

FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año
22	MAYO	2020

FORMATO DE VOTOS APROBATORIOS DE TESIS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	MATRÍCULA
MÉNDEZ	MARTÍNEZ	ÁNGEL MANUEL AMADEUS	10012823
PROGRAMA		MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES	

Los integrantes de la Comisión Revisora del trabajo de tesis de Maestría, intitulado: “**Representaciones y prácticas de la salud mental en adolescentes chiapanecos de origen indígena**” que presenta **MÉNDEZ MARTÍNEZ ÁNGEL MANUEL AMADEUS**, estudiante del Programa de Maestría en Ciencias Sociales de la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla, ha determinado otorgar **los votos aprobatorios** para sustentar su tesis en el examen de grado.

LA COMISIÓN REVISORA

DRA. LUZ MARÍA GONZÁLEZ ROBLEDO

DIRECTORA DE TESIS

FIRMA

DRA. MARTA CABALLERO GARCÍA

REVISORA DE TESIS

FIRMA

DRA. MIRIAM DE LA CRUZ REYES

REVISORA DE TESIS

FIRMA

DRA. ANGELA IXKIC BASTIAN DUARTE

LECTORA DE TESIS

FIRMA

DRA. DUBRAVKA MINDEK JAGIC

LECTORA DE TESIS

FIRMA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LUZ MARIA GONZALEZ ROBLEDO | Fecha:2020-06-08 11:59:06 | Firmante

ns/Bwoc9nOsvXNlecqCgy2l6tp3EU5ve8pDRlz02edMI4INI7OXI5kyfxhnlUpX3aQdyx6mByGTFV/N4BRPpRHD8B293w8rsCmpgRaYp/LjzV00sCp7Ogd1cZzEG10xwuBaQTtdFYE
ON4rtVsv+6kZRbbXVmolpZ2eX2m/XcLe0Qsw/vvXeDpu4xxIF/o0SDsLBL95BasFaWJfks4fdkLW2lk2YbHu57x47Nq/8Uxw144+d/UHkMhsM/F6igX4xSIS1tkTy/1HR5Bwh/Ry1oB
6eYoKCH09ewp3eddT00muTiffMuhX3K+R2dq6Ebd1+k9m8fyZAGYAIC0y1EsSm2Gw==

MIRIAM DE LA CRUZ REYES | Fecha:2020-06-08 12:04:15 | Firmante

xKuMQR9PpdeCzwEvrWb9AuwuAkPu1WzFm/04zjWaYWN0fBv9+cYB42TJQRm29SkGQ3mV61KB4IAEI+O7ljbzFaypHjGiByww06o4C1N0aQ04gB1HvfUOkYGRbgaStAYZ2
PududouxWXqQ360ab+AnOE21nWO5BJ7pL/8xYxTgtbEIKe0Vf/odPXazkAZV1VmlUnRZeJrTtdnQSV2W3+a2pqdKX57Y4W2AG0u/PJa6DyVDr1r3gVfWgJLi/low+VAwnmdZus
80UWY5LcToFDO7JXUILJeFMoxEwXGBS1nFYW9gPA7VfmpSdEuRqRqBkzJzNNDqHKaNPMmQw1IA==

MARTA CABALLERO GARCIA | Fecha:2020-06-08 15:47:14 | Firmante

UBb23MxHb99r2JE/rrMRCBIOttYaWsoZnGcDS8FzFb+jDPzadGnNsmG02FUM2fphPThPzeoz08uwY1X6b3bl7kwkfem7fqaL6xQrQYHodeU8pVThvqRnLJN1NBrdE8K1oXt+Ty
Kp8wHmG92+R34OWOUbU0/O4QESXLHOaLSALcf+td5vuPZFa7WR5cHlv61iM+ncuL+hc7VYqWze4kbu1Q0EWHL9wSe2chmuuFisVTuseQ8UOfs0lcQFYqA2xUlqJx9d+VlbQ
uZYLcJQ9SQIWyKmywFfUbjNdUC+xEDDTdKTUqL6C0g65xpyjjayEDD+jHG6gcNVaXRHh7A03fg==

ANGELA IXKIC BASTIAN DUARTE | Fecha:2020-06-08 17:01:17 | Firmante

b+zBOYCAVIAHzaAaaYaE3wyy+cYC4r1uN6IUeV0vpLITSmKoCq/QC4pUXPBITixDXSKWtd6uZPTA9OsiJG7MsPkZtmr54IXiQxTA0PwoNcTLTcS9b9ul7/sasvnyft6FNgb/ZCFz
kv8sgWk94ZCN8o7sqnZEYur8HS/cwwpf99LO1Rpl+H5Mf5LYLKXQYe266TyOmsh5VhdaoLQccjLt7yMbV647V7k6fuH/wXNV9YYNTLpkvli5mh5sPBndM0J9XpCrc/7ijDsSdBMc
JHg5C0AwMD/gkxHMCfihflovdb4/MTniyGBvNm25DVXNPx2hRuUXrcPyNf0JLRuVT+tkg==

DUBRAVKA MINDEK JAGIC | Fecha:2020-06-08 19:49:06 | Firmante

A8hJn/Q9jAB0w8a7fi3wdUEF2WH2wk5ja/Bg5ZaqK4F1+gqW9lBfIASmaYm4DhaS88tt+zjbztfAZ/7gRkHvHgbSMNe1pMNz5zrzWlthroat4g0bqjAue4Y8IO3k0IXz9ZDBNnyQ9SFN4
FMw5eMp5XBMYGx+fs5VbaXTZlrYG2sg1oZ3WJlmvE4mpy4bTa5U/ARZ/gUr4byEjz02jnCKtKdDfgoPXGnWGU9L44S43ZR/CTIwQsuj0AHF/k+arxibu9lwkqxRUohmEBYv2VEK
QGXBs4S9GUV7z6Tf1kTIF2lwZRCvavFzR994DVF7UrfZBBmKb4eKBSshX+ESSLbg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



mlhaic

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/Ko3u00FjyB8Gu7CmRp1CmAgT3JENJDRb>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

FESC Facultad de
Estudios
Superiores de
UAEM Cautla

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTLA
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

**REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE LA SALUD MENTAL
EN ADOLESCENTES CHIAPANECOS DE ORIGEN INDÍGENA**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA
PSIC. MÉNDEZ MARTÍNEZ ÁNGEL MANUEL AMADEUS

DIRECTORA
DRA. LUZ MARÍA GONZÁLEZ ROBLEDO

COMITÉ REVISOR
DRA. MARTA CABALLERO GARCÍA
DRA. MIRIAM DE LA CRUZ REYES

COMITÉ AMPLIADO
DRA. ÁNGELA IXKIC BASTIAN DUARTE
DRA. DUBRAVKA MINDEK JAGIC



**PROGRAMA NACIONAL
DE POSGRADOS
DE CALIDAD
(PNPC) 002516**

CUAUTLA, MORELOS 2020

Dedicatorias

Quiero dedicar mi trabajo de nueva cuenta al Dr. Alejandro Chao Barona, quien fue un maestro increíble y todo lo que no me enseñó en vida, lo terminó componiendo en el camino luego de tu muerte. En donde sea que estés, sigo con *los huaraches en el suelo*.

Dedico también a mi amigo Juan Manuel Zaragoza, quien me ha acompañado en la distancia todos estos años y que, fiel a sus convicciones, cree enormemente en el cambio social desde la vida cotidiana, la comunidad y el hacer *con y desde* las personas. Gracias Juanito.

Finalmente, otorgo parte de mis *desvelos* a mi grupo de trabajo comunitario de la colonia Patios de la Estación, en Cuernavaca, Morelos. Ellos y ellas me han acompañado en el trayecto final de mi formación académica, y sin querer, me han permitido llevar gran parte de mi conocimiento a la praxis. Gracias.

Agradecimientos

Quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgarme la beca a lo largo de estos dos años como parte del PNPC #002516; a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y al posgrado de la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla (FESC-UAEM) por haber cimbrado mis conocimientos sobre el mundo social y sus intrincados agentes. Al Fondo de Cooperación Internacional en Ciencia y Tecnología (FONCICYT) del CONACYT proyecto #291102 por haberme permitido aportar mi granito de arena al trabajo: *“Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria”*; a la organización de la sociedad civil *“Compañeros en Salud México A. C.”* que nos abrió las puertas y facilitó la logística para la recolección de información en Chiapas, así como a los y las adolescentes que participaron conmigo en el estudio.

Agradezco enormemente a la Dra. Luz María quien fue mi directora de tesis: gracias por invitarme al proyecto, por tu comprensión, dedicación y constante entusiasmo en las revisiones del trabajo; a la Dra. Marta Caballero por ser una docente comprometida con sus alumnos y por sus cuidados tan atentos en mi formación académica; a la Dra. Miriam por sus enseñanzas en clase y risas tan particulares; a la Dra. Ixkic quien despertó enormemente mi curiosidad con relación a los temas de género; y finalmente a la Dra. Dubra quien no sólo aportó una mirada sincera desde la antropología, sino que además tiene un sentido del humor que pocos entendían en el aula, pero que a mí me parecía de lo más elegante.

Agradezco a mis amigos y amigas del posgrado que pese a que estuvimos varias veces al borde del quiebre emocional, supimos cuidarnos y apapacharnos mutuamente. En la fugacidad de estos años, aprendí barbaridad de cosas en esas fiestas, en esos cafés, en las miradas cómplices para ir por unas galletas o dulces y no dormir en el salón. Se quedan en mi corazón los postres de Bety, las risas de Vero, las preguntas de Víctor, los cuestionamientos de Fer, el cariño de Pilo, la amistad de Uri y la dedicación de Liz. Les deseo un éxito terrible a todos y todas.

Agradezco a mi familia que de nueva cuenta han estado para mí, en las malas y en las buenas; son un pilar que da calma, agua y refugio. No me canso de reconocer que los amo enormemente y que espero que la vida nos permita estar un ratito más juntos.

Agradezco a Bafis por su compañía, amor y ternura sincera en estos años. Gracias por cuidarme, por sostenerme y por dar aliento cuando más lo necesitaba. Amo tu inteligencia, tu esencia y tus bailes de media noche.

Finalmente agradezco a la Castañeda, porque tu compañía es algo que valoré enormemente allá en los templados paramos del centro de Cuautla. Gracias por tu amistad *chula*.

Para todos y todas, mi trabajo.

Cada sociedad tiene sus propias enfermedades, y dichas enfermedades dicen la verdad
acerca de esa sociedad.

Santiago López Petit, Filósofo Español (1950-)

(...) para saber que Chiapas no era sólo río
para saber que no era sólo estrella,
brisa, luna, marimba y sortilegio.

Para saber que a veces también era
la indescriptible esencia de una lágrima,
algo así como un grito que se apaga
y un suspiro de fe que se reprime.

Enoch Cancino Casahonda, Poeta Chiapaneco (1928-2010)

Índice

Resumen	11
Introducción	13
I. - La salud mental en contextos indígenas (Estado del Arte)	17
1.1.- La salud mental de los pueblos indígenas latinoamericanos	17
1.2.- La salud mental adolescente chiapaneca	20
1.3.- Estudios sobre salud desde la Teoría de las Representaciones Sociales	21
II. – La Salud mental en comunidades indígenas de Chiapas (Planteamiento del problema)	23
2.1.- Justificación y relevancia de la investigación	27
2.2.- Objetivo(s)	29
III. - Marco teórico – conceptual	31
3.1.- Aproximaciones teóricas de encuadre	31
3.1.1.- Interaccionismo Simbólico.	32
3.1.2.- Representaciones Sociales desde la Sociología.	33
3.2.- Cosmovisión	34
3.2.1.- Cosmovisiones sobre las enfermedades prehispánicas.	35
3.3.- Colonialismo y saberes indígenas	36
3.3.1.- La adolescencia indígena.	39
3.4.- Construcción social de la Salud y la Enfermedad	40
3.4.1.- La salud y enfermedad desde el modelo hegemónico.	41
3.5.- El género como dispositivo analítico	43
IV. – Estrategia metodológica	45
4.1.- La pertinencia de los métodos cualitativos	45
4.2.- Técnicas y herramientas de recolección de datos	46
4.3.- Muestreo	48
4.3.1.- Criterios de selección de la muestra.	49
4.4.- Procedimiento	50
4.5.- Procesamiento de información	51
4.6.- Consideraciones éticas	51
V. – Chiapas y su diversidad (Contexto del estudio)	53
5.1.- La Concordia	54
5.2.- Montecristo de Guerrero	61

VI. – Resultados	63
Perfil de los informantes	63
6.1.- Vamos a hablar de salud (bueno, solo si duele mucho...) y enfermedad (que es aquello que se ve)	67
6.1.1.- Conocimientos sobre la salud y su cuidado.	67
6.1.2.- Conocimientos sobre la enfermedad.	71
6.2.- Estar loco es otra cosa que estar enfermo mental	75
6.2.1.- Conocimientos sobre la enfermedad mental (EM).	75
6.2.2.- Conocimientos sobre la ansiedad.	75
6.2.3.- Conocimientos sobre la depresión.	76
6.2.4.- Agarró valor, y se mató...	78
6.3.- Causas, detonantes y manifestaciones de la EM (depresión y ansiedad)	81
6.3.1.- El hogar y sus secretos.	81
6.3.2.- El dolor de asistir a clases.	83
6.3.3.- El alcohol que cura todo.	84
6.3.4.- La tristeza del noviazgo.	86
6.3.5.- Vio al Diablo y quedó así...	86
6.3.6.- Claro, le dio Susto.	87
6.4.- Mecanismos de reconocimiento, discriminación y rechazo de la EM en otros	89
6.4.1.- Ese de ahí está “chiflado”	89
6.4.2.- Le dicen “Perico” y le avientan piedras.	91
6.4.3.- La burla y la risa.	93
6.5.- Estrategias de ayuda y atención a la Salud Mental	95
6.5.1.- Salud men... ¿qué?	95
6.5.2.- Yo quiero salir de noche, pero soy mujer.	96
6.5.3.- Otras voces que ayudan: el papel de la Religión.	98
VII.- Discusión y conclusiones	99
7.1.- Convergencias	99
7.2.- Divergencias	101
7.3.- Elementos emergentes	103
7.4.- Limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones	104
Referencias	107
Anexos	117

Resumen

La presente investigación se construye desde el tema de la salud, pero posicionada en los campos de la sociología y antropología médicas, en los estudios referentes a las representaciones y prácticas de la salud mental en la adolescencia indígena. El encuadre teórico está basado en la Teoría de las Representaciones Sociales y en los conceptos de *Cosmovisión, Colonialidad, Adolescencia, Construcción social de la Salud y Enfermedad, Críticas al Modelo Hegemónico Médico y Género*. La metodología es de tipo cualitativo, con un carácter exploratorio. El trabajo de campo se llevó a cabo en tres localidades del estado de Chiapas, México. Se construyeron 16 grupos focales, con un total de 135 participantes entre hombres y mujeres, en edades comprendidas entre los 14 y 20 años. Los datos fueron procesados y analizados con el programa ATLAS ti. Los resultados dan cuenta de los conocimientos construidos y replicados por los participantes (con una clara distinción en función del sexo), así como de las prácticas en torno al proceso de salud/enfermedad/atención, particularmente de trastornos mentales, que de ello emana.

Palabras clave: salud mental, adolescencia, pueblos indígenas.

Summary

This investigation is constructed from the topic of health but positioned in the fields of Medical Sociology and Anthropology, in studies referring to the representations and practices of mental health in indigenous adolescence. The theoretical framework is based on the Theory of Social Representations and on the concepts of *Worldview, Coloniality, Adolescence, Social Construction of Health and Disease, Criticism of the Hegemonic Medical Model and Gender*. The methodology is qualitative, with a exploratory character. The field work was carried out in three locations in the state of Chiapas, Mexico. 16 focus groups were built, with a total of 135 participants between men and women, aged between 14 and 20 years. The data was processed and analyzed with the ATLAS ti. program. The results account for the knowledge constructed and replicated by the participants (with a clear distinction based on sex), as well as the practices around the health / disease / care, particularly mental disorders, which emanate from it.

Key words: mental health, adolescence, indigenous peoples.

Introducción

Este proyecto hace parte de un estudio más amplio titulado “*Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria*” financiado por el Fondo de Cooperación Internacional en Ciencia y Tecnología (FONCICYT) del CONACYT #291102. Dicho estudio, que está siendo desarrollado por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)¹, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM), la organización de la sociedad civil Compañeros en Salud A.C. (CES)² y la Universidad de McGill (Canadá), tiene por objetivo “Diseñar, implementar y evaluar una intervención comunitaria dirigida a mejorar el acceso efectivo a servicios de salud mental en el primer nivel de atención para adolescentes de 14 a 20 años, en comunidades de origen indígena en Chiapas, México.”

El proyecto marco, de la cual hace parte la presente tesis, consta de tres etapas. La primera, consiste en un diagnóstico del estado actual de la condición, percepción, conocimientos y experiencias de problemas de salud mental (particularmente depresión y trastorno de ansiedad) en población adolescente residente en localidades rurales de origen indígena de Chiapas. La segunda, en el diseño e implementación de una intervención educativa comunitaria para la prevención de la depresión y el trastorno de ansiedad, y para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud mental en el primer nivel de atención de los adolescentes. El diseño de la intervención combinará los hallazgos del diagnóstico previo, la realidad sociocultural de la población de interés y la capacidad de los prestadores de servicios de salud de atender ambos padecimientos en el primer nivel de atención. En la

¹ Responsable técnica e investigadora principal Dra. Luz María González Robledo, co-investigadora Dra. Marta Caballero ambas profesoras investigadoras de la UAEM, acompañadas de un grupo de expertos e investigadores del Sistema Nacional de Investigadores del CONACyT.

² Compañeros en Salud México A.C. es una filial de “*Partners in Health*”. Es una organización de atención médica sin fines de lucro cuyo principal propósito es acercar y brindar servicios de salud a las poblaciones ubicadas en las zonas más pobres de países de ingresos medios y bajos. Para mayor información consultar: <https://companerosensalud.mx/>

tercera etapa, se evaluará la efectividad de la intervención diseñada a doce meses de su implementación.

El proyecto que se está desarrollando, está ubicado en “la Fraylesca”³, Chiapas. Esta región fue seleccionada bajo dos criterios fundamentales: 1) la organización de la sociedad civil CES, trabaja hace más de 10 años en estas comunidades apoyando la operación de 10 centros de salud lo cual facilita el acceso del equipo de investigación a la población blanco y 2) por ser localidades con alta concentración de población indígena en Chiapas, de acuerdo con datos del INEGI (INEGI, 2017).

A partir de lo señalado anteriormente, el trabajo de tesis que aquí se presenta (y que fue desarrollado en la etapa I del proyecto marco) tiene por objetivo identificar, caracterizar y analizar las representaciones y prácticas sobre la salud y la enfermedad mental de adolescentes chiapanecos de origen indígena, particularmente relacionados con depresión y trastornos de ansiedad. Para ello se planteó investigar: 1) los conocimientos, expresiones, creencias, valores y experiencias en torno a la salud y a la enfermedad, particularmente, relacionados con padecimientos mentales como la depresión y el trastorno de ansiedad; 2) las causas, detonantes y manifestaciones que identifican en otras personas como signos/síntomas de las enfermedades mentales, especialmente, la depresión y el trastorno de ansiedad; 3) los mecanismos de reconocimiento, discriminación y/o rechazo hacia las personas que padecen enfermedad mental; y, finalmente 4) las estrategias que llevan a cabo para buscar ayuda o tratamiento para dichos trastornos.

El documento se organiza en 7 apartados y una sección de anexos. El primero, habla sobre el Estado del Arte, que da cuenta de estudios publicados que datan las diversas concepciones sobre la salud y la enfermedad de la población indígena y las marcadas diferencias con la medicina alópata/occidental, conocimiento fragmentado aún más por las ciencias de la salud mental. También se muestran cifras de la prevalencia de los trastornos mentales en la población adolescente en América Latina, México y Chiapas como evidencia de este creciente problema, además de las recomendaciones constantes, de los investigadores, de integrar los factores sociales a los análisis de esas problemáticas.

³ La Fraylesca es una de las 15 regiones que componen el estado de Chiapas. Está conformada por los municipios de Villaflores, Villa Corzo, La Concordia, Ángel Albino Corzo, Monte Cristo de Guerrero y El Parral. Es la segunda región de mayor extensión territorial en el estado.

Finalmente, se revisaron una serie de trabajos que dan cuenta de la aproximación al tema de salud mental en adolescentes desde la Teoría de las Representaciones Sociales y su contribución a la construcción de marcos conceptuales referentes al mismo.

El segundo apartado, explora la problemática mundial sobre la prevalencia de los trastornos mentales en las poblaciones adolescentes, las dificultades que enfrentan para lograr el acceso a la atención y recuperación de su salud mental, particularmente, aquellos que se encuentran en contextos de pobreza. Así mismo, se habla sobre la ya señalada “*visión centrada en el padecimiento*”, que antepone la enfermedad a los propios sujetos y a su contexto. En este apartado se construye el planteamiento del problema, las preguntas que guían la investigación, la justificación del estudio y los objetivos.

El tercero, presenta el marco teórico/conceptual centrado en la importancia de los significados que los sujetos imprimen a su realidad, pasando brevemente por la teoría del Interaccionismo Simbólico que dio pie a la utilización de la Teoría de las Representaciones Sociales (RS), posicionada desde la Sociología y con una mirada en salud. Aunado a lo anterior, también se habla de conceptos como: *Cosmovisión sobre las enfermedades prehispánicas*, *Colonialidad y saberes indígenas*, *Adolescencia indígena*, *Construcción social de la enfermedad* y *Género* que he agregado al estudio para visibilizar la necesidad de su análisis.

El cuarto apartado presenta la estrategia metodológica, destacando las técnicas y procedimientos que utilicé para la recolección, procesamiento y análisis de la información. El siguiente apartado, ligado al anterior, presenta el marco contextual del estudio. En él se relatan aspectos propios de la región de la Fraylesca en Chiapas, donde se desarrolla el estudio; así como los pormenores de mi estadía en campo. Se caracteriza también la población que se estudió.

La sexta parte del documento da cuenta de los resultados en función de los objetivos planeados, explicando los hallazgos con relatos y testimonios de los y las participantes del estudio. Finalmente, en el apartado de discusión, se comparan los resultados encontrados con la literatura publicada, y se reflexiona acerca de la construcción social que hacen adolescentes varones y mujeres ante trastornos mentales de acuerdo con el rol que les impone el contexto donde viven.

El documento se cierra, con la bibliografía consultada y los anexos que contienen las cartas de consentimiento y asentimiento informado, los instrumentos elaborados para la recolección de la información, y la aprobación del proyecto marco por los comités de investigación, ética y bioseguridad del INSP.

I. - La salud mental en contextos indígenas (Estado del Arte)

1.1.- La salud mental de los pueblos indígenas latinoamericanos

Para estudiar las concepciones que los pueblos indígenas usan en alusión a la salud y la enfermedad, es necesario explorar las *cosmovisiones*⁴ que estos construyen con relación a sus pares y contextos próximos (Castro Pérez, 2010). Cada sociedad ha creado para sí un bagaje orientativo que sirve como referencia en sus procesos de sanación y atención. En ese sentido, existe un vasto número de estudios en América Latina que exploran el fenómeno a detalle (Leiva Valdés, 2008) (Flores-Guerrero, 2004) (Stella Díaz, 2011), sin embargo, es pertinente aclarar que como tal el concepto sobre *Salud Mental* no es común en las cosmovisiones indígenas, ya que a diferencia de la concepción occidental, las primeras conciben a la salud como un todo, o lo que es, lo mental y corporal como constructos inseparables (Ruiz Velasco, 2010).

Como ejemplo, tenemos a Flores-Guerrero (2004), quien hace un listado de estudios que recogen la construcción del concepto de salud, dolencia y enfermedad en algunas culturas indígenas latinoamericanas. Entre ellas se encuentran la *Kichwa* de Ecuador que define la salud como armonía entre lo físico, lo mental y lo espiritual en el individuo y la comunidad, poniendo a la enfermedad como falta de equilibrio; a la *Aymara* de Bolivia que denomina “*kankaña*” al estado de bienestar, paz moral e integridad física, mientras que la enfermedad es un desequilibrio fisiológico y social; a la *Shipibo-Conibo* y *Asháninca* de Perú donde la salud es un estado de normalidad y equilibrio entre hombre, espíritu, familia, grupo social y naturaleza, mientras que la enfermedad es una falta de equilibrio entre ellos; los *Tucano* de Colombia donde la salud y enfermedad se basan en los grados de convivencia entre los sujetos; los *Cuna* de Panamá donde la enfermedad es una lucha de las fuerzas contra el mal; los *Ngöbe* de Panamá donde la salud es producto de una relación armónica con el medio ambiente; los *Miskitos* de Nicaragua donde la salud está configurada por sus experiencias históricas y su visión espiritual del mundo; y la *Huichola* de México donde las enfermedades son atribuidas a eventos sobrenaturales como la ofensa a ciertas deidades, a brujería o a magia malévolas (Flores-Guerrero, 2004).

⁴ Revisar apartado 3.2.- *Cosmovisión*.

En un estudio que recoge el testimonio del pueblo *Aymara* en la región de Isluga, Chile, se hace una recopilación académica de los significados que usan los habitantes para referirse al término salud. Para ellos, esta es un estado de armonía con el espíritu, cuerpo, relación hombre-mujer, comunidad y dualidad con las cosas existentes. La enfermedad por su parte se relaciona con la ansiedad humana y es tratada por medio de ritos que devuelven el estado de armonía. En el caso de los padecimientos mentales, estos se podrían vincular a aquellas enfermedades que afecten directamente el alma. Así la Enfermedad del Susto (*Mancharisqa*⁵), la Enfermedad del Rayo (*Mancharisqa del Rayo*), el Agarrado por la Tierra (*Oraken catjata, hallpa hapisqan*), y el Agarrado por una Sirena (*Sirinum catjata, sirenoq hapisqan*) son algunos trastornos que afectan al sujeto y su relación con todo lo que le rodea. Como mencionan en el estudio, no hay una distinción clara entre lo mental y lo corpóreo pues las afectaciones son integrales (Leiva Valdés, 2008).

La concepción holística de la salud también es visible en poblaciones mexicanas. Una investigación documental sobre la zona geográfica de los Altos de Chiapas recoge la cosmovisión de conceptos referentes a la salud, principalmente el alma y sus afectaciones en la pérdida. Para los *Tsotsiles* el humano se compone de cuerpo, y de dos entidades anímicas *ch'ulel* elemento inmortal de la persona, y el *chanul* o *vayijelil* compañero animal; con los *Zinacantecos*, población tsotsil, se posee *ch'ulel* alma personal ubicada en el corazón de la persona compuesta por 13 partes, y *chanul* espíritu animal compañero; mientras que para los *Náhuatl* existe el *teyolía* o *yollo* que reside en el corazón, el *tonalli* que reside en la cabeza y el *ihíyotl* localizada en el hígado. La pérdida de alma desemboca en *Espanto o Susto* que se provoca problemas de equilibrio, falta de apetito, decaimiento, somnolencia o insomnio, tristeza y angustia. Por otra parte, se registra el *Mal de ojo* como una afectación causada por la envidia, rencor, venganza, las miradas altaneras y el deseo, que se manifiesta de diversas formas en niños, adultos, animales y que tiene un componente altamente cultural, pues se observa a lo largo del país de muy variadas maneras. *El Mal de ojo*, así como *el Espanto o Susto*, están catalogados como *síndromes de filiación cultural* por parte de algunos antropólogos, ya que son padecimientos percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias de un grupo específico (Ruiz Velasco, 2010).

⁵ Denominación Aymara.

A pesar de que se registran significados y prácticas prehispánicas, existen casos que ponen de manifiesto los sincretismos y aculturación que viven las comunidades con respecto a sus construcciones sociales y su empalme con los modelos occidentales. Díaz y colaboradores estudiaron los conceptos de enfermedad y sanación en comunidades mapuches (Alto Bío-Bío) y el impacto de la cultura occidental en sus cosmovisiones, recogiendo en sus entrevistas, que gran parte de la población encuestada acude y confía en el sistema alópata por encima de las tradiciones (por ejemplo, hierberos, brujos), pero haciendo mención que en el caso de las enfermedades mágico-religiosas, la función del médico occidental es ineficaz (Díaz Mujica, Pérez Villalobos, González Parra, & Simon, 2004).

Otro estudio realizado en el resguardo muisca de Chía (Colombia) donde se entrevistaron a 46 familias de la comunidad entre las que se incluían niños, adolescentes, adultos jóvenes y mayores, arrojó que la salud y el cuidado tienen cuatro dimensiones principales: capacidad de hacer, forma de sentir-ser, capacidad para relacionarse con otros y con su quehacer y como resultado de hábitos de auto cuidado. En ninguno de los resultados los habitantes hicieron referencia a los elementos “*entorno*” y “*comunidad*” o a la relación territorio, espíritu o ancestros como dimensiones de la comprensión de la salud. La autora señala que ello puede deberse a que el fenómeno de aculturación ha generado una amplia brecha entre la comprensión ancestral y la actual (Stella Díaz, 2011).

Esta aculturación ha hecho que se desvalorice el saber popular trayendo consecuencias ya palpables. En un estudio realizado en Argentina, se indagó sobre el nivel de percepción del proceso salud-enfermedad-atención en la ciudad de Salta. Se aplicaron entrevistas a profundidad en un total de 20 familias. Entre los diversos resultados se indicó que la concepción de “salud” se refería a un modo de vida y no un fin en sí. Lo relacionaban con el hecho de poder seguir haciendo cosas. Para los habitantes de Salta la molestia pasa a ser una enfermedad solo cuando inhabilita para el trabajo o las actividades cotidianas. Esto se debe, como apuntan los investigadores, al trato que reciben por parte del sector salud que lejos de atender al paciente se centran exclusivamente en la enfermedad, dejando fuera la empatía o las creencias que tienen los habitantes. Por esto mismo, las veinte familias habían dejado de usar los servicios de salud con regularidad (Sacchi, Hausberger, & Pereyra, 2007).

1.2.- La salud mental adolescente chiapaneca

En lo referente a los estudios de salud mental realizados en adolescentes, generalmente estos se enfocan a evaluar su condición psíquica o sondear su opinión antes que comprender qué entienden los sujetos por esta. Casco Flores (1990) realizó un estudio para conocer su opinión con respecto a la salud mental. Se aplicó una escala de actitudes (AMI) en las que se presentaban 8 descripciones hipotéticas de padecimientos mentales. La muestra se levantó entre 219 estudiantes entre los 13 y 24 años residiendo en una zona urbana del centro de México (Distrito Federal). Halló entre sus resultados, que los adolescentes tienen actitudes positivas (apertura a la temática, empatía, solidaridad) hacia la enfermedad mental, sin embargo, solo fueron notables en aquellos que aún no se habían incorporado a un ambiente de trabajo y en los que habían recibido una mayor instrucción educativa. En sentido inverso las personas más jóvenes, o incorporados a mercados de trabajo, o con menos estudios tenían actitudes negativas (discriminación, apatía, exclusión social) hacia los padecimientos (Casco Flores, 1990).

Otro estudio realizado en San Andrés Larráinzar, municipio tsotsil, estudia a profundidad las problemáticas psicosociales de 608 adolescentes entre 12 y 22 años, recogiendo entre sus resultados que más del 50% de ellos reportaban ideación suicida, pero un 17% (104 casos) reportaba un elevado riesgo de presentar un cuadro clínico agravante: ideación suicida, sintomatología depresiva, baja autoestima e impulsividad (Cruz Pérez & García Lara, 2015).

En los Altos de Chiapas, un estudio exploró la prevalencia de sintomatología depresiva entre adolescentes de nivel secundaria. Se entrevistaron a 241 estudiantes, 133 varones y 108 mujeres, indígenas y no indígenas. Los resultados arrojaron una prevalencia de sintomatología depresiva del 62.7% del total de la población estudiada presentándose con mayor frecuencia en las mujeres. Las variables asociadas corrían en función del género: la prevalencia en los hombres se debía al temor de perder su empleo mientras que las mujeres al temor de no tener una vivienda propia (Cantoral, Victoria Méndez, & Nazar, 2004).

Otro estudio realizado en Tuxtla Gutiérrez explora el intento de suicidio y el ambiente familiar en adolescentes. Con una muestra de 317 estudiantes de bachillerato

público, con rangos de edad entre 14 y 19 años, se encontró que el 9% de ellos habían intentado suicidarse (28 casos) de los cuales la mitad lo había intentado dos veces. El 83% de los intentos correspondía a las mujeres mientras que el 17% a hombres. Entre los motivos registrados se hallaron problemas familiares (60%); falta de comprensión y apoyo (15%); conflictos de pareja y amorosos (7%); muerte de un familiar (7%); problemas en general (7%) y dificultades económicas (4%). Como señalan los autores se debe considerar la variable del género, así como la función de la dinámica familiar en la construcción de planes de intervención (Cantoral Cancino & Betancourt Ocampo, 2011).

Un estudio más revela la escasa información sociológica y antropológica que existe sobre el tema del suicidio en dicho municipio. Con una exploración etnográfica, se da cuenta de las causas multifactoriales que llevaron al suicidio a 43 personas entre las comunidades de Cantioc y Río grande. Los resultados arrojan tendencias en función del género: los casos registrados en las mujeres apuntaban hacia elementos de subordinación, conflictos maritales y violencia doméstica; mientras que en los hombres se mostraban problemas en el ejercicio de la autoridad y con el rol de proveedor del grupo doméstico (Imberton-Deneke, 2014).

1.3.- Estudios sobre salud desde la Teoría de las Representaciones Sociales

Finalmente existe un considerable número de trabajos realizados en México que se aproxima, desde la Teoría de las Representaciones Sociales (RS), al tema de la salud con el fin de analizar los significados y prácticas que los sujetos imprimen a sus vivencias. Tales son los casos de: salud, enfermedad, atención y utilización de los servicios odontológicos (Canseco Prado & Jarillo Soto, 2018); adolescencia en el embarazo, lactancia y cuidado del recién nacido (Franco-Ramírez, y otros, 2018); significado de padecer diabetes mellitus (Luna López & Franco Corona, 2017); significados en torno al consumo de tabaco, alcohol y estupefacientes (Gámez-Medina, Ahumada-Cortez, & Valdez-Montero, 2017); sobre la alimentación escolar en escuelas públicas (Théodore, Bonvecchio Arenas, Blanco García, & Carreto Rivera, 2011); sobre la salud y enfermedad en el trabajo de jornaleros agrícolas (Herrera Pérez & Torres López, 2012); sobre categorías de salud que construyen los curanderos (Lámbarri Rodríguez, Flores Palacios, & Berenzon Gorn, 2012) y hasta sobre el derecho a la salud (Daza Ramírez, Veloza Contreras, & Lozano Rubiano, 2014).

En ese sentido, se han utilizado las RS para explorar la comprensión y entendimiento de la salud en general. Un trabajo realizado en Colombia exploró las RS que manifiestan un grupo de 57 adolescentes con edades comprendidas entre los 19 y 24 años. Entre sus hallazgos se registró que la mayoría considera a la salud como un concepto de bienestar general construido a partir de lo físico, mental, moral, espiritual y emocional. Además, la salud se relaciona con palabras como: la ciencia, los colegios, las iglesias, los amigos, la familia, la calle, los medios de comunicación y la experiencia previa. Los investigadores registran una clara diferencia entre las percepciones de los hombres y las mujeres, así como la importancia del mantenimiento de la salud para seguir trabajando y como un medio para generar estados de paz con la sociedad (Vergara Quintero, 2009).

Uno de los trabajos más sobresalientes sobre el tema es llevado a cabo en el Guadalajara, México. En él, se exploraron las RS de la salud mental y la enfermedad mental en población adulta, para ello se utilizaron listados libres y cuestionarios de pares para identificar el contenido y su organización. El análisis evidenció que la salud mental se asemeja a un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida; mientras que la enfermedad mental se asocia con la locura, causada por daños orgánicos y emocionales. Sin embargo, las propias autoras cuestionan el énfasis individual que le otorgan los sujetos a la salud mental, las miradas culturales como prácticas y costumbres y la perspectiva de género que no pudieron explorar. Lo anterior, mencionan en su discusión, generaría modelos integrales de atención y comprensiones profundas de los fenómenos (Torres López, Munguía Cortes, Pozos Radillo, & Aguilera Velasco, 2010).

II. – La Salud mental en comunidades indígenas de Chiapas (Planteamiento del problema)

La salud mental⁶ es una parte esencial de la salud general y el elevado incremento de los trastornos mentales suponen un serio problema de salud pública. Según cifras estimadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cerca de 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta que no solo afecta su integridad como individuos, sino que repercute fuertemente en las dinámicas familiares, y en las ya documentadas repercusiones sociales: violación de derechos humanos, exclusión, estigma social y discriminación tanto grupal como institucional (OMS, 2004).

Por su parte en México, la prevalencia de trastornos mentales es considerable. Hace más de una década, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) estimaba que 8.4% de la población presentaba algún trastorno mental (los más frecuentes por ansiedad, por uso de sustancias y los trastornos afectivos) (Medina Mora, y otros, 2003); mientras que estudios más recientes apuntan hasta un 17% de prevalencia, señalando que uno de cada cuatro mexicanos podrá padecerlos a lo largo de su vida (Madrigal de León, 2016) (Oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión (INCyTU), 2018). Desde luego una mayor incidencia puede afectar la calidad de vida de los sujetos, y estos pueden desencadenar fenómenos como el suicidio; por ejemplo, en el año 2000 se registraron cerca de 3,475 casos al año, mientras que para el último registro levantado (2016) se cotejaron 6,291 casos al año (INEGI, 2016), siendo los grupos más vulnerables los masculinos entre los 20 a 24 años y los femeninos entre los 15 a 19 años (INEGI, 2018).

Esto da cuenta de que la población adolescente es un grupo especialmente vulnerable para presentar trastornos mentales (De la Fuente, 1982) (OMS, 2013). En el informe “*Estado Mundial de la Infancia 2011*” del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) señala que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento.

⁶ La salud mental es definida por la OMS como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades (OMS, 2004).

Menciona además que la depresión es el trastorno que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre las personas de 15 a 19 años, y que el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. El informe señala algunos determinantes de los trastornos mentales en los adolescentes: ruptura de las estructuras familiares, aumento del desempleo, baja aspiración educativa por parte del individuo y de las familias (UNICEF, 2011). Los trastornos depresivos y los síntomas por ansiedad tienen una alta prevalencia en esta etapa de la vida (Patton, y otros, 2014), y no es para menos pues más 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, mientras que cerca de 260 millones padecen trastornos de ansiedad (WHO, 2017).

En México la media de aparición de los trastornos mentales está entre los 15 y 30 años (Medina Mora, y otros, 2003), con una tasa de prevalencia para los padecimientos afectivos de un 8 a 12% en estas poblaciones (González Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta, & Wagner, 2015). Por sexo, la presencia en mujeres es de 2.5:1 con relación a los hombres, lo que podría ser indicativo de diferencias notorias en función del rol social. Algunos estudios dan cuenta de esto: una elevada tasa de padecimientos por abuso de sustancias, como el alcoholismo, en los hombres (Alarcón, 2009), mientras que existe una mayor frecuencia de padecimientos afectivos, como la depresión, en mujeres (Pinto Hernández, 2013). En el Estado de Chiapas, por ejemplo, varios estudios dan evidencia de lo anterior, una alta incidencia de trastornos como la depresión y el intento de suicidio y diferencias notorias en la prevalencia de estos padecimientos en hombres y mujeres (Cantoral Cancino & Betancourt Ocampo, 2011) (Cantoral, Victoria Méndez, & Nazar, 2004) (Cruz Pérez & García Lara, 2015).

Por otra parte, el proclive riesgo a padecer un trastorno mental en esta etapa de la vida se percibe en sus manifestaciones: 30% de suicidios registrados y 70% de casos atendidos por farmacodependencia en las instituciones de salud en México corresponde a personas de entre 15 y 29 años (INEGI, 2017). Sin embargo, diversos organismos nacionales señalan que los casos atendidos corresponden a sintomatología clínica severa, lo que, a opinión de las investigaciones, es fruto de la escasa atención de los padecimientos en las etapas iniciales (Medina Mora, y otros, 2009).

Algunos autores atribuyen este fenómeno a los señalamientos negativos que padecen los adolescentes al interior de las instituciones como la exclusión por color de piel, etnia o lengua (Cerón, y otros, 2016) (Larson, Gillies, Howard, & Coffin, 2007) (Pedersen, 2009). Así como la distancia que van generando las instituciones de salud al no comprender las categorías que los sujetos imprimen en los significados de su enfermedad (Lejarraga, 2004). Esta falta de empatía hacia los significados no solo degrada el saber popular sino que va poniendo barreras en el trato e interacción (se centra en la enfermedad y no así en el paciente) (Castro Pérez, 2010), toda vez que propicia desconfianza por parte de la población que poco a poco deja de utilizar los servicios de salud (Sacchi, Hausberger, & Pereyra, 2007), siendo los *adolescentes e indígenas* uno de los grupos más vulnerables y propicios a sufrir dichas problemáticas (OMS, 2013).

Si los *adolescentes e indígenas* son uno de los grupos más vulnerables de los datos presentados, se vuelve crucial comprender el uso que hacen de los conceptos para referirse a fenómenos como la locura, la ansiedad o la salud mental. Ya de ello queda sustentado en el desarrollo conceptual y teórico de la antropología médica, que propone que las dimensiones culturales inciden fuertemente en las nociones y prácticas en torno a la salud y a las enfermedades de los sujetos (Campos-Navarro, 2010). Pero también en las desigualdades que se conjugan sobre los mismos y que, como dice la medicina social, inciden directamente en la forma en que se establecen los procesos de salud y enfermedad de las sociedades (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

En el contexto mexicano, existe poca evidencia publicada sobre los padecimientos mentales y su relación con las prácticas y significados que los sujetos imprimen en ellas. Esto se debe en gran parte a la forma en cómo se construyó el concepto de salud desde la medicina occidental que focaliza su atención en un modelo biomédico (Menéndez, 1992) y no así en un todo biopsicosocial como es el caso de la medicina indígena (Vallejo Samudio, 2006). Hay autores que afirman que el uso casi universal del lenguaje biomédico impone fronteras infranqueables para aquellos sujetos que no poseen la misma semántica y que lejos de ayudar, terminan constriñendo y degradando un saber alternativo (Good, Becker, & DelVecchio Good, 2003).

Además, la salud mental emanada del modelo biomédico ha sido fuertemente criticada por su carácter centrado en la enfermedad y no en los sujetos; por desaparecer las fronteras culturales y contextuales de los análisis clínicos; y finalmente por ser uno de los medios más latentes en la *construcción corporativa de la enfermedad* o “*disease mongering*”, que es un proceso complejo que incluye desde generación de lenguajes hasta estrategias de mercado para la creación de padecimientos (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

Es por ello por lo que, comprender las representaciones y prácticas que los adolescentes usan sobre la salud y enfermedad mental en referencia a sus contextos, así como las diferencias causadas por los roles sociales preestablecidos, nos pueden dar pautas para analizar el tema y con ello generar mecanismos de control o auxilio que se conjuguen con los tratamientos primarios, toda vez que permiten explorar otros fenómenos como la fusión de las cosmovisiones con el conocimiento occidental, el uso de los servicios de salud, y la discriminación y el prejuicio presenciado por los sujetos.

Derivado de lo anterior se propone la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuáles son las representaciones y prácticas sobre los trastornos mentales (depresión y ansiedad) que tienen las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena?

Que puede ser desglosada en las siguientes preguntas de investigación secundarias:

- ¿Qué expresiones, creencias, valores y conocimientos tienen en torno a la salud y sus cuidados, así como a la enfermedad las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena?
- ¿Qué expresiones, creencias, valores y conocimientos tienen en torno a la salud y la enfermedad mental (particularmente de sintomatología ansiosa o depresiva) las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena?

- ¿Cuáles son las causas, detonantes y manifestaciones (signos/síntomas) de la sintomatología ansiosa o depresiva, que observan en otras personas las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena?
- ¿Cuáles y cómo funcionan los mecanismos de reconocimiento, discriminación y rechazo que las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena utilizan (o han visto) hacia las personas que padecen una sintomatología ansiosa o depresiva?
- ¿Qué estrategias realizan las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena para buscar ayuda o tratamiento para la sintomatología ansiosa o depresiva?

2.1.- Justificación y relevancia de la investigación

Como menciona Roberto Castro en su trabajo sobre los *determinantes de la salud*, existe evidencia robusta que pone de manifiesto *la construcción social de las enfermedades* (Castro Pérez, 2010). De la mano de la cultura, de las condiciones socioeconómicas y de las referencias ideológicas, el tema de la salud, enfermedad y atención se ven influenciados enormemente por los espacios cotidianos de los sujetos, esto es, la cosmovisión que viven en su día a día (Lejarraga, 2004), o para los fines de este trabajo las representaciones y prácticas que mantienen para sí. Estos conceptos les permiten tomar decisiones sobre su propia salud (Díaz Mujica, Pérez Villalobos, González Parra, & Simon, 2004), como por ejemplo, los mecanismos para obtener la curación (Menéndez, 2003); la relación con sus pares (Flores-Guerrero, 2004) o el repudio a los mismos por medio de prejuicios y estigmas (Goffman, 2006); así como la concepción que tienen hacia las instituciones de salud o la desconfianza que construyen en torno a ellas (Sacchi, Hausberger, & Pereyra, 2007).

Además, analizar el fenómeno (esto es, el entendimiento de la salud y enfermedad mental) no solo aporta valiosas pistas para su comprensión, sino que puede servir para examinar otras cuestiones, como el trato del personal de salud hacia los enfermos (cuando dan o no valor a la cosmovisión de los individuos) (Castro Pérez, 2010), así como la construcción de prejuicios y estigmas sociales (Pedersen, 2009), los cuales tienen un impacto considerable en la vida de los sujetos ya que estos son fenómenos presentes en pacientes que padecen alguna afectación mental, que lejos de ayudarlos en su recuperación

e integración en la sociedad, terminan afectando más su salud, así como la relación con sus cuidadores primarios o familia (Campo Arias & Herazo Acevedo, 2013) (OMS, 2004) (Pedersen, 2009).

En el caso de los adolescentes la prevalencia e incidencia de trastornos mentales, la situación académica y económica, la condición de género, su posición étnica, así como sus opiniones en torno a la salud mental son factores importantes por considerar en la elaboración de planes sanitarios (Chapela Mendoza & Contreras Garfias, 2011). Por lo tanto, lo que pretende aportar el presente estudio es un análisis sobre las representaciones (utilizando como referencia la *Teoría de las Representaciones Sociales* y el concepto de *Cosmovisión*) y prácticas que los adolescentes chiapanecos utilizan respecto a la salud y enfermedad mental.

2.2.- Objetivo(s)

En ese tenor se plantea el siguiente objetivo principal:

- Identificar, analizar y caracterizar las representaciones y prácticas sobre los trastornos mentales (particularmente de sintomatología ansiosa o depresiva) en adolescentes chiapanecos de origen indígena.

Con objetivos específicos para su búsqueda:

- Explorar las expresiones, creencias, valores y conocimientos que las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena tienen en torno a la salud y sus cuidados, así como a la enfermedad.
- Explorar las expresiones, creencias, valores y conocimientos que las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena tienen en torno a la salud y la enfermedad mental (particularmente de sintomatología ansiosa o depresiva).
- Describir las causas, detonantes y manifestaciones (signos/síntomas) de la sintomatología ansiosa o depresiva, que observan en otras personas las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena.
- Identificar los mecanismos de reconocimiento, discriminación y rechazo que las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena utilizan (o han visto) hacia las personas que padecen una sintomatología ansiosa o depresiva.
- Determinar las estrategias que realizan las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena para buscar ayuda o tratamiento para una sintomatología ansiosa o depresiva.

III. - Marco teórico – conceptual

El siguiente marco teórico – conceptual está situado en el área de las Ciencias Sociales y su relación con la Salud, específicamente con los significados que los sujetos le imprimen a la misma y las prácticas que de esta emanan. Para explorar tal fin, se dividió en dos grandes secciones. La primera compete a las aproximaciones teóricas que fungen como encuadre académico desde la *Teoría de las Representaciones Sociales* encausadas al tema de la Salud desde una mirada Sociológica, mientras que la segunda parte está construida sobre los conceptos que guían la coherencia interna del trabajo: *Cosmovisión, Cosmovisiones indígenas, Colonialidad y saberes indígenas, Adolescencia indígena, Construcción social de la Salud y de la Enfermedad*, y su relevancia en el modelo “*hegemónico*” occidental, así como la importancia del *Género* como categoría de análisis.

3.1.- Aproximaciones teóricas de encuadre

Weber fue uno de los primeros teóricos sociales en ponderar el estudio de los significados de los sujetos antes que la búsqueda de leyes o determinantes en las estructuras de la sociedad. Es por medio de las acciones de los sujetos donde el acontecer de la vida se produce toda vez que imprimen una serie de significados a las mismas; pero no será sino en la interacción donde la investigación del mundo social nace (Weber, 1982). Estas premisas serán básicas para el desarrollo de las escuelas comprensivas como es el caso de la fenomenología de Schütz, pero será el pensamiento de Berger y Luckmann el que otorgará un análisis profundo: el mundo de los sujetos surge de las interacciones sociales ancladas en un contexto determinando que va dotando de significados comunes a los individuos, y todo ello será expresado por medio del lenguaje. La realidad se construye por medio de la palabra (Berger & Luckmann, 2011). Esto implica que las acciones humanas se anclan en significados socialmente construidos y que no se puede despegar el acontecer de una rutina de un significado, como bien mencionan las escuelas norteamericanas pragmáticas (Mead, 1993).

Entre las corrientes que más aportaciones han generado al entendimiento del fenómeno de la salud, con una mirada sociológica, han sido los trabajos de la Escuela de Chicago, específicamente todo lo relacionado con el Interaccionismo Simbólico, pero sobre

todo a las corrientes que de él emanaron, como por ejemplo, la Teoría de las Representaciones Sociales (Castro Pérez, 2010).

3.1.1.- Interaccionismo Simbólico.

Esta teoría tiene sus orígenes en la psicología social de Mead y en los estudios de ecología urbana de la Escuela de Chicago. Tiene como fin preguntarse sobre el significado que los individuos adjudican a su relación con el entorno y sus pares (Sosa, 2015). El término fue formulado por Blumer, connotando con él la relevancia del intercambio de símbolos y significados en la interacción humana (Blumer, 1982). Para el propio autor, existen tres premisas básicas que fundamentan el paradigma:

“1) Los seres humanos actúan con respecto a los significados que adjudican a las cosas; 2) el significado de las cosas nace de la interacción que sostienen con sus semejantes; 3) Dichos significados se manejan y modifican a través de un proceso interpretativo desarrollado por los propios individuos” (Blumer, 1982).

Los significados no solo establecen la forma en cómo se percibe el mundo, sino también la forma en cómo los individuos están dispuestos a interactuar en él. Emanan del modo que ha sido definidos por el grupo en el cual el individuo interactúa (Castro Pérez, 2010). Esto implica que existe en su dinámica, la habilidad para interpretar los gestos de los otros, y con ello, no solo realizar actividades cooperativas, sino reflexivas. La capacidad autoevaluativa les permite ajustar su conducta en respuesta a los grupos en los que se ve incluido (o no) (Mead, 1993). Lo cual otorga un papel cambiante en los mismos, pues los actores no están sujetos a un mundo que los determina, no actúan por actos reflejos frente al mundo, por el contrario, los actores son sujetos de su propia historia bajo las reglas de sus interpretaciones (Blumer, 1982). Es indispensable, desde luego, verificar los presupuestos en la realidad. Solo conociendo los hechos tal como son interpretados, de acuerdo a lo que realmente dicen sus actores, es posible un conocimiento íntegro del mismo (Sosa, 2015).

Por lo tanto, estudiar la vida social es tratar de comprender los procesos simbólicos mediante los que interactúan los individuos en el mundo real. Las acciones del investigador deben adentrarse al mundo del actor para verlo con base en el significado que las cosas y

las situaciones tienen para él mismo (Castro Pérez, 2010). Este panorama teórico, sentó gran parte del trabajo sobre las RS.

3.1.2.- Representaciones Sociales desde la Sociología.

Una de las tradiciones que más frutos ha cosechado con relación a las experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad, procede directamente de la noción de las *representaciones colectivas* de Durkheim; estas tenían la característica de que podían explicar fenómenos relacionados como la religión, los valores y otras áreas del mundo social y que debido a sus mecanismos podían ser tratados como hechos sociales, o lo que es, formas de hacer y pensar que se imponen a los sujetos en un contexto determinado y que pueden ser objeto de estudio para las Ciencias Sociales (Durkheim, 2001).

Con base a las aportaciones del Interaccionismo Simbólico y de los trabajos de Durkheim, fue que Moscovici comenzó a gestar su teoría de las Representaciones Sociales (RS). El autor las define como una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos; la representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades gracias a los cuales los actores hacen tangible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios (Moscovici, 1983). Denise Jodelet, estudiosa del tema, aporta la siguiente definición:

“Son un campo de representación que designa al saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales carácter social, por lo tanto, se hace alusión a una forma de pensamiento social” (Jodelet, 1989).

De esta manera las RS son un sistema de valores, ideas, conocimientos y prácticas con dos funciones: primero, establecer un orden para que los individuos se guíen en su mundo (material y social); y segundo, generar interacción para formar parte de una comunidad proveyéndoles de un código para nombrar y clasificar cada aspecto de su mundo e historia, tanto individual como grupal (Castro Pérez, 2002).

Esto da cuenta de que las RS son *socialmente construidas* y una vez formuladas poseen existencia propia, y será por medio de las expresiones que los sujetos implementan que podremos conocerlas. Entonces será en el análisis de estas narrativas donde la subjetividad (la experiencia que le otorgan o su cosmovisión del mundo) puede ser explorada (Castro Pérez, 2002). Y es que, el lenguaje de la salud y enfermedad tienen como base la relación de los sujetos con sus pares y con sus sociedades (Herzlich, 1973). De esta forma, las concepciones que una sociedad se hace de sus enfermos y que ellos mismos interiorizan y nutren a su vez, orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y, en cierta medida, producen “*las realidades de los enfermos*” (Herzlich & Pierret, 1988).

Lo anterior da un componente fuertemente sociológico a la teoría: las RS se nutren de marcos históricos y contextuales. Por ende, es necesario ampliar la mirada no solo en los sujetos sino en la historia y en los fenómenos macrosociales que los rodean (Herzlich & Pierret, 1988). De hecho, las propias normas o pautas que se utilizan para asegurar la salud o evitar la enfermedad, se explican en gran medida por el cúmulo de valores centrales que la sociedad provee a sus integrantes (Herzlich, 1973). Algunas condiciones, como la posición social (D’ Houtaud & Field, 1976) y la expresión de esta (Boltanski, 1982) moldean la percepción de la salud. La subjetividad de los individuos puede ser estudiada con relación al efecto que las estructuras sociales imprimen en ellos (Castro Pérez, 2002), y aunque no es el fin último de las RS, estas pueden servir de puente entre los niveles subjetivos y las estructuras en sí (Spink, 2010).

A continuación, se expone el marco conceptual de los elementos que integran el análisis del fenómeno, comenzando por los significados y uso de la Cosmovisión de las enfermedades prehispánicas, la relevancia de la adolescencia indígena, la construcción social de las enfermedades y su relación con los modelos biomédicos, y finalmente el uso del género como una categoría de análisis y reflexión.

3.2.- Cosmovisión

El uso de la palabra “*Cosmovisión*” data de 1979 como adaptación del término alemán *Weltanschauung* (Welt, “mundo”, y anschauen, “observar”) que fue utilizado por primera vez por Johanna Broda como: “*La visión estructurada en la cual los antiguos*

mesoamericanos combinaban de manera coherente sus nociones sobre el medio ambiente en que vivían, y sobre el cosmos en que situaban la vida del hombre” (Zuckerhut, 2017). Otra concepción la encontramos en Raveau (1984) para quien el término alude a: “La conciencia vivida de pertenencia colectiva en relación con un pasado histórico o mítico y que puede ser proyectado en un devenir común posible o utópico que se expresa a través de indicadores de participación” (Raveau, 1984). Por su parte López (2001) menciona que:

“Se define como un hecho histórico de producción de pensamiento social inmerso en discursos de larga duración (...) es un producto humano que debe ser estudiado en su devenir temporal y en el contexto de las sociedades que lo producen y actúan con base en él. Su carácter histórico implica su vinculación dialéctica con el todo social y, por lo tanto, implica también su permanente transformación” (López Austin, 2001).

La cosmovisión, como tal, tiene una interacción fuerte con la práctica social y la sociedad, lo que desencadena que diversas visiones convivan en un mismo sitio. Por esto mismo es posible encontrar que cada sociedad desarrolle una “visión” particular que contribuye a forjar su propia identidad. El concepto, en su amplitud, incluye a las representaciones colectivas de la realidad como se presentan en el pensamiento (como mitos, leyendas, relatos, etc.), a las prácticas (como rituales o actividades cotidianas) (Zuckerhut, 2017), a los conocimientos inmediatos (Villaseñor Bayardo, Rojas Malpica, & Berganza Champagnac, 2002), al legado histórico próximo y a las relaciones sociales en la vida cotidiana (Fernández & Luz, 2014). Por esto es común encontrar que varias culturas alrededor del mundo han elaborado sus propias maneras de sanar, así como un compendio de sus enfermedades, o lo que es, significados y prácticas (Hasen Narváez, 2012) (Leiva Valdés, 2008).

3.2.1.- Cosmovisiones sobre las enfermedades prehispánicas.

En el caso de México, podemos rastrear las cosmovisiones indígenas de la enfermedad y salud hasta la época prehispánica, ya que gran parte de lo que se sabe corre por cuenta de los cronistas españoles que recopilaron sintomatologías, terapéutica, procedimientos curativos y cirugía. De ellos sabemos que la enfermedad, como tal, era el resultado de la

falla del sujeto ante los dioses, los ancestros, el entorno y los otros (Ruiz Velasco, 2010); la patología mantenía una relación biopsicosocial y por lo tanto podía no solo afectar al sujeto, sino a la comunidad entera. Mientras ciertas anomalías físicas (como las jorobas o el enanismo) eran vistas como “regalos” divinos y los sujetos recibían tratos diferenciados, algunas otras como, por ejemplo, el *Tlazolmimiquiliztli* (que era un exceso de amor y deseo de uno de los cónyuges) o el *Netepalhuiliztli* (debilidad carnal) se consideraban transgresiones morales y desvíos de la conducta, que terminaban afectando a todo el grupo: destruyendo sembradíos, haciendo que los animales se extraviasen o impidiendo la cocción correcta de los alimentos (Jaén Esquivel & Murillo Rodríguez, 2005).

La enfermedad, al igual que la curación, se encontraba ligada al sistema simbólico de cada comunidad, es decir, su cosmovisión. Ejemplos específicos de ello los encontramos en lo que los ciertos antropólogos denominan *síndrome de filiación cultural*, que son padecimientos percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica, como *el Susto*, *Espanto*, y *Mal de Ojo* en México (Ruiz Velasco, 2010). El registro de las culturas da cuenta de dos factores: primero, que no había una incisión entre enfermedades físicas o mentales o *del alma*, ya que no se consideraban entidades separadas sino un todo indisoluble; y segundo, que bajo la misma perspectiva la curación se encaminaba a la devolución del estado de equilibrio que se había perdido en el proceso de enfermedad (Gómez Gallego, 2007).

3.3.- Colonialidad y saberes indígenas

Brevemente, la palabra *indígena*, que significa “*originario del país de que se trata*” según la Real Academia de la Lengua Española (Real Academia Española, 2020), contiene dentro de sí varios y múltiples significados culturales, económicos y políticos. De acuerdo con Navarrete-Linares (2008), vistos desde fuera, los indígenas mexicanos han sido definidos como “*minoría*” respecto a la mayoría de la población “*mestiza*” por sus costumbres, lengua, maneras de vestir o formas de vida; también han sido vistos, tradicionalmente, como pobres, marginados, subordinados e ignorantes, víctimas que necesitan ayuda del gobierno lo cual implica negarles su propia capacidad de valerse por sí mismos y de resolver sus problemas. Otra visión, eminentemente racista, muestra que la palabra indio

(usada de manera despectiva) se ha convertido en sinónimo de “*atrasado*”, “*ignorante*” e incluso “*tonto*”. En contraposición, la acepción de indígena hace recordar con admiración a los antepasados y a las civilizaciones prehispánicas. A los mexicanos se les enseña desde los primeros años de escuela, que son descendientes de esos pueblos y que han heredado sus glorias culturales (Navarrete Linares, 2008)

Las leyes y el gobierno también proporcionan una definición para la población indígena. Aquellos pueblos que cumplan con las tres características que se enumeran a continuación, serán considerados pueblos indígenas con derecho a gobernarse de manera autónoma: 1) que sean descendientes de las poblaciones que vivían en lo que hoy es el territorio mexicano antes de la llegada de los españoles en 1517; 2) que conserven total o parcialmente las culturas, las instituciones y las formas de vida de estos pueblos prehispánicos y, 3) la conciencia de la identidad indígena, es decir, que una persona, grupo o comunidad se considere como tal (Comisión Nacional de los Pueblos indígenas, 2015).

Pero independientemente de la forma en que el resto de la sociedad mexicana los concibe, y más allá de la forma en que leyes y políticas del gobierno definen quiénes son, un amplio grupo de mexicanos se identifican a sí mismos como indígenas, esto es, como perteneciente a un pueblo indígena.

“Los miembros de una comunidad comparte con sus vecinos una serie de elementos culturales, como la lengua, el territorio, los cultos religiosos, las formas de vestir, las creencias, la historia, todo lo cual le permite decir que es parecido a ellos y que comparten una identidad común que lo distingue de otros seres humanos, sean los vecinos de la comunidad más próxima, los habitantes no indígenas de su región o de la ciudad, o los extranjeros. Este sentido de identidad cultural compartida se refuerza en las fiestas del santo patrono del pueblo, en las ceremonias públicas, en las luchas políticas, en la defensa de la propiedad de las tierras de la comunidad y en las relaciones y conflictos que establece la comunidad con los grupos vecinos y con el propio gobierno” (Navarrete Linares, 2008, págs. 123-129).

Los pueblos indígenas por años han luchado contra el sentido impuesto de la modernidad, y los pensamientos de occidente que les ha arrebatado las reflexiones referentes al poder, al saber y al ser. Centrado en la homogenización, las concepciones

occidentales han pretendido universalizar los saberes e identidades ajenas a ellas, derivando así, en un sentido incuestionable de razón, de lengua y de construcción de realidades; haciendo creer que solo existe una manera de entender el mundo que nos rodea o una única forma de abordar los procesos de salud, enfermedad y atención de los padecimientos que nos aquejan (Garzón Lopez, 2013).

En México, la etapa de colonialismo (periodo histórico específico con ocupación territorial por medios coercitivos ya sea militares, políticos o económicos), dio paso a un sentido de colonialidad, o lo que es, una imposición del imaginario cultural europeo, que no solo incidió en el sentido de identidad de los sujetos y la relación con sus pares (de dominio y dominado), sino que construyó opresiones estructurales muy específicas contra los pueblos indígenas. Por ejemplo, diversos estudios apuntan a que la mayor parte de su población vive en contextos rurales de marginación y pobreza, donde la escasez del transporte, el costo de los traslados, la semántica y gramáticas centradas en el lenguaje médico, se conjugan como obstáculos estructurales para acceder a dichos servicios (González Montes, 2016).

El pensamiento de la colonialidad se hace evidente en las prácticas institucionalizadas del Estado. Son los funcionarios y representantes del orden social, quienes imponen modos de trabajo o planes de acción en función de la misma, sometiendo con ellos los saberes locales. Por lo tanto, no es de extrañar que interpretaciones diferentes de la “*realidad*”, sean menospreciadas o tachadas de ridículas. Situación que ocurre, por ejemplo, en el caso de las enfermedades de filiación cultural como el *Mal de Ojo*, el *Susto*, el *Empacho* (Ruiz Velasco, 2010) o las enfermedades *calientes y frías* (Castro Pérez, La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción, 2002), que han emanado en su mayoría de los pueblos indígenas. Pareciera que, para el pensamiento colonial, las concepciones centradas en el *punto de vista de los actores* no fuesen válidas o tuviesen un sesgo por defecto (Garzón Lopez, 2013).

La realidad, sin embargo, es que las concepciones centradas en el *punto de vista de los actores*, por ejemplo, en el estudio de sus cosmovisiones o sus representaciones sociales, son modos de trabajo que permiten “superar” las definiciones esencialistas del modelo hegemónico médico (Menéndez, 1992) o colonial del sentido del ser indígena (Garzón Lopez, 2013). Y es que, como menciona González Montes:

“El concepto de *“punto de vista del actor”* forma parte de una propuesta teórico-metodológica (...) porque justamente nos da mayor flexibilidad para comprender la subjetividad individual, ubicándola dentro del marco del entramado de relaciones sociales diferenciadas, jerarquizadas y desiguales con respecto a los recursos y el poder, en las que cada sujeto ocupa una posición particular desde la cual *“mira”* y expresa sus puntos de vista (González Montes, 2016, págs. 15-35).”

3.3.1.- La adolescencia indígena

Existen diferentes aproximaciones teóricas al concepto de adolescencia. Como tal, no fue elaborado sino hasta mediados del siglo XIX cuando las demandas de la naciente sociedad industrial occidental requerían nombrar la etapa que viene luego de la infancia, pero antes de la madurez (Comisión Económica para Organización Panamericana, 2011). En ese sentido, la carga teórica recayó en un principio en postulados universalistas que basaban su evidencia en los estudios corpóreos (morfológicos y fisiológicos) y que promulgaban que la adolescencia era parte del curso natural del desarrollo humano (Lozano Vicente, 2014). Sin embargo, las diversas tesis culturales (fruto de la Historia, Sociología y Antropología principalmente) daban cuenta de que existían componentes relativos a cada sociedad que no podían ser pasados por altos: cada grupo establece pautas para definir el término. Es decir que, la adolescencia es una categoría *socialmente construida* (Bourdieu, 1990).

De esta forma existe un claro consenso en definirla como una construcción cultural con una base biología establecida (esto es, los cambios morfológicos que sufren todos los humanos), y que es determinada en gran medida, por los valores sociales del grupo al que pertenece (Lozano Vicente, 2014). Derivado de lo anterior algunos autores señalan el carácter normativo de este proceso, pues es la estructura del poder quien va delimitando su lógica interna (Bourdieu, 1990). Y en ese sentido, organismos internacionales proponen intervalos de tiempo en los cuales las personas deberían transitar por esta etapa como: la OMS que la establece entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 2019); la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes de los 15 a los 24 años (Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes, 2016); y la Secretaría de Salud de México entre los 10 y 19 años (Secretaría de Salud, 2015), por citar algunos.

Sin embargo, bajo la lógica de ciertos pueblos indígenas el periodo de transición puede ser más corto, largo o en definitiva no existir (Comisión Económica para Organización Panamericana, 2011). Lo cual proviene de los niveles de responsabilidad y obligaciones que adquieren los infantes, así como el grado de vinculación con el mundo adulto. Los jóvenes son “adiestrados” desde pequeños a participar eventualmente en las tareas adultas y esto acarrea que la percepción de adolescencia sea difusa para ellos, al grado de que en algunas lenguas indígenas la palabra, simple y sencillamente, no existe (Bertely Busquets, Saraví, & Abrantes, 2013).

3.4.- Construcción social de la Salud y la Enfermedad

La terminología con respecto a qué significa salud y enfermedad proviene de las cosmovisiones imperantes del grupo social en el cual los sujetos se desenvuelven; la manera en la que los individuos nombran al fenómeno de la salud y la enfermedad da cuenta de su experiencia subjetiva, de la sociedad que los contiene y de su posición dentro de ella (Castro Pérez, 2002). Los sujetos hacen uso de sus categorías próximas para definir los términos; o lo que es lo mismo, las condiciones de vida de los sujetos van dotando de herramientas para nombrar (o no) al fenómeno (Boltanski, 1982). Los discursos en torno a la salud y la enfermedad son narrativas entre la relación que llevan los sujetos con sus sociedades (Devillard, 1990). Y para investigar cómo se percibe la salud y enfermedad es necesario: a) explorar cómo nombran o etiquetan al fenómeno; b) describir qué tipo de atención médica requieren o qué procedimientos curativos implementan; c) indagar las creencias, valores y expresiones que utilizan para referirse al tema; y d) analizar los marcos culturales e históricos en los cuales los sujetos se desenvuelven (Castro Pérez, 2002).

Desde esta mirada es factible hablar de enfermedad como una construcción social; comprendida como un supuesto que se elabora con diversos factores en un espacio y tiempo determinado (Lejarraga, 2004), dotándola de un carácter polisémico y contextual (Devillard, 1990). Se puede dar cuenta de ello en varios estudios que recogen pruebas a lo largo del mundo: el caso de la hiperkinesia (Conrad, 1975), la mortalidad infantil (Armstrong, 1986), el estrés (Pollock, 1988), la locura (Huertas, 2011), ciertas enfermedades genéticas (Yoxen, 1982), la enfermedad de Lyme (Aronowitz, 1991), la Lepra (Waxler, 1981), el Asma (Gabbay, 1982), y algunas enfermedades provenientes de

las adicciones (Harding, 1986). Lo anterior, no debe confundirse como un menosprecio a los padecimientos con base biológica o psicológica, sino que es la manera en la cual los grupos en el poder o las sociedades con sus enclaves culturales hacen tangible la enfermedad en los sujetos.

Al hablar de enfermedad como concepto, existen tres connotaciones que sirven para designarlo y que fueron expuestas en un primer momento por Marshall Marinker (Boyd, 2000): a) patología (*Disease en inglés*) corresponde al mal funcionamiento de los procesos biológicos o psicológicos, en función de las anormalidades estructurales de base orgánica; b) enfermedad (*Sickness*) alusiva a las dimensiones sociales en las que se insertan los procesos de la misma, sean ideológicas, sociopolíticas o económicas; y c) padecimiento (*Illness*) corresponde a la percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones (Torres López T. M., 2007). Por eso cuando alguien enferma y ya no puede ejercer su vida cotidiana o su rol social determinado, se le adscribe una denominación de “enfermo” o “desviado”, como una condición específica que sale de lo normal o habitual (Goffman, 2006). Y desde luego al reconocer la enfermedad en una persona, los demás sujetos van moldeando sus conductas para adaptarse a ello (Goffman, 2006) (Lejarraga, 2004).

3.4.1.- La salud y enfermedad desde el modelo hegemónico.

Como menciono párrafos arriba, el significado de la salud y la enfermedad emanan de las cosmovisiones imperantes en la propia sociedad, sin embargo, aunque el evento es padecido por los sujetos, no son ellos quienes se encargan totalmente de definirlos. Las enfermedades deben su etimología básicamente a los criterios objetivos de la ciencia biomédica (Menéndez, 1992), y se asume que esta es la más capacitada para delimitar lo normal de lo patológico. Para el modelo biomédico la salud opera en oposición o ausencia de enfermedad (Castro Pérez, 2010) (Flores-Guerrero, 2004) (Friedson, 2003). En la concepción de la medicina occidental, las personas que enferman son el depositario de un padecimiento antes que sujetos inscritos en marcos referenciales determinados, lo que propicia que los médicos focalicen su atención en la erradicación de la enfermedad y no así, en el sujeto que la padece (Menéndez, 1992). El desarrollo de la ciencia médica le permite ser más certera y eficaz con las enfermedades, toda vez que va tomando distancia con el

sujeto enfermo y sus contextos de salida (Vallejo Samudio, 2006) (Menéndez, 2003). Es por esto por lo que la enfermedad del paciente usualmente no coincide con la enfermedad del médico (Castro Pérez, 2002) (Herzlich & Pierret, 1988) (Torres López T. M., 2007).

En el caso de la salud mental son las instituciones como la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) quien a través de manuales diagnósticos como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su quinta versión (DSM-5) van denominando las patologías humanas con base a una prevalencia estadística (Fuentes, 2014). La enfermedad mental proveniente de las comunidades entra en un conglomerado titulado “enfermedades culturales” y son citadas dentro de la nosografía occidental y codificadas en el capítulo de los disturbios somatoformes o, alternativamente, de otros disturbios neuróticos (Peretti, 2010) (Vallejo Samudio, 2006). Estas son estratégicamente definidas como “culturales” y por lo tanto intraducibles en términos occidentales (Peretti, 2010). Un ejemplo interesante lo hallamos entre el delirio (estado alterado de la conciencia) y una creencia religiosa (un estado proveniente de un contexto determinado), mientras el primero puede ser indicador de enfermedad mental, el segundo es fruto de un proceso grupal. Sin la variable del lugar, la sintomatología se vuelve inarticulable y hasta impositiva. El dolor, sufrimiento y enfermedad son unidades de significación construidas por los individuos bajo condiciones sociales específicas (Gómez Gallego, 2007).

Aunado a lo anterior, la enfermedad, como tal, está fuertemente determinada por cuestiones políticas, pues son los profesionistas de la salud los que dictaminan su carácter (Friedson, 2003). Son sus discursos y el de las instituciones, los que van otorgándole características, lugares y momentos correspondientes (Foucault, 2001), denigrando con esto, las construcciones culturales de la enfermedad que cada sociedad posee para sí (Flores-Guerrero, 2004). Las formas de conocimiento alterno, las cosmovisiones y las explicaciones mítico-místicas, se convierten en creencias que, a juicio de los modelos biomédicos, son banalizadas como simples prácticas supersticiosas (Gómez Gallego, 2007).

3.5.- El género como dispositivo analítico

El estudio del género, brevemente, nos remonta a uno de los referentes clásicos del campo de la Sociología. En la década de los 50's Talcott Parsons argumentaba con sus teorías

funcionalistas, una diferenciación basada en los roles para entender los papeles que hombres y mujeres debían desempeñar en sociedad. Su fundamentación era inminentemente biológica y estaba ceñida a los procesos recientes de la modernización. Tal era el dominio en el pensamiento sobre el género que cualquier manifestación diferente a esos modelos era considerada una desviación. Su influencia fue tanta que, por muchos años, delegó trabajos tan importantes en el tema, como los estudios de Margaret Mead quien por los años 30's ya había planteado la idea revolucionaria de que el concepto, como tal, se aproximaba más a los apartados culturales antes que a los biológicos. Fueron los trabajos como el de Mead, los que sentaron las bases del estudio del género en épocas posteriores, y los que abrieron el debate a la maleabilidad del concepto en sí (Conway, Bourque, & Scott, 1996).

De lo anterior, nacieron una diversidad de concepciones sobre el género, que anclaban su pensamiento en la historia y la cultura, pero que además permitieron explorar la implementación y normativas que genera el sistema social. Las sociedades, iban permeando sus ideas referentes a los papeles esperados en los hombres y las mujeres. El género era así, una división de los sexos socialmente impuesta que tiene el efecto de reprimir algunas de las características de personalidad de prácticamente todos, hombres y mujeres (Rubin, 1986). En ese sentido, el estudio histórico del concepto ha dado cuenta de que, en gran parte de los sistemas de género encontrados, existen modelos binarios que oponen al hombre de la mujer, lo masculino a lo femenino, pero que por lo general no emana en una forma de igualdad sino en un orden jerárquico (Conway, Bourque, & Scott, 1996).

El género, como menciona Scott, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, así como también una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1996). La noción de género enfatiza el hecho de que lo que conocemos como *mujeres* y *hombres* no son realidades naturales, sino conceptos culturalmente contruidos y ceñidos a una relación de poder ya establecida (Serret Bravo, 2008).

Lo anterior permite introducir una *perspectiva* analítica de género que puede entenderse como un punto de vista a partir del cual se visualizan los distintos fenómenos de

la realidad (política, social, económica) que tiene en cuenta las implicaciones, así como los efectos de las relaciones sociales de poder entre hombres y mujeres. Y es que cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las interacciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a su salud (WHO, 2018).

De hecho, existe evidencia que pone de manifiesto que el género actúa como un determinante social de la salud ya que, según la OMS, afecta a las mujeres en casos como la mortalidad materna (las niñas con niveles más bajos de autonomía pueden recibir presiones para abandonar la escuela, contraer matrimonio y tener hijos en la edad adolescente, lo cual se asocia con un mayor riesgo de muerte materna) o las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años (la influencia de la mujer en la toma de decisiones en el hogar y en el control de los recursos determina los recursos asignados a la alimentación y el bienestar de los niños); y en los hombres contraer enfermedades como el dengue o el paludismo (las ocupaciones de los hombres, por ejemplo las que implican trabajar al aire libre, pueden aumentar la exposición a los mosquitos); o los accidentes de tránsito (las expectativas culturales y sociales de los empleos «aceptables» [como conductor de autobús, camión o taxi] aumentan la exposición a los accidentes), solo por nombrar algunas (WHO, 2018).

IV. – Estrategia metodológica

Se diseñó un estudio exploratorio y descriptivo desde un enfoque cualitativo, ya que las nociones emanadas del mismo se enlazaron con el propósito de la investigación: conocer e interpretar los significados que los sujetos usan para referirse al tema de la salud mental, así como recoger las prácticas en torno al fenómeno. Del mismo modo, se seleccionaron dos técnicas como herramientas de recolección de información: los grupos focales y la observación que debido a sus características hicieron factible su implementación. Para llevarlo a cabo se tomaron en cuenta las consideraciones éticas emanadas de la normatividad internacional y nacional, especialmente las relacionadas con la Ley General de Salud Mexicana, específicamente en el apartado de investigación para la salud, su reglamentación y la Norma Oficial Mexicana en materia de investigación con sujetos humanos. La información fue grabada previo consentimiento y asentimiento informado, para luego ser transcrita y procesada en formato Word. Posteriormente fue analizada con apoyo del software *ATLAS Ti*.

4.1.- La pertinencia de los métodos cualitativos

Como tal, las investigaciones cualitativas enfocan su trabajo en comprender y profundizar los fenómenos analizados, explorándolos desde la mirada de los participantes y en sus propios contextos (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). Se seleccionan cuando se busca entender la perspectiva de ellos acerca de sí mismos, o profundizar en sus experiencias, opiniones y significados, esto es, la forma en cómo perciben subjetivamente la realidad (Pérez Serrano, 2001).

En ese sentido se implementaron las siguientes estrategias de ingreso al contexto:

- Primero, se delimitó el contexto de la investigación en función de su viabilidad y pertinencia, que emana del estudio más amplio mencionado en la introducción de este documento.
- Segundo, se logró el acceso al mismo mediante el contacto de “*porteros*” o personas representativas de la localidad. En este caso en particular fue por medio de *Compañeros en Salud México A.C.* una asociación civil sin fines

de lucro que lleva años trabajando en esas localidades, y que son pilar del proyecto.

- Tercero, se entabló relaciones de diálogo con las personas y encargados de las zonas para acceder al levantamiento de la información.
- Cuarto, se decidió en qué lugares del contexto se recolectarían los datos, así como las formas para ello.
- Quinto, se informó a los participantes de los alcances y propósitos de la investigación, así como del grado de confidencialidad que poseen. Además, se les señaló el tipo de técnicas que se implementaron, las herramientas que se usaron (como el caso de grabaciones de audio) y los propósitos de las misma (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

4.2.- Técnicas y herramientas de recolección de datos

La recolección de datos se basó en dos técnicas: los grupos focales y la observación. Los primeros debido a su cualidad de centrarse en la atención e interés de un tema específico, además de generar una “*discusión*” por medio de la interacción discursiva y contrastación que los participantes realizan. Como tal, se centran en la pluralidad y variedad de actitudes, experiencias y creencias de los participantes, toda vez que lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto (Martínez Miguélez, 2018).

Para los fines de este estudio se constituyeron 16 grupos focales hasta alcanzar la *saturación teórica temática*, o lo que es, un nivel suficiente de entendimiento en relación con las categorías teóricas y conceptuales exploradas (Arias Valencia & Giraldo Mora, 2011). Cada grupo estuvo compuesto de aproximadamente 5 a 9 integrantes adolescentes de origen chiapaneco, de entre 14 y 20 años, poniendo a hombres y mujeres por separado para explorar las diferencias por género. Lo anterior obedeció a: 1) grupos pequeños para un mayor control, 2) la especificidad de la muestra: se cuidó que las y los participantes tuviesen diferentes características que pudiesen representar la diversidad. En ese sentido se comenzó con la edad, menores en un rango entre 14 a 17 años, y mayores entre 18 y 20 años, ya que atañe a la capacidad que tienen de tomar decisiones (por ellos mismos) y con las diferentes etapas que están viviendo que pueden afectar su percepción, conocimiento y

búsqueda de ayuda de los trastornos mentales; luego el nivel escolar, esto es, si estudian o no y el nivel educativo alcanzado, puesto que ello puede cambiar la percepción y conocimientos sobre los problemas mentales; después, si cuentan con algún tipo de seguro de salud pues esto está directamente relacionado con la accesibilidad a la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento (incluye medicamentos), control y seguimiento de los trastornos mentales, en donde se busca si tiene alguna relación con la presencia de un mayor número de casos de trastornos mentales, y finalmente, 3) el problema de investigación en sí (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Derivado de lo anterior, la dinámica de los grupos focales se integró de acuerdo con los requerimientos de la muestra. Posteriormente se buscó un espacio amplio y cómodo para iniciar la actividad. Se les informó qué tipo de trabajo era, y se les otorgó un consentimiento/asentimiento informado (Anexo 1) para avalar su participación en la investigación, se les recalcó que aparecía una nota donde se explicaba que la información sería grabada para fines académicos. Luego se comenzó con una ronda de presentación breve y se siguieron las temáticas de la guía de trabajo (Anexo 2). Una vez terminada la sesión, las cuales en general duraron entre 60 a 90 minutos, se les agradeció a los integrantes y también se les brindó un espacio de dudas con respecto al tema de la salud mental.

En cuanto a la observación, primero partimos de que difiere enormemente del acto de ver. Mientras el verbo ver se refiere a registrar todo de manera indiscriminada, la observación cualitativa no es solo contemplación, sino que implica un grado de complejidad mayor en el entendimiento de situaciones sociales, conservando un papel dinámico y reflexivo. Es ser cuidadoso y no perder la riqueza del fenómeno (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). La observación tuvo la cualidad de ser activa, esto es, la interacción que mantiene el investigador con los participantes, que a su vez obedeció al propósito de esta investigación. En ese sentido hubo preguntas que fueron más factibles de responder como, por ejemplo, chicos que se acercaban al final para preguntar sobre el uso y ubicación de los centros de salud. Esto permitió, por ejemplo, explorar cómo es que los hombres se acercan a esos espacios.

La observación requirió de guías (Anexo 3) para su búsqueda y constatación, así como un registro sistemático de lo acontecido en la recolección de datos. Para ello fue útil el uso de un diario de campo. Y es que, como mencionan algunos autores, son herramientas que permiten una recolección y exploración de lo acontecido en las narrativas y entornos en los cuales los actores se desenvuelven cotidianamente (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

En ese sentido, se utilizó el diario de campo como herramienta de trabajo, ya que brindó la oportunidad de generar anotaciones sobre lo que se estaba viendo, escuchando y palpando del contexto, así como de los casos que acontecieron fuera de la dinámica de los grupos focales; también permitió reflexionar sobre los hechos, es decir, interpretaciones personales de lo que se estaba percibiendo. El diario posibilitó cavilaciones sobre los contextos y sus enormes trayectos de traslado; sobre las carencias operativas de los sistemas de salud Chiapanecas; sobre los roles sociales que se viven de manera tangible en las comunidades; sobre el acceso a las redes sociales y el internet pero no así al conocimiento de la salud mental; sobre la decantación del mismo en estos espacios y su sincretismo con los conocimientos locales; y sobre el sentido que se imprime a la salud mental desde el entendimiento de los adolescentes chiapanecos. Además, posibilitó un monitoreo constante del proceso mismo tanto de la investigación como de mi formación de investigador (Martínez, 2007).

4.3.- Muestreo

Se considera muestra al grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, entre otros, sobre el cual se habrán de recolectar datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o de la población que se estudia (De la Porta, 2012). Por lo general son tres los factores que intervienen para “determinar” (sugerir) el número de casos:

1. Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que dispongamos).
2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación).

3. La naturaleza del mismo (si los casos son frecuentes y accesibles o no, si el recolectar información sobre estos lleva relativamente poco o mucho tiempo) (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Para efectos de esta investigación se propuso un muestreo *por criterios de conveniencia* (que los informantes se apeguen al perfil y a los criterios establecidos [ver más abajo] para asegurar una mejor información sobre los temas) (Otzen & Manterola, 2017) y el grado *de saturación teórica temática* conseguido (Arias Valencia & Giraldo Mora, 2011). Es necesario señalar que se siguieron las pautas de los enfoques cualitativos, es decir la comprensión antes que la generalización teórica, por consecuencia, la meta fue reunir el mayor número de casos que otorgasen profundidad antes que representatividad. De la misma forma se buscó un muestreo *homogéneo*, esto es, se seleccionaron unidades de análisis que poseyeran un mismo perfil o características similares (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). Finalmente, los participantes fueron voluntarios y se convocaron por medio de invitaciones realizadas por *Compañeros en Salud México A.C.* en escuelas y clínicas médicas.

4.3.1.- Criterios de selección de la muestra.

Se implementaron como *criterios de inclusión* que: 1) fuesen adolescentes de entre 14 a 20 años mujeres y hombres; 2) que hablasen y entendiesen español; 3) que residieran en las comunidades previamente seleccionadas; 4) que firmasen ellos y/o sus padres la carta de consentimiento y/o asentimiento informado.

Mientras que como *criterios de exclusión* se indicaron que: 1) su residencia permanente estuviese en comunidades diferentes a las seleccionadas para el estudio; 2) que tuviesen un diagnóstico previo de enfermedad mental y 3) que los adolescentes y/o sus padres no aceptaran la entrevista o no firmaran el consentimiento/asentimiento informado (Otzen & Manterola, 2017).

4.4.- Procedimiento

Los siguientes pasos se llevaron a cabo para la recolección de datos:

1. Se buscó la autorización de los servicios de salud de Chiapas y de las escuelas de las localidades visitadas para la selección de las y los informantes.
2. En las escuelas secundarias/preparatorias de las localidades seleccionadas se realizó una invitación a las y los adolescentes a participar en los grupos focales.
3. Se buscó espacios idóneos, que fueron las escuelas (salones) y las clínicas de salud; las primeras para las y los adolescentes que estudiaban y las segundas para los que ya no.
4. Se les pidió que firmasen ellos o sus padres/tutores el consentimiento y/o asentimiento informado.
5. Se conformó los grupos de mujeres y de hombres por separado (para garantizar apertura de los informantes y explorar las diferencias por rol social).
6. Se les solicitó que llenasen un formato con datos generales (para establecer el perfil de los informantes), luego se inició con una dinámica para que se sintiesen tranquilos y en confianza, y se realizó la discusión del tema en los grupos.
7. Se respetó la decisión de aquellos que no quisieron participar, y se les invitó a retirarse del espacio sin consecuencia alguna.
8. Una vez terminada la sesión se agradeció por su participación y se les sugirió seguir participando en el proyecto de investigación en momentos futuros. Además, se les invitó a visitar tanto a la asociación como a sus centros de salud para seguir solventando sus dudas.
9. Las grabaciones y el material visual se recopilaron en una base de datos. Se les asignó una clave según su procedencia, su situación académica y su condición de sexo.
10. Se transcribieron los audios y se procesaron con apoyo del software *ATLAS Ti*. programa recomendado para el análisis de los datos cualitativos.

11. Finalmente se realizó un análisis de las categorías, que a su vez constituyeron grupos conceptuales de información. Se expone todo en el capítulo seis de esta tesis.

4.5.- Procesamiento de información

El procesamiento de la información se realizó transcribiendo en texto de Word todo el material de audio recabado en los grupos focales de hombres y mujeres. Luego se ordenaron los textos y se comenzaron a codificar y analizar con el software informático de análisis cualitativo llamado *ATLAS Ti*.

Para lo anterior se partió construyendo una serie de códigos con carácter descriptivo (pero anclados en los objetivos principales de la investigación) de todo lo que fue emanado de las transcripciones, esto con el fin de no perder la riqueza argumentativa de las sesiones. Se lograron caracterizar 67 códigos, que a su vez integraron 11 grupos de códigos más complejos y profundos que dieron entendimiento a los cinco objetivos específicos del documento.

Las codificaciones están rotuladas con apartados descriptivos y mantienen a su costado (entre paréntesis) el número de citas registradas, o lo que es, el número de veces que las personas hacen alusión a un tema en específico. Se clasificaron por categoría de sexo (H/M), espacio de trabajo (CLINICA, COBACH, SECUNDARIA), grupos (1,2) y localidad (BENJUA, PLANALTA, LAGCOFRE).

Los grupos de códigos nutrieron 9 redes semánticas, que a su vez se fragmentaron en 11 memos de información procesada: 5 para hombres, 5 para mujeres y uno que habla sobre categorías emergentes.

4.6.- Consideraciones éticas

Esta investigación se apegó a la normatividad vigente en Materia de Investigación para la Salud, específicamente el Título Segundo de la Ley General de Salud que establece los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en donde se señala lo siguiente:

- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- Contará con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación. Se entiende por consentimiento informado al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto autoriza su participación en la investigación, con la capacidad de libre elección y sin

coacción alguna. En caso de que el informante sea menor de edad, se le pedirá al padre/madre/tutor que del consentimiento escrito para que pueda participar y al adolescente se le dará una carta de asentimiento informado para que firme.

- Se les pedirá permiso en el uso de grabaciones de audio o registros fotográficos.
- Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo con una clave y la información estará bajo resguardo del equipo de investigación únicamente.
- Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste (Secretaría de Salud, 2010).

El proyecto marco donde está anidado el presente estudio, cuenta con el dictamen aprobatorio de los Comités de Investigación (CI-895-2018), Ética (CI: 005) y Bioseguridad (CB19-005) del INSP (Anexo 4).

V. – Chiapas y su diversidad (Contexto del estudio)

Chiapas oficialmente llamado Estado Libre y Soberano de Chiapas es una de las treinta y dos entidades federativas que integran a los Estados Unidos Mexicanos. Está dividido en 124 municipios y su capital y ciudad más poblada es Tuxtla Gutiérrez. Según los datos que arrojó el *Censo de Población y Vivienda* realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el estado tiene una población total de 4 796 580 de personas. De dicha cifra: 49% son hombres y 51% son mujeres. Además, sobreviven los pueblos *Tzeltal*, *Tsotsil*, *Ch'ol*, *Tojol-ab'ál*, *Zoque*, *Chuj*, *Kanjobal*, *Mam*, *Jacalteco*, *Mochó*, *Cakchiquel* y *Lacandón*, es decir, 12 de los 62 pueblos indígenas reconocidos oficialmente en México (INEGI, 2017).

La región seleccionada para el estudio pertenece a la Región Fraylesca. Es una zona económica y cultural que se caracteriza por su alta producción agrícola y ganadera. Recibe su nombre debido a la abundancia de frailes que recorrían el lugar, en su mayoría Dominicanos, que eran dueños de haciendas y que también se encargaban de la evangelización regional. Se localiza entre la Sierra Madre de Chiapas y la Depresión Central de Chiapas. Está compuesta por los municipios de Ángel Albino Corzo, Capitán Luis Ángel Vidal, El Parral, La Concordia, Villa Corzo, Montecristo de Guerrero, y su capital Villaflores (SEDESOL, 2013).

La muestra para los fines de esta investigación radicó en 2 municipios chiapanecos con las siguientes localidades: La Concordia (Plan de la Libertad Alta y Benito Juárez) y Montecristo de Guerrero (Laguna del Cofre) se anexa una tabla con datos demográficos

Tabla 1. *Datos demográficos de la muestra*

Municipios	Población		Educación (2)			Seguridad Social (3)		
	Grupos indígenas (1)	Totales	No especificada	Media superior	Superior	IMSS	ISSSTE	Seguro popular
La Concordia	2,614	46,405	0.1%	12.9%	4.2%	0.7%	1.4%	98.1%
Montecristo de Guerrero	76	7682	0.2%	12.8%	2.4%	0.2%	0.1%	99.6%

(1) Población de 5 años y más hablante de lengua indígena.
(2) Porcentaje de la población con 15 años o más.
(3) Porcentaje de la población derechohabiente en el IMSS, ISSSTE y Seguro popular.
Tabla de elaboración propia basada en los últimos datos Intercensales que proporciona el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010-2015).

para fines descriptivos que contiene cifras poblacionales, el nivel educativo, así como su acceso a la seguridad social, factores considerados en el muestreo (Ver Tabla 1).

Como tal, Chiapas tiene alrededor de 11 mil planteles educativos para los niveles básicos y media superior. El nivel de primaria comprende escuelas de tipo general, indígena y cursos comunitarios coordinados por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE); el nivel de secundaria tiene tipo general, para trabajadores, telesecundaria y técnica en sus modalidades: industrial, agropecuaria, pesquera y forestal, además de los cursos comunitarios coordinados por el CONAFE; y el nivel de bachillerato oferta tipo general sin/con formación para el trabajo, tecnológico (bivalente), profesional técnico (terminal) y profesional técnico bachiller (bivalente) (Ver Tabla 2) (INEGI, 2017).

Tabla 2. *Datos escolares en Chiapas*

Nivel	Alumnos inscritos	Escuelas (1)
Primaria	779,723	8,509
Secundaria	311,293	2,302
Bachillerato	238,396	994
Total	1,329,412	11,805

(1) La cuantificación de escuelas está expresada mediante los turnos que ofrece un mismo plantel y no en términos de planta física.
 Tabla de elaboración propia basada en el Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017 (INEGI, 2017).

La recolección de información comenzó por la localidad urbana de Benito Juárez, para continuar con las rurales de Plan de Libertad Alta y Laguna del Cofre respectivamente. La decisión fue tomada de manera logística, pues ambas comunidades tenían un acceso y traslado complicado (entre 4 y 6 hrs. de viaje en camioneta todo terreno).

5.1.- La Concordia

El municipio de La Concordia es uno de los 124 municipios que conforman el Estado de Chiapas. En 1870 se formó como tal, señalándose como su cabecera por muchos años, hasta perder dicha denominación. Se localiza en la Depresión Central, siendo montañosa aproximadamente la mitad del territorio y semiplano el resto (INAFED, 2019). Cuenta con 484 comunidades siendo solo 3 de ellas urbanas; el municipio presenta un índice de

marginación alto⁷ según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015). En cuanto al tema económico, cuenta con una población ocupada (12 años o más) de 34,386 personas de las cuales el 66.04% son hombres y 10.04% son mujeres con una actividad económica activa. De los anteriores, el 43.77% perciben un salario mensual como máximo y se concentra un 62.75% en trabajos agropecuarios. Finalmente, un 13% de la población total entre los 0 y 17 años se considera indígena por auto adscripción (INEGI, 2016).

5.1.1.- La estadía en Benito Juárez.

Por cuestiones de logística, llevé junto con un colega Antropólogo todos los grupos focales de hombres, y la Doctora que nos acompañaba en el proyecto y una compañera medica de la asociación mencionada, llevaron enteramente el trabajo con las mujeres.



Imagen 1 Calles de la localidad de Benito Juárez (Fuente propia)

La dinámica de este espacio se repartió en dos lugares: una escuela pública y un centro de salud. Se planeó de tal forma en función de explorar los significados de los adolescentes que asistían a la escuela y también en aquellos que la habían abandonado.

El trabajo en la secundaria inició con los contratiempos y la expectativa que tienen los alumnos hacia los agentes externos, aunado a la barrera de edad y de expresiones. Ellos

⁷ Se estima en función del % total de la población que es analfabeta, así como de las viviendas sin excusado, sin energía eléctrica, sin agua entubada, sin refrigeradores y con piso de tierra (CONEVAL, 2013).

estaban uniformados; el espacio estaba distribuido con butacas rayadas; a fuera del salón había un grupo de chicas jugando voleibol y un grupo más burlándose de los hombres que estaban participando en la entrevista. La dinámica inició explicándoles la importancia del proyecto y agradeciendo de antemano su participación. Algunos optaron por no participar y los dejamos retirarse sin ninguna condición de por medio. Sin embargo, al término de la sesión algunos de ellos estaban preocupados, pues los profesores les habían dicho que, si no se presentaban en la actividad, les quitarían un apoyo gubernamental.

En general, los hombres de la secundaria no profundizaron en los temas y era evidente que tenían problemas para hablar de los sentimientos y emociones, así como de la atención que deberían recibir al respecto. Algunos no sabían exactamente cuál era la función de los psicólogos o si el espacio de salud de su comunidad tenía un servicio parecido. En cuanto a la Enfermedad Mental (EM) en otros, podían identificar, señalar y hasta construir hipótesis sobre el origen del padecimiento, o al menos le atribuían características a una persona específica en situación de calle o algún compañero en la escuela.

Por su parte los hombres de la clínica se mostraron más cooperadores y profundizaron en los relatos sobre las sensaciones y emociones, en los significados en torno a la EM, en las creencias con relación a la salud mental, como por ejemplo el *Susto* o el *Espanto*, y profundizaron en el trato que les dan a las personas señaladas con trastornos mentales.

La mayoría vestía con ropa holgada, zapatos de trabajo y gorra para el sol. Algunos venían directamente de jornada laboral en el campo o con sus padres en oficios, y otros habían iniciado desde la madrugada. Su habla era fluida y la interacción entre ellos, y con el resto de la comunidad se notaba más presente. Se conocían y por eso no les importó que uno de ellos había llegado en estado de ebriedad: solo rieron al notarlo. Como punto de partida y de conexión entre las comunidades que visitamos, nos hospedamos varios días en la cabecera municipal de Jaltenango. Fue por ello que noté varias veces a un grupo de hombres desparramados en el suelo de la plaza pública. Estaban alcoholizados y a sus costados había botellas vacías; su ropa estaba sucia o en malas condiciones; algunos dormían y otros más se limitaban a mirar en la distancia. La gente que pasaba junto a ellos

evitaba el contacto visual. No hubo día que no me los encontrase y que no los viera ya sea a plena tarde o por la noche.



Imagen 2 Calles de la localidad de Jaltenango (Fuente propia)

5.1.2.- La montaña y el café en Plan de Libertad Alta.

Llegamos a esta localidad luego de 4 horas de viaje, en una camioneta todo terreno y en un camino sinuoso y sin asfaltar. Tuvimos un espacio para estirarnos y comer, y en breve nos dirigimos a la secundaria donde se habían convocado a los estudiantes. El grupo focal fue realizado por la tarde con la ayuda de los profesores de la localidad; algunos no asistieron porque ya estaban en sus trabajos y otros hacían recorridos de hasta una hora a pie desde sus hogares, lo cual dificultó su participación.

Como en el grupo de Benito Juárez, hablar de ciertos temas fue difícil para ellos, específicamente todo lo relacionado con la vivencia con las emociones y sentimientos. Estaban dispuestos a participar con nosotros, ya que respondían rápido y trataban de decir algo todo el tiempo. Enclavados en lo alto de la montaña, se notaba la cadencia de las personas en su andar, en su cotidianidad por la tarde y hasta en la forma en que se dirigían hacia nosotros.

Entre los chicos que participaron había un jovencito de 14 años que presentaba una discapacidad motriz, le falta una pierna y andaba con muletas por todo el poblado. Pese a lo que se pueda suponer no representaba nada para ellos, pues en la dinámica del grupo no era

abusado por los demás. Cuando él hablaba los demás le prestaban atención, a diferencia de otros que cuando lo hacían recibían miradas y risas silenciosas. Ese chico en particular se mostraba muy dispuesto a colaborar con nosotros, pero temprano me di cuenta de que su estilo de vida era diferente al del resto: tenía un reloj metálico Casio, lentes de marca y su narrativa versaba sobre los peones que trabajan en su rancho para su familia. Los demás, por otra parte, tenían sus zapatos rotos o llevan chanclas, algunos todavía traían el uniforme de la escuela o camisas percudidas y manchadas de tierra.

Ya por la tarde, y con un poco de tiempo para la reflexión, me puse a pensar en otro caso similar que había notado al llegar a la localidad esa misma mañana. Cuando conocíamos el espacio, noté que había una niña en silla de ruedas, quizás rondando los 8 años, jugando con otros niños cerca de un negocio de dulces. Fue algo que me sorprendió pues acceder a ese espacio (el pueblo), si bien no era difícil sí requería sus horas de camino. Esa imagen me hacía pensar en los padres de esa niña, en lo que significa la silla y la infancia en conjunto con un lugar donde la mayor de las libertades podría ser deambular por las calles o en los senderos de la montaña. Era difícil imaginar como todas las carencias se conjugaban con la integración que tenían los demás: entre varios la ayudaban a subir una pequeña inclinación, y otros más se turnaban para empujarla. Ella se limitaba a ser niña. Más tarde, mientras tomábamos un descanso del viaje, el chico de las muletas salió de su casa para comprar algo en la tienda. Lo vi pasar lento, pero seguro. Me saludó con un “*buenas tardes*” y siguió su paso. Los otros chicos que lo encontraban le daban la mano.



Imagen 3. Niños comprando en una tienda en Plan de Libertad Alta (Fuente propia)

Por la noche, se nos fue la luz a las 7 y no regresó sino hasta las 3 de la mañana. Con energía me dirigí a las calles, y en silencio me quedé viendo a la montaña (impresionante para mí) dejando que las ideas se desataran sin remedio. No habían pasado ni 5 minutos cuando nuestro anfitrión, el dueño cafetalero de la choza donde dormimos, se acercó para hacerme conversación. Lo primero que me dijo fue: “—*Anda triste doctor.*”. Le respondí que no —¿Por qué pregunta? “—*Porque se quedó en silencio y pensando.*”⁸

A la mañana siguiente llevamos a cabo la sesión en la clínica de la comunidad. Los chicos que se sentaron a izquierda mía traían ropa casual, pulseras y audífonos, sus zapatos estaban limpios y tenían una perspectiva más abierta de la salud en general; por su parte a mi derecha, los otros chicos tenían ropa de trabajo, sus zapatos estaban sucios de tierra y sus vivencias giraban en torno a la montaña y a las labores de la siembra y venta del café. En general les costó hablar de sus vivencias, reconocían la enfermedad en otro, y abundaron más en las causas de los padecimientos.



Imagen 4 Calles de la localidad de Plan de la Libertad Alta (Fuente propia)

Además, fue asombroso notar cómo tanto para los chicos de la escuela como los chicos de la clínica, se había normalizado el uso y abuso de las drogas. Se sabía del fenómeno de la drogadicción y que además estaba tan extendido en sus comunidades y en espacios cercanos a estas, que no había necesidad de mencionar o insinuar el tema en sí. Con tranquilidad nos fueron dado una lista de todas las drogas que conocían y que sabían

⁸ Ver apartado de resultados.

que otros consumían, así como de los espacios que usaban para ello. Al finalizar nos fuimos de ese espacio e hicimos un recorrido de 6 horas en auto para llegar a la siguiente localidad en el siguiente municipio.

5.2.- Montecristo de Guerrero

El municipio de Montecristo de Guerrero es uno de los 124 municipios que conforman el estado mexicano de Chiapas. Fue erigido en 1912 como Montecristo, pero perdió su denominación en 1933 derivado de una epidemia de oncocercosis. Fue hasta 1999 que fue creado como municipio autónomo y bautizado en memoria de la figura de Jesucristo, así como en homenaje al general Vicente Guerrero (1783-1831), caudillo de la Independencia de México. Entre sus actividades económicas predominantes mantiene la agricultura, en particular la producción de café y la ganadería (INAFED, 2019). Cuenta con 48 comunidades siendo solo 1 de ellas urbana; el municipio presenta un índice de marginación alto (CONAPO, 2015). En lo que respecta al tema económico, cuenta con una población ocupada (12 años o más) de 5,463 personas de las cuales el 62.21% son hombres y 6.56% son mujeres con un estatus de actividad económica activa. Del grupo anterior, el 65.50% percibe un salario mensual como máximo y se concentra un 70.80% en trabajos agropecuarios. Finalmente, un 7% de la población total entre los 0 y 17 años se considera indígena por auto adscripción (INEGI, 2016).

5.2.1.- Los hallazgos en Laguna del Cofre.

Debido a la complicado de los traslados y al tiempo que tomaba el transporte el regreso a Jaltenango, los grupos focales en este espacio se realizaron de manera muy rápida, comenzando con los chicos en bachillerato, luego en la secundaria y finalmente en las clínicas de salud para aquellos que no estudiaban.



Imagen 5 Calles de la Laguna del Cofre (Fuente propia)

En este punto se comenzaban a notar similitudes en las respuestas de los hombres. Los adolescentes vestían sus uniformes, y en sus conversaciones hablaban de los trayectos a pie que hacían. Algunos se movían en motos, pues era un medio que facilitaba el traslado, aunque en su mayoría no usaban cascos y los médicos de la localidad comentaban sobre el alto índice de accidentes en las mismas. Nos tocó varias veces en la camioneta ser rebasados por motos con chicos en uniformes. La escuela estaba construida con madera en su mayoría y estaba a 30 minutos a pie del centro del pueblo.

Además, era notable la presencia de grupos religiosos en la zona. Nos explicaban que existían cerca de 5 diferentes dogmas conviviendo entre sí. De hecho, en un poblado que quedaba a medio camino, descubrimos que no se vendían bebidas alcohólicas debido a la injerencia de los grupos eclesiósticos en las decisiones de la comunidad.

Los últimos grupos se llevaron sin contratiempo y ya dando cuenta de las similitudes en las respuestas de los hombres: al referirse a la salud y enfermedad, así como a la enfermedad y salud mental; dando cuenta de los signos y síntomas que perciben en ellos (siendo difusos) y los que pueden ver en los demás (mucho más claros); hablando de la normalización de las drogas; y finalmente de la relevancia que otorgaban al cuidado de sí mismos. Terminamos esta sesión y recapitulamos cerca del mediodía la cuota total de nuestra recolección de información. Se levantaron 8 grupos focales de hombres y 8 grupos focales de mujeres.



Imagen 6 Instalaciones del Colegio de Bachilleres de la localidad de Laguna del Cofre (Fuente propia)

VI. – Resultados

Perfil de los informantes

Se realizaron 16 grupos focales (8 de mujeres y 8 de hombres) en los cuales participaron 135 adolescentes (73 mujeres y 62 hombres) entre los 14 y 20 años. Los grupos estuvieron conformados entre 5 y 9 participantes en promedio y se realizaron con mujeres y con hombres por separado, con el fin de obtener información sobre los conocimientos, percepciones, experiencias, prácticas y necesidades de atención de los trastornos mentales diferenciadas por rol social. Además, con ello se buscó obtener un ambiente de confianza y respeto entre los participantes del mismo sexo para que pudieran expresarse libremente desde su perspectiva. Esta estrategia permitió identificar semejanzas y diferencias entre varones y mujeres, así como contrastar experiencias de género en torno a la salud mental.

De los 135 participantes, 52% (70) pertenecen a Laguna del Cofre, 35% (47) a Benito Juárez y 13% (18) a Plan de la Libertad Alta. Esta distribución obedeció a las condiciones de acceso, disponibilidad de transporte, recursos y al apoyo brindado por los diferentes sectores y actores en las localidades visitadas. Se entrevistaron 18 adolescentes entre los 18 y 20 años y 117 entre los 14 y 17 años. El nivel de escolaridad de casi todos los entrevistados fue de secundaria y preparatoria (64% y 35% respectivamente).

En cuanto al perfil de las y los informantes por sexo, se destaca una mayor participación de las mujeres en las entrevistas (54% del total); 22% de ellas estaban cursando algún grado de preparatoria contra 13% de los varones estudiando en el mismo nivel; 3% de las mujeres refirieron no estar estudiando actualmente mientras que el 8% de los varones dejaron prematuramente sus estudios. En cuanto al estado civil no se presentaron diferencias, ya que la mayoría de los adolescentes de ambos sexos son solteros (97%); tres informantes reportaron estar en unión libre (una mujer y dos hombres) y una mujer refirió estar separada. Es importante señalar que, a pesar de las diferencias numéricas entre los participantes por localidad, se logró *la saturación teórica temática* de los temas abordados en las guías de los grupos focales (Tabla 3).

Tabla 3. *Características de los participantes*

Lugar de residencia	Participantes	%
Benito Juárez	47	0.35
Laguna del Cofre	70	0.52
Plan de la Libertad Alta	18	0.13
Sexo		
Mujeres	73	54%
Hombres	62	46%
Edad		
14-17	117	87%
18-20	18	13%
Nivel de escolaridad		
Primaria	1	1%
Secundaria	86	64%
Preparatoria	48	35%
Estudia actualmente		
Si	117	87%
No	18	13%
Estado Civil		
Soltero	131	97%
Casado/Unión libre	3	2%
Separado	1	1%
Tabla elaborada en colaboración con el equipo de trabajo del proyecto titular, basada en los datos de los grupos focales de esta tesis.		

El diagrama siguiente muestra de manera resumida, las categorías estudiadas en el proyecto de investigación. Se divide en 5 secciones que dan cuenta de los objetivos particulares, que a su vez se desglosan en temas específicos por apartado. Dentro de las categorías existen elementos emergentes, que son explicados a lo largo de los apartados subsecuentes.

Diagrama 1. *Categorías construidas*

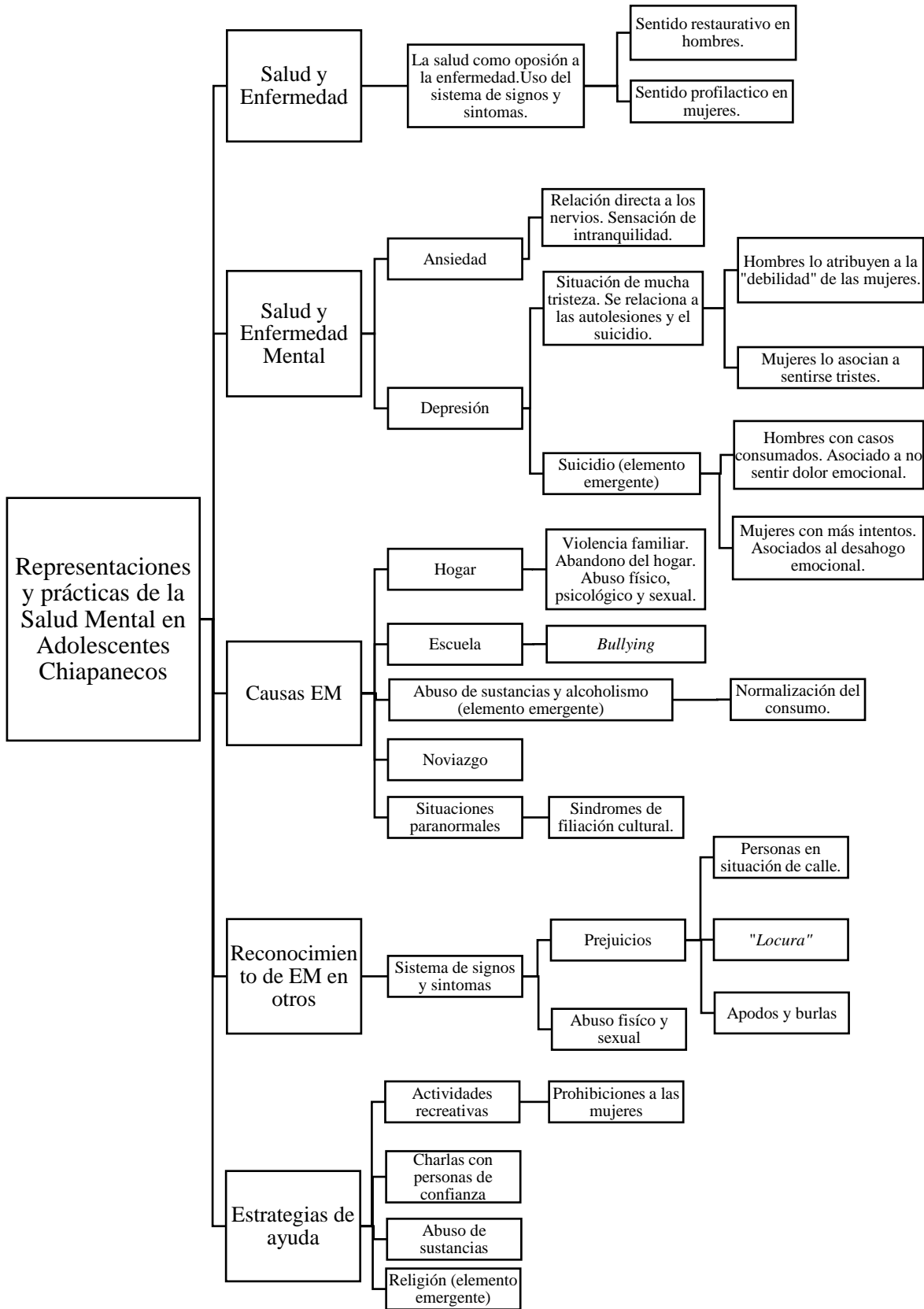


Diagrama de elaboración propia.

6.1.- Vamos a hablar de salud (bueno, solo si duele mucho...) y enfermedad (que es aquello que se ve)

6.1.1.- Conocimientos sobre la salud y su cuidado.

La salud es conceptualizada por los adolescentes como una ausencia de malestares físicos y mentales que está en *oposición a la enfermedad*, en el entendido de que cuando se pierde, no se procura o se hacen actividades que la dañen, uno entra en la categoría de enfermo. Tanto hombres y mujeres indican un desequilibrio físico o mental como elementos que definen a la enfermedad, ya sea reconociendo sus causas directas o manifestando que hay un inadecuado funcionamiento biológico del cuerpo.

Por ello, es habitual encontrar en las narrativas expresiones que hablan sobre “*estar bien*” con uno mismo, o sensaciones de fuerza y alegría generalizada cuando se alude al sentido de salud. Para esto, se usa el cuerpo como símbolo de referencia, ya que es la percepción del mismo lo que da cuenta de si uno está enfermo o no. Como mencionan los adolescentes, se tiene que cuidar de él si se quiere estar sano. En ese sentido, se encuentra que acciones como comer saludablemente (evitar la comida chatarra), hacer ejercicio regularmente, dormir bien, descansar habitualmente, buscar estabilidad emocional y estar bien con uno mismo, son cosas que abonan al sentido de salud. Dice un chico:

“Uno necesita cuidarse... por ejemplo cuando está lloviendo no hay que salir a mojarnos o así” [10:2] H_SEC_PLANALTA.

Siendo el cuerpo el medio para percibir la salud en sí mismos, se utiliza también para dar cuenta de la salud en otros. Por lo cual manifiestan que son personas saludables aquellas que se perciben con estados anímicos “*felices o plenos*”, o con una fuerza física observable. De este apartado hablaré más adelante cuando comente sobre cómo se percibe la enfermedad en otros.

En términos generales, la búsqueda de la salud se presenta de manera común entre hombres y mujeres, aunque con diferencias remarcables. Por un lado, los hombres apelan a un sentido restaurativo (se busca cuando la enfermedad es grave e incapacita), mientras que las mujeres tienden a uno preventivo (se obtiene cuando se procura y vigila con chequeos, revisiones y con ayuda profesional en espacios médicos).

En el caso de los hombres, por ejemplo, se aprecia una notable desvalorización al cuidado general de la salud. Es habitual encontrar en sus discursos que ellos atienden su salud solo cuando se pierde y se agrava (según su perspectiva) o cuando tienen un accidente severo, y en algunos casos no lo llegan a hacer porque no quieren o porque no saben cómo hacerlo.

Lo anterior se manifiesta en las respuestas que brindan a la pregunta sobre su relación o el uso que dan a los centros médicos de su localidad (pues era el espacio que señalaban para atender los padecimientos y/o enfermedades), y que para ellos cumplen dos funciones específicas: ser un espacio que ofrece servicios de consulta y atención médica o bien ser un espacio donde se pueden proveer de suministros (medicinas, vendas o preservativos). Y que en términos generales se consideran aburridos y molestos. Responde un chico al preguntarle a qué van al centro médico:

“Vamos a pensar (todos rien)” [1:65] H_COBACH_1_LAGCOFRE.

Si la enfermedad, según su propio criterio, no requiere de mayor atención se opta por la automedicación o por esperar a que pase:

“Por ejemplo, (...) si tengo un dolor de cabeza o una calentura, sé que me asolee. Me tomo una pastilla sé que me va a hacer bien y ya. Si son cosas graves, voy a ir al doctor, como que tenga un dolor incontrolable” [8:6] H_CLI_PLANALTA.

De la misma forma, si presentan alguna herida que a su parecer no requiera de atención especial deciden omitir la visita al médico. Su narrativa deja ver que solo buscan ayuda cuando el problema es considerado urgente o grave. En mi estadía, por ejemplo, registré el caso de un chico que hace no menos de tres años tuvo un accidente severo en una práctica de fútbol. Él fue derribado por otros, cayendo al suelo y sufriendo una contusión que lo dejó en cama aproximadamente tres meses. De ese escenario, pasó a rehabilitación motriz durante unos meses más, ya que no podía caminar ni hablar bien. Tiempo después su vida se normalizó y pudo regresar a la escuela. Los días pasaron y aunque él creció como un adolescente normal (dice que no sucedió nada más grave), desde hace unos meses atrás

comenzó a sentir extraña su cabeza. Me contó que, en el espacio donde sufrió la herida, sentía como si le *amarraran* el cerebro muy fuerte. Acto seguido tenía que parar sus actividades, respirar y esperar a que el dolor pasase. Le pregunté si había algo que causara aquello, como luces o estrés, pero él no sabía bien qué lo detonaba. Le pregunté si había notado algún otro síntoma o si sus jaquecas habían empeorado, pero él seguía negando. Fue entonces cuando, preocupado por el chico, le sugerí que visitara al doctor de su centro de salud a la brevedad posible, pues necesitaba ser revisado por un especialista para empezar algún tratamiento o canalizarlo. El chico preguntó si eso era normal su condición o si debía de hacer algo, o si habría algo que pudiese tomar para sus dolores de cabeza. Insistí en que yo no podría decirle o recetarle nada, pero que sí tenía conocimiento sobre ello y que, a la brevedad, asistiera al centro de salud. El chico me escuchaba atento, pero su renuencia era notable. No solo me prometió agendar una cita cuando pudiese, sino que me dijo que, la próxima vez que su madre fuese por algo (quizás alguna cita), a *lo mejor* la terminaba acompañando para aprovechar el viaje. En medio de los grupos focales, nos encontramos con expresiones como la que narra este chico de 14 años:

*“[¿Cuándo vas al médico?] Ya cuando vas a visitar el panteón (todos ríen)” [1:66]
H_COBACH_1_LAGCOFRE.*

La desvalorización del tema era percibida en la ridiculización de los padecimientos. Expresa un hombre de 16 años:

*“[¿Cuándo se va a un centro de salud?] (...) Cuando siento la muerte cerca (risas),
una simple gripa o calentura casi no” [8:33] H_CLI_PLANALTA.*

En contraste, la salud en las mujeres se vive como un hábito de manera integral y hasta generacional. Para ellas los centros de salud no están diseñados para arreglar un mal urgente o grave, sino para prevenirlos. Fue común hallar en sus discursos que asistían a las unidades de salud para: a) recibir consultas médicas; b) abastecerse de medicamentos (entre ellos vacunas); c) hacerse revisiones de rutina (peso, talla, checar presión arterial, etc.); y d)

orientarse en temas que desconocen como salud sexual o mental (existen casos de chicas que han recibido charlas sobre depresión en esos espacios).

Lo anterior da cuenta de la importancia que le imprimen a la salud física y emocional. Algunas incluso han asistido a consulta con psicólogos en otras localidades, han estado en procesos psicoterapéuticos y hasta han sido asesoradas para controlar crisis futuras (existe el caso de una chica que trata su ansiedad con una bolsa de papel y otra que hace ejercicios de relajación). Una adolescente manifestó al indagar si solo va al centro de salud por alguna enfermedad:

“(...) No, siempre nos vamos a checar” [11:22] M_1_PLANALTA.

Y aunque sea común encontrar alusiones a la medicina y remedios alópatas en los discursos de las mujeres, eso no las aparta de auxiliar su tratamiento con remedios caseros como té, infusiones o pomadas como lo expresó una de las informantes:

“[Se le pregunta a una chica como usa unas hierbas medicinales que mencionó] Lo hierves (...) Luego el agua la pones en un trapo (...) El trapo va donde te golpeaste y se siente mejor ¡muy bien!” [15:9] M_CLI_2_BENJUA.

Lo anterior es compartido y enseñado en todos los casos por las madres. La figura de la madre juega un papel importante en la construcción del hábito: son ellas las que enseñan como curarse o las que suministran los medicamentos para dicho fin; son las que llevan a mujeres y hombres por igual a los centros de salud; y finalmente, son las que cuidan en situación de enfermedad al interior de la familia. Menciona un chico al preguntarle si había ido al centro de salud:

“Sí, me lleva mi mamá cuando tengo cita (...), te pesan (...) una vez me llevó porque aquí en los pies tenía una lastimada y caí de la bici y entró como arenita y se estaba infectando. Me llevaron para el centro de salud y ya me lo comenzaron a lavar” [9:34] H_SEC_BENJUA.

Y una chica al preguntarle quién la acompañaba a ese espacio respondió:

“Yo quiero que mi mamá me acompañe (...) porque a veces me da miedo, cuando es doctor [hombre] me da miedo (risas)” [17:27] M_SEC_2_LAGCOFRE.

6.1.2.- Conocimientos sobre la enfermedad.

Los adolescentes utilizan un sistema basado en sensaciones y signos que hace uso del cuerpo como canal para determinar la enfermedad en uno mismo y en otros.

Primero, las sensaciones se atribuyen a un estado de malestar físico percibido en alguna parte del cuerpo (“no sentirse bien o sentirse mal”) debido a un factor desencadenante, como una enfermedad o algún dolor. Si algo duele al interior del cuerpo es el primer indicio de enfermedad. Lo anterior se encadena a sensaciones anímicas: los enfermos se sienten “angustiados” “tristes” o “no tienen buen humor” como se evidencia en los siguientes testimonios:

“[¿Qué significa enfermedad?] (1) Pues cuando uno se siente mal. (2) Es tener problemas en el cuerpo. (3) Es cuando uno se siente deprimido, angustiado.” [2:2] H_COBACH_2_LAGCOFRE.

Los signos, por su parte, son señales visibles que dan cuenta del mal funcionamiento del cuerpo. Las manchas, moretones, la palidez o el perder peso son indicios de una posible dolencia. De hecho, este último (la pérdida de peso) está más relacionada con la enfermedad a diferencia de ganarlo. Además, estas señales van acompañadas de situaciones que imposibilitan la vida social de las personas. En las narrativas era común la alusión de que las personas enfermas son aquellas que deben de guardar reposo y estar en cama. Una chica de Laguna del Cofre cuenta:

“Hmm yo me imagino que una persona enferma lo que a veces se ve, o sea, se ve que está mal, y de repente empieza a enflaquecer y se ve súper pálido.” [19:4] M_COBACH_1_LAGCOFRE.

De esta forma aquellas personas que manifiestan sentirse mal y que además sienten dolor o presentan alguna señal visible (como la palidez o el perder peso) son personas posiblemente enfermas. Esto podría explicar por qué algunas mujeres consideran su periodo menstrual como una enfermedad: imposibilita ciertas actividades sociales, cambia el estado anímico y tiene una señal visible. Responde una joven así:

“[¿y las chicas de qué se enferman más?] De cuando nos baja nuestro mes.”
[14:12] M_CLI_1_BENJUA.

Otra forma de conceptualizar la enfermedad es debido a la gravedad de la misma. Mientras que los hombres reconocen las enfermedades como padecimientos físicos que pueden ser comunes o graves; las mujeres distinguen entre las que afectan al cuerpo y las que afectan la mente, además de reconocer el riesgo de las mismas. Para los hombres, las enfermedades comunes serían aquellas que pueden ser tratables y que tienen cura, mientras que las graves (o “malas”) son difíciles de tratar y algunas no tienen cura como se relata en el siguiente testimonio:

“Pues que hay enfermedades malas (...) como cáncer o SIDA podría ser.” [6:3]
H_CLI_BENJUA.

Las mujeres diferencian las enfermedades que pueden afectar al cuerpo de aquellas que afectan la mente, los sentimientos o el “corazón” como se aprecia a continuación en estos dos testimonios:

“[¿Cuáles son las enfermedades de la mente?] La depresión, la ansiedad.”
[16:4] M_SEC_1_LAGCOFRE.

“[¿Cómo se siente el dolor de “corazón” que dices?] Te sientes triste.” [14:3]
M_CLI_1_BENJUA.

Finalmente, los adolescentes manifestaron que los que entran en la categoría de enfermo deben realizar ciertas acciones para volver a estar sanos como no salir y descansar, abrigarse adecuadamente, no correr, no asolearse, entre otros.

6.2.- Estar loco es otra cosa que estar enfermo mental

6.2.1.- Conocimientos sobre la enfermedad mental (EM).

A partir de lo que los adolescentes conocen y perciben como salud y enfermedad, no es de extrañar que existan dos polos en su entendimiento: como algo que requiere atención y que necesita de ayuda profesional, o como algo muy extraño que le ocurre a un grupo específico de personas y bajo circunstancias extrañas o “paranormales”.

Son las narrativas de las mujeres las que dan cuenta de que trastornos como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia son EM que requieren de ayuda profesional (como psicólogos) y hasta de medicamentos en su tratamiento. Por su parte, entre los hombres no existe un claro consenso sobre qué son o quiénes las pueden padecer. De hecho, su idea se aproxima más a personas mayores (daban rangos tentativos de 25 a 30 años) que en casi todas las ocasiones estaban en situación de calle. Lo anterior corre paralelo a creencias como:

*“[¿Qué saben de la enfermedad mental?] Que solo la mente lo cree.” [1:4]
H_COBACH_1_LAGCOFRE.*

Y a desconocimiento del tema en sí. Menciona un chico de secundaria:

“Estar loco es otra cosa que estar enfermo mental.” [5:4] H_SEC_1_LAGCOFRE.

Pese a las evidentes diferencias entre las opiniones de los adolescentes en torno al significado de las EM, tanto hombres como mujeres conceptualizan y experimentan episodios de ansiedad, depresión e ideación suicida (padecimiento que apareció de manera emergente en todos los grupos focales y que no se tenía pensado explorar debido a su complejidad).

6.2.2.- Conocimientos sobre la ansiedad.

La ansiedad está representada como una situación que inquieta a las personas, afectando su cuerpo de manera física y que es causada por una preocupación excesiva de eventos que no

han ocurrido aún. Entre los entrevistados, se tiene la creencia de que es algo que uno mismo se provoca. Comenta una chica:

“Es cuando te enfocas mucho en el problema.” [17:10] M_SEC_2_LAGCOFRE.

En general se asocia al tema de los nervios, mencionando que las personas ansiosas están nerviosas o en su defecto tratan de controlar los mismos. Platica un chico:

“Trato de controlar mis nervios yo solo. No sé por qué pasó, solo sé que soy muy nervioso.” [5:34] H_SEC_1_LAGCOFRE.

Entre los síntomas que señalan se encuentran sentir muchas ganas de comer sin razón, sentirse preocupado de manera excesiva y tener ganas de hacer algo, pero sin lograrlo. Además, se comenta que la sensación puede escalar en intensidad y afectar directamente su salud física, por ejemplo, su respiración. Una adolescente comparte:

“Si, así me pasó a mí, yo cuando tenía problemas en mi casa, se tapaba la respiración, a veces cuando pensaba mucho “ay, mi abuelito, este, se puede caer con el caballo ahí en el río” [17:10] M_SEC_2_LAGCOFRE.

A pesar de poder describir los síntomas y signos de la ansiedad en uno mismo y en otros, ha sido el padecimiento con menos posibilidades de categorizar y explorar en los adolescentes, no así con la depresión y el suicidio.

6.2.3.- Conocimientos sobre la depresión.

La depresión es entendida como un estado que genera sensaciones de tristeza excesiva o continua en las personas, y que afecta su dinámica social en toda su magnitud. En general se asocia fuertemente a las autolesiones, así como a una pre-fase del suicidio.

En términos generales, a las mujeres les cuesta hablar del concepto mismo de “*depresión*”. Existen casos en donde se desconoce absolutamente del tema (ni una mención) hasta donde se sabe que es una enfermedad (un problema de la mente) que requiere de ayuda especializada (psicólogos o ir al centro de salud) y tratamientos específicos. Sin embargo, esto no sucede así cuando se habla directamente de la tristeza: es

sentirse solas y no tener ganas de hacer mucho (como salir, comer, platicar con otros) como se evidencia en palabras de esta chica:

”Pues es cuando estás sola, no hablar con nadie, no salir, no divertirse, solo estar en tu casa sin hacer nada” [14:24] M_CLI_1_BENJUA.

Por su parte, los hombres también asocian la depresión a una situación de tristeza que puede convivir con sensaciones de “vacíos”, con situaciones de soledad y rechazo social, así como con aquellas personas que “piensan mucho las cosas”, situación que comenté con anterioridad en el apartado contextual y me experiencia con nuestro anfitrión cafetalero. Esto se permite ver en el testimonio de un adolescente que manifestó:

“[¿Cómo se ve una persona con depresión?] (...) así sin ganas de hacer nada. Por dentro no quiere hablar con nadie, estar solo. A veces cuando alguien se acerca y empiezan a hablar así, a veces reacciona de otra manera porque a veces esa persona quiere estar sola o así.” [2:9] H_COBACH_2_LAGCOFRE.

A pesar de que en el discurso de los hombres se expresa que es un padecimiento que puede afectar tanto a personas mayores como a adolescentes, se menciona que tiene especial prevalencia en las mujeres ya sea por su carácter o por su *condición natural*.

“[¿Quién padece más de depresión?] (1) Las mujeres, caen en depresión más rápido por el coraje o el sentimiento. (2) Es más débil su sangre también. (3) Eso es sí es verdad. (2) Son más débiles.” [1:12] H_COBACH_1_LAGCOFRE.

Con lo anterior, los adolescentes caracterizan a las personas depresivas como aquellas que mantienen periodos prolongados de tristeza y que han dejado de procurar su bienestar físico (dejar de comer, bañarse), social (se aíslan totalmente y rehúyen de la ayuda ofrecida por otros) y laboral (dejan de asistir a clases, a su trabajo o se pasa jornadas completas sin salir de casa). Comparten los hombres:

*“(1) Ya no socializa con las personas, ya no platica, solo se encierra en su cuarto...
(2) O puede ser en su trabajo, o en su casa o solo está encerrado.” [6:8]*
H_CLI_BENJUA.

Finalmente, se comenta que periodos muy grandes de depresión o tristeza pueden desembocar en que la persona decida consumir drogas, autolesionarse o suicidarse:

“[¿Qué es la depresión?] Es cuando se ponen tristes y se quieren matar.” [5:6]
H_SEC_1_LAGCOFRE.

6.2.4.- Agarró valor, y se mató...

Ha sido habitual encontrar en las experiencias, que el tema del suicidio es importante, no solo porque se asocia a una situación final de la depresión, sino porque en todas las localidades que visitamos existían casos consumados. En general se les atribuye a las personas con sintomatología depresiva pero también a las personas que padecen de abuso de sustancias. En las anécdotas, la mayoría de los intentos suicidas corren por cuenta de las mujeres, mientras que los actos consumados corresponden a los hombres.

La tristeza, la depresión o la soledad son reconocidas por los adolescentes como signos que identifican a los suicidas:

“Entonces en ese tiempo supuestamente él estaba solo y pues estaba solo sin nadie en su casa, con su música, pero estaba triste, entonces entre la tristeza que tuvo le dio ganas de morir (...) se ahorcó (...) por la soledad o por la tristeza, como muchos dicen, escuchamos mucho esa palabra de soledad.” [19:26]
M_COBACH_1_LAGCOFRE.

Un segundo indicio versa sobre el tema de las autolesiones. En general se asocia a las mujeres con el hecho de lastimarse a sí mismas y, como mencioné en párrafos arriba, con el acto de sentirse tristes o deprimidas debido a su “*condición natural*.” Bajo esa lógica, no es extraño encontrar testimonios como el que cuenta un chico:

“Primero se cortaba, ya después tomó un líquido (...) de esos que usan para fumigar (...) no le pasó nada, solo la mandaron al seguro (risas)⁹ simplemente la llevaron con un médico (...) Era más pequeña que yo, como de 16 años.” [8:28]
H_CLI_PLANALTA.

Pero las autolesiones (en este estudio solo se señalaron daños por cortes en la piel conocidos en la literatura especializada como “*cutting*”) no van acompañadas exclusivamente de los sentimientos de tristeza. En algunos casos, los adolescentes los realizan por el *gusto* de cortarse:

“Yo he visto a las mujeres cortarse, porque se sienten bien cortándose.” [2:19]
H_COBACH_2_LAGCOFRE.

Porque se volvió una *moda*:

“Bueno, yo antes lo hacía. Porque estaba de moda.” [16:25]
M_SEC_1_LAGCOFRE.

O porque se convirtió en un reto visto en internet. Cuentan las adolescentes que existe un desafío que consiste en resolver acertijos; si la persona acierta, debe dar un paso hacia atrás de lo contrario hacia adelante. Lo anterior lo deben hacer en la cima de alguna edificación. Acertando, continúa viviendo; en caso contrario se arroja al vacío. Otra adolescente narra un acto diferente:

“Por ejemplo no sé si han escuchado el grupo de la ballena azul, donde los obligaban a cortarse y dibujarse una ballena (...) tenían que dibujárselo aquí en la mano [lo señala], pero amenazaba con que si no lo hacía mataba a su familia (...) ya al último los obligaban a quitarse la vida.” [18:37]
M_COBACH_2_LAGCOFRE.

⁹ En apartados posteriores describo el tema de las risas [burla] en las narrativas de los hombres.

Un factor clave señalado sobre las decisiones que tomaron las personas suicidas o en aquellas que lo intentaron, fue el haber padecido una situación emocional grave antes del suceso. Un adolescente de secundaria narra como una chica sufría de violencia intrafamiliar:

“Allá en la calle donde vivo (...) había una muchacha que siempre se cortaba, pero era por problemas familiares, su papá tomaba mucho y le empezaba a pegar a su mamá y ella se quería cortar las venas y llegó a dos veces se quería matar, pero la encontraron a tiempo (...) creo que tiene como 17 años.” [4:32]

H_SEC_2_LAGCOFRE.

Finalmente, en las narrativas el alcohol juega un papel importante en el caso de los hombres. La bebida es el aliciente preferido para *resolver* el sufrimiento emocional. Es usual encontrar que los suicidas tenían problemas que no eran expresados y usaron alcohol (casi todos se refieren a él como una forma de conseguir valor) para cometer su fin. Este dato es de lo más revelador en la dinámica de los espacios, pues de los 11 casos contados (que fueron relatados en los grupos focales), dos fueron intentos exclusivos de mujeres, y el resto cometido por hombres en estado de ebriedad:

“Había una persona que tomó líquido (pesticida). Dicen que tenía problemas. Primero tomó líquido, pero no le hizo nada y ya después se ahorcó. Tenía problemas (...) estaba borracho y (...) tomó esas decisiones.” [8:29] H_CLI_PLANALTA.

El siguiente chico cuenta una historia con mejor detalle:

“Yo conocí a un amigo. No tenía problemas en nada, sus papás lo querían mucho, nunca lo regañaba así por cosas. Y esa vez que estaba tomando agarró la camioneta se fue, agarro y se fue y de regreso volcó la camioneta. (...) Vino el señor [su papá] frente a todas las personas lo regañó bien feo y ya llegando a su casa mi amigo se tomó tres litros de alcohol (...) simplemente se ahorcó (...) tenía como 23 años.” [8:30] H_CLI_PLANALTA.

6.3.- Causas, detonantes y manifestaciones de la EM (depresión y ansiedad)

Entre las narrativas se expresa que existen causas muy variadas a los padecimientos mentales. Sin embargo, son dos los espacios que se vuelven relevantes en el análisis de sus respuestas: la dinámica del hogar y de las escuelas, que se ven atravesados por la normalización del consumo de sustancias ilícitas (específicamente del alcohol). En menor medida se habla de las relaciones de pareja y de eventos paranormales como causas directas de depresión y/o ansiedad, aunque esto último solo fue manifestado por los hombres.

6.3.1.- El hogar y sus secretos.

La primera de las causas atribuida a la aparición de los padecimientos se encuentra en el hogar. Como tal, está considerado como un espacio donde se vive violencia implícita y manifiesta por cada uno de los integrantes en diferente medida y modalidad. Los adolescentes hablan de cómo los problemas entre los padres son causas directa de sensaciones de tristeza e impotencia. Es normal encontrar en las narrativas que existen situaciones de riñas familiares que desembocan en procesos de divorcio, infidelidades y abandono del hogar. Lo anterior genera ambientes solitarios para ellos. Menciona un chico:

“Yo sí me he puesto triste cuando alguno de mis familiares, pues se pelea (...), eso es algo que me pone triste” [5:25]H_SEC_1_LAGCOFRE.

También se señala que las riñas crecen de intensidad, pasando de agresiones verbales hasta los golpes entre los progenitores o hacia los hijos. Los roles sociales juegan un doble papel importante aquí hacia las mujeres: ellas se casan a edades muy tempranas (entre los 13 y 16 años) impidiéndoles vivir plenamente esa etapa; y son quienes más detallan estos eventos pues en algunas comunidades, están confinadas exclusivamente al cuidado y mantenimiento del hogar:

“Estaba en la cocina con mi mamá ya en la noche, me senté y no quería hacer nada... nada pues. Y agarra la vara mi mamá y me quería pegar (...) mi papá me defiende y mi mamá pues no, le voy a pegar porque no me quiere ayudar y yo pues con mi hermana le ayudamos, le lavamos la ropa, le planchamos y hacemos cosas” [13:14] M_3_PLANALTA.

Bajo estos parámetros, se recoge en las respuestas de los adolescentes, que son los hombres en estado de ebriedad quienes llegan a violentar a sus esposas, a sus hijos e hijas y hasta romper las dinámicas de convivencia. Es el alcohol un suceso clave en las peleas, discusiones y riñas en los hogares. Una chica manifestó:

“Toma bastante y está enfermo por tanto alcohol (...) con mi mamá una vez le dijo que si no le daba \$200 pesos para su alcohol (risas) él iba a meter las vacas al fuego e iba a hacer que mataran a mi mamá. Y mi papá las veces que yo lo he visto ha estado tomando. Se casó una vez, tuvo un primer hijo, se divorció porque tomaba, se juntó con mi mamá, me tuvo a mí (...) igual se separaron porque tomaba y le pegaba también a mi mamá. Hace apenas tres años tuvo una esposa aquí (...) también se divorció porque tomaba (risas) es que todo le sale mal por eso” [18:30] M_COBACH_2_LAGCOFRE.

Testimonios como el anterior, permiten explorar sucesos como el suicidio en los adolescentes:

“Es que a veces cuando tenemos problemas en la casa (...) mi papá se peleaba con mi madrastra, a mí me regañaban (...) mi papá no me quiere, no me quería tener aquí en mi casa, no me quiere ver, mejor me voy a matar. Un día estuve a punto de matarme, pero me vio mi abuelita y ya no lo hice” [17:16] M_SEC_2_LAGCOFRE.

Finalmente, las formas de relación violenta en el hogar permiten entender sucesos más graves como los intentos de violación a menores. Solo se registró el caso de una joven que luego de un intento de violación tenía dificultades para dormir, nerviosismo y sensaciones de profunda tristeza. La familia por su parte desplegó una serie de dispositivos (propiciada por las propias mujeres) para achacarle la responsabilidad de las acciones de su agresor: su madre la censuraba y su abuela comenzó a tacharla de mentirosa (fue su culpa porque hablaba con el agresor por las noches).

6.3.2.- El dolor de asistir a clases.

La escuela se construye como un segundo espacio que propicia sensaciones desagradables y en algunos casos la aparición de depresión y ansiedad. Desde la perspectiva adolescente, es una zona que se puede volver insoportable para unos cuantos. Y es que existen varios casos registrados por parte de los alumnos hacia un tercero que retratan dinámicas de violencia en las aulas (*Bullying*¹⁰). Platica una chica al respecto:

“Se llama Eliseo, no mira está cieguito, él no sabe leer (...) yo creo estará en el COBACH. Él, como le pegaban, él está triste, pero su mamá ahí anda detrás de él para que no lo golpeen (...) él no mira, él apenas habla, algo que habla pues, cosas que puede decir, todas las cosas, pero como los chamacos le pegan, le hacen travesuras”
[13:6] M_3_PLANALTA.

Las prácticas varían en intensidad y corren desde burlas y señalamientos, hasta actos violentos que atentan directamente contra la integridad de los sujetos. Además, no existe un consenso claro sobre quiénes propician o reciben más la violencia (si hombres o mujeres) Cuenta una chica:

“Sí, llevaban un alambre, lo calentaban bien y lo iban a poner al cuerpo de una muchacha y a la muchacha no le gustaba y se quejaba con el maestro, y llegaba pues toda quemada” [13:8] M_3_PLANALTA.

Una mujer narra cómo el odio crece y se reciben amenazas directas de muerte:

“Y una vez vi que fueron al baño, llevaban una navaja, que le iban a matar a un chamaquito, y lo tenían con candado pues la puerta del baño (...) no podía gritar (...) no pudo salir hasta que apenas abrieron la puerta del baño. Salió todo cortado de brazos (...). Nos dijo el maestro: “¿y quiénes lo hicieron?” (...) son unas muchachas [compañeras] que ya tienen hijos, que ya están casadas” [13:9] M_3_PLANALTA.

¹⁰ El *bullying* se puede definir como la intimidación, el abuso, el maltrato físico y psicológico de un niño o grupo de niños sobre otro u otros. Incluye una serie de acciones negativas de distinta índole, como bromas, burlas, golpes, exclusión, conductas de abuso con connotaciones sexuales y, desde luego, agresiones físicas. (Tomado del artículo de Gómez Nashiki) (Gómez Nashiki, 2013).

Finalmente se comenta que existen casos de chicos en situación de calle que padecieron de abusos en la escuela: hay un joven que era compañero de colegio de varios chicos en un grupo focal y al que señalan era blanco de burlas escolares (se le conoce como *Perico* y aparece en apartados subsecuentes). Además, el abuso no solo orilla a otros a padecer situaciones de calle sino a atentar contra su propia vida. El odio puede desembocar en intentos de suicidio:

“Es que hay uno que se quiso suicidar (...) fue a ver el árbol (...) se amarró... (risas) y a la hora que se quiso soltar se rompió, es que está gordo (risas). Antes tuvo un accidente que le dejó una marca en su espalda (risas) a partir de eso [le hacían burla en la escuela] se quiso suicidar, pero sigue vivo.” [4:35] H_SEC_2_LAGCOFRE.

6.3.3.- El alcohol que cura todo.

El beber alcohol es una práctica que está normalizada en casi todas las localidades que visité durante el trabajo de campo. No solo se recogieron testimonios de su influencia en los casos de suicidio y de violencia familiar, sino que en mi estadía fue común encontrar hombres tirados en la plaza pública con botellas vacías a su costado. Y es que en algunas comunidades solo los hombres pueden comprar bebidas alcohólicas, entrar a cantinas o beber en la calle sin ser señalados. Aunque es un acto que se le atribuye en gran medida a ellos, se registraron un par de casos en mujeres. De hecho, en Jaltenango me tocó presenciar como una mujer era levantada de la banqueta y llevada en brazos por otros dos hombres porque no pudo mantenerse en pie.

Beber es un acto que se acostumbra entre los hombres a edades muy tempranas (a partir de los 12 años en algunas comunidades). Algunos señalan que terminaron bebiendo por la presión social ejercida por otros varones. Existen casos donde ellos ya han sido recluidos en centros de adicciones a edades muy cortas:

“Empecé a los 13 y terminé a los 16 (...) tenía muchos problemas y fui a alcohólicos anónimos. Entré como tres meses, luego salí y ya pude [estar bien]” [6:41] H_CLI_BENJUA.

Además, ver y convivir con sus pares en estado de ebriedad, es visto con normalidad por los hombres. En una de las sesiones, por ejemplo, un joven llegó “bolo” (expresión local para nombrar a una persona en estado de ebriedad) pero a los demás no les pareció extraño. No fue sino hasta que se hizo el señalamiento que supimos que algunos comienzan a beber desde las 6 a.m., y que eso lejos de escandalizar generaba risas.

En general se tiene la creencia de que el alcohol sirve tanto para celebrar un evento social, como para solucionar los problemas emocionales de los hombres. Es usual encontrar que se consume luego de una situación emocionalmente desagradable como la ruptura con la pareja; los enfrentamientos en la dinámica del hogar; sentirse triste o cuando sienten dolor emocional y no saben cómo lidiar con él como lo manifestaron algunos integrantes del grupo focal en Plan de la Libertad Alta:

“[¿Qué hacen los hombres para olvidar el dolor?] (1) Echar trago. (2) Curarla [beber]. (3) Tomar.” [10:37] H_SEC_PLANALTA.

Las mujeres por su parte, si bien recurren a la bebida por circunstancias similares (aunque en menor medida), construyen nociones moralmente inaceptables en el acto de beber y ver a otras haciéndolo:

*“Solo lo hacen las mujeres que se llevan demasiado bien con los hombres (...) las muchachitas lo hacen para llamar la atención [18:22/23]”
M_COBACH_2_LAGCOFRE.*

Un último punto por destacar es que no solo la normalización facilita el acceso a las bebidas embriagantes, sino que algunos entornos también propician el consumo de otras sustancias: están repletos del contacto con las drogas. Se habla del consumo de drogas ilícitas como la marihuana, la cocaína, la heroína, cristal y thiner. Los espacios están repletos; se saben quién consume, los lugares en dónde se hace, quiénes la distribuyen y dónde la venden. En Laguna del Cofre, por ejemplo, se consume y vende droga a unos metros del bachillerato. Nos cuentan los chicos:

“[¿Qué han escuchado que consuman?] (1) Pues la marihuana. (2) Cigarros, tabaco. (3) La cocaína. (4) Thiner sí. (1) Algunos consumen alcohol. (2) El alcohol que usan los médicos el de la farmacia.” [4:16] H_SEC_2_LAGCOFRE.

6.3.4.- La tristeza del noviazgo.

El noviazgo es un evento que desencadena sensaciones emocionalmente significativas. Siendo esta causa vivida de manera totalmente diferente por los hombres y las mujeres. Los primeros, por ejemplo, acostumbran a no manifestar sus sensaciones de tristeza o dolor, sino a recurrir a la bebida en busca de soluciones a sus dilemas:

*“Cuando están tristes (...) creo que se refugian más en el alcohol la verdad.” [6:11]
H_CLI_BENJUA*

Mientras que las mujeres, la experiencia detona muchas sensaciones de tristeza, de dolor y manifestaciones de autolesiones: las vivencias desagradables, las peleas, las rupturas y las infidelidades son causas señaladas de tristeza, que a su vez pueden desencadenar acciones como la ideación suicida. Cuenta una chica cómo se sentía:

*“Al principio sí me sentí triste, deprimida, porque con la persona ves momentos bonitos que pasaste a los feos (...) pensar todo el daño que me hizo, todo lo que no estaba bien (...) convivir día a día con esa persona pues tal vez hubo momentos bonitos, tal vez hubo momentos en los que me hizo pasar sufrimiento de llorar, que no me valoró (...) no me conviene, no es sano, prefiero estar con mi familia.”
[18:33] M_COBACH_2_LAGCOFRE.*

6.3.5.- Vio al Diablo y quedó así...

Finalmente, otra categoría atribuida son los eventos paranormales. En las narrativas masculinas se encontraron varias experiencias que dan pie o dieron pie al desarrollo de EM. Entre las cosas que se menciona están deambular en altas horas nocturnas cerca de los panteones; encontrarse o tener cercanía por medio de prácticas mágicas con el Diablo;

presenciar espectros (se cuenta que se vieron mujeres muertas) cerca de los ríos; y leer la biblia o libros de magia negra por la noche a la luz de las velas. Cuentan los chicos:

“(1) Unos dicen que quedó así [refiriéndose a una persona señalada como “loca”] por salir en lo oscuro. Es como que se lo ganaron. (2) Dicen que la penetró el mal. (3) El diablo. (4) Dicen que sale de noche y está cerca el panteón de su casa” [1:30]
H_COBACH_1_LAGCOFRE.

6.3.6.- Claro, le dio Susto.

Además, son los propios hombres los que señalan la existencia de *síndromes de filiación cultural*, o lo que es, signos y síntomas manifiestos que afectan la salud de los individuos y que están ligados fuertemente a sus propios contextos. Son padecimientos que, debido a su propia dinámica, solo pueden ser curados por medio de rituales y especialistas del área (como chamanes o curanderas). En ese sentido, en la región de la Fraylesca de Chiapas se mencionan cosas como: *Susto*, *Mal de Ojo*, *Espanto* y *Empachos*, que según la voz de los adolescentes pueden ser causas que anteceden a la aparición de la “locura” en sí.

El *Susto*, por ejemplo, es un padecimiento que aparece cuando la persona recibe una impresión muy grande (como ver apariciones sobrenaturales o ver animales que no esperaban como culebras). Se menciona que estas personas se ponen pálidas y les cambia el color de la piel (quedan como *güeritos*), además se vuelven temerosas (les da miedo estar a solas) o se ven desesperadas. El *Espanto* aparece de manera similar, sin embargo, a estas personas se les señala como un tanto nerviosas (sintomatología ansiosa según los hombres), como cansadas, con sueño y apáticas. El *Mal de Ojo* y los *Empachos*, por su parte, son padecimientos que afectan el aparato digestivo de los sujetos, ocasionando dolores estomacales, diarrea o vómito. Comentan los chicos al respecto:

“(1) El susto es cuando te espantan. (2) Cuando te asustan. (3) Es una enfermedad del azúcar, de ahí depende digo (...) el Susto depende del azúcar.” [2:36]
H_COBACH_2_LAGCOFRE.

En términos generales estas enfermedades requieren de determinadas personas (curanderos o curanderas) o prácticas de curación. Por ejemplo, se habla de cosas como: ser

golpeado por todo el cuerpo con un racimo grande de zacate (puede ser de ruda) que previamente ha sido empapado en alcohol, mientras el curandero (que en este caso puede ser cualquier persona) le rocía al enfermo aguardiente o le escupe directamente el líquido; frotar un huevo, pimienta o animales como gatos por todo el cuerpo del enfermo; u ofrecerle aceite de cocina a la persona para provocarle purgas. Explica un joven:

“Yo he visto que le pasan un huevo (...) unos dicen que le pinta (...) cuando le pintan dicen que se burla se lo pasan a la persona (...) lo puede hacer tú mamá o la que sea.”
[8:35] H_CLI_PLANALTA.

Los conocimientos y creencias sobre los padecimientos, son transmitidos por personas mayores (como abuelos). Sin embargo, se alcanza a apreciar que estas creencias, aunque evidentes, ya no tienen el mismo significado para los adolescentes de las comunidades visitadas. Uno de los chicos narraba que prácticamente cualquier persona puede curar de estos males y otro más mencionaba que el curandero de su localidad casi ya no tenía mucha gente que atender. Otro más se mofaba del tema ante los demás:

“Yo he visto ese el Mal de Ojo, pero no lo creo simplemente, yo solo digo cuando dicen eso tiene eso. Siempre le digo eso es de antes, de la gente ignorante, pero ahorita no, cómo le va a hacer ojo, si ya tiene ojos (risas). Existen personas que lo toman como una costumbre todavía, pero, por ejemplo, tienen un enfermo y dicen no pues le hicieron ojo, pero simplemente es una [otra] enfermedad.” [8:34]
H_CLI_PLANALTA.

Es interesante notar que, aunque se manifiestan narrativas que desprestigian estas creencias o se percibe que ya van a la baja, aún se encuentran casos de personas que dicen padecer de ellas y, en consecuencia, la familia procuran buscar algo para curar a sus enfermos de *Susto*, *Espanto*, *Empacho*, etc.

6.4.- Mecanismos de reconocimiento, discriminación y rechazo de la EM en otros

6.4.1.- Ese de ahí está “chiflado”

Con lo descrito hasta este momento sobre el reconocimiento de la enfermedad y la salud, los adolescentes usan estrategias similares para dar cuenta de la EM en otros, aunque no necesariamente siendo objetivos. De hecho, queda claro que existen prejuicios muy tangibles sobre el tema de la *locura* y su relación con vivir en situación de calle.

Haciendo uso de los signos y síntomas, pueden reconocerla en otros cuando la otra persona presenta estados anímicos diferentes a lo esperado en un tiempo y espacio determinado (por ejemplo, en la escuela a la hora de clases) que van acompañado de acciones muy específicas. En ese sentido se habla de que aquellas personas parecen estar enojados (se vuelven irritables y hablan con gritos); estar tristes (se ven con la cabeza agachada, encorvados y se vuelven apáticos: no quieren salir de casa o hacer alguna actividad social); o estar ansiosos (andan de un lado para otro y se enfocan en situaciones que no están ocurriendo); o alguna combinación de ellas pero de manera abrupta (hablan de manera golpeada y transitan de la violencia y los gritos al silencio) son personas que posiblemente padezcan una EM. Narra un joven:

“Cuando estábamos varios se ponía así pensativo, así luego se ponía a platicar ya, como a echar relajo o si no se apartaba de nosotros.” [8:19] H_CLI_PLANALTA.

Y una chica sobre un compañero de escuela:

“También se puede ver (...) detectar a una persona que tiene problemas (...) aquí en la escuela unos compañeritos que estén tristes por ahí estén solos hasta allá o llorando, así se puede identificar fácilmente a una persona con depresión o con muchos problemas que no puede contárselos a sus amigas.” [18:12] M_COBACH_2_LAGCOFRE.

Además, se señala que estas personas, tarde o temprano dejan de procurar su bienestar físico (dejan de comer, bañarse); social (se aísla totalmente y rehúye de la ayuda

ofrecida por otros) y laboral (deja de asistir a clases, a su trabajo o se pasa jornadas completas sin salir de casa). Nos cuenta un adolescente sobre el caso de una mujer:

“Siempre la veía todo el tiempo cansada, no les ponía mucha atención a sus hijos, a su familia (...) cuando falleció un familiar de ella, y pues ella se sentía como deprimida” [8:18] H_CLI_PLANALTA.

Es por ello que todas aquellas personas, según la perspectiva adolescente, que se comporten diferente al resto, entran en la categoría de EM (aunque estas personas se acercan más al imaginario de estar *loco* o la *locura*). Se menciona que los sujetos que no ponen atención cuando les hablas; que andan de manera errante por el pueblo; que van desnudos en la calle o comienzan a bailar o brincar o correr sin sentido; que no interactúan con otros o si lo hacen actúan de forma muy violenta; que se la pasan hablando solos con argumentos incoherentes; o que se convulsionan padecen de una EM. Cuenta un chico al respecto:

“Ese chavo [el señalado con EM] va en la calle, va brincando, que llega hasta Independencia [límite del pueblo] a tocar los topes vuelve a regresar otra vez.” [9:38] H_SEC_BENJUA.

En ese sentido, las personas pueden tomar ciertas medidas ante la EM percibida en otros:

“La gente se hacen a un lado (...) porque quedan como locos, dicen así cosas que no tienen sentido (...) es que uno no les pregunto, solo empiezan a hablar.” [2:30] H_COBACH_2_LAGCOFRE.

Derivado de ello, aquellas personas que viven en situación de calle, que anden sucios, mendigando comida o dinero, o que se les ve tomando en vías públicas hasta perder la conciencia, entran en el mismo apartado “*de locos*”:

“Conozco una señora, que tiene como un problema mental, que tiene como un trauma (...) nada más está caminando por todas las casas (...) y cuando llega a una

casa, va de casa en casa (...) hay gente que le da de comer, le dan huevo, o un kilo de maseca” [2:26] H_SEC_2_LAGCOFRE.

Finalmente, el explorar las estrategias para reconocer la EM en otros ha permitido conocer un prejuicio manifiesto sobre el mismo. Y es que, en algunas situaciones padecer (aunque sea solo en la suposición) una EM tiene una relación “*casi*” directa con la “*locura*”, que aparte de servir para categorizar, también “justifica” las acciones “extrañas” de las personas. Señala primero un chico de 16 años en Benito Juárez, luego una mujer en Plan de Libertad Alta, y finalmente un adolescente en Laguna del Cofre:

“[Aquella persona tiene un problema de salud mental ¿qué es lo que piensan ustedes?] Que está loco...” [6:5] H_CLI_BENJUA.

“[¿Qué piensan ustedes de la enfermedad mental?] (risas) Que está loco.” [11:6] M_1_PLANALTA.

“Andan como locos y no saben bien lo que hacen.” [5:3] H_SEC_1_LAGCOFRE.

6.4.2.- Le dicen “Perico” y le avientan piedras.

Existen situaciones de violencia que las personas señaladas con “*locura*” han llegado a padecer. Las acciones tienen diferentes grados de intensidad y pueden variar de comunidad en comunidad, aunque se pueden catalogar en latentes y manifiestas. Las primeras las encontramos cuando las personas ya han clasificado o “etiquetado” a un tercero como “*loco*” y por lo tanto lo evitan o se apartan de ellos cuando se encuentran cerca:

“Los evitan, hay unos que les tienen miedo o se ríen (...) la mayoría les tienen miedo.” [6:21] H_CLI_BENJUA.

Un mecanismo más lo hallamos en los adjetivos que utilizan para referirse a esas personas. No solo se emplea la palabra “*locura*” sino que también se etiquetan como “*pobres*” o “*ladronas*”, esto es, son personas a las que se les niega el acceso a la vida

social rechazándolos e invisibilizándolos al no tratarlos, y que además se le adjudican roles sociales que promueven su exclusión:

“[Si les dicen que alguna persona tiene alguna enfermedad mental ¿ustedes qué piensan que es?] Que es un ladrón.” [10:5] H_SEC_PLANALTA.

Las acciones manifiestas corresponden a la violencia física, que se ancla fuertemente en la incomprensión de los padecimientos y en el miedo a lo desconocido. Cuenta un chico la experiencia de un hombre en situación de calle al que le aventaban piedras porque no lo querían tener cerca:

“Creo que me habían platicado un poco ayer de que hablaba solo y que si lo mirabas o le hablabas y te aventaba piedras.” [6:18] H_CLI_BENJUA.

Un chico cuenta la experiencia de un tercero y la conjunción del desconocimiento:

“Había también otro muchacho mayor de edad que lo amarraban con cadenas porque era bien loco [su familia lo encadenaba y lo mantenía oculto en su hogar] (...) Salía descalzo y se iba a la montaña corriendo [a veces se escapaba y sus familiares iban en su búsqueda, por ello mucha gente en el pueblo conoce la historia] (...) lo amarraban en sus dos pies y bajaba brincando (...) hablaba solo.” [1:36/41] H_COBACH_1_LAGCOFRE.

Y una historia más que desembocó en abuso sexual a una mujer. Cuentan primero los hombres y luego las chicas de la comunidad de Laguna del Cofre:

“(1) Nadie se le acerca a ella (risas). (2) Hay señores que vienen [en alusión de que otros hombres de comunidades cercanas llegan a esa], que dicen que se aprovechan. (3) Dicen que la violan (...) simplemente ella se deja, o no sé cómo está.” [1:32] H_COBACH_1_LAGCOFRE.

“(1) Dicen que se acuesta con cualquier señor, así, de casi regalado. (2) Es que le dicen Manuela te doy \$20 pesos y hacemos esa cosa (risas).” [17:6] M_SEC_2_LAGCOFRE.

6.4.3.- La burla y la risa.

A lo largo de la exploración es visible que ciertos temas y anécdotas generaban más burla y risa. Si bien en algunas partes de las narrativas compartidas por las mujeres lo hacían (cuando se habla del tema o cuando se especula si alguien pudiese padecer una EM), son los hombres quienes lo manifestaron de manera constante y en cada uno de los temas explorados.

Sus diálogos están fuertemente cargados por la burla y es que, evocar el tema de la EM, provoca tanto risas como juego entre ellos. El momento más emblemático lo encontramos en los apodos que utilizan para referirse a las personas con EM. Existen contracciones a nombres completos como *Mundo*, en abreviación de Raymundo, siendo el apodo que menos burla generó, ya que él es un hombre que padece de sus facultades mentales pero es muy funcional en la comunidad. Luego tenemos el caso de los apodos de las mujeres: *La Cuija* (nombre que evoca risas), *La Guachita* (mujer adicta a los solventes que baila en la vía pública) y *La Susy* (una mujer que padece de convulsiones) quienes eran motivo de juego entre los participantes de los grupos focales en una de las localidades. Y el caso de *Perico* (su nombre es Pedro) al que le adjudicaron ese apodo por brincar y hablar solo; este es el caso más significativo pues es un joven que asistió a la escuela y varios chicos conocen su historia, la posible causa de su afección, así como los comportamientos que lo tienen ahí. Además, las acciones que hacen estas personas (salir corriendo al bosque, hablar solos, bailar en la calle, andar brincando hasta tocar topes en la calle, aventar piedras a los transeúntes, ver apariciones) son motivos de risa:

“[¿Así le dicen, Pedro?] No, le decimos Perico... (risas).” [6:14] H_CLI_BENJUA.

“(1)Hay una mujer... (2)Susy... (1) No, aparte de la Susy, la otra... (3) La Cuija... (T) Ah! (risas)...” [6:23] H_CLI_BENJUA.

Además, la burla y la risa aparecen de igual forma en el suicidio. Si bien se mostraban serenos ante los desafortunados incidentes (por ejemplo, cuando alguien contaba una anécdota de un suicida), eso no impedía que terminaran riéndose de los sucesos. Un ejemplo lo encontramos cuando uno de los chicos se ríe al preguntar sobre el rango de edad de las personas que se suicidaron:

“(1) El año pasado se suicidaron muchos. (2) 2018 el año de los suicidios. [¿eran mayores de edad?] (2) Mayores, menores, iba parejo. Igual que el pollo iba parejo (risas).”[1:54] H_COBACH_1_LAGCOFRE.

Todo lo anterior permite comprender cómo es que se encontraron pocas cosas sobre los mecanismos de ayuda a estas personas. En las narrativas se aprecian situaciones vistas por parte de terceros (como darles comida o alimentos). Tanto hombres como mujeres manifiestan que les gustaría ayudar a estas personas, pero no tienen los conocimientos, ni los recursos:

“Si tuviese mucho dinero, les ayudo...” [6:64] H_CLI_BENJUA.

6.5.- Estrategias de ayuda y atención a la Salud Mental

Una vez explorados los conocimientos, percepciones, vivencias y prácticas sobre la salud y la enfermedad mental, el significado del cuidado de la salud, los significados de la ansiedad, depresión y el suicidio, así como las estrategias empleadas para reconocer la EM en otros, no queda más que cerrar el apartado de los resultados señalando las dinámicas que usan para referirse al tema de las emociones y su expresión. Habiendo diferencias notables, comienzo con los hombres y finalizo con las mujeres.

6.5.1.- Salud men... ¿qué?

Si bien algunos hombres pueden identificar las emociones que sienten (tristeza, miedo, enojo, etc.), no necesariamente hacen algo al respecto para categorizarlas o atenderlas cuando los abruman. Y es que el tema del cuidado a sí mismos pasaba factura enormemente cuando se exploraba la categoría en los grupos focales. Son pocos los hombres que manifiestan hacer algo para atender el tema de las emociones y su expresión. Aparte de la bebida, existen otras situaciones a las cuales los hombres acuden. Una de ellas es platicar abiertamente con alguna otra persona a la que le tengan mucha confianza y que sea mayor que ellos (el sentido de la experiencia percibido en personas mayores es crucial) sobre aquello que los conflictúa. Son los papás, hermanas, tíos, abuelos, o amigas quienes más se escuchan:

“Yo platico con mis padres. Es más fácil porque me puede decir qué puedo hacer, porque tiene más experiencia.” [1:20] H_COBACH_LAGCOFRE.

Otra situación es realizar actividades recreativas como el fútbol, basquetbol, videojuegos, dibujar, chatear o ver vídeos en internet, entre otros:

“Cuando yo tengo algún problema me vengo con mis amigos y se me pasa echando relajó, jugando fútbol.” [1:20] H_COBACH_LAGCOFRE.

Y finalmente, en concordancia con el sentido que imprimen al cuidado de la salud los hombres, algunos optan por no hacer nada y esperar a que la sensación pase, o lo que es, *aguantarse*. Un par de chicos narran qué hacen ante las sensaciones de enojo:

“[¿Qué haces para no sentirte enojado?] (1) Me salgo de mi casa, me voy a un lugar que esté tranquilo pues y me tranquilizo. (2) Yo igual.” [6:38]
H_CLI_BENJUA.

Así como con la tristeza:

“[¿Y cómo hacen para superar la tristeza?] Yo la dejo pasar.” [10:12]
H_SEC_PLANALTA.

6.5.2.- Yo quiero salir de noche, pero soy mujer.

Por su parte, son las mujeres las que más estrategias utilizan para atender la dinámica de las emociones. De la misma manera que los hombres, ellas también buscan a personas que les inspiren confianza ya sea en el ámbito familiar (papá, mamá, tíos, abuelos), social (amigas), escolar (maestros) o directamente con un profesional (psicólogos), para hablar sobre sus conflictos; además también hablan de realizar actividades recreativas como hacer ejercicio, escuchar música, salir a caminar, cantar, bailar, jugar basquetbol, etc.:

“Me pongo a hacer ejercicio en el centro (...) me pongo a escuchar música pa’ que me tranquilice más mejor, porque así me pongo más contenta.” [12:15]
M_2_PLANALTA.

Las mujeres también realizan acciones directas al cuidado de la salud mental. Y es que son ellas las que asisten a terapias psicológicas; las que acuden a charlas sobre salud mental y las que siguen las recomendaciones ofrecidas por el personal de salud (como soplar en una bolsa vacía o hacer ejercicios de relajación para aliviar la ansiedad). Además, se usan las redes sociales con propósitos similares, ya que existen blogs donde las chicas pueden exponer sus sentimientos y otros usuarios los leen y opinan o acompañan en el proceso. Dos chicas comparten:

“Yo estaba recibiendo terapia porque tenía depresión (...) y la verdad sí relaja mucho.” [17:18] M_SEC_2_LAGCOFRE.

“Yo fui con un psicólogo (...) pues a mí me ayudó mucho, me hizo sacar todo lo que tenía adentro, me hizo sentirme un poquito mejor (...) me siento muy bien, me siento feliz.” [14:25] M_CLI_1_BENJUA.

Otra acción realizada, como menciono en el apartado del suicidio, es lastimar su cuerpo por medio de cortadas superficiales en la piel. Algunas mujeres, por ejemplo, se ponen a llorar o duermen mucho esperando que la sensación pase. Otras más (las menos), recurren al alcohol y las drogas. Explica una chica lo que percibe en otras mujeres:

“Creo que la mayoría de las personas deben ir con alguien profesional (...) pedimos un tiempo fuera, somos por decirlo así cobardes en eso porque en muchas ocasiones cuando nos pasa eso lo único que hacemos es llorar o a veces tomar decisiones diferentes como por ejemplo meternos alcohol, cigarros o así y muchas personas también tomamos la decisión de ir a otros extremos como cortarse (...) para unas personas es más fácil meterse en el alcohol, fumar, las adicciones, cortarse.” [19:20] M_COBACH_1_LAGCOFRE.

Aunque pueda parecer a primera vista que las mujeres tienen más acceso a ayuda o atención que los hombres, lo cierto es que varias de las mencionadas se entrecruzan con el tema del dinero y las prohibiciones en las comunidades. Mientras que el primero hace alusión a lo complicado que puede ser para muchas buscar una terapeuta o viajar a otra localidad donde hay profesionales de la salud mental (En Chiapas solo hay un hospital psiquiátrico que está a 6 horas aprox. de estas comunidades en auto particular), el segundo habla de las prohibiciones debido a los roles sociales asignados a hombres y mujeres en las comunidades que habitan. En algunos espacios el tema de la recreación se complica, ya que muchas mujeres no pueden salir de sus hogares sino hasta que terminen los deberes (lavar, planchar, cocinar, etc.), y en otros, no pueden sino hasta antes de la puesta del sol, pues la noche no es espacio para ellas:

“(1) Sí, porque mi abuelito dice que la noche es solo para los hombres, y ya de día para mujeres. (2) Es que en la noche hay más riesgo para las muchachas. (3) No nos dan permiso de salir. [Entonces, ustedes salen de aquí de la escuela, van a la casa, comen y tienen digamos, libertad de estar hasta las 4 o 5 de la tarde en la calle, y luego ya se entran. Además de estudiar, ¿tienen alguna otra obligación en casa?] (1) Yo llego, como, lavo los trastes, arreglo la cocina y ya salgo a pasear.” [17:32/34] M_SEC_2_LAGCOFRE.

6.5.3.- Otras voces que ayudan: el papel de la Religión.

Finalmente, en la temática del cuidado de la salud en general, la religión juega un papel importante en las comunidades visitadas. Se reporta que, en algunas de ellas, diferentes religiones conviven entre sí (hay zonas que daban cuenta de la existencia de pentecosteces, evangélicos, presbiterianos, adventistas, católicos y cristianos al mismo tiempo). Y es que son los grupos eclesiásticos quienes se acercan a ellos para hablar sobre las emociones; quienes orientan a los hombres para ya no recurrir a las drogas; quienes inciden en algunas comunidades para que se prohíba la venta de alcohol; y quienes ofrecen atención a los adolescentes cuando algo los turba. Menciona un chico al respecto:

“En esta colonia hay muchos jóvenes que se drogan, toman, que los llevan a la iglesia y ya no lo hacen. La persona que va a la iglesia no toma, no fuma.” [8:25] H_CLI_PLANALTA.

Y una chica narra:

“No porque unas mujeres toman, fuman, se inyectan, marihuana, todo eso. A veces llega una persona y le platica las cosas de Dios, que no podemos jugar con eso porque, porque llega uno a la iglesia y engaña, pues son cosas que el diablo hace.” [13:16] M_3PLANALTA.

VII.- Discusión y conclusiones

La información presentada a lo largo del documento muestra los elementos, sucesos y hechos que permitieron explorar, describir y entender las representaciones y prácticas de la salud mental en adolescentes en contextos indígenas de Chiapas, México. El interés del trabajo se focalizó en entender y documentar las expresiones, creencias y conocimientos que tienen en torno a la salud mental y sus cuidados, así como a la enfermedad, particularmente la sintomatología ansiosa o depresiva. También a conocer las causas, detonantes y manifestaciones de estos trastornos vistos desde la mirada de los y las adolescentes e identificar los mecanismos a través de los cuales los categorizan. Así mismo, se da cuenta de las expresiones de discriminación y rechazo hacia las personas que padecen una sintomatología ansiosa, depresiva u otros padecimientos mentales; y finalmente, se exploraron las estrategias que realizan para buscar ayuda o tratamiento.

Si bien los resultados muestran algunos elementos comunes entre los y las adolescentes en cuanto al conocimiento, creencias, manifestaciones y vivencias sobre la Salud Mental, las evidencias encontradas también han permitido explorar las claras diferencias por género. Por ello, este apartado de discusión y conclusiones presenta un análisis de convergencias, divergencias y elementos emergentes de los principales hallazgos del estudio.

7.1.- Convergencias

Como menciona Campos-Navarro, las dimensiones culturales inciden fuertemente en las nociones y prácticas en torno a la salud y a las enfermedades de los sujetos (Campos-Navarro, 2010). Derivado de esto, hombres y mujeres actúan de diferente forma para atender y proveerse salud, aunque con ciertas generalidades. Entre ellas, podemos encontrar el uso del sistema de signos y síntomas, teniendo como referencia el cuerpo, para dar cuenta de la salud (física y mental) en uno mismo y en otros. Su representación más próxima nace de la oposición a la enfermedad, siendo algo que debe de cuidarse por medio de hábitos y prácticas saludables. Por su parte la enfermedad, es definida como un estado que imposibilita la vida cotidiana de los sujetos y por lo tanto debe de evitarse, similar a lo

encontrado en otros estudios de pacientes adultos (Torres López, Munguía Cortes, Pozos Radillo, & Aguilera Velasco, 2010).

Las señales visibles (el sistema de signos y síntomas) funciona también para identificar la EM en otros. De esta forma, la ansiedad, se caracteriza por una situación que inquieta a las personas, afectando su cuerpo de manera física y que es causada por una preocupación excesiva de eventos que no han ocurrido aún. La representación de la depresión, por su parte, se muestra por la definición de un estado que genera sensaciones de tristeza excesiva o continua en las personas, y que afecta su dinámica social en toda su magnitud; se asocia en gran medida a las autolesiones y al suicidio. Además, son las mujeres quienes de formas más abierta manifiestan sentir ello, de manera similar a lo reportado en el trabajo de Pinto (Pinto Hernández, 2013).

En términos generales, las representaciones y prácticas de la EM están permeadas por prejuicios tales como que las personas en situación de calle son quienes las padecen o en su defecto presentan “*locura*”. Las personas marcadas con este prejuicio, como explica Goffman en sus trabajos (Goffman, 2006), son excluidas, categorizadas con apodosos y hasta violentadas física y/o sexualmente, similar a las experiencias con “*Perico*” y a la mujer que era abusada sexualmente. En sentido contrario, se reportan pocos mecanismos de ayuda a estas personas, principalmente por el desconocimiento generalizado hacia el tema: no se percibe la responsabilidad de la salud mental, no se conoce la oferta de servicios públicos que están disponibles en los centros de salud de su localidad, y tampoco se nota que sea un tema relevante en su día a día. Además, existe una notable desigualdad estructural en la planificación y disponibilidad de servicios de salud en estas comunidades, pues en los centros de salud de primer nivel (los que están disponibles en las localidades) no se cuenta con servicio de salud mental y el único centro psiquiátrico en el Estado, se ubica en la capital (aproximadamente a unas 6hrs. en auto particular) haciendo el traslado imposible para muchos de ellos, situación que fue señalada en otros lados del país, en la investigación de Mora-Ríos (Mora-Ríos & Bautista, 2014).

Finalmente, explorando las posibles causas de la EM existen dos espacios que generan conflicto emocional significativo: el hogar y la escuela, similar a lo registrado en el trabajo de Cantoral Cancino (Cantoral Cancino & Betancourt Ocampo, 2011). En el

primero, se experimentan problemas entre los padres, la violencia física y psicológica hacia los hijos y la mujer, así como el abandono del mismo, situaciones que abarcaban un 82% de lo señalado por los entrevistados en el trabajo mencionado. En el segundo, se habla de los abusadores (*Bullying*) y sus acciones agresivas, y cómo éstas pueden propiciar episodios de tristeza o ansiedad, resultados similares a los encontrados por Albores-Gallo (Albores-Gallo *et al.*, 2011) Los hallazgos también arrojaron la normalización del consumo de sustancias (principalmente al alcohol); su relevancia en las problemáticas en el hogar (hombres que abusan de las mujeres), y su relación con la aparición de trastornos mentales como los suicidios. Datos similares los encontramos en un trabajo sobre adolescentes en la región de Guerrero, México (Telumbre-Terrero & Sánchez-Jaime, 2015).

7.2.- Divergencias

Uno de los hallazgos más notables en las representaciones y prácticas de la depresión y ansiedad en los adolescentes entrevistados, fue la construcción en función del sexo, ya que existen diferencias remarcables en cómo la entienden y la viven, justo como lo mencionan varios estudios revisados en esta tesis (Cantoral Cancino & Betancourt Ocampo, 2011) (Cantoral, Victoria Méndez, & Nazar, 2004) (Cruz Pérez & García Lara, 2015) (Imberton-Deneke, 2014) (Vergara Quintero, 2009).

De esta manera, los hombres apelan a un sentido restaurativo de la salud o lo que es, se busca cuando se pierde. Como menciona Díaz (2004), dicha representación les permite tomar decisiones en torno a su propia salud (Díaz Mujica, Pérez Villalobos, González Parra, & Simon, 2004). Y es que los hombres hablan poco del tema y solo distinguen entre enfermedades leves y graves. Las EM, por su parte, son algo difuso y se les atribuye a las personas en situación de calle y en mayor medida a las mujeres (específicamente la depresión), debido a la creencia de que ellas son “*débiles*”. Además, queda patente en sus narrativas las conductas de riesgo emanadas de dichas construcciones: no atienden enfermedades o heridas hasta que las consideren graves; les cuesta hablar de sus emociones y situaciones (como las dificultades en el noviazgo), toda vez que lo relacionan a situaciones socialmente negativas en ellos, como por ejemplo, parecer “*débil*”; usualmente se toma alcohol tanto para celebrar, para convivir y para “*olvidar*” problemas emocionales; y menosprecian la prevención y las visitas a los centros de salud.

Además, se le da poca relevancia a la salud mental. Mientras algunos realizan actividades recreativas y llevan charlas con personas de confianza para liberar la tensión de las emociones, otros deciden aguantarse a que las sensaciones desaparezcan. Lo anterior queda manifiesto tanto, en las creencias paranormales que atribuían los hombres a la EM (como leer la biblia en la noche), como a los daños causados por el *Mal de Ojo*, *Susto* y *Empacho*, *síndromes de filiación cultural* que menciona Ruíz Velasco en su estudio (Ruiz Velasco, 2010). También se puede observar en la burla que realizaban hacia los temas ya sea poniendo apodosos a las personas en situación de calle o riéndose al escuchar anécdotas sobre los suicidas o sobre episodios de EM.

En el caso de las mujeres, la salud se enfoca en un sentido profiláctico. Ellas abonan a un cuidado integral de la salud distinguiendo entre las enfermedades que afectan al cuerpo de las que pueden afectar la mente, reconociendo la existencia de padecimientos mentales, así como los tratamientos específicos que conllevan (por ejemplo, la consulta con profesionales o el uso de fármacos). Y es que le otorgan una mayor relevancia al tema facilitando la exploración y reconocimiento en ellas.

Se puede intuir el aprendizaje por parte de las adolescentes de lo mencionado en el párrafo anterior, puesto que son las madres, las encargadas de la salud de los integrantes del hogar en todas las comunidades visitadas, y en ese sentido, quienes transmiten los conocimientos a sus hijas. Debido a eso, reportan el uso de medicina casera para sobrellevar padecimientos menores, como los tés para aliviar la indigestión o las pomadas caseras hechas con hierbas para raspones y quemaduras.

Para atender su salud mental llevan todo tipo de actividades recreativas y sociales, tales como pasear o hablar con amigos. Sin embargo, también conviven con los roles sociales construidos desde sus contextos: no pueden salir a divertirse sin antes terminar sus labores escolares y del hogar, además en algunos espacios se menciona que tienen prohibido la noche por el hecho de ser mujeres. La relación con sus pares es una actividad que se propicia sólo en la escuela o en las contadas horas de luz que tiene para convivir, tal vez por ello, situaciones como las rupturas en el noviazgo y la tristeza fueron tan recurrentes en sus narrativas.

Las categorías de *hombre* y *mujer* en estos espacios parecen bien delimitadas, pues la reproducción de la misma en la adolescencia, deja entrever una relación de poder ya

establecida entre los sexos. Por ejemplo, la facultad que tienen los hombres de acceder a bebidas alcohólicas y recreación, y a las mujeres ceñirlas a la instrucción del cuidado a otros, y a la realización de deberes hogareños, situaciones señaladas ampliamente por Serret (Serret Bravo, 2008).

Con estos datos, es posible inferir la responsabilidad histórica de la construcción del género en dichas actividades, pues las mujeres aprenden de sus pares al igual que los hombres. Además, queda manifiesto la clara instrucción y responsabilidad de la salud en las familias (en la figura de la madre), denotando con ello una brecha enorme de responsabilidad que es cedida exclusivamente a las mujeres del hogar. Y es que, el género tiene un componente activo en las prácticas y ceremonias conductuales y discursivas, que es percibido en las concepciones que los y las adolescentes adjudican a la salud mental (Hernández González, Vispe Astola, & García-Valdecasas Campelo, 2019).

7.3.- Elementos emergentes

Finalmente, se reportan tres situaciones emergentes que no se tenía planeado explorar pero que aparecieron en la investigación: los ambientes expuestos a las drogas y la normalización del consumo de alcohol; los suicidios y el papel de la religión.

El consumo de sustancias ha sido un tema por demás relevante, ya que en las localidades visitadas este comportamiento parece normalizado; su venta y distribución se realiza, en algunas zonas, a escasos metros de las escuelas. Tanto hombres como mujeres están propensos a estas circunstancias, pues sin haber elaborado una pregunta en torno a ello, no hubo un solo grupo focal que no mencionara dicha problemática. Desde luego, son los hombres quienes presentan mayor vulnerabilidad, pues se encontró que en su mayoría ellos eran los consumidores. También es importante señalar que son más propensos a las presiones sociales del consumo de alcohol a edades cortas, quienes conviven día a día con gente alcoholizada en los espacios públicos como el zócalo, quienes tienen acceso a su compra para aliviar sus dolencias emocionales, así como quienes “*agarran*” valor con el mismo para cometer suicidio. Situación ya mencionada en trabajos previos como el de Alarcón (Alarcón, 2009).

Por su parte, el suicidio, tiene una prevalencia notable en la adolescencia, principalmente en los hombres, según informes del INEGI (INEGI, 2018). Es por ello que,

a lo largo de los grupos focales, fue habitual recoger narrativas que hablasen sobre la ideación suicida, intentos y suicidios consumados, situación ya explorada (pero no profundizada) por Cruz Pérez en Chiapas (Cruz Pérez & García Lara, 2015). El acto se asocia con aquellas personas que muestran sintomatología depresiva, con los que se provocan autolesiones (asociada más a las mujeres) y con quien padece de abuso de sustancias (asociado más a los hombres). Un dato recurrente es el haber padecido una situación emocional grave antes del suceso, siendo las historias de los varones los que daban cuenta de ello.

Para concluir, el papel que juega la religión en estas comunidades contribuye a la exploración de emociones en los adolescentes. Además, los grupos tienen injerencia en temas como las prohibiciones del consumo de alcohol o la formación de círculos de ayuda en adicciones; la filiación religiosa puede fungir como un factor protector contra el abuso de sustancias, como bien explora Vargas-Valle en sus investigaciones realizadas en poblaciones en el centro del país (Vargas-Valle & Martínez-Canizales, 2015).

7.4.- Limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones

Pese a la riqueza de los hallazgos encontrados en el estudio y a la concordancia con otros trabajos realizados con adolescentes mexicanos, es necesario señalar algunas limitaciones de este trabajo que, al final, fueron un punto de reflexión importante tanto en las conclusiones como en las sugerencias que cerrarán esta tesis.

La primera de ellas es la profundidad de búsqueda en el fenómeno. Si bien los 16 grupos focales generaron claridad y riqueza en los temas examinados, la investigación grupal de las representaciones y vivencias de la salud mental, de las emociones y sus perturbaciones (ansiedad y depresión) pudo haber limitado, de alguna manera, ahondar en algunos aspectos en los cuales las y los adolescentes no se sentían cómodos hablando de ellos delante de sus compañeros(as). Sin embargo, el tiempo restringido con el que se contaba para la recopilación de la información, los complicados trayectos del viaje entre las comunidades, la logística para acceder a algunas de ellas, y la propia dinámica de los alumnos dentro y fuera de la escuela que solo facilitaba una sesión por grupo, hizo que esta fuera la mejor opción para la recopilación de la información. Así, los grupos focales

permitieron explorar de manera dinámica y expedita la opinión de un puñado de adolescentes, más no así, la entera complejidad de los significados y símbolos. Una técnica más apropiada para profundizar en estos temas podría haber sido la entrevistas semi-estructuradas o, en el mejor de los casos, en profundidad. La observación, por su parte, se limitó a los escasos momentos que conviví con las y los adolescentes en mis estadías fugaces, situación que pudo ser mejorada con estadías más prolongadas en sus contextos y rutinas de vida.

Bajo estos parámetros, el lector podrá notar el ejercicio exploratorio que hice de las creencias, valores, opiniones y acciones de las y los adolescentes respecto a la salud mental, en un sentido más descriptivo. Sin embargo, esto no demerita el trabajo aquí plasmado, pues abonó a una comprensión holística sobre dichos temas. Queda manifiesta una visión general que mantienen, construyen y viven para sí los y las adolescentes chiapanecos. Además, queda claro las diferencias y el papel que juega el género en la construcción social de los saberes.

También es importante recalcar el escaso conocimiento, (y juicios negativos hacia ello), de las enfermedades que en otros tiempos eran comunes para estas poblaciones, y que quedaron revisadas a lo largo del Estado del Arte. No es de extrañar que paulatinamente, las concepciones sobre las enfermedades se vayan homogenizando y adaptando a los designios del saber hegemónico médico. Queda y seguirá quedando para la reflexión, el “bien” (o daño) que se le han hecho, no solo a estas poblaciones, sino al mundo entero al erradicar las costumbres y prácticas diferentes, extrañas o “insalubres” que en otros tiempos eran comunes, y que hoy en día, muchos profesionistas regresan a su estudio debido al bienestar que generaban en la población. Un caso de lo más emblemático podría ser el de la partería.

Desde luego, lo anterior se enlaza a un sistema de poder y dominio que, por su magnitud y complejidad, no pude explorar a detalle aquí, pero que quedará pendiente para futuros trabajos.

Derivado de todo lo anterior, solo resta sugerir para futuras referencias e investigaciones, el uso de técnicas y herramientas complementarias que permitan estudiar con puntual detalle y profundidad la construcción social que hacen los y las adolescentes de la salud mental.

Además, con los hallazgos encontrados queda claro que es necesario dotar a trabajos como estos con una perspectiva entera de género y usar la interseccionalidad como un elemento más al análisis del fenómeno. Aportaciones como la mía o similares, son necesarias para dar cuenta de la realidad de sujetos en situación de vulnerabilidad; para la reflexión de los prestadores de salud y los responsables al momento de hacer, generar y propiciar políticas públicas en la entidad federativa; para crear modelos innovadores, integrales y sensibles de trabajo con adolescentes y/en comunidades; y finalmente, para dar cuenta del abanico de significados que pueden quedar ocultos o menospreciados, por los modelos médico-hegemónicos, así como por los sistemas de poder (llámese Estado, Género, Saber Médico) en los cuales los sujetos están (estamos) inmersos.

Referencias

- Alarcón, R. (2009). Salud Mental en América Latina: Luces y Sombras. *Salus. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo*, 25-38.
- Albores-Gallo, L., Saucedo-García, J. M., Ruiz Velasco, S., & Roque-Santiago, R. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública en México* 53(3), 220-227.
- Arias Valencia, M. M., & Giraldo Mora, C. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación Educativa en Enfermería* 29 (3), 500-514.
- Armstrong, D. (1986). The invention of infant mortality. *Sociology of health and illness*, 211-232.
- Aronowitz, R. (1991). Lyme disease: the social construction of a new disease and its social consequences. *The Milbank Quarterly* #69, 79-112.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2011). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires; Argentina: Amorrortu Editores.
- Bertely Busquets, M., Saraví, G., & Abrantes, P. (2013). *Adolescentes indígenas en México: derechos e identidades emergentes*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. Barcelona: Hora. S.A.
- Boltanski, L. (24 de Noviembre de 1982). *Los usos sociales del cuerpo*. Obtenido de Universidad Veracruzana: <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/10152>
- Bourdieu, P. (1990). "La Juventud no es más que una palabra". En P. Bourdieu, *Sociología y Cultura* (págs. 119-127). México, D. F.: Grijalbo.
- Boyd, K. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Med Ethics: Medical Humanities* , 9-17.
- Campo Arias, A., & Herazo Acevedo, E. (2013). Estigma, Prejuicio y Discriminación en Salud Mental. *Revista de Ciencias Biomédicas*(1), 09 - 10.
- Campos-Navarro, R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XIX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 114-122.
- Canseco Prado, G., & Jarillo Soto, E. (2018). Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal. *Revista Odontológica Mexicana*, 128-136.

- Cantoral Cancino, D., & Betancourt Ocampo, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista Educación y Desarrollo*, 59-66.
- Cantoral, G., Victoria Méndez, M., & Nazar, A. (2004). Depresión en los adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. *Ecofronteras*. Núm. 21, 27-32.
- Casco Flores, M. (1990). Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior. *Salud Mental Vol. 13 No. 2*, 18 - 23.
- Castro Pérez, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción*. Cuernavaca: UNAM: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).
- Castro Pérez, R. (2010). *Teoría social y salud*. Cuernavaca: El Lugar.
- Cerón, A., Ruano, A. L., Sánchez, S., Chew, A. S., Díaz, D., Hernández, A., & Flores, W. (2016). Abuse and discrimination towards indigenous people in public health care facilities: experiences from rural Guatemala. *Magazine International Journal for Equity in Health*, 1 - 7.
- Chapela Mendoza, M., & Contreras Garfias, M. (2011). La desigualdad socioeconómica en salud: un problema persistente en la sociedad mexicana. En L. Ortiz-Hernández, & D. Pérez Salgado, *La Salud en México* (págs. 249-276). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Comisión Económica para Organización Panamericana. (2011). *Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- CONAPO. (2015). <https://datos.gob.mx>. Obtenido de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/indice-de-marginacion-carencias-poblacionales-por-localidad-municipio-y-entidad>
- CONEVAL. (2013). <http://www.microrregiones.gob.mx>. Obtenido de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=07&mun=020&loc=0569&refn=070200569>
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems Vol. 23 No. 1*, 12-21.
- Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes. (2016). *Tratado Internacional de Derechos de la Juventud*. Ciudad de Cartagena de Indias, Colombia: Pacto Juventud.
- Conway, J., Bourque, S., & Scott, J. (1996). El concepto de género. En M. Lamas, *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 21-23). México: UNAM/Porrúa.

- Cruz Pérez, O., & García Lara, G. (2015). *Problemáticas psicosociales en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México*. Chiapas: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- D' Houtaud, A., & Field, M. (1976). The Image of Health: Variations in Perceptions by Social Class in a French Population. *Sociology of Health and Illness, Vol 6. #1*, 30-60.
- Daza Ramírez, J., Veloza Contreras, S., & Lozano Rubiano, V. (2014). Representaciones Sociales del Derecho a la Salud de los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud en la localidad de Suba - Bogotá. Suba, Bogotá, Colombia: Universidad de La Salle. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Programa de Trabajo Social.
- De la Fuente, R. (1982). Acerca de la salud mental en México. *Salud Mental Vol. 5 No. 3*, 22-31.
- De la Porta, D. (2012). El método cualitativo y sus reglas. *Revista Española de Ciencia Política #29*, 11-38.
- Devillard, M. (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Reis*, 79-89.
- Díaz Mujica, A., Pérez Villalobos, M., González Parra, C., & Simon, J. W. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería X (1)*, 9-16.
- Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económico.
- Fernández, U., & Luz, M. (2014). La vida cotidiana como espacio de construcción social. *Procesos Históricos, núm. 25*, 100-113.
- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista Mad. No. 10*, 2-9.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Franco-Ramírez, J. A., Cabrera-Pivaral, C. E., Zárate-Guerrero, G., Franco-Chávez, S. A., Covarrubias-Bermúdez, M., & Zavala-González, M. (2018). Representaciones sociales de adolescentes mexicanas embarazadas sobre el puerperio, la lactancia y los cuidados del recién nacido. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 153-158.
- Friedson, E. (2003). *La profesión médica*. Barcelona: Taurus.
- Fuentes, P. (. (2014). DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 1-68.
- Gabbay, J. (1982). Asthma attacked? Tactics for the reconstruction of a disease concept. En P. Wright, & A. Treacher, *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine* (págs. 23-48). Edinburgh: Edinburgh University Press.

- Gámez-Medina, M. E., Ahumada-Cortez, J., & Valdez-Montero, C. (2017). Las representaciones sociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. *Ra Ximhai*, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 25-37.
- Garzón Lopez, P. (2013). Pueblos indígenas y decolonialidad: sobre la colonización epistemológica occidental. *Andamios 10* (22), 305-331.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu editores.
- Gómez Gallego, J. (2007). La medicina tradicional y el problema de la salud: Inicio de un recorrido en el estudio de la salud mental. *Revista Científica Guillermo de Ockham*. Vol. 5, No. 1, 13-28.
- Gómez Nashiki, A. (2013). Bullying: el poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en escuelas primarias de Colima. *Revista mexicana de investigación educativa*, 18 (58), 839-870.
- González Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. A., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil Mexicano*, 149-155.
- González Montes, S. (2016). Cap. 1.- Marco conceptual del estudio. En M. Caballero García, & L. González Robledo, *Salud en mujeres de origen indígena de Morelos : el cáncer de mama* (págs. 15-35). México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos; Facultad de Estudios Superiores de Cuautla; Miguel Ángel Porrúa.
- Good, B., Becker, A., & DelVecchio Good, M.-J. (2003). The Culture of Medicine and Racial, Ethnic, and Class Disparities in Healthcare. En Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. (págs. 594-625). EE. UU.: National Academies Press (US).
- Harding, G. (1986). Constructing addiction as a moral failing. *Sociology of health and illness* #8, 75-85.
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería XVIII* (3), 17-24.
- Hernández González, M., Vispe Astola, A., & García-Valdecasas Campelo, J. (2019). De brujas, putas y locas: narrativas de género y su influencia en el diagnóstico. *Norte de Salud Mental* 16 (20), 33-41.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Herrera Pérez, J., & Torres López, T. (2012). Las representaciones sociales de la salud y enfermedad en el trabajo de jornaleros agrícolas del Municipio de Aguililla,

- Michoacán. Elementos fundamentales en el diseño de propuestas de educación para la salud. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, vol. 34, núm. 2, 42-61.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. Nueva York: Academic Press.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales* N43, 21-30.
- Huertas, R. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 437-456.
- Imberton-Deneke, G. (2014). Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, núm. 2, 81-96.
- INAFED. (05 de 02 de 2019). <http://www.inafed.gob.mx>. Obtenido de <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07020a.html>
- INEGI. (2010-2015). *Inegi.org.mx*. Obtenido de Areasgeograficas: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=07#>
- INEGI. (2016). *INEGI Estadísticas de Mortalidad*. México: INEGI.org.mx.
- INEGI. (2016). *Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015*. México: INEGI. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=07#>
- INEGI. (2017). *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- INEGI. (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. México: Comunicado de prensa núm. 410/18.
- Jaén Esquivel, M., & Murillo Rodríguez, S. (2005). Las enfermedades en la cosmovisión prehispánica. *Estudios de Antropología Biológica* XII, 871-896.
- Jodelet, D. (1989). *Las representaciones sociales*. Paris: Universidad de Paris.
- Lámbarri Rodríguez, A., Flores Palacios, F., & Berenzon Gorn, S. (2012). Curanderos, malestar y “daños”: una interpretación social. *Salud Mental*, 123-128.
- Larson, A., Gillies, M., Howard, P. J., & Coffin, J. (2007). It's enough to make you sick: the impact of racism on the health of Aboriginal Australians. *Magazine Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 322 - 329.
- Leiva Valdés, I. C. (2008). Acercamiento antropológico del concepto de salud mental en los aymaras del sector Isluga. *Revista Cultura y Religión*, 1-12.

- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos argentinos de pediatría* 102(4), 271-276.
- López Austin, A. (2001). El núcleo duro, la cosmovisión y la tradición mesoamericana. En *La cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México*. (pág. 18). México: Fondo de Cultura Económica.
- Lozano Vicente, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la adolescencia. *Última década #40; Proyecto Juventudes*, 11-36.
- Luna López, A., & Franco Corona, B. (2017). Significado de vivir con diabetes mellitus en la cotidianidad del adulto. *Jóvenes en la Ciencia*, 164-168.
- Madrigal de León, E. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental Vol.39 No.4*, 235-237.
- Martínez Miguélez, M. (05 de Noviembre de 2018). *miguelmartinezm.atSPACE.com*.
Obtenido de gruposfocales: <http://miguelmartinezm.atSPACE.com/gruposfocales.html>
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista perfiles libertadores*, 73-80.
- Mead, G. H. (1993). El punto de vista del conductismo social. En G. H. Mead, *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social* (págs. 49-84). Barcelona; España: Paidós Studio Básica.
- Mead, G. H. (1993). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona; España: Paidós Studio Básica.
- Medina Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, M. d., Rojas, E., Fleiz, C., . . . Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En J. J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina* (págs. 79 - 89). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Medina Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., . . . Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental, Vol. 26, No. 4.*, 1 - 16.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En E. Menéndez, *La Antropología Médica en México* (págs. 97-113). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 185-207.

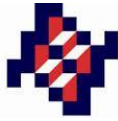
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Mora-Ríos, Jazmín, and Natalia Bautista. "Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental." *Salud Mental Vol. 37 (4)*, 303-312.
- Moscovici, S. (1983). *Social representation*. Oxford: Blackwell.
- Oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión (INCYTU). (2018). *Salud Mental en México*. Ciudad de México: INCYTU.
- OMS. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Suiza: Biblioteca de la OMS.
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS.
- OMS. (2019). *www.who.int*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology 35 (1)*, 227-232.
- Patton, G. C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J. B., Degenhardt, L., . . . Moran, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 1404-1411.
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina(55)*, 39 - 50.
- Peretti, L. (2010). Las "Enfermedades Culturales", la Etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scripta Ethnologica vol. XXXII, 2010*, 17-28.
- Peréz Serrano, G. (2001). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes: Métodos*. Madrid: La Muralla.
- Pinto Hernández, A. (2013). Depresión en mujeres ¿Es difícil ser mujer? *Salud en Chiapas Año I Vol. 3*, 84-91.
- Pollock, K. (1988). On the nature of social stress: production of a modern mythology. *Social Science and Medicine*, 381-392.
- Raveau, J.-F. (1984). Identification culturelle et psychiatrie. *Académie nationale de médecine 168 n-2*, 65-70.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología Vol. III No. 30*, México.
- Ruiz Velasco, M. (2010). La cosmovisión de la salud y los "peligros del alma" en la zona de los Altos de Chiapas. *Átopos 10*, 83-100.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de

- Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta . *SALUD COLECTIVA* 3(3), 271-283.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (págs. 265-302). México: PUEG.
- Secretaría de Salud. (2010). *Reglamento de la Ley General de Salud*. México: Secretaria de Gobernación.
- Secretaría de Salud. (2015). <https://www.gob.mx>. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
- SEDESOL. (2013). <http://www.microrregiones.gob.mx>. Obtenido de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=070200569>
- Serret Bravo, E. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género? En E. Serret Bravo, *Qué es y para qué es la perspectiva de género. Libro de texto para la asignatura: Perspectiva de Género, en educación*. (págs. 11-59). Oaxaca, México: Colección Instituto de la Mujer Oaxaqueña Ediciones: serie: Buenas prácticas.
- Sosa, A. C. (2015). Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acríptico en el terreno de los movimientos sociales. *Sociológica México*, 103-126.
- Spink, M. (2010). Social psychology and health: assuming complexity. *Quaderns de Psicologia Vol. 12, No 1*, 7-21 .
- Stella Díaz, O. (2011). Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos de salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía. *Revista Colombiana de Enfermería Vol. 6 Año 6*, 35-46.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 1-30.
- Telumbre-Terrero, J., & Sánchez-Jaime, B. (2015). Consumo de alcohol en adolescentes del Estado de Guerrero, México. *Salud y drogas 15 (1)*, 79-86.
- Théodore, F., Bonvecchio Arenas, A., Blanco García, I., & Carreto Rivera, Y. (2011). Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 215-229.
- Torres López, T. M. (2007). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara/ Ciencias Sociales y de la Salud*, 1-16.
- Torres López, T., Munguía Cortes, J., Pozos Radillo, B., & Aguilera Velasco, M. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria*, 154-161.

- UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades*. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Vallejo Samudio, Á. R. (2006). Medicina Indígena y Salud Mental. *Acto Colombiana de Psicología* 9(2), 39-46.
- Vargas-Valle, E., & Martínez-Canizales, G. (2015). "La relación entre el abuso del alcohol y la religión en adolescentes mexicanos.". *Población y Salud en mesoamérica* 12 (2), 142-164.
- Vergara Quintero, M. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales. Colombia. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 105-133.
- Villaseñor Bayardo, S., Rojas Malpica, C., & Berganza Champagnac, C. (2002). La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua. *Investigación en Salud*, vol. IV, núm. 3, 0.
- Waxler, N. (1981). Learning to be a leper. a case study in the social construction of illness. En E. Mishler, *Social contexts of health. illness. and medical care*. (págs. 169-194). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weber, M. (1982). Sobre algunas categorías de la sociología comprensiva. En M. Weber, *Ensayos sobre metodología sociológica* (págs. 175-221). Buenos Aires; Argentina: Amorrortu Editores.
- WHO. (2017). <https://www.who.int>. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- WHO. (23 de 08 de 2018). <https://www.who.int>. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Yoxen, E. (1982). Constructing genetic diseases. En P. Wright, & A. Treacher, *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*. (págs. 144-161). Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Zuckerhut, P. (2017). Cosmovisión, espacio y género en México antiguo. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, Vol. 21 No. 38, 64 - 85.

Anexos

1 (Consentimientos informados)



Instituto Nacional
de Salud Pública



Compañeros
En Salud



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Carta de Asentimiento de Grupo Focal Población joven/adolescente de 14 a <18 años

Título de proyecto: “Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria”

Hola mi nombre es _____ y trabajo con la Universidad Autónoma de Estado de Morelos, el Instituto Nacional de Salud Pública, Compañeros en Salud y la Universidad de McGill. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer sobre la percepción y conocimiento de los adolescentes de tu comunidad sobre las enfermedades mentales y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Procedimiento

Tu participación en el estudio consiste en responder una entrevista grupal sobre lo que opinas y conoces acerca de los problemas de salud mental, si en la comunidad existe atención en salud para estos problemas, las posibilidades de curación o recuperación y si en tu opinión existe discriminación, burla, alejamiento o aislamiento de los adolescentes que presentan problemas mentales.

Tu participación en el estudio y en la entrevista es completamente voluntaria. Puedes concluir la cuando lo decidas. Tu decisión de participar o no, de ninguna manera afectará que te den atención en el centro de salud. La entrevista durará un máximo de 90 minutos y se hará en el lugar y el tiempo acordado. Si estás de acuerdo, la entrevista será grabada en una cinta de audio. Te pedimos que formules todas las preguntas que creas necesarias antes de acceder a la entrevista.

Confidencialidad

Todos tus comentarios serán confidenciales, se hayan grabado o no. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. Las citas que aparezcan en cualquier informe escrito no irán seguidas de tu nombre y apellido, sino de una clave. Todos los apuntes y cintas de la entrevista serán resguardados por el investigador principal de este proyecto y nadie fuera del equipo de investigación de este estudio, tendrá acceso a ellas.

Riesgos Potenciales/Compensación

La participación en la entrevista no implica ningún riesgo para ti, tampoco recibirás ningún tipo de compensación en dinero. Si no quisieras contestar alguna de las preguntas, tienes el derecho de negarte a contestar aquellas que te incomoden.

Beneficios esperados

Es importante señalar que la información que tú nos proporciones nos ayudará a identificar cuáles son las necesidades y donde se requiere mayor atención para los adolescentes en aspectos de salud mental.

Contactos:

Si tu madre/padre/tutor tiene alguna duda sobre esta investigación, puede llamar a **la Dra. Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas, Investigadora de Compañeros en Salud**, al número de teléfono celular: **5513452509** de lunes a sábado en un horario entre las **9:00 y 18:00 horas** o al **9926550030** de lunes a viernes de **9am a 18 pm**. O si lo prefiere puede escribirle a la **Dra. Luz María González Robledo, investigadora principal del proyecto** a la siguiente dirección de correo: luz.gonzalez@uaem.mx

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Declaración de consentimiento.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una palomita () en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna palomita, ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre del adolescente

Fecha _____

DD/ MM/ AA

Nombre y firma del entrevistador

Fecha: _____ Firma: _____

DD/ MM/ AA



Versión Aprobada: **Enero 17, 2019**
Proy UAEM CI: 005 Folio
Identificador: **L-63** *Copia sellada en
archivo*



Carta de Consentimiento informado Grupo focal Adolescente joven entre 18 y 20 años

Título de proyecto: “Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria”

Estimado(a) Joven/señorita:

Introducción/Objetivo: La Universidad Autónoma del Estado de Morelos, el Instituto Nacional de Salud Pública, Compañeros en Salud y la Universidad de McGill, están realizando un estudio sobre la salud mental en adolescentes en el estado de Chiapas. Queremos conocer la opinión de los adolescentes sobre lo que para ellos es la salud mental, las causas de algunos problemas mentales, dónde y con quién se atienden cuando tienen algún problema de salud mental, si les gusta la atención que se les da en los centros de salud y su opinión sobre el rechazo, burla o alejamiento que pueden experimentar los adolescentes con algún problema de salud mental.

Procedimiento: Estamos solicitando su apoyo para que nos responda algunas preguntas sobre su opinión y conocimientos acerca de la salud mental, los problemas de salud mental en adolescentes de su comunidad, las causas, si piensa que se pueden curar o recuperar y aspectos de discriminación, burla o rechazo por esta causa.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede concluir con su participación cuando lo decida. La decisión de participar o no, de ninguna manera afectará sus actuales o futuras relaciones con los servicios de salud en los que recibe atención médica. Le solicitamos que formule todas las preguntas que crea convenientes antes de acceder a la encuesta o a la entrevista. La entrevista grupal tendrá una duración no mayor a 90 minutos y se hará en el lugar y el tiempo acordado. Si usted está de acuerdo, la entrevista será grabada en un archivo digital de audio.

Beneficios: La información que usted proporcione ayudará a aportar información sobre un nuevo modelo de atención a adolescentes en salud mental, centrada en el primer nivel de atención y acciones comunitarias.

Confidencialidad: La información y comentarios que nos sean proporcionadas serán confidenciales, se hayan grabado o no. Las citas que aparezcan en cualquier informe escrito no irán seguidas de su nombre o apellido, sino de una clave. Toda la información, apuntes y cintas de audio de la entrevista serán resguardados por el investigador principal de este proyecto y nadie fuera del equipo de investigación de este estudio, tendrá acceso a ellas. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: La participación en la entrevista no implica ningún riesgo para usted. Sin embargo, si no quisiera contestar alguna de las preguntas, tiene el derecho de negarse a contestar aquellas que le incomoden. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios médicos de su localidad.

Números que contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la **Dra. Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas, Investigadora de Compañeros en Salud**, al número de teléfono celular: **5513452509** de lunes a sábado en un horario entre las 9:00 y 18:00 horas o al teléfono **9926550030** de lunes a viernes de 9 am a 18 pm. O si lo prefiere puede escribirle a la **Dra. Luz María González Robledo**, investigadora principal del proyecto a la siguiente dirección de correo: luz.gonzalez@uaem.mx

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética del INSP, **Dra. Angélica Ángeles Llerenas**, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante:

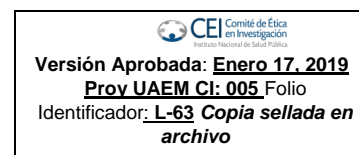
Fecha _____ Firma: _____

DD/ MM/ AA

Nombre y firma del entrevistador

Fecha: _____ Firma: _____

DD/ MM/ AA





**Carta de Consentimiento informado
Madre/padre/tutor del adolescente / Población general Grupo focal**

Título de proyecto: “Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria”

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo: La Universidad Autónoma del Estado de Morelos, el Instituto Nacional de Salud Pública, Compañeros en Salud y la Universidad de McGill, están realizando un estudio sobre la salud mental en adolescentes en el estado de Chiapas. Lo que queremos es conocer la opinión de los adolescentes sobre lo que es la salud mental, las causas de algunos problemas mentales, dónde y con quién se atienden cuando tienen algún problema de salud mental, si les gusta la atención que se les da en los centros de salud y su opinión sobre el rechazo, burla o alejamiento que pueden experimentar los adolescentes con algún problema de salud mental.

Procedimiento: Estamos solicitando su autorización como madre/padre/tutor (a) del joven/adolescente, para que nos permita realizarle una entrevista grupal a su hijo/a, con el propósito de preguntarle sobre su opinión y conocimientos acerca de la salud mental, los problemas de salud mental en adolescentes de su comunidad, si piensa que se pueden curar o recuperar y aspectos de discriminación y rechazo por esta causa.

La participación de su hijo o hija en este estudio es completamente voluntaria. El joven/adolescente puede concluir con su participación cuando lo decida. La decisión de participar o no, de ninguna manera afectará sus actuales o futuras relaciones con los servicios de salud en los que recibe atención médica. Le solicitamos que formule todas las preguntas que crea convenientes antes de acceder a la encuesta o a la entrevista. La entrevista tendrá una duración máxima de 90 minutos y se hará en el lugar y el tiempo acordado. Si usted está de acuerdo, la entrevista será grabada en un archivo digital de audio.

Beneficios: Es importante señalar que usted o el joven/adolescente no recibirán ningún beneficio directo, sin embargo, la información que usted proporcione ayudará a aportar información sobre un nuevo modelo de atención a adolescentes con problemas de salud mental centrada en el primer nivel de atención y acciones comunitarias.

Confidencialidad: La información y comentarios que nos sean proporcionadas serán confidenciales, se hayan grabado o no. Las citas que aparezcan en cualquier informe escrito no irán seguidas del nombre y apellido del joven/adolescente, sino de una clave. Toda la información, apuntes y cintas de audio de la entrevista serán resguardados por el investigador principal de este proyecto y nadie fuera del equipo de investigación de este

estudio, tendrá acceso a ellas. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: La participación en la entrevista no implica ningún riesgo para usted o el adolescente. Sin embargo, si no quisiera contestar alguna de las preguntas, tiene el derecho de negarse a contestar aquellas que le incomoden. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted o el/la adolescente están en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios médicos de su localidad.

Números que contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la **Dra. Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas, Investigadora de Compañeros en Salud**, al número de teléfono celular: **5513452509** de lunes a sábado en un horario entre las **9:00 y 18:00 horas** o al teléfono **9926550030** de lunes a viernes de **9 am a 18 pm**. O si lo prefiere puede escribirle a la **Dra. Luz María González Robledo, investigadora principal del proyecto** a la siguiente dirección de correo: luz.gonzalez@uaem.mx

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

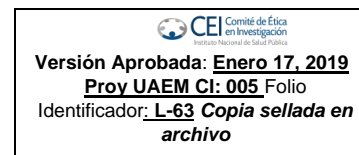
Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante:

Fecha _____ Firma: _____

Nombre y firma del entrevistador

Fecha: _____ Firma: _____



(Anexo 2)

Guía de trabajo en los grupos focales

Registrar en el diario de campo los siguientes datos:

- Fecha de realización, lugar de la sesión, tiempo aproximado de la sesión

Presentación: Buenos días/ tardes, mi nombre es: _____ y trabajo con la Universidad Autónoma de Estado de Morelos, el Instituto Nacional de Salud Pública, Compañeros en Salud y la Universidad de McGill. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer la percepción y conocimiento de los adolescentes de tu comunidad sobre las enfermedades mentales y para ello queremos pedirte que nos apoyes. La información que nos proporcionen será de carácter confidencial y permanecerá en el anonimato. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a ella. No tienen que contestar ninguna pregunta que no quieran responder, si es que se sienten de alguna manera incomodos. Para los fines de este ejercicio voy a utilizar una grabadora para poder trabajar después con sus respuestas y que no se olvide nada.

Inicio. - Presentación breve de los participantes incluido el facilitador.

- Edad, Escolaridad, Estado civil, Ocupación.

Ejes de trabajo

Objetivo 1.- Explorar las expresiones, creencias, valores y conocimientos que las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena tienen en torno a la salud y sus cuidados, así como a la enfermedad.

Objetivo 2.- Explorar las expresiones, creencias, valores y conocimientos que las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena tienen en torno a la salud y la enfermedad mental (particularmente de sintomatología ansiosa o depresiva).

- Empecemos hablando sobre el tema de la salud. ¿Qué significa para ustedes la salud?
¿Cómo definirían entonces la salud mental? ¿Es lo mismo o es diferente?
- Si eso es la salud, ¿Qué podría ser la enfermedad?
¿Cómo definirían la enfermedad mental?
- ¿Han escuchado hablar de la *ansiedad*¹¹? ¿Qué saben de ello?
- ¿Qué es para ustedes la *depresión*? ¿Qué pasa con las personas tristes o decaídas?

¹¹ Palabras como referencia que pueden ser sustituidas por otra de acuerdo con la experiencia de la sesión. Como *achicopalado* o *desenfrenado*.

Objetivo 3.- Describir las causas, detonantes y manifestaciones (signos/síntomas) de la sintomatología ansiosa o depresiva, que observan en otras personas las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena.

- ¿Cuáles dirían ustedes que son las causas de la *ansiedad*?
¿Se han sentido así en ocasiones? ¿Qué hacen al respecto?
- En ese sentido ¿Hay cosas que generen *depresión*?
¿Cómo es sentirse deprimido? ¿Qué hacen al respecto?

Objetivo 4.- Identificar los mecanismos de reconocimiento, discriminación y rechazo que las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena utilizan (o han visto) hacia las personas que padecen una sintomatología ansiosa o depresiva.

- Imaginemos que están en la escuela o trabajo y ven a una persona con las características que me han descrito con anterioridad.
¿Cómo saben ustedes que ellos están ansiosos o deprimidos?
¿Se han percatado alguna vez?
¿Se han acercado a estas personas? Si es así ¿Por qué?, Si no ¿Qué los detuvo?
- Cuando alguien padece lo anterior, ¿qué hace la gente usualmente ante ellos? ¿Los ayudan o no?
- ¿Han visto situaciones de rechazo / discriminación hacia otros?
¿Qué acciones o actitudes emplean las personas?

Objetivo 5.- Averiguar las estrategias que realizan las y los adolescentes chiapanecos de origen indígena para buscar ayuda o tratamiento para una sintomatología ansiosa o depresiva.

- Si alguien padece lo que me han dicho, ¿Qué se debería de hacer? ¿A quién podrían visitar para pedir consejo? ¿Se debe acudir con alguien?
- ¿Qué medidas utilizan para cuidar de su salud mental?

¿Les gustaría añadir algo que consideren importante de los temas que hemos platicado y que no les he preguntado?

Muchas gracias a todos por su participación, confianza y tiempo.

Pauta de chequeo (evaluación)

- Chequear elementos presentes en el grupo focal.
- Lugar adecuado.
- Asistentes sentados en U en la sala.
- Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema.
- Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.
- Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión.
- Permite que todos participen.
- Reunión entre 60 y 90 minutos.
- Registro de la información (grabadora o filmadora).

(Anexo 3)

Guía de observación

Introducción:

La siguiente guía tiene como finalidad explorar las Representaciones Sociales de la salud y enfermedad mental de los adolescentes chiapanecos. En ese sentido se propone observar el manejo de **los conocimientos, creencias, valores y expresiones** sobre la temática, así como **las reacciones y actitudes** que manifiestan ante otras personas enfermas. También es necesario ver los **mecanismos de rechazo / discriminación / exclusión / ayuda** que manifiestan. Se anexan los ejes de trabajo que orientan los objetivos de la investigación.

Ejes de trabajo

- **Conocimientos** sobre de la enfermedad o salud mental (depresión/ansiedad).
- **Causas o detonantes** de la enfermedad o salud mental (depresión/ansiedad).
- **Expresiones / Creencias / Valores** para referirse a los trastornos mentales (depresión/ansiedad).
- **Manifestaciones (signos/síntomas)** que ellos observan en otros adolescentes o personas que presenten algún trastorno mental.
- **Acciones** que realizan para buscar ayuda o tratamiento.
- **Mecanismos de rechazo/discriminación/exclusión/ayuda** que observan o experimentan hacia otras personas que padecen una sintomatología depresiva o ansiosa.

Procedimiento

Se planea registrar todo lo observado en el diario de campo, así como posibles dudas que aparezcan en el transcurso de las visitas a los espacios o luego de las dinámicas de grupos focales. Se prestará un mayor énfasis en las relaciones que mantengan para sí los adolescentes al abordar temáticas como estas, al igual que los niveles de interacción que presenten. Se recabará información de los espacios o lugares donde viven estas personas para contextualizar los discursos de los participantes.

Se elaboran preguntas guías para responder los objetivos de este trabajo.

- ¿Qué elementos influyen en la construcción de esas realidades en los adolescentes?
- ¿El espacio genera reflexiones sobre estos temas?
- ¿Hay rastros de las concepciones prehispánicas sobre la salud?
- ¿Pueden identificar los padecimientos, tanto propios como ajenos?

- ¿Existen diferencias tanto en los significados como en las prácticas entre hombres y mujeres?
- ¿Qué ocurre con las instituciones en estos lugares? ¿Existe alguna más significativa para los y las adolescentes?
- ¿Qué fenómenos han aparecido a lo largo de la investigación?
- ¿De qué cosas se hablan y de qué cosas no?



Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud

(Anexo 4)



Comité de Investigación
Registro COFEPRIS: 18 CI 17 007 029.

CI-895-2018.

Cuernavaca, Mor., a 04 de diciembre del 2018.

Dra. Luz María González Robledo
Doctora en Salud Pública
Profesora-investigadora
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Calle Leñeros esquina Iztaccíhuatl s/n Colonia Volcanes
Cuernavaca, Morelos (México) CP 62350

Estimada Dra. González,

Por medio del presente informo a usted, que el Comité de Investigación revisó la respuesta a las observaciones emitidas al proyecto de investigación titulado: **Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria**; cumpliendo satisfactoriamente los requerimientos para emitir el siguiente dictamen:

Aprobado Etapa I

La cual consiste en un estudio diagnóstico del estado actual de la condición, percepción y conocimiento de los problemas de salud mental (depresión, trastorno de ansiedad) en población adolescente de Chiapas, donde se utilizarán métodos mixtos de investigación.

Los resultados de esta etapa permitirán contar con evidencia para el diseño de una intervención de atención a la salud mental que combine los hallazgos del diagnóstico previo, la realidad sociocultural de la población de interés y la capacidad de los prestadores de servicios de salud de atender ambos padecimientos en el primer nivel de atención en el Estado de Chiapas.

Hacemos de su conocimiento que, al solicitar la evaluación de las etapas subsecuentes, deberá entregar un informe de la primera etapa.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo

Atentamente,

Dra. Hortensia Reyes Morales
Presidenta del Comité de Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública



Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud



CEI Comité de Ética
en Investigación

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Mor., 17 de enero, 2019

Proyecto Externo CI: 005

Aprobación en Etapas

Dra. Luz María González-Robledo
Profesora Investigadora Facultad de Medicina UAEM
Investigadora Responsable de Proyectos
Presente

En relación a su proyecto titulado: ***“Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: análisis de una intervención comunitaria”*** me permito informarle que los y las integrantes del **Comité de Ética en Investigación** acordaron el dictamen de:

Aprobado Fase I

Le aclaramos que esta aprobación corresponde exclusivamente a la Etapa de Diagnóstico Situacional. Para continuar con la Fase de intervención, será necesario someter la documentación correspondiente a un Comité de Ética en Investigación, para su revisión y eventual aprobación.

Le agradecemos su cooperación y compromiso con la protección de los derechos de los sujetos humanos en la investigación.

Atentamente

**Dra. Angélica Ángeles Llerenas Comité
de Ética en Investigación Presidente**

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
conm.: (777) 329 3000

www.insp.mx



Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud

COMITÉ DE BIOSEGURIDAD



CB19-005

Cuernavaca, Mor., a 14 de enero del 2019.

Dra. Luz María González-Robledo
Responsable de Proyecto
Presente

En relación a la **Revisión 1** de su proyecto titulado: “**Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria**” se le informa que el Comité de Bioseguridad emite un dictamen como:

Exento de revisión

Dado que el protocolo no contempla el manejo de muestrars biológicas ni la generación de RPBIs y/o CRETIs.

Le recordamos que si tiene alguna duda con respecto al manejo de CRIT y RPBI puede consultar el Manual de procedimientos para el manejo de sustancias CRIT y RPBI del INSP (<https://www.insp.mx/comite-bioseguridad/manual-bioseguridad.html>).

Así mismo tenga presente que debe mantener vigente la acreditación del responsable de bioseguridad, en caso de que esté vencida o próxima a vencer, puede actualizar en el sitio <https://about.citiprogram.org/en/course/initial-biosafety-training/>.

Atentamente,

Dra. Antonia Herrera Ortiz
Presidenta del Comité
de Bioseguridad-INSP

Presidenta e-mail: aherrera@insp.mx
Secretario Técnico: aperales@insp.mx

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
conm.: (777) 329 3000

www.insp.mx