



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República – Facultad de Psicología

**Construyendo puentes entre la Psicología y la cultura
rural: abordajes integrados para la comprensión y
acompañamiento del malestar psíquico**

Autora: Andrea Pérez Martínez

Tutora: Prof. Adj. Dra. Daniela Díaz Santos

Revisora: Asist. Mag. Liliana Suárez

Montevideo, febrero 2026

Resumen

La presente monografía brinda aportes y reflexiones sobre cómo la población del medio rural concibe y tramita el malestar psíquico al alternar y combinar recursos de la psicología profesional con prácticas locales de cuidado. El problema se sitúa en la convivencia entre políticas públicas de salud mental, dispositivos del primer nivel de atención y redes comunitarias ancladas en la vida cotidiana rural, donde inciden la distancia territorial, la disponibilidad intermitente de especialistas y criterios simbólicos como confianza, legitimidad y proximidad. El análisis se organiza en torno a fundamentos conceptuales de la salud mental en contextos rurales e interculturales, modelos explicativos del padecimiento así como redes familiares, vecinales, religiosas y agentes comunitarios. Por otro lado, se toman en cuenta las barreras territoriales, organizativas y epistémicas que moldean los itinerarios de ayuda. Se identifican tensiones en la traducción cultural entre lenguajes profesionales y saberes comunitarios, junto con experiencias de articulación en policlínicas rurales, rondas y trabajo en red. A partir de estos planteamientos, se proponen orientaciones para intervenciones psicológicas culturalmente pertinentes, basadas en proximidad territorial, participación comunitaria, articulación intersectorial y negociación explícita de modelos explicativos en el encuentro clínico.

Palabras clave: salud mental, ruralidad, interculturalidad, itinerarios de ayuda, prácticas de cuidado, concepciones, psicología cultural, malestar psíquico

Abstract

This study examines, through a critical interpretive literature review, how rural populations in Uruguay manage psychological distress by alternating and combining professional psychological services with locally rooted care practices. The problem is framed within the coexistence of public mental health policies, primary care provision, and community networks embedded in rural everyday life, where territorial distance, intermittent access to specialists, and symbolic criteria such as trust, legitimacy, and proximity shape help-seeking decisions. The analysis addresses conceptual and regulatory foundations of mental health in rural and intercultural settings, explanatory models of suffering and local categories, family, neighborhood, religious, and community-based support networks, as well as social representations of psychology and territorial, organizational, and epistemic barriers that influence care pathways. On the other hand, this study takes in consideration the territorial, organizational and epistemic barriers that shape help itineraries. The review identifies tensions in cultural translation between professional languages and community knowledge, alongside experiences of coordination through rural clinics, outreach modalities, and network-based work. On this basis, the study proposes guidelines for culturally responsive psychological interventions grounded in territorial proximity, community participation, intersectoral coordination, and the explicit negotiation of explanatory models within the clinical encounter.

Keywords: mental health, interculturality, help itineraries, care practices, conceptions, cultural psychology, psychological distress.

Índice

Introducción.....	5
Delimitación del Problema.....	8
Planteamiento del Problema.....	9
Propósitos del Trabajo.....	10
Fundamentos Teóricos.....	10
Aportes de la Psicología Cultural.....	11
Lo Socio-cultural y la Producción de Subjetividad desde la Psicología Cultural.....	13
Subjetividad y Marcos Sociales y Culturales.....	14
Tensiones en la Traducción Cultural.....	15
Fundamentos y Concepciones de la Salud Mental y su Abordaje en Contextos Rurales e Interculturales.....	17
Modelos Explicativos del Padecimiento y Categorías Locales.....	18
Bienestar y Malestar Psíquico en Contextos Interculturales.....	20
Concepciones de la Psicología Profesional en el Medio Rural.....	21
Perspectivas para el Abordaje de la Salud Mental en Territorios Diversos.....	23
Barreras Simbólicas, Epistémicas y Territoriales en los Itinerarios de Ayuda.....	24
Prácticas Locales de Cuidado y Redes Comunitarias.....	27
Políticas y Enfoques de Salud Intercultural: Los Desafíos Actuales.....	29
Propuestas de Salud Intercultural en América Latina.....	29
Interculturalidad y Salud Mental en Uruguay: Los Desafíos Actuales.....	30
Orientaciones para una Psicología Culturalmente Pertinente en la Ruralidad.....	32
Reflexiones finales.....	35
Referencias bibliográficas.....	39

Introducción

Las discusiones contemporáneas en torno a la salud mental coinciden en que las experiencias de padecimiento psíquico se construyen en marcos culturales específicos, donde se articulan lenguajes, creencias y prácticas de cuidado que organizan aquello que cada grupo reconoce como sufrimiento y como tratamiento posible. Desde la psicología de la salud, se ha puesto en evidencia que los procesos de salud-enfermedad no pueden comprenderse de manera aislada ni exclusivamente desde lo biológico, sino que se encuentran atravesados por dimensiones psicológicas, sociales y culturales. En este sentido, Morales Calatayud (1997) afirma que “tanto el buen estado de salud como la enfermedad se pueden asociar a múltiples causas, las que son de diverso orden, entre las que están las de carácter social y las relativas al comportamiento”. Concepciones como enfermedad, prevención, cura y atención se inscriben en sistemas de significados compartidos que orientan tanto la búsqueda de ayuda como la interpretación de las intervenciones profesionales. Según Menéndez (2003), las prácticas determinadas por un sistema de significados compartidos son “todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales buscando prevenir, dar tratamiento, controlar, o aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (p. 186). En este campo, la autoatención, las redes familiares, las creencias religiosas y las prácticas comunitarias tienen un lugar central en la gestión cotidiana del malestar (Menéndez, 2003).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud ha documentado brechas que persisten en el acceso a servicios de salud mental, con particular impacto en poblaciones rurales e indígenas, donde las ofertas profesionales resultan escasas y se concentran en centros urbanos (Organización Panamericana de la Salud, 2006, 2009). Los estudios sobre interculturalidad en salud señalan que, en esos contextos, las personas combinan y negocian recursos provenientes de distintos registros, desde dispositivos biomédicos hasta prácticas locales de cuidado, y que esa

combinación se relaciona con criterios de legitimidad simbólica, confianza y proximidad comunitaria (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020; Montoya Vélez et al., 2022).

Los estudios sobre interculturalidad en salud mental permiten pensar estas combinaciones como procesos de traducción entre lógicas diferentes. La noción de salud intercultural propone reconocer la coexistencia de saberes médicos hegemónicos y saberes locales, y promover diálogos que eviten la subordinación automática de unos respecto de otros (Organización Panamericana de la Salud, 2006; Valle, 2012). Desde esta perspectiva, se observa la manera en que las personas articulan, proyectan, negocian o jerarquizan esos recursos cuando enfrentan situaciones de padecimiento.

En nuestro país, trabajos centrados en la atención a la salud en el medio rural, describen trayectorias marcadas por largas distancias, escasez de profesionales y alta dependencia de estrategias comunitarias, parroquiales y familiares para abordar el malestar psíquico. De ahí la creación del Plan Nacional de Salud Rural que propone disminuir la inequidad en el acceso de la salud y mejorar la distribución de recursos humanos en el territorio, especialmente en las zonas rurales dispersas; la organización de la atención digitalizando las historias clínicas para facilitar y mejorar el seguimiento de usuarios de zonas alejadas; el fortalecimiento de los equipos de salud en las pequeñas localidades y zonas rurales del país; el fortalecimiento de las acciones intersectoriales y de la participación comunitaria, y el fomento de la investigación en salud rural (Ministerio de Salud Pública, 2011). Este plan fue diseñado bajo la premisa de hacer del medio rural un lugar habitable, integrando a la salud como un componente clave del desarrollo social y productivo del país.

En Uruguay, la reforma sanitaria y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud establecieron el derecho a la atención en salud mental como parte de la cobertura integral, reforzado por la Ley de Salud Mental que impulsa un modelo de base comunitaria con énfasis en la desmanicomialización y en la perspectiva de derechos (Parlamento de la República Oriental del Uruguay, 2007, 2017; Ministerio de

Salud Pública, 2020; Dotti Ríos y Otárola Acosta, 2023). Sin embargo, los dispositivos concretos que materializan estas orientaciones se distribuyen de manera desigual en el territorio.

En los entornos rurales se cruzan políticas sanitarias y tradiciones culturales en torno al cuidado. La vida en el campo se organiza en torno a redes de vecindad, familias extensas y dinámicas laborales específicas, y estas redes forman parte de los circuitos de atención de la salud y de la salud mental. La literatura disponible muestra que los habitantes de zonas rurales recurren con frecuencia a combinaciones de recursos que incluyen policlínicas, policlínicas móviles, curanderos, pastores, promotores de salud y figuras comunitarias de referencia (Epstein, 2017; Organización Panamericana de la Salud, 2013). Cada una de estas alternativas encarna formas particulares de vínculo, de explicación y de manejo del sufrimiento.

En el caso uruguayo, se dispone de diagnósticos parciales sobre salud rural y sobre dispositivos comunitarios de atención, así como escasas descripciones específicas de experiencias en localidades concretas (Carro, 2010; Gares, 2012; Varietti, 2024). La bibliografía que aborda de manera directa cómo la población rural del campo uruguayo decide entre la psicología profesional y las prácticas locales de cuidado resulta fragmentaria.

Este trabajo se inscribe en el campo de la salud mental intercultural y la ruralidad, centrándose en cómo los habitantes de los medios rurales construyen y transitan itinerarios de ayuda ante situaciones de malestar psíquico, entendidos como trayectorias que incluyen decisiones sucesivas acerca de dónde, con quién y de qué manera buscar apoyo. Estos itinerarios se abordan a partir de la literatura sobre modelos explicativos del padecimiento, sobre prácticas locales de cuidado y sobre políticas y dispositivos de salud mental en el país y la región (Good, 1994; Menéndez, 2003; Organización Panamericana de la Salud, 2009; Montoya Vélez et al., 2020; Ministerio de Salud Pública, 2020).

Delimitación del Problema

El trabajo se construye a partir de una revisión bibliográfica sobre salud mental, ruralidad e interculturalidad, en el contexto uruguayo en diálogo con producciones de la región, procurando brindar aportes para pensar y reflexionar en torno al escenario nacional. La búsqueda de materiales se orienta a artículos científicos, tesis, libros y documentos de organismos internacionales y nacionales que abordan itinerarios de ayuda, modelos explicativos del padecimiento y prácticas locales de cuidado. Se priorizan textos publicados en las últimas décadas y materiales que incluyan de manera explícita referencias a poblaciones rurales, dispositivos comunitarios de atención y políticas de salud mental, al combinar fuentes provenientes de la psicología, la antropología, la jurisprudencia y la salud colectiva.

La selección de la bibliografía se guía por criterios de pertinencia temática, calidad académica y relevancia para el problema planteado, dado que procura articular estudios de carácter empírico con desarrollos teóricos y normativos. A partir de ese corpus, el análisis se organiza de forma cualitativa, identificando categorías, tensiones y vacíos que permitan comprender cómo se describen las decisiones de búsqueda de ayuda en el medio rural y cómo se representan las relaciones entre psicología profesional y prácticas locales de cuidado. Esta estrategia metodológica apunta a producir una lectura situada del campo, que ofrezca insumos para, posteriormente pensar intervenciones psicológicas culturalmente pertinentes en el contexto del campo uruguayo.

En este escenario, la comprensión de cómo se construyen y se ponen en juego los caminos de búsqueda de ayuda exige atender tanto a la historicidad de las prácticas locales como a las transformaciones impulsadas por las políticas de salud mental. Las decisiones que toman las personas frente al malestar psíquico se inscriben en un marco donde conviven tradiciones, expectativas institucionales y relaciones de confianza que modelan lo pensable y lo posible en materia de atención,

en un territorio donde las fronteras entre lo profesional y lo comunitario están abiertas, y donde los itinerarios de ayuda revelan modos particulares de comprender el sufrimiento y de definir qué formas de cuidado se consideran válidas.

Planteamiento del Problema

En la ruralidad, las experiencias de malestar psíquico se elaboran en un entramado donde conviven políticas públicas de salud mental, dispositivos de psicología profesional y prácticas locales de cuidado ancladas en la vida comunitaria. La población rural dispone, de forma simultánea, de recursos formales ofrecidos por el sistema de salud y de repertorios propios vinculados a la familia extensa, las iglesias, los curanderos, el uso de plantas, las redes de vecindad y otras figuras de referencia. La manera en que las personas eligen, combinan o alternan entre estas opciones se vincula con criterios de confianza, cercanía, legitimidad simbólica y pertinencia cultural.

La literatura sobre salud mental, ruralidad e interculturalidad ha descrito tensiones entre modelos biomédicos y saberes locales, así como barreras simbólicas y territoriales que inciden en la consulta psicológica. No obstante, para el contexto uruguayo persiste una escasa sistematización acerca de cómo se representa la psicología profesional en el medio rural, cómo se valoran las prácticas comunitarias y de qué modo la población del campo resuelve, en la práctica, sus itinerarios de atención entre ambos registros.

Esta falta de síntesis dificulta el diseño de intervenciones psicológicas que dialoguen de manera informada con los saberes locales y que reconozcan cómo se toman las decisiones de búsqueda de ayuda en la ruralidad. De allí se deriva la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se presenta en la literatura especializada la forma en que la población rural del campo uruguayo resuelve su atención ante el malestar psíquico entre los dispositivos de psicología profesional y las prácticas locales de cuidado, y qué

orientaciones de intervención se derivan de ese análisis para una psicología culturalmente pertinente en el medio rural?

Propósitos del Trabajo

Este trabajo se orienta a explorar, mediante una revisión bibliográfica, cómo la población en el medio rural resuelve su atención ante el malestar psíquico entre los dispositivos de psicología profesional y las prácticas locales de cuidado, identificando tensiones, articulaciones y criterios que organizan esos itinerarios de ayuda.

En esa línea, se procura caracterizar las prácticas locales de cuidado y las redes comunitarias que intervienen en la gestión del malestar psíquico según lo documentado por la literatura especializada. Asimismo, se busca examinar cómo la bibliografía describe las decisiones de búsqueda de ayuda entre la psicología profesional y los recursos locales —familiares, religiosos, curanderos y agentes comunitarios— atendiendo a los factores que favorecen o dificultan el acceso a cada opción. Por último, se propone identificar estrategias y experiencias de articulación entre psicología profesional y prácticas locales de cuidado en contextos rurales de Uruguay y de la región, con el fin de extraer orientaciones para intervenciones culturalmente pertinentes en el campo uruguayo.

Fundamentos Teóricos

Este capítulo reúne los principales enfoques conceptuales que permiten comprender la producción de subjetividad en interacción con los marcos sociales y culturales, atendiendo a la mediación de prácticas, lenguajes y sistemas de significación situados. Desde esta base, se asume que las experiencias de bienestar y malestar se organizan en territorios concretos, atravesados por trayectorias históricas, relaciones comunitarias y regímenes normativos que inciden en lo que se vuelve inteligible, legítimo y accesible en materia de cuidado. Asimismo, se considera que la

relación entre saberes profesionales y conocimientos locales se define en condiciones asimétricas que configuran tensiones de traducción cultural, con efectos directos sobre los itinerarios de búsqueda de ayuda y sobre la pertinencia social de las intervenciones.

Aportes de la Psicología Cultural

La psicología cultural concibe la mente como un proceso co-construido y distribuido que emerge de la actividad conjunta de las personas y se encuentra mediado por herramientas, lenguajes y artefactos culturales (Rogoff, 1990; Cole, 1996; Lave, 1991; Bruner, 1990/2009). En este marco, Bruner (1990/2009) sostiene que la acción humana es situada, dado que se despliega en contextos prácticos donde los sujetos realizan actividades a las que atribuyen significados. La cultura, por tanto, se entiende como un entramado de sistemas mediadores —signos, artefactos, actos y conductas— que organiza la experiencia y orienta las formas de interpretación del mundo (Martí, 2005).

Rogoff (1990) subraya que lo cultural no constituye una entidad estática ni un conjunto de rasgos externos a las personas, sino modos de vida que suponen participación activa en prácticas socialmente organizadas. La cultura orienta, regula y establece metas del desarrollo, a la vez que se transforma a partir de la acción humana. En consonancia, Bruner (1990/2009) introduce el concepto de *agentividad* para referirse a la capacidad de actuar sobre el mundo en función de metas, con intencionalidad, control y toma de decisiones. Para comprender cómo se configura el “Yo” como agente, propone atender a los relatos autobiográficos en tanto expresan acciones realizadas en contextos culturalmente especificables y los significados otorgados a tales experiencias.

Desde esta perspectiva, creencias, emociones y pensamientos se configuran en la intersección entre la trayectoria singular y los escenarios socioculturales de

participación compartida. La subjetividad se constituye a partir de experiencias sociales e individuales situadas y de los sentidos que se atribuyen a dichas experiencias (González Rey y Mitjans, 2016). Por ello, el contexto no se concibe como un entorno externo que rodea a la persona, sino como parte de un proceso biosociocultural de desarrollo en el que el sujeto y el mundo se co-constituyen (Cole, 1996).

Los aportes sobre comunidades de práctica y participación guiada han mostrado que las metas del desarrollo se articulan con dominios de la vida considerados relevantes en cada entorno cultural (Cole, 1996; Lave y Wenger, 1991; Rogoff, 1993). El aprendizaje de herramientas culturales y destrezas cognitivas se vincula estrechamente con las actividades en las que dichas herramientas resultan centrales (Cole, 1996)

El concepto de apropiación participativa (Rogoff, 1990) permite describir cómo las personas transforman percepciones y conocimientos mediante su participación en escenarios culturalmente organizados. Este proceso se hace visible cuando logran actuar en situaciones nuevas a partir de aprendizajes previos, incluso al cambiar de contexto. En consecuencia, la relación entre personas y comunidades culturales constituye un proceso de transformación mutua: los sujetos se desarrollan participando en actividades heredadas de generaciones anteriores, y al mismo tiempo las modifican, las resignifican o las abandonan (Rogoff, 2016).

La perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979) amplía este enfoque al comprender el desarrollo como un conjunto de procesos adaptativos de cambio y reorganización en el que la persona percibe y modifica progresivamente sus entornos. Su modelo distingue contextos interrelacionados, tales como microsistema (familia, amistades, escuela, trabajo), mesosistema (relaciones entre microsistemas), exosistema (contextos indirectos, como el trabajo de adultos responsables) y macrosistema (ideología y cultura). Las transiciones ecológicas, asociadas a cambios de rol o de entorno, alteran los modos de percibir y actuar: “Los roles tienen un poder

casi mágico para modificar cómo se trata a una persona, cómo actúa, lo que hace y, por lo tanto, incluso lo que piensa y siente” (Bronfenbrenner, 1979, p. 26). Para que el desarrollo adquiriera cualidad transformadora, deben producirse cambios relativamente estables en percepción y acción, sostenidos en contextos que habiliten una participación progresiva en actividades complejas con guía adulta (Bronfenbrenner y Morris, 1998).

En esta línea, el desarrollo humano se comprende como interacción recíproca y dinámica con el entorno, generadora de patrones de conducta y relaciones que no se reducen a componentes individuales (Martí, 2005). Baltes (1983) aporta un marco complementario al señalar que las diferencias interindividuales surgen de la interacción entre múltiples factores, influencias normativas asociadas a la edad (por ejemplo, transiciones evolutivas), influencias normativas históricas (como determinados procesos de escolarización en períodos específicos) e influencias no normativas vinculadas a eventos cotidianos de carácter singular. Este conjunto de influencias contribuye a configurar trayectorias diversas y marcos de sentido diferenciales para la experiencia.

La identidad, en este marco, se configura como un entramado complejo en el que confluyen experiencias individuales y colectivas, escenarios de participación y significados atribuidos a los lugares. El paisaje, entendido como espacio cargado de símbolos y connotaciones, constituye un referente privilegiado de la identidad socioterritorial (Giménez, 2001). El arraigo hacia una región no responde solamente a factores afectivos, sino también a procesos de apropiación cultural y social transmitidos y resignificados en la vida cotidiana.

Lo Socio-cultural y la Producción de Subjetividad desde la Psicología Cultural.

Las discusiones actuales en torno a la salud mental en zonas rurales muestran que los marcos conceptuales y normativos son dimensiones que orientan la manera en

que se reconocen los problemas y se definen responsabilidades. Las formas en que una sociedad comprende el malestar, valora ciertos modos de intervención y organiza sus servicios descansan en tradiciones culturales, políticas públicas y regímenes de derechos que se sedimentan a lo largo del tiempo. Estos procesos se entrelazan con la historia particular de la ruralidad, donde conviven normativas universales y redes comunitarias que han sostenido, con distintos recursos, la atención del sufrimiento. Explorar estos fundamentos conceptuales y normativos permite situar cómo se producen las nociones de bienestar, cómo se legitiman determinados actores y cómo se configuran los horizontes de posibilidad para la psicología en contextos rurales e interculturales.

En este escenario, la comprensión de cómo se construyen y se ponen en juego los caminos de búsqueda de ayuda exige atender tanto a la historicidad de las prácticas locales como a las transformaciones impulsadas por las políticas de salud mental. Las decisiones que toman las personas frente al malestar psíquico se inscriben en un marco donde conviven tradiciones, expectativas institucionales y relaciones de confianza que modelan lo pensable y lo posible en materia de atención, en un territorio donde las fronteras entre lo profesional y lo comunitario se vuelven porosas, y donde los itinerarios de ayuda revelan modos particulares de comprender el sufrimiento y de definir qué formas de cuidado se consideran válidas.

Subjetividad y Marcos Sociales y Culturales

La constitución de la subjetividad se encuentra estrechamente vinculada con los marcos sociales y culturales en los que cada persona se desarrolla. Estos factores actúan de manera directa en la producción de significados y en la configuración de los vínculos. En este sentido, Sonia Kleiman, en su trabajo *Lo parento-filial en perspectiva de hospitalidad*, sostiene que “lo socio-cultural no es la escenografía de la vida de las personas, es aquello que hace que esas personas, sean sujetos de esa época con sus

lógicas y contextos de significación” (2004, p. 674). Este planteo destaca que lo colectivo y lo histórico-cultural se constituyen como dimensiones fundamentales de los procesos psíquicos y orientan la experiencia de los sujetos.

A partir de este enfoque, el análisis del malestar psíquico en comunidades rurales implica asumir las categorías locales y las prácticas de cuidado como elementos centrales en la vivencia del sufrimiento. Las denominaciones populares, los rituales religiosos y las formas comunitarias de apoyo ofrecen marcos interpretativos que organizan tanto la experiencia como las estrategias de afrontamiento. Considerar lo socio-cultural como núcleo constitutivo permite articular el conocimiento psicológico académico con los saberes locales, generando intervenciones culturalmente pertinentes y socialmente legitimadas.

Desde esta perspectiva, se abre la necesidad de profundizar en cómo se entiende el bienestar y el malestar psíquico en clave intercultural. La comprensión del bienestar psíquico exige articular lo clínico con lo cultural, reconociendo que las representaciones de la salud y la enfermedad surgen de procesos colectivos enmarcados en tradiciones, creencias y prácticas comunitarias.

Tensiones en la Traducción Cultural

La articulación entre psicología profesional y saberes comunitarios se desarrolla en un terreno atravesado por tensiones que no pueden soslayarse. La antropología médica ha mostrado que los sistemas de atención tienden a organizar jerarquías de conocimiento, en las que el saber biomédico se ubica en la cima como portador de una verdad científica, mientras que las interpretaciones populares quedan relegadas a la categoría de creencias, supersticiones o explicaciones incompletas (Kleinman, 1980; Good, 1994; Menéndez, 2003, 2009). Esta jerarquía opera tanto en las instituciones como en las interacciones concretas entre profesionales y usuarios.

Una primera fuente de tensión se vincula con la forma de explicar el origen del malestar. Los modelos profesionales suelen privilegiar categorías diagnósticas como depresión, trastorno de ansiedad o consumo problemático, que remiten a entidades clínicas relativamente estables. En cambio, los modelos locales articulan dimensiones espirituales, morales, relacionales y ambientales. Señala Valle (2012):

la hostilidad y los sentimientos de vergüenza, propician un círculo de desventajas que favorecen el uso de sustancias, depresión y otros trastornos mentales que se convierten en obstáculos para el derecho al goce del máximo de salud física y mental. (p. 42)

Se describen, en distintos contextos latinoamericanos, cómo términos como “susto”, “nervios” o “tristeza” condensan no solo síntomas, sino también juicios sobre la vida social, la responsabilidad individual y la calidad de los vínculos. En la ruralidad, estas formas de nombrar coexisten con el vocabulario técnico introducido por las políticas de salud mental, y en ocasiones entran en fricción con él.

Cuando los equipos profesionales desestiman estas narrativas o las traducen de manera inmediata a diagnósticos estandarizados, pueden producir una sensación de incompreensión en quienes consultan. Good (1994) recuerda que la experiencia de enfermedad se organiza en mundos de significado, y que el encuentro clínico implica necesariamente una negociación entre esos mundos. Si dicha negociación se resuelve con la imposición de categorías técnicas que no logran alojar la experiencia vivida, el vínculo terapéutico se resiente y el itinerario de ayuda puede reorientarse hacia recursos percibidos como más cercanos y respetuosos de los marcos interpretativos locales.

El uso de medicación psiquiátrica constituye otra zona de conflicto. Menéndez (2009) advierte que la medicalización de los padecimientos tiende a expandirse en contextos donde los recursos para abordar las dimensiones sociales y relacionales del sufrimiento son escasos. En territorios rurales, las dificultades para sostener controles periódicos, la circulación de relatos sobre efectos adversos y la distancia simbólica

respecto de la farmacología alimentan dudas y resistencias. Las personas evalúan la indicación de psicofármacos a la luz de experiencias previas, de consejos de curanderos o líderes religiosos y de la capacidad real de cumplir con las pautas de tratamiento en contextos de trabajo intensivo y movilidad restringida.

La temporalidad de los procesos terapéuticos introduce tensiones adicionales. Carro (2010) y Varietti (2024) muestran que la presencia intermitente de profesionales, la organización de la atención en franjas horarias estrechas y la escasez de transporte obligan a postergar o condensar los encuentros. Desde la lógica institucional, estas interrupciones pueden interpretarse como falta de compromiso o abandono; desde la lógica local, responden a la imposibilidad de resolver simultáneamente las exigencias laborales, familiares y de salud. La traducción cultural no involucra solo lenguajes y creencias, también exige reconocer y disputar los marcos organizativos que definen qué se considera un tratamiento adecuado.

En el plano simbólico, la interculturalidad corre el riesgo de ser reducida a una estética de la diversidad. De acuerdo, a la Organización Panamericana de la Salud (2006) “el tema de la salud desde la perspectiva de la interculturalidad no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad” (p.37); y advierte que, cuando las prácticas comunitarias se integran como adornos folclóricos sin afectar los núcleos duros del modelo hegemónico, se refuerzan las asimetrías que la interculturalidad pretende cuestionar. La psicología puede verse tentada a incorporar referencias a “lo rural” o “lo comunitario” en sus discursos, manteniendo intactas sus categorías y procedimientos. La tensión se desplaza entonces a un nivel menos visible, pero persiste la subordinación de los saberes locales a la epistemología profesional.

Fundamentos y Concepciones de la Salud Mental y su Abordaje en Contextos Rurales e Interculturales

Las discusiones actuales en torno a la salud mental en zonas rurales muestran que los marcos conceptuales y normativos son dimensiones que orientan la manera en

que se reconocen los problemas y se definen responsabilidades. Las formas en que una sociedad comprende el malestar, valora ciertos modos de intervención y organiza sus servicios descansan en tradiciones culturales, políticas públicas y regímenes de derechos que se sedimentan a lo largo del tiempo. Estos procesos se entrelazan con la historia particular de la ruralidad, donde conviven normativas universales y redes comunitarias que han sostenido, con distintos recursos, la atención del sufrimiento. Explorar estos fundamentos conceptuales y normativos permite situar cómo se producen las nociones de bienestar, cómo se legitiman determinados actores y cómo se configuran los horizontes de posibilidad para la psicología en contextos rurales e interculturales.

Modelos Explicativos del Padecimiento y Categorías Locales

La noción de “modelos explicativos” propuesta por Kleinman (1980) permite comprender cómo las personas y los grupos significan la enfermedad, el sufrimiento y la cura a partir de esquemas culturalmente situados. Estos modelos integran creencias acerca de causas, síntomas, consecuencias y modalidades de tratamiento, y orientan tanto la búsqueda de ayuda como la evaluación de la eficacia de las intervenciones. Good (1994) profundiza esta perspectiva al considerar que la experiencia de enfermedad se configura en “mundos de significado” donde se enlazan narrativas biográficas, imaginarios sociales y prácticas institucionales; en ese marco, el malestar psíquico se inscribe en tramas simbólicas que exceden las categorías diagnósticas biomédicas.

Desde la antropología médica latinoamericana, señala Menéndez (2003) “a través de los conjuntos sociales podemos observar el uso articulado de las diferentes formas que usa cada grupo” (p. 187), y subraya que el análisis de los padecimientos requiere atender a los sistemas de atención que coexisten en una sociedad, con especial énfasis en las prácticas de autoatención y en los saberes populares sobre la

salud. La autoatención remite al conjunto de acciones que los sujetos realizan para definir, clasificar, explicar y enfrentar sus problemas de salud en la vida cotidiana, valiéndose de recursos familiares, vecinales, religiosos y comunitarios, además de las ofertas institucionales. Esta perspectiva otorga centralidad a las categorías locales de malestar y a las lógicas que organizan el pasaje de una modalidad de atención a otra.

En contextos rurales, las distintas categorías no se reducen a diagnósticos populares, porque condensan valoraciones morales, ideas sobre la responsabilidad individual y colectiva, y expectativas en torno al tipo de ayuda considerada adecuada. La “tristeza” puede asociarse a pérdidas y dificultades económicas; los “nervios”, a tensiones familiares y sobrecarga de trabajo; el “susto”, a eventos súbitos que desestabilizan el equilibrio corporal y relacional. Cada término delimita qué aspectos se consideran explicativos, qué actores se perciben como competentes para intervenir y qué tiempos se atribuyen al proceso de recuperación.

En el caso uruguayo, los estudios sobre salud rural muestran que estas formas de nombrar el malestar conviven con categorías introducidas por las políticas sanitarias y los equipos profesionales. Según Carro (2010) “los procesos participativos inciden en las concepciones intrasubjetivas de la salud y enfermedad” (p. 7). La expansión del Sistema Nacional Integrado de Salud y de los programas de salud mental ha difundido terminologías asociadas a la depresión, la ansiedad o el consumo problemático de sustancias, que se entrelazan con vocabularios locales. Esta coexistencia se resuelve mediante traducciones parciales en las que las personas adaptan, resignifican o relativizan los términos técnicos según su propia experiencia y la de su comunidad. En el documento de la Organización Panamericana de la Salud (2006) se establece que “según Norma Panduro, vegetariana, el concepto de salud supone trascender al individuo y proyectarse a la comunidad” (p. 35).

Los modelos explicativos del malestar psíquico en la ruralidad uruguaya se construyen así en un espacio de encuentro entre lenguajes profesionales y saberes locales. Las decisiones de búsqueda de ayuda se apoyan en esos modelos: cuando el

sufrimiento se interpreta como efecto de “nervios” ligados a una situación de estrés laboral o familiar, puede considerarse suficiente el apoyo de la familia extensa, la consulta a un curandero o la participación en actividades religiosas; cuando se percibe que el problema “requiere médico” o que “ya no alcanza con el consejo”, se evalúa la posibilidad de recurrir a policlínicas rurales, policlínicas móviles o servicios especializados (Carro, 2010; Gares, 2012; Epstein, 2017).

Bienestar y Malestar Psíquico en Contextos Interculturales

El bienestar psíquico debe comprenderse en un sentido amplio, que trasciende la ausencia de trastornos y se vincula con la capacidad de desplegar potencialidades personales y sociales. Como señalan Barriguete Meléndez et al. (2003), “la salud mental refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social” (p. 2). Esta definición resalta que la salud mental se configura a partir de la interacción entre dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales.

En las zonas rurales e indígenas, la problemática se presenta con mayor complejidad. Los autores advierten que “esta situación se agrava en las regiones rurales donde viven los indígenas” (Barriguete Meléndez et al., 2003, p. 4). Esta dificultad excede la falta de infraestructura, pues involucra la ausencia de pertinencia cultural en los servicios de salud. En el documento se subraya que “los cuidados médicos que ofrecen los servicios de salud no reconocen la especificidad cultural de la población indígena, lo cual genera un bajo efecto en la calidad y calidez de los servicios” (Barriguete Meléndez et al., 2003, p. 2).

De allí, que los autores Barriguete Meléndez et al. (2003) sostienen que “la atención a la salud mental de la población indígena requiere de un enfoque intercultural que permita conocer las concepciones del proceso salud-enfermedad locales y sus terapias tradicionales para atender estos procesos adecuadamente

respetando sus tradiciones y cosmovisión” (p. 4). Este planteo resulta esencial para investigaciones orientadas a la comprensión del malestar psíquico en comunidades rurales, ya que permite vincular las categorías diagnósticas académicas con las denominaciones y prácticas culturalmente situadas.

La experiencia comparada muestra intentos de articular la medicina biomédica y la medicina tradicional, con el propósito de reducir desigualdades, fortalecer la pertinencia cultural de los servicios y transformar la calidad del trato hacia la diversidad de los contextos culturales.

Concepciones de la Psicología Profesional en el Medio Rural

Las representaciones sociales de la psicología profesional inciden de manera directa en la decisión de consultar o no a un especialista. En contextos rurales, la literatura reporta percepciones ambivalentes respecto a los servicios de salud mental y a la figura del psicólogo o la psicóloga. Por un lado, se reconoce que los equipos de salud aportan conocimientos técnicos y recursos terapéuticos valiosos; por otro, se asocian las consultas psicológicas con situaciones límite, estigmatizadas o “de locura”, que se consideran ajenas a la vida cotidiana o a los problemas “normales” de la comunidad (Carro, 2010; Gares, 2012; Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En relación a nuestro país, Carro (2010) destaca que, en varios departamentos del interior uruguayo, la psicología aparece vinculada en el imaginario a centros urbanos y a instituciones de mayor complejidad, lo que refuerza la idea de distancia social y cultural entre profesionales y población rural. Gares (2012) observa que muchas personas conciben la consulta psicológica como un recurso orientado a quienes “no pueden manejar solos” su situación, lo que introduce una dimensión de vergüenza y temor al juicio de terceros. Esta percepción se articula con la sociabilidad

de “pueblo chico”, donde la confidencialidad se vive como frágil y la exposición pública adquiere un peso considerable.

Los estudios regionales sobre salud intercultural y pueblos indígenas también señalan que las intervenciones en salud mental pueden percibirse como intrusivas cuando no dialogan con los modelos explicativos locales, o cuando introducen categorías que desplazan las formas propias de entender el sufrimiento. Según Montoya Vélez et al. (2022):

a través de la espiritualidad se promueve el equilibrio del individuo en relación con los ancestros y el universo. Desde allí los problemas de salud mental se relacionan con el incumplimiento de las leyes ancestrales, ausencia en rituales de protección y armonización. (p. 1160-1161)

La figura del profesional aparece asociada con el Estado y con instituciones que regulan la vida comunitaria, de modo que la consulta se inscribe en una trama de poder que las personas evalúan con cautela.

En la ruralidad uruguaya, se podría pensar que estas representaciones se cruzan con la experiencia concreta de los servicios. El Plan Nacional de Salud Mental y las políticas de primer nivel de atención han promovido la incorporación de psicólogos y psicólogas en policlínicas rurales y en dispositivos comunitarios (Ministerio de Salud Pública, 2020; Ley N.º 18.211, 2007; Ley N.º 19.529, 2017). Sin embargo, la intermitencia de las prestaciones, los cambios frecuentes de profesionales y las dificultades de transporte alimentan una imagen de la atención psicológica como recurso poco previsible, al que se accede con esfuerzo y sin garantías de continuidad (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En este contexto, las expectativas sobre lo que ofrece la psicología oscilan entre la demanda de un “tratamiento” profesional y la búsqueda de un espacio de “consejo” o acompañamiento, que a veces se considera más fácilmente disponible en referentes comunitarios. La diferencia entre un lenguaje técnico, sustentado en diagnósticos y protocolos, y un lenguaje cotidiano, centrado en historias de vida y en

problemas concretos, puede contribuir a que la consulta se perciba distante, o a que se resignifique como un recurso entre otros dentro de un itinerario más amplio (Good, 1994; Menéndez, 2009).

Perspectivas para el Abordaje de la Salud Mental en Territorios Diversos

La salud mental en territorios diversos se encuentra atravesada por transformaciones sociales que desbordan el ámbito estrictamente sanitario. Procesos como la migración, los cambios demográficos y las transformaciones socioculturales configuran escenarios que inciden en las formas de sociabilizar, en los modos de experimentar el malestar y en las expectativas hacia las instituciones de cuidado. En este sentido, desde la perspectiva de la salud comunitaria, se sostiene que los procesos de salud-enfermedad se encuentran profundamente determinados por condiciones sociales, históricas y contextuales (Saforcada, 1992). En consonancia con ello, desde la psicología de la salud se reconoce que el ambiente social constituye un factor relevante en la producción de salud y enfermedad, en tanto pueden generar condiciones que afectan tanto a individuos como a colectivos. Estos fenómenos inciden en las formas de sociabilidad, en los modos de experimentar el malestar y en las expectativas hacia las instituciones de cuidado, por lo que resultan claves para proyectar nuevas líneas de análisis e intervención.

El análisis observa que la salud mental en la ruralidad requiere ser pensada desde una mirada amplia, que integre la complejidad de los territorios y la diversidad de experiencias sociales. Esta perspectiva orienta la construcción de políticas y prácticas capaces de responder a las dinámicas sociales del país: abre la posibilidad de diseñar estrategias de intervención que trasciendan la lógica sectorial y reconozcan la importancia de la comunidad como espacio de producción de cuidados. Esto implica generar dispositivos que fortalezcan las redes locales, promuevan el intercambio entre distintos saberes y habiliten nuevas formas de acompañar el sufrimiento psíquico en escenarios heterogéneos.

Desde esta perspectiva, Calatayud (2001) plantea que el abordaje en el primer nivel de atención requiere trascender la lógica estrictamente clínica e incorporar acciones de promoción en salud, prevención y trabajo comunitario, en articulación con las condiciones de vida de la población. Esta concepción refuerza la necesidad de intervenciones que no solo respondan al malestar individual, sino que se inscriben en estrategias territoriales más amplias, capaces de dialogar con las redes locales y con los sentidos que las comunidades construyen en torno al cuidado.

El estudio de la salud mental en territorios diversos pretende explorar la relación entre subjetividad, cultura y políticas públicas. Se busca visibilizar las capacidades instaladas en las comunidades y las oportunidades para construir respuestas innovadoras. Esta perspectiva desplaza la mirada que se enfoca en la carencia hacia aquella que visualiza el potencial, y resalta a las comunidades como espacios activos de producción de saberes y prácticas que enriquecen el campo de la salud mental.

Barreras Simbólicas, Epistémicas y Territoriales en los Itinerarios de Ayuda

Los itinerarios de ayuda se entienden como los recorridos que las personas construyen ante situaciones de malestar, a partir de las decisiones que toman sobre cuándo, dónde y con quien buscar el apoyo. En este sentido, lejos de construir una secuencia fija de atención, estos recorridos se despliegan como procesos de búsqueda progresiva, en los cuales las personas prueban, evalúan y combinan distintas alternativas de cuidado según sus condiciones de vida y marcos de sentido (Giorgi, 2012). En esta línea, los itinerarios de ayuda expresan estrategias situadas que articulan recursos formales e informales disponibles en el territorio, en función de las posibilidades, obstáculos y sentidos que cada sujeto atribuye a su experiencia.

En el medio rural, estos recorridos de ayuda en salud mental se encuentran atravesados por múltiples barreras. Las más visibles son las geográficas y territoriales: largas distancias hasta las policlínicas o centros de referencia, dificultades de transporte, condiciones climáticas adversas y costos asociados al traslado. Carro (2010) subraya que la dispersión poblacional y la centralización de servicios en cabeceras departamentales generan trayectorias de cuidados fragmentadas, con consultas que se dilatan o se suspenden ante obstáculos logísticos. Asimismo, la autora identifica una serie de características propias del modelo de atención en salud que profundizan estas dificultades, entre ellas la centralización excesiva, la implementación de políticas de salud desfavorables, el paternalismo, la carencia en un concepto claro de la participación social y los bajos niveles de participación comunitaria. A esto se suman la falta de recursos humanos y financieros, la predominancia de un modelo médico centrado en el profesional, así como prácticas autoritarias y tecnicistas (Carro, 2010). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2013) documenta desigualdades persistentes en el acceso a servicios de salud en el interior uruguayo, que afectan de forma particular a la salud mental.

A estas dificultades se suman barreras organizativas, vinculadas a horarios de atención, sistemas de agenda y continuidad de los equipos. En muchos casos, la presencia de profesionales de salud mental en el medio rural se organiza en visitas periódicas, con frecuencia quincenal o mensual, lo que limita la posibilidad de sostener procesos terapéuticos intensivos (Carro, 2010; Ministerio de Salud Pública, 2020). Las personas deben adaptar sus tiempos laborales y familiares a ventanas de atención estrechas.

Las barreras simbólicas y epistémicas se expresan en las relaciones entre los modelos explicativos locales y los marcos conceptuales profesionales. Menéndez (2003, 2009) advierte que los sistemas de atención hegemónicos tienden a deslegitimar o invisibilizar las interpretaciones populares, lo que produce tensiones en la comunicación clínico-paciente. Cuando los profesionales desestiman las narrativas

sobre sustos, maleficios o conflictos familiares, las personas pueden percibir que sus problemas “no se comprenden” en el lenguaje técnico, y optar por otras estrategias como se ha señalado previamente, vinculadas a referentes religiosos. La interculturalidad en salud propone justamente enfrentar esta asimetría mediante el reconocimiento de los saberes locales y la construcción de diálogos más horizontales (Organización Panamericana de la Salud, 2006; Eroza-Solana y Carrasco Gómez, 2020).

En la ruralidad uruguaya, estas barreras se intensifican por la estructura socioterritorial. La confidencialidad, por ejemplo, adquiere matices específicos en comunidades pequeñas, donde los vínculos entre usuarios, profesionales y otros actores sociales se superponen en distintos espacios. La percepción de que “todo se sabe” puede disuadir la consulta por motivos de vergüenza o temor a la estigmatización, en especial cuando el motivo del malestar se vincula con violencia intrafamiliar, consumo de sustancias u otros asuntos sensibles (Carro, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Las políticas de salud mental y de salud rural introducen lineamientos para reducir estas brechas, mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención, el trabajo en redes y la promoción de la participación comunitaria. En este marco, la Ley N.º 18.211 establece el derecho de todos los habitantes a acceder a servicios integrales de salud (Ley N.º 18.211, 2007). No obstante, resulta necesario problematizar en qué medida estos lineamientos logran traducirse en prácticas efectivas en contextos rurales. En particular, la promoción de la participación se enfrenta a condiciones simbólicas y territoriales que la limitan, como la percepción de falta de confidencialidad o la persistencia de relaciones asimétricas entre saberes profesionales y locales. De este modo, se configura una tensión entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y las posibilidades concretas de ejercerlo en el territorio.

Las transformaciones institucionales son efectivas en los itinerarios de ayuda cuando se acompañan de estrategias que abordan de manera explícita las dimensiones simbólicas y epistémicas del encuentro entre profesionales y población. Esto implica reconocer las formas locales de nombrar el sufrimiento, valorar las redes comunitarias existentes y generar dispositivos de atención que se adapten a los ritmos y condiciones de vida en el campo. De este modo, no se trata únicamente de ampliar la cobertura de los servicios, sino de transformar las condiciones en que el cuidado se produce y se vuelve accesible en los territorios.

Prácticas Locales de Cuidado y Redes Comunitaria

Las prácticas locales de cuidado constituyen un componente central de los itinerarios de ayuda en la ruralidad. Diversos estudios en el campo de la salud mental comunitaria coinciden en que, antes de acceder a dispositivos formales de salud, las personas recurren a una trama densa de vínculos familiares, vecinales y religiosos, así como a agentes comunitarios que gozan de legitimidad en el territorio (Iarussi, 2023; Córdoba-Castro & Hernández - Holguín, 2024). La familia extensa suele funcionar como primer nivel de contención y asesoramiento: allí se discute la gravedad del problema, se intercambian interpretaciones sobre sus causas y se sugieren cursos de acción posibles.

En ese entramado relacional, los curanderos, los líderes comunitarios, religiosos y los promotores de salud ocupan lugares diferenciados, pero interconectados. Gares (2012) describe cómo, en ciertos lugares rurales de nuestro país, los curanderos son consultados por padecimientos percibidos como “mezcla” de lo físico y lo espiritual, mientras que los pastores y sacerdotes intervienen cuando el malestar se vincula con conflictos familiares, consumo de alcohol o “falta de ánimo”. El autor , señala que las redes comunitarias se activan para identificar situaciones de

sufrimiento, acompañar traslados a servicios de salud y sostener tratamientos prolongados, en un contexto de recursos materiales limitados.

Las prácticas de cuidado incluyen también el uso de plantas medicinales, rezos, promesas y rituales que buscan restablecer equilibrios corporales, sociales y espirituales (Barriguete Meléndez et al., 2003; Organización Panamericana de la Salud, 2006). Estas acciones no se entienden únicamente como alternativas a la atención profesional; muchas veces se articulan con la consulta en policlínicas rurales o en servicios especializados, dando lugar a itinerarios combinados. La interculturalidad en salud, en tanto enfoque, propone justamente reconocer ese entrecruzamiento de saberes y evitar lecturas que reduzcan las prácticas locales a meras “resistencias” al modelo biomédico (Organización Panamericana de la Salud, 2006, 2009; Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Los criterios que orientan el uso de estos recursos remiten a dimensiones como la confianza, la proximidad geográfica y afectiva, la accesibilidad económica y la eficacia percibida. Carro (2010) muestra que, en la salud rural uruguaya, la cercanía del agente de cuidado y la posibilidad de resolver el problema sin salir de la comunidad pesan fuertemente en la toma de decisiones. Epstein (2017), al analizar experiencias en América Latina rural, señala que los habitantes valoran la disponibilidad inmediata de los curanderos y religiosos, la continuidad de los vínculos y la adecuación de sus interpretaciones a los códigos locales.

En las experiencias sistematizadas, observa Varietti (2024) “Si bien existen bellos paisajes naturales y lugares muy pintorescos...lo mejor aquí es ‘su gente’. Gente humilde y solidaria que trabaja en equipo (Generación 2016)” (p. 32). Estos equipos de primer nivel de atención que trabajan en clave comunitaria buscan articular estas prácticas con los dispositivos del Sistema Nacional Integrado de Salud. La intervención se apoya en el reconocimiento de referentes locales, la participación de las escuelas rurales y la coordinación con organizaciones sociales, de modo que la atención en salud mental no dependa exclusivamente de la presencia intermitente de

especialistas, sino que se inscriba en un tejido de apoyo más amplio. Esta articulación reconfigura las redes de cuidado sin suprimir los saberes previos, y habilita formas más horizontales de colaboración entre profesionales y comunidad.

Políticas y Enfoques de Salud Intercultural: Los Desafíos Actuales

Los marcos clínicos utilizados por la salud mental deben articularse con las expresiones locales que dan sentido a la experiencia del sufrimiento, como la tristeza o el susto, y con los recursos comunitarios que acompañan esos procesos. Tal como advierte Menéndez (2016), la salud intercultural requiere “reducir o eliminar las relaciones de exclusión, de subordinación y de hegemonía/subalternidades dominantes” (citado en 4.º Congreso Virtual de Psiquiatría, 2003, p. 18). En el caso latinoamericano y, particularmente, uruguayo, esto implica abrir espacios de diálogo entre la psicología profesional y los saberes comunitarios que sostienen la vida cotidiana en el medio rural.

Propuestas de Salud Intercultural en América Latina

En el campo de la salud, Eduardo Menéndez ha destacado que desde la década de 1980 en América Latina comenzaron a impulsarse diversas propuestas de salud intercultural, con el objetivo de articular la medicina biomédica y la medicina tradicional. Según el autor, estas acciones buscaban “establecer relaciones paralelas, tratando de reducir o eliminar las relaciones de exclusión, de subordinación y de hegemonía/subalternidades dominantes entre las mismas” (Menéndez, 2016, citado en 4.º Congreso Virtual de Psiquiatría, 2003, p. 18).

Este enfoque se orientó, especialmente desde la institucionalidad de países como Chile, Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia y Venezuela, hacia el diseño de políticas interculturales que procuraran disminuir inequidades, facilitar el acceso a los servicios y mejorar la pertinencia cultural de la atención. En esa línea, se buscó transformar la

calidad del trato ofrecido a las poblaciones indígenas por parte de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

Estos desarrollos regionales permiten comprender que la interculturalidad en salud busca equilibrar relaciones históricamente asimétricas entre sistemas médicos. En el caso uruguayo, el abordaje del malestar psíquico en áreas rurales exige apoyarse en aprendizajes regionales y en marcos conceptuales amplios. Esto implica articular la dimensión jurídica —que define derechos y políticas—, la dimensión subjetiva —que da cuenta de la experiencia individual del sufrimiento— y la dimensión comunitaria —que organiza prácticas de cuidado y significados colectivos— como partes de un mismo proceso.

Interculturalidad y Salud Mental en Uruguay: Los Desafíos Actuales

En Uruguay, la promulgación de la Ley 19.529 de Salud Mental en 2017 significó un cambio de paradigma al abandonar el enfoque asistencialista y tutelar para avanzar hacia un modelo basado en los derechos humanos. La normativa establece que “la atención en salud mental se desarrollará con base en el respeto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y la inclusión social” (Ley 19.529, art. 4, 2017). Esta disposición coloca en el centro a las personas como sujetos plenos de derechos, garantizando su capacidad de decisión, el acceso a tratamientos integrales y la inclusión en la vida comunitaria.

Al aplicarse esta ley en territorios rurales e interculturales enfrenta tensiones relacionadas con la disponibilidad de recursos o la distancia geográfica, y con la capacidad del sistema de salud para reconocer los marcos simbólicos y las prácticas locales de cuidado. Esta situación muestra que garantizar el derecho a la salud mental requiere del desarrollo de políticas culturalmente sensibles y abiertas al diálogo con los saberes comunitarios.

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2005 significó un cambio profundo en la concepción de la salud en Uruguay, al reconocer que la ciudadanía no solo debía ser receptora de los servicios, sino también protagonista en su gestión. Se buscó que usuarios, familiares y organizaciones sociales contaran con instancias de expresión y participación en la construcción de respuestas frente a los procesos de salud y enfermedad.

La Ley 18.211, que da origen al SNIS, establece expresamente que “el Sistema Nacional Integrado de Salud se regirá por los principios de universalidad, equidad, solidaridad, integridad, continuidad, participación social, eficiencia y calidad” (Ley 18.211, art. 2, 2007). De este modo, la participación social se incorpora como un principio rector, en línea con la tradición de la Conferencia de Alma-Ata y con la apuesta por democratizar los sistemas sanitarios.

Entre los mecanismos institucionales creados se destaca la Junta Nacional de Salud (JUNASA), responsable de administrar el Seguro Nacional de Salud y de supervisar el cumplimiento de los contratos de gestión. Su integración contempla representantes de prestadores, trabajadores y usuarios, asegurando una mirada plural en la toma de decisiones.

Asimismo, el artículo 27 de la ley prevé la creación de Consejos Asesores Honorarios de carácter departamental y local, cuyo funcionamiento fue reglamentado en 2011. Estos consejos refuerzan la participación social como principio estructurante del sistema, con el objetivo de generar espacios de diálogo y cooperación activa entre todos los actores involucrados, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de las políticas y servicios en salud mental y en el conjunto del sistema sanitario.

En el caso uruguayo, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) introdujo la participación social como un principio rector, asegurando que usuarios, familiares, trabajadores y prestadores formarán parte de los procesos de decisión en salud. En esta línea, Carro (2010) señala que la Ley 18.211 implicó “un movimiento tendiente a la transformación del modelo médico hegemónico centrado en

una atención de lógica institucionalista hospitalaria, hacia un modelo antropológico, centrado en la persona y su hábitat, jerarquizando la proximidad con el usuario, su participación desde sus realidades y aportando sus saberes” (p. 1). Esta definición resulta clave para pensar la salud mental en zonas rurales, donde la proximidad territorial y el reconocimiento de saberes locales son determinantes para la construcción de estrategias de cuidado eficaces y culturalmente legitimadas.

El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), creado en 2010 en el marco del SNIS, explicitó estos objetivos al establecer como población meta a la “rural dispersa” y a las “localidades de hasta 5000 habitantes”, con el propósito de “mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores rurales, [...] asegurar el acceso a una atención integral a la salud y [...] el aseguramiento de la continuidad de la atención en todo el proceso asistencial” (Carro, 2010, p. 1). Estos lineamientos observan que los desafíos rurales incluyen la construcción de un modelo de atención que logre articular participación y continuidad del cuidado.

Orientaciones para una Psicología Culturalmente Pertinente en la Ruralidad

A partir de los elementos anteriores es posible delinear algunas orientaciones para una psicología que se inscriba en la ruralidad uruguaya de manera culturalmente pertinente. Más que ofrecer un modelo cerrado, se proponen criterios de práctica que pueden orientar la toma de decisiones en escenarios diversos.

Un primer criterio remite a la proximidad territorial. Las experiencias documentadas en el primer nivel de atención, las policlínicas móviles y las rondas rurales muestran que la presencia sostenida en el territorio constituye una condición de posibilidad para construir confianza y para comprender los itinerarios de ayuda en su contexto (Carro, 2010; Varietti, 2024; Ministerio de Salud Pública, 2020). En este sentido, la psicología se fortalece cuando deja de ubicarse solo en centros urbanos o servicios especializados y participa de dispositivos de proximidad que permiten

encuentros más frecuentes, menos costosos y mejor articulados con la vida cotidiana del campo.

Un segundo criterio se vincula con la participación comunitaria. Los enfoques de salud intercultural subrayan la importancia de incorporar a la población en la identificación de problemas, la definición de prioridades y la evaluación de las acciones. Eroza-Solana y Carrasco-Gómez (2020) “involucran a una gran diversidad de actores, quienes confieren vida propia a la interculturalidad en la salud, dando cuenta del reto que implica solucionar las problemáticas sanitarias en las minorías étnicas” (p. 112). Para la psicología, esto implica trabajar junto a escuelas rurales, organizaciones sociales, iglesias y colectivos de usuarios, no solo como fuentes de derivación, sino como interlocutores en la construcción de dispositivos. Los abordajes grupales, las intervenciones comunitarias y las instancias de formación compartida permiten que el conocimiento experto se combine con saberes situados y que las decisiones no dependan exclusivamente de la mirada profesional.

Un tercer criterio apunta al trabajo en red intersectorial. Los problemas que afectan la salud mental en la ruralidad —desigualdades socioeconómicas, aislamiento, precariedad laboral, violencia, transformaciones ambientales— exceden el campo clínico y requieren articular recursos de distintos sectores (Carro, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2013; Ministerio de Salud Pública, 2020). La práctica psicológica puede contribuir de manera significativa cuando participa en espacios de coordinación entre salud, educación, protección social y desarrollo rural, y cuando reconoce que ciertas demandas que llegan a la consulta remiten a derechos vulnerados más que a trastornos individuales.

Un cuarto criterio tiene que ver con la negociación de modelos explicativos en el encuentro clínico. Siguiendo a Kleinman (1980), Good (1994) y Menéndez (2003, 2009), la psicología puede integrar de forma sistemática el trabajo con las narrativas de quienes consultan, explorando cómo nombran su malestar, qué causas atribuyen al sufrimiento, qué expectativas tienen respecto del tratamiento y qué recursos de

autoatención han desplegado. La tarea profesional no se limita a corregir esas narrativas, sino que busca construir una comprensión compartida que oriente las decisiones terapéuticas y permita coordinar la intervención con otros actores de la red de cuidados. Esta negociación no elimina el conflicto entre perspectivas, pero habilita formas de acuerdo que respetan la dignidad epistémica de los interlocutores.

Un quinto criterio se relaciona con la evaluación de las intervenciones en clave situada. Las sistematizaciones de experiencias, como la realizada por Varietti (2024), muestran el valor de registrar procesos, recoger la voz de usuarios y equipos y analizar transformaciones en la vida cotidiana. Una psicología comprometida con la ruralidad puede contribuir a construir evidencia sobre lo que funciona y lo que no en distintos contextos, mediante investigaciones cualitativas, estudios de caso y evaluaciones participativas que incorporen dimensiones que suelen quedar fuera de los indicadores tradicionales, como el fortalecimiento de redes, el aumento de la capacidad de agencia comunitaria o la reducción de barreras simbólicas.

Las consideraciones éticas adquieren un peso específico en comunidades pequeñas. La confidencialidad se enfrenta a desafíos particulares cuando los vínculos entre profesionales, usuarios y otros actores sociales se superponen en varios espacios. La obtención de consentimiento informado exige adaptar los procedimientos a distintos niveles de escolarización y a formas locales de participación, de manera que las personas comprendan qué se les propone y conserven capacidad real de decisión (Organización Panamericana de la Salud, 2006, 2013; Ministerio de Salud Pública, 2020). El respeto a las creencias y prácticas locales implica reconocer su importancia en la vida de quienes consultan y trabajarlas en el proceso terapéutico sin desautorizarlas de antemano ni idealizarlas.

Estas orientaciones trazan un horizonte de práctica en el que la disciplina se concibe como parte de una red más amplia de cuidados, dispuesta a revisar sus categorías y metodologías a la luz de la experiencia del campo uruguayo. En esa medida, la psicología deja de pensarse como saber que llega a corregir prácticas

supuestamente deficitarias y se integra como interlocutora en los procesos colectivos de producción de salud mental.

Reflexiones finales

La revisión realizada permite afirmar que el malestar psíquico se tramita en una trama de recursos diversa, en la que se entrelazan políticas de salud mental, dispositivos de psicología profesional y prácticas locales de cuidado arraigadas en la vida comunitaria. Los itinerarios de ayuda se configuran como trayectorias que atraviesan la autoatención, las redes familiares y vecinales, los curanderos, las iglesias, las escuelas rurales y los servicios de salud, guiadas por criterios de confianza, proximidad, legitimidad simbólica y posibilidades materiales. Esta organización del cuidado confirma que las categorías con las que las personas nombran y explican el sufrimiento operan como guías pragmáticas para decidir cuándo permanecer en el registro comunitario y cuándo incorporar a la psicología profesional en el recorrido (Good, 1994; Menéndez, 2003, 2009).

La literatura muestra, además, que allí donde los equipos de salud mental se insertan en el primer nivel de atención y trabajan de forma articulada con actores locales se generan condiciones más favorables para el acompañamiento. Las experiencias de policlínicas rurales, policlínicas móviles y rondas en territorio evidencian que la presencia sostenida de profesionales en el campo facilita el reconocimiento de los itinerarios de ayuda, fortalece la confianza y habilita formas de cooperación entre psicólogos, maestras rurales, líderes religiosos, promotores de salud y referentes barriales (Carro, 2010; Gares, 2012; Varietti, 2024). El diálogo con la perspectiva de salud intercultural refuerza la idea de que los encuentros entre saberes pueden organizarse a partir de acuerdos operativos y de reconocimiento mutuo, en lugar de responder a lógicas de sustitución de las prácticas locales por dispositivos hegemónicos (Organización Panamericana de la Salud, 2006, 2009, 2025; Valle, 2012).

En nuestro país, la producción específica sobre itinerarios de ayuda en la ruralidad uruguaya es fragmentaria y se concentra en algunos departamentos y dispositivos, con escasos estudios que indaguen de manera sistemática cómo la población del campo valora la psicología profesional, qué lugar le asigna frente a otras prácticas de cuidado o cómo evalúa las intervenciones recibidas (Carro, 2010; Gares, 2012).

También es limitada la evaluación sistemática de las experiencias de articulación entre equipos profesionales y saberes comunitarios: las sistematizaciones existentes ofrecen descripciones ricas, aunque pocas veces incluyen análisis de impacto sobre las trayectorias de búsqueda de ayuda, la reducción de barreras simbólicas o el fortalecimiento de la agencia colectiva (Varietti, 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2013).

La literatura nacional entonces, es limitada y dispersa, especialmente si se la compara con el desarrollo académico de países latinoamericanos que difieren por su contexto histórico, étnico y territorial. Esta falta de estudios y producción teórica evidencia la necesidad de generar conocimiento en relación a la salud en el campo uruguayo, evitando extrapolaciones acríticas y fortaleciendo una agenda de investigación propia en psicología rural a nivel nacional.

A partir de este panorama se delinearán varias proyecciones para la psicología en la ruralidad uruguaya. Una primera línea remite a la necesidad de profundizar la investigación aplicada en salud mental rural, combinando diseños cualitativos y cuantitativos que permitan conocer con mayor precisión los criterios que orientan las decisiones de ayuda, las representaciones sobre la psicología y los efectos de los distintos dispositivos de proximidad (Good, 1994; Ministerio de Salud Pública, 2020).

Una segunda línea apunta a incorporar de manera más decidida la ruralidad y la interculturalidad en la formación de grado y posgrado, de modo que el ejercicio profesional incluya competencias en lectura socioterritorial, trabajo en red, negociación

de modelos explicativos y diseño de intervenciones comunitarias (Kleinman, 1980; Menéndez, 2003, 2009).

Una tercera línea de proyección se vincula con el fortalecimiento de los dispositivos comunitarios del primer nivel de atención, en coherencia con los marcos normativos vigentes en salud mental y salud rural. La consolidación de equipos estables, la planificación conjunta con comunidades y la articulación con instituciones educativas rurales, organizaciones sociales y redes religiosas pueden contribuir a que la psicología deje de aparecer como recurso esporádico y distante, y se integre en los circuitos habituales de cuidado (Ley N.º 18.211, 2007; Ley N.º 19.529, 2017; Organización Panamericana de la Salud, 2013, 2025).

En este horizonte, la ruralidad se reconoce como un espacio legítimo de producción de saberes y de prácticas clínicas y comunitarias, y la psicología se reconfigura como interlocutora en procesos colectivos de construcción de salud mental, atenta tanto a las condiciones estructurales como a las capacidades históricas de las comunidades para nombrar, comprender y afrontar el sufrimiento.

Pensar la psicología en la ruralidad uruguaya exige reconocer que las respuestas más consistentes surgen cuando la disciplina asume una postura reflexiva respecto de sus propias categorías y se dispone a construir intervenciones situadas. Esto implica abandonar la expectativa de trasladar modelos urbanos a territorios con dinámicas sociales, productivas y simbólicas distintas, y avanzar hacia prácticas que se nutran de la experiencia acumulada por las comunidades rurales en la producción cotidiana de cuidados.

No perder de vista que la ruralidad uruguaya dentro del mapa latinoamericano presenta rasgos diferenciales que inciden en la configuración de los procesos de cuidado. A diferencia de regiones rurales caracterizadas por una fuerte presencia de comunidades indígenas o por configuraciones campesinas extensivas, Uruguay se distingue por una estructura productiva históricamente asociada al latifundio ganadero,

una baja densidad poblacional, procesos sostenidos de despoblamiento y una red institucional estatal relativamente extendida en el territorio.

La ruralidad no constituye un ámbito deficitario que deba alcanzar estándares externos, sino un espacio con saberes propios cuya incorporación crítica puede enriquecer la mirada profesional. En esa medida, la psicología encuentra en el campo una oportunidad para renovar sus marcos de comprensión y contribuir a la configuración de dispositivos más justos, accesibles y culturalmente resonantes para todas las personas que allí habitan. Es necesario entonces, reconocer la singularidad siendo clave el evitar generalizaciones regionales y diseñar dispositivos de salud mental acorde a la trama social y productiva del país.

Referencias bibliográficas

- Baltes, P. B. (1983). Life-span developmental psychology: Observations on history and theory revisited. *Developmental Psychology*, 19(5), 611-626.
- Barriguet Meléndez, J. A., Reartes, D., Venegas, R. M., Moro, M., Ríos, E., y Lerín, S. (2003). La salud mental en contextos interculturales: Contenidos para la capacitación del personal de salud. En *4.º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 1, pp. 993-1028). Wiley.
- Bruner, J. S. (2009). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva* (J. C. Gómez Crespo y J. L. Linaza, Trads.). Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1990).
- Calatayud, F. M. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós.
- Carro, S. (2010). *Salud mental y ruralidad en Uruguay*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/>
- Cole, M. (1996). *Cultural psychology: A once and future discipline*. Harvard University Press.
- Córdoba-Castro, E. & Hernández-Holguín, D. M. (2024). Recorrido histórico, enfoques y tendencias de la salud mental comunitaria en Latinoamérica: revisión integrativa de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud*, 22(3). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14251>
- Dotti Ríos, M. G., & Otárola Acosta, L. (2023). Reforma en salud mental en Uruguay: Avances y desafíos. *Revista de Salud Pública*, 27(2), 45-60.
- Epstein, D. (2017). Atención primaria en contextos rurales: Desafíos para la salud mental. *Revista Uruguaya de Psicología*, 11(1), 55-70.

- Esteban-Guitart, M. (2012). Funds of identity. *Culture & Psychology*, 18(2), 177-192.
- Esteban-Guitart, M., & Moll, L. C. (2014). Funds of identity: A new concept based on funds of knowledge approach. *Mind, Culture, and Activity*, 21(1), 31-45.
- Eroza-Solana, E., y Carrasco-Gómez, A. (2020). Interculturalidad y salud mental en América Latina. *Salud Colectiva*, 16, e2345.
- Gares, C. (2012). *Salud mental en área rural: Las Toscas de Caraguatá – Departamento de Tacuarembó* [Tesis de grado, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/>
- Giménez, G. (2001). Cultura, territorio e identidad: Reflexiones teóricas. *Revista mexicana de Sociología*, 63(4), 5-28.
- Giorgi, V. (2012). Itinerarios terapéuticos y estrategias de cuidado en salud. En E. Saforcada (Comp.), *Salud comunitaria y prácticas en salud* (pp. 85-102). Paidós.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- González Rey, F., & Mitjans, A. (2016). Subjetividad y psicología cultural: Una perspectiva latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 145-156
- Iarussi, N. D. (2023). Prácticas comunitarias de cuidado de la salud a través de organizaciones sociales y políticas. *Salud Mental y Comunidad*, (15), 198-202. <https://doi.org/10.18294/smyc.2023.5250>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press.
- Kleiman, S. (2004). Lo parento-filial en perspectiva de hospitalidad. *Psicoanálisis APdeBA*, 26(3), 671–682.

- Lave, J. (1991). Situating learning in communities of practice. En L. B. Resnick, J. M. Levine & S. D. Teasley (Eds.), *Perspectives on socially shared cognition* (pp. 63-82). American Psychological Association.
- Lave, J., y Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- Ley N.º 18.211. (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*. <https://www.impo.com.uy/>
- Ley N.º 19.529. (2017). Salud mental. *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*. <https://www.impo.com.uy/>
- Martí, E. L. (2005). Psicología cultural y desarrollo. *Anuario de Psicología*, 36(1), 27-44.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.
- Menéndez, E. L. (2009). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Revista de Antropología Social*, 18, 33–63.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Plan Nacional de Salud Rural. MSP. [Ministerio de Salud Pública - GUB.UY](http://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/)
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027*. MSP. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>
- Montoya Vélez, E. M., López Ríos, J. M., y Cristancho Marulanda, S. (2022). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas en Colombia. *Ciencia y Salud Colectiva*, 25(4), 463–472.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. OPS. <https://iris.paho.org/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud mental y desarrollo en América Latina*. OPS. <https://iris.paho.org/>

- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Una mirada a la salud de los uruguayos y las desigualdades en el acceso a la salud*. OPS.
<https://iris.paho.org/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Mapa de evidencias sobre interculturalidad en salud. Informe técnico*. Organización Panamericana de la Salud; BIREME. <https://iris.paho.org/>
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. Oxford University Press.
- Rogoff, B. (1993). Children's guided participation and participatory appropriation in sociocultural activity. *New Directions for Child Development*, 1993 (62), 121-138.
- Rogoff, B. (2016). Learning by observing and pitching in to family and community endeavors: An orientation. *Human Development*, 59(2-3), 69-
- Saforcada, E. (1992). *Psicología sanitaria: Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Valle, J. S. L. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas: Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina UPB*, 31(1), 42–52.
- Varietti, G. (2024). *Intervención con niños y niñas en Primer Nivel de Atención en las ruralidades de San José – Rondas Rurales: Sistematización de experiencias* [Tesis de maestría, Universidad de la República, Facultad de Psicología].
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/>

