de Janeiro, Brasil: NUA.

Cea-Madrid, J. (2020). Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Saúde Soc. São Paulo*, *29*(3), 1-13.

Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psykhe (Santiago)*,*17*(1), 29-39. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100004

Ferrarotti, F. (1988). Sobre a autonomía do método biográfico. En A. Nóvoa y M. Finger (Eds.), *O método (auto)biográfico e a formação* (pp. 17-34). Lisboa: Ministério da Saúde,

Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia*, *14*(44), 15-40.

Gajardo, C. (2012). *La Construcción discursiva de la identidad de madre/trabajadora en madres de tres niveles socioeconómicos de Santiago de Chile* (tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22092

Grippaldi, E. (2021). Etiologías legas en culturas terapéuticas. Narrativas biográficas del comienzo de la depresión en usuarios de servicios de salud mental. *Argumentos. Revista de crítica social*, *23*, 240-271.

Hernández, F. (2011). Las Historias de vida en el marco del giro narrativo en la investigación en Ciencias Sociales: los desafíos de poner biografías en contexto. En F. Hernández, J. Sancho y J. Rivas (Coord.), *Historias de vida en Educación: biografías en contexto* (pp. 13-22). Barcelona: Universitat de Barcelona.

Jaramillo, J. (2012). Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes del discurso. Una aproximación conceptual a partir del análisis crítico del discurso. *Entramado*, *8*(2), 124-136.

Jiménez, A. y Radiszcz, E. (26 de septiembre de 2012). Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social. *Ciper Chile*. Recuperado de https://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/

Jodelet, D. (2018). Ciencias sociales y representaciones: Estudio de los fenómenos representativos y de los procesos sociales. De lo local a lo global. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, *8*(2), 1-12. https://doi.org/10.24215/18537863e041

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture.* Berkeley: University Press.

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

Lahlou, S. (2001). Functional aspects of social representations. En K. Deaux y G. Philogene (Eds.), *Representations of the Social* (pp. 131-146). Oxford: Blackwell Publishing Ltd. Recuperado de http://eprints.lse.ac.uk/28252/

Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, *2*(1), 7-25.

Lopes, A. (2011). Las historias de vida en la formación docente: orígenes y niveles de la construcción de identidad de los profesores. En F. Hernández, J. Sancho y J. Rivas (Coord.), *Historias de vida en Educación: biografías en contexto* (pp.23-33). Barcelona: Universitat de Barcelona.

Mallimaci, F. y Giménez V. (2006). Historias de vida y métodos biográficos. En I. Vasilachis, (Ed.), *Estrategias de Investigación cualitativa* (pp. 175-212). Barcelona: Gedisa

Martínez-Hernáez, A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Medina, S. y Carrasco, J. (2018). El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. *Physis*, *28*(4), 1-21. https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280424

Menéndez, E. (1984). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, (3), 85-118.

Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades, 4*(7),71-83.

Menéndez E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Segunda Edición. Lugar Editorial: Buenos Aires

Menéndez, E. (2018). *Poder, Estratificación social y Salud, análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Tarragona: Publicaciones URV. Recuperado de http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/305/341/778-2

Meza-Palmeros, J. (2021). Prescripciones alimentarias y límites de la medicalización: polifonía y utilización de medios de comunicación en una población urbana de México. *Saude Soc., 30*(1), 1-11. https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200136

Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana Salud Pública*, *18*(4/5), 346-358.

Minoletti, A., Rojas, G. y Sepúlveda, R. (2010). Políticas y reformas de salud mental en Chile. En A. Armijo (Ed.), *La psiquiatría en Chile: apuntes para una historia* (pp.132-155). Santiago: Royal Pharma.

Minoletti A., Rojas, G. y Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, *20*(4), 440-447. https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006

Minoletti, A., Sepúlveda, R. & Horvitz-Lennon, M. (2012). Twenty Years of Mental Health Policies Chile. *International Journal of Mental Health*, *41*(1), 21-37. https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411410102

Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X., y Minoletti, M. (2014). *Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe (WHO-AIMS)*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Ministerio-de-Salud_2014_Informe-WHO-AIMS-II.pdf

Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O. e Irarrázaval, 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://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136

MINSAL (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental.* Santiago de Chile: Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.

MINSAL (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.* Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, *23*(83), 86-95.

ISSN: 2452-4751
Volumen 13 N°1, 2023, pp.1-17

Montoya-Aguilar, C. (2013). *La salud dividida. Chile 1990- 2010*. Santiago de Chile: Ceibo Editores.

Morales, M. (Ed.) (2017). *Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo?* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Cuadernos del Doctorado n.18

Morán, A. (2015). *Saberes maternos y padecimientos infantiles. Recursos de atención biomédicos y populares en el Pedregal de Santo Domingo* (tesis doctoral). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México. Recuperado de http://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/296

OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447

Osorio-Carranza, R. (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil* (tesis de maestría). Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), México.

Osorio-Carranza, R. (2000). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, DF: Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Osorio-Carranza, R. (2013). La cultura médica materna y la salud infantil. Un análisis de las enfermedades respiratorias desde la epidemiología popular. En M. Cabré y F. Salmón (Eds.), *Sexo y género en medicina: una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud* (pp. 229-252). Santander, España: Universidad de Cantabria.

Pagnamento, L., Weingast, D., Caneva, H., Castrillo, B., Hasicic, C. y Specogna, M. (2016). *Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una propuesta conceptual para su análisis*. En *Memoria Académica*. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, Ensenada, Argentina. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8183/ev.8183.pdf

Peña, P. (2006). *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia Mazagua* (tesis doctorado). Universidad Rovira y Virgilio, Tarragona, España. Recuperado de http://nportal0.urv.cat:18080/fourrepopublic/search/item/TDX%3A1471?lang=es

Pemjean, A. (1996). El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990-1996). *Cuadernos Médicos Sociales, 33*(2), 5-17.

Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit*. París: Editions du Seuil.

Román, O. y Muñoz, F. (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Revista médica de Chile*, *136*(12), 1599-1603. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001200014

Seid, G. (2020). Los relatos de vida como técnica para abordar la dimensión estructural del mundo social. *Perspectivas Metodológicas, 21*, 1-9.

Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En E. Perdiguero y J. Comelles (Ed.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 33-44). Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Sepúlveda, R. (2021). Las políticas, los planes y los programas de salud mental en Chile: entre la gubernamentalidad y la utopía liberadora. En C. Madariaga, A. Oyarce, A. Martínez-Hernáez y E. Meléndez. (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 351-373) Santiago de Chile: Contrakorriente.

Vainer, A. (agosto de 2007). De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental. *Topia, un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Recuperado de https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental

Vicente, B., Saldivia, S. y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, *22*(1), 51-61. https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006

Volóshinov, V. (2009). *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Godot.

Waissbluth, M. (17 de julio de 2017,). El tsunami de la patología mental en Chile. *CIPER Chile*. Recuperado de https://ciperchile.cl/2017/11/17/el-tsunami-de-la-patologia-mental-en-chile/.