



Trabajo final de grado
Modalidad: Proyecto de investigación

El filo de la espada de Damocles.
Un estudio etnográfico de los Modelos Explicativos en el
Hospital de Clínicas

Estudiante: Emiliano Torres Acevedo
C.I: 4.814.905-0

Tutor: Ismael Apud
Revisor: Fernando Texeira

Montevideo, febrero de 2025

Agradecimientos

A mi madre y padre, por su apoyo incondicional para que tuviera la posibilidad de empezar y culminar esta formación. Así como también, a mi familia la cuál me ha acompañado durante este trayecto.

A Rocío, por compartir este camino conmigo y darme siempre su confianza y aliento.

A mis compañeras/os de este tránsito, en especial: Bryan, Edgardo, Gonzalo, Ignacio y Sabrina. Grandes artífices de que esta experiencia haya sido maravillosa.

A mis amigas/os de Santa Lucía, en especial a Pablo, Abigail, Nicolás, Pablo y Yuliano.

A Andrés, por su enseñanza continua y su acompañamiento constante.

A Iggy y a Clara, por estar a mi lado en cada paso.

A Patricia y Fernando, por su hospitalidad y compañía durante este tiempo.

A los usuarios y técnicos/as con los que compartí un año de valiosas interacciones durante mi etapa como practicante, por su contribución en mi formación y por todo lo aprendido a través del trabajo co-construido.

A Ismael, por compartir sus valiosos conocimientos, tanto en el ámbito personal como profesional, sin los cuales este trabajo final no habría sido posible; por su constante apoyo y guía a lo largo del proceso de tutoría, y por su disposición incansable para orientarme y fomentar mi crecimiento profesional y humano.

A Fernando, por sus numerosas contribuciones en mi desarrollo como futuro psicólogo y persona, por su enseñanza continua, su apoyo constante, su disposición para ayudarme y por la confianza que siempre mostró en mí.

Resumen

El presente proyecto de investigación buscará describir y analizar los Modelos Explicativos de enfermedad y salud mental en el contexto del Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay. Para ello utilizaremos el método etnográfico, así como los aportes de la antropología médica y la psicología social. Como técnicas, utilizaremos la observación participante y entrevistas en profundidad dirigidas a usuarios y profesionales. De esta manera buscaremos indagar en las prácticas de salud y los Modelos Explicativos de los distintos actores, y como éstos influyen en el proceso de salud/enfermedad/atención/prevenición. A su vez, se indagará en las relaciones entre los sistemas de autocuidado/autoatención, atención alternativa, y atención profesional. El estudio pretende contribuir a una mejor comprensión de las conceptualizaciones sobre la enfermedad y salud mental insertas en nuestro contexto, y cómo éstas influyen en las prácticas de atención que ocurren en el mismo. Además, pretenderá ser una investigación que habilite la mejora en la atención en salud y contribuya a prácticas entre los profesionales más saludables y amplias, no sólo con respecto a los usuarios, sino también entre colegas, fomentando la interdisciplina y el esclarecimiento de otras dimensiones sobre el padecer subjetivo y el sufrimiento psíquico.

Palabras clave: Etnografía, Antropología Médica, Modelos Explicativos, Salud Mental, Hospital de Clínicas, Uruguay.

Abstract

The present research project aims to describe and analyze the Explanatory Models of illness and mental health in the context of the Hospital de Clínicas in Montevideo, Uruguay. To achieve this, we will use the ethnographic method, along with contributions from medical anthropology and social psychology. As research techniques, we will employ participant observation and in-depth interviews with both users and professionals. Through this approach, we seek to explore health practices and the Explanatory Models held by different actors, as well as how these influence the processes of health, illness, care, and prevention. Additionally, we will examine the relationships between self-care/self-treatment systems, alternative care, and professional care. This study aims to contribute to a better understanding of the conceptualizations of illness and mental health within our context and how these shape the healthcare practices that take place within it. Furthermore, it intends to serve as research that facilitates improvements in healthcare services and promotes healthier and broader professional practices—not only in relation to users but also among colleagues—encouraging interdisciplinarity and shedding light on other dimensions of subjective distress and psychological suffering.

Keywords: Ethnography, Medical Anthropology, Explanatory Models, Mental Health, Hospital de Clínicas, Uruguay.

Índice de Contenidos

Introducción	4
Fundamentación	5
La transición que nunca acaba: Uruguay y su re-corridos en Salud Mental.....	5
Antropología Médica: entre migraciones, rotaciones, imaginaciones y mutaciones	6
Psicología y Antropología: encuentros y desencuentros.....	8
Antropología médica y psicología en el presente estudio	9
Antecedentes.....	10
Antecedentes internacionales.....	10
Antecedentes nacionales	14
Marco teórico	16
Salud ¿Mental?: entre una deconstrucción necesaria y macroscopios.....	16
Atención en salud mental: un puzzle sin finalizar.....	18
Modelos Explicativos: una reactualización operativa y pertinente.....	19
Problema y objetivos de investigación	21
Preguntas de investigación.....	21
Objetivos generales y específicos	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos.....	22
Metodología	22
Diseño de investigación: etnografía.....	22
Participantes y lugar de investigación.....	23
Observación participante	25
Entrevistas en profundidad	26
Reflexividad.....	28
Técnicas complementarias: competencias culturales y técnica de incidentes críticos	28
El método puesto en práctica	30
Cronograma.....	31
Resultados esperados y plan de difusión	33
Consideraciones éticas	33
Anexo A	34
Anexo B	35
Anexo C	36
Referencias Bibliográficas.....	36

Introducción

Damocles es un personaje que ha atravesado la historia de la Grecia clásica y que sigue formando parte de nuestra historia contemporánea. Un registro de su historia lo encontramos en los aportes de Cicerón (Aguirre, 2013), cuando detalla que él era un cortesano en la corte del tirano Dionisio II que se caracterizaba por adular y querer poseer las riquezas y el poder de este último, asociando su estilo de vida con la felicidad más grande que una persona podía poseer. El tirano, agotado de los halagos, le ofrece cambiar de posiciones por un día, buscando que experimente todo lo que Damocles anhelaba, propuesta que tuvo una aceptación inmediata. La historia prosigue con el personaje principal disfrutando brevemente de los placeres del poder sentado en su trono, hasta que da cuenta que Dionisio II había colocado una espada afilada sobre su cabeza sostenida sólo por el crin de un caballo. En ese instante, todo su regocijo se ve corrompido por el filo de esa espada amenazante; el reflejo de esa hoja sacudía toda pretensión de seguridad y goce. Al final, Damocles le ruega al tirano que le permita volver a su lugar como cortesano, obteniendo como moraleja que el poder conlleva una rutilante carga de responsabilidad e inseguridad.

En el presente proyecto, proponemos la historia de Damocles como metáfora para entender los saberes y prácticas que interactúan en el campo de la atención en salud mental. ¿Qué es ese trono, sino las comodidades placenteras de concebir a la salud y enfermedad mental desde sólo un ángulo? ¿Qué es esa espada, sino el peligro inherente que acontece cuando otra dimensión del padecer subjetivo amenaza nuestras rígidas conceptualizaciones? ¿Existe la posibilidad de que la dinámica de los personajes ocurra de manera implícita en cada uno de quiénes trabajan sobre el sufrimiento psíquico?

El presente proyecto de investigación oscilará entre estos cuestionamientos y tendrá como objetivo principal la indagación y descripción de los Modelos Explicativos sobre la enfermedad y salud mental en el Hospital de Clínicas. Para ello, se nutrirá de los aportes de la antropología médica y la psicología en sus corrientes crítica, comunitaria y social, teniendo como eje metodológico la etnografía.

En la sección “Fundamentación” comenzaremos realizando un breve racconto histórico sobre la salud mental en Uruguay, otorgando contexto al proyecto. Proseguiremos detallando algunos aportes que la antropología médica puede proveer a la investigación, finalizando con las vinculaciones entre antropología y psicología y su posterior uso en este estudio. En la sección “Antecedentes”, describiremos aquellos trabajos pertinentes sobre investigaciones anteriores tanto internacionales como nacionales. En la sección “Marco Teórico”, presentaremos y discutiremos algunos conceptos centrales a nuestro proyecto: las nociones de salud y enfermedad mental, las formas de atención en referencia a ellas y la explicitación de los Modelos Explicativos de Kleinman. Describiremos y discutiremos este último concepto,

así como distintas críticas y reactualizaciones que ha tenido. Consideraremos la noción de los Modelos Explicativos como un artefacto teórico-práctico que posibilita la indagación y descripción de las variadas conceptualizaciones que se puedan encontrar sobre la salud y enfermedad mental, las heterogéneas formas de atención y el efecto que las primeras tienen sobre la identidad profesional de los técnicos. Finalmente, presentaremos el proyecto de investigación, sus objetivos, metodología y actividades.

Fundamentación

La transición que nunca acaba: Uruguay y su re-corridos en Salud Mental

Actualmente, Uruguay se encuentra en una época de transición, dejando atrás la ley N° 9.581 de asistencia a psicópatas sancionada en 1936, por la Ley N° 19.529 promulgada en el 2017. En este lapso de tiempo, la atención de los padecimientos subjetivos y del sufrimiento psíquico, así como sus dimensiones sociales, históricas, culturales, políticas y económicas han mostrado un proceso espiralado, que hasta el día de hoy tienen sus efectos. Desde el encierro de los “locos” en el Cabildo de Montevideo junto a otros presos, en una etapa pre manicomial (Duffau, 2019), hasta la actualidad, se ha dado un enorme proceso de reformas de diversa índole en nuestro contexto socio-histórico. Para llegar hasta aquí, tuvo lugar antes la gestación del Asilo de dementes, el Manicomio Nacional (Posteriormente Vilardebó), la Colonia de Alienados (posteriormente Etchepare y Rossi), centros de rehabilitación, y posteriormente los equipos de salud mental en los servicios de atención en salud del Uruguay. También, han habido informes, como el Chanoit (1966) y las MDRI (1995); y situaciones históricas, tales como un destructivo proceso dictatorial y transformaciones socio-culturales nacionales que llevaron a diversos accionares en salud mental.

Se tuvo que atravesar conceptualizaciones de la locura que fueron variando en el tiempo y que aún persisten en el imaginario social (Castoriadis, 2007), observando al “loco” como un demente, degenerado, involucionado, débil mental, perverso, anarquista, neurasténico, problemático, revulsivo, entre otros (Duffau, 2019). El tratamiento que históricamente se les dió y en parte se les sigue dando a estas personas, dista mucho de ser de calidad. Partiendo de un modelo de atención, que, en sus inicios, fue violento y despersonalizante, en la actualidad distintas iniciativas han buscado sustentarse en una perspectiva integral y basada en derechos para mejorar la atención en salud mental. En Uruguay, ha predominado a lo largo de su historia, por excelencia, un modelo cultural manicomial (Di Nella, 2012) con respecto al padecer subjetivo y sufrimiento psíquico. Sea desde el inicio del proceso de modernización del Estado Uruguayo (Barrán, 1990; 1995; 1992-1995), hasta la época contemporánea, dónde la estigmatización se hace constantemente presente y dónde existe

un maquillaje institucional (Techera et al., 2009) de la realidad de los centros de atención en salud.

Sin embargo, han habido avances considerables pero aún insuficientes, que se encuentran plasmados en la nueva Ley N° 19.529, como el reconocimiento de las personas de manera integral, promoviendo un abordaje comunitario, con una definición de salud mental que se aleja de las concepciones de la anterior ley (Uruguay, 1936).

Por lo cual, dada la variabilidad socio-cultural-histórica-política evidenciada, resultan relevantes los abordajes que busquen indagar en las distintas dimensiones que son partícipes de la producción de la enfermedad y la salud. En este sentido, el presente proyecto busca ser una contribución al campo de la salud mental, desde los aportes de la antropología médica y de la psicología. Una de sus contribuciones esperará ser ampliar el campo de visión sobre lo que hoy en día entendemos por salud y enfermedad mental, así como también, las prácticas y modalidades de atención de esta índole que puedan llegar a encontrarse en el contexto uruguayo.

Antropología Médica: entre migraciones, rotaciones, imaginaciones y mutaciones

“Parecería que de un modo muy artificial la enfermedad
es dividida en síntomas o abstraída de sus
complicaciones. ¿Qué es un síntoma sin un contexto o
un trasfondo? ¿Qué es una complicación separada de
aquello que ella complica?”
(Canguilhem, 1986, p. 61)

La antropología médica podría definirse, en un breve atisbo, como una subdisciplina de la antropología, que se enfoca en el estudio de las prácticas médicas de sociedades modernas y tradicionales (Garzón, 2015) y que ha estado cercana a la práctica médica desde la antigüedad (Salaverry, 2017). A lo largo de su historia ha analizado y descrito en un amplio sentido la dimensión cultural de la enfermedad (Kleinman, 1980; Good 1977); su dimensión social (Young, 1982; Twaddle, 1981), así como también, los factores económico-políticos, históricos e ideológicos productores de enfermedad (Baer et al., 1986; Singer, 1990). Por estas razones, sus aportes contribuyen a mi investigación de manera oportuna y expansiva. A continuación, desglosaré un breve recorrido de esta subdisciplina para esclarecer su pertinencia para mi estudio. Tomando como analizador los cuatro tipos de nomadismo planteados por Campillo (2010): migración, rotación, imaginación y mutación.

La antropología médica tuvo que migrar de las cosmovisiones originarias de la antropología, caracterizadas por los planteos de sus “padres fundadores” (Korsbaek, 2014). Estas primeras se enmarcan en lo que Martínez Hernández (2008) denominó como modelo clásico,

caracterizado por el exiguo interés sobre el estudio de la enfermedad en las poblaciones “primitivas” estudiadas, como se constata en las producciones etnográficas de ésta época. El modelo clásico, se caracterizó por su fuerte impronta evolucionista, ya que concebía a los mal llamados “primitivos”, como carentes de método empírico (Tylor, 1977), poco evolucionados debido a sus prácticas (Frazer, 1965), aplicadores de un razonamiento erróneo (Clements, 1932), concibiendo a sus sistemas terapéuticos como un estadio primitivo de la cultura (Pitrué, 1886). En este modelo aparecen también los trabajos de W. H. R. Rivers (1924), Malinowski (1994; 1973) y Evans-Pritchard (1976), autores que no tienen una mirada (Merleau-Ponty, 1977) tan tajante comparada con los anteriores, ya que al menos consideran que la mentalidad “primitiva” también hace uso de condiciones racionales (Martínez Hernández, 2008). La mencionada subdisciplina, atravesó una rotación, involuntaria o voluntariamente, hacia una praxis caracterizada por la persuasión y la capacitación. Me refiero al siguiente modelo que describe Martínez Hernández (2008), el pragmático. Aquí se puede ver lo que Comelles y Martínez Hernández (1993) llaman “antropología en la medicina”, donde se da preponderancia a las llamadas patologías sociales, en un contexto de incremento de hospitales, educación médica y de gestión de la práctica en salud. El modelo pragmático surge como alternativa al fracaso de las primeras campañas internacionales de la OMS, enfocadas principalmente en la vacunación e higiene, donde se evidencia una falta de sensibilidad cultural hacia las prácticas y concepciones médicas autóctonas. Martínez Hernández (2008) detalla que los antropólogos comenzaron a oficiar aquí, como traductores y mediadores entre esos “dos mundos”, como nexo entre la biomedicina y los sistemas terapéuticos autóctonos.

Mediante injertos (Ricoeur, 2002) y una considerable *phronesis* (Ricoeur, 2007), la antropología médica pudo imaginar y mutar hacia otras delimitaciones teórico-metodológicas y objetos de estudio que habilitaron el despliegue de lo que hoy es esta subdisciplina, dando lugar al último modelo, el crítico (Martínez Hernández, 2008). Este modelo se caracterizará por su fuerte crítica a las concepciones hegemónicas y etnocéntricas de la biomedicina. Partiendo de Kleinman (1980) y Good (1977), el giro crítico propondrá un análisis más profundo de la dimensión cultural de la enfermedad (*Illness*). A su vez, e integrando esta última y el constructivismo social, incluirá el análisis de la dimensión social de la enfermedad (*Sickness*), en trabajos como los de Young (1982) y Twaddle (1981). Por último, incorporará el estudio de las dimensiones económicas y políticas de la enfermedad, como se observa en las obras de Baer y Singer (1995), Menéndez (1981, 1983), Fassin (2004), y Taussig (1980).

Por la capacidad de la antropología médica de entrenarse para ver más (Rockwell, 2009) y por su mutabilidad teórico-práctica, es que ella contribuye apropiadamente para mi investigación, no sólo por sus múltiples perspectivas, sino por su invitación a la expansividad de las dimensiones de salud y enfermedad.

Psicología y Antropología: encuentros y desencuentros

Resulta oportuno, dado que mi trabajo parte de una perspectiva tanto antropológica como psicológica, realizar una vinculación breve, pero pertinente entre éstas dos disciplinas. A lo largo de la historia, ambas disciplinas han ido nutriéndose directa o indirectamente, por medio de acercamientos más clarificados o por críticas mutuas. Por ejemplo, W. H. R. Rivers, uno de los grandes contribuyentes al desarrollo de la antropología, fue un gran estudioso de la psicología de su época (Korsbaek, 2014). Junto con Seligman, tuvieron especial interés en la interpretación de los sueños y la neurosis de guerra freudianas (Apud, 2007). La vinculación entre ambas ciencias (Latour, 1979) en sus inicios resultaría evidente. Sin embargo, en las historias recurrentes (Canguilhem, 2009; 1977) de ésta díada disciplinar, confluyen encuentros y desencuentros que han propiciado formas singulares y heterogéneas de rupturas, acercamientos y fusiones.

Para Moro (1996), el nexo entre antropología y psicología está dado por el estudio de la personalidad. Para la autora, tomando a Kottak (1994), los psicólogos a pesar de tener presente que existe una diversidad cultural, conciben que los humanos comparten rasgos mentales comunes y por el contrario los antropólogos toman como punto de partida la diversidad en sus estudios de cultura y personalidad. Por su parte, Apud (2007), pondera el hecho de que en la primera mitad del siglo XX los objetos de estudio del psicoanálisis y la antropología cultural se entrecruzaron, los mismos fueron: la enfermedad mental, y la educación infantil en su vínculo con lo socio-cultural. Este suceso nos habla en un principio, de las ya famosas discrepancias entre Malinowski y Freud, y nos conduce a la figura de Boas (1966), creador y fiel defensor del particularismo histórico frente al evolucionismo cultural. La postura boasiana confronta con los postulados freudianos de un inconsciente universal y un desarrollo psico-sexual vinculado y dependiente del Complejo de Edipo (Freud, 1924).

De la convergencia de los estudios freudianos y boasianos, surge la Escuela de Cultura y Personalidad, en un intento por poner a prueba los postulados freudianos. Según Crawford (1983), la misma tuvo una línea de trabajo caracterizada por un triple enfoque interdisciplinar: desde la psicología, estudiar cómo el entorno condiciona las conductas psicológicas, desde la antropología, comprender y describir la relación entre personalidad y cultura; desde el psicoanálisis, contrastar lo intrapsíquico con lo externo. Así emergieron en la primera mitad de siglo XX, figuras como Ruth Benedict y Margaret Mead, siendo la primera, la que desarrolló la noción de "Patrones de cultura", constructo teórico que defiende que lo que es anormal o normal en una sociedad, varía en cada cultura. Para Benedict (1971), cada sociedad se ampara en un patrón cultural, de normas, creencias y valores, considerando normales determinados comportamientos y/o síntomas, y anormales los que se encuentran desviados de ese patrón. Por su parte, Mead (1993) critica el desarrollo universal ontogenético

freudiano. Mediante su trabajo de campo en Samoa, describe que en esa sociedad, los niños están familiarizados con la muerte, el nacimiento y la sexualidad desde pequeños y no existe un vínculo íntimo con el padre y la madre, ya que la crianza es realizada entre varios integrantes de la sociedad.

De estas discusiones entre psicoanálisis y antropología, una amplia gama de autores se despliega: Geza Róheim, Erich Fromm, Karen Horney, Erik Erikson, Harry Sullivan, Abraham Kardiner, Claude Levi-Strauss, entre otros. Estos autores tendrán distintos posicionamientos en el debate, variando entre enfoques más críticos de la antropología, posturas más conciliadoras, o enfoques más críticos del psicoanálisis y la psicología.

Desde esta historia podríamos decir que el debate entre ambas disciplinas ha contribuido a un análisis más completo de los procesos de subjetivación, del padecer subjetivo, y de la influencia de la cultura y sociedad en los mismos. Podríamos entonces, tomando como base estas contribuciones, introducir dos de las preguntas que hacen eje en éste trabajo: ¿Qué dimensiones de la enfermedad y la salud mental se tienen en cuenta en los abordajes según la disciplina? ¿Qué efectos tienen sobre la atención brindada las dimensiones que se toman en cuenta?

Antropología médica y psicología en el presente estudio

En el presente estudio, haré énfasis en poner en juego una hermenéutica crítica (Martínez Hernaez, 1998), indagando en la producción de narrativas (Das, 2015) no sólo por parte de los usuarios, sino también de los profesionales. De esta manera, pretendo observar y problematizar la significación cultural, social, económica y política del proceso Salud/Enfermedad/Atención/Prevención (en adelante S/E/A/P; Ménendez, 1981) en Uruguay. Promoviendo una co-producción de saberes (Comelles, 2003), se daría lugar novedosas formas de concebir el padecer subjetivo y sufrimiento psíquico, habilitando el diálogo e impidiendo que se generen fenómenos de ocultamiento (Kusznier et al., 2010).

Es por ello que concibo el lugar idóneo para esta investigación el nuevo programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, ya que el mismo tiene entre sus propósitos avanzar en la implementación de la nueva Ley de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027). Además, el programa viene implementando un proceso asistencial integrado, que contempla diversas modalidades de atención. Al ser un hospital universitario tiene una doble función, una territorial y una terciaria, integrando la dimensión asistencial con la formación de recursos humanos especializados, la producción de conocimientos y la investigación (UdelaR, 2023).

Se trata entonces de un espacio en el que éste estudio puede nutrirse de diversas poblaciones, dado el amplio espectro asistencial del mismo. En dicho espacio se pueden

recolectar narrativas diversas que puedan connotar las anfibias significaciones que emergen en el encuentro intersubjetivo entre los miembros de esta institución y los usuarios, mostrando sus heterogéneas formas de subjetividad y de construcción socio-cultural de la enfermedad. La realización de esta investigación contribuiría a amplificar esa “cualidad silenciosa de la salud” (Diderot et al. en Canguilhem, 2004), dándole voz y lugar a expresiones situadas diversas, accionares terapéuticos y representaciones que hoy en día son invisibilizadas pero que forman parte de nuestra cotidianidad.

Antecedentes

Antecedentes internacionales

Dando inicio a los antecedentes internacionales, considero pertinente mencionar los trabajos de Goffman (1988, 1969) y Lemert (1967). El primero, publicado en 1961 bajo el nombre *Asylums*, se realizó en el Hospital St. Elizabeth en Washington, D.C. (Estados Unidos), y tuvo como sujetos de investigación a los internados en ésta institución. Goffman (1988) analiza las dinámicas sociales que se llevan a cabo en los hospitales psiquiátricos en tanto “instituciones totales” y las repercusiones que tienen en los individuos bajo internación. Como conclusiones fundamentales, el autor sostiene que este entramado institucional despoja a los usuarios de su identidad, fomentando prácticas de despersonalización, dando pie a lo que él llama “mutilación” o “mortificación” del yo. En complemento con esto, llega a la conclusión de que los usuarios internados atraviesan una “carrera moral” en la que se ve transformada su identidad debido a las normas y expectativas de la institución psiquiátrica.

Lemert (1967) por su parte, no desarrolla un trabajo de campo directo, pero publica su trabajo en Estados Unidos, sirviéndose de ejemplos hipotéticos y análisis teóricos de instituciones penitenciarias, médicas o educativas. El centro de su trabajo es abordar cómo las respuestas socio-culturales ante conductas tildadas como desviadas, van a influir en la identidad de los individuos y en su comportamiento. Por lo tanto, plantea los conceptos de “desviación primaria y secundaria”, siendo la primaria la transgresión a normas sociales tildadas como de menor relevancia, por lo cual no tienen consecuencias a largo plazo en la identidad del transgresor. Sin embargo, la secundaria, es la ruptura a normas sociales de mayor importancia, por lo cual la respuesta social lleva a un etiquetado negativo del individuo, estampando una marca que transforma la identidad de la persona y produciendo estigmatización.

Retomando a Goffman y su obra de 1969 *The Insanity of Place*, este autor realiza su análisis en las instituciones psiquiátricas estadounidenses, tomando como grupo objetivo los usuarios de las mismas y sus entornos familiares. Concluye que la experiencia de enfermedad mental tiene un impacto profundo en las relaciones sociales de quien la padece, constatado en las

diversas respuestas de los familiares y su comunidad. En éste trabajo se plantea además, que la enfermedad mental genera caos en las normativas socio-culturales y se enfatiza en la pertinencia del apoyo social en contraposición a la institucionalización.

Continuando, destaco las obras de Good (1977) y Kleinman (1980). El primero es un estudio realizado en Irán, y su población de estudio fueron comunidades del mencionado país. Se focalizó en una exploración de los significados culturales que se asocian a la enfermedad y la interpretación singular de la misma a través de metáforas locales. Good se centra fundamentalmente en la experiencia de la población local con el concepto cultural de "angustia del corazón" y tiene como conclusión que la enfermedad no solo es una cuestión biomédica, sino que es una red semántica, fuertemente influida por el contexto, afectando este mismo a la expresión y la percepción del sufrimiento humano.

Con respecto a Kleinman (1980), se trata de un estudio que se realiza en Taiwán, y tiene como participantes, usuarios y sanadores dentro de los sistemas médicos locales. Éstos representan una muestra heterogénea ya que cuentan con practicantes de medicina occidental, sanadores de la comunidad y médicos tradicionales chinos. Este estudio se centra en vislumbrar la interrelación entre la psiquiatría, la medicina y la cultura. Kleinman introduce un concepto clave para el presente proyecto de investigación: los "Modelos Explicativos". Dicho concepto permite realizar una descripción de cómo los usuarios y los encargados de brindar atención médica, entienden los procesos de enfermedad y tratamiento, dentro de sus encuadres culturales específicos. Como conclusión, Kleinman propone que los significados culturales van a influir considerablemente en la experiencia de los procesos de enfermedad, en las interacciones entre sanadores y pacientes y en los métodos de curación.

Otros antecedentes de igual importancia son los trabajos de Taussig (1980), Menéndez (1981), Friedl (1982) y Young (1982). En referencia a Taussig, el autor plantea como en las sociedades occidentales los síntomas y signos de una enfermedad se reifican; se muestran como objetos alejados de los contextos socio-culturales en los que se originan, debido a un proceso ideológico y de las estructuras de poder. Se concluye en este trabajo que la medicina reduce los procesos de enfermedad a signos biológicos y oculta las dimensiones sociales de los mismos, reforzando un sistema ideológico que beneficia al mandato social actual.

Menéndez (1981) realiza su estudio con pobladores urbanos y rurales de Yucatán (México). Partiendo de un enfoque multidisciplinario, el autor buscó indagar cómo las jerarquías de poder y las diferencias socioeconómicas influyen en las maneras en que los procesos de enfermedad son gestionados y experimentados. Como resultados fundamentales, se observa en este trabajo que la salud no solo se encuentra determinada por factores biológicos, sino que entran en juego otros elementos como las estructuras económicas, políticas y sociales. Además se observa en sus resultados, como los individuos de clase baja tienen una mayor dificultad de acceso a una atención oportuna y de calidad en salud.

El trabajo de Friedl (1982), hace un análisis profundo sobre las creencias y significados culturales vinculados a la enfermedad presentes en una comunidad minera, ubicada en la región de los Apalaches en Estados Unidos. Friedl llega a la conclusión de que estos significados y creencias están estrechamente vinculados a la comunidad, generando modelos de entendimiento entre sus pobladores, que influyen en la búsqueda de un tratamiento de la enfermedad y los sistemas de atención elegidos.

Con respecto a la obra de Allan Young (1982), su trabajo parte de un análisis teórico que tiene ejemplos de diversos contextos culturales, como por ejemplo: el sur de Asia, comunidades latinoamericanas y africanas, entre otras. Young (1982) utiliza un enfoque multidisciplinario y comparativo analizando trabajos de otros antropólogos en variadas culturas. Dentro de sus conclusiones llega a que los procesos de salud-enfermedad pueden dividirse entre las categorías de *disease* (dimensión biológica de los mismos), *illness* (experiencia subjetiva y singular del malestar) y *sickness* (interpretación que la cultura y sociedad hacen de estos procesos). Como argumento final llega al planteo de que las dinámicas socio-culturales influyen en las respuestas y percepciones sobre los procesos de salud-enfermedad.

Es pertinente destacar también los trabajos de Scheper-Hughes (1990), Singer et al. (1990), Parsons y Wakeley (1991) y Pugh (1991). La potencia del primero, por más de no contar con un contexto específico y una población de estudio en particular, recae en su análisis entre las prácticas culturales y las ciencias médicas. La autora, presenta en su estudio una crítica a los antropólogos, pero que bien puede extenderse a otros profesionales, enfatizando que en ocasiones los mismos no cuestionan las estructuras de poder de la biomedicina, convirtiéndose en facilitadores de la hegemonía de ésta última. Por lo cual, plantea que el rol del antropólogo (que yo extiendo a otros profesionales) debe de ser una “oposición leal”, criticando las formas predominantes de llevar a cabo la medicina, pero sin separarse de manera radicalista de las mismas. La autora propone prácticas médicas críticas y culturalmente conscientes, que pongan en discusión las bases de la praxis biomédica.

En consonancia con Scheper-Hughes, Singer et al. (1990) enfocan su estudio en cómo los aspectos económico-políticos de las enfermedades, la atención médica y la salud están estrechamente vinculados a las estructuras de poder. Toman como contexto y población de análisis ejemplos de variadas sociedades, tales como la estadounidense, la haitiana, entre otras. Entre sus contribuciones finales se destaca cómo la salud es un fenómeno fuertemente influenciado por las desigualdades económico-sociales, y enfatizan en soluciones más amplias a los problemas de salud, tomando más factores que los que usualmente se tienen en cuenta.

El estudio de Pugh (1991) se enmarca en las comunidades urbanas y rurales del norte de India. El autor analiza los significados culturales que se asocian al dolor, teniendo esto

especial relación en las formas en que se trata, se comunica y se percibe el mismo. Haciendo un análisis comparativo entre la biomedicina occidental y la medicina ayurvédica, el autor llega a la conclusión de que las expresiones que se utilizan para describir el dolor varían culturalmente y que esto afecta el foco del tratamiento y las interacciones entre los profesionales y los usuarios.

Parsons y Wakeley (1991) realizan un estudio en Newcastle, Australia, los participantes son sujetos residentes de la misma. El eje de este estudio se encuentra en el concepto de “Idiomas de angustia”, para referirse a cómo las manifestaciones de sufrimiento están estrechamente vinculadas a formas culturales específicas. Los autores obtienen como resultados, que los síntomas no son sólo una expresión individual de dolor, sino que éstos tienen un significado cultural y social, por lo cual, los individuos tienen diversas formas de comunicar su sufrimiento y que este sea comprendido en su contexto.

Continuando, dentro del contexto regional considero oportuno resaltar los aportes de Bialakowsky et al. (2000) quienes realizaron un estudio con trabajadores de instituciones psiquiátricas de Buenos Aires, incluyendo personal médico, administrativo y usuarios internados. Desde una postura crítica, se analizan el funcionamiento y las interrelaciones entre los profesionales y usuarios de estas instituciones. Los autores observan cómo los relacionamientos entre los funcionarios y los usuarios están impregnados de “silencios sociales”, evidenciando, mecanismos de exclusión y poder que tienen su efecto tanto en profesionales, como en usuarios y por ende en la atención brindada. Éste trabajo hace hincapié en cómo las instituciones psiquiátricas no solo funcionan como servicios de atención, sino que también, son reflejos de las normas socio-culturales sobre la enfermedad mental.

Dentro del contexto español tenemos los trabajos de Echeverría (2008) y Marquez (2010). Estos integran en sus estudios los Modelos Explicativos de Kleinman (1980) como analizador pertinente para indagar sobre las narrativas de los usuarios. El primer trabajo se centra en las medicinas alternativas y la elección por parte de los individuos españoles a tomarlas como prácticas de salud válidas y contributivas. Lo que nos habla de que en la atención en salud coexisten diversas modalidades “aprobadas” por el sistema biomédico o no. En el segundo trabajo, Marquez (2010) toma las narrativas de enfermedad en una unidad psiquiátrica de España. Su énfasis se encuentra en ponderar la voz de los usuarios y como éstos tienen sus propias versiones sobre lo que les sucede antes y después de un diagnóstico psiquiátrico y su internación. La autora destaca cómo los individuos que transitan estas situaciones realizan una interpretación singular y novedosa de lo que les ocurre, y ofrecen resistencia o adaptación ante las etiquetas impuestas por los profesionales.

Otros dos trabajos que considero fundamentales son los de Del Monaco (2015) y Gómez (2013). El primero se desarrolla en el Área Metropolitana de Buenos Aires y tiene como población de estudio a usuarios que sufrían migraña y neurólogos de un hospital público. La

autora utiliza también la técnica “bola de nieve” para realizar entrevistas a individuos con migraña fuera de la institución. Se destaca el análisis de narrativas como una herramienta fundamental para indagar sobre la migraña. En su conclusión, defiende que las mismas son elementales para poder conocer en profundidad cómo las personas significan y viven su experiencia de sufrimiento, siendo esta diversa. Por lo cual, manifiesta que el análisis de narrativas dota de una visión más amplia sobre el padecer humano y en contrastación con la utilización única de descripciones estadísticas o clínicas.

Por su parte, Gómez (2013) se ampara en una perspectiva crítica, mediante el análisis de una población infantil en Canadá, proponiendo que para el análisis de los problemas gastrointestinales que padece la misma no sólo es pertinente tomar en cuenta los aspectos biológicos y clínicos de la enfermedad, sino también los factores político-económicos, sociales y culturales, ya que estos influyen en la experiencia de enfermedad.

Por último, destaco los aportes de Ablard (2008) y Vezzetti (1985), autores que realizan un despliegue teórico-histórico-crítico, sobre la sociedad argentina y su tratamiento a las enfermedades mentales. Al igual que autores uruguayos que destacaré a continuación, éstos trabajos contribuyen a vislumbrar todos los factores involucrados en la producción de la enfermedad y la salud en el contexto argentino a lo largo de su historia, lo que contribuye a un análisis multidimensional abarcativo de éstas producciones.

Antecedentes nacionales

Como antecedentes nacionales, resalto en primer lugar los trabajos de Techera et al. (2009) y Evia (2010; 2013) realizados en el marco de instituciones de salud uruguayas. El estudio de Techera et al (2009) es una investigación sobre diversas y variadas instituciones de salud mental de nuestro contexto: el Hospital Vilardebó, las Colonias Etchepare y Santín Rossi, y distintos centros de rehabilitación. Los autores parten de una perspectiva crítica y documental, indagando a fondo sobre la realidad de la atención contemporánea e histórica de los servicios de salud mental uruguayos, mostrando un análisis necesario para cualquier trabajo de campo. En esta investigación se aborda la representación socio-cultural de la locura y la gestión histórica de la enfermedad mental en Uruguay. Como conclusión fundamental, los autores abogan por la pertinencia de cambiar hacia una comprensión más cabal, humana e integral de la salud mental, tomando como elementos los factores históricos, sociales y culturales que actúan de suma influencia en la misma.

Evia (2010) desarrolla su estudio en el dispositivo alternativo y co-gestionado “Radio Vilardevoz” de Montevideo y tiene como muestra a los colaboradores y participantes del mismo. En su trabajo muestra cómo los participantes diagnosticados con trastornos mentales utilizan éste lugar como marco para cuestionar la estigmatización y crear novedosas

narrativas singulares sobre la locura. Como conclusiones fundamentales la autora detalla que este espacio oficia como lugar de empoderamiento y resistencia de los usuarios, fomentando una perspectiva crítica sobre el papel de las instituciones psiquiátricas, el estigma y la exclusión social. Este estudio enfatiza en la valoración de las narrativas de los propios usuarios, como una parte elemental de los procesos de salud-enfermedad y una mejora de la atención en salud.

Evia (2013) produce este trabajo en la policlínica de Jardines del Hipódromo, y tiene como participantes a usuarios que acuden a la misma. Esta población está caracterizada en su mayoría por sus bajos ingresos económicos. En su análisis, la autora menciona que los trayectos terapéuticos de los usuarios que acuden a esta policlínica están atravesados por desigualdades económico-sociales. Evia describe la existencia de barreras en el acceso a los servicios brindados, una percepción de la atención médica reduccionista y tensionamientos entre los usuarios y los agentes encargados de brindar los servicios en salud.

Al realizar su trabajo de campo en un dispositivo alternativo y co-gestionado en un tercer nivel de atención, y otro en un primer nivel de atención, Evia mantiene una perspectiva crítica en todo momento, tomando como base constructos teóricos similares, y/o iguales, a los que expongo en éste trabajo. La autora hace énfasis en la contribución de las producciones narrativas de los usuarios, como elemento fundamental, no sólo como una decisión metodológica y técnica sino como una intención política de legitimar los discursos de los mismos (Evia, 2010); además de ponderar en su estudio (Evia, 2013) los conceptos de autoatención/autocuidado (Haro, 2000) en nuestro contexto.

Llegando al final, es importante mencionar el estudio de Cano et al. (2014), éste se enmarca en una investigación sobre la accesibilidad en un primer nivel de atención en salud, más precisamente en una unidad de salud mental del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo. Como participantes del mismo se tomaron tres grupos: usuarios del servicio, trabajadores del mismo y otros actores sociales pertinentes. Integrando las nociones de accesibilidad de Stolkiner (2006) y Saforcada (1999), los autores, plantean un análisis crítico sobre las condiciones de acceso a los servicios de éste dispositivo de salud. Los autores llegan a la conclusión de que existen barreras considerables en el acceso a esta unidad de salud mental y que es pertinente tomar en consideración los factores intersubjetivos que están en juego en las vinculaciones generadas en la institución.

Por último, por su valor histórico, etnográfico y analítico, destaco los aportes de Barrán (1992-1995; 2001; 1996), Ginés (2003; 1998; 2009; 2005) y Duffau (2019), obras que otorgan elementos para ampliar la mirada sobre las dimensiones culturales, sociales, históricas, económicas y políticas de nuestra sociedad a lo largo del tiempo. Son trabajos que contribuyen a situar socio-históricamente cualquier investigación y a ponderar los

antecedentes de un contexto específico, como el uruguayo. Así como una forma de comprensión más cabal de los sucesos del presente, que mañana serán parte del pasado.

Marco teórico

Salud ¿Mental?: entre una deconstrucción necesaria y macroscopios

Hablar en la actualidad de salud mental en nuestra sociedad uruguaya, no resulta extraño. Tal parece que el modelo de Mauss (1979) de hombre total ya ha sido internalizado por la mayoría de nuestra población. Me refiero a la concepción del ser humano como bio-psico-social, y en el cuál parecería que, siguiendo a los estereotipos ideales (Strauman, 2011), las/os médicas/os de todas las especialidades se encargarían de lo “bio”; psiquiatras y psicólogos de lo “psico” y trabajadores y asistentes sociales de lo “socio”.

Con respecto a la salud mental, se da por hecho en muchos planteos que es una categoría consistente, una conceptualización acertada, al menos en el plano de lo fáctico, dónde se augura por más salud mental, se forma a los profesionales en este campo y se promueven estrategias que requieren de un abordaje integral, por lo tanto bio-psico-social.

Plano teórico que se presenta idealmente, pero dista considerablemente de ser así en la práctica; un ejemplo de esto son las limitaciones defensivas ficticias (Martínez Hernández, Correa Urquiza, 2017) que ocurren en mayor o menor medida, asignando un lugar privilegiado a las profesiones previamente descritas en detrimento de otras, limitando novedosos aportes. ¿Qué sucedería si se interpretara a la salud mental como una metáfora (Lakoff y Johnson, 1980)? ¿Es posible esta categorización universal del padecimiento psíquico y el sufrimiento subjetivo (Gil Mariano et. al., 2022)? ¿Qué está en juego al utilizar como concepto universal la salud mental? Esta última es caracterizada por ser un concepto difuso (Miranda Hiriart, 2018), discutible (Sierra, 1998), que depende de las ideologías y enfoques con los que se la utiliza (Restrepo Jaramillo, 2012), fuertemente vinculado a la noción de ciudadanía y derecho (Oosterhuis, 2018) y vislumbrada como un lugar de cruce entre múltiples determinaciones (Baremblyt, 1998).

Además, su contraparte apriorística y dicotómica, la noción de enfermedad mental, ha sido objeto de críticas muy variadas. Desde la negación total de su existencia (Szasz, 1999), hasta críticas por su estrecho vínculo con la psiquiatría, las instituciones y la biomedicina (Goffman, 1969, 1988; Foucault, 1986, 1974, Rosenhan, 1973, Apud, 2019). Así como también, los despliegues que hicieron mutar su conceptualización una y otra vez para operar en sinergia con la modernidad (Martínez Hernández, 2008) y los procesos capitalistas y neoliberales inmersos. Al fin y al cabo, una hegemonía (Gramsci, 1977) de dos nociones que son partícipes

de nuestra actualidad, con el poder de efectuar, aún en nuestros tiempos, un juicio de anormalidad (Bowers, 1998).

Sin ánimos de realizar un análisis exhaustivo, lo cual no es el fin de éste trabajo, propongo desplegar alternativas ya realizadas, para alimentar la discusión sobre la salud y la enfermedad mental, que sirvan no sólo para oficiar como macroscopio (Martínez Hernández, 2008), sino que sirvan como marco teórico para mi investigación.

Deconstruir (Derrida, 1997) la salud y la enfermedad mental, nos habilita a concebir ambas como constructos que deben pasar por el crisol de las dimensiones culturales, sociales, históricas, políticas y económicas. Nos permite también promover una co-producción de saberes (Comelles, 2003) entre profesionales, curanderos, usuarios, etc., evitando una imposición cultural (Leininger, 1978) de la biomedicina; destacando a los cuidados legos de la salud (Haro, 2000) y los heterogéneos sistemas de autoatención/cuidado y atención alternativa en salud.

Además de contribuir a expandir la mirada sobre los fenómenos de religiosidad y espiritualidad (Tosao, 2012; Koenig, 2010; Sperry y Shafranske, 2005; Koenig et al. 2001) y su influencia en la construcción de novedosas formas de afrontamiento del padecer y su potencial terapéutico.

Ésto nos ayudará también a entender que los procesos de atención en salud son una construcción social y profesional de carácter teórico-técnico (Barber, 2009) y que los mismos son hechos estructurales que se dan en todas las sociedades (Menéndez, 2005), con sus variables singulares y características.

Es pertinente por ende, indagar sobre las conceptualizaciones cotidianas, mestizas de los procesos S/E/A/P. Sólo así, se podrá reconocer (Honneth, 2017) la capacidad de afrontamiento de los usuarios (Travelbee, en Beltrán Salazar, 2008) y devolverle la voz, tantas veces silenciada, ocultada, criticada y juzgada, a los mismos.

En tiempos actuales donde se hace necesario un modelo dialógico de las intervenciones en salud (Martínez Hernández, 2008) y donde se aboga por una transdisciplina (Morín, 1984), se hace necesario recuperar el mundo social del sufrimiento, e ir al rescate del sujeto reflexivo (Martínez Hernández, Correa-Urquiza, 2017). Se hace imperante una visión binocular (Bohannon, 1996), para mantener una perspectiva crítica de nuestras identidades profesionales (Beijaard et al. 2004).

Por consiguiente, psicología y antropología (en especial la antropología médica), pueden ayudarnos a superar una lectura muy poco crítica de la salud mental y la enfermedad mental que propicia una imagen monolítica y reduccionista (Comelles, 2000) de los procesos de S/E/A/P (Menéndez, 1981) y mantener una problematización constante sobre la ética comerciante y la pedagogía del consumo (Carpintero et al. 2016). Contribuyendo a enfatizar en una mirada macroscópica (Martínez Hernández, 2008) de todos los factores culturales,

sociales, económicos, políticos, históricos y jurídicos que producen tanto enfermedad como salud.

Atención en salud mental: un puzzle sin finalizar

¿Cómo brindamos nuestra atención en salud? ¿Sobre qué constructos teóricos amparamos nuestros modelos de atención (Saforcada, 1999)? ¿Inventamos personas en nuestra atención (Hacking, 2014)? ¿Cuestionamos nuestra identidad profesional al brindar la misma (Beijaard et al. 2004)?

Partimos de que la experiencia de enfermar varía según el contexto específico, convirtiéndose en una realidad clínica diferente en cada caso (Toombs, 1987), y que la cultura otorga una forma particular a los síntomas que se ven evaluados en el encuentro diagnóstico (Jenkins, 1998). Podemos observar la variabilidad y multidimensionalidad de la atención en salud mental, sus tratamientos y los roles contruidos a partir de la misma. Ésta ha oscilado como el movimiento de un péndulo (Martínez Dibarboure, 2022), entre explicaciones naturales y sobrenaturales de la enfermedad mental. Movimiento que nos confronta con el análisis de la realidad contemporánea sobre el qué atención se brinda, cómo se brinda y para qué se brinda. Es por ello necesario partir desde las disciplinas con los pies en el suelo, orientados hacia una praxis que se aplique críticamente y políticamente (Scheper-Hughes, 2000). Tomando a la biomedicina como una subcultura con sus propios valores, prácticas y creencias que tienen su influencia en el contexto social (Mishler, 1981).

El peligro de anular o silenciar dimensiones de la enfermedad y salud mental, recae justamente en no reconocer que la atención en la misma es un puzzle sin finalizar, que va cambiando constantemente y que según el crisol donde se la mire, va a variar su repercusión terapéutica, social y política. Es crucial tener recaudo de no sólo existe la atención en salud mental en las instituciones enmarcadas para brindarlas, sino que la autoatención/cuidado pueden funcionar con independencia a estas últimas (Haro, 2000), aún cuando se tenga mucha influencia de ellas.

Comenzar por cuestionar nuestras identidades profesionales (Beijaard et al., 2004), nos lleva a preguntarnos qué sentido le damos a nuestra praxis y como la llevamos a cabo. Pero más aún nos enfrenta a observar cómo ese proceso de sujeción tiene efectos no sólo en nuestra subjetividad, sino en el rol que hemos de ocupar y el peligro de una *hybris* que se hace latente. Inventar personas (Hacking, 2014), puede resultar una práctica cotidiana en un encuentro clínico, dónde el diagnóstico, siendo una herramienta clasificatoria que oficia de guía para la atención (Bianchi, 2018), muchas veces anula toda posibilidad de reinventar nomenclaturas singulares y heterogéneas por parte de los usuarios, propiciando un etiquetamiento (Lemert, 1967) que ocasiona más rupturas que arreglos. Urge preguntarnos si poseemos una mirada

objetivadora (Sartre, 1993), con una categorización social (Tajfel y Turner, 1986) que habilita una asimetría relacional clínica y una postura occidentalista (Levinas, 2000). O si por el contrario nos situamos en una problematización en pos de una mejora constante de la atención en salud mental y la incertidumbre de categorías diagnósticas culturalmente variables.

Al fin y al cabo, ¿Cómo puede uno demostrar la significación y pertinencia humanas generales de la condición de los usuarios, si el léxico que se promueve utilizar está hecho para reducir el significado de lo que es la vida del usuario a una entidad clínica? (Laing, 1980). Es pertinente promover el diálogo no sólo interdisciplinar, sino un diálogo simétrico entre todos los que conforman y utilizan las instituciones de atención en salud mental y más allá de las mismas. Sostener una apertura investigativa que sirva de sustento para generar servicios de mayor calidad y pertinencia, y promover el estudio de todas las dimensiones que entran en juego en cualquier dinámica clínica, desde una perspectiva hermenéutica y crítica.

Modelos Explicativos: una reactualización operativa y pertinente

La noción de Modelos Explicativos de Arthur Kleinman, antropólogo y psiquiatra estadounidense, se enmarca dentro de su obra *Patients and healers in the context of culture* (1980). A partir de su estudio de la sociedad china, el autor plantea que éstos modelos posibilitan el análisis de cómo las personas entienden, viven y manejan las situaciones de enfermedad, y cómo los mismos, eligen entre los tratamientos posibles ofrecidos por su cultura.

Los Modelos Explicativos se dan en respuesta a una situación de enfermedad concreta, por lo cual no pueden separarse de la inmanencia de la misma. No son, según el autor, ideologías de la salud, pues éstas existen con anterioridad a un hecho concreto de enfermedad. Para Kleinman (1980), una vez que el sujeto tiene conciencia de una enfermedad, pasa a intentar solucionar el problema, eligiendo entre las opciones médicas que se le ofrecen. Esto nos aporta dos claves fundamentales. Por un lado, es fundamental que el sujeto perciba que está enfermo para la indagación de los Métodos Explicativos, pudiendo variar esta percepción en variados contextos. Es decir, lo que quizá bajo un óculo médico sea una enfermedad, para el sujeto no lo sea. Por otro lado, los tratamientos posibles no son solamente los ofrecidos por la biomedicina, existiendo otras alternativas de atención en salud.

El análisis de los Modelos Explicativos permite evidenciar los significados personales y sociales de la experiencia de enfermedad de los usuarios y de los profesionales. Propicia una relación de simetría entre el profesional y el usuario, ya que indaga sobre cómo ambos le llamarían a lo que le pasa. Promueve la consulta sin prejuicios al usuario, sobre qué le hace la enfermedad, si percibe mucha gravedad o poca, las causas de porqué le sucedió y qué tipo

de tratamiento preferiría para la misma. Esto devuelve la voz al afligido, le otorga no solo respeto, comprensión a su situación, sino que posibilita el despliegue de su universo de representaciones y valores, habilitando un aprendizaje mutuo y una co-participación en el proceso clínico.

En cuanto a los recursos en salud ofrecidos en cada cultura, Kleinman (1980) utiliza la noción de “sistemas de atención en salud” (*health care system*), para evidenciar el entramado de sistemas médicos de atención y gestión en un marco cultural específico, es decir en cada población cohabitan diversos sistemas de atención en salud. Para el desarrollo de éstos modelos, se inspira en Geertz (1987) y su noción de “sistema cultural”, lo que coloca a los sistemas biomédicos, como cualquier otro sistema cultural y a partir de ello se propone describir a la enfermedad como un producto cultural inmerso en un mundo local lleno de significados. La potencia de este libro y de los Modelos Explicativos, además de lo anterior, se aboca en restituir el valor de las narrativas de la aflicción y la dimensión cultural de la enfermedad (*Illness*), pero no por ello quedó eximida de críticas, no sólo de varios autores, sino del propio Kleinman.

Pese a ser una obra pionera de la antropología médica (Martínez Hernáez, 2023), su obra fue tildada, en parte, de pragmática e interpretativista (Comelles y Martínez Hernáez, 1993), ya que no abarcaba todas las dimensiones de la enfermedad. Esto se evidencia en los aportes de Young (1982), quien destaca que en los aportes de Kleinman, falta la dimensión social de la enfermedad. Así como también para otros autores que resaltaron las dimensiones económicas-políticas inherentes a cualquier proceso de enfermedad (Taussig, 1980; Singer 1990; Baer et al.1986).

Tal efecto tuvieron éstas críticas, que Kleinman modifica su noción de Modelos Explicativos, ya que estos omitían que las interacciones usuario-profesional se enmarcan en un campo de relaciones de poder y de desigualdad (Kleinman y Kleinman, 1991; Kleinman y Benson, 2004). Por lo cual plantea la noción de “sufrimiento social” para destacar que éste abarca, además del dolor físico, las dimensiones económicas, reflejadas en la inseguridad laboral y la influencia de las carencias económicas, entre otros elementos. Destacando además, que el sufrimiento adquiere un carácter social ni bien supone un peso para la red social.

Si bien concuerdo con que los Modelos Explicativos, tienen críticas bastante pertinentes, me gustaría proponer una nueva significación de los mismos, al margen de lo ya planteado. Por ello propongo para esta investigación, una reactualización de la noción; tomando el valor y potencia hermenéuticas de los Modelos Explicativos, pero integrando a sus dimensiones y análisis una problematización crítica de los factores económico-políticos y sociales. Por lo tanto, planteo integrar a las preguntas que conforman a los Modelos Explicativos, indagaciones sobre las relaciones de poder vislumbradas en el acto clínico y la percepción de la institución en la cual se encuentran insertos, tanto el profesional como el usuario.

Además, pretendo integrar cuestionamientos que propicien una multidimensionalidad tanto en los tratamientos como en las concepciones, integrando a la indagación, cuál es el peso que el padecer transitado tiene en su círculo íntimo y qué respuesta social encuentra ante lo que le sucede. Para así, lograr una lateralidad (Canetti, 1994) que permita continuar explorando saberes y posturas no vislumbradas; que permitan mantener la capacidad de asombro y que no colonicen subjetividades (Martínez Hernández y Correa-Urquiza, 2017), sino que promuevan singularidades heterogéneas. Es por esto que considero pertinente un análisis de los Modelos Explicativos con su reactualización mencionada, en Uruguay.

Problema y objetivos de investigación

Preguntas de investigación

- ¿Qué Modelos Explicativos pueden observarse en los usuarios y los profesionales que forman parte de los dispositivos del programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas? ¿Cómo estos modelos interactúan entre sí?
- ¿Qué dimensiones de la enfermedad y la salud mental son tomadas en cuenta por los mismos?
- ¿Cómo interviene la consideración de las dimensiones tomadas en cuenta en el proceso de S/E/AP de los casos estudiados?
- ¿Qué efectos tienen las dimensiones valoradas en la identidad profesional de los técnicos?
- ¿Qué prácticas de autoatención/autocuidado y atención alternativa pueden identificarse en los usuarios? ¿Qué Modelos Explicativos estas prácticas conllevan? ¿Cómo se articulan con el proceso de S/E/AP y las dimensiones que este proceso supone?

Objetivos generales y específicos

Objetivo general

Indagar y describir etnográficamente los Modelos Explicativos de profesionales y usuarios del programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, y los efectos que sus interacciones generan.

Objetivos específicos

1. Realizar una descripción etnográfica del programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas.
2. Describir los Modelos Explicativos de profesionales y usuarios del programa de salud mental estudiados.
3. Indagar sobre las dimensiones de la enfermedad y salud mental tenidas en cuenta por los usuarios y los profesionales en el mismo.
4. Analizar cómo los Modelos Explicativos influyen en los procesos de S/E/A/P de los usuarios.
5. Explorar cómo influyen las dimensiones valoradas recogidas mediante el análisis de los Modelos Explicativos, sobre la identidad profesional de los técnicos.
6. Explorar en las prácticas de autocuidado, autoatención y/o atención alternativa que puedan emerger desde el discurso de los usuarios y técnicos en referencia a la salud y enfermedad mental.
7. Problematicar la presencia o ausencia de modelos multidimensionales en los Modelos Explicativos de técnicos y usuarios del programa de salud mental estudiado.
8. Indagar sobre las competencias culturales encontradas en el mencionado programa y cómo éstas influyen en la praxis profesional.
9. Contribuir a una mejora en la atención en el programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, a través de una perspectiva de antropología médica que permita visibilizar distintas dimensiones de la experiencia de salud y enfermedad.

Metodología

Diseño de investigación: etnografía

Propongo una etnografía crítica de un año de duración para esta investigación, dotada de herramientas como la observación participante, entrevistas en profundidad e informales (Guber, 2001). La elección del método etnográfico se debe a su carácter polifacético (Cruz et al. 2022), que posibilita sostener la incerteza como vía de conocimiento (Martínez Hernández, 2010); también debido a su poder reflexivo, contribuyente a repensar las situaciones (Martínez Hernández, 2006). Al ser una técnica narrativa y un método de observación (Brigidi y Comelles, 2015), permite mantener una postura crítica en la producción y la implementación de novedosas formas de transmitir lo recolectado.

Al ser mi objetivo general la indagación y descripción de los Modelos Explicativos de usuarios y profesionales del programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, este método es

sumamente oportuno para mis fines investigativos, porque supone trabajo de campo intensivo y extensivo en el Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, y un acercamiento in situ a los distintos agentes sociales del mismo, pudiendo de esta manera obtener información de primera mano (Ramírez Hita, 2013) y habilitar la inserción por parte de quién investiga en el territorio dónde acontecen los hechos que se buscan problematizar. Una metodología etnográfica que al ser integral, posibilita la observación de entramados diversos e impensados (Guber, 2005) y que tiene como eje central la captación de significado de los sucesos y acciones que tratamos de comprender (Spradley, 1979).

En consonancia con el método descrito y los objetivos planteados, esta investigación tomará como referencia los Modelos Explicativos con su reactualización propuesta anteriormente. Buscaremos habilitar la producción de narrativas de los agentes sociales que puedan emerger en el contexto del programa de salud mental estudiado y que den cuenta de causas, interpretaciones, significados y percepciones de la enfermedad y salud mental y sus tratamientos. A partir de estas narrativas, podremos analizar cómo estas percepciones afectan las identidades profesionales (Beijaard et al., 2004).

Participantes y lugar de investigación

Considero oportuno que mi trabajo se desarrolle en el nuevo programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, dado su amplio alcance poblacional y sus objetivos. El mismo cuenta con cinco niveles de complejidad creciente: un dispositivo para la continuidad asistencial, atención ambulatoria y en urgencias, hospitalización de salud mental de corta estadía y un centro diurno (UdelaR, 2023). Dados los fines de ésta investigación, es apropiado a mi entender desarrollar la misma en cuatro de estos cinco niveles de complejidad. Dejando de lado la atención en urgencias, dada las dificultades técnicas de inserción presumibles y de principios éticos, por ejemplo, con respecto a no violentar los derechos de los usuarios que se encuentren en esa situación de vulnerabilidad e imposibilidad de brindar consentimiento. Los destinatarios de esta etnografía por ende serán los usuarios que: i. concurran al centro diurno; ii. transiten una hospitalización mental de corta estadía; iii. reciban atención ambulatoria. Además, también se tomarán en cuenta los agentes sociales que formen parte de la atención que se brinda en cada uno de esos dispositivos, más concretamente, los profesionales en salud mental, teniendo también en cuenta a aquellos que participen del dispositivo de continuidad asistencial. Por lo cual, se prevé que los participantes serán: i. usuarios que se encuentren hospitalizados luego de una situación de crisis; ii. usuarios insertos en el centro diurno (que tiene su énfasis puesto en la recuperación y en ser una alternativa a la hospitalización de tiempo completo); iii. usuarios que acudan a atención ambulatoria, caracterizados por contar con problemas de salud mental severos; iv.

profesionales enmarcados en estos dispositivos (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales); v. profesionales que participen del dispositivo de continuidad asistencial.

Con respecto a los casos a tomar en consideración, propongo una selección de máxima variación (Flyvbjerg, 2006) ya que dota a mi investigación de la mayor heterogeneidad posible de participantes, de modo de indagar en sus distintos modelos explicativos y otros elementos a indagar y a describir, coincidiendo con mis objetivos descriptivos y analíticos. Para ello, y a través del trabajo de campo, indagaré en los perfiles de los participantes, para elegir los casos a entrevistar siguiendo los criterios de selección propuestos.

Tal como aparece en la Figura 1, los elementos a tomar en cuenta para la selección de casos son, en primer lugar, la máxima variabilidad etaria y de residencia que sea posible, tanto de usuarios como de profesionales. La franja etaria supone considerar la posibilidad de diferencias generacionales en los Modelos Explicativos, mientras que la variabilidad de residencia supone posibles diferencias tanto a nivel socioeconómico como cultural para distintos barrios de Montevideo. Otro criterio de selección será la variabilidad en las definiciones individuales que los usuarios presenten en relación con la salud y la enfermedad mental. Este criterio será pertinente para capturar los heterogéneos enfoques, creencias y experiencias en relación a cómo definen lo que los lleva a acudir a recibir atención. Para hacer operacionalizable la selección de este criterio, se utilizará la observación participante, ya que permitirá acceder de manera directa a las interacciones cotidianas y a las narrativas de los usuarios, en especial a cómo presentan lo que les sucede. En cuanto a los profesionales, el enfoque central será la variabilidad disciplinar, entendida como un elemento fundamental para explicar las diferencias en las conceptualizaciones teórico-metodológicas de la enfermedad y la salud mental.

Otros criterios de importancia que se resaltan en los aportes de la antropología médica son la potencial diversidad en las prácticas de autoatención/cuidado y atención alternativa. Nos plantearemos entonces, por un lado, abarcar la mayor diversidad posible de los fenómenos de autoatención/cuidado presentes en los usuarios, utilizando la observación participante como se detalló con anterioridad. Por otro lado, y utilizando la misma técnica de selección, buscaremos contemplar la variedad de prácticas de atención alternativa de los usuarios. Esta selección de casos me permitirá analizar las diversas posturas que se pueden encontrar en un dispositivo de salud mental.

Figura 1. Criterios de selección de casos para las entrevistas en profundidad

Criterio de Selección	Usuarios	Profesionales
Edad	Variabilidad etaria	Variabilidad etaria
Residencia	Variabilidad de ubicación de residencia	Variabilidad de ubicación de residencia
Salud y enfermedad mental	Variabilidad de explicaciones y definiciones	Variabilidad de disciplinas actuantes en los dispositivos
Fenómenos de Autoatención/cuidado	Variabilidad de estos fenómenos presentes	-
Atención alternativa	Variabilidad de lugares y asistencias a estos dispositivos	-

Observación participante

Pese a que la observación es una práctica transversal (Hendel, 2015), hablar de observación participante es hablar de ese “estar allí” en el territorio (Guber, 2001), en tiempo real (Mantilla, 2010), habilitando al investigador a la aproximación a elementos inmanentes y significativos que habilitan una coproducción de saberes más que cualquier otra técnica. La misma es flexible, ya que no consta de una aplicación mecánica y rígida (Guber, 2005), un método fiable para obtener datos mediante la observación (Ramírez Hita, 2009). Como Valles (1999) resalta, la observación participante tiene un doble propósito, implicarse y ver, tener una atención incrementada y un registro sistemático de los sucesos.

Es por esto que considero esta técnica fundamental para mi estudio ya que permite entre otras cosas, la recolección de información útil, que permita explorar en: i. las dimensiones que se encuentran inmersas en la producción de la enfermedad mental y salud mental en el contexto estudiado; ii. el entramado relacional que se construye entre los Modelos Explicativos de los usuarios y los profesionales y los efectos que esto produce; iii. las dimensiones económico-políticas enmarcadas en la atención en salud mental y las dinámicas de poder implícitas; iv. los fenómenos de autoatención/cuidado y de atención alternativa puestos en juego en el acto clínico; v. los factores institucionales y sus efectos en la atención en salud mental; vi. la presencia o ausencia de modelos multidimensionales en la conceptualización de la enfermedad y salud mental.

La duración del trabajo de campo será de un año y para la ejecución de esta observación participante se propone al inicio de la misma, el periodo de un mes de familiarización en todos

los espacios con anterioridad detallados; instancia que habilitará un ingreso paulatino y oportuno al territorio permitiendo conocer a quienes participan del programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas y los espacios de inserción. Finalizado éste plazo de tiempo, se prevé el plazo de dos meses de asistencia a los espacios en el que el énfasis de la observación pasará por la búsqueda de casos de investigación que se adapten a los criterios de selección planteados, en combinación con una atención sostenida que permita vislumbrar, en caso de existir, alguno o varios elementos de la información útil enumerada. En los siguientes seis meses se propondrá intensificar progresivamente la participación, implementando acciones enfocadas en investigar los fenómenos de autocuidado/atención y atención alternativa, y las dimensiones económico-políticas dentro del marco de la atención de estos dispositivos, en combinación con las entrevistas en profundidad. Para los restantes tres meses se planteará la disminución progresiva de la participación, con la intención de poder generar instancias reflexivas sobre lo puesto en juego; llegando al último mes de esta etnografía con dinámicas de cierre y una evaluación conjunta de lo vivido. Como elementos anexos a destacar es importante mencionar que en todo el tránsito de la ejecución de ésta técnica, se tendrá especial recaudo en la posibilidad de la realización de entrevistas informales, y se estará en constante observación del entramado relacional que se construye entre los Modelos Explicativos de los usuarios y de los profesionales y sus efectos, las dinámicas de poder y los factores institucionales inmersos en la atención en salud mental y la ausencia o presencia de modelos multidimensionales en las conceptualizaciones de la enfermedad y salud mental. Utilizando la observación participante, y sosteniendo una postura que Powdermaker (1966) llama ajena y amiga, es que propongo la realización de esta investigación en territorio, observando y participando. Tomando como base fundamental de la primera el registro de campo y el diario de campo (Ameigeiras, 2006), los cuales serán dos soportes fundamentales para recolectar lo escuchado, lo percibido y lo vivido en esos encuentros inmanentes en territorio.

Entrevistas en profundidad

Propongo entrevistas semi-estructuradas (Guber, 2005), que busquen ahondar, a grandes rasgos, en los Modelos Explicativos sobre los procesos de enfermedad y salud mental. Las entrevistas son herramientas fundamentales en la etnografía ya que habilitan un despliegue de narrativas más exhaustivo y delimitado, que se complementa a la perfección con la observación participante. Teniendo en cuenta que el contexto y los universos culturales de los involucrados en la realización de las entrevistas es fundamental, y que se puede conocer estos dos elementos en territorio, es que considero oportuno la presentación de un guion

provisorio de las mismas, pero teniendo presente la incerteza que puede llegar a acontecer en el campo (Martínez Hernáez, 2010) pudiendo modificar cualquiera de estas preguntas. Éstas últimas tendrán un guion diferente para usuarios y para profesionales e indagarán a grosso modo, sobre cómo los actores intervinientes en el programa entienden el proceso de atención, la salud y enfermedad mental; qué tipo de tratamiento consideran más eficaz los usuarios y los profesionales y por qué; qué prácticas de autocuidado/autoatención tienen los usuarios y el reconocimiento de ellas por parte de los profesionales; la postura de ambos grupos sobre la influencia de los factores económico-políticos tanto en la atención en salud mental, como en las percepciones de la misma; si se considera a la atención alternativa como un factor relevante en la salud mental o no, qué dimensiones consideran que son tenidas en cuenta en la enfermedad y salud mental y en referencia a los profesionales cómo afecta esta valoración a la identidad profesional. Por ende, el cuestionario dirigido a los usuarios (véase Anexo A) tomará en consideración el expuesto por Kleinman (1980, véase Anexo B) e integrará otros elementos pertinentes. Tendrá componentes sociodemográficos: la edad, residencia y nivel educativo; una descripción personal sobre qué es lo que percibe que le está sucediendo al usuario, qué factores lo originaron y el impacto social-vincular-familiar sobre la irrupción de ese padecer. La asistencia o no a dispositivos de atención alternativa y las prácticas de religiosidad y espiritualidad, así como también la elección en la atención en salud mental, tanto comunitaria como institucional.

Con respecto al cuestionario dirigido a los profesionales (véase Anexo A) insertos en los dispositivos del programa con anterioridad mencionado, éste tomará como elementos centrales el cuestionario de Kleinman (1980) para la indagación de los Modelos Explicativos (véase Anexo B), así como también tendrá como influencia el Inventario de Competencias Culturales de Castro Solano (2012), desde donde identificaremos algunos elementos para el cuestionario (véase Anexo C, donde se presenta el inventario). Compartirá al igual que el guion de las entrevistas para los usuarios, elementos sociodemográficos: edad, residencia y profesión; pero su énfasis se encontrará en los factores más resaltantes en sus consideraciones para concebir a la salud y enfermedad mental. A partir de este eje, se profundizará sobre la variabilidad según la profesión, la relación que tienen estos factores con la atención brindada y con los efectos que estos tienen en la identidad profesional (Beijaard et al, 2004). Se le dará en las entrevistas, además, especial importancia a cómo conciben los profesionales al individuo que acude a recibir atención en salud mental, el rol que tienen los diagnósticos en el vínculo clínico y la visualización o no de factores económico-políticos en la producción de enfermedad y salud mental. Por último, se contará en el guion con preguntas que indaguen sobre la asistencia o no a dispositivos de atención alternativa, las prácticas de religiosidad y espiritualidad y las posturas sobre los fenómenos de autoatención/cuidado de los usuarios.

Las preguntas aquí planteadas tendrían como duración para su realización el tiempo de seis meses, y oficiarían como artefactos habilitantes de la exploración de los Modelos Explicativos de los profesionales y usuarios y por ende, de otros elementos que pueden llegar a constituirlos, como la autoatención/autocuidado en salud y los fenómenos de atención alternativa vinculados a la salud y enfermedad mental. Las entrevistas habilitarían la indagación de los procesos de S/E/A/P en el contexto uruguayo de una manera singular, además de proporcionar información sobre cómo influyen las conceptualizaciones de enfermedad y salud mental de los Modelos Explicativos sobre la identidad profesional de los técnicos (Beijaard et al. 2004), siendo crucial por ende, partir desde el inicio con una reducción fenomenológica (Safranski, 2010) y pensando con conceptos mutables y no a través de ellos (Geertz, 1987), para no caer en pre-conceptualizaciones o conceptualizaciones cristalizadas.

Reflexividad

Siguiendo la propuesta de una etnografía crítica, se tomará en cuenta el análisis de la reflexividad (Guber, 2005), ya que habilita a repensar el rol de quién investiga y sus intencionalidades. Al fin y al cabo el método etnográfico y la observación participante permiten expandir y modificar las herramientas planteadas a priori, y por ende modificar la sensibilidad del propio investigador (Farnsworth y Boon, 2010). La noción de “presente etnográfico” (Geertz, 1989) y los aportes de Shapiro (1997) serán cruciales con respecto a la objetividad, ya que siempre debe mantenerse un autoanálisis crítico de lo producido y de las presunciones de objetividad. Así como también, se tomará en cuenta la noción de “punto de partida metodológico” (Bourdieu et al., 1975), poniendo en evidencia y análisis antes de iniciar la investigación, los presupuestos de quién investiga con respecto al campo, los participantes y las temáticas a indagar.

Técnicas complementarias: competencias culturales y técnica de incidentes críticos

El análisis de las competencias culturales puede oficiar como una técnica exploratoria complementaria que indague y genere nueva información relevante sobre el accionar de los profesionales tomando como punto de partida la cultura. Ellas constan de las siguientes dimensiones: i. conciencia o sensibilidad cultural (Sue et al., 1992, Pedrero et al. 2019); ii. conocimiento cultural (Sodowsky et al., 1997); habilidades culturales (Sue et al., 1996). En referencia a la conciencia o sensibilidad cultural, según Pedrero et al. (2019) y Sue et al. (1992) ellas tienen como características, todo ejercicio singular que tenga el profesional con respecto a la cultura singular que él habita y las variadas otras culturas con las que pueda llegar a tener contacto. El énfasis en esta dimensión es la capacidad reflexiva que pueda llegar a tener en mayor o menor medida, el profesional sobre su entorno y las influencias que

tengan sobre su praxis: los preconceptos normativos, valorativos y creencias con los que se parta. Con respecto al conocimiento cultural, Sadowsky et al., (1997) plantean que esta dimensión se caracteriza por el interés y conocimiento que se tenga sobre la cultura en la cuál está inserto el profesional y otras culturas que puedan llegar a concurrir en busca de atención en salud. Las habilidades culturales según Sue et al. (1996), nos hablan de la capacidad que tenga el profesional de llevar a cabo una práctica de atención en salud apropiada y sensible con las otras culturas, es el aspecto de análisis más práctico con el que cuentan las competencias culturales.

Pese a ser una conceptualización ambigua y multidimensional dependiendo del contexto del que se las utilice (Lum, 2011), siendo un ejemplo de esto son los planteos de Cross et al. (1989) en los cuales se observa una fuerte impronta institucional en el análisis de las competencias culturales. Y de las críticas hacía las mismas por parte de Comelles (2003) por ser una mera evaluación biomédica que tiene como objetivo proteger a los hospitales. Considero al análisis de las competencias culturales (Véase Anexo C) como una técnica oportuna para complementar la observación participante y las entrevistas, ya que me permitiría indagar qué efectos tienen en los profesionales su conciencia, conocimiento y habilidad cultural; disparadores para observar con mayor detención la dimensión cultural de la enfermedad y salud mental, otras dimensiones tomadas o no en consideración.

Con respecto a la técnica de incidentes críticos (Flanagan, 1954), ésta podría oficiar también como complemento a las otras técnicas con anterioridad desplegadas. El objetivo de la misma consta en lograr una mayor comprensión de los incidentes acontecidos en un contexto particular, tomando como base la cosmovisión del individuo y teniendo en cuenta sus elementos conductuales, afectivos y cognitivos (Chell, 2004). Estos incidentes son usualmente repetitivos en mayor medida (Flanagan, 1954) pudiendo ser observaciones recurrentes sobre una dificultad derivada de uno o varios accionares que configuran un escenario a mejorar en ese contexto. Al ser una técnica que propicia un incremento exploratorio sobre un fenómeno en particular que puede ser conflictivo o percibido como negativo, es una herramienta útil (Gremier, 2004) para encontrar elementos disruptivos que puedan repetirse en la exploración de los Métodos Explicativos de los profesionales. Ésta característica, habilita a la construcción de la mejora en la atención en salud, identificando factores o situaciones relevantes, como los pueden ser problemas que se generen en la institución de diversa índole que inciden significativamente no solo en la praxis, sino que también en las concepciones de la salud y enfermedad mental y sus dimensiones.

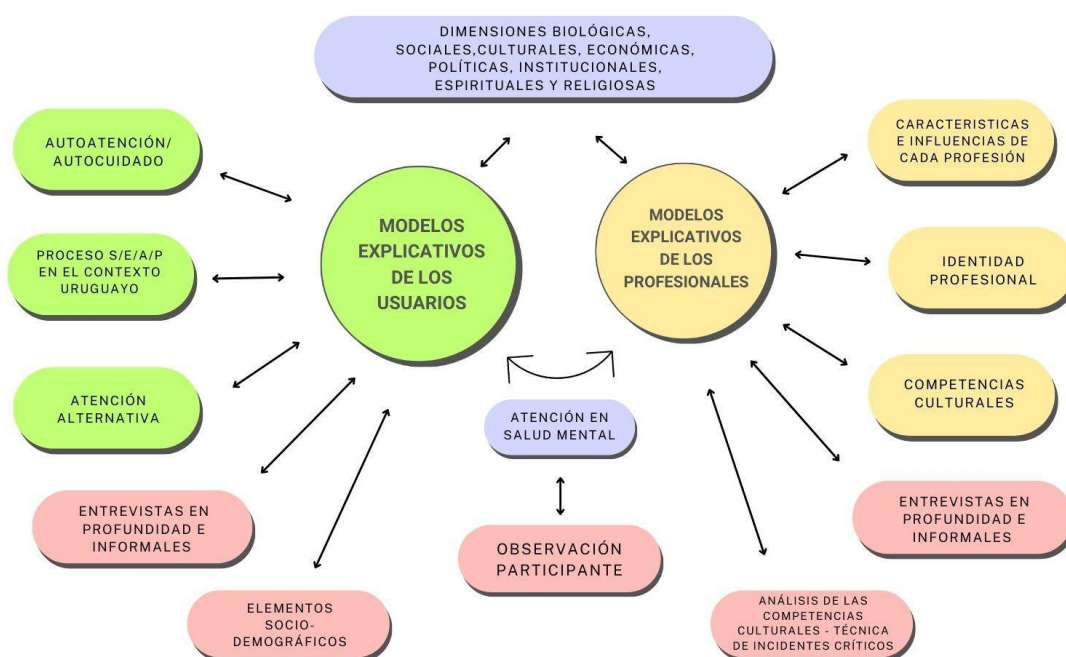
Ambas técnicas contribuirían a reactualizar los Modelos Explicativos de Kleinman (1980) ya que en ellas podrían surgir elementos económico-políticos, críticos e intersubjetivos que surjan desde los profesionales y que contribuyan a una mejora en la atención en salud.

El método puesto en práctica

A modo ilustrativo, se propone una explicitación gráfica de cómo se llevarían a cabo las técnicas para el abordaje de este estudio (Figura 2). Sobre el centro del gráfico y de forma redondeada se encuentran los dos grandes ejes a indagar, los Modelos Explicativos de usuarios y de profesionales, a modo clarificante se diferencian ambos con un color diferente. De ambos se desprenden elementos que podrían componer los mismos ya abordados en páginas anteriores: los sistemas de autoatención/autocuidado, la atención complementaria (Haro Encinas, 2000); los procesos S/E/A/P por parte de los usuarios; las competencias culturales, la identidad profesional y las características e influencias de cada profesión por parte de los profesionales. Sobre el extremo superior central se encuentran las dimensiones que componen ambos Modelos Explicativos y por debajo, el interjuego entre ambos modelos donde se configura la atención en salud mental.

Para el despliegue de esta propuesta, pretendo analizar esa vinculación entre ambos modelos tomando como base la observación participante, ya que considero que ella es habilitante de descubrir en territorio nuevos entramados intersubjetivos dónde pueden evidenciarse el relacionamiento entre los Modelos Explicativos de usuarios y profesionales. Resaltado con rosado al igual que la observación participante, se encuentran las técnicas a utilizar para la indagación de los Modelos Explicativos de cada grupo, es por ello que priorizaré para la recolección de narrativas en los usuarios, las entrevistas en profundidad e informales. Con respecto a los profesionales, considero oportuno el análisis de las competencias culturales, las entrevistas en profundidad e informales, y la técnica de incidentes críticos. Esta distinción en la utilización de técnicas contribuye a generar una descripción más profunda de los temas a indagar y una pertinencia con respecto a los objetivos planteados, ya que no sólo toman en consideración una dimensión singular para la descripción de lo transcurrido en el campo. Sino que brindan un abordaje investigativo que considera al desarrollo del interjuego entre modelos y las repercusiones que tiene en la atención como algo elemental.

Figura 2. El método puesto en práctica.



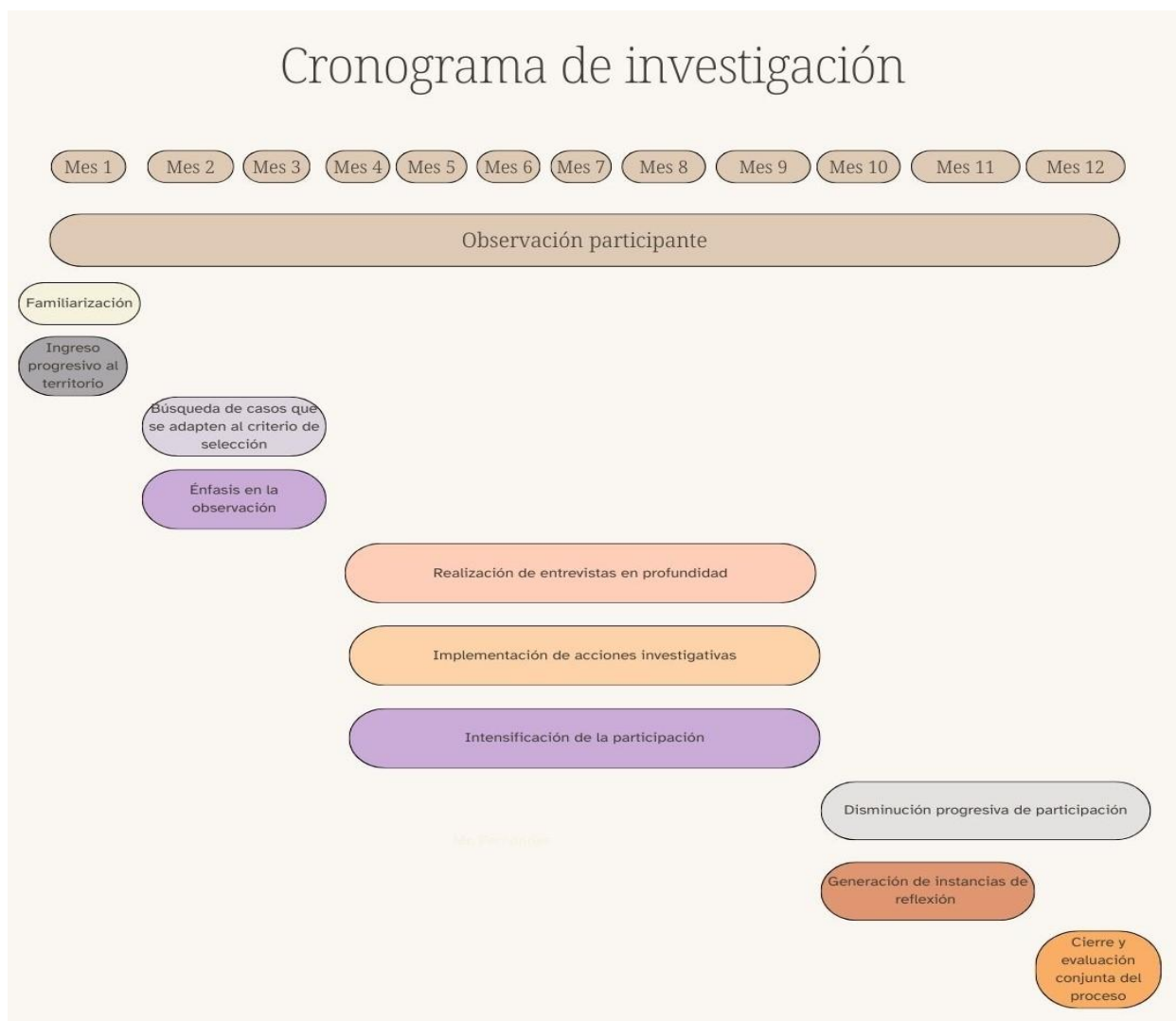
En suma, se intentará realizar esta etnografía, en busca de narrativas por parte de quienes componen el servicio de atención del programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas, preferentemente en cuatro de sus cinco niveles de complejidad. Para indagar sobre los factores que se encuentran inmersos en las concepciones de salud y enfermedad mental. Contribuir a ampliar el espectro de visión sobre los factores culturales, sociales, económicos y políticos y sus efectos en la atención, la percepción e interpretación de los padecimientos psíquicos. Cómo afectan las mencionadas concepciones en la construcción de las identidades profesionales (Beijaard et al., 2004). Qué modalidades de autoatención/cuidado y atención alternativa en salud mental pueden surgir en nuestro contexto. Y la posible contribución de los Modelos Explicativos en los estudios de salud en Uruguay. Sosteniendo como base fundamental, un enfoque crítico y manteniendo el asombro (Jaspers, 2000) como vía de conocimiento.

Cronograma

Con respecto al cronograma de la presente investigación se prevé como se ha mencionado con anterioridad, una inserción progresiva en el territorio que alcance su máxima participación hasta llegar al noveno mes en el campo, decreciendo en los restantes tres meses. Por lo cual en el desarrollo de este estudio etnográfico (Figura 3) que tiene como eje la observación participante, se tomará al primer mes como una instancia de familiarización de los espacios

a concurrir, siendo una etapa propicia para generar un vínculo con quiénes forman parte del mencionado programa y para conocer los lugares dónde se desarrollan las actividades. Se continuará en los siguientes dos meses con el énfasis en la observación, ponderando la búsqueda de casos que se adapten al criterio de selección planteado y recolectando información que se pueda obtener en las instancias en las que se participe.

Figura 3. Cronograma de investigación.



Luego de finalizado el tercer mes de este trabajo y teniendo delimitados los casos para realizar las entrevistas, se continuará con la observación participante, incorporando actividades orientadas a explorar los fenómenos de autocuidado/atención y las dimensiones económico-políticas en el contexto de la atención en salud mental. Éste periodo estará caracterizado por una participación más exhaustiva y comprenderá el lapso de tiempo entre el cuarto mes y el noveno mes. Llegando a los restantes tres meses se prevé que la participación disminuya progresivamente, generando instancias de reflexión de lo vivido y culminando con un cierre y una evaluación conjunta del proceso.

Resultados esperados y plan de difusión

Se esperan hallar como resultados, discrepancias y coincidencias entre los Modelos Explicativos de los usuarios y los profesionales, habilitando a partir de esto una problematización crítica y diálogo entre los mismos, de modo de contribuir una mejora en las interacciones sociales que supone la atención en salud mental. A su vez, se espera que haya una dimensión con respecto a los procesos de S/E/A/P que sea predominante, lo que habilitaría una reflexión pertinente sobre la multidimensionalidad de la producción de salud y enfermedad mental. También se aguardan encontrar aportes que evidencien una influencia considerable de los factores económico-políticos en los padeceres subjetivos.

Con respecto al plan de difusión, se buscará difundir los resultados en el hospital estudiado a través de un taller donde se presentarán y discutirán los mismos. En cuanto a la difusión académica, se buscará en primer lugar difundir los resultados preliminares a través de su presentación en un congreso nacional o regional, de modo de no solamente difundir los resultados obtenidos, sino también obtener comentarios y sugerencias de pares académicos. En segundo lugar, se buscará publicar los resultados en una revista regional en español, y una revista internacional en inglés, para dar una difusión tanto local como global. Por último se pretende continuar con la línea de investigación en un futuro proyecto doctoral, dándole continuidad y nuevos aportes a la misma.

Consideraciones éticas

Ésta investigación tendrá como eje fundamental los lineamientos éticos de la Declaración de Caracas (OPS, 1990) en la que se plantea la protección de las personas con trastornos mentales y la promoción de la salud mental en comunidad, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), que promulga la defensa de los derechos de cualquier persona que transite por situaciones de discapacidad, tanto físicas como psicosociales, promoviendo la inclusión y la protección contra la discriminación.

Se seguirán los lineamientos y normativas nacionales establecidas por el Decreto 158/019 (Poder Ejecutivo y Consejo de Ministros del Uruguay, 2019) sobre investigación con seres humanos, siguiendo las indicaciones sobre autonomía, privacidad, uso de consentimiento informado, entre otros aspectos. Siguiendo a dicha normativa, se tomará como marco de relevancia la Declaración Universal sobre Bioética y DDHH (UNESCO, 2005), que plantea el respeto por la autonomía, dignidad humana y privacidad de cualquier participante que se vea inmerso en una investigación y la protección de sus derechos humanos.

Y por último, seguirá los lineamientos del Código de Ética de la Psicología de Uruguay (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sociedad de Psicología del Uruguay, Universidad de la República y Universidad Católica del Uruguay, 2001), que resumen en parte lo ya expuesto, basándose ésta investigación, en el respeto ala dignidad humana, el consentimiento informado y el respeto por la autonomía del usuario, la confidencialidad y la protección de la información y los principios de beneficencia y no maleficencia.

Anexo A

Guion propuesto para las entrevistas de usuarios:

- ¿Qué edad tienes?
- ¿Dónde resides?
- ¿Cuál es el último año de educación formal realizado?
- ¿Qué consideras que es lo que te está sucediendo?
- Si tuvieras que ponerle un nombre, ¿cómo le llamarías a lo que te sucede?
- Si tuvieras que mencionar las cosas que lo originaron, ¿cuáles serían?
- ¿Qué atención consideras que sería la adecuada para lo que te sucede?
- ¿Qué impacto tuvo en tu círculo íntimo la noticia sobre lo que te pasa? ¿Cómo consideras que te afectó esta reacción?
- ¿Asistes a algún dispositivo de atención alternativa? De asistir, ¿cuáles son los motivos de tu asistencia?
- ¿Consideras que eres una persona religiosa o espiritual? De ser afirmativa o negativa la respuesta, ¿por qué? ¿Realizas algún tipo de práctica que involucre oraciones, meditación, movimientos corporales, o técnicas de respiración? ¿Consideras que te son útiles o te alivian en tu vida cotidiana?
- ¿Existe algún tratamiento que te haya sido recomendado por alguien de tu entorno, o que esté presente en tu comunidad? ¿En qué consiste?
- ¿Qué reacción sientes en tu entorno no íntimo sobre lo que te sucede? ¿Crees que tal reacción afecta positiva o negativamente lo que te pasa?

Guion para las entrevistas de profesionales:

- ¿Qué edad tienes?
- ¿Dónde resides?
- ¿Cuál es tu profesión? ¿Cuál fue tu interés por estudiar la misma?
- ¿Cuáles son los factores que tomas en consideración para concebir a la salud y enfermedad mental? Partiendo de ellos, ¿qué rol tienen en tu atención brindada?
- ¿Consideras que estos factores tienen influencia en tu identidad profesional? De ser afirmativo, ¿por qué y en qué medida lo tienen?
- ¿Cómo concibes al individuo que acude a recibir atención en salud mental? ¿Qué elementos son importantes para tu conceptualización del mismo?
- ¿Qué rol le otorgas y cuál es tu opinión sobre los diagnósticos?
- ¿Qué importancia le otorgas a los elementos culturales y sociales en tu tratamiento?
- ¿Consideras que existen factores económico-políticos en la producción de enfermedad y salud mental? ¿Cuáles identificas? ¿Cuáles te resultan más relevantes?
- ¿Asistes a algún dispositivo de atención alternativa? De ser afirmativo, ¿cuál es tu motivación para asistir a él?
- ¿Te consideras una persona religiosa/espiritual? De ser afirmativa o negativa la respuesta, ¿por qué?
- ¿Cuál es tu opinión sobre los fenómenos de autoatención/cuidado en los usuarios? ¿Los consideras relevantes para su tratamiento?

Anexo B

Cuestionario planteado por Kleinman (1980) para la indagación de los Modelos Explicativos:

¿Cómo llama a su problema? ¿Qué nombre tiene? ¿Qué crees que ha causado tu problema? ¿Por qué crees que empezó cuando empezó? ¿Qué te hace tu enfermedad? ¿Cómo funciona? ¿Cuál es su gravedad? ¿Es de corta o larga duración? ¿Qué es lo que más temes de tu enfermedad? ¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad? ¿Qué tipo de tratamiento cree que debería recibir? ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener del tratamiento? (p. 106).

Anexo C

El Inventario de Competencias Culturales de Castro Solano (2012) es un instrumento cuantitativo creado para evaluar las capacidades individuales en contextos multiculturales y consta de tres ejes para la evaluación de las competencias culturales:

- **Conocimientos culturales:** Nivel de dominio de conocimiento de la propia cultura y otras culturas.
- **Habilidades culturales:** Habilidad para comunicarse interculturalmente y la resolución de conflictivas inherentes a aspectos culturales.
- **Actitudes culturales:** Predisposición a aceptar, tolerar y contribuir al fomento del aprendizaje intercultural.

Este inventario sirve como antecedente y como artefacto para la indagación de las competencias culturales, y servirá de inspiración para la formulación del guion de las entrevistas a realizar.

Referencias Bibliográficas

- Ablard, J. (2008). *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. University of Calgary Press.
- Ameigeiras, A. R. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En: Vasilachis, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.
- Apud, I. (2007). *Cultura, personalidad y psicoanálisis. Sobre el debate entre la antropología y el psicoanálisis a la luz de los datos etnográficos*. Recuperado en: <http://letras-uruguay.espaciolatino.com/apud/cultura.htm>.
- Apud, I. (2019). Del latah a la esquizofrenia. Una revisión de las categorías psiquiátricas desde la antropología médica. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 35, 129-148.
- Baer, H. A., Singer, M., & Johnsen, J. H. (1986). Toward a critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*, 23(2), 95–98. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90358-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90358-8)
- Barembliitt, G. (1998). *Introdução à esquizoanálise*. Biblioteca do Instituto Félix Guattari.
- Barrán, J. P. (2001). *Amor y transgresión en Montevideo: 1919-1931*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1996). El adolescente, ¿una creación de la modernidad?. En: Barrán, J. P., Caetano, G., & Porzecanski, T. *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920*. Santillana, 2, 174-199.
- Barrán, J. P. (1992). El manicomio y la razón médica en el Novecientos. *Gaceta Universitaria*, 6(1).
- Barrán, J. P. (1992-1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos* (Vols. 1-3). Ediciones de la Banda Oriental.
- Barber, N. A. (2009). ¿Dilemas? Metodológicos y éticos en la investigación antropológica en servicios de salud. *Avá*, (15), 109–121.
- Beltran Zalazar, O. (2008). La enfermedad grave, una oportunidad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215231006>
- Benedict, R. (1971) *El hombre y la cultura*. Centro Editor de América Latina.

- Beijaard, D., Meijer, P., y Verloop, N. (2004). Reconsidering research on teachers' professional identity. *Teaching and Teacher Education*, 20(2), 107-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2003.07.001>
- Bialakowsky, A., Lusnich, C., Rosendo, E. (2000). La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo. *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 46(3), 235-246
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 147-175. <https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.11>
- Bohannan, P. (1996). *Para raros, nosotros. Introducción a la Antropología cultural*. Akal.
- Boas, F. (1966). *Race, Language, and Culture*. Free Press.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.C., Passeron, J.C. (1975). *El oficio de sociólogo: presupuestos epistemológicos*. Siglo XXI.
- Bowers, L. (1998). *The Social Nature of Mental Illness*. Routledge.
- Brigidi, S., y Comelles, J. M. (2015). Entre etnografía y didáctica: La construcción de la experiencia sobre el proceso salud, enfermedad y atención en los "medical dramas". *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 16(42), 165-176.
- Canetti, E (1994). *El suplicio de las moscas*. Anaya & Mario Muchnik.
- Campillo, A. (2010). Nomadismo, globalización y cosmopolitismo. En A. Fernández Vicente (Coord.), *Nomadismos contemporáneos: Formas tecnoculturales de la globalización* (pp. 31–51). Editum.
- Canguilhem, G. (2009). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Amorrortu Editores.
- Canguilhem, G. (1977). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias*. Siglo XXI
- Canguilhem, G. (2004). La salud, concepto vulgar y cuestión filosófica. En: *Escritos sobre la medicina*, 49-68. Amorrortu.
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Cano, A., Evia, V., & Apud, I. (2014). Modelos de atención y condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental: Estudio de caso en un servicio de Montevideo, Uruguay. *Revista diaLogos*, 4(2), 65–73.
- Carpintero, J., Pinillo, E., Caicedo, C. (2016). El sedentarismo nómada / The Sedentarism-Nomad. *Revista Internacional de Ciencias Humanas*, 5. 53-66. 10.37467/gka-revhuman.v5.437.
- Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquest.
- Castro Solano, A. (2012). *La evaluación de las competencias culturales: Validación del inventario ICC*. *Revista de Psicología*, 7(1), 65-74.
- Chanoit, P. (1966). *Informe sobre la salud mental en el Uruguay*. Oficina Sanitaria. Panamericana. OMS.
- Chell, E. (2004). Critical incident technique. En C. Cassell & G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (pp. 45–60). SAGE Publications.
- Clements, F. (1932). *Primitive Concepts of Disease*. University of California Press.
- Comelles, J. (2003). Cultura y salud: de la negación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 19, 111-123.
- Comelles, J. M., & Martínez Hernández, Á. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Eudema.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Asamblea General de las Naciones Unidas, 61ª sesión, Resolución A/RES/61/106. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sociedad de Psicología del Uruguay, Universidad de la República, Universidad Católica del Uruguay (2001). *Código de ética profesional del psicólogo/a*. <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codi>
- Crawford, C.J. (1983) Teorías antropológicas de la cultura y de la personalidad. *Cuadernos de Antropología*, 2, 5-65.

- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care* (Vol. 1). CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
- Cruz Martín, A., Colmenares Roa, T., Fay, M., Manrique de Lara y Ramírez, A., Figueroa Perea, J., & Peláez Ballesteros, I. (2022). Dilemas, disonancias y conflictos éticos del trabajo de campo en antropología médica en contextos institucionales de atención a la salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(1), 131–148. <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/5905>
- Das, V. (2015). Affliction: Health, disease, poverty. *L'Homme*, 25(1), 9–24. <https://doi.org/10.4000/lhomme.29170>
- Del Monaco, R. (2015). La experiencia de padecer migraña: El análisis de narrativas como estrategia metodológica para el estudio de este dolor crónico. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 9(5), 22–35. <https://doi.org/10.18041/1692-4154/rlmis.5.2015.4970>
- Derrida, J. (1997). *El monolingüismo del otro*. Manantial.
- Di Nella, Y. (2012). *Inclusión mental: Políticas públicas con enfoque de derechos*. Koyatún.
- Duffau, N. (2019). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Universidad de la República.
- Echevarría, P. (2008). Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales. *Gazeta de Antropología*, 24(2), 1-18.
- Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Paidós.
- Evans-Pritchard, E. (1976). *Brujería, magia y oráculo entre los Azande*. Anagrama.
- Evia, V. (2013). Los procesos de salud-enfermedad-atención en el primer Nivel de Atención de Salud en Uruguay: Reflexiones a partir de una etnografía en una policlínica del noreste de Monte. *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*, Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.
- Evia, V. (2010). Representaciones sociales de la locura a partir de una etnografía en la Radio Vilardevoz. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, 9, 207–214. Recuperado de <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2009/Evia.pdf>
- Farnsworth, J., & Boon, B. (2010). Analysing group dynamics within the focus group. *Qualitative Research*, 10(5). <https://doi.org/10.1177/1468794110375223>
- 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. <https://doi.org/10.22380/2539472X.1226>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Freud, S. (1924). *El sepultamiento del Complejo de Edipo*. Obras Completas. Amorrortu. Tomo XIX.
- Foucault, M. (1974). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica* (Vols. 1–2). Fondo de Cultura Económica.
- Frazer, J. G. (1965). Magia y religión. En E. de Martino (Ed.), *Magia y civilización* (pp. 207–214). El Ateneo.
- Friedl, J. (1982). Explanatory models of black lung: Understanding the health-related behavior of Appalachian coal miners. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6(1). <https://doi.org/10.1007/BF00049467>
- Garzón, O. (2015). Aproximación a un estado del arte sobre prácticas de medicina tradicional y popular en Hispanoamérica. *Folios*, 41, 157–168. <https://doi.org/10.17227/01234870.41folios157.168>

- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Paidós.
- Ginés, A. (2009). Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay. *Sitiomedico*. Recuperado de <http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/2000/09/04.htm>
- Ginés, A. M. (1998). Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 62(2), 37–40.
- Ginés, A., Porciúncula, H., & Arduino, M. (2005). El plan de salud mental: Veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129–150. Recuperado de https://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf
- Ginés, A. M. (2003). La honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(2), 172–180.
- Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Goffman, E. (1969). The insanity of place. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 32(4), 357–388. <https://doi.org/10.1080/00332747.1969.11023600>
- Gómez, L. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Maguaré* 27(2), 21-65. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/48837>
- Good, B. (1977). The Heart of What's the Matter. The semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 25-58.
- Gil, M., Guirado, C., & Llovera, S. (2022). Algunas aproximaciones al diálogo entre antropología y salud mental. *Salud Mental y Comunidad*, 13(1), 74–94. <https://doi.org/10.18294/smyc.2022.5182>
- Gramsci, A. (1977). *La política y el estado moderno*. Gedisa.
- Gremler D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7(1), 65-89.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad* (1.ª ed.). Editorial Norma.
- Guber, R. (2005). *El salvaje Metropolitano, Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Hacking, I. (2014). *Rewriting the Soul. Rewriting the Soul*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400821686>
- Haro Encinas, J. A. (2000). Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101–161). Edicions Bellaterra.
- Hendel, V. (2015). *Síntomas de una ausencia: Acerca de la experiencia contemporánea de lo rural en la región pampeana bonaerense. El caso de San Andrés de Giles (2007-2013)* (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Herrera, T. (2021). Encuentros entre la antropología médica y la perspectiva de género en Latinoamérica, 2009-2019. *Maguaré*, 35, 87–126. <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96665>
- Honneth, A. (2017). *La Educación y la Teoría del reconocimiento*. Educação e realidade.
- Jaspers, K. (2000). *La filosofía: desde el punto de vista de la existencia*. FCE.
- Jenkins J. (1998) Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders: Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*, 35(3), 357-76.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografía Humanitas*, 2, 17-26.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991). Suffering and Its Professional Transformation: Toward and Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture Medicine and Psychiatry*, 15, 275. <https://doi.org/10.1007/BF00046540>

- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 116–122.
- Korsbaek, L., (2014). W. H. R. Rivers: médico, psicólogo, etnólogo y antropólogo británico, y en todo carismático. *Cuicuilco*, 21(59), 41-64.
- Kottak, C. (1994). *Antropología. Una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispana*. McGraw-Hill.
- Kusznier, A., Quintana, S., & Barzotti, D. (2010). Medicina complementaria o alternativa: Estudio exploratorio sobre las prácticas, creencias y actitudes de los familiares de pacientes pediátricos con enfermedades oncológicas. *Medicina Infantil*, 17(4), 369–376.
- Laing, R. D. (1980). *El yo dividido*. FCE.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1980). *Metáforas de la vida cotidiana*. Cátedra.
- Latour, B y Woolgar M. (1979). *Laboratory life: The social construction of scientific facts*. Sage.
- Lemert, E. (1967). *Human Deviance, Social Problems, and Social Control*. Prentice-Hall.
- Levinas, E. (2000). *Las huellas del otro*. Taurus.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practice*. John Wiley & Son.
- Lum, D. (2011). *Culturally competent practice: A framework for understanding diverse groups and justice issues* (4th ed.). Brooks/Cole Cengage Learning.
- Mantilla, M., & Alonso, A. J. (2012). Aportes socio-antropológicos de las etnografías en hospitales psiquiátricos. Revisión de la bibliografía anglosajona y latinoamericana. *Cultura Psi*, 0, 100–112.
- Mantilla, M. (2010). *De persona a paciente: las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires. Inédita
- Malinowski, B. (1994). *Magia, ciencia, religión*. Ariel.
- Malinowski, B. (1973). *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Ediciones Istmo.
- Márquez, M. (2010). De las narrativas de la locura. ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? *Perifèria. Revista de investigación y formación en antropología*, 12.
- Martínez Dibarboure, F. (2022). La oscilación del péndulo: Perspectivas históricas sobre los modelos causales en salud mental. *Revista Universitas Psychologica*, 21(2), 1–10. <https://doi.org/10.33517/rue2022v21n2a3>
- Martínez Hernáez, Á. (1998). L'antropología del sintoma. Fra ermeneutica e teoría critica. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropología Médica*, 5(6), 7-37.
- Martínez Hernáez, Á. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- Martínez-Hernáez, Á.; Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva (Less well-established forms of knowledge: new positionings in the field of collective mental health). *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278. 10.18294/sc.2017.1168
- Martínez-Hernáez, Á. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2269-2280.
- Martínez-Hernáez, A. (2010). La etnografía como dialógica: Hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias. En F. Checa Olmos, A. Arjona Garrido, & J. C. Checa Olmos (Eds.), *Transitar por espacios comunes* (pp. 57-83). Icaria.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Tecnos.
- Mead, M. (1993). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Editorial Planeta-De Agostini.
- Menéndez E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. La Casa Chata.

- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata.
- Mental Disability Rights International (1995). *Derechos humanos y salud mental en el Uruguay*. American University. Washington College of Law.
- Merleau-Ponty, M. (1977). *El ojo y el espíritu*. Jorge Romero (Tr). Paidós.
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Mishler, E. G. (1981). Viewpoint: Critical perspectives on the biomedical model. En E. G. Mishler, L. R. Amara Singham, S. T. Hauser, R. Liem, S. D. Osherson, & N. E. Waxler (Eds.), *Social contexts of health, illness, and patient care* (pp. 7–37). Cambridge University Press.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Anthropos.
- Moro, L. (1996). Aportaciones de la antropología psicológica al estudio de la personalidad desde la cultura. *Antropología Psicológica*, 2, 61-81.
- Oosterhuis, H., (2018). Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 515-545.
- OPS. (1990). *Declaración de Caracas*. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Parsons, C., Wakeley, P. (1991). Idioms of Distress: Somatic Responses to Distress in Everyday Life. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(1), 111–132. <https://doi.org/10.1007/BF00050830>
- Pedrero, V., Bernaldes, M., & Chepo, M. (2019). *Escala de medición de competencia cultural (EMCC-14): Manual de aplicación* (1ª ed.). Universidad del Desarrollo. Disponible en <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/694a793f-e2dc-4190-8f95-bb29b1050830/content>
- Pitré, G. (1886). *Medicina Popolare Siciliana*. Biblioteca delle Tradizioni Popolari Siciliani.
- Powdermaker, H. (1966). *Stranger and Friend: The Way of an Anthropologist*. W.W. Norton and Co.
- Pugh, J. (1991). *The Semantics of Pain in Indian Culture and Medicine*. Culture, Medicine and Psychiatry.
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva*, 5(1), 63-85.
- Ramírez Hita, S. (2013). Los usos y desusos del método etnográfico: Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En O. Romaní (Ed.), *Etnografías, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto* (pp. 43–63). Publicacions URV.
- Restrepo, D. & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Fac Nac de Salud Pública*, 30(2), 202 – 211.
- Ricoeur, P. (2007). *Tiempo y Narración*. Siglo XXI.
- Ricoeur, P. (2002). *Del texto a la acción: Ensayos de hermenéutica II*. Fondo de Cultura Económica.
- Rivers, W.H.R (1924). *Medicine, Magic and Religion*. Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co.
- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica: Historia y cultura en los procesos educativos*. Paidós.
- Rosenhan, D. (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Saforcada E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención en salud*. Paidós.
- Safranski, R. (2010). *Un maestro de Alemania: Heidegger y su tiempo*. Tusquets.
- Sartre, J. P. (1993). *El ser y la nada*. (Trad. J. Valmar). Altaya.
- Salaverry, O. (2017). Health anthropology: a current perspective. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 34, 165-166. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2988>

- Shapiro, B. (1997). Objectivity, relativism, and truth in external financial reporting: What's really at stake in the disputes?. *Accounting, Organizations and Society*, 22(2), 165-185.
- Scheper-Hughes, N. (1990). Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology. *Social Science and Medicine*, 30(2), 189-197.
- Scheper-Hughes, N. (2000). Demografía sin números: El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En A. Viola (Comp.), *Antropología del desarrollo: Teorías y estudios etnográficos en América Latina* (pp. 123-142). Paidós.
- Sierra, H. (1998). *Salud mental y fin de siglo: Conferencia dictada el 27 de septiembre de 1998 en Rafaela, Argentina. Transcripción literal*.
- Singer, M., Baer, H., & Lazarus, E. (1990). Critical medical anthropology in question. *Social Science & Medicine*, 30(3), 287-295.
- Singer, M. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), 179-186.
- Singer, M y Baer, H. (1995). *Critical Medical Anthropology*. Baywood Publishing Company, Inc.
- Skultans, V. (1979). *English Madness. Ideas in insanity 1580-1890*. Routledge.
- Sodowsky, G. R., Kuo-Jackson, P., & Loya, G. (1997). Outcome of training in the philosophy of assessment: Multicultural counseling competencies. En D. B. Pope-Davis & H. L. K. Coleman (Eds.), *Multicultural counseling competencies: Assessment, education, and training, and supervision* (pp. 85-104). Sage.
- Sperry, L., & Shafranske, E. P. (Eds.). (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. American Psychological Association Publishing.
- Spina, E., Araya, C., Pisani, A., & Martínez Hernáez, A. (2023). Antropología médica: Modelos, articulaciones y exclusiones. En E. Menéndez, C. Madariaga, & A. M. Oyarce (Eds.), *Antropología médica: Modelos, articulaciones y exclusiones* (pp. 123-145). Editorial Contrakorriente.
- Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Holt, Rinehart and Winston.
- Stolkiner, A. (2006) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 14, 201-209.
- Strauman, E. C. y B. C. Goodier. (2011). The Doctor(s) in house: An analysis of the evolution of the television doctor-hero. *The Journal of Medical Humanities*, 32(1), 31-46.
- Sue, D. W., Ivey, A. F., & Pedersen, P. B. (1996). *A theory of multicultural counselling and therapy*. Brooks/Cole Publishing.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counselling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, 70(5), 477-486.
- Szasz, T. (1999). *El mito de la enfermedad mental*. Círculo de Lectores.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Nelson-Hall.
- Taussig, M. T. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine*, 14(1), 3-13.
- Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. CSIC-Universidad de la República
- Toombs, S. K. (1987). The meaning of illness: A phenomenological approach to the patient-physician relationship. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(3), 219-240.
- Tosao, C. (2012). Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. *FMC Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 19(6), 331-338. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(12\)70400-0](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(12)70400-0)
- Tylor, E. (1977). *Cultura primitiva*. Ayuso.

- Twaddle, A. (1981). Sickness and the sickness career: Some implications. In L. Eisenberg & A. Kleinman (Eds.), *The relevance of social science for medicine* (pp. 95–110). Reidel.
- Universidad de la República. (2023). Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- Uruguay. (1936, Agosto 24). Ley n.º 9581: Ley de Asistencia al Psicópata. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- Uruguay. (2008, Agosto 8). Ley n.º 18331: Ley de Protección de Datos Personales. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Uruguay. (2008, Agosto 15). Ley n.º 18335: Ley de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Uruguay (2010 Febrero, 19) Ley n.º 18651: Ley de protección integral de personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>
- Uruguay. (2017, Agosto 24). Ley n.º 19529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Poder Ejecutivo y Consejo de Ministros del Uruguay (2019). Decreto 158/019. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Editorial Síntesis.
- Vezzetti, Hugo. (1985). *La locura en la Argentina*. Paidós.
- Young, A. (1982). The anthropology of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.