

## La pastilla verbal: técnicas de relief en centros del primer nivel de atención de colonias marginadas

The verbal pill: relief techniques in public primary care settings in marginalized quarters

**Nayelhi Saavedra\***

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México  
itandehui.saavedra@gmail.com

### Resumen

En los centros de salud del primer nivel, la demanda de atención para problemas emocionales ha incrementado, y se ha respondido con la implementación y/o el fortalecimiento del servicio de psicología. El objetivo es reflexionar sobre las percepciones acerca de la atención psicológica. Para ello, recurrimos al concepto de técnicas de relief planteado por P. Sloterdijk (2012) y analizamos las percepciones que tienen los pacientes y los psicólogos sobre el trabajo de estos últimos. Metodología. Se realizó un estudio (QUAL → quan) en 19 centros de salud de la Ciudad de México que incluyó entrevistas semi-estructuradas al personal de salud (76) y a los pacientes (44). Las entrevistas se audiógrabarón y transcribieron; fueron analizadas mediante la “categorización de significados” de Kvale (1996), y bajo el andamiaje conceptual propuesto. Resultados. Los pacientes conciben la consulta psicológica como una técnica de relief que permite aligerar las cargas cotidianas de la vida, y ajustar sus emociones y conducta a los códigos morales y sociales vigentes en el sistema capitalista. La forma de organizar la atención en los centros de salud aunada al enfoque intrapersonal de la psicología, originan tensiones y dilemas en torno a esta práctica clínica.

**Palabras clave:** Técnicas de Relief; Atención Psicológica; Primer Nivel De Atención; Gestión Emocional; Grupos Marginados.

### Abstract

In primary care settings, the demand for care for emotional problems has increased, and authorities have responded to with the implementation and / or strengthening of the psychology service. The objective is to reflect on the perceptions about psychological care. So, we resort to the concept of relief techniques proposed by P. Sloterdijk (2012) and analyze the perceptions that patients and psychologists have about the work of the latter. Methodology. A study (QUAL → quan) was conducted in 19 health centers in Mexico City that included semi-structured interviews with health personnel (76) and patients (44). The interviews were recorded and transcribed; they were analyzed by the “categorization of meanings” of Kvale (1996), and under the proposed conceptual framework. Results. Patients conceive psychological consultation as a relief technique that allows to alleviate the daily burdens of life, and to adjust their emotions and behavior to the moral and social codes in force in the capitalist system. The way of organizing care in these health settings coupled with the intrapersonal approach of psychology, give rise to tensions and dilemmas around this clinical practice.

**Key words:** Relief Techniques; Psychological Attention; Primary Care; Emotional Management; Marginal Groups.

\* Dra. En Antropología Social. Adscrita a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. En la Ciudad de México, México.

## La pastilla verbal: técnicas de relief en centros del primer nivel de atención de colonias marginadas

### Introducción

Dar consejos, platicar y escuchar son prácticas cotidianas del personal de salud de cualquier clínica, hospital o institución médica. Quizá ninguna de estas tareas constituye el eje central de las acciones en salud; pero resulta difícil eludirlas al momento de establecer contacto con un paciente; sobre todo, cuando demanda atención debido a la presencia de malestares emocionales, situación que se ha vuelto recurrente en las consultas del primer nivel (Berenzon et al., 2014; Campodónico, 2018; González-Blanch et al., 2018; Muñóz, Orozco e Ybarra, 2015). Algunos sistemas de salud, entre ellos el de México, han respondido a esta demanda fortaleciendo los programas de salud mental e integrando y/o ampliando el servicio de psicología en el primer nivel. Estas implementaciones han sido paulatinas, y también se les ha relacionado con por lo menos tres factores, el primero es el cambio de percepción que tiene la gente sobre su propia salud que en términos generales ha derivado en una sobrevigilancia. El siguiente es el empobrecimiento de amplias capas de la población y las afectaciones en la salud derivadas de ello, y el tercero, la convicción colectiva de que los avances médicos pueden “resolver mucho más de lo que en realidad es posible” (Márquez y Meneu, 2003: 51).

En México, ya han pasado algunos años desde que el servicio de psicología se estableció dentro de algunos centros de salud (en adelante, CS), así que, en este texto, reflexionamos sobre cómo un grupo de pacientes percibe la atención psicológica. Nos basamos en un conjunto de entrevistas que realizamos al personal de salud y a los pacientes, y optamos por una óptica diferente a la sanitaria; proponemos comprender la atención psicológica como una respuesta social más, a la precariedad e incertidumbre en las que vive una parte importante de la población. Por lo tanto, en este documento, conceptualizamos la atención psicológica no solamente como un servicio de salud, sino como una *técnica de relief* que modula

las emociones y proporciona una sensación de aligeramiento o alivio a las tensiones cotidianas. Para lograr una mejor comprensión de esta propuesta, en primer lugar, exponemos el contexto en el cual ocurre la atención psicológica que aquí analizamos; después aclaramos el término *técnicas de relief* y luego describimos los supuestos sociales que lo rodean.

### Atención psicológica en los centros de salud de la Ciudad de México

Para un país que presenta un sistema sanitario fragmentado, empobrecido y rebasado ante la demanda de atención, como es el caso de México, no resulta un esfuerzo menor contar con servicios de psicología en algunos CS del primer nivel de atención. Sobre todo, si se trata de los centros asentados en las zonas marginadas de la Ciudad de México (en adelante, CDMX), en donde habita la población que ha sido sistemáticamente excluida del mercado laboral y que presenta bajos niveles educativos, así como importantes índices de alcoholismo y drogadicción, violencia doméstica y embarazos adolescentes. Las personas que acuden a dichos centros, generalmente, tienen dificultades para acceder a los servicios del tercer nivel de atención en los que se concentra la mayoría de los especialistas en salud mental, ya sean psicólogos o psiquiatras.

Los pacientes que asisten a consulta psicológica en un CS deben realizar los mismos procedimientos administrativos que se exige para acceder a cualquier otro servicio y que consisten en tener un carnet vigente, hacer cita, acudir el día señalado y esperar el turno. Los consultorios no siempre cuentan con las condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, espacio, ni confidencialidad porque en muchos CS fue un servicio que se implementó mucho después de planear la construcción de consultorios y espacios. La consulta psicológica tiene una duración de 40 minutos para un paciente subsecuente y de 60 minutos para un paciente de primera vez. Los psicólogos, al igual que todo el personal médico, deben cumplir con cuotas

mínimas de pacientes atendidos durante una jornada laboral; es necesario que integren el reporte clínico del paciente al expediente general (al cual tiene acceso el resto del personal médico y administrativo). Además, la vestimenta de los psicólogos se mimetiza con la imagen estereotípica de los médicos pues son obligados a usar bata blanca, y de no cumplir las disposiciones que establecen las autoridades de los CS, podrían recibir sanciones (Saavedra, Berenzon y Galván, 2016).

Para conocer las características anteriores y saber cómo funcionaba la atención a la salud mental en los CS, un grupo de investigadores llevamos a cabo un estudio a lo largo de 4 años. Durante los dos primeros años, realizamos observaciones sistemáticas en 19 CS de la CDMX y entrevistamos a 76 trabajadores (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, administradores, laboratoristas, psicólogos, dentistas, etcétera) y a 44 pacientes (36 mujeres, y 8 varones). Uno de los temas que abordamos durante las conversaciones con ambos grupos fue el papel de los psicólogos en general y de los que dan atención en los CS, en particular. En el tercer año, abordamos este asunto mediante una encuesta realizada entre el personal y pacientes.<sup>11</sup>

Al analizar el contenido de las entrevistas encontramos que para los pacientes y para el personal de salud, las principales actividades de los psicólogos son platicar y dar consejos. Muchos de los entrevistados preferían evitar acudir con un psicólogo; a pesar de ello, compartieron la creencia de que contar con un psicólogo en el CS resultaba indispensable para que pudieran hablar sobre los asuntos que les preocupaban. En cuanto al cuestionario aplicado a los pacientes, y por mencionar un ejemplo, se les preguntó: ¿Usted para qué cree que sirve un psicólogo? Las respuestas que obtuvieron mayor frecuencia fueron: *orientar, resolver, platicar y desahogar*. En suma, las opiniones que prevalecieron entre los pacientes entrevistados y encuestados resultaban ambivalentes. Estos iniciales hallazgos guardan similitud con los resultados provenientes de estudios realizados entre poblaciones latinoamericanas. De acuerdo con estas investigaciones, la familiaridad y el uso de intervenciones psicológicas entre la clase baja y con menor escolaridad, ocurre menos que entre la clase media, media-alta y con mayor escolaridad. También afirman que las personas de clase baja, no suelen tener una idea clara acerca de las actividades de los psicólogos, solamente saben que atienden niños, problemas de drogadicción, asuntos penales y que es una persona con quien se habla. Además,

<sup>11</sup>Para conocer con mayor detenimiento este estudio es posible consultar Berenzon et al. (2018); Galván, Saavedra, Bartolo y Berenzon (2017); y Saavedra et al. (2016).

cuando se trata de acudir a una consulta psicológica e independientemente de la clase socioeconómica, las personas prefieren acudir al sector privado y no al público (Bosetto, 2006; Escalante y Leiderman, 2008; Souza y Trinidad, 1990). Por otra parte, a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales que entrevistamos, les pareció adecuado contar con un psicólogo en los CS porque con frecuencia reciben peticiones explícitas de atención emocional por parte de los pacientes, además, concedieron gran relevancia al hecho de escucharlos, aunque generalmente no cuentan con el tiempo para hacerlo debido a las cargas laborales (Berenzon, 2014; Berenzon, Saavedra y Galván, 2018; Saavedra, 2018).

En vista de lo anterior, surgieron algunas preguntas acerca de la actitud hacia la consulta psicológica, ¿Cómo perciben la práctica de la psicología, los pacientes de los CS? ¿Cómo los pacientes y el personal de salud han construido la desconfianza hacia el uso terapéutico de la palabra al mismo tiempo que afirman la necesidad de “hablar” con un profesional clínico sobre los problemas cotidianos? ¿Qué podemos vislumbrar sobre la gestión de las emociones a partir de lo que expresaron sobre la consulta psicológica? En este trabajo nos proponemos responderlas a la luz de las *técnicas del relief*. Esta noción permite discutir la emergencia de una determinada economía política de la subjetivación, configurada por imágenes precisas sobre qué es una vida confortable y socialmente aceptable y por la democratización del derecho a participar de ella.

### ***El uso de la palabra como técnica de relief***

La problematización de las *técnicas* que los individuos utilizan sobre ellos mismos, la expuso de manera pormenorizada Foucault (1983, 1990 y 2002), quien señaló que su emergencia siempre está respaldada por un conjunto de saberes.<sup>22</sup> La dupla conformada por los saberes-técnicas, suele derivar en el establecimiento de alguna disciplina, ejemplo de ello son la medicina y la psicología. Contrario a la idea popular que atribuye un alto grado de neutralidad ideológica a las disciplinas; Foucault afirmó que no la tienen, ya que siempre se ajustan a los marcos históricos vigentes, lo que significa que están moldeadas por los códigos de conducta y creencias dominantes. Tanto las técnicas como las disciplinas se reproducen y transmiten mediante las instituciones (familia, religiones organizadas, sistemas educativos,

<sup>22</sup>Foucault (1990) se refirió a las “técnicas del yo” o del “sí mismo”, definiéndolas como “técnicas que los individuos aplican al cuerpo, alma, pensamiento y/o conducta para transformarse a ellos mismos con el propósito de alcanzar cierto estado de “perfección, de felicidad, de pureza o de poder sobrenatural” (p. 35).

normas laborales, etcétera) que la sociedad implanta en diversos sectores y que contribuyen a producir subjetividades en las que predomina un estilo específico de gestión o regulación de las emociones.

Si bien el desarrollo teórico de Foucault sobre las técnicas proporciona herramientas conceptuales suficientes para discutir las, en este trabajo utilizo la noción de *técnicas de relief* propuesta por el filósofo Peter Sloterdijk (2012) porque establece un vínculo más preciso con las formas de modular las emociones y con un fenómeno denominado *aligeramiento de la vida*, del cual hablaremos más adelante. Las técnicas del relief se refieren a todos aquellos artefactos culturales que ofrecen simplificar las relaciones sociales y evitar las colisiones que implican, mediante la aplicación de los saberes disponibles en la sociedad (Sloterdijk, 2012). Un ejemplo de estos artefactos culturales son las estrategias, metodologías y herramientas terapéuticas que provienen de la práctica formal de la psicología, y que ofrecen la posibilidad de silenciar los síntomas del sufrimiento psíquico (Ausburger, 2002; Stolkiner, 2013).

Uno de los recursos que privilegia la psicología es el uso de la palabra, mismo que está soportado en modelos causales y en una orientación científica (Moodley y Sutherland, 2010). La utilización de la palabra como método de curación no es un recurso que haya surgido recientemente, y no siempre ha estado vinculado con las disciplinas científicas, aunque sí lo ha estado con las prácticas médicas. Un ejemplo de lo anterior proviene de la cultura griega, Platón y Aristóteles hablaban de la *kátharsis*, una práctica dialógica que buscaba reordenar la vida anímica (creencias, sentimientos, impulsos, saberes, pensamientos), así como *purgar* el alma. Si bien el uso de la palabra se recomendaba para mejorar la eficacia médica; los médicos de la escuela hipocrática ignoraron su uso como práctica terapéutica. Más adelante, la medicina científica la desconoció desplazándola a la magia y a la superstición (Laín, 2005).

El valor atribuido a la palabra y al acto dialógico como agentes que simplifican las colisiones en las relaciones sociales, es decir, como técnicas de relief, está articulado con la internalización de un conjunto de saberes, imágenes y creencias que se comparten colectivamente y que conforman las subjetividades individuales y la sensibilidad cultural contemporánea (Vigarello, 2006); y que en seguida describiremos con mayor detenimiento.

### ***El derecho a despreocuparse en un mundo lleno de tensiones***

Algunos autores han identificado el advenimiento de un fenómeno que contribuye a explicar la dinámica cultural predominante en las sociedades contemporáneas, occidentales-capitalistas, y lo han denominado aligeramiento de la vida (Lipovetsky, 2016; Sloterdijk, 2012; Zizek, 2014). El fenómeno consiste en la democratización del derecho a despreocuparse, y en la exacerbación de las diversas formas de evasión que acompañan al desarrollo técnico y tecnológico. Además, guarda estrecha relación con la lógica de consumo, en particular con uno de sus aspectos, el que alienta la búsqueda del confort y concede importancia a la gestión de las emociones como estrategia para obtener satisfacción o beneficio (González, 2013; Lipovetsky, 2016; Sloterdijk, 2012; Zizek, 2014).

El programa ideológico que acompaña al aligeramiento de la vida se origina y circula entre instituciones diversas como el Estado, el mercado, la industria médica y el ámbito académico. Algunas de estas ideas son: la democracia es equiparable al ejercicio de la libre elección de servicios, opciones políticas y objetos disponibles en el mercado. La creencia en que la autorealización, la satisfacción individual y el mérito conforman vías éticas de comportamiento. La convicción de que los saberes tienen como finalidad, resolver los problemas planteados principalmente por el Estado y las empresas, ejemplo de ello son las aplicaciones técnicas que permiten liberar al cuerpo del dolor, retrasar su decadencia, la muerte prematura, así como liberar al alma de las cargas del vivir cotidiano (Lipovetsky, 2016; Sloterdijk, 2012; Zizek, 2014).

El aligeramiento de la vida también se entiende como una respuesta social a las amenazas que traen las contradicciones político-sociales, inherentes al capitalismo. Por mencionar un par, tenemos la super abundancia de bienes que posee una élite, frente a la extrema pobreza de un número importante de habitantes; el alto valor concedido a la libertad individual y a la democracia, confrontado con el predominio de la guerra y la intolerancia ante la diferencia (Asad, 2009; Lipovetsky, 2007). Estas tensiones terminan traducándose en violencia e inseguridad, desempleo e informalización del trabajo, criminalización de la migración y de la pobreza, inequidades en educación y salud, entre otras. A decir de algunos teóricos sociales, dichas tensiones generan un estado permanente de incertidumbre y miedo entre la población, pues las únicas soluciones que el capitalismo permite, deben provenir de las capacidades individuales antes que de las colectivas.

Al transferirles a los individuos la responsabilidad por los procesos contradictorios y los efectos fallidos, se les exige una velocidad y eficacia de respuesta simplemente excesiva (Lipovetsky, 2016; Sloterdijk, 2012).

No obstante, los individuos se ven obligados a involucrarse activamente en la resolución de los procesos fallidos porque comúnmente los interiorizan como *fracasos escolares, laborales, conyugales y malestares difusos*, que bien pueden adjudicarse a una deficiencia biológica o de personalidad. Entonces, serán susceptibles de trasladarse al dominio médico o psicológico, diluyendo así, su génesis política (Bauman, 2010; Lavie-Ajayi y Nakash, 2017; Lipovetsky, 2007). Por lo demás, como sujetos sociales, hemos sido educados para utilizar los saberes, técnicas e instituciones disponibles para lidiar y eventualmente solucionar ese tipo de problemas. En este sentido, resulta consecuente apelar a la pericia clínica, particularmente la psicológica, para gestionar todas estas afecciones y lograr una específica modulación emocional.

Cabe mencionar que la individualización de la responsabilidad por los diversos fallos no ha sido un proceso unilateral por parte del Estado, ni tampoco ha obedecido a una imposición del mercado (médico o del entretenimiento). Más bien, como sociedad hemos construido esta economía política de la subjetivación, cada vez que echamos mano de los mandatos, saberes y técnicas que nos conducen hacia una vida socialmente aceptable y placentera, y que nos reporte alguna forma de rendimiento como sujeto social (Rose, 1992 y 2007; Sennet, 1977).

Dicho lo anterior, a partir de las entrevistas realizadas a un grupo de pacientes de algunos CS así como a los psicólogos que daban consulta, reflexionamos acerca de las percepciones sobre la atención psicológica. En seguida describiremos la metodología que se utilizó.

### **Metodología**

La evidencia discursiva proviene de un estudio exploratorio descriptivo realizado del 2012 al 2016 en 19 CS ubicados en zonas de alta marginación social de la Ciudad de México. Se aplicó un modelo de métodos mixtos con un diseño secuencial exploratorio (QUAL → quan) realizado en dos fases. Para el presente texto solamente considero una parte de la información recabada durante la primera fase (2012 a 2014) en la cual se llevó a cabo un trabajo etnográfico que incluyó observaciones no participativas en todos los CS y entrevistas a 44 pacientes (36 mujeres y 8 varones), y 76 trabajadores (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, administradores, dentistas y psicólogos).

De estos últimos se contó con la participación de 12 psicólogos (8 mujeres y 4 varones) a quienes corresponde el material que aquí analizo.

Los criterios de inclusión para los pacientes fueron: ser mayor de edad, ser paciente regular del CS y acceder a participar en el estudio. Mientras que los criterios de inclusión para los trabajadores fueron: tener adscripción al CS y acceder a participar en el estudio. La selección de entrevistados se realizó mediante un muestreo teórico intencionado con el cual el número de personas no es lo más relevante; sino la información que aportan para interpretar el tema de interés hasta obtener la saturación, es decir, que entrevistados adicionales no agreguen información nueva o relevante para la comprensión del fenómeno. En la tabla 1 se encuentran algunos datos sociodemográficos de los entrevistados.

**Tabla 1.**

#### **Datos sociodemográficos de los pacientes y psicólogos entrevistados**

(ver anexo al final del artículo)

Fuente: elaborada por la autora

### **Instrumentos**

Para realizar las entrevistas semi-estructuradas se elaboraron dos guías con diversos temas claves, una dirigida a los pacientes y otra al personal. Los temas que se trataron con los pacientes fueron: a) experiencias y utilización de servicios de salud, b) trayectoria en salud mental y/o malestares emocionales c) necesidades de atención en salud mental, d) experiencias y percepción sobre la atención psicológica en general y en los CS. Entre los temas que se abordaron con el personal estuvieron: a) actividades y cargas de trabajo, b) percepción del CS, c) percepción de las condiciones de trabajo, d) actividades y capacitación relacionada con salud mental (actividades relacionadas con salud mental, formación y capacitación recibida), e) estigma y f) opinión sobre los servicios de salud mental.

Todas las entrevistas se condujeron en forma individual y en diferentes espacios de los CS como consultorios, salas de espera, salas de usos múltiples, etc. La mayoría fueron realizadas en una o dos sesiones, duraron entre 2 y 4 horas, fueron transcritas y almacenadas en archivos electrónicos.

### **Análisis del material**

Se establecieron una serie de categorías y subcategorías utilizando la técnica de categorización de significados propuesta por Kvale (1996). Con esta técnica es posible codificar las entrevistas en una serie de categorías excluyentes que permite estructurar

las extensas y complejas narraciones en unidades de información que facilitan su comprensión. Primero, las categorías se definieron a partir de los temas abordados en la guía de entrevista, posteriormente se definieron con base en el tema que nos ocupa y con las nociones teóricas antes expuestas. La categorización fue realizada por una doctora en antropología y un maestro en salud mental pública, por separado, y las discrepancias encontradas se resolvieron mediante la discusión y la revisión conjunta de los relatos originales.

#### *Cuidados éticos*

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (IRB00006105). Se consideró un proyecto de riesgo mínimo, por lo que el consentimiento informado se obtuvo de manera verbal. Para ello, a cada participante se le proporcionó información detallada sobre los objetivos y las características de la investigación; se les informó sobre su derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el proyecto sin que ello tuviera alguna repercusión en la atención recibida en el CS. También se solicitó autorización para audigrabar las entrevistas y se les pidió autorización para divulgar la información bajo seudónimo para preservar la privacidad.

#### **Hallazgos**

##### *Pacientes*

A todos los pacientes que entrevistamos, les preguntamos si conocían las actividades que hacían los psicólogos, y en caso de que hubieran asistido con alguno, les pedíamos que narraran su experiencia. Cuando decían que nunca habían asistido con un psicólogo, les preguntábamos qué se imaginaban que hacían. Los extractos relacionados con estos temas, los categorizamos en trops que aluden a la interpretación del contenido: sociedad del conocimiento; escucha como práctica confesional y hablar para descargar.

##### Sociedad del conocimiento

La primera categoría reúne las ideas que expresaron respecto a la utilidad de una consulta psicológica. De acuerdo con los entrevistados, servía para obtener información o un conjunto de instrucciones para corregir situaciones que les resultaban problemáticas como la crianza de los hijos, la relación conyugal, la propia actitud ante diversas situaciones (decesos y separaciones), incluso un defecto intrínseco a su persona que explicaban como una “falla” en el cerebro o en la mente. En

ese caso, los pacientes pensaban que las funciones de un psicólogo eran dar consejos y decirles qué hacer. Así lo expresaron Erica y Juana (entrevistadas individualmente), quienes dijeron que nunca habían acudido con el psicólogo, y cuando les preguntamos si les gustaría que en el CS hubiera uno y por qué, respondieron “*Sí, a mí sí me gustaría, y que yo le platicara todo y me dijera ‘mire señora Erica esto es lo que debería de hacer’*” (Erica, 60 años). Juana, comentó lo siguiente:

*“(…) psicólogos sí, que dieran las pláticas, de que nos ayudarán pues ahora sí que como dicen, uno no nace sabiendo ser madre o equis ¿no? que ellos en ese sentido ayudarán a las personas a saber qué hacer con un hijo (...)”*  
(Juana, 49 años)

A otra entrevistada que acudía a un grupo de ayuda mutua para personas con diabetes en el cual recibían “*pláticas*” por parte de un psicólogo, se le preguntó qué creía que ocurría durante una consulta individual y respondió: “*(...) bueno yo creo que el psicólogo como que nos transmite seguridad, como que nos sugiere qué podemos hacer, qué debemos de hacer, cómo lo podemos hacer*” (Lucila, 65 años).

En esta categoría observamos la idea que tienen los pacientes sobre el *saber* que porta un especialista acerca de diferentes materias como crianza de los hijos, cómo enfrentar problemas en las relaciones con los familiares o qué hacer ante la falta de dinero. Además, a las personas que habían acudido a consulta psicológica les preguntamos las razones por las que fueron y mencionaron asuntos como sentir tristeza por un tiempo prolongado; la sensación de no haber superado alguna pérdida; conflictos con los familiares, principalmente con la pareja; y haber tenido sentimientos de soledad. Los pacientes que acudieron a consulta, apelaban a la mirada psicológica para lidiar con circunstancias que les ocasionaban emociones, sentimientos, conductas y estados de ánimo que les incomodaban y que, sobre todo, les causaban problemas con las demás personas. Como señala Bosetto (2006), la percepción del trabajo del psicólogo, es el de un profesional que “*arregla y ajusta a las personas, que hace que hijos desobedientes obedezcan, que los depresivos se alivien (...)*” (p.146).

##### Escucha como práctica confesional

En esta segunda categoría prevaleció la idea de que acudir con un psicólogo equivalía a verbalizar los problemas a manera de una confesión, entonces, el psicólogo elaboraría juicios para retroalimentar al

paciente. Algunos entrevistados dijeron que se sentían incómodos ante la posibilidad de que el psicólogo les señalara las “faltas” que habían cometido, y que generalmente se asociaban a omisiones en el cumplimiento de los códigos o mandatos socialmente compartidos y esperados de acuerdo con los roles y condiciones de las personas, por ejemplo, ser mujer y madre, hombre-esposo y proveedor.

Ana María, de 39 años, dijo que nunca había acudido con un psicólogo a pesar de que su madre le recomendaba acudir con uno debido a la violencia ejercida por su esposo, así como llevar a su hijo quien había tardado mucho en hablar y caminar. Cuando le preguntamos qué creía que hacía un psicólogo, ella citó las palabras de su madre: “(...) habla con el doctor y cuando lo lleves [a su hijo] a consulta, confíesate con él” (Ana María, 39 años). Le preguntamos qué creía que debía “confesarle” al psicólogo y dijo “lo que yo viví”, pero reconoció que hablar sobre ello, le causaba vergüenza. Y ¿qué era lo que ella había vivido además del maltrato?, limitadas oportunidades de estudio y posteriormente de trabajo, hacinamiento en la casa paterna y en general, la pobreza permanente que compartía con los vecinos de su colonia.

Fue común escuchar que a los entrevistados les producía pena hablar sobre problemas personales con gente ajena a su familia o que no fueran amigos cercanos, y era uno de los motivos para eludir la visita con el psicólogo. Lo anterior se comprende si consideramos que, en primer lugar, en la sociedad mexicana, el sentimiento de vergüenza ha funcionado como un controlador social que busca mantener la imagen pública bajo ciertos parámetros de aceptabilidad. En segundo lugar, si tenemos en cuenta que muchas de las contradicciones sociales se transfieren al individuo a modo de fallos personales que, al no poder resolverlos por uno mismo, simplemente deberá sobrellevarlos (Lipovetsky, 2007 y 2016; Sloterdijk, 2012; Zizek, 2014).

Otra paciente, Susi, quien acudió a 3 o 4 sesiones psicológicas durante su embarazo no deseado, mencionó que había abandonado la consulta porque “(...) como que sólo me habla del bebé y del bebé y que tengo que tenerlo y cuidarlo y así... que tengo que trabajar para darle un mejor futuro, que lo tengo que querer.” (Susi, 20 años). Una tercera entrevistada, Ema de 18 años, narró que cuando tenía 17, acudió con una psicóloga, acompañada de su papá. Ella desaprobaba el juicio emitido por la especialista y describió de la siguiente manera ese primer y último encuentro:

*“Ah, ya después me dijo ‘y ¿por qué crees que te sientes mal?’ y le dije ‘yo siento que por mis*

*papás que se pelean’ y me dijo ‘no, pues yo creo que sí’, así me dijo ella. Y regañó a mi papá, le dijo ‘no, pues sepárese de su esposa, si se están peleando’ dice ‘a la que le están haciendo daño es a la niña’ y dice ‘sepárense ¿por qué no la deja?’ ” (Ema, 18 años)*

En los extractos observamos los mandatos sociales sobre los cuales el psicólogo(a) les llamó la atención o sobre los que esperaban que les llamara la atención: querer a los hijos, romper el vínculo matrimonial por el bien de los hijos; la forma correcta de enfrentar la conducta violenta del cónyuge. En esta categoría se aprecia que los entrevistados tienen presente la característica prescriptiva de la disciplina psicológica, que al igual que en la medicina, propone parámetros (justificados estadística y técnicamente) sobre qué puede considerarse normal, saludable o anómalo, riesgoso o insano (Vigarello, 2006).

#### Hablar para descargar

Para la tercera categoría, los entrevistados asociaron la verbalización de los problemas con la acción de descargar o desahogar, las cuales les representaba una forma de alivio. A diferencia de la categoría anterior, en esta, el objetivo principal no era obtener un juicio sino simplemente “sacar”, “vaciar” verbalmente aquello que les incomodaba.

Alondra, una entrevistada que había acudido a consulta psicológica dijo que diversos problemas le causaban llanto; pero que resistía las ganas de llorar delante de sus familiares al mismo tiempo que “guardaba” sus opiniones y emociones para evitar “más problemas”. Cuando nos describió sus consultas dijo, “Pues...por ejemplo, la doctora se ponía a platicar, me escuchaba...me estaba escuche y escuche” (73 años). Un entrevistado, Humberto de 27 años, platicó que, debido a una enfermedad crónica, le gustaría acudir a consulta psicológica: “(...) estamos buscando un psicólogo para que me oriente, tenga con quién platicar, con quien desahogarme”.

Siguiendo las respuestas de los entrevistados, nos parece que aluden a la función de catarsis, en el sentido aristotélico de experimentar una purga que permite reordenar “creencias, sentimientos, impulsos, saberes, pensamientos y estimaciones, basada en el logos dialéctico” (Laín, 2005: 224). Ninguno de los entrevistados asoció la palabra “tratamiento” con la consulta psicológica, solamente algunas personas mencionaron “terapia”. Como veremos en seguida, los psicólogos tuvieron apreciaciones diferentes a las de los pacientes; sin embargo, encontramos algunas convergencias entre ambos grupos.

### Psicólogos

Con el propósito de ser más exhaustivo con la perspectiva de los psicólogos, consideramos únicamente las entrevistas realizadas con ellos. A todos les preguntamos qué pensaban acerca de su papel clínico en el primer nivel de atención; también, qué creían que los otros trabajadores del centro opinaban sobre el servicio de psicología, y cómo respondían los pacientes que llegaban a su consulta. Organizamos los extractos en los siguientes tópicos: uso de la palabra como atención residual, influencia mediática y bajo nivel educativo y, por último, heterogeneidad terapéutica.

#### Uso de la palabra como atención residual

En la primera categoría prevaleció la percepción de que la mayoría del personal (médicos, enfermeros, administradores, personal de laboratorio, de archivo, entre otros) no tiene una idea clara acerca del trabajo de los psicólogos, ya que suelen reducir las actividades clínicas a la contención, y muchas veces a la “plática” con los pacientes. Los entrevistados expresaron que la generalización de esta idea desvirtuaba el campo de la psicología clínica y dañaba la credibilidad del profesional porque implicaba la posibilidad de que cualquier otro trabajador del centro, podía asumir las tareas del psicólogo y actuar como tal ante un paciente. Una de las psicólogas, Malena, dijo lo siguiente

*“(…) desde ese lado [médico], devalúan, desvalorizan el trabajo que hacemos acá porque se les dice ‘vaya a platicar con el psicólogo’ ¿no? Y no es sólo venir a platicar con el psicólogo, sino más bien, mostrar, mostrarle la necesidad y la importancia de que asistas con un psicólogo” (Malena, 34 años).*

Cuando les preguntamos por qué pensaban que esta idea prevalecía entre sus compañeros explicaban que su trabajo clínico, a diferencia del que realizaba un médico o un dentista, no era proclive a generar evidencias tangibles, ya que los resultados se confinaban, principalmente, a la arena personal de los pacientes. Entonces, ante la mirada de otros profesionales, parecería que los psicólogos “no hacen nada”, “nada más, platican”. Nos parece que la incompreensión que percibieron los psicólogos hacia sus actividades clínicas, está relacionada con el histórico alejamiento del uso terapéutico de la palabra que ha privado en la medicina, propiciado por los profesionales con el afán de disminuir la dimensión subjetiva de su práctica (Laín, 2005). La postura que, según lo mencionado por los psicólogos,

muestra el personal de salud hacia la psicología, podría entenderse como el despliegue del dispositivo ideológico médico (Foucault, 1983; 2002) más que como la expresión del desconocimiento sobre la práctica psicológica.

Además, a los psicólogos les parecía que los médicos estigmatizaban a los pacientes que les referían, ya que los etiquetaban como los “pacientes latosos” o “manipuladores” por las constantes demandas de atención o porque eran los pacientes con quienes no funcionaba ningún tratamiento medicamentoso. Entonces, los psicólogos se convertían en el personal indicado para lidiar con los casos anómalos y desechados por otros trabajadores de la salud. En relación con lo anterior, una de las psicólogas, Patricia, citó los comentarios que recibió de uno de sus compañeros, un médico familiar, al referirle un paciente: “Ay, dale palmaditas, platica con él, ¿no?” “¡Ay! te lo voy a mandar porque ¡ya no lo aguanto!” (Patricia, 57 años). Otro profesional, opinó lo siguiente:

*“(…) incluso siendo médico, pensar que el paciente se está haciendo [simulando] ¿no? o que está fingiendo, y se entiende poco las enfermedades de salud mental, es común en México todavía. Aquí es muy frecuente, en este Centro de Salud, sí. No se le da ninguna importancia ¿no?, como que se piensa que son pacientes latosos o son pacientes incómodos” (Elena, 56 años)*

#### Influencia mediática y bajo nivel educativo

De acuerdo con los psicólogos, entre los pacientes prevaleció el desconocimiento sobre la consulta psicológica, pues notaban que la mayoría tenía ideas estereotípicas, a veces erróneas, sobre los psicólogos, y casi siempre fundadas en las imágenes que circulaban en los medios de comunicación. Uno de los psicólogos mencionó lo siguiente:

*“La mayoría de las personas creen que la psicología es el psicoanálisis o creen que la psicología nada más es platicar o es que tú nada más desembuches todo lo que tengas que decir y acostado en un diván. O que te interpreten los sueños, entonces, eso es lo que la mayoría de las personas creen que hace un psicólogo” (Iñaki, 30 años)*

Cuando preguntamos a qué le atribuían estas ideas, señalaban que uno de los principales motivos era la limitada educación formal, la cual en algunos pacientes representaba la falta total de

alfabetización. Una de las psicólogas comentó que la falta de información y de experiencia en consulta psicológica propiciaba ideas equívocas:

*“Refieren que no han acudido nunca a un psicólogo ¿no?, que es por primera vez la atención, entonces muchas veces tiene que ver la falta de información que ellos tienen, tiene que ver también la, el nivel de educación que tenga ¿no? también eso determina mucho, eh, yo creo que tiene que ver eso, esas dos cosas”* (Margarita, 33 años)

Aunado a lo anterior, los entrevistados mencionaron que los pacientes estaban acostumbrados, desde generaciones atrás, a asistir con el médico, el dentista, la enfermera o al laboratorio, pero no con el psicólogo. De hecho, un número importante de pacientes no acudía por decisión propia, sino que eran referidos por el médico del centro o por otras instituciones como la escuela, en el caso de niños y adolescentes o del reclusorio, en el caso de personas en libertad condicional. Los psicólogos observaban que la mayoría de los referidos carecían de un interés genuino en asistir a consulta y tampoco tenían expectativas concretas más allá de “cumplir” y “sentirse bien”. Cuando le preguntamos a una de las psicólogas cómo reaccionaban durante la consulta este tipo de pacientes, comentó “Será a lo mejor porque soy así bien tranquila, entonces a lo mejor les doy su pastilla verbal y se calman, ¿no?” (Patricia, 57 años)

En cuanto a los pacientes que tenían expectativas diferentes, y de acuerdo con lo que mencionaron los entrevistados, algunos pretendían resolver, a veces de manera inmediata, un problema específico y acudían para que les diera una solución. También había otros pacientes que acudían principalmente para desahogarse; por ende, muchos pacientes dejaban de asistir a la consulta porque no veían un avance en la solución a su problema o porque se sentían mejor. Cuando abordamos el tema con Julio, un psicólogo, él distinguió tres grupos de pacientes:

*“Varía mucho, pero predomina un 50% ‘le vengo a contar para ver qué va a hacer’ le vienen entregando la responsabilidad de sus problemas al psicólogo. No se dan el chance de empoderarse sobre la situación. ‘Vengo a que me escuche, a sacar todo lo que traigo y vengo a que me diga cómo hacerle para cambiar’. Otros dos grupos son las personas que llegan desconcertadas y que buscan una orientación*

*y están dispuestos a escuchar, son quienes generan más apego y con la disposición de hacer cosas. El otro, tratan de desafiar o confrontar al psicólogo.”* (Julio, 30 años)

#### Heterogeneidad terapéutica

Los psicólogos describieron sus actividades como “dar psicoeducación” y “consulta”. La primera puede ser grupal o individual y está enfocada en prevenir ya sea, embarazos tempranos, consumo de alcohol, tabaco y drogas, violencia intrafamiliar, bullying, suicidio, entre otras. Las consultas individuales se realizan con base en las demandas de los pacientes e implican acciones clínicas como establecer un diagnóstico, para lo cual utilizan la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10); dar tratamiento, y dar de alta a los pacientes. Le pedimos a una de las psicólogas que nos platicara qué hace durante la sesión con un paciente que la visita por primera vez y ella narró lo siguiente:

*“En la primera sesión yo dejo que hablen lo suficiente ¿no? Después yo les digo que las primeras dos o tres veces que nos veamos vamos a hablar de su historia personal, de su vida, de porqué se ha sentido así. Yo escucho al paciente y voy haciendo notas ¿no?, de lo que considero a partir de lo que ellos dijeron que vienen ¿no?”* (Patricia, 57 años)

Les preguntamos si la institución les pedía trabajar con alguna aproximación o escuela terapéutica (cognitivo-conductual, psicoanálisis, gestalt, etc.) en particular, y respondieron que no. Ellos deciden la metodología de trabajo dependiendo de las necesidades de los pacientes y las características del mismo. La mayoría se sentía conforme con esta autonomía; sin embargo, algunos opinaron que la institución debería plantear algunos lineamientos mínimos para dar consulta. Eduardo, uno de los entrevistados dijo que:

*“(…) lamentablemente es libre [ríe], lamentablemente no hay una línea de trabajo y, y digo lamentablemente porque en una institución sí tendríamos que tener un sistema, yo soy de esa idea, que tenemos que sistematizar muchas intervenciones, ¿por qué?, porque en México la formación del psicólogo es muy abierta”* (Eduardo, 33 años)

Finalmente, nos parece que todas las características que invisten la consulta psicológica proporcionada en los CS, la hacen parecer un servicio

de salud más; pero una vez que un paciente ingresa al consultorio, ocurre un intercambio que difiere en medida importante de la rutina a la cual se le tenía acostumbrado en otros servicios con mayor arraigo entre la población como el dental, el de vacunación, el de laboratorio y por supuesto el médico. El paciente sale de la consulta psicológica sin receta y sin haber experimentado alguna intervención corporal. No obstante, como lo proponemos en la siguiente sección, los pacientes hacen uso del servicio de psicología de una manera completamente acorde a la dinámica social y cultural contemporánea.

### Discusión

Los extractos reunidos en el primer tropo, “sociedad del conocimiento”, sugieren que los pacientes también le atribuyen un alto valor y estatus social a los “*especialistas*” debido al conocimiento que poseen. Independientemente de que hubieran asistido o no a una consulta psicológica, los entrevistados coincidieron en que el trabajo de los psicólogos consiste en transmitir indicaciones para solucionar conflictos. En este sentido, conceden a los psicólogos, un saber instrumental que sirve para gestionar estados anímicos, emociones y relaciones interpersonales. Consideramos que, al adjudicarle un valor instrumental a la consulta psicológica, los entrevistados son consecuentes con la idea de que los saberes tienen la finalidad de resolver problemas, (por ejemplo, las cargas del vivir cotidiano), tal como lo propone uno de los componentes de la ideología predominante (Lipovetsky, 2016; Sloterdijk, 2012; Zizek, 2014).

Para el siguiente tropo, “escucha como práctica confesional”, es importante partir de que la psicología, al igual que cualquier disciplina, se apropia de las creencias y códigos dominantes para su época (Foucault, 1983; 1990; 2002). Además, es una disciplina prescriptiva, con un amplio acervo argumentativo sobre lo que es saludable y riesgoso; lo estadísticamente frecuente o normal y lo infrecuente o anormal; lo socialmente aceptable e inaceptable, etcétera. Por ende, la percepción de los entrevistados resulta razonable al esperar que la escucha del psicólogo se ajuste al repertorio de los códigos vigentes que pueden ser morales —los valores del judeocristianismo, de género, y los que plantea la ética capitalista la autorealización, el reconocimiento al mérito, la búsqueda de confort, etc.— (Lipovetsky, 2016; Sloterdijk, 2012; Zizek, 2014). Lo relevante no es que el psicólogo y el paciente compartan el contenido de los códigos, sino que ambos coincidan en la existencia de esta normatividad, y que las faltas a la misma, sean descargadas durante la consulta para obtener alguna forma de alivio.

Otro tipo de alivio que, según los entrevistados, les proporciona la consulta psicológica es la que refiere el tropo “hablar para descargar”. A diferencia del anterior, en este tipo de verbalización solamente se espera desahogar las emociones contenidas. En esta faceta, para los pacientes, la retroalimentación del psicólogo no es tan relevante; sino la posibilidad de hacer catarsis y quizá, clarificar las emociones y reordenar la vida anímica (Laín, 2005; Moodley y Sutherland, 2010).

Hasta aquí sabemos que para los entrevistados, el quehacer de los psicólogos consiste en dar instrucciones para resolver conflictos, ejercer una escucha confesional y permitir la catarsis. Las tres podrían ser entendidas como técnicas de relief, ya que desde esta perspectiva, asistir a una consulta psicológica daría la posibilidad de liberar el alma de los conflictos de la vida social (pareja, hijos), ajustar las emociones o ayudar a sobrellevar las cargas cotidianas derivadas de las condiciones de vida impuestas por las contradicciones inherentes al capitalismo (Asad, 2009; Lipovetsky, 2007; Sloterdijk, 2012).

Pasando a las entrevistas con los psicólogos, tenemos el primer tropo “uso de la palabra como atención residual”, en el cual observamos que los entrevistados difieren de los pacientes y especialmente de otros trabajadores de la salud, en cuanto a la descripción de su trabajo clínico. Como ya mencionamos, ambos grupos destacan el uso de la palabra en la consulta psicológica. Sin embargo, para los psicólogos, decir que ellos “solamente” hablan o platican no describe de manera acertada su labor. Pensamos que, efectivamente, es impreciso describirla así: pero tampoco es que no recurran a la práctica dialógica. Todo clínico de cualquier especialidad y nivel de atención, dialoga con los pacientes. Lo que se torna problemático para los psicólogos es que la palabra tiene un peso importante en su práctica, y que el malestar emocional o los problemas de los pacientes no siempre son susceptibles de convertirse en objetos cuantificables (aunque se apliquen instrumentos que midan depresión, ansiedad, etc.), convirtiéndose así, en objetos residuales de atención.

Si tomamos en cuenta que la actual tendencia de la medicina es construir evidencias tangibles, ya sea que se trate de una imagen o un valor numérico; es comprensible que la falta de tal evidencia, genere suspicacia entre el personal de salud, pues para ellos sigue siendo un reto registrar y encuadrar el tipo de ayuda que requieren este tipo de pacientes. La convergencia de la disciplina médica con la psicológica dentro de un mismo espacio y bajo una lógica de administración pensada para la biomedicina, propone un dilema difícil de resolver, e impone desencuentros

como el desprestigio que los psicólogos perciben por parte de otros trabajadores de los CS, debido a las características de su práctica clínica.

Aunado a lo anterior, el persistente rechazo del personal de salud hacia los pacientes problemáticos, “latosos” o “manipuladores” (como lo refieren los entrevistados) y en general, el estigma social hacia lo “anómalo”, y la identificación de los psicólogos como personal que se encarga de estos pacientes, dificulta más la aceptación de la práctica psicológica.

Siguiendo con el penúltimo tropo, los psicólogos coincidieron en que casi todos los pacientes que llegan por primera vez a consulta, tienen ideas erróneas acerca del trabajo clínico y lo atribuyen, principalmente, a dos asuntos, la “influencia mediática y el bajo nivel educativo”. Nos parece necesario reflexionar en dos cuestiones frente a las afirmaciones de los psicólogos. La primera es que los pacientes de estos CS además de provenir del estrato económico bajo y tener niveles escolares de primaria o secundaria, suelen confinar sus experiencias vitales a los acontecimientos cotidianos de la colonia, y sobre ellos se conjugan la mayoría de las tensiones sociales: violencia, inseguridad, desempleo, inequidades en salud, injusticia social, entre otras. Además, como cualquier otro integrante de la sociedad contemporánea, participan de la construcción subjetiva predominante, la cual implica asumir a manera de fracasos personales (escolares, conyugales, laborales, etc.) las contradicciones político-sociales (Bauman, 2010; Lavie-Ajayi y Nakash, 2017; Lipovetsky, 2007). Ante dichos fracasos se ven obligados a desplegar estrategias y recursos personales para trascenderlos o sobrellevarlos, aun cuando tengan limitados medios económicos y sociales. Así que, reiteramos la aseveración hecha en párrafos atrás, la forma en cómo los pacientes conciben la consulta psicológica no es necesariamente errónea, simplemente se ajusta a la dinámica cultural actual y a los componentes ideológicos que circulan en diversos medios de comunicación.

La segunda cuestión está relacionada con la escasa actitud colaborativa que, a decir de los psicólogos, muestran algunos pacientes. Nos parece que esta percepción da cuenta de un débil involucramiento del profesional con la comunidad en la que trabaja así como de la falta de adaptación cultural de los abordajes terapéuticos que utiliza. Comúnmente, los psicólogos se centran en los procesos intrapersonales subestimando el contexto socio-cultural, además, recurren a técnicas intelectualizadas y en exceso verbales que dan por supuesto un sujeto comunicante, confesional y auto reflexivo, y que quizá no corresponde con las características dominantes de

la población que atiende (Bosetto, 2006; Lavie-Ajayi y Nakash, 2017). Este impase podría estar interfiriendo en la imagen que los psicólogos construyen alrededor de su práctica, ante los pacientes. Como lo mencionaba uno de los entrevistados, debería haber cierta sistematización en las intervenciones, que a nuestro parecer, convendría orientarla hacia una adaptación a las circunstancias locales de la comunidad.

En vista de lo anterior, nos preguntamos si los CS son el lugar idóneo para proveer del servicio de psicología a estas comunidades. Pensamos que desde una postura que apunte a reducir las brechas en la atención de la salud mental para la población de escasos recursos, el hecho de contar con psicólogos en los CS constituye un primer e importante paso por diversas razones. Una es que los CS representan la puerta de entrada al sistema salud y en algunos casos, es la única posibilidad de atención ya que están ubicados en las colonias de alta marginación social. Se sabe que la detección y atención temprana tanto de los problemas emocionales como de los trastornos mentales, contribuyen a un mejor pronóstico de la condición e incrementan la calidad de vida tanto de los pacientes afectados como de sus familiares. En consecuencia, se reducen los costos sociales asociados a estos padecimientos.

Sin embargo, la atención psicológica no ocupa un lugar relevante en las actividades clínicas y comunitarias de los CS, y ni siquiera es esperable que lo ocupe. En los CS se privilegia el modelo de atención primaria que establece como responsabilidad prioritaria, informar sobre los riesgos asociados a las enfermedades mentales, al tabaquismo, al uso de sustancias, a la violencia; pero no se responsabiliza de contrarrestar los efectos de lo anterior (O’ Malley, 1996). En este sentido, los alcances de la atención psicológica que se proporciona en los CS, quizá resultan más bien modestos, y sería contrario a la racionalidad del sistema de salud actual, fomentar expectativas más altas en los pacientes. Como señalan Márquez y Meneu (2003), la convicción colectiva de que los avances médicos pueden “resolver mucho más de lo que en realidad es posible” (p. 51) ha terminado entorpeciendo el uso de los servicios médicos.

Por lo tanto, podría ser que la consulta psicológica se articule de manera problemática con la lógica biomédica que orienta a los demás servicios de los CS. No obstante, la percepción que tienen los pacientes sobre esta consulta, encuadra con las formas contemporáneas de responder a las contradicciones sociales transfiguradas en fallos individuales, y que consiste en aplicar conocimientos técnicos para aligerar las cargas emocionales sin proponerse resolver las causas de fondo, que por lo demás, sobrepasarían los esfuerzos individuales.

**Bibliografía**

- ASAD, T. (2009) "Free speech, blasphemy and secular criticism" En Asad, T., Brown, W., Butler, J., y Mahmood, S. (comp.) *Is Critique Secular?* Berkeley, California: University of California Press.
- AUSBURGER, A. (2002) "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave." *Cuadernos Médico Sociales* N° 81, p. 61-75.
- BAUMAN, Z. (2010) *Mundo consumo. Ética del individuo en la aldea global*. Argentina: Paidós.
- BERENZON, S., GALVÁN, J., SAAVEDRA, N., BERNAL, P., MELLOR-CRUMMEY, L., TIBURCIO, M. (2014) "Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo." *Salud mental* N° 4, p.313-319.
- BERENZON, S., SAAVEDRA, N. y GALVÁN, J. (2018) "Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica." *Salud Pública de México* N° 2, p. 184-191.
- BOSETTO, C. (2006) "Reflexiones sobre la representación social de la psicología en un barrio de baja renta." *Revista Diversitas. Perspectivas en psicología* N°1, p. 138-148.
- CAMPODÓNICO, N. (2018) "Síntoma y demanda psicológica en el primer nivel de atención en la ciudad de La Plata." *Perspectivas en Psicología* N° 1, p. 75-85.
- CASTELLÓ, M., FERNÁNDEZ, M., GARCÍA, J., MAZO, M., RICO, M., ROVIRA, A., SERRANO, E., ZAPATER, F. (2016) *Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud*. Barcelona: Fórum Catalá d'Atención Primária.
- ESCALANTE, C. y LEIDERMAN, E (2008) "Prevalencia de tratamiento psicoterapéutico en los habitantes de la ciudad de Buenos Aires." *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* Vol. XIX, p. 261-267.
- FOUCAULT, M. (1983) *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI [1976].
- ( ) (1990) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. España: Paidós-Ibérica.
- ( ) (2002) *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI [1976].
- GALVÁN, J., SAAVEDRA, N., BARTOLO, F., BERENZON, S. (2017) "Perceptions of Mexican women regarding barriers in mental Health Services in primary care." *BMC Women's Health* N° 1, p. 1-6.
- GONZÁLEZ, A. (2013) "Emociones y análisis social" en Flamarique, L. y D' Oliveira, M. (eds.) *Emociones y estilos de vida. Radiografía de nuestro tiempo*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- GONZÁLES-BLANCH, C., UMARAN-ALFAGEME, O., CORDERO-ANDRÉS, P., MUÑOZ-NAVARRO, R., RUIZ-RODRÍGUEZ, P., MEDRANO, L., RUIZ-TORRES, M., DONGIL, E., CANO-VINDEL, A. (2018) "Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP." *Ansiedad y Estrés* N° 1, p. 1-11.
- KVALE, S. (1996) *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Primera edición. California: SAGE Publications.
- LAÍN, P. (2005) *La curación por medio de la palabra en la antigüedad clásica*. España: Anthropos.
- LAVIE-AJAYI, M. y NAKASH, O. (2017) "If she had helped me to solve the problem at my workplace, she would have cured me": A critical discourse analysis of a..." *Qualitative Social Work* N° 1, p.1-18.
- LIPOVETSKY, G. (2007) *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- ( ) (2016) *De la ligereza*. México: Editorial Anagrama.
- MÁRQUEZ, S. y MENEU, R. (2003) "La medicalización de la vida y sus protagonistas." *Gestión clínica y sanitaria*. N° 2, p.47-53.
- MOODLEY, R. y SUTHERLAND, P. (2010) "Psychic retreats in other places: Clients who seek healing with traditional healers and psychotherapists." *Counselling Psychology Quarterly* N°3, p. 267-282.
- MUÑOZ, M., OROZCO, L. e YBARRA, J. (2015) "Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel." *Salud mental* N° 3, p. 201-208.
- O'MALLEY, P. (1996) "Risk and Responsibility" en Andrew, B., Thomas, O. y Nikolas, R. (eds.) *Foucault and Political Reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*. Londres: UCL Press.
- ROSE, N. (1992) "Governing the enterprising self" en Heelas, P. y Morris, P. (eds.) *The values of the enterprise culture: The moral debate*. London: Unwin Hyman.
- ( ) (2007) "Beyond medicalization." *The Lancet* Vol. 369, p. 700-02.

- SAAVEDRA, N., BERENZON, S. y GALVÁN, J. (2016) "Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos." *Atención Primaria* N° 4, p. 258-264.
- ( ) (2018) "The role of social workers in mental health care: A study of primary care centers in Mexico." *Qualitative Social Work* doi:1473325018791689.
- SENNET, R. (1977) *La autoridad*. Madrid: Alianza Editorial.
- SLOTERDIJK, P. (2012) *Has de cambiar tu vida*. Valencia: Pre-textos.
- SOUZA, L. y TRINDADE, Z. (1990) "A representação social das atividades profissionais do psicólogo em segmentos de classe média e baixa, na cidade de vitória". *Psicologia: teoría e pesquisa*. N°3, p. 267- 279.
- STOLKINER, A. (2013) "Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental" en Lerner, H. (comp.) *Los sufrimientos, 10 psicoanalistas-10 enfoques*. Buenos Aires: Psicolibro.
- VIGARELLO, G. (2006) *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada Editores.
- ZIZEK, S. (2014) *Pedir lo imposible*. Madrid: Ediciones Akal.

Anexo

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes y psicólogos entrevistados

44 pacientes de los CS	12 psicólogos de los CS
8 hombres	4 hombres
36 mujeres	8 mujeres
Edad	Edad
1 de 80	4 mayores de 50
5 década de los 70	2 en la década de los 40
14 década de los 60	5 en la década de los 30
5 década de los 55	1 menor de 30 años
6 década de los 40	Escolaridad
2 década de los 30	2 maestría
6 década de los 20	10 licenciatura
5 menores de 20	Religión
Escolaridad	9 católica
8 ninguna	1 universal
16 primaria	2 ninguna
13 secundaria	
7 bachillerato	
Religión	
37 católica	
1 mormón	
1 pentecostés	
2 creyente	
3 ninguna	
Estado civil	
6 soltero	
25 casado	
8 unión libre	
5 viudo	
Acudió con psicólogo	
15 sí	
29 no	

Fuente: elaborada por la autora

Citado. SAAVEDRA, NAYELHI (2020) "La pastilla verbal: técnicas de relieves en centros del primer nivel de atención de colonias marginadas" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°33. Año 12. Agosto 2020-October 2020. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 25-38. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/640>

**Plazos.** Recibido: 12/02/2020. Aceptado: 30/07/2020