

Artículo de  
investigación

# Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la Ciudad de México

SHOSHANA BERENZON GORN  
Jazmín Mora Ríos

En los últimos años, se ha reconocido la importancia de recuperar el conocimiento de los procesos de salud y enfermedad tomando como punto de partida a los propios actores sociales. Un ejemplo de ello tuvo lugar durante el Foro Mundial de Investigación en salud en la Ciudad de México en el 2004, en el que se propone que la investigación debe traducirse en acciones (intervenciones) que incluyan la visión de la población con respecto a la definición de los problemas y en el compromiso con los resultados.

Para lograr lo anterior, es vital obtener conocimiento de las percepciones y vivencias cotidianas que tiene la población alrededor de su salud. Diversas aproximaciones se han interesado en su estudio. Por ejemplo, en la antropología médica norteamericana se distinguen por lo menos dos dimensiones de la misma enfermedad: enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*). *La enfermedad* se refiere a la anomalía en la estructura y/o función del órgano o sistema de órganos, pertenece al campo del modelo bio-

**RESUMEN**

El objetivo de este trabajo es conocer las percepciones y concepciones de salud que la población adulta de dos comunidades urbanas de la Ciudad de México tiene acerca de sus padecimientos, la manera como enfrentan estas situaciones, los recursos de ayuda que emplean, así como las trayectorias de atención seguidas en busca de una solución a sus padecimientos. La información que se analiza en este trabajo proviene de dos investigaciones que se llevaron a cabo en población urbana adulta en diferentes comunidades del sur de la Ciudad de México y en el que se emplearon metodologías cualitativas. Con base en el análisis de 38 entrevistas en profundidad con adultos (25 mujeres y 13 hombres) de estas comunidades, se encontró que el conocimiento generado acerca de significados atribuidos por los entrevistados a la salud y a la enfermedad se encuentran estrechamente ligados con los aspectos socioeconómicos y culturales, lo cual habla de la necesidad de plantear una definición más integral de la salud mental.

**Palabras clave:** Padeceres emocionales, Población urbana, Ciudad de México, Salud mental, Investigación cualitativa.

**ABSTRACT**

The aim of this study is to determine the perceptions and conceptions of health that the adult population of two urban communities in Mexico City has of their emotional disturbances, the way they cope with these situations, the types of assistance they seek as well as the treatment pathways they take in order to find a solution to their problems. The information analyzed in this study comes from two studies undertaken on the adult urban population in two different communities in the south of Mexico City, in which qualitative methodology was used. An analysis of 38 in-depth interviews with adults (25 women and 13 men) in these communities showed that the knowledge generated about the meanings the interviewees attributed to health and sickness were closely linked to socio-economic and cultural aspects, which suggests the need to propose a more integral definition of mental health.

**Key words:** Emotional disturbances, Urban population, Mexico City, Mental health, Qualitative research.

médico. Es la forma en que los practicantes de la medicina oficial interpretan un problema de salud. *El padecimiento* es la experiencia subjetiva de los síntomas y del sufrimiento, es decir, cómo la persona enferma los presenta, qué perciben los miembros de su familia o de la comunidad, cómo viven y reaccionan frente a los síntomas y a las incapacidades que estos generan (1).

Los padecimientos se refieren al conjunto de conceptos, experiencias y sentimientos comunes de un determinado grupo social, constituidos de manera múltiple, y que relacionan el contexto social e histórico con la experiencia biopsíquica. Es decir, se concibe la salud o el padecer integrando todas las dimensiones del ser humano y no se conciben el ámbito mental y el físico separados de otros aspectos de la vida de la persona (1,2,3).

Estas formas de conceptualizar los padeceres se observan en diferentes culturas. Por ejemplo, en la población aborigen de Canadá existe una creencia muy arraigada de que cuando se experimenta angustia, hay un desequilibrio, si este es demasiado grande, la salud se resiente, ya sea a nivel del cuerpo, el espíritu, las emociones o la mente (4).

Dentro de la medicina tradicional Mexicana, la salud es definida como un estado de equilibrio que abarca el cuerpo, los sentidos, la mente, el espíritu, la imagen que cada quién tiene de sí mismo y su vínculo con el entorno físico y social. La ruptura de este equilibrio conduce al concepto de *padecer* (5). En China, trastornos como la depresión o la ansiedad se tienden a expresar o experimentar de maneras en las que predomina el sufrimiento corporal, lo anterior debido a que la enfermedad mental está muy estigmatizada y por las normas culturales resulta muy amenazadora. En cambio, el afecto somatizado (la emoción como dolor corporal, no psíquico) es un estado límite más aceptado (6).

Por otra parte, autoras como Burin (7), proponen estudiar el malestar, esta dimensión se relaciona con conceptos como *desazón*, *incomodidad indefinible* o *"sentirse mal"*. La presencia de malestar no necesariamente indica patología, los malestares se asocian ante crisis vitales, etapas que generan angustia, decaimiento, miedo y ansiedad. Entre las manifestaciones sintomatológicas del malestar destacan la depresión, somatización y ansiedad.

En el campo de la investigación en salud en México se han documentado una serie de trabajos que revelan el interés en recuperar la experiencia subjetiva de los padecimientos. Entre los más representativos se encuentran los estudios de Módena (3) acerca de la forma en que la población mazahua (Estado de México) de los grupos de autoayuda construye su padecer. Mercado (2), quien aborda las trayectorias de enfermedad en personas diabéticas con el propósito de conocer cómo los individuos entienden, interpretan y responden a estos padecimientos. Por otra parte, la investigación de Castro (8) se interesa en el estudio de la experiencia subjetiva en salud, la enfermedad y la reproducción entre los habitantes de la comunidad de Ocuilulco (Morelos) y por último el trabajo realizado por Ravelo (9), con mujeres costureras acerca del proceso salud-enfermedad en el ámbito laboral.

En el ámbito de la salud mental, resulta también importante rescatar las percepciones y creencias que tiene la población, ya que como se ha visto en diversas investigaciones (10,11), es claro que los malestares y padecimientos siempre

se reflejan tanto en el ámbito emocional como en el físico.

Con base en lo anterior, el propósito de este trabajo consiste en conocer las percepciones y creencias de dos poblaciones urbanas de la ciudad de México, en relación con sus padecimientos emocionales cotidianos, de qué manera enfrentan estas situaciones y los recursos de ayuda a los que recurren, así como las trayectorias de atención seguidas en busca de una solución, cura o alivio a sus padecimientos. La información obtenida permitirá no sólo ampliar el conocimiento de las necesidades de atención en salud de las poblaciones urbanas sino aportar elementos para la elaboración de un programa de intervención que ayude a guiar la toma de decisiones en este campo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La información que se analiza en este trabajo proviene de dos proyectos de investigación que se llevaron a cabo en población urbana adulta en diferentes comunidades del sur de la ciudad de México (5,12). A continuación se describen los aspectos metodológicos más relevantes de ambos estudios.

### Estudio 1

El objetivo del primer estudio fue conocer y describir cómo se significa el conocimiento y las prácticas de la medicina tradicional urbana para el tratamiento de padecimientos afectivos, así como detectar los motivos identificados por los usuarios para recurrir a este tipo de medicina (5).

El estudio se realizó con 22 personas que recurren a la medicina tradicional como una opción de tratamiento a su padeceres. Para la selección de los casos se utilizó la estrategia de muestreo teórico, propuesto por Glaser y Strauss (13). Se entrevistó a 22 personas (15 mujeres y 7 hombres) que asistían con un médico tradicional. La mayoría de los informantes tenía entre 30 y 50 años de edad. 14 de los 22 entrevistados, practicaban la religión católica y 4 eran ateos. Las profesiones, actividades laborales y nivel de estudios de los entrevistados son muy diversos. De ellos, 4 tenían la primaria concluida y dos la secundaria, 5 realizaron estudios de bachillerato, 10 cuentan con licenciatura y 1 alcanzó estudios de posgrado. Cabe mencionar que cada uno de los usuarios entrevistados tiene una historia propia, una experiencia subjetiva de su padecer y una estrategia de solución ante el sufrimiento, lo que todos ellos comparten es el reconocimiento de la medicina tradicional como una alternativa de solución a los problemas de salud.

Se estructuraron dos etapas de investigación totalmente interrelacionadas. En la primera fase se hicieron una serie de observaciones, con una aproximación etnográfica (14). En la segunda fase se hicieron entrevistas, utilizando la técnica de entrevista de investigación social (15). En cada uno de los recorridos de campo, se hicieron observaciones y se tomaron notas de campo. Para realizar la segunda fase, se elaboró una guía de entrevista con diversos temas clave, sin embargo, para los efectos de este trabajo sólo se incluyó el análisis de los siguientes tópicos: a) concepciones de salud y enfermedad mental, b) principales padecimientos referidos por los entrevistados, c) formas de hacer frente a los mismos, d) trayectorias de atención. Las entrevistas requirieron una interacción cara a cara y tuvieron una duración aproximada de dos horas.

Para el análisis, se elaboraron categorías para clasificar la información de los temas tratados en las conversaciones. Estas categorías se identificaron con base en los propósitos propuestos en las guías de entrevistas y se agruparon utilizando la técnica de *categorización de significados* propuesta por Kvale (16). Con el propósito de evitar posibles discrepancias de criterio durante este proceso, codificaron el mismo material dos personas por separado y posteriormente se compararon las categorizaciones obtenidas por cada una. Las discrepancias en la codificación fueron resueltas con la discusión y con una revisión conjunta de los relatos originales (16). El siguiente paso consistió en realizar una categorización más fina del tema a partir de las sucesivas lecturas de cada entrevista. Posteriormente, las categorías generadas se estudiaron en conjunto con todo el texto y se analizó de qué forma cada entrevista estaba determinada por la cultura de los informantes, por la sensibilidad y conocimiento del tema y por la relación espacial y/o temporal en que se llevó a cabo la entrevista. Es decir, se estudió el discurso de los entrevistados en su contexto (17).

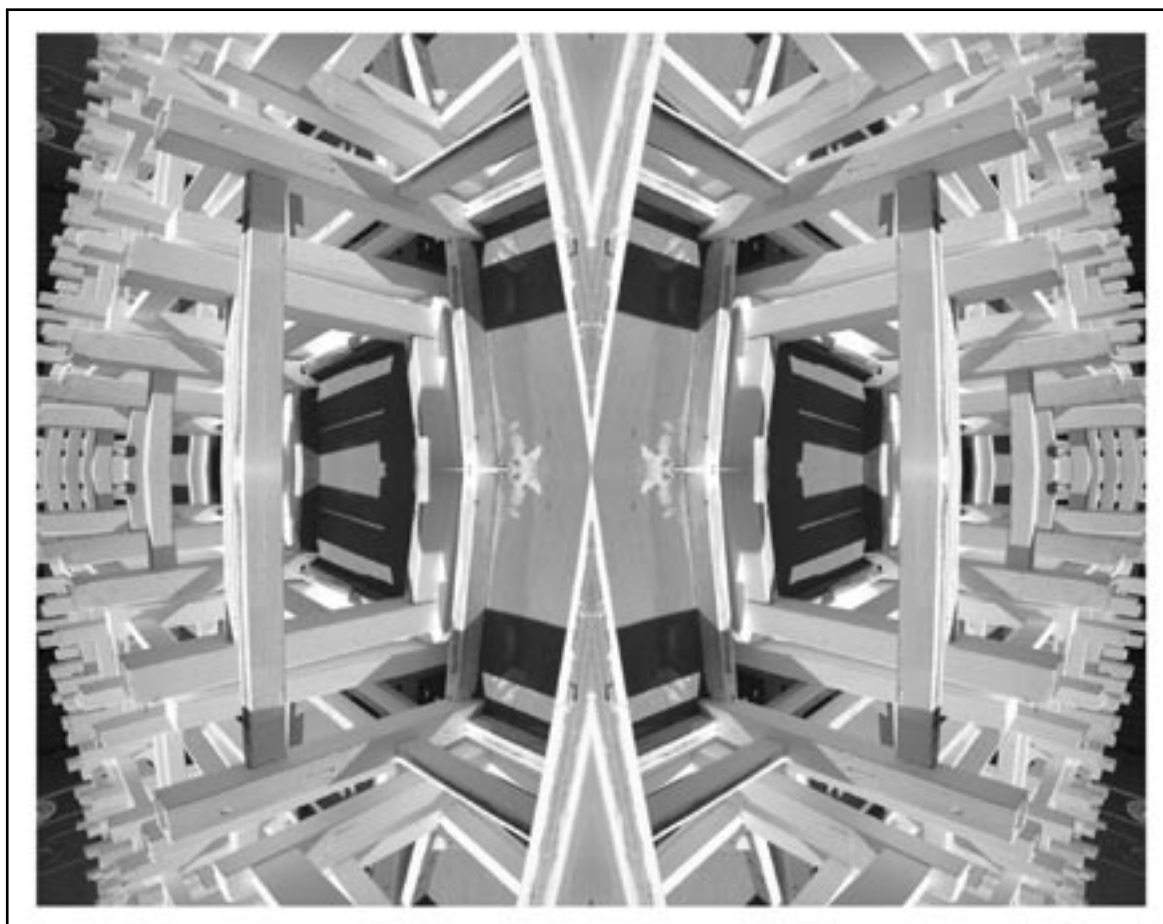
## Estudio 2

El interés central fue conocer las interpretaciones que la población adulta de una comunidad marginal atribuye a sus padecimientos emocionales y sus experiencias de salud en el contexto de su vida diaria, lo que brinda información sobre las prácticas sociales de los habitantes de la comunidad (12). Diferentes actores sociales fueron considerados en la investigación, desde las voces de los trabajadores de la salud, p.e. psicólogos, al médico de la comunidad, los vecinos, los líderes de la comunidad. El marco teórico de referencia fue

la teoría de las representaciones sociales, específicamente a través de una aproximación más procesual (18), adoptando una perspectiva multimetodológica (19).

El estudio se llevó a cabo en un asentamiento irregular ubicado al sur de la ciudad de México, en la delegación Magdalena Contreras. Para efectos de este trabajo únicamente se analiza la información derivada de 16 entrevistas en profundidad con la población adulta. El rango de edades fue entre los 27 y 58 años de edad, siendo la edad promedio de 36 años. De los participantes, solo 6 entrevistados fueron hombres. En relación con las características sociodemográficas de los informantes, el 75% tenía entre 4 y 20 años viviendo en la zona, mientras que el 25% tenían menos de un año en el lugar. Una proporción importante (31%) son originarios de la Ciudad de México y el resto proviene de diversos estados de la República Mexicana como Oaxaca, Querétaro, Estado de México y Puebla. El 63% contaba con estudios de primaria incompleta, en promedio de tercer año de primaria. Solo el 19% contaba con estudios superiores al nivel medio superior. El trabajo precario, de carácter eventual y sin prestaciones es el que predominó en los informantes siendo el trabajo doméstico, el comercio ambulante y como ayudantes de albañil las principales actividades desempeñadas en el caso de las mujeres.

Se emplearon entrevistas individuales en profundidad con el objeto de explorar las temáticas de estudio con base en el diseño de una guía de entrevista previamente elaborada y que contenía los siguientes tópicos, a) descripción general de la comunidad, b) padecimientos percibidos y atribuciones en relación con los mismos, c) respuesta frente a los padecimientos, d) redes sociales de apoyo y búsqueda de



Emmanuel García/Acústica Visual

atención, e) significados de los conceptos relacionados con la salud mental, f) actividades recreativas y uso del tiempo libre. Asimismo, se llevó a cabo un registro continuo de las observaciones en la comunidad a través de diarios de campo. El contacto con la población se dio a través de la coordinación de servicios médicos de la Delegación política en la que se ubica la comunidad, posteriormente fueron los primeros entrevistados quienes proporcionaron el contacto con los demás (“bola de nieve”). Las entrevistas individuales se llevaron a cabo en los domicilios de los entrevistados así como en el centro comunitario, y tuvieron una duración promedio de tres horas. Todas las entrevistas, con excepción de tres, fueron grabadas, transcritas y revisadas por el entrevistador.

El análisis cualitativo de la información se efectuó mediante dos estrategias: a) análisis temático y b) análisis textual. Para efectos de este trabajo, únicamente se hará referencia al análisis temático, el cual se basa en la identificación de categorías y subcategorías generadas a partir de los tópicos de estudio contenidos en la guía de entrevista, se adoptaron los procedimientos sugeridos por González-Martínez (20).

Respecto a las consideraciones éticas, en ambos estudios se les pidió a los participantes su autorización para colaborar en la investigación, se les explicó los motivos de la entrevista, el carácter confidencial de los datos, utilizando nombres ficticios para cada entrevistado. Asimismo, se les pidió autorización para grabar las entrevistas y para la socialización de la información recolectada. Las dos investigaciones fueron aprobadas por el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

El mostrar las metodologías de cada estudio no es con el objeto de homogeneizar a dos poblaciones que de antemano se sabe tienen características muy distintas. La intención es en todo caso recuperar la experiencia obtenida en ambos estudios en relación con sus percepciones y creencias acerca de la salud y la enfermedad, los aspectos atribuidos a los padecimientos y los malestares emocionales y las implicaciones que tienen los aspectos subjetivos en la búsqueda de ayuda y atención.

## RESULTADOS

### Concepciones de salud

La salud es considerada como un estado de equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. También se asocia con la posibilidad de realizar las actividades cotidianas y tener la capacidad de resolver los conflictos. Algunos entrevistados también consideran la salud como la ausencia de la enfermedad y donde la salud es equivalente a un estado de bienestar.

“Es que te puedas mover sin dolores, que tengas energía para hacer lo que tienes que hacer y puedas decidir tus actividades y que no tengas un impedimento para hacerlo, ¿de que tengo fiebre y no puedo salir; me duele y no puedo salir, es que tengo esta depresión y no puedo hacer nada!” (Claudia, 40 años).

### Concepciones de Enfermedad

Para los entrevistados, el concepto de enfermedad remite a una situación de malestar, y se refieren al mismo con frases como: “no estar bien con un mismo y ni con los demás”, es “tener un malestar o dolencia, perder la ilusión, sentirse triste y necesitar ayuda”, es “la falta de dinero y lo necesario para vivir”.

## Significados de los conceptos relacionados con la salud mental

**Salud Mental.** Para algunos de los entrevistados el concepto de “salud mental” se definió en términos de la ausencia de una enfermedad grave “de esas que dan miedo”, como “algo de la mente”, “la salud de uno” y “no estropearse la cabeza”. La salud mental también se asoció con “la capacidad de ser feliz”, “optimismo”, “libertad”, “voluntad” y con el entusiasmo de vivir. Otros informantes relacionaron la salud mental con la posibilidad de mantener una relación armónica entre el individuo y la sociedad, y entre el individuo y Dios. No obstante, sobre todo para los habitantes de la comunidad marginal, el concepto de salud mental, casi no es utilizado en el lenguaje cotidiano, en muchos casos los informantes decían que no se les ocurría nada alrededor de este término.

**Enfermedad mental.** Definida en términos de “estar loco” y la “locura” se reconoce como una conducta trasgresora de las normas de interacción social, como la violencia, las agresiones, no razonar, tener un mal comportamiento, por ejemplo tomar, fumar, decir groserías, expresarse mal, decir incoherencias, “*estar como idos*”, “*los vicios*”, el “*delirium tremens*”, “*lagunas mentales*”, “*drogas*”, “*alcoholismo*”, “*pensar cosas malas*” y el “*estar enfermito*”.

En relación con las causas que pueden conducir a las personas a “enfermarse de la mente”, fueron mencionadas las presiones y la incertidumbre por la situación económica.

“¿Enfermedad mental? Pues que no está uno bien de en todas sus capacidades uno para preguntarse que luego piensa uno otras cosas que no, que por cualquier problemita no tiene uno capacidad de superarlas, que hasta por ejemplo por una cartulina que le pidan a un niño en la escuela ya piensa uno que se va a acabar el mundo, que ya no tiene uno recursos, que ya no tiene uno dinero, que no tiene uno, se va a quedar uno sin trabajo” (Juan, 32 años).

### Padecimientos y malestares

Una forma de acceder al estudio de los malestares y padecimientos emocionales en la población urbana es indagar a través de las fuentes de preocupación en la vida diaria, las fuentes más importantes narradas por los informantes fueron los problemas económicos (no alcanza el dinero, deudas, dificultades para cubrir las necesidades de la familia) y los familiares (peleas con los padres, los hijos, los yernos y nueras, etc). La inseguridad percibida en la colonia también destacó como una fuente importante de preocupación.

El “sufrimiento” es un término muy utilizado por los entrevistados para dar cuenta de sus padecimientos y se encuentra estrechamente ligado con las preocupaciones económicas.

“Yo ya le dije, no quiero que vendas esta casa. Que esta casa se quede para mis hijos porque yo todos estos años que he sufrido lodo, tierra, polvo, tantas cosas no va a ser en vano. No quiero que la vendas” (Patricia, 34 años).

### Padecimientos relacionados con la salud mental.

Los padecimientos reportados como más importantes son: el consumo de alcohol en adultos varones, el consumo de drogas en adolescentes y la violencia intrafamiliar. En esta última, los grupos percibidos con mayor vulnerabilidad

fueron los niños y las mujeres, siendo la pareja la principal fuente de agresiones.

“Empecé a consumir porque tenía muchos problemas familiares. A mí me la dejaban [se refiere a la cocaína], como sabían que no me gustaba. Entonces un día dije [pues a ver qué se siente] y así empecé hasta que se dieron cuenta que les hacía falta. Después de un tiempo tenía muchos descuidos, a base de eso empecé a sufrir asaltos. Con mi pareja estar peleando, a veces eran cositas de nada, explosiones por nada... Yo me sentía con mucha presión, cansancio, enojo, mucho enojo, con cualquier cosita podía explotar. De repente me sentía muy agresivo, de repente muy feliz, de repente muy tranquilo, de repente muy nervioso...” (Marco, 33 años).

Los problemas de lenguaje y trastornos del aprendizaje fueron los más reportados en los niños, cuyas causas fueron según los informantes, la falta de atención y el abandono de los padres.

Como ya se mencionó, es frecuente que muchos trastornos mentales se tiendan a expresar o experimentar de formas en las que predomina el sufrimiento corporal, un ejemplo de lo anterior, son las atribuciones que los entrevistados hacen respecto a sus padecimientos: “colitis nerviosa por una sorpresa y preocupaciones”, “úlceras por estrés”, “nervios por problemas de trabajo, problemas familiares o problemas amorosos”, “diabetes por un coraje”, “presión alta por tensiones y preocupaciones”, “dolores de cabeza muy fuertes”, “no come por las preocupaciones”. En estas percepciones se observa claramente la integración entre los aspectos físicos y los emocionales, lo cual va incidir en la búsqueda de ayuda frente a sus padecimientos.

### Procesos de búsqueda de ayuda y atención a los padecimientos emocionales

Los recursos de apoyo frente a los padecimientos emocionales son muy variados, incluye a los miembros de la familia de origen (padres, hermanos), la pareja y los hijos, familiares cercanos y otras figuras significativas como los compadres,

amigas(os), tíos, cuñados y jefes, entre otros. También emplean remedios caseros y el autocuidado. Consultan a médicos tradicionales, utilizan terapias alternativas, visitan al médico general y en algunos casos recurren a psicólogos o psiquiatras.

### La primera búsqueda de ayuda

Frente a los padecimientos emocionales, los recursos provienen principalmente de la familia nuclear, básicamente se trata de la pareja y los hijos. En el caso de las mujeres, otra figura importante de apoyo es la familia de origen, principalmente las madres y hermanos. A pesar de mencionar el apoyo de estos familiares, la población entrevistada siente que no cuenta realmente con una red de apoyo social, lo anterior se vio reflejado en los abundantes relatos en donde los vecinos, la comunidad y algunos miembros de la familia fueron percibidos de manera negativa. Cabe resaltar que un grupo importante de la población entrevistada prefiere resolver por sí mismo los padecimientos de tipo emocional antes que buscar cualquier tipo de ayuda.

Dios fue mencionado frecuentemente a lo largo de las entrevistas, se percibe como una entidad que protege en momentos de adversidad, que provee de los cuidados y de salud a la familia, representa para ellos una alternativa significativa para hacer frente a las situaciones de crisis.

### Trayectorias de atención

En este trabajo se entiende por trayectoria del paciente al conjunto de actividades, personas consultadas y servicios solicitados por parte de una persona o su entorno social más cercano (familia, pareja, amigos, etc.) en busca de una solución, cura o alivio de un padecimiento. La búsqueda se da por terminada cuando se considera que se ha recuperado la salud, o bien cuando se confirma y se acepta la imposibilidad de la curación.

Los informantes que mencionaron haber buscado una ayuda más especializada que el apoyo familiar o social, seña-



Emmanuel García/Acústica visual

laron combinar y probar diferentes opciones médicas construyendo múltiples alternativas y estrategias para la búsqueda de la salud. Las características de estas combinaciones están relacionadas con: I) los recursos disponibles para el cuidado de la salud, II) las experiencias anteriores de contacto con los diversos sistemas de atención, III) las redes sociales de que disponen, IV) las características sociodemográficas, y V) los recursos que tiene la persona para hacer frente a sus padecimientos.

La mayoría de los entrevistados que buscaron atención, relataron que cuando se presenta un padecimiento, acuden en primera instancia con médicos generales, posteriormente buscan otras vías de apoyo, las cuales no son excluyentes sino más bien complementarias, es decir, recurren de manera indistinta a servicios alternativos, a especialistas en salud mental y a otros médicos especializados.

Los entrevistados coinciden en señalar que no existe un divorcio entre la elección por una u otra forma de atención a la salud, sino que todas coexisten de manera "natural" como las posibilidades u ofertas reales, es decir, no se descarta o descalifica ninguna práctica médica.

Como se observa, las personas entrevistadas interpretan su padecer, procuran dar sentido a sus experiencias específicas con su enfermedad o malestar y las integran con conceptos generales del proceso de salud-enfermedad provenientes de los diferentes sistemas médicos o redes sociales en que se ha buscado ayuda. A partir de esta interpretación, toman decisiones y evalúan acciones para conducir el padecimiento dentro de un contexto no sólo cultural sino también socioeconómico, lo que finalmente determina las posibilidades de atención a sus padecimientos.

## DISCUSIÓN

Al analizar las percepciones de la población adulta acerca de sus padeceres, se observa en las narraciones de los entrevistados que éstas abarcan prácticamente toda la esfera vivencial del individuo y se manifiestan tanto con síntomas físicos como emocionales. Al respecto, autores como Kleinman y Cohen (21), plantean que el uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas cotidianos (riñas familiares, problemas económicos, tensión, nervios, etc.) no sólo es un método aceptable, sino que es al mismo tiempo la forma más efectiva de obtener ayuda. La somatización llega a ser una conducta normal y el modo creado y positivamente sancionado por el grupo en el intento de adaptar al individuo al medio ambiente sociocultural. En ese sentido, la aproximación de carácter cualitativo utilizada en ambas investigaciones permitió, no solamente conocer las definiciones en torno a la salud y la enfermedad, sino también recuperar los aspectos socioculturales que influyen en estos procesos.

En cuanto a las trayectorias de atención, en este trabajo se ha podido constatar lo encontrado en otros estudios (2,3,8), en el sentido de que las personas recurren a todas las posibilidades que tienen a su alcance para encontrar la curación o por lo menos una respuesta satisfactoria a su malestar. Autores como Bronfman (22) plantean que el uso entremezclado de diversos sistemas de atención cumple por lo menos dos funciones. La primera de ellas tiene que ver con la posibilidad de armar un conjunto de posibles opciones y de

esta manera maximizar los recursos curativos con los que se cuenta. La segunda función es atender distintos aspectos de un mismo padecer donde un sólo sistema médico no puede satisfacer la complejidad cultural del evento.

La información sobre las características de estas trayectorias puede ser de utilidad en el diseño de políticas que busquen un modelo de salud integrador, donde se logren establecer relaciones horizontales entre distintas tradiciones médicas, facilitando la convivencia y el diálogo respetuosos entre ellas, conformando así un sistema plural, que ofreciera a la población mayores opciones terapéuticas como respuesta a sus necesidades y demandas.

Este trabajo es un primer acercamiento, desde una perspectiva psicosocial, al estudio de los padecimientos emocionales y la manera como la población adulta hace frente a los mismos. Sin embargo, el principal reto es establecer un puente entre este conocimiento y las acciones a nivel de intervención.

Del mismo modo, los hallazgos de este trabajo, reiteran la importancia de la propuesta realizada por la Federación Mundial de la Salud Mental (4), en el sentido de que es necesario reconocer la relación integral entre la salud física y la salud mental y alentar la creación de un cuidado y tratamiento de todo el cuerpo. La atención óptima de las personas requiere la integración de conceptos divergentes sobre la salud y la enfermedad. Para romper con muchas barreras de tratamiento se debe superar la tendencia de tratar la mente y el cuerpo como algo separado y sin relación, así como reconocer que en el binomio salud-enfermedad, juegan igual importancia los factores físicos, psicológicos, sociales y culturales.

Algunas de las acciones que pueden efectuarse a fin de lograr mejoras en los servicios de atención son las siguientes: a) realizar estudios multidisciplinarios encaminados a plantear acciones preventivas frente a las necesidades de salud en la población, considerando el contexto sociocultural al que pertenecen; b) incorporar en los planes de estudio de medicina, psicología y demás áreas afines a la salud, enfoques centrados en la identificación de las necesidades sentidas en las comunidades así como dar las herramientas necesarias para desarrollar mejores estrategias de acercamiento a la comunidad. Destaca la importancia de promover la participación activa de la población a través de grupos de ayuda y de reflexión que les permita planear estrategias conjuntas que tengan que ver con las soluciones a sus problemáticas compartidas.

Asimismo, es importante que las necesidades de atención en salud percibidas por la población sean consideradas como prioritarias, pues solamente de esta manera se asignarán los recursos necesarios para impulsar éstas áreas y proporcionar un servicio a la altura de la demanda.

Aunado a lo anterior, el análisis realizado en este trabajo, nos permitió observar el vínculo entre lo individual y lo social, entre la experiencia personal y la estructura social. Como plantea Castro (2000), las percepciones y creencias que los individuos plantearon sobre la salud, la enfermedad y el uso de servicios, reflejaron además de sus experiencias subjetivas ante estas cuestiones, algunos de los elementos de las relaciones sociales que prevalecen en el grupo o la sociedad a la que pertenecen. Un claro ejemplo de lo anterior, son los



relatos que hicieron los entrevistados sobre los principales padecimientos y malestares que viven cotidianamente: consumo de drogas, violencia, nervios por problemas de trabajo, problemas familiares o problemas económicos, entre otros. Este tipo de padeceres son el reflejo de las constantes crisis económicas, sociales y morales que sufre y ha sufrido la población. En otras palabras, el sufrir este tipo de malestares no es solamente el resultado de un problema biológico o de una historia personal desafortunada, sino la combinación de ambas que se viven dentro de sistemas sociales en las que la población se encuentra integrada.

En cuanto a las limitaciones del trabajo podemos señalar que la información presentada no puede generalizarse a otras poblaciones urbanas. Sin embargo, la intención de este trabajo es solamente dar cuenta de la importancia que dos grupos urbanos de la ciudad de México atribuyen a su padecimientos y malestares cotidianos; aspectos que tienen importantes implicaciones para su salud y que usualmente no son considerados por las instituciones de salud.

Consideramos que es necesario realizar en un futuro, análisis mucho más profundos de todos los elementos abordados en este trabajo; así como con poblaciones con características sociales, culturales y económicas diversas, lo que sin duda permitirá tener un conocimiento mucho más amplio de las percepciones y creencias que existen en torno a la salud mental en nuestra cultura.

## REFERENCIAS

1. Kleinman A. *Social origins of distress and disease*. Connecticut, Yale University Press; 1986. 267 pags.
2. Mercado F. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio de Guadalajara*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara; 1996. 360 pags.
3. Módena M. *Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa. La construcción de la desalcoholización*. En Bronfman M, Castro R, compiladores. Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina, México, Edamex e Instituto Nacional de Salud Pública; 1999, 383-401.
4. World Federation for Mental Health. *La relación entre la salud física y la salud mental: Trastornos concurrentes*. World Federation for Mental Health, Alexandria, 2004.
5. Berenzon S: *La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F., 2003.
6. Kleinman A: Neurasthenia and Depression: A Study of somatization and Culture in China. *Culture Medicine and Psychiatry*, 1982;6:117-190.
7. Burín, M., Meler, I. *Varones, género y subjetividad masculina*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. 2000.
8. Castro R. *La vida en la adversidad, el significado de salud y reproducción de la pobreza*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
9. Ravelo P. *Representaciones sociales de los procesos salud-enfermedad en obreras del vestido de la ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Sociología. Facultad de Ciencia Políticas y Sociales, UNAM, México, D.F., 1998.
10. Romero M, Rodríguez E, Durand A, Aguilera R. Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte. *Salud Mental*, 2004;27(1):73-84.
11. Enríquez R. El rostro actual de la pobreza humana en México. *Comercio Exterior*, 2003;53(6):532-539.
12. Mora-Ríos J: *Una aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad urbana marginal*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F., 2004.
13. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine, 1967.
14. Galindo J. Encuentro de subjetividades, objetividad descubierta. La entrevista como centro del trabajo etnográfico. *Estudios sobre culturas contemporáneas*, 1987;3:151-183.
15. Sierra F. *Función y sentido de la entrevista cualitativa*. En: Galindo coordinador. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México. Addison Wesley Longman; 1998. Págs. 277-341.
16. Kvale S. *InterViews: An Introduction to qualitative research interviewing*. Londres, Sage Publications; 1996. 343 pags.
17. Alonso L. *Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*. En Delgado y Gutiérrez editores. Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid, Síntesis, 225-240, 1995.
18. Banchs M. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations*, 1999;8:1-15.
19. De Rosa A. Per un approccio multi-metodo allo studio delle rappresentazioni sociali. *Rassegna di Psicologia*, 1990;7(3):101-193.
20. González-Martínez L. *La sistematización y el análisis de los datos cualitativos*. En: Mejía y Sandoval, compiladores. Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamientos desde la práctica. México, ITESO; 1999.
21. Kleinman A Cohen. El problema mundial de los trastornos mentales. *Investigación y Ciencia*, 1997;248:32-36.
22. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J: Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*, 1997;6:546-553.

**SHOSHANA BERENZON GORN**

**JAZMÍN MORA RÍOS**

<sup>1</sup> Investigadoras en Ciencias Médicas. Departamento de Investigaciones Psicosociales. Una versión preliminar de este trabajo se presentó en la XIX Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría, octubre del 2004.

## CORRESPONDENCIA

Jazmín Mora Ríos.

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.

Avenida México-Xochimilco, No. 101. Col. San Lorenzo Huipulco.

CP. 14370. México, Distrito Federal.

Tel: (55) 56-55-2811 ext. 156, Fax. (55) 55-13-3446.

[morarj@imp.edu.mx](mailto:morarj@imp.edu.mx)

**CONFLICTO DE INTERÉS NO DECLARADO**