



Representaciones sociales sobre salud mental del pueblo nahua en la Huasteca Potosina sur

Social representations of mental health among the Nahuatl people in the southern Huasteca of San Luis Potosí

Representações sociais da saúde mental entre os Nahuas do sul da Huasteca Potosina

J. Bautista-Valdivia^{a1*}, O.A. Palacios-Rodríguez^{b2},
A. van 't-Hooft^{c3}, B.D. Estrada-Aranda^{d2}

ORCID

^a [0000-0001-5251-8539](https://orcid.org/0000-0001-5251-8539)

^c [0000-0002-3742-9121](https://orcid.org/0000-0002-3742-9121)

^b [0000-0002-8842-8233](https://orcid.org/0000-0002-8842-8233)

^d [0000-0001-7811-8525](https://orcid.org/0000-0001-7811-8525)

¹ Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Coordinación Académica Región Huasteca Sur, Tamazunchale, San Luis Potosí, México

² Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Psicología, San Luis Potosí, México

³ Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, San Luis Potosí, México

Recibido: 29 marzo 2023

Aceptado: 29 febrero 2024

RESUMEN

Introducción: Los pueblos originarios refieren que no perciben la salud mental como la define el mundo occidental. Su atención y estudio es escaso. Al reconocer cómo la interpretan los pueblos, se busca ejecutar políticas de salud pública en favor de esta sociedad.

Objetivo: Explorar las representaciones sociales (RS) sobre la salud mental en adultos del pueblo originario nahua de la Huasteca sur de San Luis Potosí, México.

* Autor para correspondencia. Correo electrónico: jhonny.bautista@uaslp.mx

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2022.4.1468>

1665-7063 © 2022 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Metodología: Estudio exploratorio basado en el enfoque de las RS. Muestra intencionada de 100 participantes. Tras la aplicación de un formulario, se empleó la técnica asociativa de listados libres. Se realizó un análisis prototípico para identificar el núcleo central y los núcleos periféricos, y un análisis de similitudes para explorar los nodos representacionales.

Resultados: Los conceptos con mayor asociación a la salud mental fueron *paz, tranquilidad, respeto y felicidad*. Entre los menos frecuentes estuvieron *seguridad y bienestar*. A través de las RS se presentaron tres nodos que permitieron agrupar atributos, alternativas de atención y beneficios en relación con la salud mental.

Discusión y Conclusiones: Para los nahuas de la Huasteca Potosina, la salud mental se asocia a un estado de tranquilidad relacionado con estados pacíficos en familia, en un contexto donde el respeto al prójimo y al entorno natural puede verse fragmentado por conflictos sociales, económicos, políticos o de salud. Con el fin de garantizar una mejor efectividad del estado psicológico y emocional, este puede ser atendido mediante el apoyo de profesionales en psicología, psiquiatría y psicoterapia, siempre desde un marco intercultural.

Palabras clave: Salud mental en grupos étnicos; representación social; atención a la salud mental; cosmovisión; pueblos indígenas; México.

ABSTRACT

Introduction: Indigenous peoples assert that their perception of mental health differs from that of the Western world. Their mental health care and study remain limited. Recognizing how indigenous peoples interpret mental health aims to inform public health policies that better serve these communities.

Objective: To explore the social representations (SR) of mental health among adults from the indigenous Nahua community in the southern Huasteca of San Luis Potosí, Mexico.

Methodology: This is an exploratory study based on the SR approach, with a purposive sample of 100 participants. After administering a questionnaire, the free-listing associative technique was employed. A prototypical analysis was conducted to identify the central and peripheral elements of the SR, and a similarity analysis was performed to explore the representational nodes.

Results: The concepts most strongly associated with mental health were *peace, tranquility, respect, and happiness*. Less frequently mentioned were *security and well-being*. Through SR, three nodes emerged, grouping attributes, care alternatives, and benefits related to mental health.

Discussion and Conclusions: For the Nahua people of the Huasteca Potosina, mental health is closely tied to a state of tranquility, connected to peaceful familial relations in a context where respect for others and the natural environment may be disrupted by social, economic, political, or health-related conflicts. To ensure greater psychological and emotional well-being, care can be provided with the support of professionals in psychology, psychiatry, and psychotherapy, always within an intercultural framework.

Keywords: Mental health in ethnic groups; social representation; mental health assistance; worldview; indigenous peoples; Mexico.

RESUMO

Introdução: Os povos originários do México percebem a saúde mental de jeito distinto ao do mundo ocidental, e tanto a atenção desses problemas como o seu estudo são escassos. Para implementar políticas públicas de saúde mental para povos originários é preciso conhecer a sua percepção da questão.

Objetivo: Explorar as representações sociais (RS) de saúde mental em adultos do povo Nahuá ao sul da Huasteca de San Luis Potosí, no México.

Metodologia: Estudo exploratório baseado na abordagem de RS. Amostra proposital de 100 participantes. Após a aplicação de um formulário, utilizou-se a técnica associativa de listas livres. Realizou-se uma análise prototípica para identificar o núcleo central e os núcleos periféricos, e uma análise de similaridade para explorar os nós representacionais.

Resultados: Os conceitos mais associados à saúde mental foram: *paz, tranquilidade, respeito e felicidade*. Entre os menos frequentes estavam *segurança e bem-estar*. Apareceram três nós, os quais permitiram agrupar atributos, alternativas de cuidado, e benefícios em relação à saúde mental.

Discussão e Conclusões: Para os Nahuas da Huasteca Potosina, a saúde mental está associada a um estado de tranquilidade relacionado a estados familiares pacíficos, num contexto onde o respeito pelos outros e pelo ambiente natural pode ser fragmentado por fatores sociais, econômicos, políticos ou de saúde. A atenção efetiva do estado psicológico e emocional das pessoas requer de profissionais de psicologia, psiquiatria e psicoterapia trabalhando num quadro intercultural.

Palavras chave: Saúde mental em grupos étnicos; representação social; assistência à saúde mental; cosmovisão; povos indígenas; México.

INTRODUCCIÓN

En su Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad¹. La definición busca contemplar la diversidad poblacional para ejecutar políticas de salud pública en favor de la sociedad. Si bien es vital promover el derecho a la salud mental, se debe cuestionar el discurso generado bajo los conceptos del mundo moderno/colonial y su sistema; por lo tanto, es importante reconocer que existen diferentes visiones y perspectivas locales (de comunidades campesinas, pueblos originarios, afrodescendientes), las cuales podrían no corresponder con la visión tradicional y hegemónica de este concepto. El estudio de la salud mental desde la conceptualización local cuestiona diversas características que la describen. Por ejemplo, desde una concepción de los pueblos originarios, lejos de la visión morbicéntrica, fragmentada y basada en la oferta de servicios, la salud podría considerar no solo aspectos físicos, mentales o sociales, sino también otras figuras o construcciones como la cosmovisión, la territorialidad o aspectos de autonomía alimentaria, que, en su conjunto, dan cuenta de un entendimiento particular de la salud mental^{2,3}.

Los pueblos originarios presentan múltiples vulnerabilidades, entre ellas, el acceso limitado a los servicios de salud, en especial los de atención en salud mental; siendo la población más afectada la que reside en regiones rurales. Al mismo tiempo, son discriminados y excluidos de espacios públicos y privados, segregándolos y generándoles pobreza y desigualdad, lo que termina por reforzar

el desconocimiento de cómo realizar una atención preventiva y oportuna, o bien, en casos graves, intervenciones de mayor complejidad. Se requiere de más investigaciones que permitan construir puentes entre la medicina occidental y las visiones locales de la salud mental para atender los problemas de salud, lograr la promoción, preservación de valores y prácticas, así como para disminuir las inequidades.

La información disponible sobre salud mental proviene máxime de estudios realizados en áreas urbanas. Las metodologías utilizadas consideran solo a estas poblaciones y tienen una perspectiva individualista, basada más en una concepción de la salud occidentalizada, la cual escasamente toma en cuenta la cosmovisión de los pueblos originarios. Por ejemplo, la Guía de intervención mhGAP es un instrumento para atender los trastornos mentales, neurológicos y consumo de sustancias; dentro de los grupos especiales de población que considera, se encuentran infantes, adolescentes, mujeres en edad fecunda, embarazadas o en lactancia, adultos mayores, así como personas infectadas por el VIH⁴; sin embargo, no considera de forma estricta a las comunidades de pueblos originarios, ya que, el documento carece de actividades encaminadas hacia las familias en sus comunidades y hacia la prevención de trastornos mentales para esos grupos en particular.

El 5 % de la población mundial corresponde a los pueblos originarios, quienes son los más desfavorecidos; representan el 15 % de la población más pobre en todo el mundo⁵.

En México, alrededor de 11 millones de personas se autodefinen como *indígenas*, esta cifra equivale al 9.4 % de la población total del país⁶. Cabe destacar que los pueblos originarios son grupos sociales con menor acceso a servicios de salud y educación, por lo tanto, presentan mayor inequidad⁷. También muestran tasas elevadas de problemas en salud mental en comparación con el resto de las personas que no se consideran indígenas, lo cual puede deberse, en parte, a la violencia estructural presente en la vida de estas poblaciones vulnerables⁸.

Ante lo expuesto, y debido a la falta de profesionales capacitados en el tema, se dificulta aún más contar con programas de detección y atención temprana para estos problemas de salud, así como de estadísticas precisas sobre su prevalencia⁹. La OPS refiere que los pueblos originarios a nivel mundial registran un aumento de casos en problemas psicológicos, con poco acceso a servicios de salud mental en sus comunidades¹⁰. Se ha identificado resistencia a la atención por parte de estos grupos étnicos, derivada de un estigma social en relación al concepto de salud mental¹¹. En México, dicha situación es un problema de salud pública, además son escasos los estudios en salud mental en poblaciones rurales¹². En países de América Latina, las investigaciones en pueblos originarios refieren que la salud mental no se percibe de acuerdo a la definición occidental⁸, por ejemplo, en Colombia perciben la salud mental como una manifestación holística e integral en comunión con lo espiritual, la familia y la naturaleza³.

A lo largo de la historia, los pueblos originarios a nivel mundial han sido sometidos a la marginación, lo que ha traído como consecuencia que las comunidades sufran cambios significativos en sus estilos de vida, es decir, procesos de aculturación de forma involuntaria que afectan el equilibrio de su salud mental. Existen determinados aspectos relacionados con sus tradiciones, costumbres y creencias que les permiten tener una concepción distinta a la definición de salud mental occidentalizada, como se puede observar en grupos étnicos hindúes¹³. En una investigación realizada con nativos de Alaska en los Estados Unidos de Norteamérica, se refiere que, derivado del desequilibrio en relación con su cosmovisión, la población de estudio presenta altos índices de suicidio o depresión, razón por la que los investigadores proponen reformular la definición de salud mental actual o, en su defecto, desarrollar intervenciones psicológicas específicas con el fin de producir un

beneficio comunitario que integre la cosmovisión de los pueblos originarios¹⁴. Por todo lo anterior, resulta conveniente conocer qué se entiende por salud mental en las comunidades originarias locales; en este estudio recurrimos al concepto de las representaciones sociales (RS) para su análisis.

El inicio de los estudios sobre las representaciones sociales (RS) se remonta a las ideas sobre las *representaciones colectivas* de Durkheim. De acuerdo con este sociólogo, la representación colectiva es *la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que lo afectan*¹⁵ y, como tal, son hechos sociales de carácter simbólico. A partir de las ideas de Durkheim, Moscovici ofrece una nueva propuesta sobre las representaciones sociales como producto de la interacción entre los seres humanos que tejen una realidad subjetiva en determinado contexto: no son simples opiniones, sino *sistemas de opiniones, de conocimientos y de creencias propias de una cultura, una categoría o un grupo social y relativas a objetos del contexto social*, por tanto, son organizadas, compartidas por el mismo grupo social, producidas de manera colectiva y socialmente útiles¹⁶.

De acuerdo con Groult¹⁷, las representaciones sociales cumplen funciones identitarias, de legitimización y del saber: identitarias porque, al tener una misma representación social, puede ser que un individuo se sienta parte de un grupo; de legitimización porque sirven de guía, directriz o justificación para nuestro modo de actuar; y del saber porque nos ayudan a entender el mundo que nos rodea y son el filtro a través del cual miramos nuestro entorno.

La teoría del núcleo central propuesta por Abric¹⁸ posibilita explorar las representaciones sociales que las personas tienen sobre un fenómeno en específico, además de la manera en cómo estas delimitan saberes y conductas, elementos que se muestran estructurados y organizados a partir de un núcleo central con elementos periféricos. Bajo este principio, el núcleo central genera y organiza las RS, les da sentido y estabilidad, mientras que los elementos periféricos permiten tanto su contextualización como su operacionalización^{18,19}. Así pues, se considera que las RS se constituyen y organizan de forma estructurada, donde pueden identificarse elementos jerarquizados a los cuales se les asigna una ponderación que da sentido o valor al fenómeno estudiado.

Por lo antes expuesto, el objetivo de la presente investigación es conocer las RS en salud mental entre la población nahua de la Huasteca sur de San Luis Potosí (SLP) a partir de las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las palabras que la población nahua de la Huasteca sur de SLP asocia en mayor medida al concepto de salud mental?
2. ¿Cómo se relacionan los conceptos que tienen los nahuas de la Huasteca Potosina sur sobre la salud mental respecto a otros pueblos originarios o grupos sociales en América Latina?

METODOLOGÍA

Diseño: Abric¹⁸ sugiere estudiar las RS desde una perspectiva plurimetodológica; por lo que se realizó un estudio exploratorio basado en un enfoque de asociación libre para identificar los elementos centrales y la estructura de las RS sobre el concepto de salud mental, a partir de diversos análisis.

Escenario: La región de la Huasteca es uno de los territorios con mayor concentración de pueblos originarios del país. Orientada hacia el Golfo de México, se extiende sobre seis estados: Hidalgo, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz¹⁹. La investigación se desarrolló en la zona correspondiente a la Huasteca Potosina, en donde habita el 57 % del total de la población perteneciente a los pueblos originarios de San Luis Potosí. Al sur del estado reside la población nahua, en particular, en los municipios de Axtla de Terrazas, Coxcatlán, Matlapa, San Martín Chalchicuautla,

Tamazunchale, Tampacán y Xilitla²⁰. A pesar de ser la zona con mayor concentración de hablantes en lengua náhuatl, no todos los pobladores de esta parte de la Huasteca Potosina se consideran integrantes de un pueblo originario.

Las comunidades de la Huasteca Potosina sur tienen una organización política representada por delegados, quienes poseen atribuciones para tomar decisiones concernientes a la comunidad, razón por la cual se les solicitó autorización para realizar la investigación mediante una reunión informativa. Una vez que el comité representativo de la comunidad autorizó el trabajo de investigación, se procedió a informar a la población sobre la intervención y fueron presentados los integrantes del equipo investigador. Las entrevistas a los participantes se realizaron en las galeras donde suelen reunirse todos los habitantes, para evitar asistir a sus hogares por precaución y seguridad. Es importante mencionar que la comunicación fue en lengua española, ya que la población es bilingüe; la mayoría no portaban su vestimenta tradicional náhuatl y tampoco se identificaban como indígenas. Los hijos de las personas participantes, en su mayoría, solo hablan español.

Participantes: Mediante una selección de participantes intencionada²¹, la muestra (n = 100) quedó conformada por mujeres y varones pertenecientes a pueblos originarios de la región de la Huasteca sur del estado de San Luis Potosí, en México. El promedio de edad registrado fue de 37 años. Respecto al sexo, el 90 % eran mujeres, poco más de la mitad de estas se encontraban casadas (53 %) y pertenecían a la etnia nahua (67 %). De las personas encuestadas, no todas se identificaban como nahuas, aunque vivían en comunidades consideradas como población indígena nahua. La descripción de la muestra se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes		
Variable	Categoría	%*
Sexo	Hombres	10
	Mujeres	90
Estado civil	Casado	53
	Divorciado	5
	Soltero	6
	Unión libre	35
Municipio	Axtla	13
	Tamazunchale	87
Etnia	Náhuatl	67
	Ninguna	33

*N: 100 personas

Recolección de datos: A los participantes se les aplicó la técnica de listados libres, la cual consiste en una entrevista estructurada o un cuestionario donde se solicita a la persona una lista de palabras o frases relacionadas a un concepto en particular, en este caso, a la salud mental²². En una primera sección del cuestionario se preguntaron datos generales como las iniciales de su nombre, sexo, religión, estado civil, si consideraba a su familia de origen indígena y a qué etnia pertenecía;

además, se pretendía saber si las personas habían escuchado la palabra salud mental. En caso de una respuesta afirmativa, se procedía a pasar a una segunda sección, cuya actividad consistió en solicitar a la persona cinco palabras o frases que relacionaran de forma inmediata con el concepto de salud mental.

Los listados libres se aplicaron a través de un formulario físico. Para ello, se invitó a participar a los padres de familia de doce escuelas primarias ubicadas en dos municipios del sur de la Huasteca Potosina. Elegir las escuelas primarias para recabar información explica la sobrerrepresentación de las mujeres en la muestra. Es importante mencionar que el trabajo de campo se realizó durante la pandemia, donde se solicitó a la población permanecer en cuarentena, por ende, no se contactó a más participantes, obteniendo así una muestra pequeña. Además, durante el proceso de investigación, se vivieron eventos de violencia derivados del crimen organizado, razón por la cual el investigador principal tuvo que permanecer resguardado y respetar la decisión de las comunidades de no abrir espacios de interacción social.

Análisis de datos: En la primera etapa se diseñó una matriz de datos para realizar análisis léxico-métricos y así conocer las evocaciones más frecuentes¹⁸. En la segunda, se llevó a cabo un análisis prototípico con el fin de identificar el núcleo central y los nodos periféricos a partir de dos indicadores: 1) la frecuencia con la se mencionó una palabra, y 2) el orden o el lugar donde fue mencionada^{18,23-26}. En la tercera etapa se ejecutó un análisis de similitudes para explorar la forma en cómo se estructuraban temáticamente los nodos representacionales a partir de la proximidad y la relación de las evocaciones. Esto último es presentado en un árbol máximo, gráfico que muestra la organización de los nodos y sus núcleos temáticos^{27,28}. Realizar esta diversidad de análisis permitió confirmar tanto los elementos centrales como los periféricos de las RS. El procesamiento de datos se efectuó en el software IRaMuTeQ versión 0.7.

Consideraciones éticas: En muchas ocasiones la investigación científica necesita de la experimentación en sujetos humanos, la cual debe realizarse con apego a principios éticos que protegen a los sujetos que participan. Los principios se han publicado en diversas declaraciones y consensos mundiales; una de las más importantes es la Declaración de Helsinki, originalmente adoptada en junio de 1964 en Finlandia, la cual se ha sometido a múltiples revisiones y clarificaciones²⁹.

La Ley General de Salud en Materia de Investigación establece los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse toda investigación científica y tecnológica destinada al estudio de la salud. En atención a las bases establecidas, el psicólogo investigador debe utilizar en sus investigaciones pruebas estandarizadas validadas bajo el método científico, además debe poseer conocimiento profesional actualizado de acuerdo con el artículo 16 del Código Ético del Psicólogo³⁰. De acuerdo con lo estipulado en esta ley, el presente estudio se consideró como de riesgo mínimo, dado que no se manipularon o se modificaron variables relacionadas a la salud de las personas participantes³¹.

En nuestro estudio, todas las personas participaron de manera voluntaria; recibieron un consentimiento informado en el cual se explicaba el objetivo de la investigación e informaba que los datos recabados serían confidenciales y manejados con estricto apego al trabajo de investigación. Ninguno de los participantes presentó daño físico, psicológico o de algún otro tipo. Asimismo, el proyecto de trabajo de investigación fue revisado por el Comité de Ética e Investigación en Psicología, obteniendo una evaluación favorable; se le asignó el folio 2131252022 por una universidad

pública del estado de San Luis Potosí. Los datos se encuentran bajo resguardo del equipo investigador y a disposición de la institución con fines de divulgación científica, con protección al anonimato de los participantes.

RESULTADOS

Tras el análisis de los datos, el 10 % de la población encuestada refirió no conocer sobre el concepto de salud mental, mientras que el 90 % mencionó sí haber escuchado acerca del término. Estos resultados indican la necesidad de difundir más información respecto a la salud mental en la zona de estudio. Cabe mencionar que, del total de la población, el 14 % acude con un profesional en psicología para recibir ayuda.

En la tabla 2 se muestran las evocaciones referidas con mayor frecuencia. Con un total de 366 vocablos alusivos a la salud mental, se reportan aquellos expresados en por lo menos tres ocasiones (11 palabras), lo que representó el 13.94 % del total de menciones. Los términos referidos en más ocasiones fueron *paz*, *tranquilidad*, *respeto* y *felicidad*.

Tabla 2. Análisis prototípico de la representación social de salud mental		
Evocación	F	Rango
Núcleo central		
<i>Paz</i>	7	2.3
<i>Tranquilidad</i>	7	1.6
Primera periferia		
<i>Respeto</i>	6	3.0
<i>Felicidad</i>	6	3.8
<i>Amor</i>	5	3.4
<i>Confianza</i>	5	3.0
<i>Estabilidad emocional</i>	3	1.3
<i>Bienestar</i>	3	2.0
<i>Autoestima</i>	3	1.7
<i>Alegría</i>	3	2.3
Segunda periferia		
<i>Seguridad</i>	3	3.7

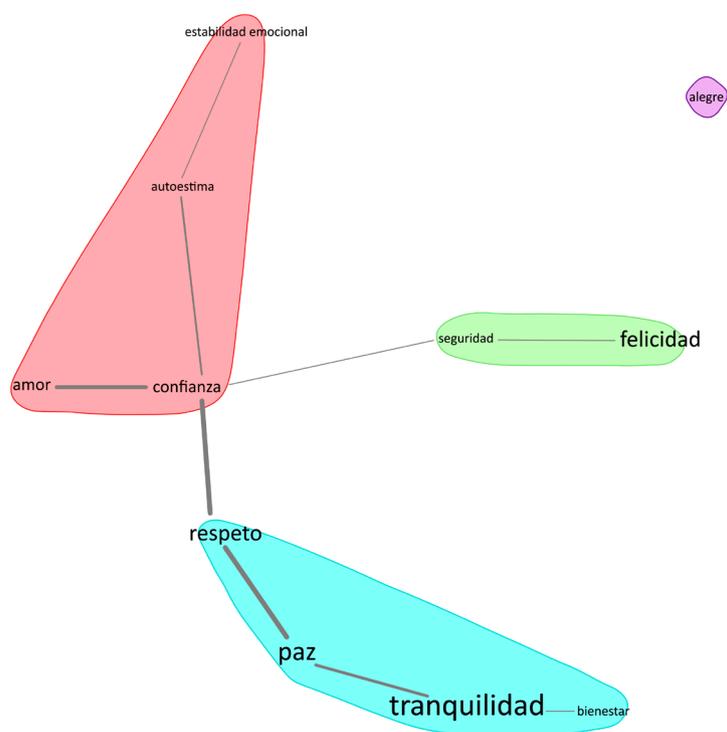
También se muestra el análisis del prototipo de la representación social de salud mental. Este se realizó a partir de la frecuencia y el rango de mención, es decir, a partir de cuántas veces fue mencionada la evocación y en qué número de menciones apareció. Se identificaron tres zonas:

1. Núcleo central. Se conforma por las evocaciones de *paz* y *tranquilidad*. Dada su alta frecuencia, así como su mención en los primeros lugares, representan los elementos centrales, que son los de mayor importancia y consenso en el pensamiento colectivo de las personas.
2. Primera periferia. Se divide en dos zonas que albergan las palabras *respeto*, *felicidad*, *amor*, *confianza*, *estabilidad emocional*, *bienestar*, *autoestima* y *alegría*. Al ser la que operacionaliza y da contexto al núcleo central, es lo más accesible de la representación social. Esto eventualmente puede cambiar e, incluso, llegar a formar parte del núcleo central.

3. Segunda periferia. Se integra por la única evocación de *seguridad*. Debido a su baja frecuencia y mención en los últimos lugares, es reflejo de significados personales que representan una dimensión más individual.

En la figura 1 se muestra el árbol máximo resultante del análisis de similitudes a partir de la co-ocurrencia de las evocaciones, y se aprecia la organización de los nodos representacionales respecto al concepto de salud mental. Se observan cuatro núcleos, donde las evocaciones que mostraron mayor frecuencia son presentadas en un tamaño de letra más grande, mientras que aquellas más próximas se presentan en el mismo lugar de mención.

Figura 1. Árbol máximo sobre la representación social de salud mental



Señalización. Azul: elementos fundamentales; rojo: expresiones; verde: elementos valorados para el mantenimiento; morado: elementos periféricos. Las líneas de conexión expresan la frecuencia de coocurrencia entre los elementos.

En primer lugar, en el núcleo color azul, se plasman los elementos con mayor frecuencia, los cuales parecen representar elementos fundamentales de la salud mental, los más mencionados fueron *paz*, *tranquilidad*, *respeto* y *bienestar*, en ese orden de frecuencia. El segundo núcleo, sombreado de color rojo, muestra evocaciones que hacen alusión a la manera en cómo se expresa la salud mental; los conceptos de *amor* y *confianza* estuvieron entre los más referidos, seguidos de *autoestima* y *estabilidad emocional*. En tercer lugar, el núcleo color verde refleja elementos valorados, estos influyen en el mantenimiento de la salud mental; el más nombrado fue *tranquilidad* y, en menor proporción, *seguridad*. Por último, en la periferia, se encuentra un cuarto núcleo en color morado, en su interior se advierte la palabra *alegría*; este corresponde al núcleo al que menos se alude.

DISCUSIÓN

Uno de los resultados que llamaron la atención fue el desconocimiento sobre salud mental como concepto, ya que el 10 % de las personas entrevistadas refirieron no haber escuchado en absoluto sobre el tema. El hecho de que la mayoría de las personas conozcan el concepto podría deberse a la reciente planificación y promoción de las campañas en salud mental que realizan las instituciones de salud para socializar el concepto en la población, a pesar de la escasa cobertura de atención de profesionales especialistas en la zona de estudio. Es importante recordar que la salud mental no ha sido una prioridad de los sistemas de salud; además, en México hay una serie de factores que han limitado su integración, estos van desde la brevedad para atender los trastornos mentales hasta el estigma en quienes los padecen³².

En la presente investigación, las RS sobre salud mental fueron asociadas con mayor frecuencia a la *paz, tranquilidad, respeto y felicidad*. Estas asociaciones son comunes de encontrar en diversos estudios, tanto en pueblos originarios como en otros grupos; por ejemplo, en una investigación realizada en Colombia, la percepción en salud mental que tienen estos pueblos se vincula a conceptos como felicidad, paz y sentirse bien³³, todo lo anterior relacionado con la buena convivencia dentro de una sociedad. En otra investigación realizada en la ciudad de Guadalajara, en México, se encontró, en población adulta no indígena, que la salud mental está asociada a emociones positivas como la tranquilidad y la estabilidad, las cuales generan bienestar, además de mejorar la calidad de vida³⁴.

En años más recientes, en Colombia se observó que las personas adultas perciben la salud mental desde una comprensión positiva, donde las palabras bienestar y tranquilidad reflejan el estado emocional de los individuos³⁵. También, en la población mexicana se encontró que las RS más asociadas con salud mental fueron bienestar y tranquilidad³⁶. Dichas palabras referidas coinciden con la presente investigación, en especial con el concepto de tranquilidad. La diferencia identificada en las investigaciones citadas es la variación de las palabras que secundan al concepto de tranquilidad: estabilidad, paz y bienestar. Estos datos corresponden con el trabajo realizado por Montoya Vélez et al.³, quienes encontraron que los pueblos originarios presentan una cosmovisión sobre salud mental más encaminada a una manifestación holística, en comunión con la familia, la naturaleza y la parte espiritual.

Ahora bien, en relación con la cosmovisión de los pueblos originarios, en específico con la que pertenece a la cultura nahua, esta resulta de gran trascendencia. La cosmovisión rige las interacciones entre las personas y todos los seres vivos en cada aspecto de la vida; las interacciones constructivas —que implican valores como el respeto y la reciprocidad— generan un estado de tranquilidad y paz³⁷.

Por otra parte, destaca el concepto de respeto, que en las localidades nahuas de la Huasteca se relaciona con una forma de trabajar, una conducta individual constructiva en la comunidad, el cuidado al agua, a los cultivos, a todo lo que nos nutre y da vida, así también, a la convivencia armoniosa entre las personas y los demás seres vivos, entre otros³⁷.

En las actividades desarrolladas en esta investigación no se pudo realizar un análisis desagregado por género, pues el 90 % de la población fueron mujeres, y solo el 10 %, hombres. Ante dichos datos, las diferencias de sexo y los roles de género son aspectos que influye en la salud mental. Por ejemplo, las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar problemas afectivos en comparación con los hombres³⁸. Otros autores señalan que las mujeres con un nivel educativo básico y un nivel bajo de funcionamiento familiar presentan mayor probabilidad de caer en depresión^{39,40}.

Los árboles máximos generados a partir de las palabras asociadas a salud mental muestran que, en general, se tiene una concepción similar del tema, lo que dio como resultado la conformación de tres apartados. En el primero, los términos *tranquilidad*, *paz* y *respeto* son los de mayor frecuencia, lo cual evocaría el pensamiento colectivo de las personas. En el segundo, las palabras que más representaron socialmente a la población fueron *felicidad*, *amor*, *confianza*, *estabilidad emocional*, *bienestar*, *autoestima* y *alegría*, dichas evocaciones se asociaron a la salud mental en un segundo plano. Por último, en una tercera periferia muy lejana se obtiene la palabra *alegría*, sin embargo, esta no puede ser considerada como elemento de representación social, sino más bien como una acotación más individual que colectiva. Los dos primeros nodos de los árboles son elementos similares encontrados en investigaciones en donde la muestra no contempla a habitantes de pueblos originarios, tal como lo reportan los estudios de Mazorco³⁵, Palacios³⁶ y Torres et al.⁴¹.

Derivado de lo anterior, parece ser que la salud mental asociada al colectivo da tranquilidad; con el estilo de vida actual se vuelve necesaria su atención, pues ante un contexto donde la población vive inmersa en constante estrés, ansiedad o depresión generadas tras la pandemia por COVID-19⁴², o, en su defecto, por la violencia e inseguridad que se vive en el país^{43,44}, esta se afecta al grado de provocar en la persona diversos trastornos mentales.

Ahora bien, desde la perspectiva de los pueblos originarios, los elementos que llamamos biológicos, de salud mental y espirituales están relacionados con la concepción de salud, pues esta se observa desde una perspectiva holística. Para dichos pueblos, la salud es un equilibrio entre las dimensiones de la persona y el ambiente que le rodea, por tal razón, al presentar un desequilibrio en cualquiera de estas dimensiones se pueden generar problemas de salud⁴⁵. Por lo tanto, considerar atender la salud mental de la mano de profesionales de la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia facilitaría la atención y el cuidado desde la visión integral y holística de la cosmovisión de las comunidades originarias.

La salud mental, en relación con la cosmovisión de los pueblos originarios, quienes consideran a la familia, lo espiritual y la naturaleza como parte esencial de sus vidas, brinda equilibrio, amor, paz, tranquilidad y felicidad a las comunidades. Para lograr un estado de bienestar es importante que los psicólogos o los psiquiatras contemplen una intervención desde un marco intercultural. Continuamente se piensa en la medicalización ante un problema de salud mental, pero las sociedades en los pueblos originarios pueden observar soluciones distintas, las cuales se relacionan con el equilibrio de su ecosistema, donde la naturaleza y su interacción con ella juegan un papel importante para el equilibrio de su paz y espiritualidad, tal como lo refieren las personas investigadas. Sin embargo, para afirmar dichas hipótesis, es importante que las investigaciones ahonden aún más estos conceptos en relación con la cosmovisión de los pueblos originarios.

CONCLUSIONES

El objetivo central de la investigación se centró en explorar las representaciones sociales de la salud mental que tiene la población adulta del pueblo originario nahua de la Huasteca sur de San Luis Potosí. El trabajo permitió concluir, como principal hallazgo, que las RS sobre la salud mental en esta población se asocian a tres palabras principales: *tranquilidad*, *paz* y *respeto*. Por lo tanto, la definición de la salud mental en la cultura de los pueblos originarios se concibe como un estado de tranquilidad que se relaciona con los estados pacíficos del contexto, donde el respeto al prójimo y al entorno natural pueden fragmentarse por conflictos sociales, económicos, políticos o de salud.

Otro elemento significativo encontrado es que existe un desconocimiento sobre el concepto de salud mental en una parte de los habitantes de los pueblos originarios pertenecientes a la zona sur de la Huasteca Potosina, situación que puede dar una idea de la escasa socialización del concepto entre la población, y tal vez una de las razones son los factores de baja cobertura institucional en temas de psicología, por lo que convendrían futuras investigaciones que exploren las posibles razones de tal contexto.

También se considera necesario profundizar en las investigaciones de representaciones sociales desde una perspectiva cualitativa, ya que el trabajo de campo permitirá conocer de manera más directa el pensamiento colectivo de las sociedades en el contexto de los pueblos originarios y rurales para comprender con mayor solidez la cosmovisión de estas poblaciones. Así, por ejemplo, los estudios etnográficos podrán coadyuvar al conocimiento de dichos fenómenos.

Una de las aportaciones más significativas del presente trabajo fue encontrar que los profesionales de la salud mental deben estar capacitados para atender a una sociedad pluricultural, con una visión que contemple el contexto y no bajo un concepto occidentalizado de la salud mental. Es fundamental contar con una visión holística y multidisciplinaria para atender a los diversos grupos sociales; también es importante reconocer que la medicalización no es la única forma de atender a la población, en especial, a las personas de pueblos originarios.

Es relevante considerar que la realización de los cuestionarios se limitó a una muestra pequeña del pueblo de la Huasteca. En este sentido, se recomienda realizar investigaciones que contemplen a una población mayor e incluyan a todos los municipios de la Huasteca sur de San Luis Potosí, de manera que se tengan mayores elementos para la generalización de los resultados.

Por último, es recomendable tener en consideración la iniciativa impulsada por la OPS que refiere atender a los pueblos originarios en materia de salud desde una perspectiva intercultural, por ende, el presente trabajo pretende abonar al cumplimiento de esta necesidad para que los pueblos originarios tengan derecho a la participación, esto permitirá revitalizar la cultural y la reciprocidad en las relaciones, tal como lo señala la OPS.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención con los participantes.

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a los participantes.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. Ninguno.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. <https://bit.ly/494fNo1>
2. Hahn RA, Inhorn MC. Anthropology and public health. Bridging differences in culture and society. 2nd ed. USA: Oxford University Press; 2008.
3. Montoya-Vélez EM, López-Ríos JM, Cristancho-Marulanda S, Valencia-Franco MC, Montero-de la Rosa OD, Hernández-Holguín DM. Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. Ciênc. saúde coletiva. 2020; 25(3): 1157-66. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.17832018>

4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
5. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Día Internacional de los Pueblos Indígenas. México: CNDH; s/f. <https://bit.ly/3IH7vrz>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de los pueblos indígenas. México: INEGI; 2022. <https://bit.ly/3Ps9Zxu>
7. Haro JA. Etnicidad y salud. Estado del arte y referentes del noroeste de México. Reg soc. 2008; 20(spe 2): 265-313. <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a532>
8. Lopera-Valle JS, Rojas-Jiménez S. Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. Medicina UPB. 2012; 31(1): 42-52. <https://bit.ly/3xQrPoo>
9. Gaytán-Jiménez E, Rosales-González M, Reyes-Hernández H, Díaz-Barriga Martínez F, Calderón-Hernández J. Prevalencia de dificultades emocionales, conductuales y cognitivas en niños de escenarios urbanos con diferente grado de marginación. Rev. de psicol. y cienc. del comport. de la Unidad Académica de Cienc. Juríd. y Sociales. 2015; 6(1): 57-74. <https://bit.ly/3xXEJAH>
10. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015. Washington, D.C.: OPS; 2016. <https://bit.ly/4aonIxI>
11. Alvidrez J. Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European American young women. Community Ment Health J. 1999; 35(6): 515-30. <https://doi.org/10.1023/A:1018759201290>
12. Villaseñor C, Calderón-Hernández J, Gaytán E, Romero S, Díaz-Barriga F. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos. Rev Panam Salud Publica. 2017; 41: e1. <https://bit.ly/3w4oI8F>
13. Mukherjee M, Awasthi P. Involuntary cultural change and mental health status among indigenous groups: A synthesis of existing literature. Community Ment Health J. 2022; 58(2): 222-30. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00813-w>
14. Gone JP. Community mental health services for American Indians and Alaska Natives: Reconciling evidence-based practice and alter-native psy-ence. Annu Rev Clin Psychol. 2023; 19: 23-49. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-072950>
15. Perera-Pérez M. A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. CD Caudales. 2003; 1-35. <https://bit.ly/3PwtwwO>
16. Rateau P, Lo Monaco G. La teoría de las representaciones sociales: orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. rev. CBS psicol. 2013; 6(1): 22-42. <https://bit.ly/4df95yJ>
17. Groult-Bois N. Capítulo 1. Una herramienta no tan nueva en investigaciones: la teoría de las representaciones sociales. En: Arellano-Ceballos AC, Pérez-Barajas AE. Las representaciones sociales en el estudio de la lengua, la cultural y la sociedad. Aproximaciones teóricas, metodológicas y aplicadas. Colima: Universidad de Colima; 2020. p. 15-31. <https://bit.ly/49Vf7Sh>
18. Abric JC. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán; 2001. <https://bit.ly/3Tq7qoi>
19. Programa del Desarrollo Cultural de la Huasteca. La Huasteca. México. 2019. <https://bit.ly/3UAAHqS>

20. Secretaría de Salud de San Luis Potosí. Diagnóstico Sectorial. Sector Salud. San Luis Potosí. San Luis Potosí: Secretaría de Salud; 2018.
21. Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial McGraw Hill Education; 2018. <https://bit.ly/44l8BDe>
22. Bernard HR. Interviewing III: Cultural Domains. In: Bernard HR. Research methods in anthropology. 5th ed. Maryland, USA: AltaMira Press; 2011. p. 223-37. <https://bit.ly/4dkxymw>
23. Vergès P. L'Evocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie. 1992; 45(405): 203-9. <https://bit.ly/3vnfmHC>
24. Vergès P. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. R. Franç sociol. 2001; 42(3): 537-61. <https://bit.ly/4dggzlb>
25. Banchs MA. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. Papers on Social Representations. 2000; 9: 3.1-3.15. <https://bit.ly/3BpJ6Gx>
26. Navarro-Carrascal O, Gaviria-Londoño M. Representaciones sociales del habitante de la calle. Univ. psychol. 2010; 9(2): 345-55. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.rshc>
27. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). Actes des 11èmes Journées Internationales d'Analyse des Données Textuelles (JADT). 2012; 687-99.
28. Molina-Neira J. Tutorial para el análisis de textos con el software IRAMUTEQ. Barcelona; Universidad de Barcelona; 2017. <https://bit.ly/3vjN9l3>
29. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano. Francia: AMM; 2015. <https://bit.ly/3VuYBVr>
30. Sociedad Mexicana de Psicología. Código ético del psicólogo. 4^{ta} ed. México: Trillas; 2007. <https://bit.ly/496mF4i>
31. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México: DOF; 2023. <https://bit.ly/3UCfSeu>
32. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Galván-Reyes J. Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. Salud pública Méx. 2018; 60(2): 184-91. <https://doi.org/10.21149/8673>
33. Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016; 45: 119-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005>
34. Torres-López TM, Munguía-Cortés JA, Aranda-Beltrán C, Salazar-Estrada JG. Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. rev. CES psicol. 2015; 8(1):63-76. <https://bit.ly/3VutJ7N>
35. Mazorco-Salas JE. Representaciones sociales sobre la salud mental construidas por los miembros de una universidad regional en Ibagué, Colombia: un abordaje metodológico mixto. Rev. colomb. soc. 2021; 44(2): 95-121. <https://doi.org/10.15446/rsc.v44n2.87724>
36. Palacios-Rodríguez OA. Representaciones sociales sobre la salud mental en mujeres y hombres adultos. REPI. 2021; 24(2): 487-506. <https://bit.ly/3w3oNMV>
37. Urquijo PS. Reseña del libro: The ways of the water. A reconstruction of Huastecan Nahua society through its oral tradition, Anuschka van 't Hoof. Secuencia. 2009; 74: 178-81. <https://bit.ly/49Tyw61>
38. Sol-Pastorino M, Vanegas-López J, Florenzano-Urzuá R. Salud mental con perspectiva de género. Salud pública Méx. 2017; 59(6): 601-2. <https://doi.org/10.21149/8508>

39. Gil-Hernández Y, Haro-Acosta ME, Hernández-Barba C, Quiñones-Montelongo KA. Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez laboral por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2019; 20(2): 52-6. <https://bit.ly/4cFDNAP>
40. Gaytán-Jiménez E, García-Vargas G, Gaytán-Hernández D, Rosales-González M, Reyes-Hernández H, Sánchez-Armass Capello O, et al. Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta universitaria*. 2019; 29: e2063. <http://doi.org/10.15174/au.2019.2063>
41. Torres-López TM, Munguía-Cortés JA, Aranda-Beltrán C, Salazar-Estrada JG. Concepciones culturales sobre la salud mental de personas que asisten a procesos terapéuticos psicológicos. *Actual. psicol.* 2015; 29(118): 35-46. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v29i118.15932>
42. Valero-Cedeño NJ, Vélez-Cuenca MF, Duran-Mojica AA, Torres-Portillo M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enferm. investig.* 2020; 5(3): 63-70. <https://bit.ly/3QhTUuV>
43. Sarmiento-Suárez R. Trastornos de estrés postraumático, ansiedad y depresión en adolescentes y adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008. *Med.* 2016; 38(2): 134-56. <https://bit.ly/49haYYx>
44. Orozco-Ramírez LA, Ybarra-Sagarduy JL, Romero-Reyes D, Esparza-del Villar OA. Victimización directa e indirecta y síntomas de estrés postraumático en estudiantes universitarios del Noreste de México. *Acta colomb. psicología.* 2020; 23(1): 301-10. <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.14>
45. Pérez C, Sepúlveda D, Cova F, Nazar G. Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. *Rev. Cienc. Salud.* 2020; 18(1): 152-68. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8778>