CONVERGENCIA
REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES

https://doi.org/10.29101/10.29101/crcs.v33i0.27943

Sufrimiento y agencia bajo restricción: Representaciones sociales de salud mental en jóvenes indígenas

Suffering and Agency Under Restriction: The Social Representations of Mental Health Among Indigenous Youth

Amadeus Méndez Martínez https://orcid.org/0009-0001-6601-5737
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México, amadeus.mendez@uacm.edu.mx

Luz María González-Robledo https://orcid.org/0000-0002-1158-625X
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México, luz.gonzalez@uaem.mx

*Autor de correspondencia: Amadeus Méndez Martínez, amadeus.mendez@uaem.edu.mx

Abstract: The mental health (MH) of adolescent girls from Indigenous Peoples (IP) in Mexico takes shape within the context of socioeconomic marginalization and structural gender inequalities, an urgent challenge for public health. This article analyzes the Social Representations (SR) of MH among IP adolescent girls in the Frailesca region, Chiapas, based on an interpretive qualitative study with 62 participants aged 14 to 20, using focus groups and thematic analysis. Findings reveal five core pillars: conceptions of health/illness; meanings attributed to depression/anxiety; causes and triggers of distress; social manifestations; and help-seeking strategies. Young women link their suffering to structural violence in schools and homes, yet their agency remains limited by economic, geographic, and gender-based barriers. The study concludes that MH interventions for IP adolescent girls require an intersectional, gender-sensitive, and intercultural approach that addresses the structural conditions associated with this suffering.

Keywords: mental health, adolescence, Indigenous population, gender, social representations.

Recepción:
08/04/2026

Aprobación:
08/09/2026

Publicación:
18/11/2026

Resumen: La salud mental (SM) de las adolescentes de pueblos indígenas (PI) en México se configura en contextos de marginación socioeconómica y desigualdades de género estructurales; lo cual es un desafío urgente para la salud pública. Este artículo analiza las representaciones sociales (RS) sobre SM en adolescentes de PI de la región de La Frailesca, Chiapas, a partir de un estudio cualitativo interpretativo con 62 participantes de 14 a 20 años, mediante grupos focales y análisis temático. Los resultados muestran cinco ejes: concepciones de salud/enfermedad, significados atribuidos a depresión/ansiedad, causas y detonantes del malestar,

manifestaciones sociales, y estrategias de búsqueda de ayuda. Las jóvenes vinculan su sufrimiento a violencias estructurales en escuelas y hogares, pero su agencia está limitada por barreras económicas, geográficas y mandatos de género. Se concluye que las intervenciones en SM para adolescentes de PI requieren un enfoque interseccional, de género e intercultural que atienda las condiciones estructurales asociadas con el malestar.

Palabras clave: salud mental, adolescencia, población indígena, género, representaciones sociales.

Introducción[1]

En el mundo, uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, entre los que destacan particularmente la ansiedad y la depresión como causas de enfermedad y/o discapacidad (WHO, 2025a). Sin embargo, en contextos indígenas, los padecimientos mentales adquieren un matiz más alarmante. En México, tres de cada diez personas de estas comunidades padecen algún tipo de trastorno, y sólo 40% de ellas recibe tratamiento (Unesco, 2024). Además, estos grupos cargan con una violencia histórica sobre sus derechos en acceso a trabajo, educación, seguridad social y, sobre todo, salud digna libre de discriminación (Medical IMPACT, 2023).

El estado de Chiapas (México) concentra una de las mayores proporciones de PI en el país, con cerca de 1.5 millones de hablantes de lengua indígena, cifra que representa casi 20% del total nacional (CEIEG, 2020). Además, cerca de 70% del total de la PI en el país se encuentra en situación de pobreza; esto es, familias con ingresos insuficientes para satisfacer sus necesidades alimentarias, de vivienda y de salud (Coneval, 2019). A pesar de que 80% de los PI en el país son usuarios del sistema de salud, las barreras geográficas en sus lugares de residencia condicionan una preferencia por los servicios, especialmente los consultorios adyacentes a farmacias locales, ya que los convierte en la principal alternativa para la atención de primer nivel (Escuela de Salud Pública de México, 2024).

Aunado a esta situación, las adolescentes de las PI padecen una serie de complejas desventajas estructurales: en comparación con población de

1 Esta investigación formó parte del proyecto FORDECYT-PRONACES (# 291102) "Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses", aprobado por los Comités de Investigación (CI-895-2018), Ética (CI: 005) y Bioseguridad (CB19-005) del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP), en estricto apego a la Ley General de Salud.

mujeres no indígenas, ellas tienen hasta tres años menos de escolaridad en promedio; cerca de 20% no saben leer ni escribir; su participación económica es menor debido a la falta de reconocimiento del trabajo doméstico, así como la desestimación del trabajo de la parcela como medio de subsistencia (Inmujeres, 2021). Además, se señala que hasta 40% de las mujeres de PI mueren en sus hogares debido a dificultades en el acceso a servicios de salud especializados, como hospitales de tercer nivel (Freyermuth, 2016).

Marco conceptual

Para comprender cómo las adolescentes de PI enfrentan estos desafíos en relación con su SM, la teoría de las RS nos brinda un encuadre analítico acorde. Desarrollada inicialmente por Moscovici (1983), esta teoría permite entender cómo los grupos construyen colectivamente saberes, creencias y significados sobre aspectos relevantes de su realidad (Abric, 1994). Las RS pueden ser entendidas como construcciones colectivas e históricamente situadas que legitiman discursos y prácticas culturales posibles y normalizadas. En el ámbito de la SM, influyen en cómo los grupos construyen colectivamente significados sobre los padecimientos, la búsqueda de ayuda y la aceptación de tratamientos (Agyei *et al.,* 2024).

Para esta investigación, usamos las RS como sistemas de significados, creencias y saberes prácticos que son construidos, compartidos y negociados en la interacción social (Moscovici, 1983), pues más que ser opiniones individuales, constituyen formas de conocimiento del sentido común que orientan la interpretación de la realidad y guían las acciones cotidianas (Abric, 1994). Por ejemplo, en el ámbito de la salud, permiten a los grupos dar sentido a los procesos de salud-enfermedad-atención; definir qué es "normal" o "anormal"; o legitimar ciertas prácticas de cuidado mientras marginan otras (Bautista-Valdivia *et al.,* 2024; Torres-López *et al.,* 2015).

Es posible registrar empíricamente las RS por medio de tres dimensiones interrelacionadas. La dimensión lingüística y semántica se expresa en los términos, metáforas y categorías que los grupos sociales utilizan para nombrar los fenómenos de su realidad, los cuales revelan los anclajes culturales del conocimiento y su relación con experiencias concretas (Méndez-Muñoz *et al.,* 2025). La dimensión pragmática y orientadora se manifiesta en la capacidad de prescribir

cursos de acción: las nociones sobre qué causas son "válidas" para un determinado fenómeno o qué estrategias son "aceptables" para enfrentarlo, condicionan las decisiones de los sujetos y sus redes de apoyo.

Finalmente, la dimensión normativa y legitimadora opera como un marco de valoración que legitima ciertas interpretaciones y deslegitima otras, al tiempo que define quién puede o debe actuar y cómo; en contextos de desigualdad estructural, las RS pueden naturalizar la violencia y la precariedad, o bien, abrir espacios para la agencia y la resistencia (Walls *et al.,* 2025).

El análisis desde las RS permite identificar los contenidos que las poblaciones (en este caso las adolescentes de PI) asocian a la salud mental, así como comprender cómo estos significados se articulan con las condiciones materiales y simbólicas de sus vidas. De este modo, se convierten en un lente analítico que posibilita desentrañar la intersección entre género, juventud, etnicidad y marginación en la configuración del malestar emocional (Sánchez Bandala y Sesia, 2024).

A la par de esto, existe evidencia internacional y nacional publicada en la literatura especializada sobre la conceptualización de la SM de las mujeres en PI desde las RS, como la realizada por Méndez Chiroque (2020) en mujeres de Perú, Jurado Castaño (2019) en un resguardo indígena de Colombia, Walls *et al.* (2025) en Alaska y Estados Unidos, Bennett y Liu (2018) en Nueva Zelanda. Al igual que en México con los estudios de Bautista-Valdivia *et al.* (2024) en un grupo de mujeres nahua en la Huasteca Potosina, Natera *et al.* (2012) en mujeres de origen otomí en Hidalgo, Sánchez Bandala y Sesia (2024) en jóvenes indígenas de Oaxaca, o la investigación de Azuero *et al.* (2017), quienes sistematizan las experiencias de los pueblos originarios de América Latina. Todas ellas destacan la necesidad de considerar las cosmovisiones locales, así como los complejos procesos de sincretismo cultural que existen.

Pese al reciente interés sobre la SM de las jóvenes, aún se requiere profundizar la influencia del género en la vivencia y expresión del malestar emocional de las mujeres de PI en contextos de vulnerabilidad, particularmente en el caso de la depresión y la ansiedad, dos de los trastornos con mayor prevalencia en el mundo (WHO, 2025b), con 34 (depresión) y 25 (ansiedad) millones de casos en México (Romero Mireles, 2024). Estas cifras dimensionan la magnitud del problema, pero no explican cómo ese malestar se experimenta y se nombra en contextos históricamente atravesados por desigualdad estructural.

Para comprender este fenómeno no basta con describir sus significados; es necesario situarlos en las condiciones históricas que los configuran. Un enfoque decolonial permite reconocer que estas experiencias de malestar se producen en contextos marcados por jerarquías persistentes de raza y género, heredadas del orden colonial (Lugones, 2008; Segato, 2013). Cabe precisar que este uso de la perspectiva decolonial no pretende un despliegue exhaustivo de su aparato teórico, sino que recupera de manera situada algunas de sus categorías analíticas como son edad, género, territorio, violencia y etnicidad, en tanto ejes que permiten leer las RS de las adolescentes como expresiones ancladas en relaciones de poder históricamente constituidas.

Desde esta perspectiva, el sufrimiento psíquico no responde a eventos aislados, sino a entramados históricos de desigualdad que articulan género, clase y etnicidad. En el contexto chiapaneco, estas estructuras se traducen en condiciones materiales y simbólicas concretas: pobreza persistente que limita el acceso a servicios básicos; cargas desproporcionadas de trabajo doméstico no remunerado; restricciones a la movilidad y al ejercicio de derechos; y exposición reiterada a violencia física, psicológica y sexual en el ámbito familiar (INEGI, 2021).

Además, el análisis de la SM en PI exige un desprendimiento crítico del modelo biomédico hegemónico, el cual frecuentemente patologiza e individualiza el sufrimiento, desconociendo sus raíces colectivas e históricas (Menéndez, 1992; Gómez Gallego, 2007). Las cosmovisiones indígenas, por el contrario, suelen comprender la salud como un equilibrio integral entre el individuo, la comunidad y el territorio, donde lo emocional y lo espiritual son dimensiones inseparables del bienestar (Flores-Guerrero, 2004; Leiva Valdés, 2008).

Sin embargo, este saber ha sido sistemáticamente marginado. Por ello, un enfoque decolonial en SM implica reconocer y validar estos sistemas de conocimiento locales, al tiempo que se denuncian las formas en que el racismo y el sexismo estructurales operan dentro de los propios sistemas de salud, generando barreras de acceso y experiencias de revictimización para las mujeres indígenas que buscan atención (Sánchez Bandala y Sesia, 2024).

Con este propósito, nuestro objetivo es analizar las RS de la SM en adolescentes indígenas chiapanecas, explorando sus dimensiones lingüística, pragmática y normativa, a partir de cinco ejes que permiten comprender la complejidad de su malestar emocional: 1) las concepciones de salud y enfermedad en su vida cotidiana; 2) los significados

atribuidos a la depresión y la ansiedad; 3) las causas y detonantes, especialmente de carácter estructural; 4) las manifestaciones sociales mediante las cuales se reconoce la enfermedad mental; y 5) las estrategias de búsqueda de ayuda y las barreras que enfrentan.

Con ello, se busca comprender por una parte cómo género, juventud, pertenencia indígena y condiciones de marginación se articulan en la configuración del sufrimiento; mientras que por otra, cómo las RS orientan las prácticas de cuidado y las barreras de acceso a servicios de salud.

Respondemos así a la pregunta de: ¿cómo construyen colectivamente las adolescentes de localidades indígenas de la región de La Frailesca, Chiapas, sus RS sobre SM, depresión y ansiedad, y de qué manera éstas en sus dimensiones lingüística, pragmática y normativa, se articulan con los mandatos de género, la violencia cotidiana y las estrategias de búsqueda de ayuda?

Desarrollo

Metodología

Para responder al objetivo del estudio, se optó por un diseño cualitativo interpretativo sustentado en la teoría de las RS (Moscovici, 1983; Abric, 1994). Este enfoque permitió acercarnos a los significados, prácticas y narrativas que las propias jóvenes construyen en sus contextos sociales y culturales.

Para operacionalizar el análisis de las RS, se consideraron los tres ejes analíticos descritos en el marco conceptual. En la codificación y el análisis temático se prestó atención no sólo a los contenidos explícitos (dimensiones lingüística y semántica), sino también a: 1) las conexiones que las participantes establecen entre causas, manifestaciones y estrategias de ayuda (dimensión pragmática) y 2) las valoraciones implícitas sobre lo que es "normal", "esperado" o "transgresor" en sus contextos, así como las tensiones entre mandatos sociales y deseos personales (dimensión normativa y legitimadora). Estas tres dimensiones orientaron la organización de los cinco ejes de resultados, de modo que las concepciones de salud y enfermedad, los significados atribuidos a la depresión y la ansiedad, las causas del malestar, sus manifestaciones sociales y las estrategias de búsqueda de ayuda fueron analizados como componentes interrelacionados de una misma RS sobre la salud mental.

El estudio se llevó a cabo entre 2019 y 2022 (debido a la pandemia por Covid-19) en localidades de la región de La Frailesca, en Chiapas, México. La selección de esta región obedece a su alta densidad de población indígena, su marcado carácter rural y sus persistentes condiciones de marginación, factores que la convierten en un escenario estratégico para analizar la intersección entre género, etnicidad y salud mental en adolescentes (INDICEMX, 2025; INEGI, 2020).

El muestreo fue intencional aplicando los siguientes criterios de inclusión: autopercepción como mujer; edad entre 14 y 20 años; residencia habitual en las localidades seleccionadas; capacidad para comunicarse en español; y aceptación para participar mediante consentimiento o asentimiento informado. Se estableció como criterio de exclusión contar con un diagnóstico clínico formal previo de enfermedad mental, con el propósito de centrar el estudio en las representaciones sociales de la población general y no en experiencias clínicas ya medicalizadas.

La muestra final estuvo conformada por 62 adolescentes, distribuidas en ocho grupos focales de entre cinco y nueve participantes cada uno. La decisión de concluir el reclutamiento tras la realización de ocho grupos se basó en el principio de saturación temática, constatada cuando tres grupos consecutivos no aportaron nuevos códigos analíticos sustantivos. Se presentan todas las características de la muestra en la Tabla 1.[2]

Para la aplicación de los grupos focales, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada orientada a explorar las RS sobre salud, enfermedad, depresión y ansiedad. La guía fue organizada en torno a cinco ejes temáticos: 1) conceptualización de salud y enfermedad; 2) conocimientos y creencias sobre enfermedad mental, depresión y ansiedad; 3) causas o detonantes atribuidos a estos padecimientos; 4) manifestaciones sociales y síntomas observados en otras personas; y 5) acciones y estrategias de búsqueda de ayuda. Si bien estos ejes temáticos orientaron la indagación, el análisis permaneció abierto a la identificación de categorías emergentes no previstas inicialmente. El instrumento fue revisado y ajustado con la colaboración de promotoras de salud locales y personal de la organización civil Compañeros En Salud A.C., con el fin de garantizar su pertinencia cultural, su adecuación al lenguaje juvenil rural y su sensibilidad de género.

2 La tabla se encuentra en el Anexo, al final del presente artículo (Nota del editor).

Además, se estableció una coordinación con los servicios de salud del estado de Chiapas, la asociación civil Compañeros En Salud A. C. (CES)[3] y las autoridades escolares de las localidades participantes. A través de CES se garantizó un mecanismo de canalización, contención y ruta de referencia para las participantes que manifestaran situaciones de violencia, ideación suicida o malestar emocional severo, asegurando que recibieran atención oportuna. Los grupos focales fueron conformados exclusivamente por mujeres y conducidos por facilitadoras con experiencia en investigación cualitativa y formación en perspectiva de género.

Previo al inicio de cada sesión, se obtuvo consentimiento informado por escrito de padres, madres o tutores legales, así como asentimiento de las adolescentes. Las participantes mayores de edad firmaron su propio consentimiento. Se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato mediante el uso de códigos alfanuméricos. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 90 minutos, fueron grabadas en audio con autorización expresa de las participantes y posteriormente transcritas de manera textual (verbatim).

Nuestro análisis se desarrolló mediante un procedimiento sistemático de análisis de contenido temático (Torres López *et al.,* 2021) con apoyo del *software* ATLAS.Ti en su versión 8.4, siguiendo las recomendaciones metodológicas para el estudio de RS con apoyo de *software* cualitativo (Vargas y Polo, 2019; Ramírez Martínez y Bustos Velazco, 2021).

El proceso se organizó en cuatro fases interrelacionadas.

- En la primera fase, de codificación abierta, se generaron 64 códigos descriptivos emergentes a partir de la lectura reiterada de las transcripciones.
- En la segunda fase, mediante comparación constante y codificación axial, los 64 códigos se agruparon por afinidad semántica en 12 categorías de segundo orden. Así, códigos como violencia intrafamiliar, violencia de pareja y acoso escolar confluyeron en la categoría *causas estructurales del malestar*, mientras que tristeza, nervios y depresión se agruparon en *significados atribuidos a los padecimientos emocionales*.

3 Compañeros En Salud A. C es una organización de la sociedad civil que brinda atención primaria en salud, abarcando los tres niveles de atención, y apoyo social en la región de La Frailesca, en Chiapas. Proveen servicios con trato digno, de alta calidad, centrados en el paciente y siguiendo una agenda de equidad. Para más información, véase: https://companerosensalud.mx/es/blog.

- En la tercera fase, mediante codificación selectiva, estas 12 categorías se organizaron en cinco ejes analíticos: 1) concepciones de salud y enfermedad; 2) significados atribuidos a la depresión y ansiedad; 3) causas y detonantes del malestar; 4) manifestaciones sociales; y 5) estrategias de búsqueda de ayuda y barreras de acceso.
- En la cuarta fase, se construyeron redes semánticas en ATLAS.Ti para visualizar las relaciones entre categorías centrales y periféricas, así como la densidad de conexiones entre códigos (Vargas y Polo, 2019; Ramírez Martínez y Bustos Velazco, 2021).

Para garantizar la calidad de la información, se empleó la triangulación de investigadores, donde los integrantes del equipo participaron en el proceso de codificación de forma independiente, resolviendo desacuerdos por consenso hasta alcanzar una interpretación compartida (Torres López *et al.,* 2021). Paralelamente, se mantuvieron memos reflexivos que documentaron decisiones analíticas y acuerdos interpretativos.

La saturación se verificó en tres niveles interrelacionados: en primer lugar, los códigos individuales dejaron de emerger, lo cual indicó que el universo semántico de las narrativas había sido cubierto; en segundo lugar, las categorías de segundo orden mostraron estabilidad en su composición, sin que nuevos fragmentos textuales requirieran la creación de categorías adicionales; y en tercer lugar, los cinco ejes analíticos se consolidaron como un marco interpretativo estable, sin requerir modificaciones estructurales tras los últimos tres grupos focales (Vargas y Polo, 2019; Ramírez Martínez y Bustos Velazco, 2021).

Resultados

El análisis permitió identificar 12 categorías organizadas en cinco ejes temáticos, los cuales estructuran la presentación de los hallazgos y dan cuenta de la complejidad de las RS construidas por las adolescentes en torno al malestar emocional.

Salud, enfermedad y cuidado: representaciones entre el hábito y la tradición

Las adolescentes definen la salud por oposición a la enfermedad. Mientras la primera se asocia con bienestar, fortaleza y alegría, la enfermedad se reconoce a través de signos corporales visibles como dolor, palidez o

pérdida de peso. También distinguen entre enfermedades del cuerpo (como el cáncer) y enfermedades de la mente (como la depresión), aunque reconocen que el malestar emocional tiene manifestaciones corporales. Para ellas, la salud es un estado que requiere acciones deliberadas para preservarse (como alimentarse sanamente) y que está fuertemente arraigado al cuidado de los entornos domésticos y familiares.

En las narrativas persisten saberes locales sobre la atención del malestar, pues algunos se tratan con remedios caseros como tés, infusiones o pomadas, preparados y administrados casi en su totalidad por madres o figuras femeninas de la comunidad (curanderas). Una joven describió el uso de una hierba medicinal para un golpe: "Lo hierves (...) Luego el agua la pones en un trapo (...) El trapo va donde te golpeaste y se siente mejor ¡muy bien!".

Al ser la salud un eje importante, casi todas las jóvenes acuden a servicios de salud públicos por chequeos, consultas o resurtir recetas de medicamentos. Sin embargo, la valoración del trato recibido es polarizada: mientras algunas lo califican como agradable, otras han dejado de asistir tras experimentar maltrato e incomodidad ante médicos varones: "Yo quiero que mi mamá me acompañe (...) porque a veces me da miedo, cuando es doctor [hombre] me da miedo (risas)".

Las adolescentes describen el cuidado de la salud a través de prácticas concretas: remedios caseros, alimentación y atención médica. Reconocen en el cuerpo un indicador visible de bienestar o enfermedad.

Tristeza, nervios y silencios: lo que el malestar revela

Para las jóvenes, la ansiedad se identifica con estados de nerviosismo intenso, inquietud y la sensación de que algo malo va a suceder. Describen síntomas corporales asociados: ganas incontenibles de comer sin razón aparente y una sensación de "nudos" en la garganta o el pecho que dificulta la respiración: "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'". Algunas atribuyen su causa a la tendencia a anticipar problemas o situaciones futuras que aún no ocurren, mientras que otras reconocen su nerviosismo sin comprender del todo su origen: "Trato de controlar mis nervios yo sola. No sé qué pasa, sólo sé que soy muy nerviosa".

Por su parte, el término depresión lo asocian fuertemente con la tristeza, una emoción ampliamente nombrada y experimentada: sentirse

triste es no tener deseos de realizar actividades cotidianas como salir, comer o platicar con otros. Las jóvenes vinculan la tristeza con experiencias concretas como problemas familiares (especialmente la violencia), conflictos de pareja (recurrentes en sus narrativas) y el abuso de sustancias en el entorno cercano:

> 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.

Frente a la tristeza, las jóvenes despliegan varias estrategias: hablar con personas de confianza, salir a caminar por la montaña, el campo o el pueblo, o llorar hasta sentirse mejor: "A veces cuando me siento así me gusta salir a caminar acá al cerro".

De esta forma, la depresión y la ansiedad se viven como experiencias corporales y emocionales enraizadas en conflictos familiares, silencios y pérdida del deseo de convivir, y se expresan a través de señales físicas y conductas que las jóvenes y su entorno reconocen como manifestaciones del malestar.

Normas que encierran, síntomas que se leen: el doble registro del malestar

Estas mujeres han desarrollado un sistema de reconocimiento de la enfermedad mental que combina la observación del cuerpo, la interpretación de los estados anímicos y la evaluación de la conducta. Desde su perspectiva, las personas con enfermedad mental pueden mostrarse enojadas, irritables y hablar con gritos, o bien profundamente tristes, apáticas, sin deseos de salir de casa, de realizar actividades cotidianas como comer, bañarse o levantarse de la cama. Consideran indicadores las conductas anormales según las normas comunitarias: hablar solos, deambular sin razón aparente, comportarse como niños o exhibir comportamientos que se salen de lo esperado para su edad. Una joven explicó cómo se identifica a alguien que atraviesa un malestar:

> 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.

Es importante señalar que estas manifestaciones coexisten con un contexto normativo que restringe la vida de las propias adolescentes. En sus narrativas, las prohibiciones para salir por la noche o al atardecer, así como los castigos y reprimendas por no cumplir con las labores

domésticas (lavar, planchar, cocinar), aparecen como un telón de fondo permanente:

> (1) Sí, porque mi abuelito dice que la noche es sólo 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.

Las adolescentes narran así que el reconocimiento del malestar se apoya en la observación de conductas que se salen de lo esperado socialmente, mientras describen restricciones de género (como la prohibición de salir por la noche o los castigos por tareas domésticas incumplidas) que limitan cotidianamente sus posibilidades de cuidarse y expresar su malestar.

La escuela que calla, el hogar que hiere: violencias estructurales encarnadas

Para las jóvenes, existen varias causas que pueden desembocar en malestares emocionales; sin embargo, son los espacios sociales los que categorizan prioritariamente, sobre todo la escuela y el hogar, como las grandes fuentes de tristeza, desesperanza, miedo, angustia y ansiedad.

En la escuela, el malestar surge de problemas de pareja, ya que describen las dinámicas como una fuente recurrente de tristeza, dolor y, en casos extremos, autolesiones; las peleas, las rupturas y las infidelidades son señaladas por las participantes como detonantes de la depresión. También identifican el acoso escolar como una fuente de sufrimiento: varias compañeras han sido agredidas físicamente (encerradas en baños, lastimadas con objetos) y psicológicamente (señaladas, apodadas y amenazadas). Una joven relató un episodio de violencia en la escuela:

> 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.

Además, las participantes asocian el consumo de sustancias con su malestar, señalando principalmente los daños colaterales del consumo de sus pares varones (novios, padres, tíos, abuelos), ya que la normalización del consumo de bebidas alcohólicas en los varones es tal que pueden

beber indistintamente en casa, cantina o calle, sin restricciones. Las mujeres que lo hacen, por otro lado, son señaladas negativamente por sus pares: "Sólo lo hacen las mujeres que se llevan demasiado bien con los hombres, las que quieren llamar su atención".

En el hogar, las narrativas son particularmente densas. Las jóvenes describen escenas de violencia física ejercida por las madres hacia ellas (mediante escobas, varas, lazos o palos) como castigo por no cumplir con los deberes domésticos:

> 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.

También relatan violencia del padre hacia la madre, frecuentemente asociada al consumo de alcohol. La violencia no sólo se padece en carne propia, sino que también se presencia: varias participantes han atestiguado peleas entre sus progenitores.

Además, algunas mantuvieron silencio cuando se les preguntó si recibían apoyo de algún familiar, cuando alguna compañera sugería abuso o narraba algún intento de violación:

> Bueno, no tiene mucho que mi primo vino y me dijo: 'Es que quiero (ruido)'. Le respondí: 'No, no quiero tener una relación contigo porque somos primos' (...) me quedé toda nerviosa, le cerré la puerta y me puse a llorar (...) le conté a mi mamá y se enojó, porque a una tía así le pasó con un pariente, sólo que no le creyeron. Entonces me dijo: 'Cuando venga tu primo le voy a decir' (...) cuando llegó le dijo y entonces él respondió que era mentira lo que yo estaba diciendo (...) en la noche llegó mi abuelita y me dijo: 'Mentirosa, cómo puedes decir eso', me dijo: 'También tú tienes la culpa', que porque yo estaba toda la noche riendo con él.

Las adolescentes identifican la violencia en la escuela y el hogar como detonantes de su malestar, reconociendo en esas experiencias concretas las causas de su tristeza, miedo y desesperanza, así como nombrando las agresiones físicas, simbólicas y sexuales que atraviesan su vida cotidiana.

Cuidarse a pesar de todo: agencia femenina y barreras estructurales

Frente al malestar emocional, las adolescentes despliegan un repertorio diverso y plural de estrategias que combinan recursos institucionales, comunitarios, domésticos y religiosos. Algunas han estado en procesos de acompañamiento profesional y han aprendido técnicas para el control de crisis en las clínicas de salud (como ejercicios de respiración); una

joven relató su experiencia: "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".

Otras acuden a sus redes de apoyo basadas principalmente en la familia. Quienes pueden (pese a las restricciones de movimiento) recurren a hacer ejercicio, salir a caminar, cantar, bailar o jugar básquetbol; una participante mencionó: "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". En espacios virtuales, particularmente en redes sociales y blogs, algunas encuentran un lugar donde plasmar sus emociones sin ser juzgadas o donde encuentran eco en otros usuarios: "Yo tengo un blog en donde escribo y me responden por ahí".

De manera no prevista como eje específico de indagación, pero reiterada en narrativas, emergió el tema del suicidio y las autolesiones como expresión extrema del malestar emocional. Varias participantes relataron intentos de suicidio, conductas de autolesión o experiencias cercanas de compañeras que habían ingerido fármacos, intentado ahorcarse o realizado cortes en la piel. Una joven reflexionó sobre las distintas formas de enfrentar el malestar:

> 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.

En sus relatos, el suicidio aparece asociado a la depresión, al consumo problemático de alcohol y a conflictos familiares persistentes. Si bien señalaron que los casos consumados eran mayoritariamente de varones, las mujeres reportaron con mayor frecuencia intentos y autolesiones.

Las participantes relacionan estas narrativas de suicidio y autolesión con las mismas restricciones normativas, la violencia intrafamiliar y las carencias materiales que describen a lo largo de sus relatos. De igual forma, las estrategias de afrontamiento que mencionan, aunque diversas, aparecen limitadas por las mismas barreras materiales y normativas. En el plano material, para muchas jóvenes resulta inviable costear una atención terapéutica o trasladarse a una institución especializada; el único hospital psiquiátrico público del estado se encuentra aproximadamente a seis horas (en auto particular) de distancia de las comunidades participantes. En el plano normativo, los mandatos sociales de género restringen

su movilidad, su acceso a espacios recreativos y, en última instancia, sus posibilidades de cuidar de sí mismas.

Estas narrativas muestran que las jóvenes movilizan un repertorio diverso de recursos (profesionales, familiares, comunitarios, virtuales y religiosos) para enfrentar el malestar, pero sus opciones de cuidado se ven limitadas por barreras económicas, geográficas y normas de género que restringen sus posibilidades de acción.

Discusión y limitaciones

Representación social del malestar: anclaje, objetivación y campo representacional

Nuestros hallazgos revelan que las RS sobre la salud mental en las adolescentes indígenas chiapanecas se configuran en un entramado donde agencia y restricción coexisten de manera permanente. Si bien las jóvenes despliegan estrategias diversas para afrontar la depresión y la ansiedad, estas prácticas se desarrollan en un contexto atravesado por precariedad material y mandatos de género que limitan sus posibilidades de cuidado, de modo que el suicidio y las autolesiones pueden leerse como expresiones extremas dentro de un contexto de condiciones estructurales que tensionan el cuidado posible.

Las RS no son meros reflejos pasivos de la realidad, sino que cumplen funciones específicas que se manifiestan en tres dimensiones interrelacionadas. La dimensión normativa se expresa en la naturalización de la violencia intrafamiliar y en la asignación de culpa a las víctimas de agresión sexual, prácticas que se relacionan con el silencio y la autocensura observados en las narrativas. La dimensión pragmática se evidencia en las estrategias de afrontamiento: las jóvenes acuden a recursos que su entorno considera aceptables (como la religión o las redes familiares) y evitan aquellos que podrían exponerlas a mayor estigma (como los servicios especializados, percibidos como distantes o inaccesibles). La dimensión lingüística se manifiesta en la distinción entre "tristeza", "depresión" y "nervios", categorías que, aunque cercanas al lenguaje biomédico, adquieren significados locales anclados en experiencias concretas de violencia y restricción (Méndez-Muñoz *et al.,* 2025; Bautista-Valdivia *et al.,* 2024).

El proceso de anclaje permite comprender cómo estos padecimientos adquieren inteligibilidad. Entendido como el mecanismo que inserta lo extraño y amenazante en marcos de conocimiento preexistentes para volverlo familiar y comunicable (Moscovici, 1983; Manrique Tome,

2022), el anclaje se manifiesta de manera particular en sus narrativas. La depresión no se experimenta como un síndrome clínico abstracto, sino que se ancla en la tristeza como emoción cotidianamente nombrada, y adquiere significado pleno al vincularse con experiencias concretas de violencia intrafamiliar, conflictos de pareja, abuso de sustancias y rechazo afectivo.

La ansiedad, por su parte, se ancla en categorías sensoriales y corporales familiares (nervios, inquietud) y se vincula con la anticipación del daño, reflejando un estado de alerta constante frente a un entorno percibido como amenazante. Este proceso adquiere una dimensión adicional con el anclaje emocional (Gutiérrez Vidrio y Flores-Palacios, 2025), que reconoce que lo nuevo no sólo se inserta en marcos conceptuales previos, sino también en marcos emocionales preconfigurados. Así, la depresión y la ansiedad no sólo se anclan cognitivamente en categorías disponibles, sino que se cargan afectivamente a través de emociones intensas (miedo, vergüenza, culpa, desesperanza) que refuerzan y naturalizan el malestar como una respuesta comprensible a la violencia y la precariedad.

Paralelamente, el proceso de objetivación materializa estas representaciones en imágenes, signos y conductas concretas, volviendo perceptible lo abstracto (Moscovici, 1983; Manrique Tome, 2022). El malestar se objetiva en un repertorio de expresiones corporales y comportamentales que las jóvenes y su entorno reconocen como señales inequívocas de sufrimiento: los "nudos" en la garganta o el pecho, el llanto recurrente, el aislamiento voluntario, la falta de apetito, el deseo de no salir de casa, la irritabilidad, los gritos, hablar solos, deambular sin rumbo o las autolesiones. Estas objetivaciones no son meros síntomas, sino formas culturalmente moldeadas de hacer visible el dolor psíquico, traduciéndolo a un lenguaje corporal y conductual compartido por la comunidad.

Las narrativas de las jóvenes permiten identificar ejes organizadores de la representación del malestar, así como elementos periféricos o contextuales que la matizan. Un eje organizador central es la concepción de la salud como un estado de bienestar que integra lo corporal y lo emocional, donde el malestar se reconoce cuando ese equilibrio se quiebra.

En torno a este eje se articulan elementos contextuales que configuran el horizonte de sentido y acción: los remedios caseros como recursos de primera línea; la religión y las redes de apoyo comunitarias, que ofrecen contención y orientación moral; los espacios virtuales, que permiten

nombrar el malestar fuera del escrutinio local; los servicios de salud públicos, percibidos como distantes o insuficientes; y la familia, que opera simultáneamente como sostén y como fuente de tensiones y violencias. Estos elementos conforman un campo representacional donde las jóvenes negocian cotidianamente entre lo que les es dado, lo que les es negado y lo que pueden construir para enfrentar su malestar.

Cabe señalar que el análisis aquí presentado no pretende identificar un "núcleo central" en el sentido estricto del enfoque estructural (Abric, 1994), sino que se basa en un análisis temático de grupos focales que permite reconocer ejes recurrentes de organización del sentido. Los ejes organizadores y elementos contextuales descritos constituyen, por tanto, una aproximación a la estructura representacional desde una perspectiva cualitativa e interpretativa, sin asumir la rigidez que caracterizaría a un núcleo central en términos estructurales.

Género, violencia y agencia restringida

Las adolescentes identifican como causas de su malestar múltiples formas de violencia que operan en sus espacios cotidianos: el hogar, la escuela, la pareja y la comunidad. La violencia doméstica, la revictimización frente a agresiones sexuales, el acoso escolar, el control sobre sus cuerpos y su movilidad, así como la precariedad económica, no se experimentan como eventos aislados, sino como parte constitutiva de la vida diaria. Desde esta lectura, el sufrimiento emocional no se presenta como efecto lineal de las desigualdades estructurales, sino como una experiencia subjetiva que se configura en relación con condiciones persistentes de pobreza, desigualdad educativa y naturalización de la violencia, tal como ha sido documentado en la literatura (Inmujeres, 2021; Freyermuth, 2016).

En Chiapas, la pobreza y la exclusión territorial no son únicamente indicadores demográficos, sino el sustrato material que condiciona el acceso a servicios de salud, educación y protección social (CEIEG, 2020; Coneval, 2019). El malestar emocional no puede entenderse al margen de estas estructuras, pues el cuerpo que duele, la tristeza que paraliza o la ansiedad que ahoga expresan experiencias situadas en escenarios de desigualdad histórica (Segato, 2013; Lugones, 2008).

El doble juicio moral sobre el consumo de alcohol constituye un ejemplo paradigmático de la articulación entre género y violencia estructural. Mientras que en los varones el consumo es normalizado,

incluso cuando se asocia a dinámicas violentas, en las mujeres se convierte en objeto de sanción social. Este dispositivo diferencial de control se asocia con el silencio, la culpa y la autocensura que las jóvenes describen como respuestas ante el sufrimiento. La narrativa de la adolescente que relató un intento de agresión sexual seguido de descalificación familiar ejemplifica un patrón de desplazamiento de la responsabilidad hacia la víctima, coherente con mandatos que pueden inhibir la denuncia y profundizar el aislamiento.

Pese a ello, las adolescentes no se posicionan como sujetos pasivos. Su agencia se expresa en la articulación estratégica de saberes biomédicos, tradicionales y religiosos, así como en el uso de redes familiares y espacios virtuales para gestionar su malestar. Sin embargo, esa capacidad de acción se ejerce dentro de márgenes estrechos condicionados por limitaciones económicas y normativas que restringen su movilidad y acceso a recursos especializados. Paradójicamente, la mayor facilidad para nombrar y expresar el malestar no se traduce en un mejor acceso a recursos de cuidado.

Su posición como gestoras del bienestar familiar y comunitario se relaciona con una doble exigencia que ellas mismas describen: cuidar de otros sin poder cuidar de sí mismas. Las restricciones a su movilidad, la imposibilidad de salir después del atardecer y la obligación de priorizar las labores domésticas sobre cualquier actividad recreativa o de autocuidado dan cuenta de un escenario en el que el derecho a la salud mental aparece, en los hechos, sistemáticamente postergado. La frase: "Mi abuelito dice que la noche es para los hombres y el día para las mujeres" muestra cómo ciertas formas cotidianas de regulación de género se articulan con órdenes patriarcales y coloniales más amplios, sin operar de manera mecánica, pero sí delimitando los tiempos, espacios y movimientos considerados apropiados para las mujeres (Bourdieu, 1998; Segato, 2013).

El suicidio y las autolesiones refuerzan esta tensión. Que el suicidio sea percibido como un fenómeno frecuente, asociado a la depresión, al consumo de alcohol y a conflictos familiares persistentes, y que los casos consumados sean mayoritariamente de varones mientras las mujeres reportan más intentos y autolesiones, evidencia un sufrimiento profundo que encuentra en el cuerpo un espacio límite de expresión. Estas narrativas no pueden interpretarse como hechos aislados, sino como el extremo de un continuo de malestar que se relaciona con desigualdades estructurales y restricciones de género identificadas a lo largo del análisis.

Implicaciones para la atención intercultural en salud mental

Los hallazgos subrayan la necesidad de repensar los modelos de atención en salud mental dirigidos a adolescentes indígenas desde una perspectiva intercultural y con enfoque de género. Las RS analizadas muestran que el malestar emocional de estas jóvenes no puede ser comprendido ni abordado únicamente desde categorías clínicas universales, sino que requiere ser situado en el entramado de significados locales, violencias estructurales y mandatos de género que lo configuran. Medicalizar el sufrimiento sin reconocer sus raíces sociales y culturales corre el riesgo de reproducir las lógicas de exclusión y revictimización que las jóvenes ya experimentan en sus interacciones con los servicios de salud.

Una atención interculturalmente pertinente debería partir del reconocimiento de los saberes y prácticas locales que las jóvenes ya movilizan para cuidar de sí mismas y de los suyos. Los remedios caseros, las redes familiares y comunitarias, los espacios virtuales y las referencias religiosas no son meros sustitutos de la atención profesional, sino recursos significativos que articulan un campo de cuidado posible. En lugar de descalificarlos, las intervenciones podrían dialogar con ellos, fortaleciendo aquello que ya funciona y ampliando el abanico de opciones cuando éstas resultan insuficientes.

Es fundamental que los servicios de salud reconozcan y aborden las barreras geográficas, económicas y simbólicas que enfrentan las jóvenes para acceder a la atención, y que se diseñen mecanismos de canalización y contención que no reproduzcan el estigma ni la desconfianza. La coordinación con organizaciones de la sociedad civil, como la establecida en este estudio con Compañeros En Salud A. C., puede constituir un modelo para garantizar rutas de referencia y acompañamiento sensibles a las necesidades y contextos de las adolescentes.

Avanzar hacia modelos de atención culturalmente pertinentes exige reconocer que el sufrimiento emocional de las jóvenes indígenas puede comprenderse en relación con intersecciones complejas entre desigualdad social, colonialidad y mandatos de género. Incorporar estas dimensiones en el diseño de intervenciones públicas es un paso indispensable para construir respuestas institucionales que no sólo atiendan los síntomas, sino que contribuyan a transformar las condiciones estructurales asociadas con dicho malestar.

Este estudio presenta algunas limitaciones. La inclusión exclusiva de adolescentes que hablan español dejó fuera a jóvenes monolingües en

lenguas indígenas, lo que plantea la necesidad de incorporar intérpretes culturales en investigaciones futuras. Asimismo, el trabajo de campo coincidió parcialmente con la pandemia por Covid-19, cuyos efectos específicos sobre el bienestar emocional no fueron explorados de manera diferenciada. A pesar de estas limitaciones, nuestra información aporta elementos sustantivos para repensar la salud mental de adolescentes indígenas más allá del modelo clínico tradicional.

Conclusión

Este estudio aporta evidencia cualitativa sobre cómo las adolescentes indígenas chiapanecas construyen representaciones sociales en torno a la salud mental desde sus propias experiencias de vida. Al situar estas narrativas en contextos de desigualdad social y de género, los hallazgos permiten comprender el malestar emocional no únicamente como un fenómeno individual, sino como una experiencia situada en condiciones históricas y territoriales específicas. De esta forma, al recuperar la perspectiva de las propias jóvenes, la investigación contribuye a ampliar la comprensión de la salud mental en poblaciones indígenas desde enfoques socioculturales e interseccionales, incorporando dimensiones frecuentemente invisibilizadas en los modelos clínicos tradicionales.

El aporte específico de este trabajo no consiste en medir prevalencias de depresión o ansiedad, sino en mostrar cómo las adolescentes indígenas nombran, reconocen y enfrentan el malestar emocional desde marcos socioculturales atravesados por mandatos de género, violencias cotidianas y desigualdad territorial.

A través del análisis de los procesos de anclaje, objetivación y organización del campo representacional, se observa que la tristeza, los nervios y la depresión no son categorías universales, sino significantes que adquieren inteligibilidad al ser anclados en experiencias concretas de violencia y restricción, y que se objetivan en expresiones corporales y conductuales reconocibles por la comunidad.

En este sentido, avanzar hacia modelos de atención en salud mental culturalmente pertinentes requiere reconocer que el sufrimiento emocional de estas jóvenes puede comprenderse en relación con intersecciones complejas entre desigualdad social, colonialidad y mandatos de género, por lo que incorporar estas dimensiones en el diseño de intervenciones públicas constituye un paso indispensable para construir respuestas institucionales que no solo atiendan los síntomas, sino que también consideren las

condiciones estructurales asociadas con dicho malestar; de hecho, nuestro trabajo muestra que las representaciones sociales en estos contextos no son un conjunto estático de creencias, sino un campo dinámico de significados y prácticas que organiza la experiencia del sufrimiento, orienta la búsqueda de ayuda y legitima o cuestiona las desigualdades de género y etnicidad.

En suma, el sufrimiento emocional puede leerse como una experiencia subjetiva situada en condiciones de desigualdad estructural persistente, y la agencia juvenil, aunque presente, se manifiesta en un horizonte de posibilidades marcado por la intersección de género, etnicidad y precariedad, donde el cuidado posible nunca es pleno, sino siempre negociado y restringido.

Referencias

Abric, Jean-Claude (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. *Pratiques sociales et représentations*. Francia: Presses Universitaires.

Agyei, Francis *et al.* (2024). Creating communities that care: Social representation of mental health in two urban poor communities in Ghana. *Discover Mental Health, 4*(33). DOI: 10.1007/s44192-024-00089-y.

Azuero, Andrés *et al.* (2017). Suicidio en la población indígena latinoamericana: Revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 46*(6). DOI: 10.1016/j.rcp.2016.12.002.

Bautista-Valdivia, Jhonny *et al.* (2024). Representaciones sociales sobre salud mental del pueblo nahua en la Huasteca Potosina sur. *Enfermería Universitaria, 19*(4). DOI: 10.22201/eneo.23958421e.2022.4.1468.

Bennett, Simon y Liu, James (2018). Historical trajectories for reclaiming an indigenous identity in mental health interventions for Aotearoa/New Zealand-Māori values, biculturalism, and multiculturalism. *International Journal of Intercultural Relations*, (62). DOI: 10.1016/j.ijintrel.2017.05.005.

Bourdieu, Pierre (1998). *La dominación masculina.* España: Anagrama.

CEIEG (Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas) (2020). *Chiapas: Población Hablante de Lengua Indígena (PHLI) 2020*. Secretaría de Hacienda, Gobierno de Chiapas. Recuperado de https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/storage/posts/productos/IPOBINDCHIS/CHIAPAS_PHLI_2020.pdf.

Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2019). *La pobreza en la población indígena de México, 2008-2018.* Recuperado de https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/storage/posts/productos/IPOBINDCHIS/Pobreza_Poblacion_indigena_2008-2018.pdf.

Escuela de Salud Pública de México (2024). *Condiciones de salud, uso de servicios y protección financiera entre los pueblos indígenas de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de https://www.espm.mx/blog/condiciones-de-salud-uso-de-servicios-y-proteccion-financiera-entre-los-pueblos-indigenas-de-mexico/.

Flores-Guerrero, Rodrigo (2004). Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista MAD (Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad),* (10). DOI: 10.5354/0718-0527.2004.14783.

Freyermuth, Graciela (2016). Mortalidad en poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural. En Graciela Freyermuth (coord.). *El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México: Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de derechos humanos*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Gómez Gallego, John (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*, *5*(1). Colombia: Universidad de San Buenaventura.

Gutiérrez Vidrio, Silvia y Flores-Palacios, Fátima (2025). Nuevas aproximaciones al estudio de las representaciones sociales: del anclaje emocional a las comunidades emocionales. *Cultura y representaciones sociales: Un espacio para el diálogo transdisciplinario, 20*(39). Recuperado de https://www.culturayrs.unam.mx/index.php/CRS/article/view/12874.

INDICEMX (Índice de Marginación a Nivel Municipal) (2025). *Índice de marginación a nivel municipal.* Recuperado de https://indicemx.github.io/IMx_Mapa/IMM_2010-2020.html.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2021). *Violencia contra las mujeres en México: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/.

Inmujeres (Instituto Nacional de las Mujeres) (2021). *Las mujeres indígenas en el centro de la transformación*. México: Gobierno de México. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Cuadernillo%20Mujeres%20Indigenas.pdf.

Jurado Castaño, Carol (2019). *Representaciones sociales frente a la violencia de género contra la mujer en el Resguardo indígena Cañamomo Lomaprieta del municipio de Riosucio Caldas* [tesis de licenciatura, Universidad de Nariño]. Colombia: Repositorio Institucional Universidad de Nariño.

Leiva Valdés, Isabel (2008). Acercamiento antropológico del concepto de salud mental en los aymaras del sector Isluga. *Revista Cultura y Religión*. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2785573.pdf.

Lugones, María (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9). Recuperado de https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf.

Manrique Tome, Adriana (2022). Teoría de las representaciones sociales: Una revisión de la literatura. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 26*(1). Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8594375.

Medical IMPACT (2023). *Salud Mental en Comunidades Indígenas: Desafíos y Apoyos Necesarios.* Recuperado de https://medical-impact.org/salud-mental-en-comunidades-indigenas-desafios-y-apoyos-necesarios/.

Méndez Chiroque, Neuza (2020). *Las representaciones sociales de las enfermedades mentales en mujeres de Ayacucho, Perú* [tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Recuperado de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/653456.

Méndez-Muñoz, Erick (2025). Representaciones sociales de la salud mental en hombres y mujeres jóvenes de una localidad semiurbana de Aguascalientes, México. *Revista Iberoamericana de Psicología, 18*(2). México: Universidad Iberoamericana.

Menéndez, Eduardo (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales. En Eduardo Menéndez. *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Moscovici, Serge (1983). The phenomenon of social representations. En Serge Moscovici. *Social representations*. Estados Unidos: Cambridge University Press.

Natera Rey, Guillermina *et al.* (2012). "Pa' qué sirvo yo, mejor me muero": Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena. *Salud Mental,* (35). Recuperado de https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/1457.

Ramírez Martínez, Laura y Bustos Velazco, Edier (2021). Uso de la herramienta ATLAS. Ti para el análisis de representaciones sociales en investigaciones ambientales. *Revista Tecné, Episteme y Didaxis: TED*, número extraordinario. Recuperado de https://revistas.upn.edu.co/index.php/TED/article/view/15421.

Romero Mireles, Laura (2024). Depresión y ansiedad, los dos principales trastornos de salud mental en México. *Gaceta UNAM*. Recuperado de https://www.gaceta.unam.mx/depresion-y-ansiedad-los-dos-principales-trastornos-de-salud-mental-en-mexico/.

Sánchez Bandala, María y Sesia, Paola (2024). Racismos y salud mental en jóvenes indígenas residentes en la Zona Metropolitana de Oaxaca, México. *Salud Colectiva,* (20). DOI: 10.18294/sc.2024.4908.

Segato, Rita (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda.* Argentina: Prometeo Libros.

Torres López, Teresa *et al.* (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *CES Psicología*, *8*(1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf.

Torres-López, Teresa *et al.* (2021). Representaciones sociales del concepto de empleo de habitantes de diversos contextos culturales y diferentes grupos poblacionales. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales*, *30*(60). DOI: 10.20983/noesis.2021.2.4.

Unesco (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2024). *Acceso a la salud mental con una perspectiva intercultural y comunitaria, es impulsado por jóvenes de pueblos indígenas en Oaxaca, México*. Recuperado de https://www.unesco.org/es/articles/acceso-la-salud-mental-con-una-perspectiva-intercultural-y-comunitaria-es-impulsado-por-jovenes-de.

Vargas, Ángel y Polo, Marco (2019). Representaciones Sociales de la Autoridad Docente a través de la Teoría Fundamentada. *Revista Metodología de la Ciencia, 9*(1). Recuperado de https://revista.ammci.org.mx/Numeros_Rev_MC/Revista_9/Articulos/Art_9_2.pdf.

Walls, J. *et al.* (2025). Representations of Indigeneity in mental health research: A systematic review of American Indian and Alaska Native suicide publications 2010-2020. *American Journal of Community Psychology*, (76). DOI: 10.1002/ajcp.70012.

WHO (World Health Organization) (2025a). *Mental health of adolescents.* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

WHO (World Health Organization) (2025b). *Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios.* Recuperado de https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up.

Anexo

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra (n = 62)

Variable	Categoría	n	%
Localidad	Laguna del Cofre	32	52,9
	Benito Juárez	21	33,9
	Plan de Libertad Alta	9	14,5
Nivel educativo	Secundaria	27	43,5
	Preparatoria	25	40,3
	Abandonó sus estudios	10	16,1
Estado civil	Soltero	60	96,8
	Unión libre	1	1,6
	Separada	1	1,6
Totales		62	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del componente cuantitativo del proyecto FORDECYT-PRONACES (# 291102) "Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses".

Amadeus Méndez Martínez. Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), México. Actualmente se desempeña como profesor en la Licenciatura en Promoción y Educación en Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Sus líneas de investigación incluyen: salud mental, género y pueblos indígenas; estudios de género y masculinidades; y metodologías participativas e intervención comunitaria. Publicaciones recientes: 1) Méndez Martínez, Amadeus (2024). *Representaciones Sociales sobre ansiedad y depresión en adolescentes de adscripción indígena en Chiapas* [tesis de maestría]. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos. 2) Méndez Martínez, Amadeus (2023). Depresión y roles de género en hombres: una revisión sistemática de la literatura. *II Congreso Internacional sobre Masculinidades e Igualdad: Educación para la*

igualdad y co-educación. España: Universidad Miguel Hernández. 3) Méndez Martínez, Amadeus (2019). *Intervención comunitaria e Investigación Acción Participativa: Experiencias en contextos de marginación en Morelos* [memoria de trabajo de licenciatura]. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Luz María González Robledo. Doctora en Ciencias de la Salud Pública con Área de Concentración en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) con nivel II desde 2025, cuenta con Reconocimiento como Profesora de Tiempo Completo con Perfil Deseable PRODEP y es integrante de la Academia de Ciencias Sociales y Humanidades del Estado de Morelos (ASCHEM). Líneas de investigación: sistemas de salud y políticas públicas, salud pública y enfermedades crónicas, investigación cualitativa en salud con enfoque de género y poblaciones vulnerables y determinantes sociales de la salud. Publicaciones recientes: 1) Treviño-Siller, Sandra, González-Robledo, María Cecilia, González-Robledo, Luz María y Cruz, Alma (2025). Healthcare experiences of mothers of children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia in Mexico. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. DOI: 10.1177/10664807241308898. 2) Barranco, Adriana, González Robledo, Luz María y Caballero, Marta (2025). Del campo a la universidad: narrativas de iniciación sexual en mujeres jóvenes en Morelos. *Inventio. La génesis de la cultura universitaria en Morelos, 21*(54). Recuperado de https://inventio.uaem.mx/index.php/inventio/article/view/1016. 3) Giraldo González, Germán, González Robledo, Luz María, Jaimes Montaña, Isabel, Benjumea Salgado, Angela, Pico Fonseca, Sayda, Arismendi Solano, Martha, y Valencia Rico, Claudia (2024). Nutritional interventions in older persons with type 2 diabetes and frailty: A scoping systematic review. *Journal of Cardiovascular Development and Disease, 11*(9). DOI: 10.3390/jcdd11090289.