

Enactment del cuerpo en salud mental: etnografía de la atención primaria en Temuco

Enactment of the Body in Mental Health: An Ethnography of Primary Health Care in Temuco

Pablo Betancur Alvarado

Universidad Autónoma de Barcelona; pablobetancuralvarado@gmail.com;  [0000-0001-9259-603X](https://orcid.org/0000-0001-9259-603X)

Historia editorial

Recibido: 08-05-2025

Aceptado: 08-12-2025

Publicado: 06-02-2026

Palabras clave

Cuerpos; Salud mental;
Enactment; Etnografía;
Política ontológica

Resumen

Este trabajo describe y discute la producción de los cuerpos en salud mental, a partir de una etnografía realizada en 2022-2023 en un Programa de Salud Mental de Temuco (Chile) desarrollado por medio de observación participante, participación observante y mapas corporales. Para ello se toman insumos teórico-conceptuales de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología conocida como teoría del actor-red, y de la antropología de la salud y la antropología del cuerpo. Siguiendo a Annemarie Mol, los resultados dan cuenta de la existencia de tres *enactment* de los cuerpos en salud mental: 1) el cuerpo como individuo psico-fisiológico, 2) el cuerpo como espacio en el que se experimentan las violencias y 3) el cuerpo como posibilidad de resistencias. De estos *enactment*, el primero conforma lo que Annemarie Mol y John Law denominan política ontológica, mientras que los últimos quedan relegados a las vivencias y prácticas cotidianas.

Abstract

Keywords

Bodies; Mental health;
Enactment; Ethnography;
Ontological politics

This article describes and discusses the production of bodies in mental health, based on an ethnography conducted in 2022-2023 within a Mental Health Program in Temuco (Chile), carried out through participant observation, observant participation, and body mapping. It draws on theoretical and conceptual contributions from Social Studies of Science and Technology—particularly Actor-Network Theory—as well as from the anthropology of health and the anthropology of the body. Following Annemarie Mol, the findings reveal the existence of three enactments of bodies in mental health: (1) the body as a psycho-physiological individual, (2) the body as a space where violence is experienced, and (3) the body as a site of possibility for resistance. Among these enactments, the first constitutes what Annemarie Mol and John Law term an *ontological politics*, while the latter are relegated to everyday experiences and practices.

Betancur Alvarado, Pablo. (2026). Enactment del cuerpo en salud mental: etnografía de la atención primaria en Temuco. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 26(1), e3824. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3824>

Introducción

Vas a sentir dolor en la mano, y mi gom jabbar tocará tu cuello... y la muerte será tan rápida como el hacha del verdugo. Retira la mano y el gom jabbar te matará. ¿Has comprendido?
—¿Qué hay en la caja?

—Dolor.

Herbert, 1965/2021, p. 19

El cuerpo humano necesita, para conservarse, de muchísimos otros cuerpos, y es como si estos lo regenerasen continuamente.

Spinoza, 1677/2022, p. 150

Cuerpo, medicina y salud mental

Ya sea que se plantee como una crisis o como una cuestión de problemática pública, lo cierto es que la salud mental está cada día más presente en las sociedades contemporáneas (Rose, 2018/2020). En ese panorama, parece relevante retomar la salud mental desde los cuerpos que la misma produce.

La relación entre cuerpo y medicina se ha explorado a lo largo de los años en las ciencias sociales. Así, Michel Foucault (1963/2018) planteaba en *El Nacimiento de la clínica* que es la objetivación del cuerpo mediante la «mirada médica» la que posibilita la emergencia de la medicina positivista o medicina científica. En el ámbito de la salud mental, esta relación ha sido discutida igualmente.

Desde una mirada histórica, se puede plantear que, en los últimos cien años, la salud mental ha transitado por dos modelos. Un primer modelo refiere al enfoque manicomial u hospitalocéntrico, caracterizado por el encierro y el conocimiento-poder experto detenido en manos del psiquiatra. El segundo modelo refiere al enfoque postmanicomial, que deviene de la «reforma psiquiátrica», en la que una red de entidades asume el rol de los cuidados de los/as personas padecientes, teniendo como principal método terapéutico la administración psicofarmacológica (Correa-Urquiza y Pié Baleguer, 2017). A la luz de la relación entre cuerpo y medicina, se puede plantear que esta transición, siguiendo a Gilles Deleuze (1990/1999) y su propuesta de las sociedades de control, sería consecuencia o formaría parte de la transición de lo individual a lo dividuo, en el que el poder pasa de ejercerse desde dispositivos externos a los cuerpos (como el disciplinamiento de los cuerpos que plantea Michel Foucault [1975/2021]), a operar dentro de los cuerpos, a nivel molecular (como es el caso de los psicofármacos).

Característico de este segundo modelo es el rol que cumple la atención primaria en salud (APS) en la gestión de la salud mental, la que se torna fundamental tras la Conferencia Internacional de Alma-Ata de 1978, a nivel global, y la Declaración de Caracas, a nivel latinoamericano. Y, particularmente, es en 1993 (tras el fin del periodo de dictadura cívico-militar), con el Plan Nacional de Salud Mental, que en Chile se institucionaliza la gestión de la salud mental en la APS, con la aparición del Programa de Salud Mental (Minoletti et al., 2012)¹. Es precisamente la implementación de este programa la que me in-

1 La creciente relevancia de la APS en Chile ocurre posterior a la «neoliberalización de la salud» (Merino, 2020), en la que el Estado pasa a desempeñar un rol subsidiario, y la APS, vinculada

teresa discutir en este artículo, y su relación con el consecuente manejo y producción de cuerpos.

Para lograr este cometido, beberé desde el marco conceptual de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología (estudios CTS), particularmente de la tradición de la teoría del actor-red, y aportes de la antropología del cuerpo y de la salud. Esta intersección, a diferencia de otras tradiciones que abordan cuerpo y salud mental, concibe a los cuerpos como entidades con fronteras semipermeables que se van materializando en la práctica, y que no obedecen solamente a construcciones discursivas o representaciones socioculturales, dando valor al ensamblaje sociomaterial (Mol y Law, 2004). De la teoría del actor-red, uno de los conceptos centrales y que retomaré en este artículo es el de *dispositivos de inscripción*. Esta categoría refiere a aquellos dispositivos que, en su intromisión en dinámicas sociales, son capaces de registrar u objetivar fragmentos de la realidad (por ej., gráficos, microscopios, informes, etc.) (Latour y Woolgar, 1979/1995; Law, 2004/2020).

Otro concepto central para abordar la relación entre cuerpo y salud mental es el de *enactment*², trabajado principalmente por Annemarie Mol. Este concepto, aparece como una alternativa a las perspectivas «representacionalistas»³ (Barad, 2007) que abordan la realidad como una representación o construcción sociocultural, y se enfoca en la materialización práctica de esta, es decir, en las prácticas sociomateriales que van constituyendo, actualizando o transformando determinadas realidades, que tienen potencial de convertirse en una abstracción de asociaciones, o lo que Annemarie Mol (2002/2021) y John Law (2004/2020) denominan política ontológica, que en el ámbito de la salud va a referir a «la forma como se enmarcan los problemas, se moldean los cuerpos y las vidas son empujadas o haladas para darles una forma u otra» (Mol, 2002/2022, p. XI). La elección de esta perspectiva se fundamenta en la riqueza del concepto para abordar problemáticas como la salud mental desde una perspectiva que sea capaz de atender la cotidianidad de las personas como el poder de las instituciones.

De tal manera, estas propuestas parten de las premisas epistemológicas y ontológicas de la realidad como un fenómeno que se torna tal mediante los esfuerzos de una red de entes capaces de traducir las multiplicidades en ontologías o realidades concretas y estratificadas (Deleuze y Guattari, 1980/2004; Latour, 2005/2008). Desde los subcampos de la antropología del cuerpo y la salud, consideraré la definición que Didier Fassin (2004) da respecto a la *salud*, como un espacio o campo de disputas respecto al ordenamiento y ad-

previamente a la dictadura cívico-militar a experiencias con un énfasis transformador y de orientación de izquierda (Morales, 2023), son coaptadas por los municipios, lo que, en términos de Clara Han (2012/2022), son entendidos como una expresión de la institucionalización del activismo comunitario.

- 2 Si bien «enactment» ha sido traducido como «puesta en acción» (Mol, 2002/2023) y «promulgación» (Law, 2004/2020), en esta ocasión se usará el concepto sin traducir, en un intento de llamar la atención sobre su carácter novedoso para este tipo de análisis.
- 3 Tal como suele ocurrir con el concepto de *performance*, el que suele estar asociado a perspectivas «representacionalistas».

ministración de los cuerpos, en el que se pueden encontrar una red de prácticas diversas (Betancur, 2024; Ossandón Riquelme, 2025).

Así, los resultados de este artículo se estructurarán en torno a tres *enactment* que emergen en la atención primaria en la salud mental en Temuco, particularmente asociadas al Programa de Salud Mental de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de dicha ciudad⁴. Estos *enactment* refieren al 1) cuerpo como problemática fármaco-conductual, 2) al cuerpo como lugar de registro de las violencias y 3) al cuerpo como posibilidad de resistencia. Finalizaré el artículo con una discusión respecto a la manera en que se relacionan estos *enactment* y concluiré con la necesidad de un agenciamiento que abogue por una política (ontológico-corporal) de cuidados relacionales.

Apuntes metodológicos

La investigación que se presenta en este artículo se llevó a cabo mediante un abordaje etnográfico durante el periodo de agosto de 2022 a septiembre de 2023, en la ciudad de Temuco. Específicamente, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a ocho personas, siete de las cuales eran pacientes (o «usuarios», según la jerga del Sistema de Salud chileno) del Programa de Salud Mental (PSM) de uno de los CESFAM de Temuco, y a la jefa de este programa. La muestra se elaboró en base a criterios no probabilísticos de tipo estructural (Canales, 2006; Vivanco, 2006), construida en base a los indicadores compartidos por la jefa del programa, la que señalaba mayor cantidad de usuarias mujeres (alrededor del 70 %) y presencia de todas las edades. Así, la muestra se compuso de siete mujeres y un hombre, con un rango etario de 25 a 60 años.

Asimismo, se valió de la observación participante como técnica para captar prácticas y discursos de los sujetos estudiados (Jociles, 2018), y los mapas corporales como una técnica artístico-visual de investigación que, mediante la expresión gráfica de la corporalidad y la subjetividad de las personas (Silva Segovia, 2013), permitió reflexionar respecto a aspectos de la producción de cuerpos más allá de lo discursivo-oral. Estas técnicas posibilitaron adentrarme en la cotidianeidad de la experiencia y gestión de los malestares de las personas, lo que, con el tiempo, fue colocando al cuerpo como ente central del argumento. Por su parte, el análisis fue de tipo cualitativo de contenidos (Duarte, 2023).

La pertinencia de la etnografía frente a otros posibles enfoques metodológicos, junto con las técnicas utilizadas, pasa por la intención de abordar la problemática de la salud mental desde un lente que situará en un mismo nivel la experiencia de los malestares de las personas, así como la gestión «experta» de los mismos, lo que, como quedará en evidencia en los resultados, se alineó con el enfoque teórico de la investigación.

4 Por razones éticas, el Centro de Salud será solamente señalado como «CESFAM».

Esta investigación cuenta con la aprobación del respectivo comité de ética científica⁵ y ha tenido en cuenta los respaldos éticos correspondientes, dígame: anonimato⁶, devolución de resultados y respeto por la dignidad de las personas.

Resultados

Enactment 1: el cuerpo como problema fármaco-conductual

El CESFAM tiene alrededor de treinta mil usuarios/as, de los que más de mil son parte del PSM. A su vez, alrededor del 70 % de los/as usuarios/as corresponden a personas del sexo femenino, según la identificación del mismo CESFAM. El programa ofrece atención médica en salud mental, psicoterapia infantil y adulta, intervención psicosocial, y talleres de promoción y prevención de la salud mental, aunque casi la totalidad del servicio brindado se concentra en la atención médica y la psicoterapia.

El ingreso al PSM se puede efectuar de cuatro maneras: 1) ingreso tras pesquisa de trabajador/a social; 2) ingreso por atención de morbilidad (médico/a tratante identifica sintomatología asociada a un trastorno de salud mental y deriva al programa); 3) ingreso por derivación interna (profesional de la salud no médico/a identifica sintomatología asociada a un trastorno de salud mental y deriva al programa); 4) ingreso por derivación externa (como puede ser la derivación de un centro hospitalario más grande o de la red de instituciones estatales correspondientes: ej., desde un colegio municipal al CESFAM).

Tras el ingreso, las personas solicitan una hora en la ventanilla del centro de salud, conocida como «SOME» (Servicio de Orientación Médico Estadístico). El tiempo entre el ingreso y la primera atención, así como entre una atención y otra, suele tomar varios meses, un fenómeno que caracteriza la institucionalidad chilena, particularmente el sistema público de salud (Betancur, 2024; Han, 2012/2022). Así comenta Eleanor, usuaria del programa: «Pasaron como seis meses hasta que me dieron hora, y me dijeron que había una larga lista de espera» (Eleanor, entrevista personal, 13 de julio de 2023). Para la gran mayoría de los casos, la primera atención consiste en una atención médica. Esta atención médica suele tomar alrededor de media hora para la primera consulta, y alrededor de quince minutos de la segunda consulta en adelante.

El centro de la primera atención médica consiste en la identificación de los malestares y su atribución a algún diagnóstico en salud mental, tomando principalmente el Manual DSM-V como referencia:

Las entrevistas son flexibles, van orientándose hacia los síntomas que van surgiendo espontáneamente en el relato de la persona. Pero en lo

5 A saber: Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Araucanía Sur.

6 Los nombres que aparecen en este artículo fueron acordados con las personas a las que hacen referencia, y no son sus nombres reales.

que no somos para nada flexibles es en los criterios diagnósticos. En los criterios diagnósticos de las patologías ahí sí que hay especificadores, manuales muy específicos con los criterios, y eso uno tiene que manejarlo [...]. En general ocupamos los criterios del DSM-V que son los más actuales y validados internacionalmente (Jefa PSM, entrevista personal, 18 de mayo de 2023).

Así, y según lo planteado en la introducción, los manuales diagnósticos como el DSM-V⁷ pueden ser considerados como un *dispositivo de inscripción* (Latour y Woolgar, 1979/1995; Law, 2004/2020), en tanto aparecen como un agente capaz de traducir y objetivar los malestares, posibilitando el paso de los relatos de las personas a diagnósticos específicos. Por lo general, los principales diagnósticos atendidos en APS refieren a trastornos asociados a la depresión en sus distintos niveles y trastornos de ansiedad de distinto tipo, concentrándose las patologías de carácter grave en el nivel secundario de salud⁸. Estos diagnósticos sirven como mediadores para uno de los actantes más importantes del PSM: la receta médica.

La receta médica consiste en un papel en el que se especifican los datos de identificación del/a paciente, su diagnóstico y el medicamento (ver figura 1). Con esta receta, cada persona debe acercarse a la farmacia del centro de salud, hacer la fila y solicitar el medicamento correspondiente. De no tener la receta, no hay posibilidad de obtener el medicamento.

Como aparece en la figura 1, en la misma receta aparecen indicaciones respecto a cómo administrar el fármaco y por cuánto periodo. Los fármacos más recetados, de acuerdo con las personas entrevistadas, son los psicofármacos, por amplia diferencia respecto a otros tipos de fármacos. A su vez, estos se pueden diferenciar en dos grupos: 1) los psicofármacos de tipo antidepresivos (entre los que se encuentran psicofármacos como Fluoxetina, Sertralina y Citalopram); y 2) los psicofármacos de tipo ansiolíticos (entre los que se encuentran psicofármacos como Clonazepam y Clotiazepam), con particular presencia de los categorizados como benzodiazepinas. De acuerdo con las entrevistas, la administración psicofarmacológica constituye la principal y prácticamente exclusiva práctica terapéutica de la atención médica de salud mental del PSM, lo que se condice con otros trabajos realizados en territorio nacional como a nivel global (Correa-Urquiza y Pié Balaguer, 2017; Crespo-Suarez, 2021; Davies, 2021/2022; Galán, 2011; Medeiros y Álvarez, 2016; Morales Sáez, 2023; Moreno y Moriana, 2012; Rose, 2018/2020).

7 A pesar de que, en salud, la Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE) es relevante, en esta investigación solo apareció mencionado el DSM.

8 Particularmente, estas patologías son atendidas en los denominados CECOSAM o Centros Comunitarios de Salud Mental, y en los Hospitales de Día, como instancias de hospitalización breve.

Figura 1. Receta médica

S.S. Araucanía Sur
Departamento de Salud
Pueblo Nuevo [CESFAM]

Tipo: Crónica

Nombre: [redacted]
Edad: [redacted] C.L.: [redacted]
Dirección: [redacted] IX Región, Araucanía
Previsión: Fonasa Ficha Clínica: [redacted]
Sector Establecimiento: Rojo
Fecha Emisión: 15-11-2022

Diagnóstico: - Episodio depresivo moderado

Rp.
- Fluoxetina Comprimidos 20 Mg : 1 Comprimido cada 24 horas por 6 meses
Obs. - Tomar después del desayuno, antes de las 10:00AM

21/11/22 X

ID: [redacted] [redacted]

COMPROBANTE INTERNO DE DESPACHO

Nota: Se eliminaron los detalles personales como la identificación del paciente y del profesional médico.

Posterior a la primera cita médica, según los/as pacientes del programa que fueron entrevistados/as, el resto de las atenciones médicas se suelen concentrar en la recepción del psicofármaco en el organismo y en la vida diaria de las personas, y en la renovación de la receta:

Simplemente me han estado rehaciendo la receta [...]. La hacen seis meses más, seis meses más, y así [...]. De hecho, a veces me llama por teléfono y me dice «ya, te dejé la receta, listo». Entonces ha sido bien malo en ese sentido. No he tenido controles. En realidad, él no habla mucho, no hay como una conversación. Me ve y me dice «¿Cómo está la u [universidad]?, ¿cómo estás durmiendo? Ya mira, te voy a dar la receta por seis meses más». (Carla, entrevista personal, 3 de agosto de 2023)

De acuerdo con la antropología médica crítica, el manejo contemporáneo de los malestares o patologías en salud mental, particularmente centrado en los psicofármacos, operan a nivel neuroquímico, traduciendo y reduciendo problemáticas que por lo general refieren a fenómenos complejos que integran dimensiones socioculturales, fisiológicas y ambientales, en cuestiones neuronales (Pérez Soto, 2012/2014; Rose, 2006/2012; 2018/2020), algo que autores como Ángel Martínez Hernández denomina como «mercantilización de los estados de ánimo» (2006). Esta traducción (de malestares a problemas de administración de psicofármacos) se ensambla con la atención psicológica del programa.

La atención psicológica es mucho menos común que la atención médica en salud mental, principalmente debido a la baja dotación de psicólogos/as del CESFAM. Estas

atenciones tienen una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos, y cada sesión suele estar espaciada por uno o dos meses. Si bien cada psicólogo/a del programa cuenta con un enfoque particular (dígase, sistémico, cognitivo-conductual, humanista, etc.), de acuerdo con los/as usuarios/as entrevistados/as, las atenciones se orientan principalmente a la modificación de la conducta de las personas. La siguiente cita de una charla sobre estrés realizada a pacientes del programa ilustra esto:

La psicóloga comenta que entre las situaciones estresoras se encuentra el trabajo, las relaciones interpersonales, los problemas financieros, el tráfico, las labores domésticas, el uso excesivo de las tecnologías. Respecto a la gestión del estrés, señala diez puntos: 1) identificar la raíz del estrés; 2) priorizar actividades; 3) gestionar el tiempo; 4) establecer límites; 5) comunicarse con personas; 6) alimentación saludable; 7) hacer actividad física; 8) tener hobbies; 9) relajación; 10) dormir bien. Finaliza señalando que es necesario «hacernos cargo de nuestra salud». (Entrada de diario de campo, 9 de agosto de 2023)

Este tipo de «responsabilización individual» converge con los flyers o afiches que se encuentran en los espacios de atención psicológica (ver figuras 2 y 3).

Figura 2. Afiches sobre salud mental

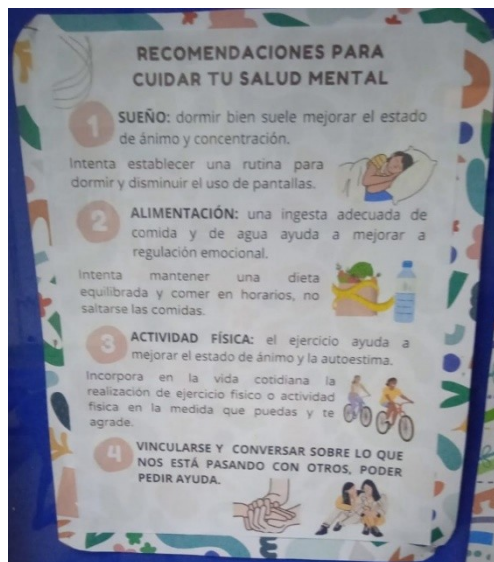
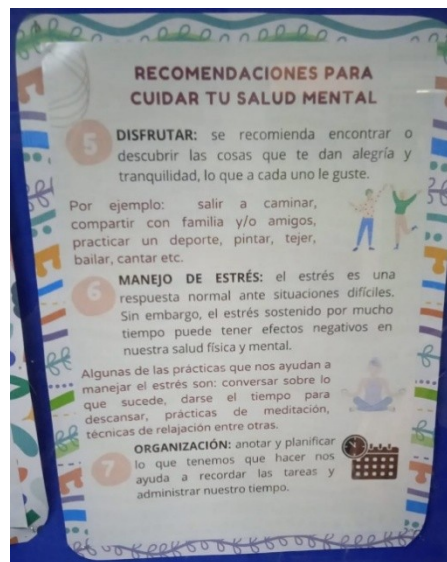


Figura 3. Afiches sobre salud mental



Estos afiches pueden ser entendidos como otro tipo de *dispositivo de inscripción* (Latour y Woolgar, 1979/1995; Law, 2004/2020), en tanto tienen la facultad de definir lo que es la salud mental y cómo tratarla. De esa manera, el ensamblaje entre las atenciones psicológicas y las atenciones médicas se produce en tanto estas abordan los malestares corporales de las personas que acuden al PSM como expresiones individualizadas en un cuerpo fisiológico y psicológico; es decir, en un individuo. De esa manera, estas prácticas, con sus consecutivos dispositivos de inscripción, conformarían un *enactment* corporal, o una materialización de un determinado tipo de cuerpo, que aborda a estos como una enti-

dad que necesita ser encerrada en límites muy específicos, remitiendo a lo que autores de la tradición postestructuralista influyentes en las perspectivas de Annemarie Mol, Gilles Deleuze y Félix Guattari (1980/2004) van a comprender como *nombre propio*. Esto es, una abstracción de la multiplicidad de la existencia que asegura «la unificación de un conjunto [producto de una] multiplicidad ya domesticada y la relaciona con un ser y objeto planteado como único» (Deleuze y Guattari, 1980/2004, p. 34). El cuerpo psico-fisiológico vendría a ser esa unidad que se abstrae de la multiplicidad.

Enactment 2: el cuerpo como lugar de registro de las violencias

El segundo *enactment*, o producción/materialización del cuerpo en salud mental, se escapa (más o menos) a los espacios clínicos. Este cuerpo aparece invocado principalmente en espacios domésticos y en contextos cotidianos. Así, en sus casas los/as pacientes producen otros cuerpos. El caso de Margot, una de las interlocutoras, es significativo. Margot comenta que su trayectoria laboral la ejerció en el campo de la educación, particularmente en lo que se denomina como «educación diferencial»⁹. Tras años trabajando en educación y luego diversos episodios de violencia de parte de su jefatura y situaciones de precariedad laboral, su cuerpo empieza a resentirse:

Fue un agobio terrible [...]. Fue una desilusión con el sistema... [...] Ha sido tanto el abuso que se me ha desencadenado una depresión... porque en realidad el sistema no va a cambiar [...]. No tienen ni calor humano [...]. Yo colapsé el 2022, en abril, con el vértigo [...]. Era mediados de julio y le dije al doctor: «quiero volver, más espacio, más tranquilidad». «Si me dice, ningún problema». Volví a trabajar a mediados de julio, y en los primeros días de septiembre ya colapsé definitivamente. (Margot, entrevista personal, 11 de julio de 2023)

Otro ejemplo significativo proviene de la relación de otra interlocutora con su expareja, quien la maltrataba constantemente durante sus años de matrimonio. Al respecto señaló:

Todo el mundo me decía que yo era otra cuando él no estaba, porque andaba tranquila. En cambio, cuando estaba él yo andaba tensa. Pensaba «¿qué me irá a decir?, ¿que no me irá a decir?, ¿de qué se enojó ahora?, ¿cómo hacer para que no se enoje». Cuando estaba él yo siempre lloraba. Cuando llegaba, yo empezaba a tiritar. (Irene, entrevista personal, 10 de julio de 2023)

Este tipo de *enactment*, o producción de una corporalidad específica, se manifiesta aun con mayor fuerza en los mapas corporales realizados, como una técnica que pretende ahondar en dimensiones emocionales, corporizadas y no exclusivamente centradas en lo discursivo de la experiencia de las personas (Silva Segovia, 2013). Así, acompañando el relato de Irene, ella realiza su dibujo (ver figura 4).

Figura 4. Primer mapa corporal de Irene



Este mapa corporal expresa el periodo de vida de la interlocutora en el que vivió con su pareja, dibujándose aplastada por la mano de su expareja y ella llorando, acompañada de las frases «maltrato», «humillación», «tristeza» y «problema», y aplastada por el pie de su expareja, acompañada de la frase «pisoteada». Nuevamente, sitúa sus dolencias y aflicciones —motivos de consulta del PSM— en su relación con su expareja.

En el caso de este *enactment*, los mapas corporales operan como prácticas de objetivación de una determinada realidad y, en ese sentido, se pueden plantear como otro *dispositivo de inscripción* (Latour y Woolgar, 1979/1995; Law, 2004/2020). Lo mismo puede decirse de la entrevista, que tiene un potencial objetivador y productor de la realidad, al abrir un espacio para que las personas re-construyan su trayectoria biográfica (Pujadas, 2000). A esta determinada facultad, John Law (2004/2020), quien, situado en la misma tradición que Annemarie Mol, denomina *agenciamiento de método*, refiriendo a la capacidad de los métodos científicos para elaborar «complejidades y simplificaciones [... para la] creación y condensación de realidades [... en forma de] silencios y no realidades, así como señales y realidades» (Law, 2004/2020, pp. 182–183).

Si bien el *enactment* corporal en los espacios clínicos apunta al despliegue de un cuerpo como un *nombre propio* (Deleuze y Guattari, 1980/2004), existen intersticios en los que los cuerpos son reconocidos como multiplicidades abiertas a la afección de diversas entidades de la experiencia y que exceden los espacios clínicos. De tal manera aparece en el siguiente fragmento de entrevista con la jefa del PSM:

Las patologías de las personas que ingresan al programa son multifactoriales. Nosotros no podemos abordar todos los factores que llevan a una persona a deprimirse. Aquí estamos en un sector donde hay mucha pobreza, hay muchos problemas de violencia, hay harta soledad en los adultos mayores. Entonces obviamente nosotros podemos abordarlo quizá en la parte farmacológica, o hacer una psicoterapia. Pero considerando que las patologías en salud mental son tan multifactoriales,

muchas veces los pacientes tienden a cronificar. (Jefa PSM, entrevista personal, 18 de mayo de 2023)

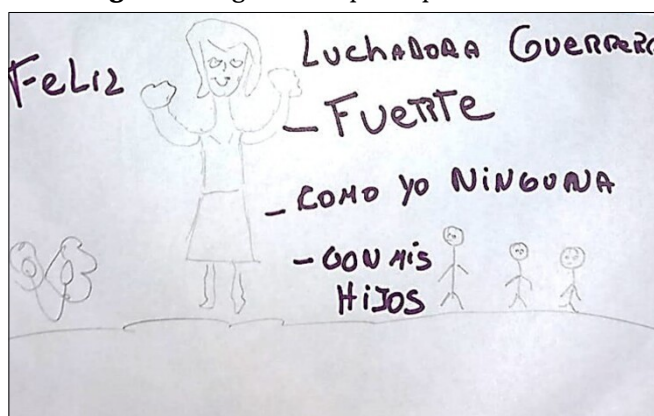
En esta cita, la jefa del PSM reconoce la necesidad de abordar los cuerpos, en plural, que se conforman como tal en una trama de relaciones, constituyendo experiencias tales como la violencia, la pobreza, la soledad, etc., lo que puede ser leído en clave interseccional, en tanto cruce de desigualdades, como una manera en la que las violencias y desigualdades estructurales se hacen cuerpo en las personas (Cuoto et al., 2019). No obstante, admite la imposibilidad que tiene el PSM para captar esta multiplicidad. Esto se discutirá hacia el final del artículo.

Enactment 3: el cuerpo como posibilidad de resistencia

Así como, en tanto expresión de un «agenciamiento de método» (Law, 2004/2020), los mapas corporales son parte de un *enactment* que apunta al (re)conocimiento de las trayectorias biográficas de las personas que hacen parte del PSM como expresiones de violencia sistemática, también tienen la posibilidad de producir un proyecto contemporáneo y futuro de corporalidad que enfatice en la posibilidad de resistir y sortear las aflicciones y malestares.

En esa línea, Irene, tras haber discutido en torno a su dibujo (ver figura 4), presenta una actualización de su mapa corporal (ver figura 5), enfatizando en los cambios que ha sufrido tras finalizar su relación con su pareja.

Figura 5. Segundo mapa corporal de Irene



A diferencia del mapa corporal anterior (figura 4), ahora no figura su expareja, sino ella al centro, con una sonrisa y brazos levantados, acompañada de una flor a su izquierda y sus tres hijos a la derecha, junto con las siguientes frases: «feliz», «luchadora», «guerrera», «como yo ninguna», «con mis hijos».

Algo similar ocurrió con Margot, quien, tras finalizar las entrevistas y discutir respecto a los mapas corporales, me presenta su dibujo (ver figura 6).

Figura 6. Mapa corporal de Margot

Cuando le consulto por su inspiración para realizar su dibujo, me comenta que son tres momentos de su vida representados en un ave con una venda y un ala rota, transiéndose por tres nidos. Respecto al último nido, me comenta:

Ese nido está acompañado por mi familia [...], y además están esas otras golondrinas atrás que son mis amigos [...]. Esa alita rota es difícil de curar y quizá por eso tengo el diagnóstico de depresión [...]; pero gracias a Dios tengo una familia, una red de apoyo muy potente que me dan la fuerza y la motivación para salir adelante. (Notas de campo, 23 de agosto de 2023)

Como se puede apreciar, el cuerpo en los mapas corporales figura de diversas maneras (en relación con sus hijos en el caso de Irene, y como ave en relación con otras aves en el caso de Margot), abriéndose a la multiplicidad y rechazando el *nombre propio* (Deleuze y Guattari, 1980/2004), característico del acercamiento psico-fisiológico del primer *enactment*, más cercano a la figuración que desde cierta literatura, principalmente de corte constructivista, atribuyen al cuerpo occidental como elaboración postcartesiana (Le Breton, 1990/2021). Asimismo, los mapas corporales pueden ser igualmente considerados como *dispositivos de inscripción* (Latour y Woolgar, 1979/1995; Law, 2004/2020): posibilitadores y creadores de realidad.

Este «salir adelante» que identifica Margot en su relato, da lugar a lo que, desde la antropología médica, Eduardo Menéndez (2003) denomina *autoatención*, refiriendo a aquellos saberes orientados a los cuidados y la gestión de la salud y el cuerpo que no están directamente mediadas por la presencia de un saber experto (como lo son los profesionales sanitarios del CESFAM y el PSM), sino que se despliegan en base a un palimpsesto de saberes, materialidades y genealogías de cuidados, propios de la gestión cotidiana de los malestares y aflicciones en sociedades contemporáneas (Betancur, 2024; Epele, 2013; Ossandón Riquelme, 2025), y algo que, según Menéndez (2003) da cuenta de la naturaleza relacional y articulación práctica de la autoatención. Entre estas se encuentran prácticas tales como la automedicación o abandono de la medicación, la contrastación de diagnósticos médicos con profesionales que no son parte del PSM y el acer-

camiento a medicinas *new age* como un «sistema complejo y heterogéneo de saberes que integra conocimientos tradicionales provenientes de distintas medicinas y religiones del mundo, particularmente de carácter oriental» (Betancur, 2024, p. 57), reinterpretadas en nuestras sociedades.

Estas prácticas de *autoatención* (Menéndez, 2003) *enactan* un tipo de cuerpo diferente al *enactment* 1, en tanto persiguen y están elaborados en base a «materiales» diversos y no únicamente centrado en los psicofármacos. Así, por ejemplo, Irene comenta:

A mí me recetaron *Zopiclona* para dormir, pero ese no lo tomaba. Siempre le he tenido miedo a las pastillas, porque provocan adicción. Me compré la *Melatonina* y me compré el *Neuresan*, que se pone bajo la lengua, para andar más tranquila. Es como el *Armonyl*, una cosa así. Es más natural. Prefiero las cosas naturales, porque como te digo, yo conozco gente que depende del *Alprazolam*, del *Clonazepam*, de la *Zopiclona*. También prefiero fumar. A mí el cigarro me relaja, es la relajación máxima. (Irene, entrevista personal, 28 de junio del 2023)

En este caso, Irene tiene miedo a la dependencia que pueda generar el psicofármaco, por lo que decide probar con otros tipos de lo que podría denominar como «objetos terapéuticos», como lo son la medicina comúnmente denominada «natural» (particularmente en este caso, se refiere a aquella que no genera mayor dependencia o abstinencia significativa, como sí lo suelen hacer los psicofármacos depresores, moduladores o estimuladores) o el cigarro. Lo mismo sucede con otros interlocutores, quienes, si bien cumplen con el tratamiento dejado por el/la médico/a del PSM, lo ajustan a su manera, dependiendo de su realidad cotidiana y las labores que deban desempeñar. Como señala otro interlocutor: «No me la tomé [el antidepresivo] hoy. Cuando me tomo la *Sertralina* no me siento bien, más encima trabajando» (Dante, entrevista personal, 17 de julio de 2023). En una línea similar señala otra interlocutora:

Cuando no la tomo [el antidepresivo] me empieza a doler el cerebro. Para mí que me puse muy dependiente, por eso no la quiero tomar. Quiero ir dejándola de a poco. Hay días que me siento tan mal que tengo que tomarla. Me sirve para sobrellevar el día a día. (Yazmín, entrevista personal, 5 de agosto de 2023)

En ese sentido, la relación con estos «objetos terapéuticos» en general, y psicofármacos en este caso, parece ser una relación atravesada por una disputa por la agencia y la construcción de un cuerpo en resistencia. De esa manera, los/as pacientes pretenden relacionarse con estos «objetos terapéuticos» sin perder la agencia de sus propios cuerpos, buscando estabilidad entre cuerpo, aflicción y «objetos terapéuticos». Así, se puede plantear este *enactment* como uno que integra, en términos de Gilbert Simondon (1964/2015), la metaestabilidad (o una estabilidad relacional) en el reconocimiento del

mismo cuerpo, al advertir reflexivamente el devenir y la potencialidad como elementos centrales en la formación de un cuerpo.

La política ontológica del cuerpo en salud mental

Annemarie Mol (2002/2021), quien, abordando la manera que tiene la medicina de producir conocimiento, plantea que la *política ontológica* refiere a la manera de dar formas a vidas y cuerpos, o lo que John Law (2004/2020) entiende como el paso de lo múltiple a la unidad. En este caso, considerando, junto con Fassin (2004) y según los *enactment* planteados en este trabajo, que la salud tiene al cuerpo como objeto a disputar, propongo el concepto de «ontología política del cuerpo» o «política ontológico-corporal», para referir a la realidad u ontología que se materializa o re-materializa en los espacios del PSM y las redes que a partir de este se despliegan.

Para reflexionar en torno a esta «política ontológico-corporal», repasaré los tres *enactment* presentados y los agruparé, para fines analíticos, en dos grandes «ontologías corporales», reflexionando si pueden llegar a lograr el estatus de una política ontológica. Una primera ontología se enacta en los espacios de atención del PSM, en la que el cuerpo aparece como un *nombre propio* (Deleuze y Guattari, 1980/2004), encerrado en dimensiones psico-fisiológicas; un cuerpo que se materializa en tanto se plantea como problema psicoterapéutico y psicofarmacológico. La segunda «ontología corporal» se concentra en los dos siguientes *enactment*, en los que el cuerpo se abre a la multiplicidad, siendo particularmente afectado por la temporalidad: pasado para enactar un cuerpo herido y violentado; presente y futuro para enactar un cuerpo en resistencia que busca salir adelante y sortear sus malestares en relación con diversos «objetos terapéuticos».

A la luz del trabajo de Didier Fassin (2004), parece razonable plantear que la primera «ontología corporal» se aproxima a un proceso de *sanitarización*, en tanto refiere a la traducción de un fenómeno particular en una problemática médica, específicamente centrada en lo que autores denominan medicina positivista (Foucault, 1963/2018), medicina alopática (Mol, 2002/2021), biomedicina (Rose, 2006/2012), o modelo médico hegemónico (Menéndez, 2003): es decir, una aproximación psico-fisiológica a los padecimientos. Por su parte, la segunda «ontología corporal» pareciera apuntar más bien a lo que autores como Nikolas Rose (2006/2012) denominan como biosocialidad. No obstante, por lo menos al momento de realizar la investigación, la identificación a partir de los malestares escapaba al sentimiento de comunidad y no estaba necesariamente mediada por un saber experto, sino más bien por una reflexividad corporizada a partir de la propia experiencia de las personas y sus procesos de agenciamiento con «objetos terapéuticos».

En ese sentido, Thomas Csordas (2011), situado desde el *embodiment*, y en un intento de articular la sociología crítica de Bourdieu y la fenomenología de Merleau-Ponty, propone el concepto de *modo somático de atención*, para referir a una subjetividad que nace a partir de la objetivación del propio cuerpo, lo que encuentra mayor sintonía con lo planteado en este trabajo. Señala el autor que esta idea refiere a «modos culturalmente

elaborados de prestar atención a, y con, el propio cuerpo, en entornos que incluyen la presencia corporizada de otros» (Csordas, 2011, p. 87), presencia corporizada que vamos a entender no solo como relación con otros cuerpos humanos, sino con materialidades de diverso tipo.

Ahora bien, ¿cómo se relacionan ambas «ontologías corporales»? ¿conforman una «política ontológico-corporal»? Aunque existen intersticios en el hecho que ambas políticas se tocan, como en el reconocimiento de lo multifactorial de las causas de las prevalencias de diagnósticos en salud mental de parte de la jefa del PSM, lo cierto es que no existe un ensamblaje o agenciamiento entre estas ontologías, y por lo tanto no se puede considerar una política ontológica que considere todos los *enactment*. Esta imposibilidad de ensamblaje se encuentra presente en numerosa literatura que plantea que, si bien la institucionalidad chilena señala la necesidad de abordar la salud mental desde una perspectiva biopsicosocial, enfocada en la prevención y promoción de la salud con una perspectiva comunitaria, en la práctica se evidencia una estructura administrativa ineficiente, falta de recursos y personal sobrecargado, atribuido principalmente al rol subsidiario del estado en el proceso de «neoliberalización» de la salud en Chile (Han, 2012/2022; Minoletti et al., 2012).

Así, más bien, se puede plantear que es el primer *enactment* el que alcanza el estatus de «política ontológico-corporal», al detentar discursos y materialidades capaces de actuar como abstracciones de asociaciones (Latour, 2005/2008), constituyendo lo que se puede considerar como el «campo político de la salud mental» (Morales Sáez, 2021). Mientras que la segunda ontología corporal se encuentra más anclada a la cotidianeidad de los/as pacientes, siendo *enactada* en sus relaciones interpersonales, en momentos de crisis, etc., siendo incapaz la primera ontología de aprehenderla:

Te fijas, esa es la desilusión que siente uno, que sientes que no te pescan [que no te toman en cuenta], que realmente te tratan como paciente: pasivo, con respecto a la decisión. O sea, tú estás pidiendo ayuda con un diagnóstico que no es menor, pero parece que no le han tomado el peso. (Margot, entrevista personal, 29 de junio de 2023)

Conclusiones

Los estudios sobre salud mental desde las ciencias sociales suelen comprenderla como un fenómeno de «medicalización», concepto que refiere a la traducción de problemas no médicos (malestares y dolencias producto de violencia estructural) en problemas médicos (Conrad, 1992). Esta lectura tiende a ser fructífera al considerar la institucionalidad médica, no obstante, desde una mirada etnográfica que atienda igualmente a la cotidianidad de las personas, puede verse limitada. Por lo mismo, este trabajo se enfocó en los procesos de producción socio-material de los cuerpos en salud mental en un centro de salud en Temuco, partiendo del abordaje de los cuerpos como entidades semi-abiertas y en cons-

trucción, más que entidades colonizadas por la biomedicina. Para ello, se dio cuenta de tres *enactment* en relación con la ejecución de un Programa de Salud Mental en un Centro de Salud Familiar de la ciudad de Temuco, ubicada en el sur de Chile. Estos tres *enactment* conformaron dos «ontologías corporales», las que se producen o *enactan* un cuerpo como individuo psico-fisiológico, y otro como entidad en directa relación con experiencias de malestares devenidos de situaciones de violencia desde una mirada interseccional, y como un espacio de resistencia en relación con diversos mediadores que he denominado como «objetos terapéuticos». Ambas «ontologías corporales» no terminan de ser ensambladas por el Programa de Salud Mental, dejando al cuerpo psico-fisiológico como expresión de la *política ontológica* (Mol, 2002/2021; Law, 2004/2020) de la salud mental, mientras que el cuerpo padeciente y en resistencia se remite a la cotidianeidad de las personas.

En ese sentido, el estatus ontológico que cobra el cuerpo en la atención primaria en salud mental en el centro de salud estudiado se puede entender como el de un *objeto fraccional*, el que, siguiendo a John Law (2004/2020), refiere a la cualidad de una realidad determinada para presentarse como un «objeto que es más que uno y menos que muchos» (Law, 2004/2020, p. 109), aludiendo a que «las diferentes realidades se superponen e interfieren las unas con las otras» (Law, 2004/2020, p. 108). Así, el cuerpo aparece invocado y *enactado* de diversas maneras. La posibilidad de ensamblar los tres *enactment* debiera partir entonces por un reconocimiento de este carácter fraccional y múltiple de los cuerpos en salud mental, considerando, junto con Bruno Latour (2004), que el cuerpo deviene como tal por su capacidad para ser afectado múltiples veces, y apuntando hacia una política (ontológico-corporal) relacional de los cuidados que, así como Baruch Spinoza (1677/2022) plantea, tome en consideración que solo en relación con otros cuerpos, es decir, solo en redes, la salud mental (al menos tal como aparece en este centro de salud) puede ser abordada satisfactoriamente, redirigiendo el camino hacia la mirada biopsicosocial y con énfasis en la prevención, promoción y lo comunitario, como plantea la política pública de salud mental. La salud mental excede la clínica y excede a los individuos. Concluyo entonces: solo considerando lo que las personas padecientes hacen y con quienes se involucran, la política pública será capaz de avanzar en la resolución de la crisis de salud mental que nos atraviesa.

Agradecimientos

Agradezco a mi familia: Katia, Silvestre y Junior. Y también un abrazo muy especial a Perlita.

Financiamiento

Este estudio fue financiado mediante la Beca ANID de Magíster Nacional 2022/22220336

Referencias

- Barad, Karen. (2007). *Meeting the Universe Halfway*. Duke University Press.
- Betancur, Pablo. (2024). “Ha sido tanto el abuso que se me ha desencadenado una depresión”: experiencia y gestión de los malestares de usuarias/os de Salud Mental en Temuco [Tesis de Magíster sin publicar]. Universidad de Chile.
- Canales, Manuel. (2006). El grupo de discusión y el grupo focal. En Manuel Canales (Ed.), *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (pp. 265–287). LOM.
- Conrad, Peter. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Correa-Urquiza, Martín, & Pié Balaguer, Asun. (2017). *Capturas e itinerarios de la locura*. Editorial UOC.
- Crespo-Suárez, Jorge. (2021). Reduccionismo biomédico y patologización en la atención de salud mental ¿Estamos sobremedicalizando en la atención primaria? *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 113–124. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65202>
- Csordas, Thomas. (2011). Modos somáticos de atención. En Silvia Citro (Coord.), *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los Cuerpos* (pp. 83–104). Editorial Biblos.
- Cuoto, Marcia Thereza; de Oliveira, Elda; Alves Separavich, Marco Antônio, & do Carmo Luiz, Olinda. (2019). La perspectiva feminista interseccional en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15, 1–15. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- Davies, James. (2021/2022). *Sedados. Cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental*. Capitán Swing.
- Deleuze, Gilles. (1990/1999). Post-scriptum sobre las sociedades de control. En Gilles Deleuze, *Conversaciones* (pp. 150–155). Pre-Textos.
- Deleuze, Gilles, & Guattari, Felix. (1980/2004). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Duarte, Klaudio. (2023). Artesanía intelectual en el análisis cualitativo de contenidos. En Klaudio Duarte (Ed.), *Separar para construir. Análisis cualitativo de información* (pp. 5–31). Social-ediciones.
- Epele, María. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta”. *Cuadernos de Antropología Social*, 38, 7–31. <https://doi.org/10.34096/cas.i38.1326>
- Fassin, Didier. (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>
- Foucault, Michel. (1963/2018). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (1975/2021). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* (pp. 157–197). Siglo XXI.
- Galán, Celia. (2011). *La articulación y gestión del padecimiento depresivo en la cotidianidad de los individuos* [Tesis de Máster sin publicar]. Universidad Complutense de Madrid.

- Han, Clara. (2012/2022). *La vida en deuda. Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*. LOM. (Obra original publicada en 2012).
- Herbert, Frank. (1965/2021). *Dune*. Debolsillo.
- Jociles, María Isabel. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana de Antropología*, 54(1), 121–150.
<https://doi.org/10.22380/2539472x.386>
- Latour, Bruno & Woolgar, Steve. (1979/1995). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Alianza Editorial.
- Latour, Bruno. (2004). How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies. *Body & Society*, 10(2–3), 205–229.
<https://doi.org/10.1177/1357034X04042943>
- Latour, Bruno. (2005/2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Ediciones Manantial.
- Law, John. (2004/2020). *Después del método. Desorden en la investigación en ciencias sociales*. Editorial Universidad del Cauca.
- Le Breton, David. (1990/2021). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Prometeo Libros.
- Martínez Hernández, Ángel. (2006). La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, 43(3), 43–56.
<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0606330043A>
- Medeiros, Luciana, & Álvarez, Patricia. (2016). Los trastornos mentales comunes y la medicalización: una perspectiva a partir de la etnografía institucional. *Revista San Gregorio*, 12, 6–15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5622403>
- Menéndez, Eduardo. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–208.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Merino, Claudio. (2021). *Historia social de la salud. Chile 1960-2000*. Universidad de Los Lagos.
- Minoletti, Alberto; Rojas, Graciela, & Horvitz-Lennon, Marcela. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440–447.
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/8JrC3z3TkQHPNxSwMGxRv7C/?lang=es>
- Mol, Annamarie. (2002/2021). *El cuerpo múltiple. Ontología en la práctica médica*. Ediciones Uniandes.
- Mol, Annemarie. (2002/2023). *El cuerpo múltiple. Ontología y práctica médica*. Bellaterra Edicions.
- Mol, Annemarie, & Law, John. (2004). Embodied Action, Enaction Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body & Society*, 10(2–3), 43–62.
<https://doi.org/10.1177/1357034X0404293>
- Morales Sáez, Nicolás. (2021). Por una antropología política de la salud. *Revista Chilena de Antropología*, 43 203–215. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64440>
- Morales Sáez, Nicolás. (2023). *Del asilo al activismo. Hacia una antropología política de la salud mental* [Tesis de doctorado sin publicar]. Universitat Rovira i Virgili.

- Moreno, Eliana, & Moriana, Juan Antonio. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315–328. https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/1486
- Ossandón Riquelme, Katia. (2025). *Vejez y cuidados en Temuko: envejeciendo en un contexto urbano interétnico* [Tesis de grado sin publicar]. Universidad Católica de Temuco.
- Pérez Soto, Carlos. (2012/2014). *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM.
- Pujadas, Joan. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social*, 9, 127–158. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0000110127A>
- Rose, Nikolas. (2006/2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIFE.
- Rose, Nikolas. (2018/2020). *Nuestro Futuro Psiquiátrico. Las políticas de la salud mental*. Ediciones Morata.
- Silva Segovia, Jimena. (2013). Con-textos y cuerpos situados. En Jimena Silva Segovia & L. Méndez Caro N(Eds.), *Cuerpos y metáforas. Estudios de los significados culturales del cuerpo y las sexualidades juveniles* (pp. 40–79). Universidad Católica del Norte.
- Simondon, Gilbert. (1964/2015). *La individuación a la luz de las nociones de forma y de información*. Editorial Cactus.
- Spinoza, Baruch. (1677/2022). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Alianza.
- Vivanco, Manuel. (2006). Diseño de muestras en investigación social. En Manuel Canales (Ed.), *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (pp. 141–167). LOM.