



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD XOCHIMILCO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**EL CAPITAL EMOCIONAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN PRIMER  
NIVEL DE ATENCIÓN EN TABASCO**

**TESIS**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**PRESENTA**

**VICTORIA RAQUEL ROJAS LOZANO**

**DIRECTOR: EDGAR C. JARILLO SOTO**

3 de agosto de 2021

## RESUMEN

El proyecto se sitúa en el análisis de Políticas y prácticas de salud, particularmente en la atención a la salud mental, que después de la puesta en marcha de la reforma a la atención psiquiátrica en México, implicó la integración de los servicios de salud mental a la atención de salud general a través del servicio del primer nivel. El objetivo es analizar cómo se reconfiguró la práctica médica de los profesionales de la salud que laboran en el Primer Nivel de Atención que se ofrece por la Secretaría de Salud del municipio de Tacotalpa en Tabasco. Para ello, el trabajo parte de la idea de que estos profesionales, como agentes activos en el proceso de psicoeducación, están experimentando una reconfiguración en su concepción de salud mental que determina su comprensión de enfermedad, su diagnóstico médico y su atención, que no sólo tiene que ver con su formación profesional o desarrollo laboral, sino con el capital y prácticas emocionales que se incorporan y adquieren en el universo social. La revisión bibliográfica identificó importantes aportaciones al respecto; pero también evidenció un vasto número de vacíos académicos que hay que trabajar. La documentación de lo que sucede particularmente durante el proceso de la reforma con los recursos humanos no especializados, por ejemplo, es una de las principales deudas pendientes en toda América Latina. De acuerdo con todo lo anterior, se plantea para el desarrollo de la investigación una primera propuesta de análisis que recupera los instrumentos teóricos de la teoría de la acción desde su dimensión afectiva.

**Palabras clave:** salud mental, capital emocional, práctica médica, Primer Nivel de Atención, Dirección de Salud Psicosocial Tabasco

## AGRADECIMIENTOS

*“escribo gracias a mi abuela que no sabía leer ni escribir, gracias a mi tía que encontró en la soledad su manera de ser fuerte, gracias a mis primas que no estudiaron para ayudar en la casa, gracias a mi bisabuela que en náhuatl no le temía a nada, gracias a mi madre que me dio la vida y después volvió a dármelo todo; escribo por mis otras tías que hicieron del matrimonio su espacio, por todas mis abuelas que desde su lengua lejana me soñaron libre; escribo para mis descendientas, poderosas niñas hierba, para la hija que [me entregó] la vida, para encontrar un yo que no sea sólo mío, para nosotras escribo” (Diana del Ángel, 2020).*

Ocho años han pasado desde que inicié el doctorado en el Programa de Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco; y cinco años han transcurrido desde que finalicé los créditos. Para mí no sólo han pasado 1,825 días sin haberme titulado y cerrado esta etapa de mi formación, para mí pasó una hecatombe que revolcó mi vida y me convirtió en lo que soy ahora. Así que lo único que puedo decir es que esta tesis (que no el proceso investigativo inicial) salió a pesar de mí misma. Como suelen salir muchas cosas en la vida de las mujeres, en la vida de las mujeres madre y en la vida de las mujeres madre que enfrentan una crisis emocional.

Cierro esta tesis agradecida conmigo misma por no sucumbir, aunque muchos días hice todo lo posible para lograrlo. Fui muy buena boicoteando mi propio proyecto y sin embargo estoy aquí, escribiendo estas letras que eran las únicas que me alentaban a cerrar el archivo llamado “doctorado” que me acompañó por eternas y frustrantes noches. Agradecida con la mujer que fui cuando inicié el doctorado y agradecida con la mujer que escribió esta tesis y de la que estoy profundamente enamorada. Porque “el acuerdo es vivir”, como dijeron las Zapatistas, y como para mí vivir es escribir, pues el acuerdo es escribir en este mundo que nos quiere silenciar.

Gracias al programa de doctorado que no sólo me abrió las puertas para ingresar en este campo de estudio denominado salud colectiva, sino también para ser parte del campo médico en el que ahora me ubico y que desde la docencia lucho

por transformar. Gracias profundas a mujeres como Oliva López Arellano que han persistido en el intento de seguir cultivándolo. Gracias al Dr. Guillherme Borges, investigador con el que inicié la aprehensión de mi objeto de estudio y gracias al Dr. Edgar Jarillo por apoyarme a concluirlo. Gracias a la beca que se me otorgó por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) y que hizo posible mis estudios de posgrado. Gracias a Juan Pablo Vázquez, amigo y compañero, que acompañó este proceso académico y me sostuvo en el último tramo. Gracias al pueblo ch'ol, al pueblo tabasqueño y a la Secretaría de Salud estatal, sin su colaboración, apoyo e interés, el trabajo de campo que nutre esta investigación no hubiera sido posible. Los recuerdos compartidos, las charlas tenidas, el compromiso que cada uno de ustedes tiene con la salud mental, hicieron que no cediera en mi intento de hacer visible lo que ustedes me contaron en ese hermoso y bello trabajo de campo que hicimos juntos. ¡Gracias!

Gracias a María por creer en mí, por amarme y por ser la compañera de vida que es. Su vida está entre estas letras, pero nuestra vida juntas seguirá después de ellas. Porque eso es una tesis: ideas, letras, diálogos que tenemos, mientras afuera de las páginas, algo llamado vida está sucediendo.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
1. El objeto de estudio, sus implicaciones y complicidades .....	9
2. Antecedentes.....	11
3. Problema de la investigación .....	15
4. Estructura del documento .....	20
CAPÍTULO I. PREMISAS, APORTES Y DESAFÍOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA EN SALUD MENTAL.....	24
Introducción .....	24
1.1. Hacia una necesaria reflexividad metodológica en investigación etnográfica .....	27
1.2. Investigación etnográfica en salud mental.....	32
1.3. ‘Confesiones de ignorancia’. Desafíos del trabajo de campo etnográfico en el PNA .....	36
1.4. Desencuentros teóricos y búsqueda de convergencias .....	43
1.5. Dilemas e implicaciones éticas, políticas y culturales .....	49
Consideraciones finales .....	58
CAPÍTULO II. NOTAS TEÓRICAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL. LA CULTURA COMO DIMENSIÓN ESTRATÉGICA Y EL CAPITAL EMOCIONAL COMO HERRAMIENTA TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA ACERCARSE A LA COMPRESIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL PNA.....	61
Introducción .....	61
2. 1. Políticas y prácticas en Salud Mental en los Servicios y atención de salud mental en el PNA .....	63
2.1.1. Trabajadores de la salud, un área de oportunidad para la atención a la salud mental en el PNA.....	67
2.1.2. Desafíos culturales para la atención en salud mental en el Primer Nivel de Atención.....	70
2.2. La teoría de la acción y su dimensión simbólica y afectiva para el análisis de la práctica médica .....	72
2.2.1. Presupuestos de partida de esta tesis.....	73
2.2.2. Teoría de la acción.....	76
2. 2. 3. La cultura como una dimensión estratégica para la investigación de la atención de la salud mental.....	82
2.2.4. Hacia una teoría de la acción afectiva.....	84
2.3. La teoría de la acción afectiva y sus implicaciones en el análisis de las prácticas médicas en salud mental en el PNA.....	87
2.3.1. El campo médico institucionalizado.....	87
2.3.2. Del <i>habitus</i> a las disposiciones .....	93
2.3.3. Los capitales asociados al <i>habitus</i> médico: las formas de reproducción y de cambio en la práctica médica.....	101
2.3.4. La <i>illusio</i> como orientación emocional de la práctica .....	104

2.3.5. El capital emocional, herramienta teórico-metodológica para acercarse a la comprensión de la atención a la salud mental.....	107
Consideraciones finales .....	110
CAPÍTULO III. LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: DE LA FORMA ASILAR A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL .....	114
Introducción .....	114
3.1. Contexto y salud en Tabasco.....	116
3.1.1. Caracterización socioeconómica de Tabasco .....	116
3.1.2. Salud en Tabasco .....	121
3.1.3. La organización servicios de salud.....	125
3.1.4. Trabajadores de la salud.....	130
3.2. Salud psicosocial en Tabasco en el marco de la reestructuración psiquiátrica de México y de la región de las Américas .....	133
3.2.1. Bases para una nueva política en salud mental en México .....	134
3.2.2. Más allá de la Psiquiatría: Entre la des/hospitalización y la sobre/institucionalización .....	138
3.2.3. La flexibilización y democratización del saber médico psiquiátrico.....	146
3.2.4. Innovación técnica .....	149
3.2.5. De los niveles de atención y la cobertura universal a la integración de la salud mental en el PNA.....	152
Consideraciones finales: Desafíos en la reestructuración de los servicios de salud mental en Tabasco.....	154
CAPÍTULO IV. LOS AGENTES DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN TABASCO ..	162
Introducción .....	162
4.1. La teoría del campo aplicada a la comprensión de la reestructuración del sistema de salud tabasqueño.....	164
4.1.1. Quién es un agente en el campo de lo médico.....	166
4.1.2 Los capitales asociados al <i>habitus</i> médico.....	168
4.1.3. Indicadores de capital .....	169
4.2. El capital social.....	171
4.2.1. Género y edad .....	171
4.2.2. Ubicación por zona geográfica .....	172
4.2.3. Ubicación por unidades donde laboran, antigüedad y situación laboral....	173
4.3. El capital cultural institucionalizado. La democratización del saber psiquiátrico en Tabasco .....	183
4.3.1. Institución, grado de estudio y especialidad .....	183
4.3.2. De profesionales especializados a personal capacitado: Formación y adiestramiento en salud mental .....	185

4.3.3 Programas del subcampo: salud mental, adicciones y violencia .....	187
4.4 Capital incorporado. De la re-organización operativa a la praxis médica en los servicios de atención en salud mental en la Secretaría de Salud en Tabasco .....	188
4.4.1. La producción en forma de conocimientos .....	188
4.4.2. La producción en forma de habilidad para diagnosticar y tratar.....	190
4.4.3. El médico general y la psico-educación .....	194
4.4.4. La producción en forma de referencias y contrareferencias .....	196
4.4.5. La producción en forma de conocimiento y uso de psicofármacos.....	198
4.5. El capital objetivado .....	199
4.5.1. La producción en forma de material para promocionar, difundir y prevenir los problemas de la salud mental .....	199
4.5.2. La producción en forma de dato epidemiológico reportado .....	201
4.5.3. Disposiciones del habitus que influyen en la productividad de los agentes.....	202
Consideraciones finales .....	205
CAPÍTULO V. DEL DISCURSO A LA PRÁCTICA MÉDICA: ETNOGRAFÍA DE LOS CENTROS DE SALUD EN EL PNA.....	211
Introducción .....	211
5.1. Encuadre metodológico.....	213
5.2. Régimen afectivo autoritario del campo médico visto desde la experiencia del enfermar de sus agentes .....	219
5.3. Los stocks de disposiciones y las prácticas asociadas .....	225
5.3.1. Desarrollo de las disposiciones en el espacio familiar .....	226
5.3.2. Desarrollo de las disposiciones en la formación .....	230
5.3.3. Desarrollo de las disposiciones en el campo médico .....	232
5.3.4. Desarrollo de las disposiciones en el espacio religioso .....	238
5.4. Capital emocional.....	240
5.4.1. El capital emocional en estado institucionalizado .....	241
5.4.2. El capital emocional en estado objetivado.....	243
5.4.3. El capital emocional en estado interiorizado o incorporado .....	253
5.5. Consideraciones finales: El espacio hermenéutico y las disposiciones puestas en acción ..	257
Conclusiones .....	261
Referencias bibliográficas .....	269
Anexos.....	289

# INTRODUCCIÓN



# INTRODUCCIÓN

---

## 1. El objeto de estudio, sus implicaciones y complicidades

Inicio la introducción con una breve referencia personal que quizás contribuya a proveer un marco lógico al discurso teórico-metodológico empleado para explorar los cambios experimentados en los servicios de salud mental en Tabasco después de la Declaración de Caracas y de la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica que le dio origen. Para ello ocupo la metáfora utilizada por Naomar Almeida Filho (2006) para hablar de los trabajadores que, interesados por el fenómeno de la salud, buscan más que centrarse en una herramienta o en una disciplina, poner la mira en el objeto de estudio. Los anfibios. Seres que cruzan los límites y que se encuentran de manera constante en espacios liminales.

Estudí sociología por su formación teórica, lamentablemente al culminar mi formación las herramientas metodológicas no eran ni suficientes ni adecuadas para aprehender el incipiente objeto de estudio que se me estaba presentando. Después, decidí estudiar la maestría en antropología por su particular interés en el sujeto, la cultura y la metodología cualitativa, sobre todo por su método etnográfico. Para este momento, ya estaba más satisfecha de mi formación, tenía herramientas teórico-metodológicas y un objeto de estudio claro: la salud. Cuando fui avanzando en el camino, me di cuenta de que me era indispensable acercarme a la metodología cuantitativa y al conocimiento salubrista y biomédico para poder construir y pensar de una manera más compleja mi objeto de estudio; de ahí mi interés por ingresar al campo de la salud colectiva.

Ingresar al campo, pensé en ese momento, me permitiría transitar al otro mundo que me era desconocido y necesario –y al que yo le era ajena–, al mismo tiempo que me dejaba seguir echando mano de terreno conocido. La salud colectiva<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La noción de salud colectiva es heredada de las prácticas que, bajo esta concepción, vienen sucediéndose desde hace más de treinta años en Latinoamérica. Prácticas que se encuentran en un sustento teórico de Jaime Breihl, Hugo Spinelli, Mario Testa, Edmundo Granda, entre otros; cuyo principal objetivo es reconceptualizar la noción científica de salud, para luego pensar la idea de enfermedad y sus aproximaciones posibles desde una perspectiva

por su enfoque social, transdisciplinario, multimétodo y crítico se me presentaba como el lugar ideal no para cultivarme disciplinarmente, sino como lo dice el epidemiólogo bahiano, a propósito de su discurso sobre “transdisciplinariedad pragmática”, cultivar en sí mismo la naturaleza plural del objeto de estudio. Como trabajadora de la salud colectiva, se me instaba a cruzar límites”, a ser “anfibia”, tanto en términos conceptuales como metodológicos. Y aquí estoy, apostando por la salud mental y emocional como objeto de estudio, utilizando herramientas teóricas y metodológicas diversas. Siendo ajena a mi formación y sin terminar de pertenecer al nuevo campo. Pero segura de que la frontera es el lugar.

El objeto de la salud colectiva son las necesidades sociales de salud y su respuesta organizada (Bertolozzi, 2012). De acuerdo con ello, el materialismo histórico, a través de la realidad histórica y matriz contextual en el campo de la salud (Granda, 2004), ha permitido el desarrollo de modelos explicativos sobre los determinantes y condicionantes de la salud/enfermedad y de la organización de las prácticas de salud. Perspectiva por más necesaria, pero que dejó de lado la interpretación de los sujetos y su aprehensión mediante la dimensión simbólica (Minayo, 2001). Esta investigación, utilizando diversas herramientas teóricas de las ciencias sociales y comulgando con la incorporación al movimiento, de la subjetividad de los sujetos, apuesta por articular la salud/enfermedad a los procesos estructurales más amplios de la sociedad y a sus procesos singulares, pues como lo dice Edmundo Granda (2004) “La Salud Pública Alternativa requiere entender la estructura de las prácticas sociales saludables y deteriorantes, esto es, comprender y explicar como la estructura es constituida por la acción, y recíprocamente, como la acción es constituida estructuralmente” (párr. 42).

El presente estudio está ubicado dentro de la línea de Políticas y Prácticas en Salud del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) y dentro de su segundo objeto de estudio, la respuesta social organizada. El interés está en analizar cómo se ha reconfigurado la concepción de salud mental de los profesionales de la salud del

---

que pueda incluir –como factores determinantes– la dimensión estructural histórica, cultural y social de individuos y grupos, así como sus construcciones subjetivas respectivas (Correa-Urquiza y Hernández, 2021, p.1).

Primer Nivel de Atención (PNA) de la Secretaría de Salud de Tabasco, a partir de su capital emocional. Para lograr lo anterior parto de entender la salud/enfermedad/atención/prevención (Menéndez, 2020) como un proceso sociocultural, en el cual los sistemas de significados, representaciones y prácticas de reproducción de la vida cotidiana y las situaciones pueden y deben estudiarse por métodos cualitativos como el etnográfico (Almeida-Filho, 2020, p. 12). Parto también, de una perspectiva bio-psico-social de la salud mental y de un posicionamiento en favor de una investigación en salud mental que implique el estudio no sólo de problemas mentales y afecciones relacionadas, sino también de representaciones de la salud mental en las esferas de la vida y el trabajo.

Trabajando desde esta dimensión, aportó al cambio por un abordaje que trascienda la dicotomía individual/colectiva y afectivo-racional. La primera a través del uso de herramientas conceptuales como la triada bourdeana (campo/habitus/capital) y la teoría disposicional de Bernard Lahire. La segunda, mediante el giro afectivo, como clave a través de la cual también se puede leer la salud.

La salud colectiva como campo interdisciplinario de abordaje de los problemas estructurales e individuales relativos a la salud, me permitió mirar el proceso de salud y su respuesta desde una mirada multidimensional y compleja que se evidenció mediante los resultados expuestos en los capítulos III, IV y V, al mostrar empíricamente, cómo, cada herramienta teórica permitió ahondar en ciertas partes del proceso, mostrando con ello resultados diversos, que al mismo tiempo que se confrontaban, se complementaban para mostrar, desde miradas diversas, la complejidad del objeto de estudio.

## 2. Antecedentes

En los últimos años del siglo XX e inicios del XXI se produjo en nuestro país una profunda transformación del sistema de atención a la salud mental que se manifestó en los planes, programas y políticas que se desarrollaron a partir de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina y el Caribe en 1990

(SSA, 2001, 2008, 2014, 2019). Dicha reforma se inserta en tres fases diferentes. La primera se dio a inicios de la década de los sesenta bajo la influencia del movimiento de psiquiatría comunitaria en Estados Unidos, las experiencias de la reforma de los servicios de salud mental en Europa y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la reorganización de los servicios de salud mental. La segunda etapa se dio a partir de la Declaración de Caracas en 1990 (OPS, 1990). Y la tercera fase de la reforma de salud mental inició formalmente en 2001 con la decisión histórica de la OMS de dedicar a la salud mental varias de sus grandes iniciativas de alcance mundial ese año (Caldas de Almeida, 2005; Rodríguez, 2007, 2011), a la que México se sumó a través del Modelo de Atención a la Salud Mental “Miguel Hidalgo”.

1990 marcó un cambio importante para toda la región de las Américas y para México. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS convocaron a la “Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”, en Caracas, Venezuela, e hicieron un llamado en favor del desarrollo de una atención psiquiátrica estrechamente unida a la atención primaria de salud e inscrita en el marco del sistema sanitario local. Después de esta declaración se establecieron más acuerdos, principios, programas y evaluaciones para darle seguimiento a dicha reestructuración (División De Desarrollo De Sistemas y Servicios De Salud, 1998; OMS, 2001, 2005; OPS, 2005; SSA, 2006; Federación Mundial para la Salud Mental, 2009; OPS, 2009, 2010; SSA, 2011; OPS y OMS, 2014). Por eso en este proceso de reconfiguración de los sistemas de salud es necesario plantear después de 30 años de la “Declaración de Caracas” ¿qué ha pasado en América Latina? ¿cómo se ha traducido este cambio mundial y continental en las acciones en salud mental? y particularmente ¿qué ha pasado y cómo se han reflejado estas acciones en México?<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> En noviembre del 2005 la OPS y OMS realizaron una “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, precisamente para evaluar la implementación de los acuerdos, los objetivos realizados y los resultados obtenidos en toda América después de la Declaración de la reforma psiquiátrica (Rodríguez, 2007).

La desinstitucionalización psiquiátrica es un proceso complejo que implica esfuerzo, acuerdos, disposición, tiempo y financiamiento por parte de cada uno de los gobiernos. En México, a diez años de la Declaración dicha reconfiguración se aplicó a partir del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental<sup>3</sup> implementándose primero en el estado de Hidalgo y extendiéndose después a Tamaulipas, Durango, Estado de México, Ciudad de México y Aguascalientes.

Con el propósito de mejorar las formas de organización de los servicios de salud mental y buscando la excelencia en el tratamiento, en México se ha iniciado el proceso de reforma a la atención psiquiátrica con la aplicación del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, que involucra un cambio integral en la atención de las personas con estos padecimientos actuando en los tres niveles de atención, prevención, tratamiento y reintegración social e insistiendo en la importancia de cada uno de ellos para un restablecimiento pleno de la salud mental y física. Este Modelo es la herramienta para la reforma psiquiátrica en México, tiene base comunitaria, descentralizada, continua, integral y contempla los programas necesarios para satisfacer la población; tiene un enfoque biopsicosocial, ya que también involucra la promoción a la salud mental y la disposición de psicofármacos para los tratamientos de los usuarios de los servicios de salud mental. Además, se han implementado estructuras para la atención ambulatoria, hospitalización breve y de apoyo comunitario para lograr la reinserción social de los usuarios que lo requieran en las diversas entidades federativas. (SSA, 2008, p. 16)

Las formas que tomó y las implicaciones que acarreó implementar y operativizar el Modelo fueron vastas ya que planteó un cambio en el concepto de atención a las personas con problemas de salud mental, contempló la creación de nuevas estructuras, el desarrollo de infraestructura y buscó garantizar no sólo el acceso sino el derecho de los usuarios a recibir una atención médico-psiquiátrica de calidad y con calidez. Esfuerzos importantes para cumplir en el mediano y corto plazo.

---

<sup>3</sup> El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental tiene como antecedentes mundiales los de Italia, representada principalmente por la experiencia de Trieste en 1978, y España, principalmente por la Fundación de la Liga de Higiene Mental.

Establecer una atención de salud mental de base comunitaria<sup>4</sup> proponiendo la desinstitucionalización como una parte importante de la reforma, no como sinónimo de deshospitalización, pero sí como integración de la salud mental al PNA; requirió no sólo de mayores recursos humanos para garantizar la atención, sino de un personal formado y capacitado que respondiera a las nuevas necesidades, que además se sitúan en espacios culturalmente diferenciados. Demandó la creación no sólo de espacios particulares para personal especializado de salud mental dentro de la estructura de los centros de atención primaria, sino la integración de una nueva concepción de atención a la salud mental en las demás prácticas del personal no especializado (médicos generales, enfermeras, trabajo social). También necesitó infraestructura para otorgar el servicio, sobre todo, en los espacios rurales en el que de por sí ésta es limitada. Finalmente, y a partir de todo lo anterior, implicó revisar que efectivamente en la atención se garantice el derecho a la salud de los usuarios, no sólo mediante el acceso, sino, y, sobre todo, en las prácticas institucionales del personal en salud de estos centros<sup>5</sup>.

Los retos son vastos y bien lo saben los organismos internacionales y los gobiernos nacionales. Las evaluaciones que hasta el momento se han realizado en los distintos sistemas de salud de los diferentes países del continente dan cuenta de procesos diversos y de resultados variados. Al interior del propio caso mexicano, la misma respuesta organizada ha cobrado formas diferentes. La heterogeneidad es entonces, la marca que a treinta años de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica en las Américas se ha dejado.

---

<sup>4</sup> La psiquiatría comunitaria surge en los años sesenta en el contexto de la política desinstitucionalizadora de EE. UU., y se extiende por todo el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la Reforma Psiquiátrica, de los diferentes procesos que constituyen lo que hoy llamamos Reforma Psiquiátrica, desde la psiquiatría del sector francés a la reestructuración psiquiátrica en América Latina. (Castel, 1984; García González *et al.*, 1998).

<sup>5</sup> De acuerdo con la reestructuración de la reforma psiquiátrica los retos en esta materia implican que el diseño de programas que promuevan la vigilancia y defensa de los derechos humanos ya no se enfoque sólo en el enfermo mental sino en la población en general. Entre las tareas de este nuevo modelo está no sólo atender la enfermedad, sino prevenir, sensibilizar y educar en salud mental, involucrar a la familia y comunidad en el proceso y prestar servicios comunitarios en los domicilios.

### 3. Problema de la investigación

En esta investigación se determinan las causas y consecuencias del incremento de los servicios de salud mental en Tabasco; primeramente, observando cómo se dio la reestructuración de la atención a la salud mental en la entidad a través de su Dirección de Salud Psicosocial (DSP) y posteriormente revisando lo que había acontecido en el PNA en el municipio de Tacotalpa en Tabasco. Algunos estudios que se han formulado sobre los cambios en las políticas de salud mental y sus implicaciones en las formas de atención de estos problemas, a partir de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica, hicieron alusión a los problemas de costo efectividad y a la poca evidencia que existe para evaluar las políticas, estrategias y eficacia de salud mental en el PNA (Rodríguez, 2007). De acuerdo con lo anterior, en un primer momento de la investigación sólo me propuse caracterizar estructuralmente a ese sistema y revisar ¿qué forma ha tomado la atención a la salud mental en el PNA? y ¿hasta qué punto las políticas y programas de acción en salud mental que se han implementado han resultado en cambios significativos para la atención?

Con la fusión de la atención de la salud mental a la atención primaria<sup>6</sup> que se estableció en el país después del año 2000, se generaron una serie de necesidades que ameritaban ser analizadas; pero entre ellas mereció particular importancia la que refería a los trabajadores de la salud (médicos generales, enfermeras, promotores de salud) que prestan servicio en este nivel. Dicha importancia radica en que son ellos los encargados de ejecutar los planes y programas de salud mental, son el vínculo más directo que se tiene con los sujetos diagnosticados, son quienes educan a los pacientes y al público en general acerca de los problemas de salud mental y, por tanto, son los generadores del dato que sobre prevalencia psiquiátrica existe de la población. Sin embargo, se ha podido comprobar que los profesionales de atención primaria no cuentan con la formación, tiempo, asesoría ni disposición necesarios

---

<sup>6</sup> “En el primer nivel de atención existen tres tipos de servicios: módulos de salud mental comunitarios, módulos de salud mental integrados a los hospitales generales, módulos de salud integrados a los centros de salud y unidades de psiquiatría integradas a un hospital general.” (SSA, 2008, p. 26).

para atender adecuadamente a estos pacientes. Lo que redundaba en criterios de derivación a la atención especializada poco claros.

Aunque ha existido un progreso significativo en la formulación de políticas, programas y legislación de salud mental en atención primaria, se ha documentado bajo nivel de implementación, cobertura muy limitada, déficit de personal y falta de capacitación de los profesionales. Esto se puede identificar en el PNA de Tabasco, que para 2018 ascendió a 41 personas en los servicios de salud mental, de un total de 274 profesionales especializados en el área que laboran dentro de la DSP entre el primero, segundo y tercer nivel de atención.

En Tacotalpa, lugar de la investigación, existe un módulo de salud mental integrado al “Hospital Comunitario” de la zona desde 2008 que atiende a la población general a través de 3 programas, 5 psicólogos y 2 trabajadores sociales. Sin embargo, aunque hay trabajadores de la salud especializados para dar la atención, son insuficientes para cubrir la demanda. Son 35 médicos generales, enfermeras y promotores de salud –que en algunos espacios son las parteras empíricas– que atienden en 23 centros de salud y 4 caravanas, los encargados de diagnosticar, referenciar o atender los trastornos mentales de la población.

De ahí que la investigación se haya centrado particularmente en estos sujetos y sus acciones a partir de lo que aquí denominé prácticas y discursos institucionales del personal en salud. La práctica son todas aquellas actividades que de rutina hacen –médicos generales o pasantes– para diagnosticar, atender, prevenir o promocionar cualquier problema de salud mental, y “...discurso es una práctica a partir de la cual el individuo toma una posición de sujeto determinada frente a las distintas exterioridades que los constriñen –al individuo y a su discurso– haciéndolos ser lo que son” (Hernández Lara, 2008, pág. 10).

Exploré, de acuerdo con lo anterior, en qué consisten los discursos y prácticas institucionales del personal de salud no especializado, ¿cómo se desarrollan? y ¿cómo las políticas y programas de acción en salud mental que se han implementado han resultado en cambios significativos para el propio personal de salud?, lo anterior con el objetivo de conocer la forma en que se ha dado la



reestructuración de la atención a la salud mental en el PNA en uno de los municipios más pobres y con mayor Población Hablante de Lengua Indígena (PHLI) como lo es Tacotalpa.

Existen estudios que documentaron cambio en la significación del saber sobre salud mental de los pacientes (Rojas, 2008; Duncán 2012); pero en menos casos, se ha documentado el proceso de transformación de los mismos profesionales de la salud y cuando se ha hecho se ha registrado sólo para los médicos tradicionales. De acuerdo con el incremento y modificación de los servicios de salud mental y específicamente de los establecidos en el PNA, en esta investigación analicé de qué manera la reestructuración de la atención a la salud mental reconfiguró la práctica médica de los profesionales de la salud que laboran en el PNA que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa, explorando ¿qué tipo de prácticas se habían implementado por el personal de salud especializado y no especializado?, ¿qué tipo de subjetividades se habían producido a partir de la puesta en marcha de la reforma sobre todo en el caso en el que el propio médico ha experimentado de cerca un problema de salud mental? Y en este sentido ¿Cuál era el papel del capital emocional en la reconfiguración del discurso y práctica médica del personal de salud en la atención de salud mental del PNA en Tacotalpa, Tabasco? Para lograr lo anterior, partí de que: los profesionales de salud del PNA de la SSA están experimentando una reconfiguración en su concepción de salud mental que determina su comprensión sobre la enfermedad, pero también su diagnóstico médico. Estas concepciones de salud mental no sólo tienen que ver con su formación profesional o desarrollo laboral, también están relacionadas con el capital emocional que se está desarrollando como consecuencia de sus propias experiencias mórbidas. Razón por la cual, el capital emocional que se ha puesto en juego dentro del subcampo de la salud mental resultó fundamental para comprender los cambios en las prácticas y discursos del personal de salud del PNA.

Al tratar de comprender el proceso salud/enfermedad en el concreto de la vida y poner en el centro a la subjetividad de los actores sociales, a través de los sentidos que éstos producen en sus acciones concretas, la investigación que en un primer momento apostó por trabajar tanto con usuarios como con médicos, tuvo que

conformarse con mirar el proceso sólo a partir de los trabajadores de la salud. La población estuvo presentada por los estos profesionales que trabajan dentro de la DSP del estado. De este total (278), se trabajó con una muestra representada por personal administrativo, psiquiatras, psicólogas, trabajadoras sociales y el personal del PNA de la Jurisdicción XV de Tacotalpa (73). Los criterios de selección estuvieron dados por el propio objeto de la investigación y el trabajo de campo realizado.

La investigación se realizó en Tabasco, en la DSP de la entidad. La salud colectiva plantea la necesidad de ubicar los problemas de salud en su contexto sociohistórico, cultural, político y económico, de ahí que los criterios de selección del lugar de investigación estuvieran determinados por ello. Primero, seleccioné el estado porque habitaba y trabajaba allí y por mis antecedentes de trabajo del tema en el lugar. Segundo, porque Tabasco se encuentra entre los estados con más altos índices en suicidios y de trastornos depresivos, siendo Tacotalpa uno de los municipios con mayor número de suicidios de la entidad. Tercero, la entidad también se encuentra entre las diez entidades con mayor pobreza de México, de sus 17 municipios, Tacotalpa es el que ocupa el tercer lugar. Cuarto, en términos de dispositivos psiquiátricos, su historia comenzó desde 1962 con el Hospital “Granja” para Enfermos Nerviosos y Mentales que como parte de la política de desmantelamiento del Hospital General “La Castañeda” a mitad del siglo pasado, dotó de atención de este tipo a la región sur de México en 1965. Y aunque Tabasco no forma parte de los casos paradigmáticos de esta reforma, ha logrado implementar una política de salud a través de la DSP que se creó en 1995, llegando a ocupar el noveno lugar a nivel nacional en cuanto a número de personal de salud mental que atiende.

De acuerdo con la revisión literaria resultó importante en varios sentidos realizar un trabajo de esta índole. Primero porque se necesitan etnografías de la práctica médica (especializada y no especializada) que documenten la manera como los pacientes y los propios profesionales están viviendo dichas reestructuraciones. Se ha profundizado un poco más en lo primero y se han evaluado en menos casos las implicaciones que las transformaciones del sistema de salud tienen sobre sus

recursos humanos y los impactos que existen en la experiencia individual y la vida social de estos sujetos. Razón por la cual el trabajo se centró específicamente en identificar estas prácticas y documentarlas.

Segundo, porque centrar el análisis en los trabajadores de la salud me llevó no sólo a reconocer los retos de gestión, financiamiento y atención dentro del sistema de salud, sino a revisar el *habitus* de los mismos profesionales. Esto último me permitió acercarme a los trabajadores no sólo como profesionales, sino como sujetos que enferman, se duelen o preocupan por algún familiar que ha padecido algún problema de salud mental. Revisar al sistema de forma estructural me permitió reconocer los grandes procesos que están determinados por las transformaciones que a nivel regional e internacional se aplican a México en materia de salud mental. Pero revisarlo a nivel micro, me permitió acercarme a las prácticas cotidianas, a las experiencias dolorosas y a las relaciones que en los consultorios se construyen.

Tercero, porque al realizarse en zona rural e intercultural donde habitan hablantes de lengua indígena (HLI), problematice las prácticas y discursos médicos tomando en cuenta este indicador, dado que, de acuerdo con diversos textos existe necesidad de revisar, por un lado, los datos epidemiológicos que sobre salud mental presentan los pueblos originarios (San Sebastián y Hurtig, 2007) debido a que existen vacíos importantes en el estado del conocimiento de lo que pasa con estas poblaciones (Jiménez Tapia *et al.*, 2005); pero y sobre todo, porque urge realizar políticas de salud intercultural en el campo de la salud dirigida a pueblos originarios.

La investigación es propositiva en el sentido de hacer un análisis contemplando no sólo los procesos históricos y contextos materiales de los trabajadores de la salud, sino, además, porque apuesta por tener como ejes de análisis transversales a la interculturalidad, afectividad y a la propia condición de salud. Es decir, aquí la salud no es sólo objeto de estudio, es un criterio de lectura del mismo sujeto de la investigación.

#### 4. Estructura del documento

La etnografía del sistema de salud mental de Tabasco, pero sobre todo la caracterización de las prácticas y discursos del personal de salud no especializado del PNA se expone en este texto de la siguiente manera:

En el primer capítulo reflexioné metodológicamente sobre las implicaciones de hacer etnografía en el sistema de salud mental. El ejercicio de reflexividad metodológica está compuesto por una revisión literaria que da cuenta del maridaje entre etnografía y salud dentro de los estudios biomédicos y sociales, además de una serie de posicionamientos y toma de decisiones asumidas a lo largo de las diferentes etapas de la investigación –sobre todo en lo que toca al trabajo de campo y análisis–. Finalmente, planteé una serie de implicaciones, teóricas, éticas, políticas y culturales de trabajar con diseños etnográficos y los diferentes dilemas hallados en el trabajo de campo.

En el segundo capítulo expongo las herramientas teóricas que me ayudaron a aprehender las lógicas de las prácticas de los profesionales de la salud, estudiar las experiencias afectivas del *habitus*, analizar los capitales puestos en juego para producirlas y transformarlas y al capital emocional como principal herramienta teórica y metodológica para su comprensión. Para construir un modelo de la acción que me permitiera comprender las dimensiones de la práctica desde lo racional y emocional, utilice a la cultura como dimensión estratégica para analizar la atención a la salud mental en el PNA, y con ello observar no sólo su estructura formal sino también los valores y percepciones presentes en la práctica y que no necesariamente proceden de criterios o protocolos médicos institucionalizados. Es decir, lo que busqué, fue identificar otros criterios que se vuelven relevantes en la atención médica y que no sólo se incorporan dentro de la dimensión escolarizada y profesionalizante del *habitus* médico. Para ello exploré entre las mismas experiencias emocionales y de trastornos mentales de los propios profesionales de la salud, así como dentro de su capital cultural incorporado, para tratar de comprender con ello, sus prácticas y discursos en torno de sus concepciones de salud mental. Lo que encontré fueron otras dimensiones del *habitus* que están articuladas a otros ámbitos propios de su

condición y trayectoria de clase, etnia, género, edad, condición de enfermo; así como a un régimen afectivo en perfecta lógica con el *habitus* médico institucionalizado que se encuentra en tensión por sentimientos inapropiados que en él se originan.

En el tercer capítulo describí la transformación del sistema de salud mental tabasqueño. Para poder analizar por qué incrementaron los servicios de salud mental en Tabasco y detallar cómo lo hicieron, este capítulo se divide en tres apartados. En el primer apartado, hice una breve caracterización del lugar de la investigación y después, presenté el contexto de salud tabasqueño para entender el panorama en el que se dio la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de una radiografía general tanto de los servicios de salud del estado como de sus estadísticas epidemiológicas. En el segundo apartado, primero, hice énfasis en las condiciones que garantizaron a nivel nacional la reestructuración y después, describí las particularidades del caso tabasqueño. Partí de la idea de que hay una heterogeneidad de experiencias que responden a condiciones históricas de cada lugar y que Tabasco, aunque no forma parte de los casos paradigmáticos de esta reforma, sí ha tenido una particular traducción con respecto a las directrices nacionales, regionales e internacionales que se han establecido. Finalmente, en el cierre del capítulo hablo de los desafíos del Sistema de Salud, sobre todo en materia de organización de servicios, recursos humanos, psicoeducación y atención a grupos vulnerables, con la finalidad de contextualizar lo que presento a través de las prácticas médicas de los profesionales de la salud no especializados en el capítulo V.

En el cuarto capítulo caractericé el *habitus* médico mediante sus capitales. Aquí parto de la idea de que el cambio de las reglas del juego en el campo por parte de las instancias rectoras de la salud a nivel nacional e internacional a partir de la reforma psiquiátrica (OMS, OPS, SSA), trajo, sin duda, cambios paulatinos en las disposiciones de los *habitus* de los agentes del subcampo de la salud mental y en particular en los agentes del PNA; que no han sido suficientes para consolidarlo como espacio de atención a la salud mental, para democratizar el saber, ni para lograr el acceso a la atención a la salud mental de la población menos beneficiada. Además, dichos cambios que se traducen en discurso y práctica en el *habitus* médico, no sólo se ve delineado por la socialización desarrollada dentro de este

subcampo, sino por disposiciones adquiridas en la educación superior y por otras que se han venido y desarrollando desde temprana edad en su contexto familiar y cultural.

En el quinto capítulo está la caracterización del *habitus* médico del subcampo de la salud mental a través de cinco casos en los que analicé las particularidades que adquiere la práctica médica cuando el mismo médico o uno de los miembros de la familia presenta un trastorno mental y cómo esta experiencia previa influye en la forma en que se concibe la salud mental. En esta etnografía miré en la conciencia del propio médico no desde su formación como profesional de la salud ni como médico dentro del sistema de salud mexicano o no sólo desde su formación y profesión; sino y, sobre todo, como sujeto que vive o ha vivido algún tipo de trastorno. Y con ello dar cuenta de las múltiples maneras en que el médico trata, pero también concibe y traduce la salud mental de sus pacientes y la suya propia o la de sus redes sociales cercanas, a través de las prácticas y discursos que construye en su quehacer cotidiano como médico, como profesional en constante actualización y psicoeducación, pero también como ser humano que enferma y que se vuelve consumidor de las prácticas que ejecuta.

# CAPÍTULO I

# CAPÍTULO I. PREMISAS, APORTES Y DESAFÍOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA EN SALUD MENTAL

---

## Introducción

En este capítulo reflexiono en los aportes y desafíos de la etnografía como herramienta teórica, metodológica y escritural para acercarme, desde la perspectiva de los actores implicados, a la comprensión de la atención de la salud mental en el Primer Nivel de Atención (PNA). Primeramente, sitúo este ejercicio como una práctica necesaria dentro de toda investigación en salud con enfoque cualitativo que quiere establecer un encuentro con los otros y producir conocimiento a partir de él. Además, cuestiono el lugar escritural que la metodología cobra dentro de la presentación de los resultados de este tipo de investigaciones, siendo la mayoría de las veces relegada a algunos párrafos de la introducción o en el mejor de los casos, invitada a compartir espacio con el capítulo teórico o con el de la presentación del dato. En contra posición a la comprensión tradicional de lo metodológico, asumo una dimensión que va más allá de la mera planeación operativa y posiciono la reflexividad metodológica como el centro articulador de las premisas de partida y de los objetivos que guían cada uno de los capítulos que integran esta tesis.

En la presente investigación partí de un marco referencial descriptivo/interpretativo y desarrollé un análisis cualitativo en tres grados de complejidad del conocimiento: descripción, inducción e inferencia analítica. Metodológicamente no sólo utilice técnicas cualitativas sino también técnicas cuantitativas –como la encuesta– para construir el dato primario. Los presupuestos epistemológicos y teóricos que dieron forma al objeto de estudio están sustentados en el análisis de la dimensión subjetiva de los trabajadores de la salud del PNA que conformaron la unidad de análisis de esta investigación. Razón por la cual este ejercicio se centra en los aportes que particularmente la metodología cualitativa da a la investigación de la salud mental a través de su método etnográfico y de las



técnicas cualitativas que le dan forma, a saber: la observación participante y la entrevista.

Por su abordaje en el tiempo, el análisis de la investigación está ubicado desde el año 2000, con la puesta en marcha de los servicios de salud mental en el PNA en Tabasco, momento en el que el modelo se ejecutó en el municipio de Tacotalpa; mientras que el trabajo de campo que realicé dentro del espacio institucional ocurrió en dos etapas diferentes: la primera fue de marzo a mayo de 2014 y la segunda, de enero de 2015 a marzo de 2016.

El espacio institucional analizado es denominado por la Secretaría de Salud (SSA) del estado como “Dirección de Salud Psicosocial” (DSP), y está integrado por un Hospital de Alta especialidad en Villahermosa y tres hospitales en el municipio de Centro que ofrecen servicios de psiquiatría y atención a la salud mental de los enfermos hospitalizados<sup>7</sup>. Cinco hospitales generales que cuentan con servicio de psiquiatría<sup>8</sup>. Además de cinco hospitales comunitarios que conforman el PNA y que cuentan con área de salud mental atendida por psicólogos comunitarios<sup>9</sup>. En el trabajo de campo recorrí cada nivel hasta topar con los actores que lo componen, escuchar sus voces y darle rostro a la atención a la salud mental de la entidad.

Los actores sociales que conforman este sistema en la entidad son profesionales de la salud que laboran para la DSP de la SSA del estado de Tabasco: personal de gestión, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales del área de salud mental que laboran en el Tercer (TNA) y Segundo (SNA) Niveles de Atención de la entidad, que para 2018 ascendieron a 274 profesionales. Además del personal no especializado (médicos generales y/o pasantes) que labora en el PNA y que también ofrece este servicio en sus 17 municipios; que en el caso de Tacotalpa está compuesto por 35 profesionales. De ese total los sujetos invitados a re-construir al sistema y a reflexionar sobre sus discursos y prácticas médicas estuvo representado

---

<sup>7</sup> Hospital Juan Graham, Hospital Dr. Gustavo A. Roviroso, Hospital Adolfo Nieto Padrón.

<sup>8</sup> Cárdenas, Comalcalco, Emiliano Zapata, Macuspana y Teapa.

<sup>9</sup> Jalapa, Jalpa de Méndez, Nacajuca, Tacotalpa y Tenosique.

por un total de 73 profesionales de la salud<sup>10</sup> y por usuarios indígenas que hicieron uso de los servicios en el PNA mientras desarrollé el trabajo de campo.

Este ejercicio metodológico que inició en campo me llevó a una toma de conciencia del sentido del quehacer profesional, evidenció las limitaciones y dilemas de la investigadora en el acercamiento a la realidad estudiada y me hizo reconsiderar la forma de entender la etnografía, cambiar los objetivos de la investigación y reorientar el mismo objeto de estudio.

Lo anterior implicó cuestionarme en un primer momento la forma en que la etnografía se articula con ciertos temas y perspectivas teóricas, que, en muchos casos, vuelve compleja la construcción del dato; me acarreó problematizar la interacción con los sujetos de estudio –denominados como población en situación de vulnerabilidad– y me ayudó a dimensionar los desafíos de realizar una investigación de esta naturaleza.

Asimismo, me abrió la oportunidad de registrar y analizar las condiciones de posibilidad de construcción de conocimiento en relación dialógica con los otros. En un primer momento porque supuso hablar y cuestionar “el lugar de enunciación y el yo escritural del etnógrafo” (Castro Neira, 2017); lo que implicó dar un giro epistémico-político que ayudó a problematizar los modos de vincular-me, hacer inteligible y escribir de los y las otras. Pero también porque me ayudó a identificar los posicionamientos, contradicciones y paradojas que se encuentran en los sistemas de clasificación desde los que parte la investigadora para entender el objeto de estudio (prejuicios) y que toman formas diferentes en el sujeto que la padece. Este encuentro de nociones implicó ejercicios de comprensión, distanciamiento y reconocimiento de las lógicas de poder implícitas que contienen.

---

<sup>10</sup> Dos psicólogas de la Dirección de salud Psicosocial (por ser las de más antigüedad en el área); ocho psiquiatras, seis psicólogos y dos trabajadores sociales que laboran en el TNA; con cinco psiquiatras y cinco psicólogos del segundo nivel de atención SNA; y con los 35 médicos familiares de la Jurisdicción XV de Tacotalpa, que son médicos (pasantes y/o generales) que laboran ya sea en los Centros Avanzados de Atención Primaria en Salud (CAAPS) o en las Caravanas de salud; y con los cinco psicólogos y dos trabajadores sociales que están a cargo de tres programas de salud mental (atención a la violencia familiar y sexual, salud mental y prevención y control de adicciones) en el Hospital Comunitario que se ubica en la cabecera municipal.

En este capítulo parto de la premisa de que las prácticas metodológicas tradicionales en la investigación en salud que usan diseños etnográficos no permiten mirar en los aportes, dilemas y desafíos hallados, una importante área de oportunidad para re-pensar, re-valorar y re-construir los posicionamientos epistemológicos, teóricos y ético-políticos de la investigación, que muchas de las veces no se hacen explícitos en los resultados presentados. Lo que impide evidenciar el lado oscuro de las investigaciones y desvelar los secretos y recursos de los y las investigadoras, además de eclipsar la importancia de la reflexión ética y acotar la posibilidad de hacer investigaciones situadas políticamente. Apostar por una necesaria reflexividad metodológica como un proceso que traspasa de forma transversal toda la investigación, me implicó beneficiarme de dichos dilemas y desafíos que enfrenta el diseño etnográfico aplicado a los temas de salud mental, amén de utilizar como recurso no solo anecdótico sino pedagógico los imponderables del trabajo de campo.

El presente capítulo está compuesto de una revisión literaria que da cuenta del maridaje entre etnografía y salud dentro de los estudios biomédicos y sociales, además de una serie de posicionamientos y toma de decisiones que asumí a lo largo de las diferentes etapas de la investigación –sobre todo en lo que toca al trabajo de campo y análisis–; también plantea una serie de implicaciones, teóricas, éticas, políticas y culturales de trabajar con diseños etnográficos y los diferentes dilemas hallados en el trabajo de campo.

### 1.1. Hacía una necesaria reflexividad metodológica en investigación etnográfica

Dicen que el error no se repara con sólo virar, sino haciendo cuerpo con él; por eso el germen de la presente reflexión nace de lo primero y el interés por entenderlo y confrontarlo conforman el prolegómeno de esta investigación. Para comprender lo anterior tengo que hablar del origen de la etnografía que reconstruí en esta investigación y de los primeros pormenores que tuve que enfrentar para hacerla *in situ* y para que tomara la forma escritural que tomó aquí.

El trabajo de campo que sustentó la etnografía, en un primer momento estuvo planteado para realizarse en el Hospital comunitario de Tacotalpa, pero las exigencias requeridas por el programa de doctorado y particularmente por quien dirigía la presente tesis, el Dr. Guilherme Borges, hicieron que tomará otro rumbo. Sin duda, la ampliación del lugar y de la muestra enriquecieron los resultados del estudio, mi experiencia etnográfica y el aprendizaje metodológico para estructurarla. No me queda más que agradecer el impulso del Dr. Borges para trabajar en el sistema de salud psicosocial del estado y ya no sólo en uno de sus municipios.

Mi interés por entrar en un programa de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva con una disposición por explorar la teoría social con componente cualitativo, pero con una fuerte inclinación cuantitativa, buscaba alear los enfoques metodológicos para la comprensión de la salud mental. Sin embargo, tengo que reconocer que este interés acorazonaba y apostaba por una transición que le diera a la investigación y a la formación de esta etnógrafa, mayores herramientas cuantitativas para el acercamiento de la salud mental. En este afán realicé este trabajo de campo, use técnicas y *software* para procesar dato cuantitativo y presento un capítulo como intento incipiente de dicha pretensión.

Pero el deseo no alcanzó –ni el diseño previamente estructurado como tarea obligatoria antes de salir a campo–, para seguir un enfoque cuantitativo y mucho menos para conservar una mirada mixta. La realidad de los sujetos que atienden y que reciben el servicio médico de salud mental fue un impedimento para continuar con lo acordado desde el aula. Además, el trabajo de campo en el PNA, como explicaré más adelante, se convirtió en un obstáculo para realizar la etnografía como estaba inicialmente prevista.

Varios años después de seguir en el intento fue necesario presentar mi renuncia. Aunque en la medida de lo posible seguí la estrategia metodológica –con ajustes que ya comentaré más adelante– y concluí la temporada en campo; lo expresado aquí es producto de esa primera intención, del sentimiento de frustración presente en muchos momentos de la etnografía y de los nuevos intereses

académicos desde los cuales evaluó lo que en esa temporada escuché y miré. Esta reflexión y la re-escritura del texto etnográfico tienen su germen ahí.

Esta toma de conciencia del quehacer etnográfico que se confrontó con las prácticas metodológicas tradicionales y que apuestan por la reflexividad metodológica y ética como centro articulador de la presente investigación, como ya mencioné, inició en el trabajo de campo, pero se exacerbó en el ejercicio escritural a partir de hacerme los siguientes cuestionamientos: ¿qué desafíos metodológicos se presentaron al hacer etnografía en la DSP del estado de Tabasco, particularmente dentro de los servicios de salud del PNA?, ¿qué implicaciones teóricas tuvo hacer una investigación de temas de salud mental a partir del uso de la etnografía como método no sólo de construcción del dato sino también como ejercicio escritural para la representación de la realidad analizada? y ¿qué implicaciones ético, político y culturales tuvo hacerlo en un contexto intercultural?

Dichos interrogantes me llevaron a re-pensar en los eventos inesperados que tuve que sortear y los límites que debí colocar, en el tipo de relaciones que construí en campo y en los compromisos adquiridos con las personas, la escritura y especialmente en el problemático dominio de la salud mental. Este no fue mi primer trabajo de campo etnográfico, pero como dice Rosana Guber (2019): “Todo trabajo de campo siempre es tan único que parece el primero”, y como primero, tuve que volver a reconsiderar qué tipo de trabajo de campo había realizado y cómo quería estructurarlo para subsanar los problemas metodológicos encontrados.

Esta evaluación llevó a replantearme la forma en que concebía a la etnografía, esa tradicional forma para construir información de primera mano por realizarse *in situ*, y decidí reconstruirla a partir de tres momentos diferentes: la relación (sujeto-sujeto), el encuadre metodológico y el tipo de escritura, de ahí que decidí pensarla de manera situada, dialógica y colaborativa<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Entiendo la etnografía colaborativa como aquella que se realiza desde una perspectiva de igualdad gnoseológica: por la manera en la que el antropólogo trató a las personas durante su trabajo de campo, por la forma en la que valoró los conocimientos de los demás y por su capacidad para incluir distintas perspectivas de análisis (Reygadas, 2014, p. 105).

De acuerdo con Salazar (2014), la etnografía como relación involucra una dimensión cognitiva, afectiva y ética. Lo que implica 1) tratar a las personas como seres humanos en el trabajo de campo<sup>12</sup>, 2) plantearla como un proceso de socialización bilateral nutrido por el encuentro de subjetividades, 3) situar la dimensión afectiva en el centro de la construcción de su dato y 4) considerarla como un encuentro cognitivo contextual y situado, es decir, como un conjunto de diversos posicionamientos epistémicos en diálogo<sup>13</sup>.

Metodológicamente, concebí a la etnografía como una actitud, como una forma que modela la experiencia de los sujetos implicados (etnógrafo y sujetos) y no sólo como un método –entendido como dimensión epistemológica–, sino “como condición indispensable para aplicar cualquier método” (Jacorzynski, 2004), como una forma de abordar la investigación y como encuadre que en esta investigación cuenta con dos énfasis: la descripción e interpretación situada.

Finalmente, la etnografía es un tipo de escritura. Un género literario. El resultado de un largo proceso de re-encuentro y re-conocimiento con el material construido a través del cual re-creé los diálogos, re-construí las diversas posiciones halladas en campo y establecí el *locus* enunciativo de quién escribe. Esta necesaria situacionalidad, dice Restrepo (2016), hace que para comprender un escrito etnográfico no sólo haya que tomar en consideración el contenido, sino los lugares desde los cuales se produce (pág. 81), en este sentido, el texto tomó una relevancia social y política, pero también ética.

Como se alcanza a leer hasta el momento, la reflexividad metodológica devino en un punto de partida necesario por ser una condición de vigilancia de mis

---

<sup>12</sup> No hay que esperar varios años a la publicación de los resultados de la investigación para buscar un talante igualitario y dialógico (...) la ética del etnógrafo no estriba solo en lo expresado en una distante publicación, sino de manera primaria en las pequeñas interacciones y en los pequeños compromisos que se hacen en el trabajo de campo, en esas bagatelas morales que ocurren día con día en el trabajo de campo (Reygadas, 2014, p.106). Además, como lo indica el mismo autor, cuidar miradas como iguales implica no victimizarlas, no verlas como exóticas, como personas a quienes vamos a salvar o como sujetos que hay que liberar, como héroes a quienes hay que acompañar.

<sup>13</sup> Esta etnografía representa un encuentro entre diferentes posiciones epistémicas: con el profesional de la salud, el paciente (que también incluye al propio profesional de la salud), yo como investigadora y yo como sujeta situada.

interpretaciones retrospectivas, por el tiempo que existe entre el campo y su traducción al papel, por los conflictos metodológicos en los que me vi sumergida y por el nuevo espacio de enunciación en el que me encuentro hoy.

Tengo que aclarar que este ejercicio no se debe leer como un culto personalista o una introspección autobiográfica, sino como un imperativo epistemológico y ético que incorporé en mi trabajo para revisar mis tomas de decisiones en campo, hacer conscientes mis prenociones, corregir mis sesgos y prejuicios, confrontar dilemas, parchar ausencias y enmendar errores. Pero sobre todo porque esta purga también es un imperativo colectivo, un ejercicio dialógico, una condición de trabajo científico que ayudó a eliminar los obstáculos del conocimiento que forman parte del *habitus* científico (Bourdieu y Wacquant, 2005; Vázquez García, 2006). Es decir, con este ejercicio aposté por una transformación de las disposiciones incorporadas y una construcción ética del sujeto científico al evidenciar el lado oscuro de las investigaciones y de los y las propias investigadoras.

Asimismo, este ejercicio me permitió ser más consciente del proceso de generación y validación del dato etnográfico en un contexto de historia situada, lo que me llevó a ser más cuidadosa a la hora de interpretar el dato según el género, la etnia, la generación o la ubicación del sujeto en el espacio social vivido. Más allá de hacer explícitas las estrategias metodológicas utilizadas, este ejercicio también me permitió guardar congruencia teórica-metodológica, ética y política a lo largo de la investigación y al hacerlo, reconocí los aportes del diseño utilizado para el análisis de la salud mental.

Hay que reconocer como lo señala Dietz (2014), que toda reflexividad corre riesgo de quedarse en un mero ejercicio auto-referencial al silenciar e invisibilizar a los sujetos participantes, cuya autoría la mayoría de las veces queda limitada<sup>14</sup>. En un intento por superar dichas limitaciones parto de lo que Díaz de Rada (2010), denomina las “bagatelas de la moralidad ordinaria”, vínculo moral que el etnógrafo hace con las personas en el campo y que toman forma de pequeñas interacciones

---

<sup>14</sup> Cuando Dietz (2010), se refiere a la co-colaboración, está mirando en la dirección que apunta a la búsqueda de una etnografía que permita co-interpretar, transitando, en la medida de lo posible por la conceptualización, co-producción de datos, co-análisis, co-escritura y co-autoría.

cotidianas, pequeños compromisos y detalles prácticos de la co-participación y la reciprocidad ordinaria y no por el supuesto valor práctico que, en un futuro más o menos distante, les será devuelto como fruto de la investigación (pág. 58).

Pensar en esta utilidad práctica en el futuro es una quimera posibilidad y co-construir a la manera que señala Dietz, por lo menos en esta investigación, representó importantes límites temporales. Razón por la cual esta investigación al retomar la idea de bagatelas de la moralidad ordinaria partió de tres preceptos básicos: 1) el trabajo de campo se trata de y con personas, 2) existe una indispensable necesidad de reconocer la doble agencia del etnógrafo, como traductor que actúa y se sitúa en campo llevado por un interés y una disciplina, pero también como ser humano, 3) es menester hacer significativa la presencia de uno en el campo, lo que implica comportarte con un sencillo supuesto de dignidad interpersonal y construir en la medida de lo posible un rol práctico (Díaz de Rada, 2010).

De este primer resultado pude re-definir el objeto de estudio, eliminar uno de los objetivos específicos de la investigación que implicaba trabajar con pacientes y sus nociones de salud mental y re-orientar el trabajo a las prácticas y discursos de profesionales de la medicina, reorganizar la estrategia metodológica a la luz de los propios contextos y sujetos, replantear categorías iniciales, modificar el marco teórico y re-organizar el ejercicio escritural.

## 1.2. Investigación etnográfica en salud mental

Es indiscutible la importancia de la etnografía para el desarrollo de la producción antropológica, pues desde 1922 fecha en la que se publicó *Los argonautas del pacífico occidental* de Bronislaw Malinowski, una de las obras más importantes en etnografía, no se ha parado de escribir sobre el método o de hacer uso de él. Sin embargo, como bien lo dice Cristina Oehmichen (2015) en su libro *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales*, a pesar de la importancia que ha tenido el método ya no sólo para la antropología sino para las ciencias



sociales en general, existe insuficiente literatura que reflexione metodológicamente<sup>15</sup> en torno de su utilización y el tema de la salud no escapa a este vacío<sup>16</sup>. Es por esto por lo que este apartado busca hacer un breve recorrido sobre el uso de la etnografía para el análisis de la salud.

Los antecedentes del uso de la metodología cualitativa y de la etnografía dentro de las ciencias sociales (antropología y sociología) se encuentra en la década de los treinta incrementándose a partir de los setenta<sup>17</sup>. En el área de la salud (como la salud pública, la medicina social y la salud colectiva o la psiquiatría o epidemiología psiquiátrica), se utilizaron metodologías cualitativas para construir sus respectivos objetos de estudio, por lo menos desde la década de 1980 y 1990 (Mercado, 2002, Mercado *et al.*, 2011).

Entre las razones halladas para justificar este maridaje entre metodología cualitativa y salud, están: el propio desarrollo teórico y metodológico de las mismas ciencias sociales y los cuestionamientos y limitaciones hallados dentro del enfoque cuantitativo. En específico, el uso de la etnografía para abordar los temas sanitarios, que, dicho sea de paso, es el más fértil en el campo (tanto de las ciencias sociales como las biomédicas), es justificado por la propia motivación de los y las investigadoras que buscaban conocer dimensiones complejas de las que aportan poca o nula información los registros clínicos habituales y para poder comprender las experiencias del padecimiento y darle voz a quienes la padecen o atienden<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Es importante especificar que dentro de la literatura metodológica que clasifiqué como metodológica-didáctica, teórica y epistemológica, de caso y reflexiva, la que se produce en un menor número es la de carácter reflexivo. En ésta última los autores discurren sobre la puesta en marcha de su estrategia en el campo y evidencian los problemas enfrentados y su forma de solucionarlos, material que muchas de las veces no son presentadas dentro de los mismos resultados de la investigación.

<sup>16</sup> Dicha aseveración aplica en términos generales a los logros y desafíos que presenta la metodología cualitativa en la investigación en salud en México.

<sup>17</sup> En Antropología, desde 1938, Alfredo Barrera Vázquez, Julio de la Fuente y Gonzalo Aguirre Beltrán serían los principales docentes de esta novedosa orientación de los estudios médicos de pregrado con fuerte componente social (Campos Navarro, 2010).

<sup>18</sup> Algunos otros diseños y estrategias metodológicas empleadas en los temas de salud son las que corresponden a la etapa clásica de la metodología cualitativa entre las que están: la fenomenología, hermenéutica y en menor medida el interaccionismo simbólico, la etnometodología, métodos narrativos, análisis de contenido y análisis del discurso. Las teorías utilizadas en este tipo de diseños tienen como referente los marcos interpretativos y

Las principales técnicas utilizadas para desarrollar diseños etnográficos han sido la observación y las entrevistas en sus diversas modalidades y en algunos casos se ha hecho uso de técnicas colectivas como los grupos focales (Amezcuca, 2000). Un gran ausente en la mayoría de las investigaciones etnográficas es la reflexión de las y los propios autores en torno del análisis empleado en dichas investigaciones (Amezcuca, 2002). Cuando éste se ha hecho presente casi siempre es a través de la teoría fundamentada y en algunos casos como lo señala Mercado *et al* (2011) se hace uso del análisis de contenido o se resume a través del uso de tal o cual programa de cómputo (sobre todo *Atlas Ti* y *Ethnograph*).

Los temas más trabajados metodológicamente desde las ciencias sociales a través del uso de la etnografía han caracterizado a la medicina tradicional mexicana, descrito los síndromes de filiación cultural y evidenciado una importante veta de estudio que podría denominarse salud intercultural. Pero también estos diseños han abierto una ventana al conocimiento de los procesos de atención que se viven dentro de las llamadas instituciones cerradas, así como la comprensión de la gestión institucional de la salud desde el PNA –esto en lo que toca particularmente para el uso de la medicina occidental–. También han podido identificar las trayectorias que los sujetos toman para atenderse cualquier problema morboso y que evidencia la diversidad médica en la que se transita y las relaciones de hegemonía y subalternidad en las que se encuentran (Menéndez, 1990).

Dentro del área de la salud, los temas más abordados metodológicamente desde la metodología cualitativa son: salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas, adicciones, atención a la salud, salud mental, nutrición, violencia y cuidado de la salud (Mercado *et al.*, 2011). Los temas que competen a la salud mental y que han sido abordados desde la etnografía son: adicción y alcoholismo, prostitución, trastornos mentales como la depresión, niños en situación de calle y salud mental en población migrante (Romero *et al.*, 2004).

---

constructivistas, cuyo objeto de estudio es comprender cómo se construye socialmente la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad (Mercado *et al.*, 2011).

Los aspectos analizados tratan del mundo de las percepciones, las representaciones, los significados y las prácticas en torno a diversas condiciones mórbidas o modelos de atención a la salud mental. Mucho de lo que hay escrito en este caso tiene que ver con una descripción de los servicios que en ellos se dan, cuyo énfasis ha estado puesto con mayor interés en los pacientes y en menor medida en los profesionales de la salud. La atención se ha revisado particularmente desde los discursos y prácticas objetivadas y/o materializadas y puestas en evidencia a través de acciones concretas; lo que coloca al sistema de salud de manera transparente y lo expone al escrutinio en términos de calidad de los servicios (por falta de capacitación del personal o necesidad de reorganización de estos), mostrando con ello un problema de corte gerencial (Mercado *et al.*, 2011). También existen textos que narran testimonios desde las experiencias/percepciones/significados de los usuarios, ricas en detalles acerca de su tiempo en los servicios, que muestran para algunos casos la violencia de la que son objeto o de la transgresión a sus derechos humanos. Parte de la etnografía que se ha escrito particularmente para el caso de la atención a salud mental institucionalizada ha mostrado, incluso, cómo ha sido la despersonalización que sufren los pacientes.

Los actores ausentes han sido varios, entre los que están niños, jóvenes y ancianos, el sector rural y su población campesina e indígena, o la clase alta (Mercado *et al.*, 2011, p. 506). Pero también habría que decir que en este tipo de investigaciones ha sido el propio profesional de la salud otro gran ausente, pues si bien, casi siempre los cuestionamientos giran en torno de su *praxis*, ésta se mira siempre atendiendo a las propias necesidades de los pacientes y pocas veces teniéndolos como fin último.

Algunas formas que han tomado los estudios que tienen que ver con esta mirada, llevan a revisar su formación o profesionalización, las enfermedades laborales de las que son objeto, o su *habitus* (Castro y Erviti, 2015). De ahí que resulte un importante aporte metodológico de esta investigación el trabajo que a través de la etnografía se puede hacer en torno de los mismos procesos de construcción de las nociones de salud enfermedad mental del médico, no sólo y

únicamente como profesional, también como estudiante y, sobre todo, como sujeto que forma parte del mismo proceso. Situación que implicó mirarle como paciente, como sujeto que vive o ha vivido algún tipo de trastorno y/o tiene alguna experiencia cercana.

### 1.3. 'Confesiones de ignorancia'. Desafíos del trabajo de campo etnográfico en el PNA

El trabajo de campo lo realicé en dos etapas diferentes. En la primera solicité licencia a las autoridades de la SSA para la realización de la investigación. El protocolo y los instrumentos fueron evaluados y sometidos a revisión por la Dirección de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud de la entidad tabasqueña, posteriormente ellos mismos dirigieron cartas de presentación a los espacios en los que trabajé para facilitar el acceso y la aplicación de los instrumentos. Una vez lograda la aprobación de la Secretaría para realizar la investigación inicié el trabajo de campo etnográfico.

El estudio empleó un enfoque de técnicas mixtas por la propia necesidad de tener un acercamiento macro al sistema de salud; pero, sobre todo, una aproximación micro dado el interés por mirar todo desde una visión enfocada en el actor. En total diseñé siete instrumentos para construir el dato: 1) guion de observación participante, 2) entrevista semi-estructurada a personal de gestión y profesionales de la salud mental especializado, 3) entrevista estructurada a profesionales de la medicina tradicional, 4) encuesta a médicos familiares del PNA de la SSA, 5) entrevista a profundidad a médicos familiares del PNA de la SSA, 6) encuesta a personas que utilizan los servicios de salud mental, 7) entrevista a profundidad con personas que utilizan los servicios de salud mental y/o sus familiares (Ver anexos 1-7). De estos siete instrumentos hubo problemas con el desarrollo de la encuesta y la entrevista a profundidad a los usuarios, como describiré párrafos abajo.

La entrevista y el guion de observación, como lo expusé párrafos arriba, son técnicas idóneas para realizar etnografía. La entrevista estructurada es un tipo de técnica que sirve para trabajar con preguntas abiertas y al mismo tiempo ayuda a

construir dato específico, que, en este caso, me permitió conocer la historia de la reestructuración de los servicios de atención de salud mental en Tabasco y responder el objetivo dos. Por otro lado, la entrevista a profundidad es una técnica que busca, como su nombre lo dice, profundizar en las experiencias de los sujetos y poner a los actores en el centro de la atención, lo cual me permitió conocer de manera más detallada y cercana los propios procesos morbosos, de formación y experiencia del personal médico del PNA. Los siete instrumentos utilizados fueron pensados a partir de las categorías, objetivos y supuestos de partida de la investigación, sus respectivos tópicos e ítems estuvieron organizados para responder a las preguntas planteadas.

Las primeras entrevistas estructuradas<sup>19</sup> las apliqué al director y a dos de las psicólogas con más antigüedad en la DSP. En la Dirección obtuve también un directorio para identificar y hacer el mapeo de los servicios de atención a la salud mental en Tabasco. Los segundos en ser entrevistados fueron los especialistas en salud mental (psicólogas, psiquiatras y trabajadores sociales) de los Hospitales de Alta Especialidad y después los psiquiatras y psicólogas que laboraban en los Hospitales Generales<sup>20</sup>. Este primer momento de campo, aunque se llevó a cabo a través de entrevistas estructuradas, cumplió con el cometido de reconocer el sistema de salud psicosocial del estado en sus demás niveles de atención.

Para la segunda etapa del trabajo de campo apliqué una encuesta a médicos del PNA<sup>21</sup> y a los usuarios indígenas<sup>22</sup> de dichos servicios en el municipio de

---

<sup>19</sup> La entrevista semi-estructurada a personal de gestión y profesionales de la salud mental especializado la dividí en cinco tópicos: datos biográficos, de formación, recursos humanos y vida institucional, percepción sobre la salud mental y percepción sobre los servicios de atención a la salud mental. Las 25 preguntas generadoras fueron abiertas y buscaron, sobre todo, conocer la historia de los servicios y la percepción que sobre la atención a la salud mental tiene el personal. Este instrumento permitió determinar las causas y consecuencias del incremento y transformación de los servicios de salud mental en Tabasco.

<sup>20</sup> También fue en este primer momento del trabajo de campo cuando recopilé las bases de datos sobre morbilidad psiquiátrica de la entidad y de Tacotalpa, y los documentos, programas, estrategias, folletos, formatos de salud mental emprendidas por el gobierno del estado de Tabasco.

<sup>21</sup> El cuestionario a médicos del PNA de la SSA y a personas que utilizan los servicios de salud mental, son los dos instrumentos que se diseñaron para conocer la problemática de salud mental y su manejo en AP, y la percepción/opinión que de los servicios y de dichas problemáticas tienen los profesionales que laboran allí y las personas que hacen uso de ellos. El cuestionario incluyó reactivos e indicadores del instrumento de evaluación WHO-AIMS de la Organización Mundial de la SSA (*Assessment Instrument for Mental Health Systems* versión 2.2, 2005) y constó de 61 reactivos con opciones de respuesta abierta, respuesta dicotómica (Sí-No), escala de frecuencia tipo *Likert* y respuestas ipsativas que puede ser contestado en 30 minutos, aproximadamente. Estuvo

Tacotalpa –material que no pude utilizar porque los usuarios que llegaron al PNA durante mi estancia en campo fue poco representativo. Posteriormente llevé a cabo observación participante<sup>23</sup> y entrevistas a profundidad<sup>24</sup> a lo largo de Jurisdicción XV de Tacotalpa, con médicos (pasantes y/o generales) que laboran en el Hospital Comunitario, los Centros Avanzados de Atención Primaria en Salud (CAAPS) y en las Caravanas de salud.

Una vez aplicado el cuestionario a los médicos, seleccioné –con base en un muestreo a base de criterio– a cinco de ellos que cumplieron con los requisitos (brindar atención en un ejido con mayoría de Hablante de Lengua Indígena (HLI)<sup>25</sup>,

---

dividido en seis secciones que recogen la percepción/opinión de los médicos de familia sobre tipos de problemas de salud mental frecuentes en atención primaria; las características de intervenciones médicas en relación con estos problemas; la formación en temas de salud mental; la percepción de autoeficacia y satisfacción con la tarea y, finalmente un apartado que valora los cambios ocurridos con la integración de los servicios de salud mental a la atención de salud general a través del primer nivel. Con el fin de obtener información más detallada se usó como guía algunos contenidos de documentos oficiales nacionales e internacionales (como, el Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México) y documentos oficiales de organismos tales como OMS y OPS. El instrumento fue entregado a ellos en el momento en que llegaron a la Jurisdicción a entregar su informe semanal para que pudieran llenarlo cuando tuvieran tiempo. Después de varias semanas fue recogido a la misma hora y en el mismo lugar.

<sup>22</sup> El cuestionario –para usuarios de los servicios de salud mental– elaborado para este estudio, constó de 69 reactivos, con opciones de respuesta abierta, respuesta dicotómica (Sí-No), escala de frecuencia tipo *Likert* y respuestas ipsativas que se puede contestar en 30 minutos, aproximadamente. Está integrado por cuatro secciones, características sociodemográficas, percepción sobre la salud mental del paciente, sobre la atención en los servicios de salud en el PNA y redes sociales. En el caso de los usuarios indígenas de los servicios de salud mental y dependiendo de su situación, (analfabetismo/bilingüismo) o preferencia, el instrumento se llenó dentro de las instalaciones de los servicios de salud o se acudió a sus casas.

<sup>23</sup> El guion de observación participante que buscó caracterizar las prácticas institucionales de los médicos familiares que trabajan en el PNA y que dan servicios de salud mental, estuvo dirigido a observar principalmente a los médicos y a los pacientes. Su objetivo fue dirigido a describir las características de las intervenciones médicas en relación con la salud mental y las características y causas de demanda de atención.

<sup>24</sup> La entrevista a profundidad a médicos familiares del PNA de la SSA y las personas que utilizan los servicios de salud mental y/o sus familiares, la dividí en cuatro tópicos: datos biográficos, sociodemográficos, en el caso de los usuarios percepción de la salud mental y de los servicios de atención y, en el caso de los profesionales formación y percepción de la atención a la salud mental. Las 35 preguntas generadoras fueron abiertas y buscaron profundizar, constatar y triangular la información obtenida mediante el cuestionario. En ellas puse énfasis en sus experiencias personales; pero sobre todo en el contexto cultural del que forman parte.

<sup>25</sup> De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) algunas características que identifican a la población como indígena son las siguientes: 1. Personas de tres años o más que reportan hablar alguna lengua indígena (HLI). 2. La población que vive en hogares indígenas, es decir, que están formados por miembros fundacionales (jefe o jefa del hogar, cónyuge o alguno de los ascendientes) que hablan lengua indígena. 3. La población autoadsrita, es decir, las personas que declaran considerarse indígenas. 4. La población HLI que vive en hogares que no son indígenas. 5. La población HLI que no se considera indígena, ya sea por efecto de la discriminación o porque se trata de personas que aprendieron a hablar una lengua indígena sin que pertenezcan propiamente a un grupo étnico.

con más de seis meses laborando en el lugar y que hayan padecido ellos o algún familiar cercano un problema de salud mental) para aplicar la entrevista a profundidad. Fue con ellos mismos con los que realicé el mayor tiempo el registro etnográfico de los discursos y práctica médica.

Repliqué la misma estrategia con los usuarios indígenas, aunque lamentablemente no cobró los mismos resultados. La encuesta diseñada sólo se aplicó a muy pocas personas que no necesariamente habían acudido a la clínica por una situación de salud mental, aunque en algún momento de su vida sí lo hubieran hecho. Finalmente, estos datos fueron desestimados de la investigación. Después y aunque seleccioné –con base en un muestreo aleatorio intencionado– a por lo menos cinco personas para la aplicación de entrevistas a profundidad con el propósito de profundizar en su experiencia sobre los padecimientos y percepción de los servicios de salud mental, las entrevistas en la mayoría de los casos presentaron diferentes tipos de problemas para su realización, razón por la cual la voz de la población originaria no fue retomada en este trabajo.

Finalmente, entrevisté a médicos tradicionales<sup>26</sup> de los ejidos con mayor población de HLI para reconocer los modelos explicativos de las concepciones de salud y enfermedad mental, las experiencias de tratamiento tradicional en torno de dichas problemáticas y la posible reconfiguración de las nociones de la salud y enfermedad mental de los ch'oles. Este instrumento estuvo dirigido a cumplir con uno de los objetivos de la investigación que era el de analizar, cómo la atención de la salud mental que ofrece el PNA de la SSA, ha reconfigurado la noción de salud y enfermedad de la población indígena ch'ol de Tacotalpa, dado que estos personajes son claves a la hora de querer conocer la etiología de la salud/enfermedad del pueblo originario. Sin embargo, dicho objetivo desapareció dado que el trabajo de campo con los pacientes indígenas –a través de encuestas y entrevistas– no pudo dar cuenta de dicho fin y con la sola entrevista a estos profesionales no se podría

---

<sup>26</sup> La entrevista estructurada a profesionales de la medicina tradicional estuvo compuesta por cinco apartados: datos biográficos, formación, enfoques terapéuticos, percepción sobre la salud mental y percepción sobre los servicios de atención a la salud mental.

triangular el dato ni las técnicas y habría problemas de la validez interna. Finalmente, el dato obtenido de estas entrevistas tampoco fue incorporado.

El tiempo para la investigación estuvo determinado por los propios entrevistados y lo llevé a cabo en sus lugares de trabajo. En el caso de los usuarios, las encuestas las apliqué en el lugar donde fueron atendidos y la entrevista a profundidad, la mayoría de las veces, en sus respectivos hogares. Sólo en el caso de los cuestionarios a los profesionales de la salud fueron auto aplicados. Situación que causó conflictos de tiempo y de comprensión porque su devolución se retrasó y porque varios cuestionarios no fueron respondidos completamente.

Una vez descrita la estrategia utilizada, los problemas enfrentados y las decisiones tomadas en cada momento es importante especificar ¿cuáles fueron los desafíos metodológicos de hacer etnografía del sistema de salud psicosocial del estado de Tabasco, particularmente dentro de los servicios de salud del PNA? En lo que toca al acercamiento del SNA y TNA, la observación y las entrevistas estructuradas aplicadas a personal clave pudieron ofrecer un panorama general de los servicios ofrecidos. Como estos dos niveles no eran el objetivo central del análisis, lo logrado en ellos fue suficiente para re-construir el subcampo de la salud mental del estado, caracterización que se presenta en el capítulo III.

A diferencias de los trabajos que se han realizado en los hospitales de salud mental, en los que es relativamente sencillo que tanto profesionales de la salud como pacientes o familiares hablen del tema en cuestión, el PNA representó un primer problema para el acercamiento a la temática dentro de los que se encuentra el tiempo, espacio y *rapport*.

La etnografía como método de acercamiento a los sujetos requiere para su desarrollo largas jornadas de estancia en el lugar de trabajo. A los antropólogos y antropólogas se nos ha formado para buscar el *rapport*, el contacto, la confianza, y a partir de ahí construir el dato a profundidad. Pero ¿qué tan viable es cuando se trata de hacer trabajo de campo dentro de una institución como el sistema de salud, y cuando el objeto de estudio es la práctica y discursos que ahí se forman?



Primer reto metodológico. Las primeras entrevistas etnográficas realizadas a lo largo de todo el estado de Tabasco no significaron dificultades, si acaso los contratiempos fueron de agenda y de disposición por parte de los sujetos a entrevistar. Sin embargo, las complicaciones fueron halladas en el acceso al PNA y a sus médicos generales, no sólo por su saturación de trabajo sino por la dificultad para filtrar en el diálogo con ellos lo que implicaba únicamente la atención a la salud mental, que, dicho sea de paso, para ellos era una actividad más y quizá la menos importante. Fue complicado hacer fluir sus discursos sin forzarlos, pero más difícil aún fue encontrar pacientes que llegaran a este nivel en busca de atención. No porque fueran escasos o no existieran, sino por las complicaciones derivadas de la intermitencia de su llegada y lo limitado de la estancia de campo en la región.

Segundo reto enfrentado. Cuando la espera finalizaba y había posibilidad de acercamiento, había que superar la incomodidad representada por la presencia de la investigadora en el consultorio y el limitado espacio para interactuar con los pacientes de forma menos intrusiva. Permanecer en el consultorio implicó solicitar permiso al paciente, en cada caso se entregaba una hoja de consentimiento informado y explicaba los motivos de la estancia; sin embargo, por los tiempos de la consulta, saturación de la demanda y espacio de los centros de salud, en la mayoría de los acercamientos se comprometía la naturalidad del encuentro, generando en algunas ocasiones confusión del paciente y alteración del dato.

La atención primaria es el primer contacto del paciente con los servicios de salud públicos y es el espacio de coordinación o integración de la asistencia sanitaria de los otros dos niveles de servicio. La atención primaria se refiere a la salud individual y colectiva mediante una atención integral que tiene presente a la familia y a la comunidad. La atención primaria construye un tipo específico de relación clínica (personal y usuario) y relación laboral (entre profesionales y niveles de atención), un tipo de paciente y un tipo de tiempo (Campos Pavone Zaboli, 2015); razón por la cual se requieren estrategias metodológicas (Pujol Ribera *et al.*, 2011; Calderón, 2011) específicas para abordar su estudio de manera ética (Cerri, 2011; Pulido, 2016; SY, 2016).

Si bien es importante reconocer los retos de hacer etnografía del PNA, también es importante evidenciar los aportes que hizo a la investigación este tipo de acercamiento metodológico en términos de los resultados obtenidos. Primero y de manera práctica el abordaje etnográfico permitió tener como principal escenario de trabajo al consultorio para: 1) encontrar los mecanismos desde los cuales los médicos y especialistas construyen su propia concepción de salud, 2) reconocer y describir el espacio en el que se construye en colectivo una noción y el dato epidemiológico mismo, 3) entender las relaciones que se establecen en el subcampo de la salud mental en sus diferentes niveles de atención y 4) ubicar el lugar que ocupa el PNA como filtro a través del cual se deriva a los pacientes y se les ubica en un tipo de servicio.

Revisar los casos empíricos para comprender los discursos médicos y lógicas desde las que se entiende o se interviene sobre la salud mental, me permitió mirar los mecanismos clasificatorios y de etiquetaje que se construyen en la consulta y que muestran la dimensión simbólica de la ciencia de lo médico. Es decir, me permitió ver al sistema de salud psicosocial como un sistema cultural en sí mismo.

En este mismo sentido, me ayudó a conocer desde sus entrañas la conformación histórica de este campo de la salud en la entidad, pues dejó entrever las particularidades históricas sociales y culturales que han podido construir a este sistema y que está muy ligada a la historia de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) y su formación en la licenciatura de psicología. También está en estrecha relación con la historia de la psiquiatría en México y con el Hospital General de Salud Mental “La Castañeda” y su proceso de desmantelamiento que germinó en la construcción de hospitales granja distribuidos en el país y dentro de los que se encuentra el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa, Tabasco.

La forma que tomó el trabajo de campo se ve reflejada con el desarrollo escritural del documento, donde intenté hacer dialogar a los diferentes profesionales de la salud, evidenciando sus diferentes posturas, sus luchas y negociaciones en torno de la forma en que cada uno de ellos labora al interior del sistema.

Finalmente, al tener mayor acercamiento con los médicos mediante entrevistas a profundidad y observación participante, pude identificar en sus discursos, que si bien en la práctica existían problemas y retos que se han centrado en un nivel meramente administrativo de la atención de los médicos, como ya las evaluaciones que la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) habían citado (OPS, 2004; OMS, 2005; SSA, 2011; Brenzon Gorn *et al.*, 2013); sus propias experiencias no sólo profesionales y laborales sino de padecimiento, evidenciaban otras maneras de comprender a la salud mental y luego entonces, otros desafíos en el servicio que no salían a la luz con los instrumentos diseñados por estos organismos internacionales, como es el capital cultural (Bourdieu, 1987; Bourdieu *et al.*, 1995) y emocional del propio médico (Pava Ripoll, 2016).

Fue entonces que la etnografía como herramienta metodológica ayudó a encontrar en esas prácticas cotidianas, en esos discursos contruidos culturalmente, “otros” posicionamientos de lo médico. En ese sentido, la etnografía me ayudó a reconocer al subcampo de la salud mental como un sistema cultural cimentado sobre negociaciones, conflictos, contradicciones que emergen de muy diferentes niveles y no sólo competen al ámbito laboral o académico del médico.

#### 1.4. Desencuentros teóricos y búsqueda de convergencias

El desencuentro teórico apareció igual que los retos metodológicos, en la segunda temporada de campo cuando el trabajo implicaba construir el dato cualitativo dentro del PNA y en la etapa de procesamiento y análisis se hizo más evidente. La imposibilidad de mirar y escuchar a los usuarios tanto dentro de la consulta como fuera de ella y la decisión de entender al sistema de salud mental a partir de las interpretaciones de los médicos me hicieron redefinir algunos de los postulados desde los cuales iniciaba la investigación.

Analizar el servicio de atención a la salud mental en el PNA si bien me ayudaría a comprender las implicaciones de la reforma en lo local, me ofrecería una oportunidad para conocer su desarrollo en contexto intercultural. Por eso decidí

realizar la investigación en un municipio con presencia de población Hablante de Lengua Indígena (HLI), para explorar si dentro de esta reestructuración de los servicios se reconsideraban las particularidades culturales de los pacientes. Esa era inicialmente la propuesta: “La pertinencia cultural de la atención a la salud mental en el PNA”.

Cuando realicé mi trabajo de campo para la maestría en antropología social, intenté comprender un padecimiento que los ch’oles de la región sierra de Tabasco denominaban como “nervios”. Para realizarlo me enfoqué en las interpretaciones que de este proceso morboso hacían los enfermos. Así fue cómo una de las mujeres con quien trabajé me comentó que dentro de la diversidad médica que ya había consultado estaba una psicóloga de la SSA quien la había atendido en un poblado cercano y que le había comentado que su “cabeza estaba loca”.

Este hallazgo me hizo cuestionar dos cosas. La primera tenía que ver con la atención psicológica que se daba por la SSA de la entidad. Hasta ese momento, quien escribe, no sabía de la reestructuración de los servicios y por eso dentro el mismo trabajo de campo entrevisté, aunque de manera menos profunda que ahora, a estos nuevos actores del sistema de salud. La segunda situación por cuestionar fue el tipo de atención que recibían. Pues si bien entendía que la interpretación que había hecho la mujer sobre su diagnóstico había sido elaborada desde su propio capital cultural, éste seguramente también se relacionaba con el lenguaje psicológico que se usaba en la región y que de alguna manera tenía que ver con esta atención. Esta historia de vida realizada en 2007 fue fundamental a la hora de plantear el proyecto doctoral.

En la literatura revisada me encontré varias áreas de interés que me hicieron seguir insistiendo en el tema, entre las que estaba evidentemente la necesidad de saber qué pasaba en el área indígena al respecto de la reforma y de la salud mental de la población. En una primera búsqueda realizada en bases de datos especializadas sobre temas de salud como lo es Pubmed, encontré, al introducir descriptores como salud mental e indígenas (*mental health and indigenous*), un aproximado de 180 artículos. Las disciplinas implicadas fueron: Salud Pública,

Psiquiatría, Psicología y Epidemiología psiquiátrica. Entre los principales países donde se había escrito sobre el tema estaban: Australia, Canadá, India, EE. UU., Nueva Zelanda y para América Latina solo México, Guatemala, Chile, Colombia, Perú y Brasil (Vicente *et al.*, 2005; Rodríguez y Kohn, 2009; Kohn, 2013).

Después de esta primera búsqueda clasifiqué los artículos obtenidos retomando la categoría cultura, acceso y atención en servicios de salud del Estado y la lista se redujo a menos de la mitad (70). Los principales grupos estudiados fueron: niños, jóvenes y mujeres que viven sobre todo en zonas rurales. Los estudios más sobresalientes fueron de carácter epidemiológico: sobre todo estudios de prevalencia, que buscaban medir la frecuencia y distribución de los trastornos mentales, la asociación y relación entre variables de exposición y sus posibles factores de riesgo como: la aculturación, desintegración de la identidad, desigualdad socioeconómica, marginación social, racismo y discriminación<sup>27</sup>. Entre los trastornos específicos más abordados estuvieron: el suicidio, alcoholismo y otras adicciones<sup>28</sup>. Finalmente, otros trabajos, los menos, expusieron los servicios de salud mental que se ofrecen a población indígena e hicieron énfasis en las barreras de acceso que existen y que aumentan la brecha de tratamiento en esta población. Fueron estos últimos textos los de mayor interés a la hora de estructurar el proyecto.

La salud mental es un tema que se ha postergado en la mayor parte del mundo y eso es evidente, pero para los pueblos originarios de América la situación es aún más grave (Incañar y Maldonado-Bouchard, 2009; Restrepo Restrepo y Orduz Sánchez, 2006). Siguen siendo después de siglos, excluidos y marginados de la sociedad en general, a pesar de ser los primeros habitantes de este continente y

---

<sup>27</sup> Existen también investigaciones interesadas que buscan asociar el riesgo de padecer algún trastorno mental en población originaria y diferentes factores, entre los que están: **aculturación, desintegración de la identidad** (Sabone 2009; Evans-Campbell *et al.*, 2012; Millender, 2012; Kariminia *et al.*, 2012), **desigualdad socioeconómica y marginación social** (Shepherd *et al.*, 2012; Priest *et al.*, 2012; Whitbeck *et al.*, 2012; Jamieson *et al.*, 2011; Rigby *et al.*, 2011; Guerin *et al.*, 2011; Walls y Whitbeck, 2011) y **racismo y discriminación** (Heart *et al.*, 2011; Hansen y Sorlie 2012; Paradies y Cunningham 2012; Yang y Singla 2011; Donlan y Lee, 2010).

<sup>28</sup> Entre los principales problemas mentales que más se han documentado entre las poblaciones indígenas y han merecido especial atención están: **suicidio** (Cheung *et al.*, 2012; Wexler y Gone, 2012; Kral, 2012; Ponte de Souza y Jesem Douglas, 2012; de Oliveira y Lotufo Neto, 2003; Sveticic *et al.*, 2012; Elias *et al.*, 2012) y **alcoholismo y otras adicciones** (Dingwall y Cairney, 2011; Nadew, 2012; Hunter *et al.*, 2012; Bohanna y Clough, 2012; Lehti *et al.*, 2009; Doolan *et al.*, 2012; Heffernan *et al.*, 2012).

de ser un estimado de 48 millones de personas. La poca investigación sobre el tema evidencia este hecho. En términos epidemiológicos, es abismal el desconocimiento sobre incidencia y prevalencia de los diferentes desórdenes psiquiátricos y psicológicos que padece dicha población (Jiménez Tapia *et al.*, 2005; San Sebastián y Hurtig, 2007; Kohn, 2013). Además de que se carece de políticas y programas en salud mental y por ende de servicios específicos –infraestructura y recursos humanos– diseñados completamente para ellos (Isaacs *et al.*, 2010; Jayaram *et al.*, 2011). Lo cual ha redundado en resistencia, desconocimiento o ausencia por parte de los mismos usuarios o en conflicto entre los diferentes saberes médicos (medicina científica & medicina tradicional).

De las primeras cosas identificadas en el trabajo de campo realizado casi diez años después, fue que en el PNA no había atención a la salud mental culturalmente pertinente y que varios de los hallazgos encontrados en la literatura se repetían en campo. No había instrumentos que ayudarán a identificar las diferencias culturales de los pacientes dentro del SSA, ni el registro epidemiológico existente ofrecía datos para conocer las prevalencias de salud mental de esta población. Tampoco hubo personas durante mi estancia en campo que buscaran este tipo de atención, incluso habiendo seleccionado los lugares por localidades con mayor HLI durante el trabajo de campo en los CAAPS. Lo único que me quedó para rastrear este primer interés, fue la palabra y experiencia del médico del PNA, que en muchas ocasiones tampoco le confería importancia al tema. Teniendo esto o más bien sin tener nada, no hubo más que desestimar los primeros intereses de la investigación aun sabiendo la importancia de apostar por ello.

La transformación del proyecto no fue sencilla ni en términos de decisión, pues seguía guardado un secreto interés por reconocer los cambios en las nociones de enfermedad de los ch'oles por lo menos en un objetivo específico; ni en términos teórico-metodológicos porque había duda de cómo re-organizar el dato construido e iniciar las nuevas interpretaciones. La respuesta fue apareciendo a partir de nuevas lecturas, al redactar el presente capítulo y sobre todo al iniciar con la etapa del procesamiento y análisis.

Una vez recopilado todo el material primario –el lenguaje que mostró la subjetividad de los actores y la práctica que evidenció el mundo de lo morfológico– y sistematizado de acuerdo los objetivos de la investigación y a la estrategia metodológica, inicié con el procesamiento, codificación y re-categorización. El guion de codificación permitió el procesamiento del dato descriptivo (reportado en el diario de campo) y el dato comprensivo (obtenido mediante los diferentes tipos de entrevistas y cuestionario), lo construí en diálogo directo con los instrumentos diseñados y con las primeras categorías centrales de las cuales partí en ese momento y que posteriormente cambiarían: Servicios de salud mental de los CAAPS, Prácticas institucionales de salud mental, Percepción Servicios de Salud mental de los CAAPS, Noción de salud y/o enfermedad de médicos y pacientes HLI.

La re-categorización la hice siguiendo el método comparativo constante que ofrecen Glasser y Strauss (1967), y que implicó codificar y analizar simultáneamente mediante comparación continua de incidentes específicos, para refinar conceptos, identificar propiedades, explorar sus interrelaciones y finalmente construir el argumento general y las diferentes proposiciones que sustentan este trabajo y que permitieron obtener un cuerpo unificado de criterios útiles para comprender y analizar el tema propuesto.

Todas las investigaciones desarrollan sus propios modos para analizar sus datos que cobra forma particular según el diseño utilizado y los logros del conocimiento buscados. De acuerdo con el diseño etnográfico y a los grados de complejidad, en un primer momento el dato descriptivo y comprensivo ayudaron a determinar las causas y consecuencias del incremento y transformación de los servicios de salud mental en Tabasco. En este primer momento hubo un mínimo de interpretación y uso de conceptos, es decir, busqué caracterizar al subcampo de la salud mental lo más apegado posible a la vida social de los sujetos con quienes trabajé.

En un segundo momento y para responder a un segundo objetivo, que buscaba conocer la forma como se ha dado la reestructuración de la atención a la salud mental en el PNA a través de las prácticas institucionales del personal de salud, y que es donde trabajé el dato cuantitativo, el análisis fue de carácter

inductivo. Lo que permitió poner a prueba (verificar) proposiciones teóricas –en este caso, la teoría del campo de Bourdieu– sobre la naturaleza de la vida social.

Finalmente, en el último objetivo que implicó analizar, cómo la atención de la salud mental que ofrece el PNA de la SSA, ha reconfigurado los entendimientos más amplios de la salud mental de los médicos generales que laboran en este nivel, lo realicé mediante inferencia analítica. “Este método no persigue producir teorías formales, sino más bien teorizar sobre problemas muy concretos (...) demostrar que las ideas son plausibles” (Amezcuca *et al.*, 2002, p. 429). Aquí el dato cualitativo, construido sobre todo por el dato etnográfico, ayudó a dar forma al argumento que sustenta al subcampo de salud mental como un sistema cultural.

La credibilidad y la validez de la investigación la obtuve, mediante la combinación de análisis y de la teoría utilizada; pero también mediante la triangulación de métodos –en este caso el etnográfico y el de la teoría fundamentada–, la triangulación de técnicas mixtas y la triangulación del dato producido por éstas – que contrastaron el dato descriptivo con el comprensivo– y que en términos de resultados se presentaron siempre en diálogo entre los diversos actores de la investigación y quien investiga.

Las implicaciones teóricas de una investigación sobre temas de salud mental a partir del uso de la etnografía como método no sólo de construcción del dato sino también como ejercicio escritural para la representación de la realidad analizada, fue vasta y tuvo que ver con una re-organización completa del estudio.

Para empezar, modifiqué al sujeto de estudio y con ello la unidad de observación y las categorías de análisis. En un primer momento pretendía estudiar las transformaciones en las nociones de salud mental de la población y como no pude tener un acercamiento más profundo y ni si quiera representativo con los sujetos, sólo decidí trabajar con el dato generado con y a partir del profesional de la salud. Para entender lo que estaba pasando en el sistema de salud psicosocial de Tabasco y con la imposibilidad de mirar en su totalidad la interacción *in situ*, además de mirar las prácticas institucionales de salud, incorporé al discurso médico.

Una vez que el interés estuvo centrado en el discurso y práctica médica y que pretendía mirarla desde la teoría de la acción para reconocer las diferentes



estrategias que los sujetos utilizan en la consulta médica para diagnosticar un problema de salud mental y evidenciar que sus actos no siempre están guiados por lo establecido en la DSP; retomé a la cultura como una dimensión estratégica para analizar la práctica situada de los médicos y en ese sentido reconocer a lo sociocultural como elemento trascendental para caracterizar el contexto en que se desenvuelve el sujeto y su padecimiento. Como un punto de partida necesario para situar y localizar a los sujetos; incorporando sus alegrías, sus temores, sus certezas y preocupaciones.

Al introducir el interés de reconocer los cambios de las nociones de enfermedad y de atención ya no en el paciente sino a través del mismo médico, y de querer entrar en el mundo de sus propias preocupaciones emocionales, también hubo que discutir el uso y desafíos del método etnográfico en contextos de violencia, riesgo y alta vulnerabilidad (Castro Neira, 2017). En este sentido llamo la atención a la urgencia de visibilizar las violencias sutiles y la importancia de reconocerlas en el trabajo de campo en temas que competen a la salud mental y con población en situación de vulnerabilidad, como son los enfermos mentales. Dicha reflexión implicó vigilancia ante el discurso dominante medicalizado de la salud mental, sin obviarle ni caer en la relatividad de su existencia.

### 1.5. Dilemas e implicaciones éticas, políticas y culturales

Margarita del Olmo (2014), señala en su libro *Dilemas éticos en antropología. Las entretelas del trabajo etnográfico* que “No es frecuente hablar de ética en investigación social, ni leer, ni estudiar, ni siquiera discutir” (pág. 9). Añadiría, además, que es menos común cuando se trata del uso metodología cualitativa que trabaja con diseños etnográficos. En las clases de metodología o en los seminarios de investigación del posgrado, por lo menos en ciencias sociales, rara vez se piensa a la entrevista o la observación participante como herramientas que colocarán en riesgo a los sujetos con quienes trabajamos, antes bien casi siempre la discusión se torna de carácter técnico.

Nunca al salir a campo alguien me había preguntado por la ética del trabajo de campo etnográfico o la viabilidad ética de la investigación cualitativa. Nunca. Ni en pregrado ni en maestría. Si bien es cierto dado los temas discutidos en los dos últimos trabajos de campo, la incomodidad y la frustración por hablar de la vida emocional de las personas se habían presentado, jamás había discutido estas implicaciones de manera más seria hasta llegar al programa de doctorado. Fue justo en un curso optativo de bioética, cuando reflexioné, a partir de los abusos cometidos en las investigaciones biomédicas, que nunca había revisado la viabilidad de incursiones en campo desde una perspectiva ética. Es importante subrayar que no fui la única en reconocer esta ausencia en la formación del investigador social.

Este ejercicio de reflexividad también buscó visibilizar los dilemas éticos que tuvo hacer una investigación como éstas en zona intercultural y con problemáticas del área de la salud mental. Los resultados permitieron reconocer los errores cometidos en muchos momentos del encuentro. Además, y, sobre todo, ayudaron a entender que lo ético no es o no debería ser una fase concreta de la investigación, sino una dimensión transversal de ésta.

Los dilemas aquí revisados tuvieron que ver con dos cosas importantes: con las relaciones humanas y sus múltiples intereses. Lo que significa que los compromisos dependen de las personas involucradas en la relación, que los dilemas van más allá de la confidencialidad o consentimiento informado y que los problemas son contextuales. Para ejemplificar estos dilemas describiré dos casos a continuación.

Una de las situaciones más complejas de abordar por el poco tiempo que hubo para acercarse a ella, el trastorno que padecía y la imposibilidad de la comunicación lingüística, fue una adolescente diagnosticada con esquizofrenia que era monolingüe en su lengua materna. Yo supe de ella no porque llegara al consultorio en el momento en el que estuve en trabajo de campo, sino porque el médico me habló de su caso. Él no la atendía directamente, ella estaba referida con el psiquiatra en el Hospital General de Teapa y ahí seguía su tratamiento, pero sabía

de ella, así como sabía de otros trastornos definidos, aunque no los hubiera atendido.

Permanecí por varios días trabajando en ese ejido y con ese médico porque fue uno de los cinco profesionales de la salud con quienes realicé la etnografía en el PNA. La estancia en el lugar hizo tener mayor acercamiento con pacientes con algún trastorno mental a través de visitas domiciliarias, porque salvo por una sola persona, nadie había acudido a consulta por dichas causas, ni en este ejido ni en ninguno de los recorridos.

Ante la ausencia de mirar la consulta acudí a la casa de Blanca para intentar charlar con ella sobre su trastorno y tratamiento. Sabía bien que por el tiempo que quedaba en el lugar no podría lograr mucho y aun así seguí en el empeño llevada por los objetivos de la investigación. Pero las expectativas se esfumaron al llegar a su casa y ver cómo su padecimiento y mi falta para comprender su lengua iban a hacer un impedimento para acercarme a ella.

Es cierto que pude hablar con la madre y el hermano mayor pero la comunicación fue confusa. Al preguntar sobre quién la atendía y cada cuándo acudía al médico, la madre y el hermano mostraron los papeles del hospital y lo único posible de constatar, como ya lo había comentado el médico, fue que era atendida por el psiquiatra del municipio de Teapa y que estaba siendo medicalizada.

Blanca nunca habló conmigo y apenas y me miró. Yo estaba ahí, sentada en una silla y ella meciéndose en su hamaca. La mamá y el hermano mostraron unos papeles que no entendían mucho y que además pedían les explicara. Yo estaba interesada por saber sobre el tratamiento de una mujer diagnosticada con esquizofrenia y yo no hablaba su lengua, tenía poco tiempo, pocas herramientas para ayudar y vergüenza de haberme presentado como me presenté. Decidí salir de la casa cuando supe que no podía entablar una conversación y ni siquiera podía ayudarles a interpretar lo que ellos pedían. La estancia fue muy corta, comprendí que no podía hacer mucho por aquella mujer y que mi presencia no tenía sentido. Me marché lamentando mi intromisión en la vida de aquellas personas.

En este mismo ejido por el tiempo de permanencia tuve acercamiento con otra mujer en el consultorio. Lucero llegó a la clínica mientras esperaba en la puerta. La entrevisté antes de que entrara con el médico. Ella vivía violencia por parte de su pareja alcohólica y había intentado suicidarse y aunque su razón para ir ese día al médico fue otra, las enfermeras y el mismo médico me dijeron que ella podría apoyarme con mi trabajo. En este caso la entrevista también fue muy corta porque a diferencia de Blanca, aquí el impedimento fue el escenario en el que se realizó la entrevista, el tiempo de ella y la presencia de más personas del ejido.

Buscar charlar en casa o charlar en el consultorio, incluso mirar la misma consulta –que se tenía que realizar con rapidez dado el tiempo para ésta y las personas en espera–, hicieron complicado mirar la relación *in situ*. Fue entonces que entendí, después de pasar por varios CAAPS y una Caravana, que a veces en la etnografía, no queda más que mirar y saber de las personas a través de los ojos y la voz de otros.

En otra ocasión y después de haberme realizado un examen para descartar diabetes gestacional, porque dicho sea de paso estaba embarazada mientras realicé el trabajo de campo, me dirigí a entrevistar al psiquiatra y psicóloga de Cárdenas en el Hospital general del municipio. En el laboratorio me dieron una fórmula glucosada que puso a mi bebé y a mí muy activas y así llegué a la sala de espera de esa unidad de atención psicosocial que correspondía al SNA.

La espera fue un poco larga porque la psicóloga estaba en consulta, la enfermera ya me lo había comentado y el psiquiatra no estaba, así que sólo me restaba esperar. En la sala de la unidad que era pequeña había un escritorio para la enfermera, un par de sillas y un pequeño televisor por el cual pasaban las noticias del día. Además de este espacio la unidad contaba con dos consultorios más. Ese día no había más paciente que el que atendía la psicóloga, así que en la sala sólo nos encontrábamos la enfermera y yo.

La situación se presentaba como ya se había dado en los hospitales de alta especialidad y los generales, solo había que esperar al final de la jornada para ser atendida. En eso estaba cuando de manera abrupta salió la psicóloga gritando a la

enfermera que le ayudara. Enseguida salió una señora y un niño como de 8 ó 9 años que gritaba y golpeaba los pocos muebles que había. Lo intentaban detener y controlar, pero él no paraba de gritar y de golpear lo que pudiera, incluso arremetía contra sí mismo. La verdad es que ninguna de las mujeres ahí presentes pudimos hacer nada por ese niño. La enfermera fue por personal del Hospital para que pudieran agarrarlo y le pudieran aplicar un sedante. Yo no sabía qué hacer. Quería ayudar, pero con mis 6 meses de embarazo encima, era más un estorbo que una ayuda. Además, con esa fórmula glucosada encima y los gritos y golpes del niño, mi hija se sobresaltó tanto que sentía como se movía intensamente dentro de mi útero.

Una vez que pudieron tranquilizar al chico se lo llevaron al Hospital y la psicóloga me pidió entrar a su consultorio. No supe cómo pude realizar esa entrevista con tanto movimiento dentro de mí y con tal ansiedad que sentía. Cuando inició nuestra charla la doctora me habló de Gerardo: había sido abandonado por sus padres hacía tiempo y vivía la mayor parte del tiempo en la calle, aunque estaba al cuidado de su tía. Lo más seguro, me comentó la psicóloga, era que Gerardo fuera violado con regularidad por uno de sus familiares, y precisamente por el esposo de la tía que lo había llevado a consulta. Me contó que la crisis que habíamos presenciado no era otra cosa que el producto de la violencia que padecía a su corta edad.

La charla con la psicóloga continuó según el instrumento diseñado y aunque trató de tranquilizarme, la escena de aquel pequeño padeciendo tanto dolor, no podía salir de mi cabeza. No hubo condiciones, no hubo tiempo, no hubo forma para poder acercarme ni a la tía ni a él. En ese momento estaba terminando mi trabajo de campo en los hospitales generales, esa fue la situación más complicada que vi y apenas fue el inicio de lo que me esperaba en el PNA.

Al salir pensé en el niño, en el futuro de mi hija, en lo que a él le serviría ser nombrado en esta investigación. Me pregunté por el para qué y para quién de este estudio si no había podido hacer nada en ese momento por Gerardo. Fue así que, experiencias como éstas me hicieron reflexionar en el tipo de relaciones que me planteaba el trabajo de campo en el sistema de salud psicosocial y la posición que como etnógrafa tenía ahí y quería tener en el texto.

Tiempo después cuando inicié la redacción de este capítulo, una mirada a la historia de la investigación con seres humanos me reveló las situaciones en las que las pautas morales fueron constantemente transgredidas<sup>29</sup>. Cómo para subsanar dichas violaciones se tuvieron que establecer ciertos requisitos éticos (como algunos principios, carta de consentimiento informado<sup>30</sup>, confidencialidad, anonimato y comités de ética de investigación). Y cómo se ha considerado a las investigaciones dirigidas desde las ciencias sociales de bajo riesgo para los sujetos, por no estar de por medio la vida o el cuerpo de éstos. Sin embargo, quiero resaltar en este apartado que los estudios psicosociales presentan riesgos emocionales que pueden llegar a desencadenar trastornos de salud mental o entorpecer tratamientos, además de acarrear riesgos sociales, como la discriminación o la estigmatización de los sujetos participantes. De allí la importancia de pensar desde una perspectiva ética a la investigación social y cualitativa.

La dimensión ética de la investigación en salud psicosocial considero, debe dialogar con los diseños de investigación en ciencias sociales –al revisar el método y las técnicas que se utilizan–, y evidenciar los posibles conflictos generados entre las formas y canales de difusión del conocimiento científico y los procesos y demandas de la población de estudio. También debe evidenciar el impacto que tiene para la sociedad, no sólo receptora, sino para la que participa en la investigación y que habla de qué tan lejos debe llegar la relación entre los sujetos implicados en la investigación. Es decir, debe haber una exigencia teórica-metodológica, pero también

---

<sup>29</sup>De Núremberg a la fecha se sucedieron en forma secuencial los abusos y los criterios normalizadores. Basta recordar entre los primeros el caso Tuskegee, las denuncias de Beecher o los recientes estudios sobre SIDA en África y, entre los segundos, las declaraciones de Helsinki (1964 y reformas posteriores: 1975, 1983, 1989, 2000) y las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (Álvarez *et al.*, 2006, p. 39)

<sup>30</sup> Después del Holocausto y a partir de los experimentos nazis, se incorpora un aspecto ético importante en la investigación en salud: el consentimiento informado, que busca garantizar la participación libre e informada de las personas, expresado en la redacción del Código de Nuremberg (1947), un código que exalta dicho consentimiento y el respeto a la autonomía en la participación en investigación clínica. Y aunque esta investigación no experimenta con seres humanos como ya se especificó, se hace necesaria la utilización del consentimiento informado, dados los temas sensibles que se manejarán en las entrevistas, de allí que se anexe como un elemento más en el proceso metodológico de la investigación (Ver Anexo 8).

ética y política producida desde las mismas ciencias sociales (Mondragón Barrios, 2006).

En este sentido, investigaciones de este tipo, tienen la obligación de visibilizar y vigilar la forma de acercamiento del etnógrafo ante las experiencias de los sujetos (llámense profesionales de la salud o pacientes); que implica construir relaciones que posibiliten un acercamiento respetuoso a la vida emocional de las personas, además de tener que ajustar las herramientas previamente diseñadas a las circunstancias y particular situación de ellas.

Lo anterior me llevó a cuestionarme por los límites de la construcción del dato, en lo que toca, por ejemplo, a ¿cómo manejar llanto?, ¿cómo hablar de las crisis emocionales que presencié? o ¿cómo plasmar en el documento los sentimientos de manera respetuosa? Asimismo, supuso pensar en la necesidad de espacios terapéuticos donde los y las investigadoras puedan elaborar las emociones que les genera trabajar con ciertas poblaciones y ciertos temas o espacios donde puedan trabajar herramientas que coadyuven en su labor.

Finalmente, todo lo anterior, me llevó a cuestionar las herramientas que desde la metodología cualitativa tenemos para trabajar este tipo de temas y que no han discutido suficientemente el compromiso ético al respecto de su producción de conocimiento. Esto último tiene que ver no sólo con el trabajo en campo y sus herramientas técnico-didácticas, sino también con la forma de presentar los resultados, sin recurrir solo a la trillada justificación del uso de seudónimos y la carta de consentimiento informado como estrategias para salvaguardar el anonimato y confidencialidad de las personas que fueron participes de la investigación o para garantizar la supuesta objetividad y neutralidad del investigador<sup>31</sup>. En este punto hay que resaltar como dice Nancy Sheper-Hughs (2014) que “la práctica tradicional de conferir anonimato a nuestras comunidades e informantes engaña a pocos y no protege a nadie –excepto, quizá al propio investigador” (pág. 215).

---

<sup>31</sup> Sobre decir que en esta investigación se utilizan seudónimos y no se dan nombres de comunidades o lugares específicos, se habla de manera general de la DSP y del trabajo en el municipio.

En cuanto a las implicaciones culturales y políticas, las investigadoras no debemos perder de vista el lugar de poder y privilegio desde el cual nos relacionamos y desde el que escribimos, además de reconocer las diferencias culturales que existen entre nosotros y los demás participantes; así como las relaciones de poder y cultura que existen en la dinámica social de la comunidad en la que se trabaja. Lo que implica tomar con frecuencia decisiones frente a la inclusión o exclusión de ciertos grupos poblacionales que suelen ser considerados “especiales” dadas las características particulares que plantean un conjunto de reflexiones adicionales y de cursos de acción particulares:

En la introducción de la Declaración de Helsinki de 2000 se consignan las condiciones básicas que deben guiar éticamente el trabajo con poblaciones especiales “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica. (Montoya Montoya en Lolas *et al.*, 2006, p. 191)

Los grupos poblacionales denominados como especiales con los que trabajé son tres: los empleados de las instituciones de salud, personas con problemas denominados como trastornos mentales y población originaria. Éstos representan diferentes formas de abordaje y discusión para su protección dada su peculiaridad. Para los primeros y según la dependencia económica y de subordinación que existe hay que colocar particular atención en las dificultades éticas que sugiere la dicotomía empleador/empleado que se encuentra determinada bajo relaciones de poder y que pueden poner en riesgo los mismos puestos laborales de los participantes. Aquí hay que tener mucho cuidado en la protección de su identidad durante y después del estudio, dado que los participantes son sujetos muy específicos dentro del sistema de salud, además de leer los datos construidos a la luz de dichas relaciones.

Para el caso de los sujetos con algún trastorno mental que son definidos como discapacitados cognitivos<sup>32</sup> hay que tomar en cuenta su grado de competencia y

---

<sup>32</sup> “Aquellas personas que tienen un trastorno psiquiátrico (psicosis, neurosis, trastorno de personalidad o



capacidad ya que su participación puede verse influenciada por su estado de ánimo. Aquí el consentimiento voluntario e informado no es sólo necesario también obligatorio.

Las pautas éticas CIOMS de 2002 recomiendan que el investigador garantice que “...se haya obtenido el consentimiento de cada sujeto de acuerdo con sus capacidades y se haya respetado siempre la eventual negativa del potencial sujeto a participar en la investigación, a menos que, en circunstancias excepcionales, no hubiese alternativa médica razonable y la legislación local permitiese invalidar la objeción; y en aquellos casos en que los potenciales sujetos carezcan de la capacidad de consentir, se obtenga la autorización de un miembro responsable de la familia o de un representante legalmente autorizado de acuerdo con la legislación aplicable”. El investigador y su grupo deben revisar las condiciones bajo las cuales el consentimiento de las personas con discapacidad cognitiva se renueva, se debe buscar la cooperación voluntaria de este tipo de participantes en un procedimiento similar al asentimiento de los menores de edad. (Montoya Montoya en Lolas *et al.*, 2006, p. 207)

De la misma manera que los profesionales de la salud, hay que proteger su identidad para evitar problemas de discriminación en sus propias comunidades o familias. Pero el trabajo con esta población también implica otra labor en la que lograr la empatía es básico dado el tipo de información que involucra, aunque los espacios y los tiempos sean adversos.

Al respecto de la población indígena que también es considerada en situación de vulnerabilidad como las personas que reciben subsidios o asistencia social y otras personas en contextos de pobreza o desempleadas; hay que cerciorarse que el estudio no emplee coerción o influencia indebida en el reclutamiento, –tal como ofrecer una recompensa para determinar su participación–, además del uso del consentimiento informado. Sobre todo, la investigación debe proteger la “sensibilidad cultural” que haga consonancia con registros idiomáticos y las condiciones de vida de todos los participantes (Montoya Montoya en Lolas *et al.*, 2006, p. 217).

El posicionamiento ético-político que estuvo presente en el tratamiento de la información y la relación con los sujetos también es traducida en el modo en que se

---

conductual), un deterioro orgánico (demencia) o un trastorno del desarrollo (retardo mental) que afecta las funciones cognitivas o emocionales y que lleva a una disminución significativa del juicio y raciocinio. También se pueden incluir otras personas, como los farmacodependientes o quienes se encuentran bajo el efecto de alguna sustancia (drogas, alcohol), personas con enfermedades degenerativas cerebrales, pacientes terminales y personas con discapacidades físicas severas (5)” (Montoya, Montoya en Lolas *et al.*, 2006, p. 206).

leen teóricamente los problemas, lo que se ve o se deja de ver en ellos al naturalizarlos o al obviarlos. Situación que me llevó a problematizar los supuestos epistemológicos, axiológicos y éticos de una investigación como ésta. Además de utilizar la frustración y el enojo generado en el proceso de la investigación, como una invaluable fuente de conocimiento personal y de reflexión metodológica.

## Consideraciones finales

Reflexionar sobre el uso metodológico de la etnografía en el estudio de las concepciones y los servicios médicos de atención a la salud mental me permitió identificar los aportes, dilemas y desafíos presentes en este campo y asumir a la reflexividad metodológica como área de oportunidad para re-pensar, re-valorar y reconstruir los posicionamientos epistemológicos, teóricos y ético-políticos de la investigación cualitativa, mismos que, aun cuando existan, pocas veces se hacen explícitos en los resultados presentados.

Con este ejercicio analítico pretendí, por un lado, destacar la necesidad de visibilizar el lado oscuro de las investigaciones y desvelar los secretos y recursos de los y las investigadoras. Por el otro, señalar la necesidad urgente de reflexionar ética, cultural y afectivamente en la investigación cualitativa en el campo de la salud mental.

En términos de los contenidos sustanciales y los hallazgos que dan soporte a las reflexiones del presente texto, el trabajo etnográfico realizado permitió abordar al sistema de salud mental del estado de Tabasco como un sistema cultural. Esta caracterización hizo posible analizar a este sistema a partir de las prácticas y discursos institucionales, así como la forma en que el *stock* de disposiciones se relaciona para dar cabida a sus concepciones de salud mental.

A partir de la consideración de estas dimensiones, me fue posible revisar lo que sucede en este espacio, que no sólo es el principal filtro para la atención especializada ofrecida en el PNA, sino el lugar donde se construye el dato epidemiológico y las concepciones generales de salud mental de la población en cuestión. Estos temas adquirieron mayor relevancia al considerar el papel de la

dimensión emocional en el manejo y atención de los trastornos de salud mental, así como el cuidado de la pertinencia cultural de los servicios de atención brindados, al desarrollarse éstos en regiones con alta concentración de población indígena. Un último punto no menos importante para considerar es el hecho de reconocer que los estudios en este campo involucran a sujetos en condición de vulnerabilidad de distinto tipo (laboral, cognitiva, cultural y emocional), situación que puede incrementarse como consecuencia del desarrollo de este tipo de investigación.

# CAPÍTULO II

## CAPÍTULO II. NOTAS TEÓRICAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL. LA CULTURA COMO DIMENSIÓN ESTRATÉGICA Y EL CAPITAL EMOCIONAL COMO HERRAMIENTA TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA ACERCARSE A LA COMPRENSIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL PNA

---

### Introducción

*La sanidad se centra en el corazón de la cultura  
y la salud mental en el corazón del corazón de la cultura.  
Francisco Raga Gimeno*

El siguiente apartado ofrece en concordancia con el objetivo de la investigación, aprehender las lógicas de los discursos y prácticas de los profesionales de la salud y las disposiciones y posiciones heterogéneas que las originan, estudiar las experiencias afectivas del *habitus*, analizar los capitales puestos en juego para producirlas y transformarlas y al capital emocional como principal herramienta teórica y metodológica para su comprensión. Para ello, primero, hice una revisión de la forma que ha tomado el análisis de los servicios de atención de salud mental, que sobre todo resaltan como dimensión fundamental a la cultura y que expresamente centran su espacio de estudio en el Primer Nivel de Atención (PNA). Traté de destacar no sólo las evidencias halladas para mostrar algunos vacíos que existen sobre el tema; sino y, sobre todo, busqué describir los diferentes caminos que dichos estudios tomaron para tratar un tema como el que compete a esta investigación.

En un segundo momento pasé revista a la teoría de la acción como fundamental modelo que ayuda en la comprensión de las prácticas, pero también como herramienta que posibilita la aprehensión de los afectos. Específicamente utilicé la teoría bourdeana para mirar al sistema de salud mental desde su dimensión simbólica y darle forma al capital emocional que permitió comprender las lógicas del

resto de capitales para articular la racionalización y la emoción en lo que Scheer (2012) denomina prácticas emocionales.

Para construir un modelo de la acción que me permitiera comprender las dimensiones de la práctica desde lo racional y emocional, utilicé a la cultura como dimensión estratégica para analizar la atención a la salud mental en el PNA, y con ello observar no sólo su estructura formal sino también los valores y percepciones que están presentes en la práctica y que no necesariamente proceden de criterios o protocolos médicos institucionalizados. Es decir, lo que busqué, fue identificar otros criterios que se vuelven relevantes en la atención médica y que no sólo se incorporan dentro de la dimensión escolarizada y profesionalizante del *habitus* médico. Para ello exploré entre las mismas experiencias emocionales y de trastornos mentales de los propios profesionales de la salud, así como dentro de su capital cultural incorporado, para tratar de comprender con ello, sus disposiciones en torno de su concepción de salud mental. Lo que encontré fueron otras dimensiones del *habitus* que están articuladas a otros ámbitos propios de su condición y trayectoria de clase, etnia, género, edad, enfermedad; así como a un régimen afectivo en perfecta lógica con el *habitus* médico institucionalizado.

La triada de Pierre Bourdieu me permitió reconocer las estrategias de reproducción de un *habitus* médico articulado a un régimen afectivo. Pero a partir del trabajo teórico de Lahire pude reconocer las estrategias de transformación social. Es decir, identifiqué las posibilidades de cambio en las prácticas de salud mental institucionalizadas dentro del PNA después de la reforma a la atención psiquiátrica aplicada en México desde 2006 que buscó la desinstitucionalización de los servicios de salud mental en el país. Este interés me llevó a describir los procesos de cambio e histéresis del *habitus* médico a través de la *illusio* como orientación emocional de la práctica y del capital emocional como principal recurso simbólico que detona el cambio dentro del campo médico<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> La salud colectiva heredó categorías y conceptos de diversas disciplinas y áreas del conocimiento, entre ellas la solciología, que ha aportado perspectivas de análisis, métodos, herramientas teóricas y categorías analíticas que posibilitan una aproximación a los objetos tratados en el campo. Dentro de los conceptos fundamentales están la estructura y acción y con ello su interés por superar dicotomías (individuo/sociedad, objetivo/subjetivo, micro/macro). La presente investigación se enmarca en este interés, mediante el análisis no sólo de lo social, sino

Decir que “la sanidad se centra en el corazón de la cultura y la salud mental en el corazón del corazón de la cultura”, muestra perfectamente lo que esta investigación evidenció: a) que el sistema de salud es un sistema culturalmente construido y que luego entonces es importante analizarlo desde su dimensión simbólica para dar cuenta de otros procesos que se invisibilizan al analizarlo de manera formal y b) que la salud mental además se vuelve el espacio indispensable para comprender esa dimensión simbólica, pero no sólo y únicamente al estudiar los servicios específicos que la atienden, sino porque es indispensable reconocer el régimen afectivo que lo sustenta y del capital emocional que lo moviliza.

## 2. 1. Políticas y prácticas en Salud Mental en los Servicios y atención de salud mental en el PNA

El área de salud mental es donde se dan las mayores disparidades en cuanto a disponibilidad y acceso de los servicios –pese a su imperiosa demanda–, y constituye quizá el área de mayor rezago del sistema de salud mexicano. Situación por la que, tanto en el ámbito nacional como en el internacional a inicios de siglo se

---

de lo social individual, que busca poner énfasis en el actor. Debate importante, desde hace tiempo también en la salud colectiva como lo expone Cecília Minayo (2001), al señalar que “el conocimiento médico y de la salud pública han sido sistemáticamente marcados por el apagamiento del sujeto” (pág.14) al enfatizar las aproximaciones macroestructurales y la crítica a los aparatos del Estado, dejando en “segundo plano el análisis de la praxis y de los sujetos sociales, históricos y culturales en la configuración del campo [de la salud colectiva]” (pág.15). En este sentido, el trabajo de Pierre Bourdieu y de Bernard Lahir está en relación con las categorías centrales de la salud colectiva y en concordancia con el segundo objeto de la salud colectiva, a saber: la respuesta social organizada.

Es importante decir que, en este interés por eliminar las dicotomías, la sociología desde hace cuatro décadas también ha buscado erradicar la dicotomía cuerpo-mente, desafío con el que comulga la salud colectiva (Bertolozzi y De la Torre Uguarte Guanilo, 2012, p. 35). En este sentido, considero que retomar conceptos como capital emocional o práctica emocional son referentes que ayudan no sólo a “pensar la salud” (Testa, 1992) sino a “pensar críticamente la ciencia” (Breilh, 2002) que había infravalorado lo emocional/afectivo/sentimental. En esta investigación parto del hecho de que las variables afectivas y emocionales tienen cualidades y una potencialidad que permiten discernir –tal vez no más y mejor, pero sí de manera diferente– ciertas realidades. Por un lado, las emociones ayudan a comprender la acción social y posibilitan entender tanto los procesos de reproducción y sostenimiento del orden social como así también el advenimiento de órdenes sociales emergentes. Por otra parte, desde los aportes del giro afectivo se resalta que prestar atención a los afectos muchas veces ayuda a advertir qué sostiene a los sujetos en determinadas posiciones o lugares, qué los adhiere, ‘pega’ enlaza, vincula o junta. En este sentido, a partir de los afectos pueden pensarse intenciones e intensidades, así como visitar la categoría de agencia, no sólo desde la acción sino también desde la inacción (Abramowski, 2017, p. 16).

formularon varias propuestas para facilitar la accesibilidad a los servicios de atención de salud mental para toda la población, tanto del medio urbano como rural; proponiendo así, al PNA como el espacio desde cual se diagnosticaría atendería o referenciaría a la población que tuviera algún trastorno mental.

La atención primaria ya no entendida sólo como filtro, sino como el espacio principal para tratar a la mayoría de la población con algún trastorno mental –sobre todo los trastornos comunes– fue el eje a partir del cual se llevó a cabo la reorganización de los servicios de salud mental. Para poder comprender este proceso de transformación y desarrollo, primero que nada, revisé los informes y documentos técnicos redactados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), instituciones internacionales encargadas de fomentar dicho cambio (OMS 2002, 2005, 2011; OPS 1990, 2005, 2007, 2009, 2010; OPS-OMS, 2014; Federación Mundial para la Salud Mental, 2009) y los Planes y programas diseñados por México (SSA, 2001, 2007, 2014, 2019).

En un segundo momento hice una segunda búsqueda bibliográfica en buscadores, bases de datos, hemerotecas sobre temas de salud (*Pubmed*, LILACS, *Elsevier*, *Jstor*, SciELO, Redalyc) y seleccioné, al introducir los descriptores: atención primaria (*primary care*) y salud mental (*mental health*) un aproximado de 130 textos (entre artículos, documentos e informes oficiales, conferencias y libros), que fueron publicados entre finales de los setenta y 2019 –con un notable aumento progresivo. Los criterios de revisión sistemática estuvieron dados por el tipo de unidad de análisis y los diseños metodológicos utilizados.

Entre las revistas que más publicaron sobre el tema están: Atención Primaria, Papeles del Psicólogo, La Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y el *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Los países en los que más se escribió fue: España, EE. UU, Canadá, Alemania, Suiza entre otros; y para América Latina: Chile, Bolivia y México. Entre los principales grupos estudiados están: profesionales de la salud (estudiantes de medicina, médicos de servicio social, residentes, médicos de familia, psiquiatras y psicólogos) y pacientes de atención primaria (sobre todo mujeres); algunas otras unidades de estudio fueron los instrumentos diagnósticos



(CIE10, DSM-V e instrumentos para diagnóstico de trastornos “menores”), historias clínicas, derivaciones y programas de salud mental. Sólo encontré un artículo que hacía referencia a población indígena (Hepworth *et al.*, 2015) y cuatro a inmigrantes (Pertíñez Mena *et al.*, 2002; Holman *et al.*, 2000; Gutiérrez Sigler, 2002; Illes *et al.*, 2015). Entre los trastornos mentales más abordados estuvieron los trastornos menores como la depresión y la ansiedad, los somatomorfos y en algunos casos la esquizofrenia, la demencia y el consumo de alcohol y otras adicciones. Los diseños más trabajados fueron: de tipo observacional, descriptivo y transversal; y en menor medida las investigaciones con enfoque metodológico cualitativo.

Los avances en la reorganización que ha experimentado la salud mental en cuanto a políticas, planes de acción y legislación específica de salud mental no se ve reflejada –en su totalidad– en la prestación de sus servicios. De ahí que la lenta y parcial integración de la atención de salud mental en la atención primaria con sus concomitantes dificultades sea la directriz de la literatura que existe sobre el tema; que sobre todo, pone de relevancia la necesidad de evaluar y diseñar modelos, programas e instrumentos diagnósticos que ayuden en la identificación y tratamiento de los pacientes con algún trastorno mental y en la evaluación de las competencias del médico a la hora de identificar, prevenir, diagnosticar y tratar un trastorno mental.

Incluso, esta misma literatura evidencia las dificultades para hacer investigación en el PNA, ya que debido a la excesiva presión asistencial, a la falta de tiempo, de incentivos profesionales y de formación y estructuras de apoyo, este quehacer ha adquirido poco reconocimiento en este nivel en ciertos países (González Pedraza y Velasco Jiménez, 2008); y en otros, está siendo impulsada, creciendo de forma notable en los últimos años como lo demuestra la literatura que se presenta a continuación (Herrán Artal *et al.*, 1996; Carratalá-Munuera *et al.*, 2012).

De los primeros textos que se escribieron sobre el tema (aunque no estrictamente en salud mental) y al que obligatoriamente hay que hacer referencia es: la *Conferencia de Atención Primaria de Salud*. Ésta se realizó en Alma-Ata en 1978 y sus objetivos fueron conocer la situación actual del estado de salud del mundo, promover la atención primaria de salud y lograr mediante el desarrollo de

ésta, contrarrestar las desigualdades sanitarias existentes (OMS, 1978). Esta primera publicación dio pie al inicio de una serie de modificaciones que tomaron forma de reforma, planes, programas, legislación sanitaria y descentralización de los servicios de atención en todo el mundo (Benassini, 1997).

Pero en lo que respecta específicamente a los artículos que existen sobre la reforma psiquiátrica y descentralización de los servicios de salud, éstos hacen una revisión crítica de lo acontecido a partir de la Declaración de Caracas y la Iniciativa de la reestructuración (Barrientos, 2005), empezando por la superación del modelo tradicional, (OPS, 2009) la evaluación del impacto de la reforma psiquiátrica en el personal y los ajustes de su práctica (González González, 2006), además de un análisis crítico de los logros y obstáculos en la atención primaria en salud mental (Téllez Lapeira *et al.*, 2005; Giraldo Osorio y Vélez Álvarez, 2013). También se exponen las ideas y fundamentos que sustentan los cambios habidos en materia de asistencia psiquiátrica, las exigencias que suscitan las nuevas políticas sanitarias, el tema de los costes y de los recursos humanos y los retos que tales políticas han de afrontar en el futuro (García González *et al.*, 1998; Minoletti *et al.*, 2012).

Por los objetivos de la propia investigación en la revisión literaria hice énfasis en dos temas que buscan entender al sistema de salud desde el punto de vista de los actores implicados y que va más allá de una evaluación administrativa, financiera, de gestión y calidad. Una revisión que da cuenta de los recursos humanos y la atención culturalmente pertinente. Esto es particularmente importante porque lo que quise ilustrar con ello es el papel que el personal de salud cumple en esta reforma en general y su situación en zona intercultural, en lo particular. Pero aunque dicha revisión la haya centrado en estos dos puntos es importante mencionar que hay una extensa literatura que da cuenta de otros aspectos que ha traído esta reforma en el PNA como: revisión sobre trastornos menores en atención primaria (depresión y ansiedad); patrón de uso de servicios y costes, conocimiento y competencia para el diagnóstico y tratamiento de la salud mental; las derivaciones y comunicación con los especialistas de salud mental, instrumentos diagnósticos, análisis bibliométrico sobre el tema, entre otros.

### 2.1.1. Trabajadores de la salud, un área de oportunidad para la atención a la salud mental en el PNA

Uno de los aspectos más importantes a revisar en el marco de la reforma psiquiátrica es el que compete a los trabajadores de la salud. La literatura muestra aquí los impactos, desafíos y limitaciones en las competencias de los profesionales de la medicina (general o de familia) a la hora de identificar, prevenir, diagnosticar y tratar un trastorno mental. Estos trabajos han intentado rescatar la visión e interpretación de esos profesionales respecto a los cambios y ajustes a que ve sometida su práctica profesional resaltando la percepción en su desempeño en el área de la salud mental (Latorre Postigo *et al.*, 2005; Moreno y Moriana, 2012; Calderón-Gómez *et al.*, 2009). La sensibilidad y actitud que tienen ante los trastornos mentales con respecto a su propia experiencia en comparación con otros profesionales médicos de la medicina (León-Sanromà *et al.*, 2009; Saura Llamas *et al.*, 1997; Kuwert, 2015; Smith, 2002; Arrillaga Arizaga *et al.*, 2004; Gualtero y Turek, 1999). Y las competencias (de formación y capacitación) que guardan al identificar y diagnosticar algún trastorno mental en comparación con profesionales de la psiquiatría y psicología (Chocrón Bentata *et al.*, 1996; Collings y MaGPIe Research Group, 2005; Retolaza, 2004; Williams *et al.*, 1999; García-Testal *et al.*, 1998; Baca Baldomero *et al.*, 2001; Linárez Méndez y Espinet, 2007; Barreto Ramón *et al.*, 1998; Gabarrón Hortal *et al.*, 2002; Valdés *et al.*, 2006; Bass *et al.*, 2015; Camacho-Arce *et al.*, 2009).

Es importante mencionar que los resultados encontrados en los estudios sobre la percepción que los profesionales de la medicina tienen sobre su desempeño y formación en salud mental, denuncia: una carga asistencial elevada y una prevalencia superior de los trastornos “menores” (ansiedad, depresión y problemas psicosociales) a los trastornos con diagnóstico formal; falta de formación, carencias en atención en salud mental (como falta de centros de referencia especializados y normas de atención, poco uso de técnicas psicoeducativas e instrumentos diagnósticos y fallas de registro en el sistema de información); poca coordinación con los servicios especializados (ausencia de interconsultas y contrareferencias),

carencia de medicamentos o excesivo uso de psicofármacos; falta de personal especializado (psicología y psiquiatría) y la poca participación comunitaria dentro del modelo de abordaje de salud mental en atención primaria. Situación que redundo, según su propia perspectiva, en que la atención primaria no puede hacerse cargo de la demanda de salud mental existente.

Con respecto a la sensibilidad y actitud de los profesionales de la medicina ante los trastornos mentales, se manifiesta como positiva y con disminución paulatina de estigmas, sobre todo si ésta se relaciona con algún antecedente propio o cercano del problema –aunque no se asume así con respecto a la población general–. Sin embargo, y como resultado de las carencias de formación y capacitación, se refleja una diversidad polisémica de las etiquetas diagnósticas y del uso de psicofármacos.

Otro de los aspectos encontrados en la literatura es que la capacidad de los profesionales de la medicina para detectar o para tratar, sobre todo trastornos menores, es relativamente baja (detectándose sólo la mitad de los pacientes). Se expone la relevancia en la dificultad de reconocer los problemas y, por tanto, en la alta posibilidad de caer en subdiagnósticos o sobrediagnósticos (Aragonès *et al.*, 2006; Adán-Manes y Ayuso-Mateos, 2010). Dentro de las carencias o limitaciones que el profesional médico de atención primaria tiene, están: una concepción de trastorno mental meramente orgánica –heredada por la psiquiatría–, que puede hacer obviar algún síntoma, confundir con alguna otra patología somática o desestimar el origen psíquico de los síntomas; también persiste un cierto rechazo social (estigma), un escaso conocimiento de la psiquiatría por la atención primaria (y viceversa), y sobre todo, una ausencia de organización en las tareas que cada nivel asistencial tiene, lo que a su vez, repercute en un elevado número de derivaciones injustificadas –amen de incorrectamente estructuradas–.

Los profesionales de la medicina se enfrentan a otras dificultades que no tienen que ver directamente con su práctica sino con los pacientes mismos, entre las que están: la incapacidad del paciente de expresar o sugerir su problema (síntomas), rechazo o desconfianza del tratamiento y un elevado número de pacientes que no acuden a la cita con salud mental. Además de que, la cotidianidad con la que se

habla de los temas relacionados con la psiquiatría ha definido una tendencia de la población a interpretar los problemas de la vida con el término “depresión”, por lo que se demandan soluciones a través del profesional médico con una frecuencia superior a la epidemiológicamente real.

En resumen, lo que se observa a partir de estos trabajos, es que existe poca o en ocasiones nula concordancia entre el diagnóstico generado por los médicos generales del PNA y los especialistas de la salud mental. Es decir, éstos tienen diferentes percepciones respecto de los trastornos en función de su distinta vinculación con el paciente y de los contextos y expectativas de su práctica profesional. Además, quienes están en la atención primaria si bien manifiestan voluntad de dar el servicio, se reconocen con limitadas competencias para el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales.

Un aspecto importante que se trabaja al hablar de servicios de salud mental en atención primaria es la relación entre profesional médico y especialista en salud mental. Aquí se coloca de manifiesto las dificultades encontradas en la derivación, entre las que se hallan: la calidad (Espinosa Sabina y Castilla Pérez, 2002; Risco Venegas, 2003), la relación y coordinación entre los niveles de atención primaria y salud mental (Hornillos Jerez *et al.*, 2009; Beltran Vilella *et al.*, 2001; Luciano Devis *et al.*, 2009; Riittakerttu Kaltiala-Heino, 1998; García-Camps, *et al.*, 1995; Sun *et al.*, 2015; Ribé Buitrón *et al.*, 2010) y la concordancia diagnóstica (García-Testal *et al.*, 1998; Miranda Chueca *et al.*, 2003; Rico Bodi y Mora, 1994; Gamero Samino *et al.*, 1996).

La mayoría de los textos exponen que la concordancia diagnóstica y terapéutica entre atención primaria y salud mental es débil o en todo caso susceptible de mejora. La hoja de derivación no está presente en un elevado número de casos o no está correctamente rellena. Para algunos estudios las personas que más se derivan son las mujeres y en la mayoría de los casos el motivo de la derivación es la supervisión del caso. Las concordancias diagnósticas se dan sobre todo en trastornos específicos y en menor medida en trastornos menores. Y el tiempo de espera para la primera visita es alto; situación por la cual existe una pérdida de casos ya sea porque las personas no acuden o por el excesivo tiempo

que transcurre para su cita.

Entre las barreras para lograr la coordinación entre los diferentes niveles y diferentes profesionales de la salud destacan: los de carácter económico y asistencial, y los aspectos conceptuales y actitudinales (Gask, 2005, Lester, 2005). Los profesionales de medicina en atención primaria pueden estar reacios al “cuidado compartido” al quedar menos clara su función y sentirse desbordados por la atención que requieren los pacientes con trastornos mentales; y, por otro lado, los especialistas en salud mental tienen una actitud defensiva y desconocen la cultura de atención primaria.

#### 2.1.2. Desafíos culturales para la atención en salud mental en el Primer Nivel de Atención

Los desafíos culturales que trae una reforma como ésta son vastos y la literatura sobre el tema los señala como un imperativo urgente de investigar (Gutiérrez Sigler, 2002). La población en la que se enfoca, sobre todo, es la inmigrante, dado que la migración constituye un factor de riesgo para la salud mental, al representar para el individuo un duelo por la pérdida de su apoyo social y su entorno físico; además de que la barrera idiomática y cultural dificulta el correcto diagnóstico y abordaje de éstos. Pero es importante resaltar que dentro de la literatura revisada siga siendo un punto ciego lo referente a población originaria, a pesar de que como se señala en el capítulo III, la misma literatura existente manifiesta la ausencia de datos que indiquen prevalencias e incidencias de trastornos mentales en estas poblaciones, así como la tarea urgente de visibilizar la problemática.

Los artículos revisados exponen la situación de inmigrantes provenientes de países musulmanes en España (Magreb, Pakistán, Afganistán, India y Bangladesh y también de Sudamérica y Filipinas), inmigrantes latinos en Estados Unidos y los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres. Su interés se centra en observar diferencias entre población étnica y autóctona en la frecuencia de trastornos mentales (Pertíñez Mena *et al.*, 2002). Examinar entre los inmigrantes la búsqueda

de atención primaria (Holman *et al.*, 2000). Y el impacto que en pacientes (aborígenes e isleños del Estrecho de Torres) y profesionales de atención primaria tiene la integración de servicios de salud mental culturalmente seguros –en el que se emplean un psicólogo y un trabajador social– (Hepworth *et al.*, 2015).

Los hallazgos encontrados hablan de las disparidades de salud mental y de la necesidad de ofrecer atención culturalmente sensible, dado que el diagnóstico está influido por la forma de expresión de la sintomatología psíquica, a su vez relacionada con la forma de expresión de los pacientes a partir de sus diferencias idiomáticas y culturales. Por lo que es posible, que la forma de reconocimiento de una patología mental varíe según las diferentes etnias. También se pone de manifiesto la necesidad de formar a los profesionales para mejorar su calidad asistencial, adoptar herramientas diagnósticas y disponer de mediadores interculturales para ofrecer atención de calidad. Los y las profesionales médicos en formación requieren herramientas para la evaluación psiquiátrica que identifique rápidamente grupos de síntomas pertinentes y distingan los principales trastornos psicológicos. Corresponde a la facultad de formación enseñar a los médicos residentes cómo proporcionar evaluación e intervención culturalmente sensible de la salud mental y habilidades hacia la eliminación de estas disparidades y hacia la atención centrada en el paciente (Illes *et al.*, 2015).

Por las ausencias encontradas en lo que respecta a la atención primaria y población originaria, busqué investigaciones que se hubieran hecho en esta materia en zonas rurales (Barenzon Gorn *et al.*, 2003), los resultados fueron limitados, pero hallé lo siguiente: estudios enfocados en temáticas como las trayectorias curativas (Salgado-de Snyder *et al.*, 2003), que recrea un modelo sobre los caminos de la atención para la salud mental que siguen los pobladores rurales. Y la tesis de Duncan (2012), que examina las causas y consecuencias del reciente crecimiento en la práctica de salud mental euroamericanas en Oaxaca –segundo estado más pobre y con mayor diversidad étnica de México– y los impactos que están teniendo en los entendimientos más amplios de la salud y la enfermedad en la región.

Sin lugar a duda, y como se ha podido leer, aún son limitados los estudios que

recuperan y problematizan las diversas transformaciones que constituyen la atención de la salud mental en el primer nivel; sobre todo y específicamente, los que hablan de los recursos humanos no especializados en el marco de la reforma psiquiátrica. Este hecho que sumado a los vacíos académicos que existen sobre la salud mental vivida y practicada en y con población originaria, son los que abren una amplia gama de cuestionamientos e intereses que la presente investigación.

## 2.2. La teoría de la acción y su dimensión simbólica y afectiva para el análisis de la práctica médica

Este subapartado dentro de todo el conjunto del capítulo cumple la tarea de situar a la teoría de la acción como telón de fondo para el estudio de la práctica, teniendo en cuenta una acción que incorpore también su dimensión afectiva<sup>34</sup>. Una teoría que eluda o supere el supuesto cartesiano cuerpo-mente que fracturó el análisis de la acción y lo jerarquizó, al exaltar por un lado a la razón y subestimando por otro, a la emoción, creyéndola biológicamente determinada y necesariamente sometida a control racional por su carácter subjetivo e irracional (Gaytán Sánchez, 2010, p. 140). Una teoría de la acción que se retroalimente de la sociología de las emociones y proponga una manera más integral de comprenderla sin desarticularla.

De acuerdo con lo anterior, parto de los siguientes axiomas para presentar las herramientas teóricas que me permitieron analizar los discursos y prácticas médicas que se han construido en el subcampo de la salud mental después de la reforma psiquiátrica realizada en el país y ejecutada en Tabasco a inicios del presente siglo.

---

<sup>34</sup> Este trabajo reconoce el desarrollo y diferencias en los campos de la sociología de las emociones, de los afectos y de las sensibilidades. Pero para fines de este escrito, articulo alrededor de la noción de dimensión afectiva tanto a las emociones como a los afectos y sentimientos.



### 2.2.1. Presupuestos de partida de esta tesis

1. La **teoría de la acción** es una teoría que permite el análisis de la práctica y ayuda a repensar una de las dicotomías sobre la que se ha basado el desarrollo de las ciencias sociales: la racionalidad y la emoción.
  - a. Cuestionar la dicotomía mente-cuerpo y plantearla como una asociación que se articula a través de la cultura y que se enraíza en la práctica, permite identificar la práctica emocional como componente fundamental de ésta.
  - b. Utilizar la teoría de la acción para analizar el capital emocional jugado en el campo médico permite reconocer las estrategias de racionalidad emocional de los sujetos y luego entonces, ayuda a analizar el régimen emocional que sustenta al campo médico y el subcampo de la salud mental y sus estrategias de transformación.
2. El **sistema de salud mental** es un sistema institucionalizado y normativo, pero también un sistema cultural. Abordarlo desde esta doble perspectiva permite no sólo ver la dimensión formal sino también su dimensión simbólica.
  - a. La teoría de la acción de Pierre Bourdieu permite utilizar a la cultura como dimensión estratégica para el análisis del sistema de salud, lo que implica reconocer prácticas no sólo profesionalizantes o académicas que se encuentran en la praxis del profesional de la salud.
  - b. Mirar al sistema de salud desde su dimensión simbólica permite ver las disposiciones, posiciones y el régimen afectivo que lo compone y que son integrados en el campo médico mediante la **acción pedagógica** y la **illusio**. La práctica pedagógica como “violencia simbólica en tanto que imposición de poder arbitrario, de una arbitrariedad cultural” (Bourdieu y Passeron, 1998, pág. 45), y la **illusio** como la orientación emocional a la práctica.
3. El **campo médico** como sistema de relaciones de fuerza, “es una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant,

1995a, p. 64) . Estas posiciones están objetivamente definidas bajo una lógica y una necesidad específica e irreductible a otras que regulan otros campos.

- a. En tanto relaciones de fuerza y de posiciones, el campo permite mirar la forma que ha tomado lo que aquí denominé subcampo de salud mental, las disposiciones de los sujetos que la integran, los capitales que ponen en juego y la forma en la que se ha ido transformando.

4. El **habitus médico** que se ha incorporado y hecho cuerpo dentro del campo es un “*habitus* autoritario” que está conformado por diferentes dimensiones, la escolarizada y profesional que están basadas en un régimen afectivo específico; pero a su vez también está conformado por una dimensión sociocultural propia de su condición de edad, género, clase, geografía, etnia y sobre todo de enfermo. Estas dimensiones están acopladas, pero no están exentas de disparidades y tensiones.

- a. Por un lado, el campo y el *habitus* médico están en perfecta lógica con un **régimen afectivo autoritario**, que no es otra cosa que una política de los afectos que regula la práctica médica a través de la autoridad pedagógica que lo produce y reproduce.
- b. Por el otro, los campos están interconectados, no son autónomos y las disposiciones que conforman el *habitus* individual son heterogéneas. Es decir, existe un *stock* de disposiciones que dejan entrever espacios hermenéuticos. Este margen de posibilidad hermenéutica se genera en el consultorio a la hora de diagnosticar y tratar un padecimiento mental.

5. El **capital** dentro de la triada es un concepto que refiere valor o bien, que implica negociación e intercambio dentro del campo y origina diferentes posiciones y disposiciones a los agentes que lo integran. El capital posibilita ser aceptado y legitimado en el campo y permite a su poseedor ejercer poder, como producto del proceso de mutua convertibilidad de los capitales y como estrategia para asegurar la reproducción misma de los bienes.

- a. El *stock* de capitales que conforma el subcampo de salud mental y su convertibilidad hacen posible el dinamismo del campo médico, además de la transformación del *habitus* médico.

- b. Esta convertibilidad de los capitales potencializa o no el desarrollo de un tipo de capital (emocional) que permitirá reformular el subcampo de la atención a la salud mental.
  - c. El espacio hermenéutico también es ese lugar en el que se activan diferentes capitales que no necesariamente están en concordancia con las reglas del campo y es particularmente el capital emocional el que se activa y transforma las prácticas médicas.
6. **La *illusio*** remite a un principio de orden emocional que guía la acción de los sujetos, configurando sus intereses en las prácticas sociales y a la vez “atándolos” a dichas prácticas, al aceptar las *lógicas de juego* presentes en ellas. La *Illusio* es un mecanismo que hace posible, en el marco de relaciones asimétricas, formas de dominación y control por las que los actores se “enganchan” emocionalmente con las lógicas presentes en los diferentes campos sociales.
- a. La *illusio* como pulsión, como principio rector del juego, es la acción que incorpora la dimensión afectiva en el campo.
  - b. En el subcampo de la salud mental, la *Illusio* como orientación emocional a la práctica, está detrás de la formación profesional del médico y de su ejercicio en el campo médico (a través de la autoridad escolar); pero también está en la autoridad pedagógica primaria (familia), o en otras autoridades de otros campos como el religioso.
7. El **capital emocional**, puede existir en tres formas o estados, en estado interiorizado o incorporado, en forma de disposiciones duraderas del organismo o estados de ánimo. En estado objetivado, en forma de prácticas emocionales. Finalmente, en estado institucionalizado, una forma de objetivación que es convertible en régimen autoritario, a través de prácticas emocionales ritualizadas y estandarizadas en la práctica profesional.
- a. Realizar un análisis de las prácticas en su relación con la racionalidad y la emoción, permite mirar las diversas configuraciones de ésta, que en ocasiones son opuestas, otras se complementan e incluso en el que la emoción es la guía principal de la acción.

- b.** Luego entonces, el capital emocional del subcampo de la salud mental como bien que se moviliza en otros campos sociales, es el recurso que a partir de la experiencia mórbida por la que atraviesa el médico, se moviliza y trastoca su práctica médica.

### 2.2.2. Teoría de la acción

Después de los años veinte, cuando la teoría social estadounidense cobró una mayor importancia con propuestas micro y macrosociales y su respectiva preocupación por la integración de estas dos teorías y niveles de análisis; la situación intelectual en Europa desarrolló su interés central por la integración acción-estructura. Fue principalmente en Inglaterra, Alemania y Francia que se encontraron propuestas dirigidas a responder críticamente a las teorías dominantes de ese tiempo: por un lado, el estructuralismo y el funcionalismo, y por el otro, las perspectivas más simbólicas y cualitativas. Es así como en la década de los setenta surgen una serie de autores, que no como grupo cohesionado y amalgamado y de manera unívoca, cambiaron la forma antagónica de pensar la realidad social. A este grupo lo sitúo de manera general dentro de la perspectiva acción-estructura, dado que una de las principales convicciones que comparten es la problematización de estos dos términos para el uso del análisis de lo social.

La teoría de la acción resulta pues, de la importancia que estos autores le otorgan al sujeto –actor o agente social–, dentro del nexo acción-estructura; ofreciendo con ello, liberar a la sociología del anquilosamiento en el que se encontraba y haciéndola contestataria al momento intelectual de la época. Es de este punto del que quiero partir para sentar una base general sobre la que se cimbró esta preocupación teórica central de la acción, sobre todo, por la importancia que ha tenido dentro de la teoría social del siglo XX. Para ello, primero es menester ofrecer un panorama general en el que surgen estas teorías para después reflexionar sobre la importancia que ha tenido en las ciencias sociales en términos teóricos y haciendo hincapié en las implicaciones metodológicas que acarrea asirse a un enfoque de esta naturaleza.

De acuerdo con Ritzer (2002) esta preocupación central por la relación acción-estructura en Europa ha sido la cuestión básica de la teoría social, que partió de la crítica de las teorías clásicas estructuralistas y de las escuelas subjetivistas<sup>35</sup> y dieron como resultado la necesidad de analizar relacionamente el nexo acción-estructura. De ahí que muchos de los aportes que ya sea de manera positiva o crítica, se retomen en varias direcciones teóricas: por un lado, la fenomenología, el existencialismo, la etnometodología, el interaccionismo simbólico, la hermenéutica; y por el otro, del estructuralismo lingüístico y el francés, el funcionalismo durkheimiano y parsoniano, el materialismo histórico de Marx, el estructuralismo marxista y la teoría comprensiva de Weber, entre otras.

Pensar en esta postura europea me permitió ubicar no sólo las influencias teóricas de las que se nutrió dentro de su mismo continente, también me dejó ver las diferencias que dicha producción académica tiene en comparación con las universidades y teóricos estadounidenses. Por el lado microsocial, a partir de la Escuela de Chicago con figuras como Mead, Blummer y Goffman; y posteriormente en la década de los sesenta y setenta con el desarrollo de sociologías de la vida cotidiana con Schutz y Garfinkel. Desde la perspectiva macrosocial entre la década de los cuarenta y cincuenta, en Harvard, teniendo como figura central a Parsons. Pero, además, con la preocupación de los teóricos por la integración de estas dos teorías y niveles de análisis (micro-macro) durante la década de los años ochenta y noventa con figuras como Elias, Ritzer, Alexander, Wiley y Coleman, entre otros.

Pero ¿por qué y para qué pensar lo social en términos de acción? y ¿qué implicaciones metodológicas acarrea utilizar este concepto? Primero habrá que decir que fue Max Weber (2002) uno de los primeros teóricos que tomó como eje explicativo de la ciencia social, a la acción. Según él, ésta "...se orienta por las acciones de otros, las cuales pueden ser pasadas, presentes o esperadas como futuras" (pág. 18). Con ello, planteó no sólo la expresión objetiva sino también subjetiva de la acción. Dos posturas que han llevado a derrochar el tintero en

---

<sup>35</sup> En un primer momento esta literatura fue contestaría al momento intelectual de la época, liberándose poco a poco de acuerdo con Bourdieu y Wacquant (1995b) del estructuralismo mecánico y del individualismo teleológico, de los determinismos y de las falsas antinomias entre las que la teoría social había estado enfrascada (objetivo-subjetivo, teoría-experiencia, individuo-sociedad, simbólico-material, estructura-agente, micro- macro).

diferentes direcciones, tanto para describir la capacidad del actor para actuar como para dar sentido a esa acción.

Este sociólogo alemán dijo que la acción es "...una conducta humana (bien consista en un hacer externo o interno, ya en un omitir o permitir), siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ésta un sentido subjetivo" (pág. 5). Es esta subjetividad la que otorga al individuo la posibilidad de razonar su propia acción, y es aquí donde tiene lugar la relación medio-fin, que es uno de los centros de la teoría weberiana. Lo que quiere decir, que se puede comprender la acción social siempre y cuando se conozcan los medios y los fines que orientan la acción individual. De esta forma "la tarea de la sociología y de las ciencias en general es comprender, interpretando, las acciones orientadas por un sentido" (pág. 8). O lo que significa en otras palabras, que el conocimiento weberiano de la acción comienza por las observaciones de la experiencia y posteriormente se centra en el ejercicio interpretativo.

La acción social como categoría explicativa de los fenómenos sociales implica teórica y metodológicamente poder capturar empíricamente las actividades externas de los sujetos (siempre y cuando, diría Weber, se oriente por las acciones de otros); además y, sobre todo, como veremos con Bourdieu, supone comprender el sentido que éstos le dan a sus acciones. Es decir, pensar lo social en términos de acción lleva a: 1) reflexionar en la relación que el sujeto tiene con sus mundos (en el sentido que Habermas propone, 2) examinar las implicaciones de racionalidad y subjetividad que en ella se encuentran y 3) reconocer la imposibilidad de desarticularlas.

De acuerdo con Habermas (2002) son cuatro los conceptos sociológicos de acción dentro de la teoría social, a saber: acción teleológica, acción regulada por normas, acción dramática y acción comunicativa<sup>36</sup>. Cada una de ellas parte de ciertos presupuestos ontológicos. La acción teleológica se amplía y se convierte en una acción estratégica, individualista y utilitarista que se guía por la obtención de un

---

<sup>36</sup> "El concepto teleológico de acción fue utilizado primero por los fundadores de la economía política neoclásica para el desarrollo de una teoría de la decisión económica, y por Neumann y Morganstern para una teoría de los juegos estratégicos. El concepto de acción regulado por normas adquirió una significación de la acción paradigmática en el desarrollo de la teoría sociológica a través de Durkheim y Parsons; el de la acción dramática a través de Goffman, y el de acción comunicativa, a través primero de Mead y luego de Garfinkel" (Habermas, 2012, p. 124-125).

fin. La acción regulada por normas es una orientación de colectividades que se guía por valores comunes, que constriñen y regulan. La acción dramaturgica sirve a las descripciones de orientación fenomenológicas, haciendo hincapié en la intersubjetividad del actor. Y, por último, la acción comunicativa se refiere a la interacción de a lo menos dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que entablan una relación interpersonal.

En lo tocante a los presupuestos ontológicos, Habermas (2002) clasifica de la siguiente manera a la acción de acuerdo con la relación que entabla con el/los mundos: En el primer tipo de acción sólo se implica el mundo objetivo, que se refiere al estado de cosas existentes, que es material y externo al sujeto mismo. En el segundo tipo de acción, se encuentran dos mundos: el objetivo y el social, éste último hace referencia al contexto al que pertenece el sujeto y con el que se relaciona y Habermas lo entiende como un sistema de normas. En el tercero y cuarto tipo de acción se implican los tres mundos: objetivo, social y subjetivo, lo subjetivo hace alusión a que es autoreflexivo, interno y en él hay deseos, sentimientos, opiniones e intenciones. En el cuarto tipo de acción hay un mundo más, además de los otros tres, al que Habermas denomina mundo de la vida, que es intersubjetivo y constituye el mundo de la acción.

De acuerdo con esta clasificación se lee que las implicaciones metodológicas son vastas y dependen de las diversas posturas que toma cada autor y cada teoría con respecto a la acción social. Pensar al sujeto en relación con diferentes mundos (objetivo, social, subjetivo y mundo de la vida), separados por lo menos de manera analítica, ayuda a comprender no sólo las relaciones de los hombres con respecto a éstos, sino la interacción que esos mundos entre sí tienen a partir de las mismas acciones. También, al elegir determinado concepto sociológico de acción, es que suponemos un tipo de actor y a su vez una posible racionalidad de la acción y aunque se supondría que sólo existe racionalidad en la acción teleológica o estratégica que está ligada a fines, en realidad existen diferentes niveles en cada modelo de acción, en el que también está el afectivo.

La importancia de retomar este concepto como central para el análisis sociológico no sólo muestra la capacidad de acción que tiene el sujeto, las

implicaciones de racionalidad que existen en tal acción y el sentido que otorgan los sujetos a ellas; sino que establece vías para comprender que existen diferentes niveles en dicha capacidad de actuar que se encuentran en constante relación con la estructura, campo o sistema en el que los individuos se encuentren. Y que, por tanto, permite terminar con la antinomia individuo-sociedad, pero también con la antinomia cuerpo-mente.

Lo que muestra este rápido recorrido a la teoría de la acción es la necesidad de superar estas dicotomías (micro-macro, individuo-sociedad, estructura-acción, cuerpo-mente), sobre todo y para los objetivos de este análisis la que compete: al cuerpo-mente, que ha estado en las discusiones de manera implícita o tangencialmente desarrollada. Y se observa de manera clara en el modelo que Habermas (2002) propone, en el que ofrece una historia de las ciencias sociales a través de un modelo de la acción secuencial e incompleto; un modelo en el que está implícita la emoción, pero en el que ninguno explica su participación de manera clara. Es decir, en el que la acción ligada a valores como propone Weber o la práctica emocional como propone Scheer (2012) no están discutidas suficientemente dentro de los cuatro modelos que propone pero que se ven de manera más clara en el modelo dramático y comunicativo cuando se habla del mundo subjetivo.

Existe la necesidad de superar esta dicotomía y de revisar este modelo para proponer una perspectiva más integral de la acción. Una teoría de la acción social renovada, que articule lo racional y lo emocional, dado que las emociones y prácticas racionales no están o no deben ser analizadas por separado. Como lo sugiere Gaytán (2011), en el caso de Weber, que no sólo reconoce la acción ligada a valores, sino que en la *Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo* piensa a la acción interconectada, articulada en sus diferentes tipos de acción. También como lo propone Scherer (2012) al hablar de una forma de acción fundada en lo que Tönnies llama: voluntad esencial, “donde reconoce la importancia de creaciones sociales que median nuestra acción y pensamiento; que enmarcan y dotan de sentido nuestra forma de percibir la realidad, así como nuestro propio cuerpo, y la forma en que otorgamos un sentido a lo que hacemos” (págs. 154-155). Y finalmente, como lo



sugiere Eva Illouz (2009), que dice que las acciones no se pueden comprender de manera separada sino a través de modelos superpuestos.

Lo que yo sugiero es que la teoría de Bourdieu es otro intento por visibilizar la dimensión afectiva de la acción presente y en ese sentido su propuesta contribuye a ampliar la teoría de la acción al proponer un marco de referencia para el análisis de la afectividad; en el que la *illusio* es la dimensión emocional de la acción y las disposiciones estratégicas son aquellas aptitudes para moverse, actuar y orientarse según la posición ocupada en el espacio social. Ambos conceptos –me parece– ayudan a pensar en la articulación acción-afecto.

En este sentido, me cuestiono si para plantear una teoría de la acción que contribuya al análisis de los afectos dentro de la práctica médica, ¿será suficiente con sólo hacer explícito en el modelo de Habermas la ausencia de una práctica afectiva? o ¿será necesario, más bien, como lo hicieron Weber e Illouz, pensar una teoría de la acción que articule sus diferentes dimensiones y plantear entonces un análisis de configuración modal? o más bien ¿es imperante plantear una acción afectiva o práctica emocional para no sólo visibilizarla sino para aprehenderla en su sentido específico como lo sugiere Scherer?

En este capítulo reflexiono en torno de la importancia de una teoría de la acción que incorpore a los afectos y al mismo tiempo me cuestiono ¿en qué medida los afectos pueden contribuir en la construcción de una teoría de la acción más explicativa? Es decir, una teoría de la acción que señale la importancia de las emociones que participan de manera orgánica en el desarrollo de la acción, o como lo dice Gaytan (2011) una teoría de la acción que diga que: “actuamos como queremos, como sentimos o como pensamos que es adecuado” (pág.155). En este sentido, para analizar la práctica médica de los profesionales de la salud que atienden problemas de salud mental en el PNA, es que recupero la propuesta bourdeana que dialogará con Lahire (2005) al retomar la propuesta disposicional y su análisis inductivo centrado en el individuo social, y con Besserer Alatorre (2000, 2014), Illouz y Finkelman (2009), Scherer (2012) y Ahmed (2015) con respecto a una teoría de los afectos.

### 2. 2. 3. La cultura como una dimensión estratégica para la investigación de la atención de la salud mental

La dimensión cultural dentro del análisis de la salud mental ha sido fundamental y para ejemplo existen dos importantes perspectivas de análisis: la Escuela Cultura y Personalidad y la Psiquiatría Transcultural. La primera, estableció que la categoría "normal" y las nociones de desviación están determinadas culturalmente. La segunda, hace evidente que la diversidad de trastornos psíquicos vinculados con la cultura se refleja de distintas formas dados los sistemas socioculturales específicos.

En este trabajo parto de la idea no sólo de que la dimensión cultural es estratégica para el análisis de la salud mental, sino que el sistema de atención en salud es, en sí mismo, un sistema cultural. Sistema que proporciona un mapa "para" y "de" un área especial de la conducta humana en el que se encuentran pacientes y curadores, enfermedad y curación incrustados en un entramado de sentidos y relaciones sociales específicas. Por lo tanto, propongo investigar y analizar al sistema de atención en salud mental como un sistema cultural y al profesional de la salud (especializado y no especializado en salud mental) como un agente dentro de ese sistema.

Teniendo el antecedente de las dos perspectivas de análisis de lo normal y lo anormal que retoman a lo cultural como dimensión estratégica para su comprensión, en el trabajo decidí recuperar la teoría de la acción de Pierre Bourdieu y su dimensión simbólica para el presente análisis. Pues como dice Canclini (1990), en su Introducción al libro de *Sociología y Cultura* del sociólogo francés, que "si bien la obra de Bourdieu es una sociología de la cultura, sus problemas básicos no son culturales (p. 8); pero sí utiliza la cultura para entender las relaciones y las diferencias sociales al estudiar los sistemas simbólicos y las relaciones de poder. Es decir, no es una sociología cultural porque se interese exclusivamente por temas culturales, sino porque piensa los procesos sociales desde una perspectiva simbólica. En ese sentido, la cultura es más que un objeto de estudio o un ámbito determinable, es una dimensión presente en todos los procesos en tanto que hay

construcción de sentidos. Son esos sentidos en la práctica médica los que revisó en este trabajo.

En la teoría bourdeana, la realidad se analiza en su doble perspectiva: es lo social material y lo material simbólico<sup>37</sup>. La consideración de lo cultural en su sentido amplio permite pensarlo de manera transversal en diferentes dimensiones. La intención de la propuesta es mirar lo social en esa doble dimensión. No hay sólo una práctica, también hay una dimensión simbólica en esa misma práctica que es significada por los agentes. En su teoría, el capital no sólo es material, el bien por excelencia es sobre todo simbólico. La violencia no es sólo física, es simbólica y lo mismo pasa con los campos. Incorporar la dimensión simbólica a lo material desde esta teoría, le da un componente distinto. Ese componente simbólico es lo que sirve de base para construir una teoría del poder y estudiar a la sociedad como productora de sentido.

En esta teoría del poder simbólico, “éste es un poder de construcción de la realidad que tiende a establecer un orden gnoseológico. Precisamente por ser instrumentos de conocimiento y comunicación, los símbolos hacen posible el consenso sobre el sentido del mundo” (pág. 30). Bajo esta lógica, significa que para conocer las prácticas médicas de los profesionales de la salud en el PNA que atienden los servicios de salud mental, no es suficiente con establecer cómo

---

<sup>37</sup> Aquí conviene hacer una reflexión final para señalar el vínculo entre esta perspectiva y posiciones que han sido centrales en el campo de la salud colectiva aplicando enfoques de la teoría crítica de la salud. En este marco considero, hay una caracterización de la cultura deudora de premisas derivadas del materialismo histórico, tal y como el propio sociólogo francés lo reconoce. Precisamente, por su estrecho vínculo con el orden de la vida práctica, pues los sistemas de clasificación producidos por la cultura no son ajenos a los sistemas de relaciones sociales, jerarquías y relaciones asimétricas que se presentan dentro de cada sociedad. Toda cultura, en tanto sistema de clasificación construido históricamente, remite a contextos específicos y lógicas de construcción ligadas de algún modo a los medios sociales que les han dado origen y, en este sentido, expresa las posibilidades, contradicciones y límites de éstos.

Los sistemas clasificatorios expresan pues, de forma compleja y mediada, sus propias condiciones sociales de producción. Cabe decir, haciendo uso de una metáfora óptica, que “refractan” dichas condiciones. En este sentido, al emplear los parámetros de su cultura para entender el mundo y describirlo, el que describe, aplicando los sistemas clasificatorios de su cultura, indirectamente “se describe”, en tanto “muestra” los esquemas clasificatorios de dicha cultura, junto con sus propios puntos ciegos culturales. Desde la perspectiva aquí sostenida, la cultura constituye un campo de significaciones e interpretaciones sobre la realidad, mediado por sus propias condiciones sociales de producción. Esto remite a la clásica discusión marxista sobre la relación dialéctica entre estructura y superestructura.

participan de la ejecución de tal programa, de la gestión y administración de tal servicio, también es importante revisar el modo de ser de la clase a la que pertenecen, la escuela en la que estudiaron, los lugares que habitan, sus propios procesos morbosos y cómo los atienden. “Estas prácticas culturales son más que rasgos complementarios de su ubicación en el proceso de producción, pueden funcionar como principios de selección” (pág.11). Es decir, formar disposiciones generales para la práctica y revelar a los sujetos como “clasificadores clasificados por sus clasificaciones” (pág. 27).

El sistema de salud mental es un sistema institucionalizado y normativo, pero también un sistema cultural. Abordarlo desde esta doble perspectiva me permitió no sólo ver la dimensión formal sino también su dimensión simbólica, lo que implicó reconocer prácticas no sólo profesionalizantes o académicas que se encuentran en la praxis del profesional de la salud a partir de las disposiciones, posiciones y el régimen afectivo que lo compone y que son integrados en el campo médico mediante la acción pedagógica y la *illusio*.

#### 2.2.4. Hacia una teoría de la acción afectiva

Una vez realizado el encuadre de la perspectiva teórica que retomé para el análisis de la atención a la salud en el PNA, es importante decir que, de esta teoría de la acción simbólica, me interesa recuperar específicamente la acción desde su dimensión afectiva. Para ello, recupero los argumentos de Illouz y Finkelman (2009), Monique Scheer (2012) y Sarah Ahmed (Ahmed, 2015). Las tres autoras parten de la crítica a la dicotomía cuerpo/mente, estructura/agencia, así como expresión/experiencia, postura que tiene evidentes implicaciones en la noción de agencia y práctica para la teoría de la acción. Las tres elaboraron su análisis desde una dimensión cultural, al situar contextualmente las emociones. Illouz y Finkelman analiza el papel fundamental de la cultura en la determinación de la naturaleza del entrelazamiento entre la racionalidad y la emoción a través de la noción de *configuración modal*. Mientras, que Scheer, propone pensar a la emoción como actos situados y

encarnados, como “un compromiso práctico en el mundo”<sup>38</sup>. Finalmente, la propuesta de Ahmed incorpora una mirada política y económica de los afectos que pone el acento en la dimensión performativa de las emociones.

Tomando como base a estas tres autoras, parto de una teoría de la acción afectiva, cuyas implicaciones teórico-metodológicas se centran en analizar la emoción como “socialmente situada, adaptativa, entrenada, plástica y, por lo tanto, histórica”. Situación que implica reconocerla desde su dimensión cultural, política y económica. Que aprehende las prácticas vía el cuerpo físico que, como estructura social, participa en la producción de la experiencia emocional. Y que no ven a la práctica como vehículo de la emoción, por el contrario, buscan comprender “cómo se hace la emoción” en un sentido performativo. De acuerdo con lo anterior, el concepto de emoción manejado por estas autoras dialoga con la teoría de la práctica de Bourdieu, a través de su concepto de *habitus* que busca entender la producción de la experiencia emocional en un cuerpo socializado que contiene historia. Asimismo, permite el reconocimiento de la política de la emoción, que al final, es una intervención que enfatiza la agencia y desnaturaliza los impulsos corporales.

Para Scheer (2012), “Concebir las emociones como prácticas significa entenderlas como surgidas de disposiciones corporales condicionadas por un contexto social, que siempre tiene especificidad cultural e histórica (pág. 193). Esta definición implica pensar en las emociones como algo que no sólo tenemos/manifestamos, sino que hacemos, que abarca una distribución aprendida culturalmente específica y que siempre está encarnada. Nos dice la autora que, la emoción como práctica, está ligada y depende de las ‘prácticas emocionales’, que no son sólo movimientos habituales y ejecutados automáticamente del cuerpo, son “prácticas que involucran al yo, lenguaje, artefactos materiales, el medio ambiente y otras personas” (pág.193).

---

<sup>38</sup> El uso del término "prácticas emocionales" debe implicar 1) que las emociones no sólo se derivan de las cosas que la gente hace, que son en sí mismas una forma de práctica, porque son una acción de un cuerpo consciente; 2) que este sujeto sentimental no es anterior sino emerge en el hacer de la emoción; y 3) que una definición de emoción debe incluir el cuerpo y sus funciones, no en el sentido de un universal, prístino, biológico base, sino como un lugar de capacidades innatas y aprendidas profundamente moldeadas por prácticas (Scheer, 2012, p. 220).

Illouz (2007) por su parte, dice en su libro “Intimidades congeladas” que “La emoción no es acción *per se*, sino que es la energía interna que nos impulsa a un acto, (...) son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable, y es esa fusión lo que les confiere la capacidad de impartir energía a la acción” (pág. 15). La emoción, dice la socióloga, concierne al yo y a la relación que el yo sostiene con otros situados culturalmente.

En la perspectiva de Ahmed (2015) las emociones no son estados psicológicos sino prácticas sociales y culturales que se asumen desde el cuerpo social y son inseparables de las sensaciones corporales. Para la filósofa británica-australiana las emociones no se encuentran situadas ni en el sujeto ni en el objeto generador de emoción, sino en las historias anteriores de contacto y en la “socialidad de la emoción”. Analiza lo qué hacen las emociones en su producción y circulación mediante el análisis del discurso que condensan la emocionalidad de los textos. Su trabajo en “*La cultura política de las emociones*” estriba en mirar “cómo funcionan las emociones para moldear la superficie de los cuerpos individuales y colectivos” (pág. 19).

Si bien las autoras proponen analizar a las emociones: a través de categorías superpuestas de prácticas emocionales (Scheer, 2012), vía configuración modal (diferentes niveles en los que se relacionan la racionalidad y la emoción) (Illouz y Finkelman, 2009) y mediante el análisis del discurso (Ahmed, 2015); en esta investigación propongo mirar la dimensión afectiva de la práctica a partir de las disposiciones y capital emocional desarrollado por parte de los médicos en el subcampo de la salud mental. La emoción como práctica, de acuerdo con las autoras, se aprende, lo que significa que las emociones se transfieren mediante procesos de socialización, de allí que el acceso a la emoción como práctica, lo presente en el capítulo V a través del: hablar y nombrar, recordar y percibir.

## 2.3. La teoría de la acción afectiva y sus implicaciones en el análisis de las prácticas médicas en salud mental en el PNA

### 2.3.1. El campo médico institucionalizado

El concepto de *campo* es una herramienta analítica que permite pensar en términos relacionales, es decir que:

... un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (*situs*) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) –cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo– y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.). (Bourdieu y Wacquant, 1995a, p. 64)

Este escenario de relaciones de fuerza y de competencia por un interés producido y reproducido en su interior, es “...una lucha por la imposición de una definición del juego y de los triunfos necesarios para dominar en ese juego” (Bourdieu, 1996, p. 102).

En este sentido, el campo médico lo conforman los saberes disciplinares y agentes que están en disputa por los bienes de salud, curación y cuidado del cuerpo, que luchan por el monopolio de la definición innegable de salud mental y que se encuentran representados por médicos especializados y no especializados en salud mental. Su posicionamiento se establece de manera diferencial dado el capital simbólico específico que tiene cada uno y que “proporciona formas de dominación que implican la dependencia respecto a aquellos que permite dominar (...) [y] sólo existe en y por medio de la estima, el reconocimiento, la fe, el crédito y la confianza de los demás y sólo puede perpetuarse mientras logra obtener la fe en su existencia” (Bourdieu, 1999, p. 220). Lo que personifica la legitimidad en las relaciones de fuerza dentro del campo.

Al *campo* médico institucionalizado lo observo como un conjunto de saberes en constantes acuerdos y desencuentros en un contexto de desigualdad, establecido y legitimado de diferente forma y tiempo<sup>39</sup>. Las narrativas de los profesionales de la

---

<sup>39</sup> “...en un campo hay luchas; por tanto, hay historia” (Bourdieu, 1995a, p. 68) y hay cambio.

medicina (especializados y no especializados) del sistema de salud mental de Tabasco muestran este campo al hablar de las prácticas médicas que lo sustentan, los discursos que se construyen y la definición de salud mental que se recrea<sup>40</sup>. Estos saberes disciplinares que al implicarse unos con otros en un proceso de aceptación, legitimación o descalificación, reafirman dicho espacio de relaciones objetivas. Para hacer comprensible este *campo* de acuerdos y desacuerdos, lo reconstruí, describiendo en el capítulo IV el lugar que cada saber disciplinar y cada agente ocupa en el campo y los diferentes capitales que ponen en juego.

Aquí es importante detenerme, pues, aunque la herramienta analítica que me proporcionó un concepto como el de campo me fue de utilidad para comprender cómo históricamente se ha construido y las diferentes relaciones que a su interior se originan y las lógicas que lo forman, es importante decir, como lo manifiesta Lahire (2005), que ésta es una teoría regional de lo social, cuyos alcances, que no son menores, hacen referencia a una sociología de los productores y de sus prácticas antes que de las producciones. Una sociología que consagra su energía a iluminar las grandes escenas en las que se juegan desafíos de poder, en la que se privilegia la producción simbólica, la construcción social de las trayectorias y las estrategias de los productores, la estructuración del espacio de las posiciones y la historia de las instituciones; pero presta poca atención “a comprender a aquellos que montan las escenas, ponen en su sitio los decorados o fabrican la utilería, barren las tablas o las bambalinas, fotocopian documentos o tipean cartas” (pág. 42). Es decir, como lo dice el discípulo, muestra poco interés por “la vida fuera de escena o fuera de campo”.

La teoría de los campos constituye pues, una manera de responder a una serie de problemas específicos, pero también puede ser un obstáculo en el conocimiento del mundo social dada su pretensión de generalización. De acuerdo con lo anterior y para poder comprender las prácticas en el subcampo de la salud mental, me fue necesario asumir que el campo es: 1) un microcosmos dentro del macrocosmos social, 2) su autonomía es relativa, es decir, “las luchas son internas, pero el resultado de las luchas externas al campo pesa sobre el efecto de las

---

<sup>40</sup> “...los límites del campo siempre se plantean dentro del campo mismo, y, por consiguiente, no acepta ninguna respuesta a priori. (...) Así, las fronteras del campo no pueden determinarse sino mediante una investigación empírica” (pág. 66).



relaciones de fuerzas internas” (p. 32), 3) la idea de diferenciación y autonomización de los campos produce una ilusión aplicable sólo a cierto nivel de análisis, que sobre todo es aplicable a las actividades profesionales y 4) no todo individuo, práctica, institución, situación, interacción puede estar enfocado a un campo (p. 43). En ese sentido, y siguiendo la crítica que Bernard Lahire le hace a su maestro, en este trabajo que se adhiere a la propuesta bourdeana, es importante no mirar a los campos como autónomos, antes bien reconocer la necesaria articulación entre las diferentes relaciones de fuerza entabladas en los diferentes campos y no generalizar las prácticas o las leyes que ahí se producen, menos pensar que los agentes son poseídos de manera general por la misma *illusio* específica de dicho universo social.

La propuesta de Lahire en consecuencia, es una propuesta disposicional para revisar lo social en lo individual, es decir para poder aprehender empíricamente al *habitus*. Parte de una crítica a la teoría del campo, porque alienta a construir, a partir de estas herramientas base, conceptos diferentes del de campo para aprehender el mundo social diferenciado, con lo cual anima a “ganar libertad conceptual y contribuir a liberar la imaginación sociológica en el estudio de la pluralidad de los mundos sociales” (pág. 30).

En el capítulo V, si bien visibilizo a través de las diferentes prácticas y discursos que construyen los agentes en torno de la salud mental, una lucha simbólica entre posiciones desiguales (generado por conocimientos y experiencias distintas)<sup>41</sup>; también muestro cómo esas luchas, disposiciones, capitales que se ponen en juego no pertenecen única y exclusivamente al campo especializado de determinado agente, pues el hombre como ser socializado no puede fracturarse. En este sentido, en el mismo capítulo hablaré más que de *habitus*, de un *stock* de disposiciones<sup>42</sup> para visibilizar las contradicciones individuales que pueden

---

<sup>41</sup> “... como estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza, el campo subyace y orienta las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones intentan, individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer el principio de jerarquización más favorable a sus propios productos. Dicho de manera, las estrategias de los agentes dependen de su posición en el campo, es decir, en la distribución del capital específico, así como de la percepción que tienen del campo, esto es, de su punto de vista *sobre* el campo como vista tomada a partir de un punto *dentro* del campo.” (Bourdieu y Wacquant, 1995b, p. 68).

<sup>42</sup> El stock de disposiciones es un término utilizado por Lahire en “El hombre plural” y “El espíritu sociológico” y retomado por Sabido, Cedillo y Galindo (2017).

experimentar los médicos y los espacios sociales que se trastocan, que para fines analíticos se aprehendieron bajo una lógica de campo<sup>43</sup>.

#### 2.3.1.1. El régimen afectivo del campo médico y la acción pedagógica

El campo médico produce y al mismo tiempo es producto de subjetividades específicas (Castro, 2014, p. 174). Tales predisposiciones las adquieren los profesionales en este campo a través de su formación (en los espacios de formación tanto del pregrado como los hospitales de enseñanza), y se recrean cotidianamente a través de su práctica (en el hospital). Lo que significa que se genera un sentido práctico propio del campo. Esto es posible gracias a la acción pedagógica, la autoridad y el trabajo pedagógico.

De acuerdo con Bourdieu y Passeron (1998), la acción pedagógica<sup>44</sup> “es objetivamente una violencia simbólica en tanto que imposición, por un poder arbitrario, de una arbitrariedad cultural” (pág. 45). Para que haya acción pedagógica debe de existir la autoridad legítima reconocida objetivamente por un poder arbitrario que “es un poder de violencia simbólica que se manifiesta bajo la forma de un derecho de imposición legítimo, que refuerza el poder arbitrario que la fundamenta y que ella disimula” (pág.53). Finalmente, está el trabajo pedagógico, “como trabajo de inculcación con una duración, suficiente para producir una formación duradera, o

---

<sup>43</sup> Es importante mencionar que la temática de la salud y, sobre todo, lo que refiere al análisis de las profesiones que en ella se encuentran, es particularmente apropiada para ser trabajada desde la perspectiva bourdeana. Pierre Bourdieu, ha dado a la filosofía, antropología y sociología categorías analíticas como acción y estructura (Duarte Nunes, 2010), que también han sido referentes del campo de la salud colectiva. Su triada (campo-habitus capital) ha sido utilizada en diferentes investigaciones, dentro de las que se encuentra el trabajo de Belmartino y Bloch: *El sector salud en la Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1995* y muchas otras más.

<sup>44</sup> En un primer sentido, “en la medida en que las relaciones de fuerza entre los grupos o las clases que constituyen una formación social son el fundamento del poder arbitrario que es la condición de la instauración de una relación de comunicación pedagógico” (Bourdieu y Passeron, 1998, p. 46). En un segundo sentido, “en la medida en la que la delimitación objetivamente implicada en el hecho de imponer y de inculcar ciertos significados, tratados, —por la selección y exclusión que les es correlativa— como dignos de ser reproducidos por una acción pedagógica, reproduce (en el doble significado del término) la selección arbitraria que un grupo o una clase opera objetivamente en y por su arbitrariedad cultura” (pág. 48).

sea, un *habitus* como producto de la interiorización de los principios de una arbitrariedad cultural capaz de perpetuarse una vez terminada la acción pedagógica y, de este modo, perpetuar en las prácticas los principios de la arbitrariedad interiorizada” (pág.72).

La génesis del *habitus*, es decir, sus condiciones de producción y reproducción, según el sociólogo francés, se halla en la inculcación y la incorporación. La inculcación supone una acción pedagógica efectuada dentro de un espacio institucional. Esta acción pedagógica es efectuada por la autoridad pedagógica a través del trabajo pedagógico. La incorporación, en cambio, remite a la idea de una interiorización por los sujetos de las regularidades inscritas en sus condiciones de existencia. Lo que Bourdieu postula es, entonces, una articulación dialéctica entre inculcación e incorporación, entre lo institucional y la experiencia del mundo social (Giménez, 2005, pp. 83-84).

El *habitus* médico, que es un *habitus* autoritario, es producido y reproducido en esta articulación dialéctica y se finca en relaciones de poder, es decir, en violencia simbólica, entendida como “la violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad” (Bourdieu y Wacquant, 2007, p. 240) y que además tiene implicaciones afectivas y que se manifiestan en emociones específicas como lo sugiere a continuación:

Los dominados contribuyen, unas veces sin saberlo y otras a pesar suyo, a su propia dominación, al aceptar tácitamente los límites impuestos; adoptan a menudo la forma de emociones corporales –vergüenza, humillación timidez, ansiedad culpabilidad– o de pasiones y sentimientos –amor, admiración, respeto–; emociones a veces más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira, o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de mala gana, a la opinión dominante, y manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y desacuerdo con uno mismo. (Bourdieu, 2003, p. 55)

Y que redundan, como veremos más adelante, en un régimen afectivo específico en el campo:

Las principales instituciones de la modernidad cumplen primordialmente una función de control y vigilancia y, en el marco de relaciones de poder producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean. Las instituciones carcelarias, psiquiátricas y médicas, entre otras, se fincan en la activa construcción de relaciones de poder que traducen tecnologías del yo, es decir formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos que redundan en

patrones de aprendizaje y el desarrollo de ciertas habilidades que se asocian, a su vez, con determinadas actitudes. (Castro, 2014, p.172)

Roberto Castro (2014) postula que: “existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, género), que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional” (pág.174). Es decir, el autor habla de un *curriculum* oculto que forma el *habitus* médico, que permite la inculcación y la incorporación de todo un sistema de disposiciones. Yo considero que dicha autoridad es más que una subjetividad socializada o un principio estructurador, un régimen, una forma de ordenar afectivamente la lógica del campo médico y luego entonces del *habitus*. Régimen, que en este espacio social se funda en la jerarquía, relaciones de poder y violencia simbólica.

En este sentido, el antropólogo Federico Besserer Alatorre (2000) dice que las “estructuras de poder para ejercer “governabilidad” requieren de un régimen sentimental” (p.3), de ahí que hablé de una economía y una política de los afectos en tanto que éstos: se producen, se distribuyen y se consumen o se imponen y se acatan. Dichos regímenes están vinculados circularmente a los sistemas de poder, lo que significa que: los sentimientos acompañan o producen al poder, a la vez que, los sentimientos son producto de éste.

En el caso del campo médico, el régimen está sustentado por la economía política del miedo, humillación y desigualdad, que pedagógicamente es enseñado a través del castigo, el disciplinamiento corporal, la violación a la dignidad y el desgaste físico y emocional. Situación, que genera lo que Castro denomina como un “*habitus* desvinculante”, predisposición que se aprende con la práctica y que capacita a los médicos no para dejar de sentir –digo yo–, sino por el contrario, para sentir y relacionarse con las personas de acuerdo con la lógica afectiva del campo. Es decir, el *habitus* desvinculante de Castro, no implica ver en el médico a un mutilado o discapacitado emocional, más bien, que el régimen emocional que se instaura en el campo ha posibilitado una especie de disonancia emocional. Lo que significa que la

práctica y los discursos médicos que se construyen en lógica con la ciencia biomédica y un régimen afectivo autoritario basado en relaciones de poder, no siempre están en concordancia con las prácticas emocionales que son usuales en otros campos, como, por ejemplo: el religioso o los instaurados a través de la autoridad y trabajo primario que se lleva en la familia. De ahí que en algunos casos se creen, lo que el mismo Besserer denomina como: “sentimientos inapropiados”, que son aquellos sentimientos “considerados inadecuados en el contexto del régimen de sentimientos imperante” (2000, p.4).

La hipótesis de Roberto Castro (2014) si bien, puede no generalizarse a la práctica médica individual, sí da luz para hablar de la existencia de un régimen afectivo que sustenta el campo y que rige la práctica misma, pero que no está carente de contradicciones. Los sentimientos de una persona o una población pueden entrar en paradojas con las formas dominantes de un modelo determinado que hace evidente la tensión entre afectos hegemónicos y subalternos. La pregunta entonces es, ¿cómo se produce, se moviliza, se organiza ese poder afectivo en el campo médico?, pero sobre todo ¿cómo es que surge la resistencia y la contienda afectiva en el plano práctico? (pág. 65). Y en este sentido, me interesa mirar cómo la lucha afectiva desde posiciones de subalternidad puede generar cambios en el orden y en específico, analizar el papel que puede jugar la experiencia de enfermar en la subversión afectiva del campo médico.

### 2.3.2. Del *habitus* a las disposiciones

Dice Bourdieu (1995b) que: “Hablar de *habitus* es plantear que lo individual, e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, a saber, colectivo. El *habitus* es una subjetividad socializada” (pág. 87), es un sistema abierto de disposiciones, es producto de la incorporación de la necesidad inmanente los campos, es el principio unificador y generador. De ahí que uno de los primeros conceptos que acuñó, incluso antes del de campo, sea el de *habitus* (cuyo objetivo es fundar el análisis objetivo de las posiciones), a través del cual dota al agente de poder de acción y por tanto de estructuración. Aunque según Ritzer (2002) y Lahire (2005), en este concepto y en

su propuesta teórica en general, existe una prioridad objetivista sobre la comprensión subjetivista de la acción; ya que mantiene un sesgo estructuralista, pues el constructivismo que propone ignora la subjetividad e intencionalidad de los sujetos.

De acuerdo con tres de los principales conceptos de Pierre Bourdieu, a saber: *habitus*, campo y capital, funda lo que denomina su constructivismo genético. Manifestando con ello su interés por exteriorizar lo interior e interiorizar lo exterior mediante el entendimiento de la experiencia vivida. Para ello define al *habitus* como un conjunto de relaciones históricas depositadas en cuerpos individuales (internalizadas y encarnadas), como estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas (Bourdieu y Dilon, 2007).

Si consideramos que *habitus* es aquello que hace que los agentes dotados del mismo se comporten de cierta manera en ciertas circunstancias históricas, partimos del hecho de que es en él, como ese principio generador y organizador de prácticas, que se gestan las disposiciones (experiencias del agente), que mediante ciertas posiciones (estructuras objetivas) permiten una toma de posición (de acuerdo con el tipo de capital con el que se cuente) dentro de un campo. Todo esto a partir de lo cual Bourdieu, trata de aprehender las realidades sociales como construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos.

De acuerdo con Giménez (2005), el concepto de *habitus* es abierto y creció conforme la propuesta del mismo autor fue avanzando en su proyecto académico. En los primeros textos del sociólogo francés se halla un concepto ligado a la idea de “esquema” que comulga con el estructuralismo Levistrossiano. En un segundo momento, el *habitus* se encuentra relacionado con el concepto de “disposiciones” y finalmente con el de “disposiciones estratégicas” (pág. 82). Ese cambio, menciona Giménez, le permitió a Bourdieu dos cosas: flexibilizar su noción de *habitus*, confiriendo autonomía al individuo, e introducir la metáfora del juego; todo lo cual aportó a la superación de la connotación intencional y racionalista de la filosofía occidental (pág. 83).

Pero con todo y lo anterior, dice Lahire, el *habitus* como categoría bourdeana está unificado y es homologable y el discípulo se niega a reconocerlo como un

sistema unificado, homologable y transferible; y para aprehenderlo empíricamente lo ve como un “*stock* de disposiciones heterogéneas” que se activan y se desactivan, según la situación que se enfrente. Lahire reformula su teoría disposicional, pero en dimensión individual, justo para conocer ¿cómo se incorpora el mundo social en el individuo? ¿cómo es que las experiencias se instalan en cada cuerpo? y ¿cómo es que intervienen en los diferentes momentos de la vida social o de la biografía de un individuo? (Lahire, 2004, 2006). Reconstruye metodológicamente dichas disposiciones, como dice Sabido “mediante matrices de “socialización” que den cuenta del cómo, dónde y cuándo se lleva a cabo una práctica, así como los agentes de socialización involucrados” (2017, p. 130).

De acuerdo con los cuestionamientos arriba señalados, es que, preferí, más que hablar de *habitus*, hablar de disposiciones. Entendidas por Bourdieu (1995b) como “virtualidades o potencialidades” (pág.92), como “estructuras características de una clase determinada de condiciones de existencia (...) [que] originan prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia (...) bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamiento y de acción” (Bourdieu y Dilon, 2007, p. 88) o como lo cita Giménez: “maneras de actuar, percibir, sentir, pensar de cierta manera, interiorizadas e incorporadas por los individuos” (2005, p. 82), que “sólo existe en estado práctico, y por tanto se lo interioriza de modo implícito, prerreflexivo y preteórico” (Boudieu, 1995b, p. 82).

Finalmente, siguiendo la propuesta de Bernand Lahire (2005) parto de su teoría “disposicional bourdeana a escala individual” y entiendo a la disposición como central para “pensar el pasado incorporado a escala individual” (pág. 148), rechazando su homogeneidad asociada a una posición y la defino de acuerdo con el autor como: “Un esquema de acción (que podría ser sensomotriz, perceptivo, evaluativo, de apreciación, etcétera) o un hábito (de pensamiento, lenguaje o movimiento)” (Cedillo, 2007, p. 217).

Las disposiciones las entiendo entonces, como facultades o capacidades producidas socialmente que están latentes o manifiestas según las condiciones del individuo. Son hábitos o una tendencia a actuar de una manera específica que

modelan comportamientos diferenciados por haber interiorizado condiciones de vida distintas. Y están incorporadas como comportamiento estructurado que, a su vez, son estructurantes de nuevos comportamientos. De acuerdo con lo anterior me interesa ver, siguiendo la sociología disposicional: cómo se organizan o se articulan las múltiples disposiciones incorporadas, que no necesariamente forman un sistema coherente y armonioso; antes bien se les puede reconocer como como un *stock* heterogéneo.

#### 2.3.2.1. Stock de disposiciones y la pluralidad interna del médico y del campo

*El stock de disposiciones* es el resultado de un arduo trabajo de socialización, que obedece a principios múltiples, en los que las situaciones concretas juegan un papel clave en tanto que convocan ciertas disposiciones y no otras, y no siempre resultan armoniosas entre sí (Cedillo, 2017). Utilizo este concepto porque posibilita dar cuenta de la pluralidad interna de discursos y prácticas médicas, además de hacer un análisis en términos individuales que ayuda a comprender la pluralidad interna del individuo y luego entonces, la pluralidad interna del mismo campo (Lahire, 2005). A partir de esta mirada individual, el *stock* de disposiciones heterogéneas – que se activan y desactivan según la situación– lleva como dice Cedillo (2017) “el sino de la heterogeneidad aun dentro de una misma trayectoria biográfica” (pág. 238).

En este sentido, esta mirada plural de Lahire, me permitió analizar cómo el campo médico está construido por un cúmulo de bienes específicos (capitales) que confieren un espacio a quien lo moviliza. Y aunque cada campo genera un *habitus* específico que ha sido adiestrado bajo el sentido del juego de éste –gracias a que comparten *illusio*– en realidad los individuos ajustan su comportamiento según el sentido de la situación en la que se encuentran, lo que significa que el *stock* obedece a principios diversos, sea que provengan de la socialización familiar, escolar, laboral, religiosa y que se moviliza selectivamente según la situación.



Si “los procesos de socialización no paran a lo largo de una trayectoria biográfica” como dice Cedillo (pág. 232) y si el *habitus* se moviliza selectivamente de acuerdo con la situación, entonces el aprendizaje y la corrección de una misma práctica se puede desarrollar a lo largo de la vida mediante “disposiciones prerreflexivas que pueden surgir de disposiciones reflexivas que a la larga se hacen cuerpo” (pág. 232). Es decir, los médicos del PNA construyen su *habitus* médico a través de varias disposiciones que no sólo competen a las producidas por el mismo campo médico o subcampo mental y que se movilizan según sean las condiciones. El médico cuando está en consulta moviliza saberes del campo que pudo aprender en la formación (pregrado, especialidad), que pudo construir en su espacio laboral a partir de las propias reglas del juego de éste (capacitación); pero también saberes que se encuentran en su socialización primaria (que es simultánea, múltiple y heterogénea), que son saberes propios de la cultura a la que pertenece y a la diversidad de campos en los que juega. Es decir, dependiendo de la situación el médico en consulta puede utilizar otras disposiciones adquiridas en la familia a través de la religión que profesa, la clase social a la que pertenece, el género construido socialmente o en su misma experiencia de enfermar y no sólo en el *habitus* médico generado en su campo.

Considero, como lo dice Cedillo (2017), que el *habitus* tal cual lo definió Bourdieu, “no alcanza a dar cuenta de las variaciones individuales, de las trayectorias singulares (...), ni mucho menos de las variaciones intraindividuales, a saber, cuando el individuo es distinto incluso respecto a sí mismo” (pág. 216). Para subsanar los límites de lo anterior, Lahire, habla de universos sociales como un “conglomerado y prácticas que ocurren en la vida cotidiana (en situaciones concretas) y que no forman parte del despliegue de estrategias no pensadas que opera en la lógica del campo” (pág. 215), los universos tendrían lugar así en ámbitos como la familia o las relaciones amorosas –como dice el autor– y coexistirían con los campos, donde pueden dar lugar a una serie de prácticas que no están ligadas a un campo específico y que pueden desbordarlo aun cuando se sitúen en él (pág. 215).

Si la socialización es simultánea, múltiple y contradictoria, las disposiciones por ende son heterogéneas y también contradictorias. Es decir, de acuerdo con

Cedillo, “a lo largo de su trayectoria biográfica los individuos adquieren un stock de disposiciones que no se unifican bajo un conjunto de principios homologables” (pág. 217), y que se activarían y desactivarían según la situación, no como bloque sino en forma selectiva. Entonces me toca ver cómo, mediante la práctica, éstas se adquieren, activan, redefinen, desactivan u olvidan en el cotidiano.

Pensar en la construcción del *habitus* médico a partir de un análisis disposicional, me permitió en el capítulo V, ver cómo se desborda la lógica del campo, reconocer la mutua relación que existen entre diferentes campos; pero, sobre todo, me permitió describir la lógica interna del mismo a través de identificar las disposiciones de los agentes y los espacios hermenéuticos que se generan en el consultorio. Las disposiciones que se analizan y que están en relación con las diversas posiciones de los agentes (clase, edad, género, condición laboral, enfermedad) son: físicas, profesionales, espirituales y afectivas.

Esta propuesta más allá de ayudarme a mirar una construcción generalizada de las prácticas médicas me ayuda a comprender, ¿por qué hay diferentes maneras de enfrentar las mismas condiciones a las que se está socialmente expuesto? Y en ese sentido ¿Cuáles son las condiciones de los médicos del PNA que diagnostican problemas de salud mental? Considero, entonces, igual que Cerón (2012) que, así como los campos poseen lógicas particulares y generales de acción, también hay disposiciones generales y propias a cada campo. Si hay leyes generales y comunes a todos los campos y sus respectivas posiciones, también hay disposiciones generales en los campos, además de las disposiciones específicas y particulares a cada espacio y práctica social a las que hace referencia Lahire (2005, p. 71). Esta es la razón por la cual considero que estas herramientas teórico-conceptuales me permitieron aprehender empíricamente la realidad a investigar. Además, porque tanto para Bourdieu como para Lahire, los afectos también permiten mirar la incorporación de lo social, dado que la afectividad es un eje vinculante entre los seres humanos. Conocer la pluralidad interna de las disposiciones de los médicos a partir de la dimensión afectiva de las prácticas del médico enfermo, es entonces el espacio idóneo para mirar prácticas e identificar cambios e histéresis del *habitus* médico.

### 2.3.2.2 Las estrategias de la transformación. Procesos de cambio e histéresis del habitus médico

La ruta teórica expuesta hasta aquí me ayudó en la comprensión de las estrategias de transformación de la práctica médica, en la medida en que me permitió reconocer que no todos los médicos tienen la misma concepción de salud y salud mental, a identificar las diferentes maneras de entender un servicio por el personal de salud y desempeñarse en él, y a mirar que en el consultorio no sólo se ponen en juego disposiciones académicas y saberes denominados como científicos, pues los seres humanos, aunque jueguen el juego de sus respectivos campos profesionales, no pueden evitar ser seres socializados en otros campos igual de importantes, empezando por el campo familiar y religioso.

De ahí que sea una parte importante del trabajo reconocer los procesos de histéresis del propio *habitus* médico para encontrar esos espacios hermenéuticos en los que el profesional de la medicina, no sólo es médico o médica, es hombre o mujer, es católico o protestante, es mestizo o se autoidentifica con alguna población originaria, es adulto o joven, tiene antigüedad o no en el trabajo, está atravesado por alguna experiencia morbosa que ha trastocado su propia mirada con respecto a la salud mental o no.

Hay ocasiones como dice Bourdieu (2005) en que “el efecto del *habitus* es redundante con el efecto del campo” (pág. 89) cuando el *habitus* enfrenta condiciones objetivas semejantes o idénticas a aquéllas de las cuales es producto, pero ¿qué pasa cuando esto no es así? Dice el sociólogo que se vive una histéresis que son: “Desfases, en los que las conductas se tornan ininteligibles” (pág. 90) donde “las disposiciones funcionan a destiempo y donde las prácticas están objetivamente inadaptadas a las condiciones presentes debido a que se ajustan objetivamente a condiciones caducas o abolidas” (Bourdieu y Dilon, 2007, p. 101). Es decir:

El habitus no está necesariamente adaptado ni es necesariamente coherente. Tiene sus grados de integración, que corresponden, en particular, a grados de ‘cristalización’ del status ocupado. Se observa así que, a posiciones contradictorias, aptas para ejercer sobre sus ocupantes ‘dobles coerciones’ estructurales,

corresponden a menudo habitus desgarrados, dados a la contradicción y a la división contra sí mismos, generadora de sufrimiento. Además, aunque las disposiciones pueden deteriorarse o debilitarse debido a una especie de 'desgaste' relacionado con la ausencia de actualización (correlativa, en particular, a un cambio de posición o de condición social) o debido al efecto de una toma de conciencia asociada a una labor de transformación, hay una inercia (o una histéresis) de los habitus que tienen una tendencia espontánea (inscrita en la biología) a perpetuar unas estructuras que corresponden a sus condiciones de producción. En consecuencia, puede ocurrir que, según el paradigma de Don Quijote, las disposiciones estén en desacuerdo con el campo y las 'expectativas colectivas' que son constitutivas de su normalidad. Sucede en particular, cuando un campo experimenta una crisis profunda y sus regularidades (incluso sus reglas) resultan profundamente trastocadas. (Bourdieu, 1999, p. 210-211)

La histéresis da cuenta de rupturas, del desfase que puede existir entre un tipo de mentalidad o sentido común y ciertos tipos de cambios históricos. Es una brecha (sobre todo en momento de aceleración de la historia) entre lo que admite cambio y aquello que más resiste a éste. Dicho de otra manera, es la ausencia de sincronía entre las estructuras sociales y las estructuras mentales, es una "escisión que se manifiesta (sobre todo) individualmente" (pág. 211) y que no tiene su correlato en condiciones estructurales que pueden o no, estar igualmente fracturadas. Razón por la cual este concepto me permite ver cómo esta escisión individual (desacuerdos, descontentos, desilusiones, destiempos) da lugar a distintas trayectorias médicas y con ello, evidenciar el tipo de desfase que puede haber entre lo que establece el discurso de la reforma psiquiátrica, por un lado, y las prácticas médicas dentro de los consultorios por otro.

...de modo que un cambio en el conjunto de posiciones y distribución dentro de los distintos campos sociales no necesariamente implica la actualización inmediata e irremediable de un habitus que se adapta a tal nuevo estado de cosas. Debido a la inercia social que es inmanente a su constitución, el habitus —asegura Bourdieu— tiende a permanecer relativamente circunscrito dentro de condiciones que le dieron origen. Por ello cambios repentinos o sustantivos en la estructura de posibilidades objetivas pueden no verse reflejados en cambios correlativos en la estructura de disposiciones y expectativas subjetivas. (Jiménez y Jhohana, 2012, p. 70)

Este cambio como lo dice Jiménez y Jhohana, "puede manifestarse en la inconformidad más o menos difusa con la posición y la identidad social ocupada (...) igualmente toma cuerpo en esquemas interpretativos y formas de entender el mundo social que ya no son coincidentes con la estructura objetiva" (págs. 71-72). Estas interacciones conflictivas las reconstruí en los momentos históricos y los cambios

más amplios que ocurren en la estructura del campo de la salud y el subcampo de la salud mental (descritas en el capítulo III) y en las trayectorias subjetivas de la acumulación de los capitales (presentadas en el capítulo IV). De las paradojas y tensiones generadas aquí, es donde se encontrarán las condiciones que propician los distintos efectos de la histéresis relacionada con el *habitus* médico (capítulo V).

2.3.3. Los capitales asociados al *habitus* médico: las formas de reproducción y de cambio en la práctica médica.

Con la reforma psiquiátrica comenzada en América Latina a finales del siglo pasado y desarrollada en México a inicios del presente siglo, se reestructura una nueva definición de lo que es la salud mental y su forma de tratarla. Esta transformación supuso una reformulación en las reglas del juego, ampliando, por ejemplo, el valor del derecho de ingreso o imponiendo nuevas definiciones de pertenencia al mismo; lo que llevó a colegas actuales o potenciales (profesionales de la medicina especializados y no especializados) a ingresar a él con intereses, posiciones y bienes diversos. Utilizar un concepto como el de capital tiene por objetivo repensar las implicaciones de la dilatación del campo, sus barreras de ingreso (tácitas o institucionalizadas) y los derechos de participación. Además de posibilitar la reconstrucción de su génesis, identificar a sus agentes y conocer las relaciones de fuerza que se imponen a todos los que entran en él.

Lo que legitima el derecho de ingreso a un campo es la posesión particular de ciertas características, que no son otra cosa que capital específico. Identificar formas de capital específico ayuda a conocer la lógica del campo, dado que éste se define con base en la distribución de bienes activados en él y las diferentes posiciones y disposiciones que en él se producen. Los criterios de pertenencia o competencia del campo de la salud se redefinieron a partir de la reforma y por eso es fundamental revisar, cuáles son los capitales que se pusieron en juego dentro del subcampo de la salud mental (tema que se desarrolla en el capítulo IV); pero para ello, aquí habré de definir qué es el capital y cuántos tipos de capitales existen.

El capital es, “un cúmulo de bienes específicos de un campo que confiere prestigio a quienes lo poseen; pero los bienes no sólo son económicos, sino también culturales o sociales” (Cedillo, 2017, p. 211). El capital dentro de la triada bourdeana, “es un principio fundamental de las regularidades internas del mundo social” (Bourdieu, 2001, p. 131), es un concepto que refiere ‘valor’ o ‘bien’, que implica trabajo acumulado (en forma de energía social o cosificada), negociación e intercambio (génesis de diferentes posiciones y disposiciones de los agentes que lo integran) y produce beneficio y desigualdad.

El capital entendido como “historia social acumulada” toma por lo menos tres formas –material, incorporada e interiorizada– y existen cuatro tipos: económico, social, cultural y simbólico (de acuerdo con los objetivos del trabajo, aquí no hablaré de capital económico).

El capital puede presentarse de tres maneras fundamentales. La forma concreta en que se manifiesta dependerá de cuál sea el campo de aplicación correspondiente, así como de la mayor o menor cuantía de los costes de transformación, que constituyen una condición previa para su aparición efectiva. Así, el capital económico es directa e inmediatamente convertible en dinero, y resulta especialmente indicado para la institucionalización en forma de derechos de propiedad; el capital cultural puede convertirse bajo ciertas condiciones en capital económico y resulta apropiado para la institucionalización, sobre todo, en forma de títulos académicos; el capital social, que es un capital de obligaciones y “relaciones” sociales, resulta igualmente convertible, bajo ciertas condiciones, en capital económico, y puede ser institucionalizado en forma de títulos nobiliarios. (págs. 135-136)

El capital cultural toma tres formas: incorporada (disposiciones duraderas del organismo), objetivada (forma de resultado) e institucionalizada (títulos nobiliarios). El primero, dice Bourdieu (2001), está básicamente ligado al cuerpo y por ende está interiorizado. Es una transacción personal que no permite representación, implica gasto de tiempo y deseo; por tanto, no puede ser transmitido sin la persona que lo tiene. La incorporación puede realizarse de forma inconsciente, vía herencia social y se determina por las circunstancias de su propia adquisición. Al ser cuerpo socializado, mengua o muere cuando muere su portador. El segundo, el capital cultural objetivado es un bien material que sólo puede ser determinable en relación con el capital incorporado. “Se manifiesta (...) como un todo autónomo y coherente que, con ser producto de la acción histórica, obedece a leyes propias de que escapan a la voluntad individual” (pág. 145). El tercero, el capital cultural

institucionalizado, es el “capital cultural académicamente sancionado y garantizado de forma legal mediante título, que son (formalmente) independientes de la persona de su portador” (pág.146). Es una competencia que confiere un valor legalmente respaldado. Se institucionaliza a través de diversos ritos y confiere reconocimiento institucional, pertenencia a un gremio o una comunidad especializada. Su valor “se encuentra indisolublemente ligado al valor dinerario por el cual puede canjearse a dicho poseedor en el mercado laboral” (pág.147).

El capital social “...está constituido por la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo” (pág.148). Al adquirirse por la pertenencia a determinado grupo social, se establece mediante relaciones de intercambio material o simbólico. Se institucionaliza por una serie de rituales o se garantiza socialmente por un nombre. Su volumen dependerá de la extensión de la red y del esfuerzo por su manutención, luego entonces, dice Bourdieu (2001), tiene un efecto multiplicador que no debe establecerse o darse por sentado eternamente; más bien es un conjunto de actos permanentes de intercambio y solidaridad que acarrear obligaciones duraderas, “sobre sentimientos subjetivos (reconocimiento, respeto), y garantías institucionales (derechos)”. Finalmente, el capital simbólico es el conjunto de la adquisición de todos los demás capitales. Quien tiene capital simbólico tiene legitimidad, reconocimiento dentro del campo y guarda una posición de privilegio en comparación con el resto de las posiciones. Tener capital simbólico es tener autoridad pedagógica, lo que significa tener poder de instaurar. Su valor depende de la escasez de éste o de las modificaciones en el campo; pero también, su valor está ligado al capital emocional invertido, que toma forma simbólica. En otras palabras, el reconocimiento se juega a partir de los demás capitales y tiene claras implicaciones emocionales.

Los diversos tipos de capitales se diferencian según la facilidad con la que pueden transmitirse o adquirirse y todos los capitales están interrelacionados y son convertibles. El capital al garantizar pertenencia y legitimación permite ejercer poder a quien lo posee, como producto del proceso de mutua convertibilidad de los capitales y como estrategia para asegurar la reproducción misma de los bienes. En

esta investigación apunté a visibilizar que, el *stock* de capitales que conforma el subcampo de salud mental y su convertibilidad, hicieron posible el dinamismo del campo médico y la transformación del *habitus* médico. Esta convertibilidad de los capitales, que no necesariamente están en concordancia con las reglas del campo, también dio cuenta de otro tipo de capital –que aquí denominé como emocional– que me ayudó a comprender al subcampo de la atención a la salud mental. Entiendo el capital emocional como el recurso que moviliza y trastoca su práctica médica, a partir de la experiencia mórbida por la que atraviesa el médico.

#### 2.3.4. La *illusio* como orientación emocional de la práctica

Una categoría relevante dentro de la obra de Bourdieu, pero estudiada aun insuficientemente es la *illusio*. Bourdieu (1995) apunta en “Respuestas para una antropología reflexiva” que incorporó la noción de interés en la sociología cultural, hasta antes vista de manera escandalosa, y para ello se apoyó en Weber, “...quien utilizaba el modelo económico a fin de revelar los intereses específicos de los grandes protagonistas del juego religioso, es decir los sacerdotes, profetas y brujos” (pág.79). Continúa el sociólogo francés, en la misma entrevista que le hizo Wacquant, que, aunque ahora prefiera utilizar el término *illusio*, y que se niegue a caer en el simplismo economicista, “esta noción le permitió introducir el modo materialista de pensamiento en la esfera cultural, de la cual fue históricamente expulsada” (pág.79). Finalmente apunta en este capítulo que refiere al *habitus* que: “el interés es una arbitrariedad histórica, una construcción histórica que sólo puede conocerse mediante el análisis histórico” (pág. 80).

De lo anterior se derivan dos situaciones: una, que existen tantos intereses como campos y que cada campo reconoce y engendra una forma específica de interés; dos, que el interés como principio de orden emocional en la teoría bourdeana toma forma de *illusio*, en su doble acepción: como energía social indeterminada en su generalidad y en lógica con el campo en el que se generó, pero también en su carácter concreto a través de las posiciones y disposiciones que produjo. La *illusio*



constituye un componente clave de la acción social, a la vez que es la creencia en el juego y el interés por participar en él, también es un mecanismo que hace posible, en el marco de relaciones asimétricas, formas de dominación y control por las que los actores se “enganchan” emocionalmente con las lógicas presentes en los diferentes campos sociales<sup>45</sup>. Por tanto, en esta investigación, la recuperación del concepto bourdeano de *illusio* constituye un eje orientador<sup>46</sup>.

La *illusio* aunque es una categoría central en el trabajo de Bourdieu, ha sido referido en diferentes momentos de su obra, pero en pocas se le ha definido o encontrado un lugar de forma explícita. Uno de los libros en los que se define a la *illusio* es en “Meditaciones Pascalianas” y “Razones prácticas” y en algunos otros donde se le refiere es en “La Distinción” y “Sentido práctico”. De acuerdo con estos textos, la *illusio* que es una palabra latina que proviene de la raíz *ludus* (juego), es una inversión o libido social. “La *illusio* es el hecho de estar metido en el juego, cogido por el juego, de creer que el juego merece la pena, que vale la pena jugar (...) es esa relación de fascinación de un juego que es fruto de una relación de complicidad ontológica entre las estructuras mentales y las estructuras específicas del espacio social” (Bourdieu, 1997, pp. 141-42). Este juego, importará sólo a aquellos que quieren ser parte de él, a quienes nacieron en él o a quienes tienen una posición en él (cual quiera que sea); dado que, como el mismo sociólogo lo dijo, la *illusio* es un interés socialmente constituido que existe en relación con un espacio social específico, lo que significa que hay tantas libidos como campos existan (Bourdieu y Dilon, 2007, p. 109) . Pero, además, que hay tantos niveles de libidos dadas las diferentes posiciones que haya en el campo.

---

<sup>45</sup> Esto es posible en tanto estos mecanismos de poder se hallan ligados genética y estructuralmente (mediante los *habitus*) a condiciones emocionales que hacen posible su interiorización, naturalizando relaciones de apego y adhesión a objetos, entidades o valores establecidos como válidos (Bourdieu y Wacquant, 1995:79-96).

<sup>46</sup> Producto de la experiencia en el juego, y por lo tanto de las estructuras objetivas del espacio de juego, el sentido del juego es lo que hace que el juego tenga un sentido subjetivo, es decir una significación y una razón de ser, pero también una dirección, una orientación, un por-venir, para aquellos que participan en él y que en esa misma medida reconocen en él lo que está en juego [*les enjeux*] (es la *illusio* en el sentido de inversión en el juego y las apuestas [*les enjeux*] de interés por el juego, de adhesión a los presupuestos —doxa—del juego) (Bourdieu y Dilon, 2007, p. 107).

La *illusio*, como condición y fruto del funcionamiento del campo, es la pulsión que dota de interés, de deseo, de una disposición de valor en el adiestramiento del juego a través de adquirir y competir por ciertos capitales. La *illusio* como pulsión, como principio rector del juego, es la acción que incorpora la dimensión afectiva en el campo, en forma de: capital emocional, disposición emocional o prácticas emocionales. La *illusio* no es otra cosa que el conjunto de afectos socializados que dota de compromiso por el juego: ya sea en forma extrema de realización o forma absoluta de alienación. En el subcampo de la salud mental, la *illusio* como orientación emocional a la práctica, está detrás de la formación profesional del/la médico/a y de su ejercicio en el campo médico (a través de la autoridad escolar); pero también está en la autoridad pedagógica primaria (familia)<sup>47</sup>, o en otras autoridades de otros campos como el religioso. La *illusio* como mecanismo que hace posible la dominación, permite aceptar con sacrificio y abnegación la carga de trabajo producido en el campo, al mismo tiempo que, en residentes o médicos de servicio social –médicos novatos que ingresan al campo– les hace consentir asimetrías y violencias por parte de sus superiores. Incluso es la misma *illusio* la que institucionaliza a través de rituales estas violencias y establece un tipo de régimen afectivo autoritario.

Como ya lo dije, la *illusio* tiene una doble dimensión: indeterminada y concreta, situación que posibilita verla como motor del campo, pero también en su forma regionalizada para aprehenderle de manera más específica. De acuerdo con esto último y dada la pluralidad de disposiciones –y como se describe en el capítulo V–, estas *illusio* se pueden encontrar más comprometidas o distanciadas de la creencia general del juego, de acuerdo con las posiciones, capitales y disposiciones que cada agente tenga. Finalmente, considero que no podemos hablar de ataraxia o ausencia de *illusio*, cuando haya desinterés u otras formas de creer en el juego, antes bien, apuesto por identificar diferentes niveles de *illusio* en el campo. Este tipo de análisis plural me permitió reconocer ambigüedades, disonancias y espacios

---

<sup>47</sup> Hay una *illusio* original cuya sede es el universo familiar.

hermenéuticos que son necesarios para entender la histéresis en el campo de la salud y en espacial en el subcampo de la salud mental.

2.3.5. El capital emocional, herramienta teórico-metodológica para acercarse a la comprensión de la atención a la salud mental

Para la presente investigación utilizar al capital emocional como herramienta teórica-metodológica<sup>48</sup> para acercarse a la comprensión de la atención a la salud mental en el contexto posterior a la reforma psiquiátrica, implicó el interés por un tipo particular de bien que moviliza disposiciones sensibles y prácticas emocionales. Y que me ayudó a comprender ¿por qué los profesionales de la medicina respondieron de maneras diferentes a la reforma al interior de sus consultorios? Es decir, me permitió ver cómo, las emociones son una puerta de acceso para la reconstrucción de las condiciones objetivas. Los diversos modos de enfrentar emocionalmente los mismos eventos sociales compartidos por los agentes son clave para comprender la diversidad de disposiciones objetivamente formadas al ser puertas, indicadores empíricos de acceso metodológico, para la reconstrucción científica del fenómeno (Cerón Martínez, 2012, p. 69). Yo sugiero que, movilizar emociones, a partir de la experiencia mórbida por la que atraviesa el/la profesional de la medicina, en el subcampo de la salud mental, tuvo un efecto transformador, que movilizó y trastocó su práctica médica.

---

<sup>48</sup> El concepto de Capital emocional ha sido bastante trabajado como se menciona en la siguiente cita:

Several theorists have drawn on the concept of 'emotional capital' to highlight the way intimate personal connections act as a significant family resource. Emotional capital was first discussed by Helga Nowotny (1981) and was defined in terms of the social and cultural resources generated primarily by women through affective relations within the private sphere of the family. This work was subsequently built upon by Patricia Allatt (1993) in her study of the reproduction of privilege in middle class families. Allatt viewed emotional capital as 'emotionally valued assets, skills, love and affection' (p. 143) and focused on the way middle class mothers drew on the knowledge gained from their own formal education to devote themselves securing their children's academic success. The concept has since been used in a more systematic way by Diane Reay (2000, 2002) to theorize parental involvement in education. She has shown how emotions are central to mothers' participation in their children's schooling, and has explored the relationships and overlaps between emotional capital, emotional wellbeing and educational success (Gillies, 2006, p. 284).

El capital emocional es un bien y puede existir en tres formas o estados: incorporado, objetivado e institucionalizado<sup>49</sup>. En estado interiorizado o incorporado, en forma de estados de ánimo o de trabajo emocional a través del cual se logran gestionar las emociones que rigen el campo. Se puede encontrar en forma de disposiciones sensibles que son desarrolladas desde la socialización primaria, continúan en los procesos de escolarización y que ayudan a construir una sensibilidad social para comprender y expresar el lenguaje de la vida emocional (que significa reconocer las emociones en los otros); pero que también dotan de herramientas que permiten ofrecer un servicio emocional específico en ciertas profesiones como la psicología. En estado objetivado se vuelve práctica emocional ritualizada y estandarizada, que no es visible porque está incluida en el capital cultural y ha sido históricamente infravalorada por no generar status ni distinción; además, porque el mercado de las emociones había estado en la esfera de lo privado y cuando se volcó a la esfera pública fue sólo en ciertas profesiones que han producido: textos, discursos, corrientes literarias, terapias específicas que a su vez e históricamente han generado ciertas disposiciones sensibles, como lo dice Illouz (2007). Finalmente, en estado institucionalizado, está forma de objetivación que es convertible en ciertos títulos, certificados, adscripción institucional que se logra obtener solamente en ciertas profesiones o a través de la psicoeducación en el campo. En el capítulo III está distinción entre el capital cultural y emocional no se desagrega, pero en el capítulo V sí se hace.

Hablar de tres estados en capital emocional, similar al del capital cultural, no es coincidencia. Dada la fuerza analítica de este último concepto resulta difícil desagregarlo, pues, aunque haya capital emocional objetivado en diferentes campos, éste no logra separarse de su dimensión cultural. Además, el que no se le vea como capital en el campo, es porque ha respondido a un proceso de borramiento e

---

<sup>49</sup> Esto en oposición a la definición de Pava\_Ripoll (2016), quien define al capital emocional sólo en su estado incorporado y sólo como “conjunto de emociones y experiencias que definen las maneras cómo las personas se constituyen subjetivamente, así como de inter-actuar, interpretar, expresar y vivir los acontecimientos de la realidad y les otorga la posibilidad de actuar reflexivamente. El Ce resulta del trabajo emocional, su producto es un estado de ánimo (...) Siempre se manifiesta en estado incorporado, no objetivado” (pp: xvii).

infravaloración como resultado de la dicotomía cuerpo-mente. En este ejercicio, que se reconozca como inversión, es producto de luchas materiales y simbólicas que realizan los agentes para reivindicar algo como un valor, que, hasta antes del giro afectivo, sólo podía visibilizarse en ciertas profesiones, como la psicología.

Mostrar el capital emocional y jugarlo de acuerdo con las lógicas del campo, puede valorarse o desvalorizarse; o bien puede, según sea jugado, convertirse en capital político, económico, social, cultural o simbólico. El capital emocional entendido de esta manera es trabajo socialmente acumulado por el capital cultural familiar (aunque no puede ser transferido ni heredado directamente). La gestión y control emocional, en condiciones de poco capital cultural familiar, no siempre producirá una gama de sensibilidades y por el contrario producirá pobreza de sensibilidad o disonancias emocionales.

En esta investigación muestro que, en el campo de la salud mental, el capital emocional –más que el capital social, cultural, económico o simbólico– es el eje articulador de los demás capitales. La formación profesional es indirectamente un entramado de gestión de emociones, dado que el mismo campo médico se rige por normas emocionales. El sujeto tiene que adquirir ciertas disposiciones y capitales que le ayuden a resolver lo que siente personalmente, lo que obliga al desdoblamiento, la tensión y el conflicto. En este sentido las disposiciones que se esperan del médico pueden dividirse entre sentimientos apropiados o inapropiados. Estas disposiciones tienen que ayudar al desarrollo de la práctica médica y éstas tienen que ver con la adecuada gestión emocional, que puede implicar también la inhibición de éstas.

Por ejemplo: el duelo incorpora sentimientos ritualizados (formas institucionalizadas de guiarse en cierta situación), su realización requiere de la interiorización bajo la forma de *habitus* acordes, disposiciones sensibles, estados de ánimo concretos; en una práctica específica, en un campo específico como el religioso, esos sentimientos se objetivan al mostrarse: llorar se vuelve así, en una emoción objetivada y no sólo es sentimiento interior. Pero en el campo médico la pérdida de un paciente, el duelo que se vive no se corresponde con las disposiciones

sensibles socializadas por otros campos; o mientras se espera que, al recibir una noticia difícil sobre la salud de un familiar, la noticia sea ofrecida a través de la empatía, se presenta de la manera más controlada e inhibida por el médico, no porque no sienta nada, sino porque el capital emocional instaurado a lo largo de su formación le hace controlar sus emociones y mientras en otro espacio este hecho podría ser sentimientos políticamente manejados de manera incorrecta, en este campo, son aceptados y valorados como deseables.

El régimen emocional está regido por la correcta gestión de las emociones y se reflejan en capital emocional incorporado a través de estados emocionales como el enojo, orgullo de sí mismo, vergüenza, soberbia, prepotencia, condescendencia, seguridad, elevada autoestima. Capital emocional que se traduce en prácticas emocionales que infantilizan al paciente y lo hacen sentir inferior, por ejemplo, en los regaños que reciben por no adherirse al medicamento, o cuando las mujeres parturientas preguntan por su proceso y las violentan o cuando el enfermo mental es tratado como idiota.

## Consideraciones finales

De un tema como el de atención a la salud mental se ha escrito bastante y desde diversas perspectivas y áreas disciplinares. Sobre todo, en las últimas tres décadas ha proliferado la literatura desarrollada al respecto. En lo que toca a esta investigación se evidenció: la dimensión cultural del PNA y los recursos humanos que laboran en él. Uno de los hallazgos que queda expuesto en esta materia en el presente capítulo, es la necesaria atención que requiere este nivel y estos sujetos después de la Reforma psiquiátrica. Primero, por el número de textos escritos en comparación con otros temas, después por los hallazgos encontrados que aluden a limitadas competencias para el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales por parte de los/as médicos/as y después, por la obvia necesidad de seguir aportando evidencias que ayuden en la operacionalización de los servicios de salud mental en este nivel.

Los principales hallazgos de la revisión evidenciaron impactos, desafíos y limitaciones en las competencias del médico en la atención a la salud mental en el primer nivel de atención, además de otras áreas de oportunidad que sobre todo se encuentran en la ausencia de políticas culturalmente situadas para la atención a población culturalmente diversa. Es en este punto donde importa recalcar cómo un concepto como el de cultura se ha utilizado como variable de riesgo (aculturación/deculturación) que detona trastornos mentales, como factor protector que evita etiquetas y estigma o para reconocer la ausencia de políticas culturalmente pertinentes en la atención a población migrante u originaria; pero no como herramienta para revisar el entramado de sentidos producidos al interior del sistema.

De acuerdo con lo anterior, la cultura se volvió una dimensión estratégica para aprehender al sistema de salud, lo que me permitió reconocer que las prácticas que ahí se producen, el conocimiento que se recrea y promueve, los discursos que se originan son contextuales, históricos y situados. Es decir, aquí la cultura no es un objeto de estudio o un problema, sino una dimensión, una forma de análisis que piensa lo social desde su perspectiva simbólica y que pone su acento en la construcción de sentidos. Y en este caso, me interesó analizar los sentidos de la práctica médica.

La teoría de la acción, entonces, es la herramienta idónea para acercarme a las prácticas desde su dimensión cultural, pero también para ofrecerme un marco de referencia para el análisis de la afectividad, dado que elude y supera el supuesto cartesiano cuerpo-mente que fracturó el análisis de la acción separándolo de la emoción. En este sentido, considero que la teoría de Bourdieu, no sólo me permitió entender la lógica del campo médico, los capitales que se ponen en juego o el *habitus* de los agentes, es también un intento por visibilizar la dimensión afectiva de la acción mediante el concepto de *illusio* que, en su propuesta teórica, es la dimensión emocional de la acción.

Optar por una teoría de la acción afectiva a través de las propuestas de Illouz, Scheer y Ahmed en diálogo con el sociólogo francés, me permitió comprender las dimensiones de la práctica desde lo racional y emocional, y entrar en la propia vida del médico no sólo como profesional sino como sujeto que enferma y consume el

mismo discurso que promueve la institución en la que labora. Me permitió identificar el régimen emocional del campo, las prácticas emocionales que en ella emergen dadas las disposiciones y capitales emocionales que también se ponen en juego. Lo que coloca al capital emocional como una herramienta teórica-metodológica para acercarme a la comprensión de la atención de la salud mental, pues lo entendí como el recurso que a partir de la experiencia mórbida por la que atraviesa el médico moviliza y trastoca la práctica médica.

Pero como en esta investigación me interesó ver cómo se han reestructurado las prácticas médicas después de la reforma psiquiátrica y al evidenciar como ésta ha tomado formas diferentes en los recursos humanos, la pregunta evidente para hacerme fue ¿por qué ciertos sujetos responden de manera diferente a los mismos procesos de socialización? En este sentido la teoría de Lahire me ayudó a reconocer a través de su teoría disposicional más que un *habitus* médico, la forma en la que se encarnan en los individuos disposiciones heterogéneas y contradictorias aún en un mismo campo. Fue así como la idea de *stock* de disposiciones me ayudó a reconocer las diferentes estrategias, que estos sujetos utilizan en su vida cotidiana (consulta) para evidenciar que sus actos no siempre están guiados por un *habitus* médico homogéneo y coherente. En ellas se despliegan otros elementos que van más allá del *habitus* y del campo en el que se presentan.



# **CAPÍTULO III**

# CAPÍTULO III. LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: DE LA FORMA ASILAR A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

---

## Introducción

En el presente capítulo presento las causas y consecuencias del crecimiento y transformación de los servicios de salud mental en México y para ello doy cuenta de la forma que ha tomado la política de salud mental tabasqueña y las consecuencias de sus estrategias de intervención. Sobre decir que no intenté realizar una evaluación o diagnóstico de las políticas públicas de salud mental del estado, una valoración de la eficacia de sus planes y programas o una propuesta de cambio, mi objetivo fue harto más sencillo e implicó conocer cómo se reorganizaron sus servicios en el estado a partir de la reforma psiquiátrica.

De ahí que en este capítulo parto de la idea de que la política de salud mental que ha sido construida históricamente responde a una problematización planteada en un momento específico por el Estado mexicano, pero que toma una forma muy peculiar en Tabasco. Es decir, estoy hablando de la existencia de cambios a nivel política nacional en la forma de concebir y atender la salud y la salud mental en particular, que posibilitaron la construcción de diferentes formas de relación entre Estado y población en la entidad tabasqueña.

Siguiendo los planteamientos de Hernández Lara (2012), esta transformación que se dio a nivel nacional y que evidenció una transición de un modelo asilar, asistencialista, insitucionalizado y endocéntrico a otro familiarista, corresponsable, desregulado descentralizado y mercantilista; en el caso tabasqueño logró afianzarse gracias a la puesta en marcha del Hospital “Granja” para Enfermos Nerviosos y Mentales que como parte de la política de desmantelamiento del Hospital General “La Castañeda” a mitad del siglo pasado, dotó de atención de este tipo a la región sur de México. Por la necesidad de formar especialistas en psiquiatría para los servicios de atención del Hospital Granja y por su relación con la formación posterior de profesionales de psicología en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT),

de la cual logró nutrirse la actual Dirección de Salud Psicosocial (DSP) de la entidad. Finalmente, por los datos epidemiológicos que presentó la entidad, sobre todo en lo referente a suicidios, que fueron alarmantes con respecto al promedio nacional a inicios del presente siglo.

Para poder analizar por qué incrementaron los servicios de salud mental en Tabasco y describir cómo lo hicieron, este capítulo se divide en tres apartados. En el primer apartado, hago una breve caracterización del lugar de la investigación con la finalidad de visibilizar que el caso de estudio, que es el PNA del municipio de Tacotalpa, ubicado en zona intercultural, evidencia uno de los grandes desafíos que enfrenta el sistema con respecto a la atención a su población vulnerable. Después, presento el contexto de salud tabasqueño para entender el panorama en el que se da la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de una apreciación general tanto de los servicios de salud del estado como de sus estadísticas epidemiológicas.

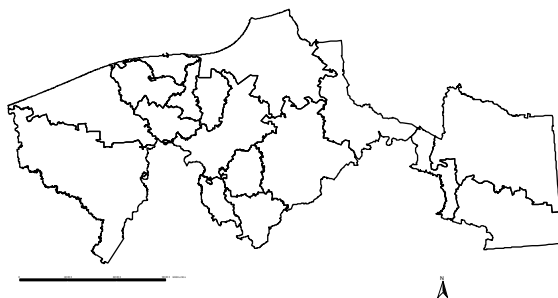
En el segundo apartado describo el subcampo de la salud mental de Tabasco. Primero, hago énfasis de las condiciones que garantizaron a nivel nacional la reestructuración y después, describo las particularidades del caso tabasqueño. Como lo especificué párrafos arriba, parto de la idea de que hay una heterogeneidad de experiencias que responden a condiciones históricas de cada lugar y que Tabasco, aunque no forma parte de los casos paradigmáticos de esta reforma, sí ha tenido una particular traducción con respecto a las directrices nacionales, regionales e internacionales que se han establecido. Considero que, a fin de dimensionar los alcances y límites del proyecto tabasqueño, en este apartado, es importante tener una mirada comparada para poder problematizar el caso con respecto a otras experiencias tanto nacionales como regionales. Este ejercicio parte de la necesidad no sólo de describir al sistema en sí mismo, sino de reconocer que las recepciones nacionales en términos tanto normativos, organización de servicios y recursos humanos, se encuentran y en algunas ocasiones se distancian, de los lineamientos emitidos por los organismos internacionales rectores. Finalmente, en el cierre del capítulo hablo de los desafíos del Sistema de Salud Mental, sobre todo en materia de organización de servicios, trabajadores de la salud y atención a grupos vulnerables,

esto con la finalidad de contextualizar lo que presento a través de las prácticas médicas de los profesionales de la salud no especializados en el capítulo V.

### 3.1. Contexto y salud en Tabasco

#### 3.1.1. Caracterización socioeconómica de Tabasco

Tabasco, se localiza en la zona del trópico húmedo extendiéndose desde la llanura costera del Golfo de México hasta la sierra del norte de Chiapas. De acuerdo al INEGI (2015), sus coordenadas geográficas extremas están entre los paralelos 18° 39' (al norte) y 17° 19' (al sur) de latitud norte, y entre los meridianos 90° 57' (al este) y 94° 08' (al oeste) de longitud oeste. Administrativamente está dividido en 17 municipios que se agrupan en dos regiones cuyos nombres hacen referencia a los ríos más caudalosos del país y los de mayor importancia en el estado: Región Grijalva y Región Usumacinta (Ver figura 1). Estas regiones a su vez se dividen en 5 subregiones nombradas por sus características físicas o por su nombre histórico: Centro, Chontalpa, Ríos, Pantanos y Sierra. La región en la que se encuentra Tacotalpa<sup>50</sup>, el lugar de la investigación forma parte de ésta última, la cual incluye además a los municipios de Teapa y Jalapa (y se extiende hacia el norte de las tierras chiapanecas, formando parte del sistema serrano de aquel estado).



**Figura 1: División política administrativa de Tabasco**

---

<sup>50</sup> La importancia del municipio de Tacotalpa ha sido históricamente reconocida. Durante la Colonia y en la invasión norteamericana de 1847 su posición geográfica fue clave, tanto así, que la actual cabecera municipal se convirtió en capital de la entidad para evitar los ataques piratas por un lado y para salvaguardar los poderes de la entidad por otro (Coutiño, 1994).

Dentro del municipio de Tacotalpa, las localidades principales son: la cabecera municipal, Tapijulapa (declarado pueblo mágico en 2009), Oxolotán, Xicoténcatl, La Raya Zaragoza, Guayal y Puxcatán. Según el Censo Poblacional 2015, en Tabasco había un total poblacional de 2, 395, 272 habitantes de los cuales 48.9% eran hombres y 51.1% mujeres. En Tacotalpa el total poblacional ascendía a 48, 784 habitantes de los cuales 50.2% eran hombres y 49.8% mujeres. Para este mismo año se registró 2.72% de personas de 3 años y más que hablaban alguna lengua indígena, con 25.77% de personas que se consideraban indígenas. Las lenguas maternas que principalmente se hablan en Tabasco son: chontal (57, 296), ch'ol (37,557), tseltal (5,519) y tsotsil (2,917) (INPI/INALI,2018); y habitan principalmente en los municipios de Centro, Nacajuca, Macuspana, Centla y Tacotalpa.

Tacotalpa es el municipio con mayor número de hablantes ch'oles en la entidad debido a su proximidad geográfica y oferta laboral agropecuaria con Chiapas (Alejos y Martínez, 2007, p. 8). Según el INEGI (2015) 2.46% de la población de 3 años y más del municipio habla alguna lengua indígena y 59.07% se considera indígena, de los cuales la mayoría es ch'ol. El municipio cuenta entre rancherías, ejidos, villas y pueblos con 113 localidades, 33 de las cuales son habitadas por población ch'ol (Ver figura 2).



**Figura 2: Ejidos ch'oles en el municipio de Tacotalpa**

La colonización de los ch'oles en esta parte serrana de Tabasco fue paulatina, pues según cuentan los pobladores y el cronista municipal: "De los primeros ejidos fundados por ch'oles están La Raya Zaragoza, Xicotencatl y Cuitláhuac, por ahí de finales del siglos XIX o principios del XX" (Rojas, 2008); y de las últimas colonias creadas a inicios del siglo XXI se encuentran las ubicadas en los alrededores de Villa Tapijulapa, Puxcatán, Mexiquito, Cuviac, Zunú y Patastal, Raya Zaragoza y asentamientos irregulares en el poblado Oxolotán (Galán, 2016).

La región ch'ol de Tacotalpa se ha reconfigurado y este proceso ha sido marcado, primero, por la geografía del lugar y por la vecindad y múltiples vínculos que se tienen con el estado de Chiapas. Su ubicación y condiciones naturales dadas por el intrincado sistema hidrológico integrado por las cuencas de los ríos Oxolotán, Amatán, Puxcatán, Tacotalpa y Teapa y por la colindancia con el estado de Chiapas, pudieron establecer diferentes rutas terrestres y acuáticas que hicieron posible consolidar relaciones de diferente índole entre las entidades.

El reparto agrario y la dotación de tierras hicieron posible proveer de un espacio para vivir y sembrar para los ch'oles. Además, la ubicación de los ejidos siempre comunicados por vía terrestre facilitó el intercambio de la región con la capital tabasqueña. Los ch'oles como ex mozos de las fincas cafetaleras chiapanecas y como minifundistas cafetaleros en Tabasco, iniciaron su lucha por obtener y colonizar un nuevo territorio.

La consolidación de la región ch'ol en Tacotalpa, Tabasco pudo lograrse gracias a las diferentes actividades económicas que se fueron desarrollando una vez que el café dejó de ser la principal actividad comercial de los *winik* e *ixik*. La ganadería fue una de las nuevas actividades por las que se suplieron las antiguas entradas de dinero, que, aunada a la apicultura, silvicultura y la crianza de aves de corral contribuyeron al nuevo sostén económico. El Estado a través de las instituciones gubernamentales también ejercieron en este cambio de las actividades económicas un importante papel, ya que al no tener más tierras que dar a los ch'oles ni un medio laboral que ofrecerles para subsistir, otorgaron solo paliativos que les auxiliaron en algunos aspectos y que transformaron poco a poco sus expectativas de trabajo. Finalmente, en la migración a otros estados o países se encontró otra fuente

de subsistencia que aminoró los problemas laborales y de vivienda, dado los problemas de desigual distribución de la tierra que ahora existe al interior de las comunidades.

Además de relaciones comerciales y económicas, se desarrollaron como producto de la proximidad con Chiapas relaciones interétnicas y religiosas muy particulares. En lo que respecta a la primera, a partir no sólo de la colonización de los ch'oles en el siglo pasado, sino también al compartir presencia del pueblo zoque, dado que esta zona fue originalmente ore (Breton, 1988; Pedrero, 2011; Reyes, 1962); grupo que poco a poco fue desplazado geográficamente por los nuevos asentamientos ch'oles (Rojas, 2008) y “con el que comparte un pasado laboral común y una misma ideología cultural: son *winikob*” (Alejos y Martínez, 2007, p. 18). Y en lo que toca a lo religioso, los dos estados fueron evangelizados por los dominicos en el siglo XVI y en el siglo pasado. La relación que mantuvieron hizo posible que se diera una nueva evangelización por parte de otras religiones no católicas, siendo la principal la Adventista del Séptimo Día (Alejos y Martínez, 2007; Cardiel, 1983).

A nivel nacional, Tabasco es reconocido como el “Edén” por su alta productividad en materia agrícola, destacando de ella la producción de cultivos perenes como la caña de azúcar, cacao, coco, naranja y plátano roatán; pero también por su potencial ganadero (De Dios-Vallejo, 2001; Romero, 1993) y la extracción petrolera dada la importancia económica que representa para el país (Cervantes, 1993; Pinkus-Rendón y Contreras, 2012). De acuerdo con el INEGI (2016) Tabasco aportaba el 2.3 del Producto Interno Bruto (PIB) respecto al total nacional, ocupando el décimo cuarto lugar. El sector con mayor aporte económico era el industrial (54.2), seguido por el de servicios (43.8) y finalmente el primario (2.0). La principal rama de actividad económica era la minería y la extracción de petróleo y gas, seguido por la industria manufacturera, el comercio, la industria de la construcción de obras para el suministro de agua, petróleo, gas, energía eléctrica y telecomunicaciones y la agricultura.

Durante el primer trimestre de 2015 según el INEGI (2015b), la población de 15 años y más disponible para producir bienes y servicios en la entidad, fue de 946

mil personas (55.7% del total), de los cuales 885 mil estuvieron ocupadas (65.6% hombres y 34.4% mujeres). De acuerdo con el sector económico, la población ocupada se distribuyó de la siguiente manera: 115 mil (13.1%) se desempeñó en el sector primario, 175 mil (19.7%) en el secundario o industrial y 592 mil (66.9%) estaban en el terciario o de los servicios. Los restantes 3 mil trabajadores (0.3%) no especificaron su actividad económica. La población desocupada en el estado se situó en 61 mil personas (45 mil hombres y 16 mil mujeres), con lo cual la tasa de desocupación (TD) resultante fue de 6.5 por ciento.

El 47% de la población ocupada osciló entre los 30 y 49 años y por lo menos la mitad tuvo un nivel educativo que va de la secundaria al nivel medio superior (50.6%). De acuerdo con la posición de trabajo 70% fueron trabajadores asalariados, 20% trabajadores por su cuenta y 5% empleadores. 5.5 % no recibió ingresos, 16.9% ganó menos de un salario mínimo, 24% ganó de uno a dos salarios mínimos, 33.8% ganó de dos a cinco salarios mínimos y 10% ganó de cinco a más de diez salarios mínimos.

Tabasco mejoró su Índice de Desarrollo Humano (IDH) entre 2005 y 2010 ganando dos posiciones, pues pasó del lugar 21 al 19 a nivel nacional y para 2012 de acuerdo con el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2015), con un IDH de 0.742 se colocó en el lugar 17 a nivel nacional. Según el “Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2018” de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2018), a nivel nacional la población con pobreza ascendió a 53, 418, 151 y en Tabasco a 1, 228, 092 personas (943, 859 personas en pobreza moderada y 284, 233 en pobreza extrema) con un grado de rezago social medio. La entidad, con respecto de las 32 entidades ocupó el lugar ocho en porcentaje de población en pobreza (57.3%), lo que significa que se encuentra entre las diez entidades con mayor pobreza de México.

De los 17 municipios en 16 hay más de la mitad de población en situación de pobreza. Los que presentaron mayor porcentaje fueron: Jonuta (80.3%), Balancán (71.9%), Tacotalpa (71.7%), Huimanguillo (69.9%) y Tenosique (69.7%), lo que representa 19.3% de la población total de la entidad. Con respecto al rezago social, que es una medida ponderada que resume diferentes indicadores, en Tabasco el



rezago educativo en 2016 fue 16.5%, el acceso a la salud 13.4%, seguridad social 67%, calidad y espacios de vivienda 12.3%, servicios básicos y de vivienda 48.8% y alimentación 45.3%.

### 3.1.2. Salud en Tabasco

#### 3.1.2.1. Epidemiología psiquiátrica

Los trastornos mentales, incluyendo los trastornos del uso de sustancias, hacen ya parte del panorama epidemiológico no sólo del mundo sino también de México y seguirán en el escenario nacional por las próximas décadas, incrementando incluso su presencia como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país, como lo han mencionado en repetidas ocasiones organismos internacionales como la OMS y la OPS (OMS, 2001). De ahí la importancia de conocer la prevalencia y el impacto de éstos en la sociedad a través de la epidemiología psiquiátrica.

Es necesario aclarar que México dispuso hasta antes de las últimas dos décadas del siglo pasado, de muy poca información epidemiológica sobre la mayoría de estas categorías. Para el mundo la epidemiología psiquiátrica se empezaba a consolidar en 1980, mientras que en el país apenas se reflexionaba sobre el estado de la disciplina y de la salud mental de esa época (Tapia *et al.*, 2005). La vigilancia sobre la prevalencia e impacto de los trastornos mentales en realidad fue un trabajo que se comenzó a realizar apenas entrada la década de los 90 a partir de la primer Encuesta Nacional de Adicciones (1998) en la que también se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental (con una submuestra probabilística compuesta por 2,025 personas de entre 12 y 65 años) (Benassini, 2001).

Antes de la realización de dichas encuestas hubo diversas investigaciones que buscaron dar cuenta de las prevalencias de los principales trastornos mentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados, consulta externa de hospitales psiquiátricos y unidades del primer nivel de atención. Las prevalencias fueron diversas y los trastornos mentales más frecuentes presentados fueron variando. Por ejemplo, en el caso de las unidades del primer nivel de atención los trastornos más

frecuentes fueron los de conducta infantil (24% hombres, 13.5% mujeres), transitorios de adaptación (14% hombres, 12% mujeres), y el retardo mental (8.5% en ambos géneros). Por otro lado, en otra investigación en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los trastornos más frecuentes fueron neurosis (19%), reacciones de adaptación (10%) y trastornos de la personalidad (4.6%) (Benassini, 2001, p. 66).

Estos primeros datos permiten ver diferentes cosas: 1) son tres los espacios principales desde los cuales se obtiene información epidemiológica (primer, segundo y tercer nivel de atención); 2) visibilizan la forma como la política de salud mental fue incrementando su presencia a través de la documentación epidemiológica y el desarrollo de diferentes instrumentos para su registro y 3) los trastornos fueron variando no sólo por la presencia de éstos sino por la implementación de criterios diagnósticos estandarizados que permitieron homogeneizar su definición y clasificación en todos los niveles de atención.

Para inicios del siglo XXI la epidemiología psiquiátrica además de seguir investigando la prevalencia de diversos trastornos mentales a través de diseños transversales hizo uso de diseños longitudinales, exploró factores de riesgo, estudió las prevalencias a partir de criterios diagnósticos definidos, empleó instrumentos estandarizados, usó muestras representativas, entrevistas diagnósticas y realizó otras encuestas. Por ejemplo, en el año 2000, México fue el primer país en participar en una iniciativa lanzada por la OMS para realizar estudios epidemiológicos. El resultado de ello fue la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica donde se documentó que la prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida en la población mexicana era de 28.6% y la prevalencia anual de 14% (Tapia *et al.*, 2005).

Los datos que ofrecen los organismos internacionales y los del gobierno mexicano a partir de su Programa de Acción en Salud Mental desde el 2000 (SSA, 2001), se documentó un incremento de trastornos mentales en el país, siendo los de mayor incidencia: depresión, esquizofrenia, demencias, epilepsia, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de parkinson y atención psicológica en casos de desastre.

En lo que respecta al estado de Tabasco en 2007, entre las cinco principales causas de morbilidad psiquiátrica que se registraron por la SSA de la entidad estuvo: episodio depresivo (29.5%), trastornos de ansiedad (12%), trastorno de conducta (10.3%), reacción al estrés (6%) y trastorno hiperactivo (5%).

Para el periodo de gestión 2007-2012 las causas de atención de los Servicios de Salud Mental fueron los trastornos del humor, siendo los episodios depresivos, el trastorno de mayor incidencia entre los tabasqueños, principalmente en la población del sexo femenino en un rango de edad de entre 30 y 49 años. Lo anterior, a pesar de que los trastornos de ansiedad y somatoformas, han presentado un incremento importante en los últimos tres años, alcanzando durante el año 2011 y el primer semestre de 2012 el primer lugar en causas de atención. (Madrigal Zentella y Castro Morales, 2015, p. 79)

Entre 2013 y febrero de 2018 la Dirección de Salud Psicosocial registró como principales causas de morbilidad a los trastornos de adaptación, episodios depresivos leves, reacción al estrés agudo, episodios depresivos moderados y trastornos de la conducta (como se puede ver en la tabla 1).

**Tabla 1. Principales causas de morbilidad psiquiátrica, (2012-2018)**

<b>Caso</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<i>Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa</i>	3,338	3,464	5,140	5,819	993	0
<i>Trastornos de adaptación</i>	3,210	3,030	6,039	6,226	4,067	668
<i>Episodio depresivo leve</i>	1,891	1,720	4,599	5,076	2,180	403
<i>Reacción al estrés agudo</i>	1,783	2,206	5,907	7,038	3,395	663
<i>Episodio depresivo moderado</i>	1,649	1,909	4,451	3,918	1,906	180
<i>Trastornos de la conducta</i>	0	0	0	0	0	377

**Fuente: Registro de la Dirección de Salud Psicosocial**

Tabasco se encuentra entre los estados con más alto índice en suicidios y en trastornos depresivos, siendo Tacotalpa uno de los municipios, que entre 2013 y febrero de 2018, tuvo más problemas en comparación con los restantes 16 de la entidad, atendiendo sobre todo problemas de conducta, trastorno de estrés

postraumático, episodio depresivo leve y moderado, trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad generalizada, entre otros (como se puede ver en la tabla 2).

**Tabla 2. Principales trastornos psiquiátricos en Tacotalpa (2013-2018)**

<b>CASO</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<i>Trastornos de la conducta</i>	52	40	80	74	21	4
<i>Otros síndromes de maltrato</i>	31	13	31	0	8	1
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	22	18	25	0	0	1
<i>Episodio depresivo leve</i>	17	0	0	24	0	1
<i>Episodio depresivo moderado</i>	14	0	0	0	0	2
<i>Trastornos de adaptación</i>	0	29	49	86	19	0
<i>Trastornos de ansiedad generalizada</i>	0	13	0	0	0	0
<i>Otros trastornos de ansiedad</i>	0	0	48	0	0	0
<i>Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar</i>	0	0	0	155	20	0
<i>Historia personal de lesión autoinfligido intencionalmente</i>	0	0	0	40	16	0

**Fuente: Registro de la Dirección de Salud Psicosocial (2013-2018)**

La tasa de suicidios en Tabasco fue la segunda más alta en la república mexicana en 2005 y descendió en 2010 al tercer lugar, con una tasa de 9 puntos porcentuales, tan sólo debajo de los 10.5 y 9.6 de Quintana Roo y Yucatán, respectivamente (INEGI, 2010). Para 2015 se colocó en el lugar décimo tercero (6.4 suicidios por cada 100 000 habitantes) y en 2017 descendió al lugar décimo séptimo a nivel nacional (INEGI, 2018). En Tabasco entre 2012 y 2018 se registraron 1, 025 muertes por suicidios, de los cuales 153 defunciones fueron de niños, adolescentes y jóvenes de entre 10 y 19 años. Durante 2017, 2018 y los primeros meses de 2019, los municipios con mayor número de muertes por suicidio fueron Centro y Cárdenas, mientras que en relación con la tasa de muertes por suicidio durante 2017 y 2018, Tacotalpa fue el municipio que registró la tasa más alta con 16.3 y 24.2 muertes por cada 100 mil habitantes.

### 3.1.3. La organización servicios de salud

La Secretaría de Salud (SSA) es la institución que en México tiene el papel normativo y de coordinación sectorial de los servicios de salud públicos (para población abierta y población con seguridad social) y privados. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [SSA, Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), ahora Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)]. Los servicios de salud mental actualmente se encuentran en los tres niveles de atención y dependen de la SSA. Existe atención para los dos sectores (público y privado) y para población abierta y con seguridad social, como se comentará a continuación.

La historia de la atención psiquiátrica en México tiene antecedentes desde la época colonial, pero en ese momento no se puede hablar de política sanitaria en salud mental, esta historia es más reciente e inicia a principios del siglo XX con el Manicomio General “La Castañeda”, momento clave cuando se crean diversas instituciones encargadas para la atención y especialistas en el área (Sacristán, 1998; 2005; 2005b; 2009; Ríos Molina, 2008; Ríos Molina, *et al.*, 2016; Rivera-Garza, 2001). Dicha política en salud mental puede plantearse después del Manicomio General en dos momentos más: el desmantelamiento de “La Castañeda” con la apertura de Hospitales Granja (Sacristán, 2001, 2003) y con la posterior aplicación del Modelo Hidalgo (Xavier, 2008) que implicó el desarrollo de una política integral que logró ejecutarse en los tres niveles de atención.

Un primer esfuerzo para organizar los servicios de salud mental por parte del gobierno federal se dio en 1959 con la creación de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, que era parte de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia donde se atendía en consulta externa a las personas afectadas por trastornos psiquiátricos. Las instancias directivas de la SSA

responsables de los programas de atención psiquiátrica han sido diversas después de 1971 y entre ellas están: la Dirección General de Salud Mental (1971-1981), Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación (1981-1994), Dirección General de Salud Mental (1994-1996), Coordinación de Salud Mental (CORSAME) (1996-2000) (Benassini 2001, p. 64). Después de 2004 se crea el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) como instrumento de la SSA para impulsar a la reestructuración a la atención psiquiátrica a través del Modelo Hidalgo de Atención, y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) quien coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en las unidades operativas de su adscripción (SSA, 2011).

En términos de infraestructura en 1967 se pusieron en operación los hospitales psiquiátricos “Fray Bernardino Álvarez” (para adultos) y “Juan N. Navarro” (para niños y adolescentes). Con la puesta en marcha de la “Operación Castañeda” y la apertura de hospitales psiquiátricos federales en el Estado de México, Hidalgo, Tabasco y en otras entidades, se inició la siguiente etapa de la política sanitaria que buscó modernizar y desconcentrar la atención especializada a partir de la atención basada en Granjas (Benassini, 2001; Sacristán, 2003). De ahí se incrementó el número de espacios donde se daba atención especializada en consulta externa y en el segundo nivel de atención. Finalmente, con la aplicación del Modelo Hidalgo los servicios se ampliaron al modelo comunitario de intervención y se incrementó la infraestructura a través de la red de Servicios Comunitarios de Prevención, Atención Primaria, Hospitalización y Reinserción Social (Dirección General de Epidemiología, 2012). De acuerdo con este modelo, la infraestructura se organizó a través de: 1) Centros de salud, 2) Centros de salud con Módulos de Salud Mental 3) Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), 4) Centro Integral de Salud Mental (CISAME), 5) Unidades de Psiquiatría en Hospitales de Segundo Nivel y 6) Villas de Hospitalización Intermedia (SSA, 2013).

En total, según el Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en México, existían 544 establecimiento ambulatorios de salud mental, tres establecimientos de tratamiento diurno (conocidas como casas de medio camino), 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147

camas (lo que representa el 0.14 por cada 100, 000 habitantes), ocho establecimientos residenciales comunitarios, 46 hospitales psiquiátricos (de los cuales 13 corresponden al sector privado, con cinco camas por cada 100, 000 habitantes), establecimientos forenses y otros establecimientos residenciales con 1,096 camas destinadas a los reclusos con trastornos mentales:

Los dispositivos residenciales como, hogares para personas con retardo mental, establecimientos de desintoxicación para pacientes internos, hogares para indigentes etc., tienen un total de 2,546 camas: 1,396 destinadas a personas con problemas de adicciones, 293 para casos de demencia, 802 se encuentran en hogares para indigentes y otras instituciones de corte asistencial y 53 destinadas a pacientes con retardo mental, de las cuales 21 son para menores de edad. (SSA, 2011, pág. 17)

La mayoría de las camas para la atención a la salud mental siguen encontrándose en hospitales psiquiátricos a pesar de la deshospitalización que se buscó por la reforma. El 77% del total de las camas en psiquiatría están ubicadas en las grandes ciudades, situación que agrava más la atención a población sin recursos y que habitan en zonas rurales. El 100% de las unidades de hospitalización dispusieron de medicamentos psicotrópicos, mientras que 67% de los servicios ambulatorios contaron con ellos, lo que significa carencia de fármacos en zonas no urbanas también.

La historia de los servicios de atención a la salud mental en Tabasco se remonta a 1984, año en el que se desarrollaron los Modelos de Atención a la salud en los tres niveles de atención, tomando en cuenta a la salud mental (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 76). Sobra decir que en este punto me estoy refiriendo a la historia de la salud mental y no a la historia de la psiquiatría que tuvo sus comienzos en el siglo XIX. La Dirección de Salud Psicosocial (DSP) se creó en 1995, como respuesta a los problemas de suicidio que se estaban presentando en la entidad. En este momento se inició una transición del sistema de atención especializado y hospitalario de la Psiquiatría, a un servicio de Psiquiatría de enlace, ubicando especialistas de Psiquiatría, Psicología y Trabajo social en unidades hospitalarias de alta especialidad y en hospitales de segundo nivel. El primero de este caso fue Comalcalco en 1996, después el Juan Graham y Rovirosa en 1997, actualmente el servicio también se encuentra en el Hospital de Alta especialidad del Niño, el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer y en los hospitales de segundo

nivel (Cárdenas, Macuspana, Paraíso y Emiliano Zapata) (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 72).

En 1999 por vinculación con la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), se inició la operación de los servicios de psicología en los municipios, con pasantes, los cuales realizaban su servicio social durante un año. Este incremento de dispositivos terapéuticos y esta democratización del saber médico llevó a los psiquiatras a compartir el espacio privilegiado que habían tenido desde el nacimiento del manicomio en el siglo XVIII con la psicología y otras disciplinas, como el trabajo social y la enfermería.

De acuerdo con Madrigal-Zentella y Castro Morales para 2015 se contaban con 51 servicios de salud mental de 40 unidades médicas de 1, 2 y 3 nivel, de los cuales nueve se encontraban coordinados por un médico psiquiatra y 16 se encontraban en el municipio de Centro<sup>51</sup> (2015, p. 76). Además, se contaba según el Directorio de Salud Psicosocial de la entidad con un total de: 13 servicios especializados en atención a la violencia familiar<sup>52</sup>, así como 13 Centros Nueva Vida<sup>53</sup>, que son unidades de primer nivel de atención para prevenir las adicciones. La distribución de los servicios ambulatorios en México no es equitativa, algunos estados tienen menos de cinco servicios para atender a toda la población (como Yucatán y Campeche); pero Tabasco, según el Informe IESM-OMS sobre el Sistema de Salud Mental en México es uno de los estados que contaba con un número importante de estos establecimientos (Berenzon *et al.*, 2011, p. 23).

Los servicios de salud mental se encuentran ubicados de la siguiente manera: El Primer Nivel de Atención con seis Hospitales comunitarios y cuatro Generales con servicios de psicología (Hospitales comunitarios de Centla, Jalapa, Jalpa de Méndez, Nacajuca, Tacotalpa y Tenosique y Hospitales Generales de Balancán, Cunduacán,

---

<sup>51</sup> Cinco Hospitales de Alta Especialidad, siete Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) y cuatro Centros de salud.

<sup>52</sup> CESSA Maximiliano Dorantes, CESSA Tamulté Delicias, Hospital Dr. Gustavo A. Roviroso, Hospital Dr. Juan Graham C., Hospital de la mujer, C.S Cárdenas, Hospital comunitario Centla, Hospital General Comalcalco, Hospital General Huimanguillo, Hospital Comunitario Jalpa de Méndez, Centro Nueva Vida de Jonuta, CSU de Macuspana y Hospital Comunitario de Tacotalpa.

<sup>53</sup> En los municipios de: Cárdenas, Centla, Centro, Comalcalco, Cunduacán, Huimanguillo, Jonuta, Jalapa de Méndez, Macuspana, E. Zapata, Tacotalpa, Teapa, Tenosique.



Huimanguillo y Paraíso). El segundo nivel de atención con cinco Hospitales generales con servicios de enlace de psicología y psiquiatría (en los municipios de Cárdenas, Comalcalco, Emiliano Zapata, Macuspana y Teapa). Y el tercer nivel de atención con Cinco Hospitales de Alta Especialidad en el municipio de Centro (Dr. Gustavo A. Roviroso, Dr. Juan Graham Casasús, Hospital del Niño Rodolfo Nieto Padrón, Hospital de Alta Especialidad de la Mujer y Hospital de Alta Especialidad en Salud Mental).

Existen además de los servicios que se ofrecen en cada nivel de atención, cuatro programas dentro de la DSP: Programa de salud mental, Programa de prevención del suicidio, Programa de prevención y control de las adicciones, Programa de prevención y atención a la violencia familiar y de género (posteriormente se establecieron los servicios especializados de atención a la violencia familiar). También se han diseñado y ejecutado diversas campañas que han estado encaminadas a la promoción y prevención en la salud para la intervención comunitaria con ciertos problemas y con ciertas poblaciones de riesgo. Entre las campañas realizadas se encuentran: “Marca la diferencia”, campaña de prevención de suicidio “Abraza la vida” (2009) y brigadas de salud mental en contextos comunitarios. Además de las encaminadas a los adolescentes y jóvenes para prevenir embarazos tempranos (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015).

El trabajo de promoción y de prevención se ha generado gracias también a los diferentes vínculos con instituciones educativas [Colegio de Bachilleres de Tabasco (COBATAB), Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del estado de Tabasco (CECYTE)]; con la coordinación existente entre instituciones de gobierno, tales como: la Secretaría y Transporte, el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT); y con enlaces con la Comisión Estatal de Derechos Humanos y el Instituto Nacional de Migración.

#### 3.1.4. Trabajadores de la salud

A pesar de que en los últimos años se ha incrementado la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud, México todavía enfrenta un déficit relativo de profesionales de medicina y enfermería (Gómez Dantés *et al*, 2011). La tasa de médicos a nivel nacional por cada mil habitantes (2009) es de 1.6 [médicos generales o familiares (51,101) y médicos especialistas dentro de los que están los gineco-obstetras, pediatras, cirujanos, internistas, anesthesiólogos y otros especialistas (77,074)], y de enfermeras es de 2.1 por cada mil habitantes. Para Tabasco la tasa está por encima del promedio nacional pues existían 2.2 médicos [médicos generales (1,938), especialistas (1,917)] y 2.7 enfermeras por cada mil habitantes [enfermeras auxiliares (1,979), generales (3,006), especialistas (493) y otras (416), ocupando el cuarto y quinto lugar respectivamente].

Los recursos humanos del sector privado se ven reflejados de la siguiente manera: para 2010 había una tasa de 61.9 médicos por cada cien mil habitantes a nivel nacional y en Tabasco esta misma tasa era de 27.9; razón por la cual la entidad ocupó el vigésimo séptimo lugar a nivel nacional. Al respecto del total de personal de enfermería que para 2009 había a nivel nacional, en Tabasco se encontraba 1.2%, es decir, 480 enfermeras.

El número total de recursos humanos que trabajaron en dispositivos de salud mental ascendió según el Informe IESM-OMS sobre el Sistema de Salud Mental en México a 10,000 trabajadores. “La tasa por cada 100,000 habitantes se distribuyeron en: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3.36 enfermeras, 1.43 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas ocupacionales, 2.42 profesionales/técnicos de salud” (Berenzon *et al.*, 2011, p. 26). En cuanto al sector, un poco más de la mitad de los psiquiatras trabajaron en el sector privado y en hospitales psiquiátricos, más que en gubernamentales y unidades de consulta externa o en unidades de internamiento psiquiátrico de hospitales generales. Lo mismo se repitió para los demás profesionales de la salud que laboran en el sistema de salud mental<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> De acuerdo con un estudio descriptivo sobre el número de psiquiatras en México se contabilizaron 8, 328 psiquiatras en el país (65% fueron hombres y 35% mujeres); más de la mitad de éstos se encontraron en CDMX, Jalisco y Monterrey. En Tabasco para esta misma fecha se contabilizaron 2 paidopsiquiatras y 54 psiquiatras en

En Tabasco a los profesionales de psiquiatría y psicología se les contrató en un primer momento por lista de raya, posteriormente por Seguro Popular. La plantilla de personal de la Dirección de Salud Psicosocial estaba conformada para 2015 por 243 trabajadores: 194 operativos, 41 administrativos en la Dirección estatal y 8 personas comisionadas (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 73).

El personal que ofreció servicio dentro del Hospital de Alta Especialidad para 2018 fue de 167 profesionales de la salud entre médicos (29), enfermeras (67), psicólogos (29), trabajadores sociales (17), terapistas (22) y fisioterapias (3). Desde 2014, fecha en el que el número de personal fue de 170, disminuyó sobre todo el número de enfermeras (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Recursos humanos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental**

<b>Recurso humano</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<i>Médicos</i>	30	32	34	31	29
<i>Enfermeras</i>	75	74	77	72	67
<i>Psicólogos</i>	32	33	29	28	29
<i>Trabajadores sociales</i>	14	21	11	18	17
<i>Terapistas</i>	19	23	25	21	22
<i>Fisioterapias</i>	0	3	3	3	3

**Fuente:** Departamento de Recursos Humanos del Hospital Regional de Alta especialidad de SM

El Programa de Salud Mental, contaba con 60 psicólogos y nueve psiquiatras para el año 2012, otorgando anualmente un promedio de 58 mil 267 atenciones a usuarios de los servicios de salud mental. Para 2018 en el PNA trabajaban 41 personas en los servicios de salud mental, 23 en el SNA y 43 en el TNA (sin contemplar a los 167 trabajadores que laboraron en el Hospital de Salud Mental) (Ver tabla 4). En total, de acuerdo con los datos proporcionados por el Directorio de los servicios de salud mental y por el Hospital de Alta Especialidad en Salud Mental, para 2018 hubo 274 personas laborando dentro del sistema de salud mental de Tabasco, sin contar con el personal no especializado que laboró en el PNA y que también ofrece este servicio.

---

toda la entidad; es decir, 2.41 psiquiatras por cada 100, 000 habitantes, cifra que está por debajo del promedio nacional y mundial (3.4 y 4.1 psiquiatras por cada 100 000 habitantes respectivamente), pero que lo coloca en el noveno lugar a nivel nacional (Gerhard Heinze *et al.*, 2012).

**Tabla 4. Número de personal de Salud mental en Tabasco por Nivel de Atención**

<b>Año</b>	<b>1er. Nivel</b>		<b>2do. Nivel</b>		<b>3er Nivel</b>		<b>Total</b>
	<b>CS, Hospital Comunitario</b>	<b>CESSA</b>	<b>Hospital General</b>	<b>Hospital de Alta Especialidad (excepto el Hospital de Salud Mental).</b>	<b>de</b>	<b>Alta</b>	
2007	52		29		27		108
2008	42		29		24		95
2009	41		29		25		95
2010	43		30		24		97
2011	39		22		22		83
2012	32		25		19		76
2013	40		24		43		107
2014	39		26		42		107
2015	37		26		46		109
2016	39		22		44		105
2017	35		23		43		101
2018	41		23		43		107

**Fuente: Directorio de los Servicios de Salud Mental**

En el año 2008, el número de profesionales graduados en instituciones educativas fue el siguiente: 51 psiquiatras de los 8,366 médicos, 4,047 enfermeras, 2,484 psicólogas. El número de plazas ofrecidas para cursar la especialidad en psiquiatría no se ha incrementado en los últimos años en el país. En 2010 únicamente 1.9% de los médicos que concursaron el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas eligió la psiquiatría como su primera opción (Gerhard Heinze, 2012, p. 284).

La capacitación en México, por lo menos de dos días sobre el uso racional de medicamentos, cubrió a 24% de los psiquiatras, 81% de los médicos, 30% del personal de enfermería, y 10% del otro personal de salud. En la capacitación sobre intervenciones psicosociales, participó 12 % de los psiquiatras, 39% de los médicos, 19% de las enfermeras 345 de las psicólogas y 8% de otros trabajadores (Gerhard Heinze, 2012). Las capacitaciones anuales existentes al personal médico y

paramédico de las 17 jurisdicciones sanitarias de Tabasco se estiman de 1,000 médicos y paramédico (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 81). Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación relacionados con temas de salud mental que estaban dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel de atención fue menor a 15%. (Brenzon Gorn *et al.*, 2013, p. 255). De acuerdo con estas cifras es importante fortalecer la enseñanza de la salud mental en el pregrado de medicina y en las carreras de psicología, enfermería y trabajo social, entre otras, y mantener una capacitación continua —sobre salud mental— en el PNA (pág. 256).

### 3.2. Salud psicosocial en Tabasco en el marco de la reestructuración psiquiátrica de México y de la región de las Américas

Lo que me interesa en este apartado es conocer la forma como el PNA comenzó a ser el espacio a través del cual se pretendió dotar de atención en salud mental a la población mexicana y para hacerlo partí de un par de preguntas básicas: ¿Ha existido una política de salud mental en México? ¿desde qué tiempo podemos hablar de ella? y ¿cuáles son las estructuras institucionales que le han dado forma? A partir de responder a estos cuestionamientos doy cuenta cómo, ciertos elementos de la política nacional dieron forma más que a un simple reajuste, a una reestructuración del sistema de salud mental. En este capítulo sostengo que las causas y consecuencias del incremento de los servicios de atención después de la reforma han estado en estrecha relación con ellos.

De acuerdo con Hernández Lara (2008), “Hay política de salud mental en la medida en que existe un dispositivo a partir del cual se intenta, aunque sea emergente e incrementalmente, dar solución al problema de la enfermedad mental (pág. 20). La política de salud mental no hace alusión necesariamente a un programa de gobierno intencionado, dice el sociólogo mexicano, es más bien “... un conjunto más o menos uniforme de disposiciones discursivas que direccionan y otorgan significado a las acciones que se realizan dentro de un Estado para procurar, a partir de una actividad de gobierno, la salud mental de la población” (pág. 22).

Esta política de salud mental en México que inicia con la puesta en marcha del Hospital General “La Castañeda” a inicios del siglo XX, se presenta aquí como un entramado de instituciones, mecanismos y discursos que problematizan y accionan en diferentes niveles y que encuentran sus orígenes en: 1) el establecimiento de la atención primaria en salud en 1978 como clave para alcanzar salud para todos en el año 2000 a nivel mundial y el proceso de descentralización y modernización vivido en la década de los ochenta a nivel nacional, 2) con un modelo de corresponsabilidad y familiarismo creado como consecuencia de un posicionamiento humanista de la psiquiatría moderna, 3) con la flexibilización y democratización del saber médico que dilató el campo de saberes 4) con un cambio en los fundamentos epistemológicos y semánticos que sustentan la práctica profesional especializada en salud mental, y 5) con la introducción de nuevas posibilidades de intervención a través de las innovaciones técnicas (epidemiología psiquiátrica, criterios diagnósticos y psicofármacos).

### 3.2.1. Bases para una nueva política en salud mental en México

La Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina y el Caribe se puede entender en tres fases diferentes. La primera se dio a inicios de la década de los sesenta bajo la influencia del movimiento de psiquiatría comunitaria<sup>55</sup> que se llevó a cabo en los Estados Unidos de América, las experiencias de la reforma de los servicios de salud mental en Europa y las recomendaciones de la OMS para la reorganización de los servicios de salud mental. La segunda etapa se dio a partir de la Declaración de Caracas realizada en esa ciudad entre el 11 y el 14 de noviembre de 1990 (OPS, 1990); la cual propuso integrar la atención de la salud mental en atención primaria y en los sistemas locales de salud y expuso la necesidad de abandonar el concepto de hospital psiquiátrico como eje central del sistema de atención psiquiátrico. Y la tercera fase de la reforma de salud mental inició

---

<sup>55</sup> La psiquiatría comunitaria surge en los años sesenta en el contexto de la política desinstitucionalizadora de EE. UU., y se extiende por todo el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la reforma psiquiátrica (García González *et al.*, 1998).

formalmente en 2001 con la decisión histórica de la OMS<sup>56</sup> de dedicar a la salud mental varias de sus grandes iniciativas de alcance mundial ese año (Caldas de Almeida, 2005; Rodríguez, 2007, 2011).

Los primeros pasos en este proceso se dieron a inicios de la década de 1960 con las primeras iniciativas internacionales sobre políticas y servicios de salud en las Américas que fueron los seminarios organizados por la OPS en Cuernavaca (1960) y Buenos Aires (1963). Además de la reunión organizada por la OPS (1969) en Viña del Mar, Chile, en la que por primera vez se recomendó establecer servicios y programas de salud mental en la comunidad. Siete años después se analizó en Caracas el estado de la enseñanza de las disciplinas relacionadas con la salud mental en las escuelas de salud pública. A escala nacional, este período se caracterizó por la puesta en marcha de numerosas experiencias de servicios y programas de salud mental comunitaria<sup>57</sup>.

La segunda fase se estableció después de la declaración de Caracas en Venezuela que propuso integrar la atención de la salud mental en la atención primaria y a la asistencia psiquiátrica en servicios basados en la comunidad; con capacidad para garantizar una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continuada y preventiva. Como resultado, se adoptaron medidas para reformar sus servicios de salud mental, se formularon políticas públicas de salud mental y se establecieron legislaciones nacionales en esa materia<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> La OMS declaró al 2001 el Año de la Salud Mental. En ese año el Día Mundial de la Salud fue un éxito rotundo. “La salud mental, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva”, y es bajo esta visión que se dieron nuevos cambios en su abordaje. Como resultado de las actividades del 2001, en el año siguiente se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Este Programa constituye un nuevo y enérgico esfuerzo que busca implementar 10 recomendaciones y se apoya en cuatro estrategias para lograr su propósito final, mejorar la salud mental de las poblaciones: 1. Aumentar y mejorar la información destinada a los decisores y transferir tecnologías a fin de elevar la capacidad de los países 2. Concientizar acerca de los trastornos mentales por medio de la educación y la abogacía a fin de elevar el respeto por los derechos humanos y reducir el estigma. 3. Asistir a los países en la formulación de políticas y en el desarrollo de servicios integrales y efectivos. La escasez de recursos obliga un uso racional y 4. Construir o fortalecer la capacidad en los países pobres para investigar en salud mental pública (Sandoval, 2005).

<sup>57</sup> Aunque en algunos casos, como en Nicaragua, estas experiencias formaron parte de un programa nacional de salud mental, por lo general eran experiencias limitadas de alcance local.

<sup>58</sup> En algunos países —como Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala y Panamá—, los servicios de salud mental se integraron en la atención primaria y en otros —como Argentina, Brasil, Belice y Jamaica— se llevaron a cabo

En 2001 al dedicar el “Informe sobre la Salud en el Mundo” a la salud mental, la OMS impulsó la colocación de este tema en la agenda política a nivel global y cambió la forma tradicional de comprender los problemas de salud mental y de responder a ellos. En 2005 se desarrolló, en Brasilia, la «Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas» (OPS, 2005) auspiciada por la OPS y el Gobierno de Brasil, la cual evaluó el camino recorrido en la Región y en 2008, la OMS presentó el “Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias” (mhGAP, por sus siglas en inglés) (Rodríguez, 2011). Sin embargo, aunque hay una intención internacional y nacional de integrar la salud mental a la atención primaria, esta integración ha sido muy lenta y parcial. Actualmente los servicios de salud mental en la comunidad siguen siendo poco frecuentes y el número de unidades de internamiento psiquiátrico en los hospitales generales aun es reducido<sup>59</sup>.

México se integró formalmente a este proceso a partir de la “Declaración para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica” que se firmó por la SSA el 12 de octubre de 2006, desde entonces el país dispuso de leyes, normas y programas de acción para regular la atención de la salud mental (SSA, 2006; Brenzon Gorn *et al.*, 2013). Sin embargo, es importante decir que, este ingreso estuvo preparado por dos momentos diferentes, el primero de ellos fue establecido desde 1978 a partir de Alma-Ata y el segundo después de 1982 con el proceso de modernización y descentralización vivido en el país.

---

con éxito algunas experiencias de servicios de salud mental en la comunidad. También los programas de rehabilitación psicosocial y el proceso de reestructuración de los hospitales psiquiátricos avanzaron con éxito en varias localidades, por ejemplo, en Campinas, Brasil, y en Hidalgo, México (Caldas de Almeida, 2005, p. 316).

<sup>59</sup> La situación en los países de América Latina y el Caribe al inicio de la nueva fase de la reforma se puede resumir de la siguiente forma:

- políticas, planes y legislación: progreso significativo en la formulación, pero bajo nivel de implementación
- salud mental en atención primaria: cobertura muy limitada y falta de capacitación de los profesionales
- desarrollo de servicios en la comunidad: algunos avances, general- integración de la salud mental en el sistema general de salud: insuficiente en la mayoría de los países fortalecer el desarrollo de servicios y programas específicos para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres, los niños, los ancianos, los refugiados, las víctimas de desastres y las poblaciones indígenas (Caldas de Almeida, 2005).



El compromiso realizado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud llevada a cabo el 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata, capital en ese entonces de la República Socialista Soviética de Kazajistán, de que hubiera salud para todos en el año 2000, se basaba en el impulso que se le daría en los siguientes años a la atención primaria a la salud. La influencia de esta propuesta sobre las políticas sanitarias de los países que hicieron este compromiso fue definitiva. De acuerdo con la OMS, la salud mental se incluyó desde entonces en la lista de las prioridades de la atención primaria. Este antecedente fue el que a nivel mundial y nacional sentó la base para lo que actualmente se conoce como la organización de los servicios de salud en niveles de atención y particularmente en el modelo comunitario centrado en APS que buscó la ampliación de la cobertura –para llegar a población no asegurada– y privilegió un sistema de salud preventivo<sup>60</sup>.

A partir de 1982 se comenzó a hablar en México de descentralización<sup>61</sup> como una de las políticas fundamentales del nuevo gobierno federal y la SSA resultó una de las primeras y más decididas dependencias que llevaron a cabo este proceso (Benassini, 1997, p. 64). Dicha descentralización fue una estrategia fundamental para emprender transformaciones estructurales que estuvieron integradas por varios componentes: el fortalecimiento del federalismo<sup>62</sup>, el desarrollo regional y la reordenación de la actividad económica en el territorio nacional a partir del establecimiento de la racionalidad de la administración pública (SSA, 1996). En Tabasco en la década de 1980 se llevó a cabo este proceso que hizo que el Hospital de Especialidad en Salud Mental que había estado bajo la tutela de la Dirección

---

<sup>60</sup> Debido a que el objetivo de Alma-Ata no se ha cumplido, la directora general de la OMS, Gro Harlem Brundtland, en un resumen ejecutivo de su informe realizado en 2001 dedicado a la salud mental, denunció la negligencia de sus gobiernos para cumplir los acuerdos en materia de salud ya que no han proporcionado medios adecuados de tratamiento para los trastornos mentales (OMS, 2001).

<sup>61</sup> Existe dos documentos centrales en los que se fundamentó este proceso: 1) “El Acuerdo para la descentralización de los Servicios de Salud”, firmado en 1996, en el que se establecía una nueva forma de relación entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados. Esta relación consistía no sólo en la autosuficiencia de cada entidad, sino también en una cooperación horizontal. 2) En “Los Cuadernos de descentralización. Descentralización de los Servicios de salud a Población abierta. Avances y perspectivas”, en el que se establece un recuento de las acciones realizadas por el Estado mexicano desde que la descentralización ocupó un lugar primordial en las premisas para el gobierno de la salud.

<sup>62</sup> Que dotó de autonomía a los municipios, colocándolos como la célula básica de la administración pública.

General de Salud Mental, dejara de serlo para formar parte de una administración estatal, proceso que concluyó en 1985 con la total independencia del nosocomio (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, pp. 48-49).

El proceso de descentralización que mediante la transferencia de facultades, funciones y recursos a las entidades y municipios lograría una mejor gestión local de los servicios de atención, estuvo articulado a lograr la cobertura universal a través de la consolidación del Sistema Nacional en Salud Mexicano y la progresiva integración orgánica de los servicios de atención a población abierta. Así, conformar servicios y sistemas estatales de salud (mediante diversas instancias locales) para acercar la toma de decisiones a lo local, estuvo en perfecta lógica con los firmado en Alma-Ata en 1978.

En este mismo contexto histórico de los grandes cambios estructurales, en el que desaparece el estado de bienestar a partir de la década de los ochenta, se tendió a la individualización de los riesgos y a las responsabilidades sociales en materia de seguridad social. Las políticas neoliberales menos proteccionistas pusieron de relieve la importancia de un régimen cada vez más social basado en la responsabilidad individual, familiar y comunitaria del enfermo mental y luego entonces de la corresponsabilidad entre Estado y sociedad, con un énfasis en prevención, educación e intervención en la comunidad a través del PNA (Laurell, 2003; López-Arellano y Blanco-Gil, 2001; López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017; Tetelboin et al., 2005; Tetelboin y Granados, 2007).

### 3.2.2. Más allá de la Psiquiatría: Entre la des/hospitalización y la sobre/institucionalización

Este apartado contribuye a describir históricamente las estructuras institucionales que le dieron forma al actual servicio de atención en salud mental y a su demanda. Empezaré por hablar de lo último antes de hacer hincapié en las instituciones y acciones encaminadas a dar solución a las demandas de atención. Todo lo anterior con la finalidad de establecer que una de las características que ha tomado la reestructuración de la atención a la salud mental en México y en Tabasco, ha sido,

por un lado, estas buenas intenciones de des/hospitalizar la atención mental –sin lograr realizarlo hasta el momento– y por el otro; la sobre/institucionalización que le ha caracterizado. Pues, aunque se piense que la reestructuración es una apuesta por la atención de base comunitaria corresponsable y familiarista, la des/institucionalización está muy lejos de ser el objetivo de ésta.

Es importante decir que en este país sólo habían recibido atención de salud mental los pacientes que lograban acceder a un hospital de especialidad en el tema, es decir menos de 10% de las personas que tienen algún trastorno mental. Esto por un lado da cuenta de la importante brecha de atención que existe –razón por la cual se propone cambiar de modelo de intervención–; pero por el otro, manifiesta la forma en que las personas han buscado atención. Con cifras retomadas del programa de Acción en Salud Mental de 1988, se realizó un estudio comparativo que mostraba la preferencia de las personas a buscar ayuda en caso de padecer algún trastorno mental. Los resultados evidenciaron que la búsqueda priorizaba la auto/atención –por familiares, amigos, auto/medicación– seguida de figuras como el clérigo y el curandero. Los servicios representados sobre todo en este momento por el hospital psiquiátrico eran marginales en la búsqueda de atención de las personas. Para 1997 otro estudio invirtió los resultados, colocando al PNA, a psicólogos y psiquiatras como principales opciones en la búsqueda de soluciones (SSA, 2001). Este dato es importante de mencionar porque da cuenta de que en la reestructuración no sólo se han diversificado los servicios de atención, también las demandas.

Esta diversificación de servicios y esta ampliación de dispositivos terapéuticos tuvo su génesis en las primeras instituciones que se crearon para dar atención a los trastornos mentales. Los primeros hospitales de origen colonial, de beneficencia pública y administración religiosa fueron el Hospital de San Hipólito<sup>63</sup> y el Hospital del Divino Salvador<sup>64</sup> (mejor conocido como La Canoa). Éstos se establecieron a finales

---

<sup>63</sup> Edificado hacía el poniente de la capital Novohispana, su atención corrió a cargo de las Hermanas de la Caridad. San Hipólito comenzó como hospital General, destinado a los pobres y desamparados y poco a poco cambió su vocación al dedicarse al cuidado de los pacientes mentales. Después de ser suprimida esta orden, el hospital pasó a manos del ayuntamiento de la ciudad (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015).

<sup>64</sup> Este hospital dedicado para mujeres con trastornos mentales fue iniciado como una obra de caridad y financiada después por el arzobispo de Aguilar Seijas y a la muerte de éste el hospital queda en manos de la

del siglo XVI e inicios del XVII respectivamente y sobrevivieron hasta la primera mitad del siglo XX, tiempo en el que sus pacientes –344 perteneciente a San Hipólito y 210 de La Canoa– fueron trasladados al Manicomio General La Castañeda.

En Tabasco el antecedente del dispositivo de intervención psiquiátrica más inmediato que mencionan Madrigal-Zentella y Castro Morales (2015), fue durante el siglo XIX. El Hospital Civil se fundó en 1800 y dejó de funcionar hasta 1939, tiempo en el que se construyó un hospital para pacientes con bajos recursos que llevó por nombre Hospital Dr. Juan Graham Casasús, donde se atendió a los enfermos mentales en un anexo<sup>65</sup>. Otro Hospital que atendió a enfermos mentales fue el Juchimán que abrió sus puertas en 1937. En él “...se contaba con un sótano donde eran colocados enfermos que presentaban brotes de agresividad, [además] se contaba también en este hospital con un aparato de terapia electroconvulsiva” (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 41). Estos dos hospitales fueron el antecedente del Hospital “Granja” para Enfermos Nerviosos y Mentales que se estableció en la entidad en 1962<sup>66</sup>.

A nivel nacional, desde 1878 se giraron órdenes para la realización del Manicomio General y se presentaron dos proyectos: la creación del Hospital General de México y del Manicomio General. Pero en ese momento se dio prioridad al primero. No fue hasta “El día 1º de septiembre de 1910 que el General Porfirio Díaz, acompañado del doctor Eduardo Liceaga inauguró el hospital más importante de México, destinado a la atención psiquiátrica, de la primera mitad del siglo” (de Viesca y Viesca, 1998, p. 20). A través de este proyecto se veía consumada la obra de

---

Compañía de Jesús y los pertenecientes a la Congregación del Divino Salvador. Una vez expulsados los Jesuitas del país en 1767 el hospicio pasó a manos del Real Patronato. Después al independizarse la Nueva España el hospital pasó a manos del Ayuntamiento y en 1847 a las Hermanas de la Caridad. En 1910, igual que pasó con los pacientes del Hospital San Hipólito (344) las asiladas (210) fueron mudadas al nuevo manicomio de México (2015).

<sup>65</sup> El área para enfermos mentales estaba integrada por dos grandes salas, 1 para mujeres y 1 para hombres, además contaba con tres o cuatro celdas que fungían como aislados, estas áreas eran atendidas por una enfermera auxiliar (p. 40).

<sup>66</sup> El modelo Granja fue construido en la entidad tabasqueña a partir de la solicitud realizada por el entonces gobernador Lic. Carlos Alberto Madrazo Becerra, quien logró que el hospital sede de la región del Sureste se estableciera en Villahermosa. Pero por cuestiones económicas el modelo “Granja” que había estado de moda sólo logró sobrevivir durante seis años en Tabasco.

modernización y progreso<sup>67</sup> que el entonces presidente quería para México y con la cual osaba festejar el centenario de la Independencia del país. “La Castañeda” era un hospital y asilo para “alienados” que se fundaba sobre la base de la eficacia terapéutica del encierro, trabajo que seguía las bases de la escuela francesa de Pinel y Esquirol que patologizó las malformaciones biológicas y las conductas sociales, y que estaba coordinada por la Beneficencia social y por el Consejo de salubridad.

“La Castañeda” estuvo marcada 1) por la revuelta social de inicios de siglo XX, la modernización del país, el inicio de la urbanización y la pobreza de esos días; y 2) por la profesionalización de la psiquiatría y la institucionalización de la locura. Ambas cosas lograron producir tanto el saber que en el nosocomio se producía y las subjetividades que creaba el encierro, como lo documenta Rivera Garza (2010). La Castañeda terminó fracasando no sólo por su propia apuesta médica asilar, su definición de locura y enfermedad mental (Ríos Molina, 2009), su relajamiento en las normas de admisión y sus vacíos legales (Sacristán, 2001; 2002); sino también porque la psiquiatría fue parte de la red asistencial del Estado, por la complicidad entre el discurso psiquiátrico y las redes familiares (Ríos-Molina, 2009b) y por los mismos procesos sociales de la época que hicieron posible la sobrepoblación de enfermos incurables y de asilados que no tenían familia ni casa a la cual regresar<sup>68</sup>.

De acuerdo con lo anterior, desde los años treinta se mostró un agotamiento de este modelo terapéutico y se vio la necesidad de incrementar otras alternativas como la consulta externa para disminuir el número de ingresos y la creación de las llamadas Granjas en los estados que más enfermos remitían al Manicomio General (Sacristán, 2001, p. 95). Pues para ese entonces la infraestructura del dispositivo sólo contaba con el Hospital Civil de Guadalajara (1860), el Manicomio Estatal de

---

<sup>67</sup> “Y no era para menos: la erogación de casi dos millones de pesos para levantar 24 edificios construidos sobre una superficie de 78 480 metros cuadrados evidenciaba, materialmente hablando, dicho estado de progreso” (Sacristán, 2001, p. 93).

<sup>68</sup> En 1937 se reportaban 2,890 internos que eran atendidos por 13 médicos y para 1942 se albergaba a 3,400 personas (pág. 97).

Veracruz<sup>69</sup> (1898) y el Hospital Neuropsiquiátrico Leandro León Ayala en Mérida (1906).

Los Hospitales Granja<sup>70</sup> se crearon como producto del desgaste que se dio con respecto al modelo asilar y que inició con la implementación de 7 hospitales en varios estados de la República. En 1941 el Doctor Miguel Guevara Oropeza (director de “La Castañeda”) propuso el modelo terapéutico para pacientes incurables denominado como “Granja de Recuperación para Enfermos Mentales Pacíficos de México”, en el que se pretendía que el paciente pudiera recuperarse mediante “ergoterapia”, rehabilitación ocupacional vía trabajo en campos de cultivo, cuidado de animales y en diversos talleres. La primera de ellas, que primero fue una extensión de la Castañeda fue San Pedro del Monte en Guanajuato, diseñado bajo la modalidad de Hospital Campestre (1945). Este modelo terapéutico francés, derivado de los debates por reformar el sistema manicomial, trabajó con éxito en el país de 1945 a 1968<sup>71</sup>, creándose 11 en toda la República (Sacristán, 2003).

El Modelo Granja en un primer momento fue concebido como un espacio para desahogar de población a “La Castañeda”, bajo el entendido de enviar sus pacientes crónicos a las Granjas y atender a los agudos en el Manicomio General. Posteriormente y por los buenos resultados obtenidos en Guanajuato, se convirtió en el pilar, dice Cristina Sacristán (2003), de la política de salud mental de cinco periodos presidenciales diferentes. Pero desde sus orígenes estuvo destinado a sucumbir, dado que era un dispositivo de prolongación del manicomio que se basaba en el encierro.

---

<sup>69</sup> Aunque existe una importante historiografía sobre los manicomios, pocos son los textos que hacen un análisis local y entre ellos está el trabajo de Hubonor Ayala Flores titulado: “Salvaguardar el orden social: El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)” (Morales Ramírez, 2009).

<sup>70</sup> Hospital campestre y Granjas de internamiento son un tipo de atención de Tercer Nivel dedicado a la atención de paciente crónicos que ya han tenido un proceso de internamiento largo y que tienen un grado de invalidez que causa inadaptación social. Cuando hablamos de transición en el modelo de atención (Manicomio & Granjas) a partir de la operación “Castañeda”, en realidad hablamos de una ampliación geográfica más que de un verdadero cambio terapéutico. Ambos dispositivos pertenecieron al Tercer Nivel y ambos tuvieron un énfasis en la atención al padecimiento y la rehabilitación más que en la prevención, situación que duró así hasta por lo menos 1980.

<sup>71</sup> Fecha en la que se demolió el Manicomio General “La Castañeda”.

Mediante este proceso de descentralización, el esfuerzo de crear hospitales Granja en diferentes estados del país y la necesidad de terminar con el modelo asilar y asistencial –intentando preservar y alentar vínculos familiares–, se condujo al inicio de una diversificación de alternativas terapéuticas<sup>72</sup> que prepararon el escenario para la reforma psiquiátrica vivida por la región de Las Américas a partir de 1990<sup>73</sup>. Reforma iniciada en Italia en 1971<sup>74</sup>, a la que México se sumó primero mediante el Modelo de atención a la salud en los tres niveles de atención. Pero que se aplicó a través del Modelo de Atención a la Salud Mental “Miguel Hidalgo” a inicios del siglo XXI, como respuesta al informe 2001 de la OMS.

La reestructuración del Sistema de Servicios de Salud Mental llevado a cabo por la SSA en conjunto con la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedad Mental (IAP), desarrolló el Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Nacional de Atención a la Salud Mental “Modelo Hidalgo” (Dirección General de Epidemiología, 2012). Este Modelo por primera vez se implementó en el estado de Hidalgo (en el centro del país) y consistió en reestructurar los servicios a partir de una Red de Servicios Comunitarios de prevención, APS, Hospitalización y Reinserción Social (Xavier, 2008).

El 21 de noviembre de 2000 la Fundación IAP, la SSA, así como el gobierno del estado de Hidalgo inauguraron la Villa Ocaranza y dos casas de medio camino en

---

<sup>72</sup> Entre las que se encontraron: consulta externa en Hospitales Psiquiátricos, Anexos psiquiátricos en los Hospitales Generales, el Hospital Abierto, etc.

<sup>73</sup> La reestructuración vivida en las Américas a partir de 1990 tomó diferentes formas y como ejemplo de experiencias exitosas se pueden mencionar el proyecto de salud mental del barrio Santa Eduvigés, en Tegucigalpa, Honduras; la experiencia de atención psicosocial de Ciudad Sandino, Nicaragua; el proyecto de salud mental de Curundú, Panamá; y el programa de salud mental de Santa Catarina, en Brasil. En México además del Modelo Miguel Hidalgo estuvo el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) en el entonces Distrito Federal; la atención a la salud mental por medio de cuatro programas en Guanajuato, el Instituto de Salud Mental conocido como SALME, que organiza su atención por medio de dos hospitales para pacientes agudo y crónicos y nueve Centros Integrales de salud mental (UNEME/CISAME); el Sistema de Control de Pacientes (SINCONPAC) de San Luis Potosí y el programa de psiquiatría comunitaria en Sonora (Madrígal de León, 2016).

<sup>74</sup> Dicha Reforma Italiana se caracterizó por una desaparición gradual de hospitales psiquiátricos, el diseño de nuevos servicios comunitarios alternativos, por la concepción de la psiquiatría como un elemento de apoyo al cuidado comunitario y por la búsqueda de integración y coordinación entre los diferentes servicios y niveles de atención. El modelo tomó también en cuenta la experiencia española, representada por la Liga de la Higiene Mental, la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, y el Plan de Reforma de Hospital Psiquiátrico de Leganés, Madrid 1986-1991 (Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgrppcdh/>).

Pachuca, cerrando las puertas del Hospital Psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza –que tiene sus antecedentes del Hospital Campestre– y abriendo el paso al nuevo rostro de la salud mental en México. Para el 12 de octubre de 2006 se firmó la “Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica”, en esa declaración 28 estados de la República se comprometieron a que el Modelo Miguel Hidalgo de Atención a la Salud Mental, que la SSA federal decidió promover desde el 19 de enero de 2004, sería el instrumento nacional para la reestructuración de la atención psiquiátrica (SSA, 2006). Es importante señalar que Tabasco no se encontraba dentro de esos 28 estados.

El desarrollo de este Modelo contempla acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social. El Modelo dispone de leyes, normas y programas de acción que regulan la atención de la salud mental e incluyen los lineamientos básicos para las políticas públicas destinadas a paliar este tipo de afecciones. Además, cuenta con un órgano independiente del sector salud, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, encargada de controlar que se respeten los derechos humanos de los usuarios y familiares<sup>75</sup>. Está integrado por una amplia red de servicios de atención a lo largo de los tres niveles de atención cuya infraestructura se organizó a través de: 1) Centros de salud, 2) Centros de salud con Módulos de Salud Mental 3) Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), 4) Centro Integral de Salud Mental (CISAME), 5) Unidades de Psiquiatría en Hospitales de Segundo Nivel y 6) Villas de Hospitalización Intermedia (SSA, 2013).

Para el caso de Tabasco el Modelo de atención a la salud en los tres niveles de atención se remonta a 1984. En 1999 empezó la operación de los servicios de Psicología en los municipios y en 1996 en Comalcalco, se inició una transición del sistema de atención especializado y hospitalario de la Psiquiatría, a un servicio de Psiquiatría de enlace, ubicando especialistas de Psiquiatría, Psicología y Trabajo

---

<sup>75</sup> El 56 % de los países de la región cuenta con legislación relacionada con la salud mental o leyes específicas; sin embargo, no siempre están actualizadas o no se ajustan a los estándares internacionales de derechos humanos. Solo el 11 % de los países ha aprobado o revisado sus leyes de salud mental en el 2005 o posteriormente (Rodríguez, 2011).



social en unidades hospitalarias de Alta especialidad y en hospitales de segundo nivel.

De acuerdo con el recorrido histórico realizado, se pueden observar las diferentes formas a través de las cuales se ha organizado el servicio de atención a la salud mental –que inició a finales del siglo XVI–. Desde entonces transcurrieron casi 4 siglos y medio de ejecutar diferentes estrategias de atención haciendo uso de diversos dispositivos terapéuticos. En dicho recorrido se dio cuenta de diferentes momentos en la política de salud mental que están basados en una reforma psiquiátrica<sup>76</sup> y dos modelos de atención (Manicomio/Hospital Psiquiátrico/Granjas & atención de base comunitaria).

El primer modelo, fue de corte asistencialista, deshumanizado y custodial –con una limitada atención a ciertas patologías–; y el segundo, comunitario, humanista y centrado en la rehabilitación y reinserción social. Características últimas que hablan de una transformación en la relación Estado-sociedad mediante la corresponsabilidad –principio de prevención que se dictó desde la declaración de Alma-Ata y acentuada en México a partir la creación del Sistema Nacional de Salud–, el familiarismo –producto de una estrategia terapéutica que buscaba evitar la ausencia de vínculos familiares que hubo durante el modelo asilar, y separar la atención a la salud del trabajo asistencial y paternalista del Estado– y la individualización –que buscó responsabilizar al mismo enfermo y construir prácticas corresponsables en la ciudadanía (Gómez, 2009).

Finalmente, el trayecto dio cuenta de que: 1) la des/hospitalización y des/institucionalización son una utopía porque el eje de la atención de la salud mental en México sigue siendo el Hospital Psiquiátrico<sup>77</sup> (Brenzon Gorn *et al.*, 2013,

---

<sup>76</sup> Si se aplica rigurosamente la definición de reforma, dice Infante *et al.* (2000), “no todos los cambios introducidos en el sector de la salud en los países podrían llamarse así. En algunos casos los cambios son sustantivos y planificados, pero no se denominan de ese modo; en otros se modifica la modalidad de las funciones de una de las instituciones públicas importantes, pero no la de las restantes” (pág. 18). En México actualmente podemos hablar de una segunda generación de la reforma.

<sup>77</sup> El 80% del presupuesto de salud mental sigue utilizándose para la operación de los hospitales psiquiátricos —dejando solo 20% para financiar al resto de la red de servicios de salud mental—, lo que reduce, por ejemplo, la capacidad de acciones de salud mental comunitaria.

p. 256) y 2) que la nueva estructura desarrollada a partir del Modelo Hidalgo plantea una sobre/institucionalización que inicia desde el PNA y que se extiende a lo largo de todos los niveles del sistema de salud –tanto en el sector público como en el privado–.

### 3.2.3. La flexibilización y democratización del saber médico psiquiátrico

Describir a un sistema descentralizado cuyo modelo familiarista delega responsabilidades en los sujetos enfermos, en su círculo más cercano y en la comunidad en la que habita; implica ver que este proceso de transformación fue afianzado por una sobre/institucionalización heterogénea que se ha construido a lo largo de todo el sistema de salud y que potencializó una flexibilización y democratización del saber psiquiátrico. Por eso este apartado busca dar cuenta de cómo los recursos humanos especializados han contribuido a este proceso: primero, describiendo la importante crítica y autocrítica al saber psiquiátrico y a su modelo asilar y segundo, diversificando el campo de saberes al hacerlo más dúctil e incorporar otros conocimientos que hasta entonces se habían considerado ajenos e infravalorados (como la psicología o la medicina general). Hablar de la democratización del saber psiquiátrico implicó describir este dispositivo terapéutico puesto en marcha y el cambio epistemológico y semántico que le acompañó.

La psiquiatría fue el saber especializado a partir del cual se construyó en un primer momento un mecanismo racional de administración pública en torno de la locura. Los médicos psiquiatras fueron por años los operarios del dispositivo psiquiátrico y “La Castañeda” fue el momento en el que en México se constituyó este saber y se institucionalizó como saber hegemónico (Galende, 1983).

Después de la Segunda Guerra Mundial (SGM) tanto al interior como al exterior del modelo asilar y de la psiquiatría<sup>78</sup> se desarrolló una crítica ético-jurídica<sup>79</sup>,

---

<sup>78</sup> En México un importante papel de la crítica de los Hospitales Campestres y Hospitales Granja vino de los propios psiquiatras y del periodismo que dio cuenta del régimen represivo y del modelo carcelario que se vivía en estos lugares y que constituyó un testimonio de las malas condiciones en las que se encontraban los internos y las instalaciones. Un ejemplo claro fue un reportaje del Hospital Granja “La salud” Tlazoltéotl escrito por los entonces estudiantes de psiquiatría Julio Frenk, Mauricio Ortiz, Aurora Orzechowsky y José Luis Babadilla

clínica<sup>80</sup>, institucional<sup>81</sup> y sanitaria<sup>82</sup> (Gómez-Figueroa *et al.*, 2011), que puso en cuestión el papel del psiquiatra y la eficacia del dispositivo terapéutico que había creado. Profesiones como la psiquiatría que habían gozado de prestigio fueron criticadas y desprestigiadas y de ser funcionales pasaron a ser inadecuadas. El cambio en el discurso científico, ético y de derechos humanos propició una nueva manera de problematizar la enfermedad mental<sup>83</sup>, lo que implicó una ampliación y modificación de los criterios de intervención psiquiátrica.

Este cuestionamiento al saber psiquiátrico vino acompañado de un cambio semántico y discursivo; es decir, por una redefinición de términos como el de enfermedad mental y por la introducción de un nuevo concepto de salud<sup>84</sup> –más integral e incluyente–. Dicha resemantización estuvo ligada a la ampliación de la prestación de servicios de salud mental; pues además de atender y rehabilitar, los psiquiatras debieron prevenir, educar e intervenir en la comunidad. Finalmente, y como consecuencia de los anterior, también estuvo ligada a la creación de nuevos dispositivos de atención (DOF, 1986).

Cuando se habló de enfermos mentales, retrasados, impedidos,

---

titulado “La Granja” en el suplemento de la revista *Siempre* (Hernández Lara, 2008). Y a este primer artículo que reflejó el deterioro del modelo asilar vinieron más artículos periodísticos y documentales entre 1977, 1978, 1993 y en el 2000 fecha en la que se reconoce el atraso que México tiene con respecto a la protección de los Derechos Humanos de los enfermos mentales y de su participación en la reforma psiquiátrica a nivel regional.

<sup>79</sup> “Que hace referencia a la posible violación de los derechos humanos de las y los pacientes psiquiátricos” (Gómez-Figueroa *et al.*, 2011, p. 200).

<sup>80</sup> “El cual evidencia la ineficiencia terapéutica del hospital psiquiátrico y le atribuye un rol como ente patogénico y “cronificante” de la enfermedad mental” (pág. 200).

<sup>81</sup> “Que denuncia el carácter cerrado de la institución, el imperio de las relaciones de sumisión y las prácticas de violencia física y psicológica” (pág. 200).

<sup>82</sup> “Establece las distorsiones en los sistemas para la atención en la salud mental, enfocándose en la deficiencia para la asignación de recursos humanos y financieros, que generan una centralización de los recursos, afectando negativamente a los servicios descentralizados y ambulatorios” (pág. 200).

<sup>83</sup> Fue hasta 1984 que se promulgó la Ley General de salud y con ella se da el inicio al cuidado de la salud mental mexicana –en el artículo 72 se habla de la prevención y atención de los trastornos mentales y en el 74 de los derechos del paciente psiquiátrico. Pero México es uno de los países que todavía no cuenta con una Ley General de salud mental, ni especifica el derecho a la salud mental en su Constitución, que hasta el día de hoy sólo es avalado por las Normas Oficiales Mexicanas (Becerra-Partida, 2014).

<sup>84</sup> En este sentido la OMS jugó un papel fundamental a través del concepto de salud que establece y que es redactado en el primer principio de su Constitución durante la segunda mitad del siglo pasado: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 1946).

discapacitados o minusválidos; fue porque el hospital psiquiátrico era el dispositivo de intervención por excelencia y el psiquiatra el saber especializado (1910-1970). El término trastorno mental se comenzó a utilizar cuando se introdujo el uso estandarizado de criterios diagnósticos en la década de los ochenta (como el CIE-10 o el DSM-V) que ayudaron en la homogeneización de la atención y ampliación de la jurisdicción del saber. Finalmente, con el uso del concepto de salud mental que introdujo una mirada más integral de la salud, se amplió el campo semántico y el poder de intervención<sup>85</sup> al ya no sólo tratar enfermedades, sino intervenir en los factores que contribuyen en la salud mental a lo largo de los tres niveles que conforman el sistema de salud.

Mediante nuevas regulaciones bioéticas en favor de los derechos humanos de los pacientes, producto de las transgresiones cometidas en los hospitales psiquiátricos, también se produjo un cambio en el estatus de los sujetos. Pues pasó de hablarse de locos y méndigos a enfermos mentales en el manicomio, pacientes psiquiátricos en el hospital psiquiátrico, enfermos ambulatorios con tratamiento farmacológico en la consulta externa y finalmente usuarios<sup>86</sup> con derechos. El cambio en su denominación fue seguido del mismo cambio en la estructura institucional y por el establecimiento de la normatividad que ahora regula al sistema.

Las nuevas disposiciones discursivas de carácter epistemológico y semántico fueron precisando, dice Hernández Lara (2008), el imaginario del personal en salud mental<sup>87</sup> y delimitando los mecanismos necesarios para combatir la prevalencia de los trastornos mentales. Este imaginario ya no se construía a partir de la especialidad psiquiátrica, sino con la sola intervención en el campo de la salud mental. El médico,

---

<sup>85</sup> Como lo menciona Hernández Lara (2008) en los respectivos documentos nacionales e internaciones se puede ver cómo se va transformando el campo semántico: en 1977 se hablaba de enfermedad mental, en 1996 de trastornos mentales, y desde la década de los sesenta y hasta el 2000 se viene desarrollando el concepto de salud mental, que es conceptualizado como el producto de la interacción de distintos factores individuales, sociales y ambientales. No se trata de un estado de bienestar que, tal como si fuera una capacidad desarrollada individualmente, tuviera un peso más grande en los aspectos subjetivos” (págs. 153-157).

<sup>86</sup> Aquel individuo que hace uso de los servicios de salud.

<sup>87</sup> En el informe 2001 de la OMS se establece que el personal sanitario que contribuirá a la salud mental comprenderá probablemente médicos generalistas, neurólogos y psiquiatras, agentes de atención comunitaria y primaria, profesionales auxiliares de salud mental (enfermeras, terapeutas ocupaciones, psicólogos y asistentes sociales), y otros grupos como religiosos y duraderos (OMS, 2001, p. 96).

la psicóloga o la enfermera y la trabajadora social ya no tenían que especializarse en el área de salud mental ni trabajar en el hospital psiquiátrico para ser parte de este imaginario. La democratización y flexibilización de un saber compartido gracias al cambio semántico, epistemológico lo habían hecho posible.

Este nuevo dispositivo ha credo perfiles profesionales diversos, en los que no sólo se establece una definición positiva del quehacer psiquiátrico, sino que se establece una definición amplia que da lugar a distintas intervenciones, que van del TNA –en el Hospital psiquiátrico– al PNA –a través de la consulta externa y la intervención comunitaria (Hernández Lara, 2012, p. 223). Es decir, se des/especializa la intervención psiquiátrica y se comparte el monopolio legítimo de la intervención. Esta democratización, sigue diciendo el sociólogo mexiquense, plantea una paradoja a la psiquiatría: por un lado, pierde su hegemonía al incluir a más profesionales en su toma de decisiones; pero por el otro, se masifica y amplía sus mecanismos de intervención al ingresar en ámbitos hasta antes negados a ella.

#### 3.2.4. Innovación técnica

La democratización psiquiátrica y la flexibilización del campo de servicios de salud mental acompañados de los evidentes cambios epistémico y semántico fueron seguidos, articulados y consolidados por un cambio a nivel tecnológico llevado a cabo por la influencia del papel cada vez más importante que ha tenido la epidemiología psiquiátrica que en forma de vocero ha documentado y evidenciado los trastornos mentales que existen en el mundo y en el país. Junto con esta forma de analizar a la salud mental poblacional, se sumaron el uso de criterios diagnósticos y el de los psicofármacos; el primero, que contribuyó a homogeneizar la atención y a la democratización del saber y el segundo, a ver a la des/hospitalización y la atención de base comunitaria como un futuro no muy lejano. “Todos estos factores [confluyeron] en el nacimiento de las políticas en salud mental que tratan de suprimir la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad (Stolkiner, 2003, p.6).

Los psicofármacos<sup>88</sup> tuvieron una importante relevancia ya que sin ellos no hubiera podido iniciar el proceso de des/hospitalización pretendida desde Caracas, ni mucho menos se hubiera podido llevar el servicio de salud mental al PNA, lugar en el que como lo sugieren algunas investigaciones existe un consumo importante (Mateo Fernández *et al*, 1997) y se necesita una adecuada prescripción médica (OPS, 2010b). Primero que nada, hay que decir que el medicamento se convirtió en la base del tratamiento dado el importante avance de la farmacología entre 1950 y 1970 (De la Fuente y Torija, 1983). Los psicotrópicos ayudaron a masificar el proceso y a poder prescindir del encierro como herramienta para la atención. El psicofármaco también ayudó a homologar a la psiquiatría con las demás prácticas médicas y al hacerlo asimiló el tipo de intervención, situación que devino en la des/especialización del saber y en la flexibilización de la atención.

Sin embargo, pese al importante avance en cuanto al tratamiento farmacológico de una amplia variedad de padecimientos psiquiátricos, es importante reconocer algunas limitaciones: 1) En la mayoría de los casos sólo el psiquiatra puede prescribirlo. 2) Los escasos conocimientos del médico general y familiar sobre los medicamentos son un gran impedimento para la prescripción. 3) A pesar de que se han elaborado cuadros básicos de psicofármacos para el personal médico de las unidades del primer contacto, hace falta capacitación para que puedan manejar por lo menos los psicotrópicos utilizados para los trastornos agudos que más se diagnostican en ese nivel. 5). Finalmente, la falta de estos medicamentos en las unidades de primer nivel hace que el acceso a mucho de este medicamento se siga dando sólo en los espacios especializados, con lo cual el saber psiquiátrico sigue conservando su poder.

Otro avance tecnológico importante fue la epidemiología psiquiátrica. La epidemiología psiquiátrica es el: “conjunto de saberes que, utilizando los principios, conceptos, métodos y estrategias de investigación de la epidemiología, se encarga del estudio de la salud mental (Borges *et al*, 2004, p. 453). Dice la OMS (2001) que es un sistema de vigilancia y notificación sanitaria que ayuda a generar mecanismos

---

<sup>88</sup> El consumo del medicamento psiquiátrico se reguló a través de la Ley General en Salud desde 1987. Y en el Informe de la OMS (2001) se estableció que éstos debían figurar en la lista de medicamentos esenciales.

de evaluación del riesgo y planeación en las políticas públicas. Y es a través de ésta que las problemáticas de salud mental aparecen redefinidas y recategorizadas, para medir y evaluar su impacto en el desarrollo de las sociedades.

La epidemiología psiquiátrica logró apartar a la psiquiatría del asilo donde había estado encerrada y de los padecimientos atendidos usualmente, y dejó ver cómo la explicación biologicista, individual y unicausal era insuficiente para abordar el problema. Si bien el hospital fue por muchos años el mayor dispositivo de intervención de la psiquiatría, ahora la epidemiología le ofrecía nuevos conceptos y herramientas para abordar las enfermedades psiquiátricas como un problema de salud pública (Stolkiner, 2003).

En 1988 se realizó en México la primer Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), en el marco de la Encuesta Nacional de Adicciones, que intentó estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en México (Barenzon Gorn, 2003). A partir de entonces el saber epidemiológico en psiquiatría se ha venido desarrollando en forma paulatina con un importante avance a finales del siglo XX e inicios del XXI (Barenzon Gorn, 2003; Borges, 2004; Tapia; 2005). Además, los indicadores (Años de Vida Saludable [AVISA], Años de Vida Ajustado en Función de la Discapacidad [AVAD]) que se han generado dentro de este nuevo campo del saber han podido llamar poderosamente la atención hacia el campo de la salud mental y han podido jerarquizar, como dice Stolkiner (2003), las acciones en función de la relación costo-beneficio.

Tomando en cuenta que el campo de atención en salud mental ha dejado de ser especializado, el limitado conocimiento que tiene el personal de salud mental sobre las enfermedades mentales resultó ser un inconveniente a la hora de diagnosticar y tratar fuera del hospital psiquiátrico. El establecimiento de criterios diagnósticos fue un importante proceso para poder homogeneizar el conocimiento y evitar arbitrariedades, confusiones y problemas entre los diferentes niveles de atención (Martínez Bernardos *et al.*, 1999; García, *et al.*, 2006). Además, estos criterios introdujeron el término de trastornos para incluir diversos padecimientos que por su naturaleza no podían ser considerados como enfermedad y con ello se amplió

la forma de intervención (OMS, 1996). En este sentido, el poder taxonómico ganó legitimidad al construir un poder racional, académico e internacionalmente respaldado.

La OMS (1996) desarrolló una serie de herramientas clínicas para ayudar a los médicos de APS y trabajadores sociales que están en contacto con trastornos mentales, para poder diagnosticar y evaluar a este tipo de pacientes y uno de los resultados fue la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>89</sup> que tuvo su origen en 1893 por el *International Statical Institute* de París (cuya última versión [11] se publicó en 2018 y entrará en vigor en 2022). Por su parte la Asociación Americana de Psiquiatría desarrolló el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) que por primera vez se publicó en 1952 y que se ha venido actualizando hasta llegar a la quinta edición en mayo de 2013. Ambas están basadas en la teoría de Emil Kraepelin. Las dos clasificaciones son internacionales y la tendencia es a compatibilizarlas (García *et al.*, 2006). Estos manuales contienen una descripción sintomática de cada trastorno mental, delimitan el número de síntomas y la duración de estos y proporcionan un apoyo para hablar un lenguaje común en el campo de la psiquiatría (García Maldonado *et al.*, 2011).

### 3.2.5. De los niveles de atención y la cobertura universal a la integración de la salud mental en el PNA

La reorganización de los servicios de salud en niveles de atención modificó la manera en que se interviene en la población mexicana para procurar su salud mental. Hablar de niveles de atención significa una nueva forma de organizar los servicios de salud y sistematizar la oferta de servicios generales, que impactó de una

---

<sup>89</sup> “La Décima revisión de la CIE-10 realizada en 1992 contiene en su capítulo V, dedicado a los “Trastornos mentales y del comportamiento”, 10 grupos de categorías en las que se incluyen 99 diferentes entidades, muchas de ellas con subtipos muy variados, que proponen un amplio panorama de posibles daños mentales.” Como era imposible describirle y hacerle comprender un número tan grande de categorías a los profesionales de la salud, “la OMS elaboró un documento adicional al Capítulo V de su CIE-10, denominado “Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria”, en el que se redujo el número de categorías a las 25 prioritarias más frecuentes” (Bennasini, 2001, p. 65; OMS, 1996).



manera específica en la psiquiatría, revirtiendo la hegemonía del sistema asilar a través de un discurso cuya influencia se centró en la intervención comunitaria y consulta externa.

Las competencias de cada nivel de atención se aclaran por primera vez en 1986, en el Reglamento de la Ley General (DOF, 1986). Pero hasta 1997 se plasma la influencia de la noción de los niveles en el sector salud. Antes, las enfermedades mentales sólo comprendían las acciones que actualmente se le delegan al TNA. No se hablaba de previsión ni de intervención en la comunidad. Con la publicación de la Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Salud Mental, se comenzó a manejar el concepto de niveles de atención en los servicios psiquiátricos. Con el pasar de los años la cobertura en salud se fue consolidando a la par de la idea de los niveles de atención. Ya entrado el siglo XXI se empieza a notar la mayor familiaridad con estos términos y la claridad de las competencias y servicios que ofrece cada uno.

El interés de gobiernos y comunidades se concentró en un principio en las grandes enfermedades mentales, en el daño grave que ocasionan a quienes las padecen y en las consecuencias sociales del deterioro y el trabajo se centró en el desarrollo de programas y servicios especializados (Bannesini, 1997, p. 49). Por el contrario, el Modelo Integral de Atención a la Salud (MIA) coloca énfasis en redes integradas basadas en la estrategia de la atención primaria en salud para atender y prevenir los trastornos mentales<sup>90</sup>, aunque a decir de la psiquiatría, en el campo de los trastornos psiquiátricos no se ha trabajado en esta dirección, excepto en los programas de prevención del alcoholismo, del tabaquismo y de la farmacodependencia.

La campaña mundial de concientización del día mundial de la salud mental “Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la

---

<sup>90</sup> A continuación, se enumeran los 8 programas que debe haber en los servicios de atención primaria, para la atención de los trastornos psiquiátricos: 1) Extensión de la cobertura de los servicios de salud y mejoramiento del ambiente. 2) Organización y participación de la comunidad. 3) Desarrollo de la articulación intersectorial. 4) Desarrollo de la investigación y de las tecnologías apropiadas. 5) Disponibilidad de insumos y equipos. 6) Formación y utilización de recursos humanos. 7) Financiamiento del sector. 8). Cooperación internacional (Bannesini, 2001, p. 67).

salud”, tuvo por objetivos: hacer de la salud mental una prioridad y llamar la atención sobre la integración de la salud mental en la atención primaria de salud para que los servicios de salud se adhieran a la definición de salud de la Constitución de la OMS de 1946, aunque dicho sea de paso, la integración ha sido muy lenta (Federación Mundial para la Salud Mental, 2009). Y lo mismo pasó con el “Plan de acción sobre salud mental (2015-2020)” que expresó claramente la necesidad de un abordaje integral de la salud y enfatizó los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de la salud y la enfermedad (OPS y OMS, 2014).

Aunque este proceso ha sido un buen intento por lograr la des/hospitalización y ampliar el acceso, disminuir las brechas de atención y llegar así a la cobertura universal, la realidad de lo que pasa en México y en Tabasco dista de realizarse. Diferentes investigaciones que presentan evaluaciones sobre las diferentes reformas vividas en América Latina y particularmente la vivida en México, dicen que: en la gran mayoría de las poblaciones las metas de Caracas siguen sin cumplirse, las personas identificadas en la comunidad con un diagnóstico de enfermedad mental no han tenido acercamiento a servicios de salud mental, el hospital psiquiátrico sigue siendo uno de los principales ejes de la política de atención, no hay suficiente internación de pacientes agudos en los hospitales generales, se siguen sin respetar los derechos humanos básicos de los pacientes, la capacitación de los profesionales del PNA es limitada, no siempre y no todo el medicamento esencial se encuentra disponible (OMS, 2005; Caldas de Almeida, 2007). Es decir, sigue existiendo una enorme brecha entre los propósitos de la reforma, el actual modelo de atención que busca lograr la cobertura universal y lo que realmente se ha hecho.

### Consideraciones finales: Desafíos en la reestructuración de los servicios de salud mental en Tabasco.

Hablar de la reestructuración a la atención psiquiátrica como ya se pudo leer a lo largo de este capítulo es hablar de un cambio a nivel de política nacional en general y a nivel política de salud en lo particular. La reestructuración de la salud mental en México se ha visto influenciada por un cambio de políticas nacionales

entre las que están la modernización y la descentralización; por un cambio del modelo de atención que pasó de ser asilar a ser corresponsable y familiarista; por la democratización y flexibilización del saber psiquiátrico; por una nueva concepción epistemológica y semántica de lo mental; y mediante herramientas tecnológicas, epidemiológicas y de diagnóstico.

La reforma de la atención psiquiátrica que se ha vivido en Tabasco se dio en contextos sanitarios en completa correspondencia con el proceso nacional que se desarrollaron paulatinamente en comparación con el centro del país; pero que se pudieron generar gracias al establecimiento del Hospital Granja en la capital tabasqueña (1962) y al desarrollo de los recursos humanos que este dispositivo generó y al que posteriormente la UJAT también contribuyó. Las formas particulares que tomó el proceso tabasqueño, sobre todo el PNA tienen que ver con su contexto social y cultural, pero de ello se hablará en los siguientes dos capítulos.

Existen, de acuerdo con Novella (2008), diferentes interpretaciones teóricas que fundamentan las causas y consecuencias del desarrollo de la reforma psiquiátrica, entre las que están: A) Modelo convencional, en la que la moderna psicofarmacología y la crítica institucional al quehacer psiquiátrico son consideradas como la piedra angular que consolidó la reforma. B) Perspectiva antipsiquiátrica; establece su principal crítica basada en el análisis de la relación de poder entre médico y paciente. C) Intereses profesionales; frente al problema de imagen y marginalidad en la que se encontraba la profesión psiquiátrica este modelo le otorga a recursos humanos y a la variedad de dispositivos terapéuticos que se han incrementado, el poder de la transformación misma. D) Las reformas y la economía política; bajo este modelo la causal se halló en la administración de costes, presiones fiscales y las vicisitudes del mercado laboral. E) Las reformas y la economía política II; el cambio es analizado en términos del desarrollo del mercado laboral y de la evolución de la fuerza de trabajo después de la Segunda Guerra Mundial (SGM). F) Postestructuralista; establece que la reforma es una expresión de los procesos de psiquiatralización o psicologización de la sociedad. G) Medicalización; el modelo explica que dicha reforma fue lograda gracias a una medicalización más intensiva, integrada y más legitimada.

En este trabajo se presenta el contexto político sociosanitario que posibilitó el cambio de la política de salud mental en el país y en Tabasco, es en este contexto que pude hallar un modelo explicativo para entender el proceso de transformación e incremento de los servicios de salud mental en la entidad. Los resultados muestran cómo, a diferencia de lo planteado por la OMS, –que establece como causales de los avances en salud mental a una definición de salud más integral, el avance en materia de derechos de los enfermos mentales y el progreso de la psicofarmacología–, considero que las causales son diversas y no se pueden relacionar con una interpretación en particular, sino con la mayoría de ellas y en diferentes momentos del proceso de la reforma en México y en Tabasco.

Sin embargo, una de las principales conclusiones a las que llegué con esta investigación a través del caso tabasqueño, es que este proceso de reestructuración está más ligado al modelo de medicalización (Foster, en Novello, 2008) y a una idea de sobre/institucionalización (Hernández Lara, 2008). La reforma al mismo tiempo que produjo otros servicios de atención llevada por una primera intención humanitaria y de eficacia, fomentó una medicalización más efectiva, integrada, flexible y legitimada acorde a cada nivel de atención y a cada sujeto consumidor que a su vez sentó las bases para una resemantización de las concepciones de salud mental. Dentro de este proceso de transformación, el campo médico integrado por el personal de salud mental ha sido uno de los elementos más importantes de la reforma, que es a su vez causa y consecuencia de la misma reestructuración.

Es este campo de saberes y este conjunto de capitales y *habitus* que han constituido la política de salud mental, los que interesan a esta investigación; por eso una vez descrito el escenario en el que se desarrollaron, en el capítulo IV y V, analicé desde un enfoque cuantitativo y cualitativo, la forma que ha tomado el PNA y las prácticas médicas desarrolladas en éste, a partir de la reestructuración de la atención psiquiátrica.

Para cerrar este capítulo, una vez descrito el desarrollo histórico, sólo me resta hablar de algunos obstáculos que se han encontrado en este proceso, pero con énfasis en tres áreas que considero fundamentales dados los mismos objetivos de la

investigación: organización de servicios, trabajadores de la salud y atención a grupos vulnerables.

### **Organización de servicios**

- La organización por niveles de atención es relativamente nueva y aunque no es producto de la reforma psiquiátrica sino de una reestructuración más general del sistema de salud, no ha logrado desarrollar un modelo de base comunitaria para que el PNA deje de ser un simple filtro y se convierta en el nivel principal de atención para casos no graves y de detección de síntomas.
- El sistema de salud mental de Tabasco comparado con la red que se propuso con el Modelo Miguel Hidalgo tampoco ha logrado dar cuenta del total de servicio que éste debería de ofrecer.
- Los servicios de salud mental existentes y distribuidos a través de una amplia red en los tres niveles de atención no alcanzan a dar cobertura a toda la población de los 17 municipios.
- Los programas, aunque en un principio surgieron para dar respuesta al perfil epidemiológico de la población tabasqueña, específicamente para reducir el número de suicidios, no alcanza a responder a todos los demás problemas de salud mental, entre los que están los trastornos denominados comunes, y que de acuerdo con la reestructuración pueden/deben ser detectados y atendidos en el PNA.
- Más allá del hospital psiquiátrico, es necesario continuar trabajando en la creación de servicios psiquiátricos de enlace o de segundo nivel.
- Existe una ausencia de servicios de rehabilitación y reinserción a la comunidad, con lo que el cambio del modelo asilar a uno de base comunitario, por lo menos en Tabasco, dista de lograrse.
- La prevención que está presente a través de la psicoeducación que personal de salud mental y en algunos casos médicos del PNA ofrecen no sólo a familiares de pacientes, sino a población general, a través de charlas en las escuelas o talleres en las comunidades, por la cantidad de trabajo que existe,

el insuficiente número de trabajadores y el poco financiamiento no logra permear en la comunidad.

- El sistema de referencias y contra-referencias no siempre funciona entre los diferentes niveles, ni entre los diversos servicios.
- En este caso y por el objetivo de la presente investigación, ni la Jurisdicción Sanitaria de Tacotalpa, ni el módulo de salud mental del Hospital Comunitario del municipio, ni el CISEME que se encuentra en el municipio vecino, pueden dar cobertura y acceso a los servicios de salud mental a la población.
- La infraestructura para ofertar acceso a los servicios de salud mental sigue siendo un reto para el sistema de salud mental de Tabasco; sobre todo en lo que corresponde al PNA en zonas rurales e históricamente habitadas por población originaria, como lo es el lugar en el que se desarrolló la investigación.

### **Trabajadores de la salud**

- Este modelo no asilar y flexible que democratiza el saber psiquiátrico y amplía el campo de saberes médicos, como se leyó párrafos arriba, pudo lograrse gracias a diferentes acciones que no sólo tuvieron que ver con la política de salud mental emprendida por México.
- Pero con todo y el importante cambio que ha experimentado el sistema de salud en México y Tabasco, los trabajadores que han posibilitado la política de salud mental resultan insuficientes en todos los niveles de atención, pero sobre todo en el primero.
- Para 2018 hubo 274 profesionales laborando dentro del sistema de salud mental de Tabasco. En Tacotalpa el total de personal fue de 43 (8 especializados y 35 no especializados) para atender un total 48, 784 habitantes en el municipio.
- Aunque haya una homogeneización de los saberes construido a partir de criterios diagnósticos estandarizados (como CIE-10 y DSM-V), uno de los mayores retos es la formación del personal, que ni se capacita ni su formación

está organizada de manera integral para concebir el fenómeno de manera biopsicosocial, como veremos en cifras en el capítulo siguiente.

- Entre la carga de actividades que tiene el PNA y los médicos generales la que comprende a la atención a la salud mental es una de las menos importantes. Primero porque las personas no tienen suficiente información sobre la reestructuración y segundo, porque los mismos médicos no se sienten capacitados ni con el suficiente tiempo para atender los trastornos de salud mental de sus pacientes.

### **Atención a grupos vulnerables**

- La literatura revisada, tanto la académica como la oficial ofrecida por organismos internacionales, así como los datos obtenidos en esta investigación, evidencian una necesidad de trabajar en la atención con grupos vulnerables, como infancias, migrantes y poblaciones originarias.
- Entre las necesidades que urge trabajar están, por un lado, la ausencia de datos de prevalencia de salud mental en población originaria y por el otro, un sistema culturalmente pertinente. En México y en Tabasco estos dos aspectos siguen siendo áreas de oportunidad dentro de esta Reforma.
- Hay una ausencia de formatos que registren datos exclusivos para población originaria, datos desagregados por grupo étnico; lo que redundaría en un registro epidemiológico que no da cuenta de la situación por la que atraviesa la población originaria de Tabasco.
- En algunas ocasiones ni los mismos médicos que trabajan en el PNA reconocen la presencia de población indígena entre sus pacientes.
- Como la Jurisdicción de Tacotalpa atiende sobre todo por pasantes, estos estudiantes recién egresados tampoco reconocen la diversidad cultural que habita en los contextos en los que trabajan y que tienen que atender.
- Existen problemas de comunicación –que son los menos, porque esta población es bilingüe– y no se subsanan con la sola traducción como se ha realizado en otras áreas de los servicios de salud del sistema de salud

tabasqueño.

- Además de esta ausencia de traducción lingüística tampoco existe interés institucional por registrar y comprender las nociones de salud mental local de la población originaria, que existen y se han registrado por la antropología médica.
- El acceso que tiene la población originaria a los servicios de salud mental es muy limitado. La SSA no logra dar cobertura, salvo a través de sus Centros de salud y casas de salud en los ejidos y sólo a partir del personal médico general, en algunos casos a través de su psicóloga en el Hospital comunitario, y en muy reducidas ocasiones a través del psiquiatra que se encuentra en el municipio vecino.



# **CAPÍTULO IV**

## CAPÍTULO IV. LOS AGENTES DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN TABASCO

---

### Introducción

El presente capítulo tiene por objetivo conocer la forma como se ha dado la reestructuración de la atención a la salud mental en el Primer Nivel de Atención (PNA) en uno de los municipios más pobres y con mayor Población Hablante de Lengua Indígena (PHLI) como lo es Tacotalpa en el estado de Tabasco. Dicho objetivo busca contribuir al análisis del discurso y la práctica médica<sup>91</sup> del personal de salud mental a partir de la reestructuración vivida en los servicios de salud mental del PNA de la Secretaría de Salud (SSA) de la entidad tabasqueña.

La reestructuración de dichos servicios que se dieron en Tabasco a partir de 1996 con Comalcalco como primer caso, tomaron forma a inicios del siglo XXI a partir de una red de servicios de salud mental en los tres niveles de atención en sus 17 municipios. En 2015 dicha red se vio reflejada en: 51 servicios de salud mental de 40 unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel y con 274 profesionales laborando (41 en el PNA, 23 en el segundo y 210 en el tercero). De acuerdo con lo anterior, este capítulo busca saber ¿cómo se ha dado la reestructuración de la atención a la salud mental en el PNA?

Para poder responder a la pregunta y al objetivo planteado en este capítulo utilicé la triada conceptual de Bourdieu (campo, *habitus* capital) (Bourdieu, 1987; Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu *et al.*, 2001; Flachland, 2003; Colina Escalante y Osorio Madrid, 2004; Jiménez *et al.*, 2014;). En ese sentido describo a

---

<sup>91</sup> Nota metodológica: La práctica son todas aquellas actividades que de rutina hacen –médicos generales o pasantes– para diagnosticar, atender, prevenir o promocionar cualquier problema de salud mental, incluyen: desde el nombrar a la salud/enfermedad, dar terapias de contención o consejos, atender y prescribir psicofármacos, registrar el dato epidemiológico, referir a otro servicio o nivel de atención y hacer psicoeducación fuera del consultorio. De acuerdo con Hernández Lara (2008), “discurso es una práctica a partir de la cual el individuo toma una posición de sujeto determinada frente a las distintas exterioridades que los constriñen –al individuo y a su discurso–, haciéndolos ser lo que son. Al entrar al campo del lenguaje el individuo toma una postura en un momento y un espacio, alrededor de los cuales se configura un juego con reglas específicas. El sujeto que enuncia un discurso lo hace desde una postura, con el objetivo de hacer visible la posición que resguarda su subjetividad en el universo de lo simbólico” (p.10).

este sistema de salud mental como un sistema cultural que ha sido construido históricamente a través de prácticas y discursos de sus propios agentes. Reviso quiénes son y dónde está el personal de salud mental que labora en el PNA y que conforma y consolida lo que aquí denomino subcampo de la salud mental. Expongo cómo logran o no, cumplir con las reglas del juego que les permite incorporarse al mismo y adquirir los capitales que les otorgan su ingreso y permanencia. El capítulo aporta entonces, conocimiento de la estructura y dinámica del campo médico a partir de los capitales y *habitus* que posee el personal de salud mental, al ver cómo se encuentra conformado el subcampo de la salud mental y cuáles son las formas de capital que lo integran.

Reconociendo los diferentes capitales puestos en juego en el subcampo, pude determinar cómo los procesos históricos de la conformación de éste van definiendo la necesaria adquisición de capitales para permanecer y luchar por una posición a su interior. Además, identifiqué la relación existente entre las prácticas y el tipo de *habitus* de los agentes y las condiciones institucionales que los promueven y desalientan. Todo lo anterior me permitió, en el quinto y último capítulo, interpretar y comprender las prácticas afectivas del personal de salud a la hora de atender a un paciente con algún padecimiento mental.

En este capítulo parto de la idea de que el cambio de las reglas del juego en el campo por parte de las instancias rectoras de la salud a nivel nacional e internacional a partir de la reforma psiquiátrica (OMS, OPS, SSA), trajo, sin duda, cambios paulatinos en las disposiciones de los *habitus* de los agentes del subcampo de la salud mental y en particular en los agentes del PNA; que no han sido suficientes para consolidarlo como espacio de atención a la salud mental, para democratizar el saber, ni para lograr el acceso a la atención a la salud mental de la población menos beneficiada. Además, dichos cambios que se traducen en discurso y práctica en el *habitus* médico, no sólo se ve delineado por la socialización desarrollada dentro de este subcampo, sino por disposiciones adquiridas en la educación superior y por otras que se han venido y desarrollando desde temprana edad en su contexto familiar y cultural, como se demostrará en este capítulo y en el siguiente.

Para poder lograr lo anterior el presente capítulo se divide en cinco apartados. En el primero se establecen los indicadores que permitieron el análisis, tanto en términos conceptuales como operativos. En el segundo, se describe la reorganización operativa de la praxis médica en los servicios de atención en salud mental de la SSA en Tabasco a partir del capital social de los agentes que lo integran. En el tercero se cuestiona el proceso de democratización del saber psiquiátrico mediante el capital cultural institucionalizado. En el cuarto y quinto se describe el cambio en los discursos y prácticas a través del cambio semántico, epistemológico y tecnológico dado en el sistema de salud después de la reforma psiquiátrica mediante el capital objetivado de los agentes y del capital simbólico según el reconocimiento obtenido en el subcampo.

#### 4.1. La teoría del campo aplicada a la comprensión de la reestructuración del sistema de salud tabasqueño

El francés Pierre Bourdieu pensaba que la práctica es uno de los ejes centrales de la teoría sociológica. Su propuesta denominada como estructuralismo genético, básicamente es concebido por él, como una economía política unificada de las prácticas y el poder simbólico capaz de fusionar los enfoques fenomenológico y estructural en un modo de análisis integrado. Como lo establece en su texto “Respuestas por una antropología reflexiva” (1995), su propuesta no radica en una teoría ni en conceptos aislados, sino que es un *modus operandi*. Es decir, lo que ofrece a partir de sus herramientas conceptuales es un método de trabajo fundado en la reflexividad para problematizar y dar respuesta a las cuestiones prácticas del mundo social. Es una especie de disposición generalizada para la invención sociológica, en el que su modelo de enseñanza va de la aplicación práctica a los principios de la razón sociológica. Ofrece una perspectiva desde el constructivismo estructural que es una sociología de los agentes y de los campos, o si se prefiere, una sociología reflexiva contra la dominación simbólica.

En este sentido su teoría de los campos, como se dijo en el capítulo II, es una herramienta analítica que permite pensar en términos relacionales. El campo médico

institucionalizado es un conjunto de saberes en constantes acuerdos, que se relacionan y se encuentran en competencia por el cuidado del cuerpo, la definición de enfermedad y la imposición de un tratamiento; en un contexto de desigualdad, establecido y legitimado de diferente forma y tiempo<sup>92</sup>. El subcampo de la salud mental es aquel que, como parte del campo médico, está construido por ciertas prácticas y discursos en torno de la salud mental que se recrean por los agentes de la salud mental (médicos especializados y no especializados). Estos saberes disciplinares que al implicarse unos con otros en un proceso de aceptación, legitimación o descalificación, reafirman dicho espacio de relaciones objetivas.

Para hacer comprensible este subcampo de acuerdos y desacuerdos, lo construyo, describiendo cada saber disciplinar y cada lugar que ocupan los agentes en el campo y los diferentes capitales que ponen en juego a través de las diferentes prácticas y discursos que construyen en torno de la salud mental, como una lucha simbólica entre posiciones desiguales (generado por conocimientos y experiencias distintas). El objetivo es comprender cómo es que se estructuró y reestructuró el subcampo de la salud mental dentro del campo médico, en el que se encuentran en juego los capitales del personal de salud mental de la SSA del estado de Tabasco.

Históricamente la conformación del subcampo a nivel mundial inició en la década de los sesenta bajo la influencia del movimiento de psiquiatría comunitaria que se llevó a cabo en los Estados Unidos de América, las experiencias de la reforma de los servicios de salud mental en Europa y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la reorganización de los servicios de salud mental. En América Latina se conformó a partir de la Declaración de Caracas en Venezuela (1990), donde se propuso integrar la atención de la salud mental en atención primaria. En México empezó a cobrar forma paulatina después del desmantelamiento de La Castañeda en 1968, pero se integró formalmente a este proceso a partir de la “Declaración para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica” en 2006 y se institucionalizó a través del Modelo Miguel Hidalgo.

En Tabasco los antecedentes se encuentran con la “Granja” para Enfermos Nerviosos y Mentales (1962,) mismo que se vio fortalecido con la creación del área

---

<sup>92</sup> “...en un campo hay luchas; por tanto, hay historia” (Bourdieu, 1995, p. 68) y hay cambio.

de Enseñanza e Investigación en 1985 –con la capacitación en temas de psicopatología, psicología, salud mental y rehabilitación–. Con la aplicación del programa piloto para el desarrollo de los modelos de atención a la salud en los tres niveles de atención (1984). Posteriormente con el inicio de la Especialidad en psiquiatría (1987) –antes Maestría en psiquiatría– en la cual se han formado los psiquiatras que atienden en el Hospital de Alta Especialidad de Salud Mental Villahermosa y en la región del Sureste<sup>93</sup>. Y finalmente se consolidó a raíz del desarrollo de la Dirección de Salud Psicosocial (DSP) (1995), área que se encarga de la organización de los servicios de atención a la salud mental en la entidad, que en 1996 promovió el cambio de un sistema de atención especializado y hospitalario de psiquiatría a un servicio de psiquiatría de enlace y que además colaboró junto con la Licenciatura en Psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) para iniciar con la operación de los servicios de psicología en los municipios vía servicio social (1999).

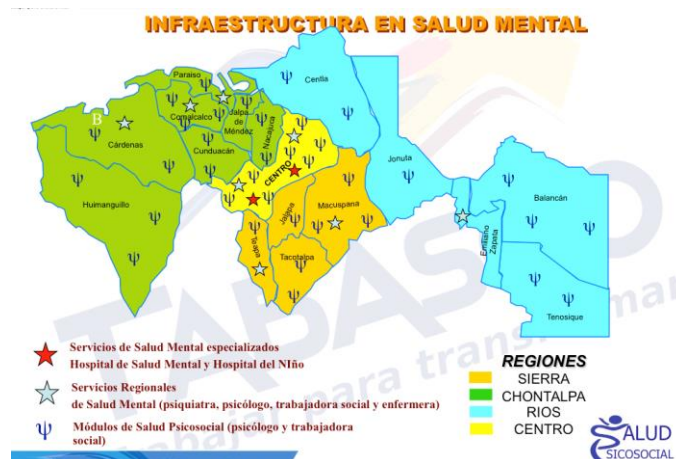


Imagen 1. Fuente DSP de la SSA de Tabasco

#### 4.1.1. Quién es un agente en el campo de lo médico.

De acuerdo con la teoría de los campos, los agentes sociales son el producto de la historia de éste, son el resultado de la experiencia acumulada en el curso de

<sup>93</sup> Del que se han formado de 1987 a 2015 en 24 generaciones con un total de 71 psiquiatras (23 mujeres y 48 hombres) de los cuales 8 han sido de Tabasco y los demás de diferentes estados de la República (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015).

una trayectoria determinada de un campo. Para la presente investigación el agente es el resultado de la socialización producida y reproducida por el campo médico y el subcampo de la salud mental. Para entender cuál es el papel de los médicos en esta coyuntura de la atención en salud mental, es importante saber qué posición ocupan dentro de éste y cómo llegaron a esta posición.

Los agentes que conforman este sistema en la entidad son los profesionales de la salud que laboran para la DSP de la SSA del estado de Tabasco: personal de gestión, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales del área de salud mental que laboran en el Tercer (TNA) y Segundo Nivel de Atención (SNA) de la entidad, que para 2018 ascendió a 274 profesionales. Además del personal no especializado (médicos familiares, generales y/o pasantes que están realizando su servicio social) que labora en el PNA y que también ofrece este servicio en sus 17 municipios y que ascendió a 963 en la entidad y para el caso de Tacotalpa está compuesto por 35 profesionales.

Los instrumentos utilizados<sup>94</sup> para construir los datos que aquí se interpretan estuvo compuesto, como se desarrolló en el capítulo I, por una encuesta autoplicada al personal de salud de la Jurisdicción sanitaria XV (médicos del PNA) y por entrevistas a profundidad –con base en un muestreo a base de criterio– a 5 de ellos que cumplieron con los requisitos (brindar atención en un ejido con mayoría de HLI y con más de seis meses laborando en el lugar). Fue con ellos mismos con los que realicé el mayor tiempo el registro etnográfico de los discursos y práctica médica. Los datos construidos entonces, son de carácter cuantitativo y cualitativo –en este capítulo se trabaja sobre todo con los primeros y en el capítulo siguiente con los segundos.

Es importante decir que el cuestionario –para médicos del PNA– incluyó reactivos e indicadores del instrumento de evaluación *Assessment Instrument for*

---

<sup>94</sup> El estudio empleó un enfoque de técnicas mixtas y en total diseñé siete instrumentos para construir el dato: 1) guion de observación participante, 2) entrevista semi-estructurada a personal de gestión y profesionales de la salud mental especializado, 3) entrevista estructurada a profesionales de la medicina tradicional, 4) encuesta a médicos familiares del PNA de la SSA, 5) entrevista a profundidad a médicos familiares del PNA de la SSA, 6) encuesta a personas que utilizan los servicios de salud mental, 7) entrevista a profundidad con personas que utilizan los servicios de salud mental y/o sus familiares.

*Mental Health Systems* versión 2.2 (WHO-AIMS) de la OMS (2005) y constó de 61 reactivos con opciones de respuesta abierta, respuesta dicotómica (Sí-No), escala de frecuencia tipo *Likert* y respuestas ipsativas que puede ser contestado en 30 minutos, aproximadamente (Ver anexo 5). Estuvo dividido en seis secciones que recogen la percepción/opinión de los médicos sobre tipos de problemas de salud mental frecuentes en atención primaria; las características de intervenciones médicas en relación con estos problemas; la formación en temas de salud mental; la percepción de autoeficacia y satisfacción con la tarea y, finalmente un apartado que valora los cambios ocurridos con la integración de los servicios de salud mental a la atención de salud general a través del primer nivel.

También es importante comentar que por las condiciones laborales de los propios médicos y por la autoaplicación del instrumento, se tuvieron problemas con la entrega y la respuesta de éste, razón por la cual, algunas preguntas no fueron respondidas y los resultados aquí interpretados no siempre son retomados del total de la muestra trabajada, la cual terminó siendo de 31 médicos (familiares, generales y pasantes del PNA) de los 35 que son en total en la Jurisdicción.

Finalmente, los datos los capturé y procesé el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25.0. La información se analizó por estadística descriptiva para todas las variables, mediante la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y porcentajes, también busqué obtener relación entre las variables del estudio. Los resultados del análisis se presentaron en narrativa y tablas.

#### 4.1.2 Los capitales asociados al *habitus* médico

En la teoría bourdeana el concepto de capital refiere al “trabajo acumulado, bien en forma de materia, bien en forma interiorizada o incorporada (...) energía especial en forma de trabajo vivo o trabajo cosificado (...) fuerza inherente a las estructuras objetivas y subjetivas” (Bourdieu *et al.*, 2001, p. 131). El capital dentro de la triada, como concepto que refiere valor o bien, implica negociación e intercambio



dentro del campo y origina diferentes posiciones y disposiciones a los agentes que lo integran.

El capital posibilita ser aceptado y legitimado en el campo y permite a su poseedor ejercer poder, como producto del proceso de mutua convertibilidad de los capitales y como estrategia para asegurar la reproducción misma de los bienes. La acumulación se lleva a cabo a través de un proceso enseñanza-aprendizaje en el tiempo y del trabajo invertido por los agentes dentro de su misma socialización en el campo.

El capital puede presentarse en distintas formas: económico, social, cultural y simbólico. Aquí hice énfasis sobre todo en el social, simbólico y cultural (en su forma incorporada, institucionalizada y objetivada) porque éstos me permitieron reconocer la forma en la que el personal del PNA ha ido transformando su *habitus* médico desde 1995, tiempo en el que inicia la flexibilización del saber psiquiátrico y su democratización<sup>95</sup>. Pero, además, como se verá en el último capítulo, propuse un quinto capital: el capital emocional. A través de éste visibilizó otro valor en juego que es importante en el subcampo de la salud mental y en general en el campo médico, las prácticas emocionales.

#### 4.1.3. Indicadores de capital

Los indicadores analizados en cada uno de los agentes que integran el campo son los siguientes:

**Capital social**, conjunto de bienes en forma de red de relaciones sociales duraderas (más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo) que se crean y recrean como parte del mismo campo.

- 1) Género y edad
- 2) Zona geográfica

---

<sup>95</sup> Aunque no desestimo la importancia del capital económico que es en mucho, el que permite y posibilita que se den los demás capitales.

- 3) Antigüedad en el campo
- 4) Nivel de atención
- 5) Situación laboral

**Capital cultural institucionalizado**, conjunto de bienes en forma de méritos obtenidos (como, por ejemplo, títulos académicos), que posibilitan reconocimiento institucional.

- 1) Último grado de estudio y especialidad
- 2) Instituciones
- 3) Formación, capacitaciones y adiestramiento en salud mental
- 4) Programas de salud mental

**Capital incorporado** es la parte del *habitus* que se acopló al campo en términos de disposiciones propias de éste –en forma de disposiciones duraderas del organismo– y que presupone un proceso de interiorización en tanto implica un proceso de enseñanza-aprendizaje en el tiempo. Es el único capital que muere cuando muere su capital o bien se trasmite por la vía de la herencia social.

- 1) La producción en forma de conocimientos
- 2) La producción en forma de habilidad para diagnosticar y tratar
- 3) La producción en forma de psico-educación
- 4) La producción en forma de referencias y contrareferencias
- 5) La producción en forma de recetar psicofarmacos

**Capital cultural objetivado** conjunto de bienes producidos al interior de su práctica que toma forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios; y “que son resultado y muestra de disputas intelectuales de teorías y de sus críticas” (Bourdieu *et al.*, 2001, p. 136).

- 1) La producción en forma de material para promocionar, difundir y prevenir los problemas de salud mental
- 2) La producción en forma de dato epidemiológico reportado
- 3) Disposiciones del *habitus* que influyen en la productividad de los agentes

**El capital simbólico**, conjunto de bienes que toman forma de reconocimiento y desconocimiento dentro del campo y que se logra reunir después de la adquisición de los demás bienes. Toman forma de prestigio y de poder que es otorgado por los demás agentes del campo.

## 4.2. El capital social

### 4.2.1. Género y edad

El capital social en el subcampo de la salud mental depende del tamaño de la red de relaciones que se puedan movilizar y del volumen de los demás capitales que se posean dentro del mismo subcampo. Pertenecer a una institución o grupo, es una forma de capital social dado que en su interior se establecen una serie de relaciones, prácticas y formas de comunicación que generan una posición en su interior. Otro tipo de capital social es el que se relaciona con los cargos ya que permiten reconocimiento y éstos a su vez tienen que ver con la antigüedad, situación laboral y unidad en la que labore. Finalmente estar en determinado nivel y ubicación geográfica posibilita cierto tipo de redes, prácticas y posiciones.

El subcampo de la salud mental en el PNA está integrado por agentes que están entre los 21 años y los 60 años, pero el rango de edad en el que hay más agentes está entre los 21 y 30 años (48.37%), lo que significa que la mayoría de los agentes son jóvenes. Con respecto al sexo, 18 son hombres (58.1%) y 13 mujeres (41.9%).

**Tabla 1: Sexo y edad**

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
<b>Edad</b>	21-30	10	5	15
	31-40	5	4	9
	41-50	1	2	3
	51-60	2	2	4
<b>Total</b>		18	13	31

4.2.2. Ubicación por zona geográfica

Los agentes son originarios en su mayoría del estado de Tabasco (26), y algunos proceden de estados como: Veracruz (2), Oaxaca (1) y Tlaxcala (2). Su lugar de residencia se ubica sobre todo en el municipio de Centro (13) y son sólo 7 los agentes que habitan en el municipio de Tacotalpa (4 en la cabecera municipal y tres en tres de las comunidades más grandes y con mayor población HLI).

**Tabla 2: Lugar de nacimiento y residencia**

Residencia	Frecuencia	Lugar de nacimiento	Frecuencia
Centla	1	Veracruz	2
Centro	13	Tlaxcala	2
Jalapa	1	Comalcalco	1
Jalpa de Méndez	2	Huimanguillo	1
Macuspana	2	Macuspana	3
Nacajuca	1	Oaxaca	1
Vicente Gro., Centla	1	Villahermosa	13
Teapa	3	Tacotalpa	3
Tacotalpa	4	Tapijulapa	1
Tapijulapa	1	Teapa	1
Oxolotán	1	Tenosique	1
Xicoténcatl	1	Vicente Gro, Centla	2
<b>Total</b>	31	<b>Total</b>	31

#### 4.2.3. Ubicación por unidades donde laboran, antigüedad y situación laboral.

Las instituciones que prestan atención primaria a la salud en Tacotalpa son tres: una Clínica Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un Módulo de Atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la SSA que es la que tiene mayor oferta y demanda en la zona. Los servicios de atención de salud mental ofrecidos a población abierta<sup>96</sup> por la SSA son de diferentes tipos: módulos de salud mental comunitarios, módulos de salud mental integrados a los hospitales generales, módulos de salud integrados a los centros de salud y unidades de psiquiatría integradas a un hospital general (Programa de acción en salud mental, 2008, p. 26). En Tacotalpa la atención a la salud mental en el PNA se otorga a través de dos servicios diferentes: 1) la Jurisdicción XV del Municipio de Tacotalpa a través de 35 médicos y 2) Módulo de salud mental integrado al “Hospital Comunitario” con tres programas: Programa prevención y atención a la Violencia familiar, Salud Mental y el Programa de Prevención y control de adicciones.

##### 4.2.3.1. Primer Nivel de Atención: Jurisdicción sanitaria número XV del municipio de Tacotalpa

La Jurisdicción sanitaria está compuesta por tres módulos de atención en el Hospital Comunitario, 23 Centros de salud y por 4 Caravanas que atienden en Casas de Salud a lo largo de diferentes ejidos de la región Sierra. En cada localidad atiende un médico, excepto en tres (Oxlotán, Tapijulapa y Tacotalpa) en el que por su densidad poblacional hay tres módulos de atención y en las Caravanas que por el

---

<sup>96</sup> Hay servicios que se ofrecen a las personas sin ningún tipo de seguridad social que es denominada como población abierta, para ellos el Seguro Popular ejecutaba diversas acciones preventivas como la detección precoz de los trastornos alimentarios, trastornos depresivos, de ansiedad y adicciones. Y los trastornos que reciben tratamientos son los siguientes: trastornos afectivos, la ansiedad y psicóticos. El Seguro Popular contemplaba la atención ambulatoria en el primer nivel y en la hospitalización breve.

número de localidades que atiende hay un médico, una enfermera y un promotor de salud en cada una.

De los 31 médicos que respondieron la encuesta y que hacen parte de la Jurisdicción Sanitaria, 11 son adscritos de base, 9 tienen contrato y 11 son médicos de servicio social. Es decir, 20 del total de médicos encuestados no tienen seguridad laboral y un importante número de médicos que atiende en este sistema son jóvenes recién egresados de su carrera que están haciendo su servicio social.

La antigüedad mayor que se encontró de los médicos que laboran en la Jurisdicción fue de 1991 y la última de 2015. Los médicos que tenían mayor antigüedad se ubicaron trabajando en la cabecera municipal de Tacotalpa (1991, 1992). Posteriormente y de manera paulatina se fue otorgando el servicio en otras localidades, villas y pueblos del municipio (1999 en Madero, 2006 en Oxolotán, 2009 en Libertad y Tacotalpa, 2011 en Tapijulapa y Ceiba); y en 2012 se incorporó la primera Caravana de salud y en 2014 la segunda. De acuerdo con estas fechas, encontré que la mayoría de los médicos se incorporaron al campo médico en 2014 (15) y 2015 (2), lo que significa que su ingreso era reciente y que el 54.8%, es decir más de la mitad de los recursos humanos, tenía menos de un año de antigüedad. Lo que concuerda con el tipo de posición que ocupan en el campo, como la mayoría son médicos de contrato y de servicio social, éstos se rotan de manera más constante, repercutiendo con ello, a servicios que no den seguimiento a largo plazo al proceso de los pacientes.

Los médicos adscritos de base son los que tienen mayor antigüedad, el último año en el que se basificó a alguien fue en 2015. Los médicos de contrato empezaron a contratarse desde 2011 y el año en el que se dio el mayor número de contratos fue en 2014 (5) (Ver anexo 10, tabla 3). Los adscritos de base son 4 hombres y 7 mujeres cuyas edades van de los 30 a los 50 años; los médicos de servicio social son 9 hombres y 2 mujeres, cuyas edades van de los 23 a los 25 años y los de Contrato son 5 hombres y cuatro mujeres cuyas edades van de los 25 a los 34 años (Ver en anexo 9, tabla 4).

Como se puede ver hasta este momento estos agentes en términos de edad, antigüedad, situación laboral y ubicación geográfica son los que tienen una posición

de menos ventaja con respecto a los otros espacios y niveles de atención del subcampo; sobre todo porque son jóvenes que están ingresando al campo médico y al mismo tiempo al subcampo de la salud mental. En ambos casos están aprendiendo las reglas del juego institucional, pero sobre todo las de la salud mental.

#### 4.2.3.2. Primer Nivel de Atención: La atención de la salud mental en el Hospital comunitario

A partir de 2007, inició la integración de una red nacional de salud mental conformada por Unidades Especializadas Médicas (UNEME), organizadas bajo un modelo comunitario, a través de la cual se pretendió establecer el eje estructurante de atención ambulatoria y comunitaria de salud mental (SSA; 2011, p.10). Es bajo el UNEME que se organiza la atención a la salud mental a través del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) y del UNEME Centro de Atención Primaria de Adicciones (CAPA).

En Tabasco hay CISAME en los seis hospitales comunitarios de la entidad, 13 Centros “Nueva Vida” en 13 municipios, y 13 Servicios Especializados en Atención a la Violencia Familiar en 9 municipios. En total para 2018 el número de recursos humanos que trabajaban en este nivel ascendía a 41 agentes.

El Hospital comunitario de Tacotalpa inició con cuatro programas: programa estatal para la prevención del suicidio, programa de atención a la violencia familiar, programa estatal de salud mental y el programa de prevención y control de las adicciones. Actualmente cuenta con un módulo de salud mental, el servicio especializado en atención a la violencia familiar y el CAPA. Se eliminaron las brigadas del programa de prevención del suicidio<sup>97</sup>.

El total de agentes que integran este espacio especializado en salud mental dentro del PNA en Tacotalpa asciende a 1 médico, 4 psicólogas (una organizacional

---

<sup>97</sup> El Programa de Prevención del Suicidio en Tabasco implementado desde 2003 se creó debido los primeros lugares que ha ocupado el estado en los últimos años; pues en 2010 llegó a ocupar el tercer lugar con una tasa de 9 suicidios por cada 10 mil habitantes.

“El programa impulsó acciones y estrategias para disminuir las muertes por suicidio como: El subcomité Especial Interinstitucional para la Prevención del Suicidio, La campaña de prevención del suicidio “Abraza la vida”, detección, atención y seguimiento de personas con riesgo de suicidio en los servicios de salud mental en los 3 Niveles de atención y las Brigadas de salud mental” (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 83).

y dos clínicas), trabajadora social y un personal de servicios generales; es decir, 7 agentes de los 41 que hay en toda la entidad. El Módulo se encuentra dirigido por una psicóloga quien atiende el programa de salud mental. EL servicio especializado cuenta también con una psicóloga y el CAPA cuenta con un médico, dos psicólogas, una trabajadora social y un personal de servicios generales.

El programa de salud mental es dirigido por una psicóloga cuyo módulo se encuentra en el Hospital Comunitario de Tacotalpa. Ella tiene 35 años y radica en Villahermosa. Estudió psicología organizacional en la Universidad Popular de la Chontalpa (UPCH) ubicada en el municipio de Cárdenas en Tabasco y no tiene ninguna especialidad o posgrado, sólo ha recibido diferentes cursos y talleres por la SSA. Su antigüedad es de 2011 y tiene un contrato por honorarios con renovación anual.

Las capacitaciones, dice la psicóloga, antes de 2011 eran más constantes, pero se redujeron entre 2012 y 2014, y en 2015 volvieron aumentar. En promedio éstas son por lo menos dos veces al año. El tipo de capacitaciones recibidas ha sido de cuidados paliativos, capacitaciones y talleres por salud psicosocial en todo lo que tiene que ver con el programa, cursos de yoga, talleres para embarazadas, entre otros. Las instituciones que imparten estas capacitaciones son sobre todo la DSP de la SSA y los Hospitales de Alta Especialidad como el Juan Graham.

La psicóloga del módulo, su compañera y el personal del CAPA son los encargados de actualizar y sensibilizar en temas de salud mental, adicciones y violencia de género a los médicos del primer nivel. Las capacitaciones que ella ha ofrecido a los agentes de la Jurisdicción sanitaria XV son de:

...relaciones humanas, suicidio, violencia, adicciones, de trastornos y se ofrecen dos veces al año. Pero a pesar de estas capacitaciones, a los médicos se les olvida la referencia y contrareferencia, se les olvida que existen los servicios de salud mental porque están más enfocados en su área médica. Estamos aislados. Considero que para ellos es más importante su área. Dicen yo soy médico y hago esto y me exigen metas y salud mental pasa a segundo plano. Se supone que deberíamos de ir de la mano. Es una batalla. Los médicos que hacen su servicio social están más sensibilizados que los propios médicos que han recibido más capacitaciones". (Entrevista a Psicóloga del programa de salud mental de Hospital Comunitario)

La psicóloga atiende y da servicio en un consultorio del hospital comunitario; además da charlas en las escuelas de la zona –aunque esto es en menor medida–,



hace visitas domiciliarias a casos específicos que le son canalizados por el personal de la jurisdicción sanitaria, por el CAPA, el servicio especializado de atención a la violencia familiar o por el personal especializado de segundo y tercer nivel<sup>98</sup>. Es decir, los registros que tiene le son derivados de diferentes servicios. Así que la forma de operar la atención a la salud mental se divide en tres momentos que dependen del tipo de problema que se trate: primero y en su mayoría está dado por el servicio que ofrece el personal de la jurisdicción sanitaria; segundo, se da por canalización a la psicóloga que está a cargo de ejecutar el programa de salud mental y tercero, se hace por la contrareferencia del Hospital Regional de Teapa o del Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental.

Servicios especializados en atención a la violencia familiar también es atendido por una psicóloga en un consultorio del Hospital comunitario, al lado del de la psicóloga que se encarga del programa de salud mental<sup>99</sup>. Este programa tiene como objetivo, de acuerdo con la psicóloga de salud mental, brindar atención médica y psicológica, reducir riesgos y mejorar la calidad de vida a las mujeres mayores de 15 años que viven violencia familiar. Este programa cuenta con un Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar que pretende, como su nombre lo dice, integrar el servicio a la red de los demás servicios de salud (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 95). Para cumplir con este objetivo se ha tenido que capacitar y sensibilizar a los médicos generales y especialistas acerca del impacto de la violencia y sus consecuencias. Para dar atención y sensibilización se cuenta con 10 servicios integrados por un equipo interdisciplinario y 4 equipos de reeducación para víctimas y agresores de violencia familiar (pág. 98).

En el “Centro Nueva Vida” hay 5 agentes. El médico coordinador de la unidad tiene 42 años, nació en la CDMX, radica en Villahermosa y es médico cirujano con especialidad en epidemiología por la UNAM. Trabaja en la SSA como epidemiólogo desde 2003 (15 años de antigüedad), pero está a cargo del Programa desde hace 11

---

<sup>98</sup> Aquí es importante señalar que, si bien la agenda de esta psicóloga está saturada, pues atiende a todo el municipio, su demanda no es tanta porque en general existe poca información sobre este programa.

<sup>99</sup> No pude entrevistar a la responsable de este programa porque en el momento que hice trabajo de campo no había encargada.

años y es personal basificado. Me contó que cuando estuvo en el pregrado estudió bajo el Plan A33 que establece trabajar durante tres años la materia de salud mental. Ha tomado cursos en adicciones, fisiopatología, tratamiento de las adicciones y sobre el proceso cognitivo conductual. Dichas capacitaciones las ha recibido en CDMX (1) y en Villahermosa (dos por año, es decir, aproximadamente 12 hasta 2015). A su vez el CAPA ofrece capacitaciones a la Jurisdicción una vez al año en temas de adicciones, desde la epidemiología, la clínica y fisiopatología de cada droga. El médico remarca que una labor importante en la Jurisdicción ha sido sensibilizar al médico de que “el alcohol es una droga”.

La tarea del CAPA<sup>100</sup> es hacer detección comunitaria (y la hace en el área escolar con adolescentes que están en riesgo, pero también directamente en las localidades de la región); lo cual implica hacer evaluación, diagnóstico, capacitación a personal de salud, profesores y padres de familia, para finalmente hacer intervenciones breves. Estas intervenciones breves implican talleres de habilidades para la vida, un programa denominado como “comunidades saludables”, tratamiento de un año a través de las terapeutas del CAPA; finalmente grupos de ayuda mutua coordinada por la trabajadora social.

#### 4.2.3.3. Segundo Nivel de Atención. Clínicas de Salud Psicosocial: Hospital Regional de Teapa

El servicio que se ofrece en el SNA es fundamentalmente de detección, atención, rehabilitación y prevención. En términos de atención éstos pueden ser una Unidad de internamiento u hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, o tener servicio de psiquiatría en consulta externa e interconsulta sin camas de internamiento. En el país, “hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en

---

<sup>100</sup> El CAPA se inauguró en el municipio en 2008. Este proyecto fue producto de la Cruzada contra las adicciones que se dio en 2008 en el gobierno de Felipe Calderón, que junto con DIF crearon lo que primero se denominó como “Centros Nueva Vida”. Después el DIF dijo que no podía seguir, entonces pasó toda la infraestructura al Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el CAPA pasó a ser un programa de la SSA (Entrevista a Coordinador del CAPA de Tacotalpa).

hospitales generales con un total de 147 camas (lo que representa 0.14 por cada cien mil habitantes) (SSA, 2001).

Los servicios de segundo nivel que se encuentran en Tabasco y que ofrecen servicio de salud mental están organizados como Clínicas de salud psicosocial, módulos de atención especializada con psiquiatras y psicólogas o con áreas de salud mental en los Hospitales de alta especialidad. En Tabasco hay nueve Hospitales generales, pero sólo en cinco hay servicio de psiquiatría. Como no todos los municipios cuentan con atención especializada en psiquiatría, pues ésta se encuentra sólo en seis municipios; los espacios que no cuentan son atendidos por los Hospitales Generales en los que sí hay. En el caso de Tacotalpa, el servicio que atiende a la población se encuentra en el Hospital Regional de Teapa (municipio vecino).



**Imagen 2: Fuente DSP de la SSA de Tabasco**

Para 2018 el número de recursos humanos que laboraban en este nivel en toda la entidad ascendía a 23 agentes. En Teapa los agentes que integran este subcampo son cuatro: un psiquiatra y tres psicólogas que dan atención en la mañana (dos psicólogas) y por la tarde (una psicóloga y el psiquiatra) en dos consultorios en el Hospital Regional de Teapa.

A grandes rasgos, a partir de las entrevistas que pude tener con las dos psicólogas en este Hospital<sup>101</sup> como demás personas del mismo nivel de atención en otros municipios, la edad promedio del personal es de 40 años, la formación mínima es de maestría<sup>102</sup> (aunque ya hay quienes tienen doctorado), y dicen haber tenido en un principio (año 2000 tiempo en que el inició el servicio) capacitaciones por parte de la SSA cada mes, pero que desde 2012 o 2013 éstas disminuyeron y ahora son dos veces al año. El personal es de base eventual federal, aunque en un inicio fue personal contratado por el Seguro Popular. En términos de género, el personal de psicología en su mayoría son mujeres y el de psiquiatría hombres.

Como escribí párrafos arriba sus actividades son fundamentalmente de detección, atención, rehabilitación, prevención y promoción. No hay hospitalización, sólo dan consulta externa, en algunos casos interconsulta y consulta domiciliaria, charlas a los usuarios en el hospital y a sus recursos humanos, además de psicoeducación en el municipio en diferentes espacios institucionales, como lo refiere la siguiente entrevista:

El Psiquiatra trabaja de manera regionalizada, atiende Tacotalpa, Teapa y Jalapa. En la consulta nosotras trabajamos terapia breve y de emergencia, por demanda de población y tiempo no podemos alargarnos tanto en un proceso psicoterapéutico. Para detección y prevención trabajamos con tamaizajes, de violencia a mujeres mayores a 15 años, de salud mental, depresión para a adultos mayores, prevención del suicidio a hombres mayores de 18 años, son los tres tamizajes que trabajamos. Fuera de la institución realizamos talleres de adolescentes, trabajamos con padres para sensibilización de servicio y sin necesidad que sea nuestro paciente. También si nos informan de algún riesgo, realizamos vista domiciliaria. Capacitamos a los médicos de primer nivel para fortalecer este mecanismo de referencia y contrareferencia, ahora son dos o tres veces al año, a inicios de año, mitad de año y si se requiere hacemos otra al final de año, eso depende del trabajo de la Jurisdicción. (Entrevista a psicóloga del Hospital Regional de Teapa)

---

<sup>101</sup> De éstos cuatro sólo logré entrevistar a dos de las psicólogas, los demás por su agenda de trabajo fue imposible.

<sup>102</sup> Fue recurrente que en el personal del SNA como el de los Hospitales de Alta especialidad la mayoría de las psicólogas que entrevisté hubieran realizado su maestría en la misma institución, en la Escuela de Gestalt que tiene su matriz en Xalapa, Veracruz, pero que tenía un campus en Villahermosa: “yo realicé mi maestría en Psicoterapia comunitaria y salud mental familiar en 2007. Yo cuando hago mi maestría, lo hago por invitación que me hace la SSA, ellos hacen un vínculo con la escuela, en la que la SSA paga la mitad de la beca y nosotras la otra mitad. La mayoría de los que estábamos trabajando en el estado hicimos esa maestría, aunque hay otras escuelas para estudiar posgrados (públicas y privadas) (Entrevista a psicóloga del Hospital Regional de Teapa.

Además de este servicio en el Hospital General, se encuentran los servicios de psiquiatría que se ofrecen como consulta externa, interconsulta u hospitalización en tres Hospitales Regionales de Alta Especialidad de TNA en el municipio de Centro. El total de agentes en este campo, según datos de la DSP, ascendieron para 2018 a 43. En el Hospital Dr. Juan Graham Casassús pude entrevistar a 6 recursos humanos, en el Hospital Dr. Gustavo A. Roviroso a 3 y en el Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón y en el Hospital de la mujer no pude entrevistar a nadie.

En el Hospital Juan Graham esta área se llama Neurociencias y cuenta con seis consultorios: psicología (2), neurocirugía (1), neurología (1), psiquiatría (1) y neurofisiología (1). Sólo hay turno matutino, el personal asciende a 16 personas (14 psicólogas y un psiquiatra y una trabajadora social), el trabajo que se realiza es en 90% interconsulta y 10% consulta externa. En el hospital Gustavo A. Roviroso el servicio se empezó a ofrecer hace aproximadamente 18 años con dos profesionistas y trabaja en dos turnos; actualmente hay tres consultorios con 14 personas atendiendo (1 psiquiatra y 13 psicólogas clínicas). La mayor atención que da es a consulta externa, en comparación con la interconsulta porque hay un psicólogo en piso. En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño hay, de acuerdo con lo reportado vía transparencia, 1 padosiquiatra y 28 trabajadores realizando funciones de psicología.

Es en este nivel que encontré a más personal con capital institucional, por un lado, con más posgrados (maestría y doctorado) y especializaciones; y por el otro, ocupando espacios no sólo de consulta sino directivos y administrativos a lo largo del subcampo. También estos recursos humanos están basificados y geográficamente se encuentran en la capital tabasqueña en un hospital de Tercer Nivel, situación que los sigue colocado en un lugar privilegiado dentro del subcampo de la salud mental, aunque éste se haya supuestamente democratizado.

#### 4.2.3.4. Tercer Nivel de Atención: Hospitales de Alta Especialidad

Los servicios especializados en psiquiatría de México, como expuse en el capítulo III, presentan un panorama heterogéneo en el que habría que distinguir los

servicios públicos de los privados. Entre estos últimos predominan notablemente la consulta de los psiquiatras, que se concentran en las grandes ciudades, como la ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, otras capitales y las principales ciudades de los estados, por lo que las ciudades medianas y pequeñas no cuentan con psiquiatras<sup>103</sup>. El número de hospitales psiquiátricos privados es muy reducido y sólo los hay en algunas ciudades del país y sobre todo ha aumentado el número de clínicas dedicadas exclusivamente al tratamiento de adicciones.

Entre los servicios psiquiátricos públicos se encuentran los ofrecidos por la SSA –que atiende a la población abierta– que tienen servicios de hospitalización y consulta externa y los sistemas de seguridad social –el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en los Sistemas de Seguridad para los Trabajadores de los gobiernos de los estados– en los que predominan los servicios de consulta externa. Únicamente el IMSS tiene servicios de hospitalización en la ciudad de México, Guadalajara y Monterrey (Benassini, 1997, p. 69).

De acuerdo con el Programa de acción en salud mental:

Existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados en establecimientos de salud mental ambulatorios. Hay 5 camas por cada cien mil habitantes. En los últimos 5 años la cantidad de camas ha disminuido en un 3 %. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (27%) la esquizofrenia (24%) y otros padecimientos, tales como trastornos orgánicos o epilepsia (16%). (SSA, 2001)

Tabasco es uno de los estados que cuenta con hospital de salud mental en la entidad tabasqueña que abrió sus puertas como Hospital Granja desde 1962. Actualmente se denomina Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental

---

<sup>103</sup> En términos de su distribución geográfica, sólo Zacatecas, Colima, Guerrero, Nayarit, Quintana Roo, Morelos y Tlaxcala no cuentan con hospital psiquiátrico; las demás entidades por lo menos tienen un hospital. Los estados con por lo menos una unidad de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales son: Sinaloa, Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Nuevos León y Yucatán. Sobre los estados en los que se registran más de 5 servicios ambulatorios están: Baja California Norte, Durango, Nayarit, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Estado de México, Distritos Federal, Morelos, Tamaulipas, Veracruz, Tabasco, Chiapas y Quintana Roo (SSA, 2001).

Villahermosa y cuenta con 167 agentes entre médicos (29), enfermeras (67), psicólogos (29), trabajadores sociales (17), terapeutas (22) y fisioterapias (3).

Las áreas de atención que conforman la unidad hospitalaria son:

Urgencias, Consulta externa, 4 salas de hospitalización (A, B, C, D), área de rehabilitación, área de gobierno (dirección, subdirección médica, subdirección administrativa, unidad de enseñanza e investigación, unidad de planeación, unidad de seguimiento, departamento jurídico, relaciones públicas, innovación y calidad), unidad de diagnóstico y tratamiento paramédico (trabajo social, archivo clínico, ortodoncia, rayos X, laboratorio, farmacia, electroencefalografía). Área administrativa (servicios generales, mantenimiento, recursos financieros, recursos materiales, recursos humanos). (Ficha de identificación de la Unidad Hospitalaria, 2007-2012)

De acuerdo con la ficha técnica el Hospital contaba con 120 camas (85 para hombres y 45 para mujeres), y no había ninguna ni para niños ni para adolescentes.

#### 4.3. El capital cultural institucionalizado. La democratización del saber psiquiátrico en Tabasco

##### 4.3.1. Institución, grado de estudio y especialidad

Las instituciones en las cuales se han formado los agentes no especializados del PNA han sido sobre todo la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), con 22 médicos egresados de ella (14 hombres, 8 mujeres); Universidad Autónoma de Guadalajara Campus Tabasco (UAG) con 5 médicos egresados de ella; Universidad Veracruzana (UV); Universidad Anáhuac Mayab Campus Mérida (UAMCM); Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) con un egresado en cada una. Universidades de las cuales cuatro son instituciones públicas y dos privadas (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Institución en la que estudió**

Sexo							Total
	UJAT	UAG	UV	AUMCM	UNAM	BUAP	
<b>Masculino</b>	14	3	0	0	1	0	18
	77,77%	16,66%	0%	0%	5,55%	0%	58,06%
<b>Femenino</b>	8	2	1	1	0	1	13
	61,53%	15,38%	7,69%	7,69%	0%	7,69%	41,93%
<b>Total</b>	22	5	1	1	1	1	31
	70,96%	16,12%	3,22%	3,22%	3,22%	3,22%	100%

Sólo 2 personas cuentan con maestría y es en Salud. Las médicas que declararon tener maestría se encuentran laborando, una en la cabecera municipal y otra en un centro de salud en una localidad de la Región Sierra (Cerro Blanco segunda sección). Es importante decir que el capital institucionalizado sobre todo está respaldado por la Universidad Pública del estado y que 18 médicos que atienden el PNA tienen sólo el pregrado, 2 tienen maestría y 11 son estudiantes en el último proceso de obtener el grado.

Dentro del desarrollo histórico del subcampo de la salud mental, la UJAT ha sido fundamental en su desarrollo. Primero porque en relación con ella se inició la formación de médicos psiquiatras y después porque fue a través de ella que se nutrieron los departamentos de psicología de la DSP. En “1987 el Hospital es nombrado sede para la enseñanza de la maestría en psiquiatría (hoy especialidad en psiquiatría) en Vinculación con la División Académica de Ciencias de la Salud de la UJAT” (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 104). Desde ese entonces y hasta 2015 se han formado 24 generaciones con 71 psiquiatras, que se han vuelto el recurso humano del subcampo tanto en sus tres niveles como en el área directiva y de administración. Y en “1999 por la vinculación con la UJAT, se inicia la operación de los servicios de psicología en los municipios, nosotros realizábamos el servicio social durante un año después de haber egresado de nuestra carrera” (entrevista a psicóloga de Hospital Regional Teapa). Entonces ya sea por la maestría en



psiquiatría, por la Facultad de Psicología y por la formación de los médicos que forman los recursos humanos de las XVI Jurisdicciones de Tabasco, la UJAT es la principal institución que forma al personal de salud mental de la entidad.

#### 4.3.2. De profesionales especializados a personal capacitado: Formación y adiestramiento en salud mental

Una de las primeras necesidades de establecer al PNA como punto articulador de la atención mental de base comunitaria ha sido formar, actualizar y capacitar en salud mental, lo que significa “proporcionar conocimiento y habilidades esenciales en el diagnóstico tratamiento y derivación de personas con trastornos mentales. (OMS, 2005, p. 14). El 38 % de los países reporta tener programas de entrenamiento en salud mental para médicos de atención primaria implementándose (Rodríguez, 2011). Pero aun así los médicos del primer nivel consideran insuficiente su formación en el área de salud mental y por tanto refieren diversas dificultades en el tratamiento de la salud mental (Latorre Postigo et al., 2005). Y el estado de Tabasco no es la excepción.

La capacitación recibida, como se leyó párrafos arriba en la voz de los propios especialistas que capacitan, se da dos veces al año en el caso del programa de psicología y una vez al año en el caso del programa de adicciones. Y la capacitación está reportada por los médicos de la siguiente manera: 20 dijeron haber recibido capacitación (10 hombres y 10 mujeres) y 11 no haberla recibido (8 hombres y 3 mujeres). De los que declararon haber recibido capacitación 15 son médicos generales y 5 pasantes y de los que no la habían recibido 6 son pasantes y 5 médicos generales.

**Tabla 6. Formación técnica/práctica para el diagnóstico y/o tratamiento de problemas de salud mental**

Sexo	¿Ha recibido formación técnica/práctica para el diagnóstico y/o tratamiento de problemas de salud mental?		Total
	Sí	No	
Masculino	10	8	18
Femenino	10	3	13
<b>Total</b>	20	11	31

La evaluación de dichas capacitaciones se percibió de la siguiente manera: de los 20 médicos que recibieron capacitación 8 calificaron con un cinco la capacitación recibida, 3 con siete y 9 con ocho. Lo que significa que de los 20, 12 evaluaron como positiva su capacitación. Dicha capacitación sobre todo ha sido recibida en el pregrado, es decir en la escuela (ya sea en el pregrado o en la especialidad) y en menor medida en su puesto de trabajo (ya sea durante su servicio social o como trabajador adscrito de base o por contrato). Quienes declararon haber tenido capacitación la periodicidad de ésta fue anual; pero hubo quienes dijeron que sólo en una ocasión la habían recibido.

Las instituciones que les han impartido dicha capacitación han sido sobre todo la universidad, en segundo lugar, la SSA y en tercero el IMSS. Los que más respondieron que la capacitación/formación se recibió en la universidad fueron los médicos de contrato y de servicio social; éstos últimos no declararon haber recibido capacitación por la Secretaría. Los especialistas que más impartieron las capacitaciones fueron los psiquiatras, seguidos de las psicólogas, médicos generales y neurólogos.

Como se dijo en el capítulo III, una vez que se dejó de nombrar a los agentes del subcampo como “profesionales de la psiquiatría” o “especialistas en psiquiatría”,

el campo se ensanchó y entonces podía pertenecer a él todo aquél que, aunque no fuera especializado atendiera a personas con algún trastorno mental; es decir, que en términos cuantitativos el subcampo se flexibilizaba y “democratizaba” su saber psiquiátrico. Pero, aunque hubo diferentes avances tecnológicos, cambios epistémicos y semánticos al interior del subcampo este saber sigue perteneciendo al psiquiatra. Los diferentes capitales de los agentes lo constatan, en este caso, el capital institucionalizado coloca en desventaja al médico en términos de niveles de estudio y de capacitación, frente al personal especializado que, aunque es menor en cantidad, sigue teniendo mayor conocimiento del tema.

#### 4.3.3 Programas del subcampo: salud mental, adicciones y violencia

El programa de salud mental del estado ha estado sustentado por los diferentes programas de acción en salud mental de México que se desarrollan desde el gobierno de Vicente Fox Quezada en el 2000 (SSA, 2001, 2008, 2014, 2019). En materia de Salud mental, como se dijo, Tabasco es pionero en la puesta en marcha del modelo de salud mental en los tres niveles de atención. Ofrece en los centros de salud, orientación psicológica; en los hospitales municipales y regionales, atención intrahospitalaria y en los hospitales de alta especialidad, cuidado y rehabilitación. Algo que pude observar cuando recorrí todo el subcampo, es que el impacto del modelo se identifica en el incremento de la demanda de los servicios especializados en psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería, a través de los módulos de salud psicosocial y servicios de salud mental; y en menos medida con el trabajo que hacen los médicos de atención primaria tanto en el diagnóstico, atención y derivación de temas de salud mental.

Lo anterior se corrobora con la percepción que los médicos realizan tanto de los programas de salud mental como de su labor en cada programa del subcampo. Para el primer caso, los agentes evalúan a los programas como muy malos (1), malos (2), regulares (14), buenos (9) y muy buenos (2); dos más dijeron no saber. Son los médicos generales (9) quienes califican a los programas como regulares en comparación con los pasantes (5). Con respecto al manejo de los programas de

salud mental por parte de los agentes, 27 de ellos dijeron no estar satisfechos con cómo los ejecutan y 4 con que su desempeño es satisfactorio.

#### 4.4 Capital incorporado. De la re-organización operativa a la praxis médica en los servicios de atención en salud mental en la Secretaría de Salud en Tabasco

##### 4.4.1. La producción en forma de conocimientos

Este capital en torno del conocimiento que se tiene sobre los trastornos mentales no sólo lo obtiene el médico a través de su formación en la capacitación/actualización en su espacio laboral, que es el dato que desglosaremos a continuación, sino también a través del conocimiento que produce su propia experiencia. De los 31 médicos encuestados sólo dos médicos reportaron haber padecido algún trastorno mental, su edad era de 42 años y 24 años respectivamente. A algunos este conocimiento les ha llegado porque por lo menos uno de sus familiares ha padecido algún tipo de trastorno mental: depresión (3), alzheimer (2) y esquizofrenia (1). Es decir, el 25.8% del total de los médicos de PNA han padecido o conocido de cerca (por un familiar) algún trastorno mental. De estos 8 casos, sólo reportaron haber buscado atención 3 de ellos y acudieron a psicólogos (sector privado y público) y ayuda espiritual. Y sólo uno de ellos declaró no resuelto el padecimiento en cuestión.

Una de las preguntas que realicé para saber cuál era el conocimiento que tenían sobre el subcampo de la salud mental, fue: “De acuerdo con su experiencia como médico ¿qué es la salud mental?” Del total de los médicos encuestados 18 no respondieron, lo que resulta importante teniendo en cuenta que son médicos, pero no especialistas en el tema y que han recibido limitada capacitación. Los 13 que respondieron, sobre todo asociaron la salud mental al concepto de salud de la OMS (estado de bienestar biopsicosocial), y en menor medida la relacionaron con: emociones, trastornos mentales y con asertividad para enfrentar los problemas de la vida. Quienes más asociaron la salud mental al concepto de salud de la OMS fueron hombres y sobre todo éstos recibieron capacitación por parte de psiquiatras.

Con respecto al conocimiento sobre la salud mental que se genera de acuerdo con la demanda, los médicos (21 de 31) percibieron en su mayoría que los pacientes que presentan problemas de salud mental no acuden al centro de salud con más frecuencia que otros pacientes con otro tipo de sintomatologías. La percepción de esta diferencia fue más marcada por los médicos hombres (18) que por las mujeres (13). Es decir, perciben que el cuidado de la salud física sigue siendo más importante que el de la salud mental.

En cuanto a la atención a población indígena 11 médicos de los 31 refirieron haber atendido a algún paciente con trastorno mental que era HLI y 25 dijo que entre población originaria no había suficiente información sobre la existencia de profesionales de la salud y/o servicios de salud públicos y privados que se encargan de atender estas problemáticas. Entre los motivos que dieron para la desinformación estuvieron: por el lugar alejado en el que habitaban, por su cultura y condiciones de analfabetismo y por la falta de acceso a la información.

Sobre si ha existido cambio en la forma como se ha presentado la morbilidad psiquiátrica, 17 médicos dijeron que no han percibido cambios, los restantes (14), dijeron que sí; y lo justificaron en la dinámica social, en los avances médicos y en el mayor uso de servicios de salud mental. Sobre la percepción del estigma, 29 agentes dijeron que todavía existía estigma en el paciente mental, entre las principales razones, estuvieron: los estereotipos y la discriminación (como se puede ver en la tabla 7).

**Tabla 7. Estigma en el paciente mental**

	¿Por qué?				Total
	Marginación	Estereotipos y Discriminación	Cultura	Falta información	
<b>Sí</b>	6	17	3	3	29
<b>No</b>	1	0	0	1	2
	7	17	3	4	31

Para reconocer qué tipo de conocimiento ha construido el agente en el subcampo, pregunté qué pensaba sobre la atención que se daba por la SSA a los pacientes con algún problema de salud mental; la mayoría de éstos respondieron regular (16 de 30), cuatro dijeron que muy mala y mala (2 y 2) y nueve que buena y muy buena (7 y 2 respectivamente). Sobre todo, fueron los hombres médicos generales quienes opinaron que la atención ha sido entre muy mala y regular.

Con respecto al cambio que se ha presentado en el sistema de salud en los últimos 15 años, en torno del incremento de servicios de salud mental en el sector público, los médicos opinaron que ha sido entre regular (12) y buena (10). Aquí fueron los médicos generales y mujeres quienes opinaron que el cambio ha sido regular y los pasantes lo evaluaron como bueno.

**Tabla 8. Incremento de servicios de salud mental en el sector público en los último 15 años**

		¿Cómo considera que ha sido el cambio en los últimos 15 años, en torno del incremento de servicios de salud mental en el sector público?					Total
		no sabe	Mala	Regular	Buena	muy buena	
Sexo	Masculino	1	3	5	7	2	18
	Femenino	0	1	7	3	1	12
Total		1	4	12	10	3	30

#### 4.4.2. La producción en forma de habilidad para diagnosticar y tratar

Dentro del subcampo de la salud mental, existen dos criterios diagnósticos que han ayudado a identificar síntomas, homogeneizar el diagnóstico y el tratamiento dentro del personal de salud mental en los tres niveles de atención. Estos diagnósticos son la Décima Clasificación de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Pero además de estos criterios, el subcampo maneja ciertos formatos de acuerdo con sus programas específicos, cada uno con sus objetivos, énfasis en ciertas problemáticas y con sus respectivas herramientas. En el caso de Tabasco, existen programas como el de

Salud Mental, Adicciones y Violencia Familiar, y de estos tres programas 23 de los 31 médicos reportaron no manejar ninguno. Los agentes del PNA que reportaron manejar por lo menos uno, fue sobre todo el de salud mental, con énfasis en la atención a la depresión; algunos dijeron manejar el de violencia familiar y otro el de suicidio. Los médicos de base de contrato reportaron trabajar sobre todo el de salud mental y los médicos que están haciendo su servicio social los tres programas.

**Tabla 9. Manejo de algún programa de salud mental**

Programa		¿Maneja algún programa específico sobre salud mental dirigido por la SS?	
		Sí	
Total	¿Cuál?	Salud mental (depresión)	6
		%	75%
		Violencia Familiar	1
		%	12,5%
		Suicidio	1
	%	12,5%	
	Total	8	
	%	100,0%	

Es importante decir que el 100% de los encuestados dijeron que sí necesitaban recibir más información respecto de los programas. Los intereses temáticos fueron diversos, pero 14 reportaron necesitar información sobre trastornos agudos (sobre todo depresión (11) y en menor medida ansiedad (3) y trastornos graves como la esquizofrenia (5), trastorno bipolar (3), suicidio (2); el resto (7) dijo que temas generales de la salud mental.

Los demás instrumentos que los agentes utilizan para evaluar y diagnosticar son, sobre todo, para el programa de adicciones: Cuestionario Fargestrom, Test de

identificación de trastornos por consumo de alcohol, entre otros. Para el programa de Violencia Familiar: Test de detección de Violencia Familiar y de Género. Para el programa de salud mental: episodio depresivo mayor, Índice de hiperactividad para ser valorado por profesores, cuestionario de conducta CONNERS para padres, cuestionario de conducta en escuela para profesores, cuestionario de conducta en el Hogar, Mini mental *Status Examinatios* MMSE (FOLSTEIN), escala de depresión geriátrica abreviada, M.I.N.I Kid suicidio (niños y adolescentes). Las herramientas que más utilizan los médicos generales y pasantes tanto para los trastornos bien definidos, los de síntomas inespecíficos como para los problemas psicosociales son: historias clínicas, test y cuestionarios que no especificaron y Mini Mental.

**Tabla 10 Herramientas para diagnosticar problemas de Salud mental**

	¿Qué herramientas utiliza para diagnosticar problemas de Salud mental?								Total
	CIE-10	DSM IV	Historia Clínica	Test y Cuestionarios	Minimental	Folstein	otros	Ninguno	
Puesto Pasante	1	1	4	3	1	0	1	0	11
Médico Gral.	0	1	7	3	2	1	0	1	15
Total	1	2	11	6	3	1	1	1	26

Sobre las herramientas que se utilizan para tratar un problema de salud mental, se dijo que la medicalización y la terapia psicológica; aunque sobre todo se referenciaba, es decir que ellos no atendían, más bien enviaban a los usuarios a los servicios especializados (ya sea psicología o psiquiatría). Y al cruzar la variable tratamiento con la formación técnico/práctica, se observó, como ésta última, es importante para que los médicos utilicen alguna herramienta para tratar las demandas. Aunque a esta pregunta respondieron sólo 19 médicos del total, se alcanza a ver claramente al cruzar las variables, que la diferencia es de 15 a 4, en igualdad de condiciones para hombres que para mujeres.

Sobre cuestionar cuál es la competencia del médico en el servicio de salud mental, los médicos respondieron que principalmente de atención (15), algunos otros



dijeron que de referencia (3) o ninguno (13). Es decir, aunque muchos de esos médicos reconocen que su quehacer es atender, han mencionado que refieren en la mayoría de los casos. Quienes recibieron capacitación refieren más que su labor es la de dar atención y otra parte dice que ninguna porque no hay herramientas para hacerlo.

**Tabla 11. Competencia de los médicos familiares para tratar los problemas de salud mental**

Sexo			¿Cuál es la competencia de los médicos familiares en ese sentido?			Total
			Da atención	Refiere	Ninguno	
Total	Situación de base laboral	de base	4	1	2	7
		Por contrato	3	0	1	4
		Servicio social	1	0	4	5
Total			8	1	7	16*

\*Nota: 15 casos perdidos.

En lo que respecta a la percepción sobre el uso de las herramientas y conocimientos para diagnosticar un problema de salud mental, 24 agentes dijeron que no las tienen y 6 dijeron que sí cuentan con ellas. Sin embargo, de acuerdo con el total de herramientas que utilizan (tanto para diagnosticar como para tratar) y las formas como las nombran, se evidencia que no hay suficiente conocimiento de éstas y que su uso es limitado. Además, se suma a lo anterior, que los médicos dicen tener no sólo poca eficiencia para diagnosticar, sino también poca eficacia para intervenir en estos temas (26 de 31).

**Tabla 12. Herramientas y conocimientos para diagnosticar**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	<b>Sí</b>	6	19,4
	<b>No</b>	24	77,4
	<b>Total</b>	30	96,8
		1*	3,2
<b>Total</b>		31	100,0

\*Nota: 1 caso perdido.

Otra de las prácticas con la cual se puede trabajar en la atención a la salud mental es la contención. Con respecto a ésta, de los 30 agentes que respondieron, 24 dijeron no hacerlo o hacerlo en algunas ocasiones y 6 dijeron que frecuentemente o siempre. Aunque como ya se dijo en anteriores capitales, los médicos suelen referenciar a los pacientes que presentan trastornos de salud mental. Y cuando se les preguntó sobre qué terapia utilizaban dentro del protocolo de atención de salud mental, los pocos que respondieron afirmativamente, dijeron que sobre todo Cognitivo-Conductual.

#### 4.4.3. El médico general y la psico-educación

La psicoeducación en el PNA si bien está en relación con la consulta y la información que se brinda a los sujetos sobre su padecimiento (síntomatología del trastorno, causas, tratamiento etc.); también y, sobre todo, tiene que ver con el “esfuerzo organizado y coordinado para educar y concienciar a la población acerca de los asuntos relacionados con la salud mental, utilizando una variedad de herramientas (por ejemplo; medios de comunicación folletos, encuentros cara a cara) (OMS, 2005, p.14). La psicoeducación es la herramienta que dentro de la atención a la salud mental de base comunitaria pone el acento en la rehabilitación, reinserción y por tanto en la corresponsabilidad, que como estrategia de esta nueva política de

salud mental, busca crear compromisos sociales con el Estado y otorgar competencias de intervención en la familia y la sociedad en general.

La psicoeducación en el nivel comunitario se enfoca en construir sujetos más informados y sensibles de su salud mental y que se responsabilicen de los familiares que las padecen, busca contribuir a la promoción y prevención de los trastornos mentales, a la no estigmatización, a visibilizar los servicios y a disminuir las barreras para el tratamiento. En ambos casos sigue habiendo problemas; por un lado, sigue existiendo estigma en la sociedad y en los mismos profesionales de la salud sobre los trastornos mentales y hay resistencia a la búsqueda de la atención y falta de adherencia al tratamiento. La psicoeducación busca resarcir estas problemáticas que son en mucho el talón de Aquiles de la atención de base comunitaria.

Cuando se les preguntó a los agentes por cómo trabajaban la psicoeducación, ellos respondieron que sobre todo en difusión externa a través de talleres en escuelas de la zona (12), que no había en la Jurisdicción sino en las unidades especializadas (10) y los menos dijeron que en el consultorio (9). Al cruzar esta variable con la capacitación técnico-práctica que han recibido, se muestra cómo una mayoría de médicos que sí se capacitaron son quienes también dicen psicoeducar a través de talleres o en los consultorios, en comparación con quienes no recibieron capacitación. Quienes no recibieron capacitaciones más bien dicen que ellos referencian a las unidades especializadas. Este dato es un indicador que evidencia que la capacitación puede incidir en el tipo de prácticas que tendrán o no los médicos.

La psicoeducación en términos de capitales es aquel conocimiento sobre la salud mental que se transfiere en forma de conocimiento mismo ya sea a través de la charla entre colegas, capacitaciones formales que buscan sobre todo la sensibilización del personal, en la consulta e interconsulta o en las referencias y contraferencias. La capacitación al médico del PNA es psicoeducación por parte del personal especializado en salud mental del mismo nivel. Las consultas en las que hay contención, diagnóstico, información y tratamiento sobre algún trastorno es psicoeducación. Los talleres y trabajo comunitario que sobre todo hace el programa

de salud mental, el programa de violencia familiar y el programa de adicciones en las escuelas y en las localidades de la región es psicoeducación. En este sentido, la psicoeducación trata de establecer vínculos entre el subcampo de la salud mental y el sector educativo, laboral y judicial. Por los datos que he ofrecido hasta el momento, quienes más dan psicoeducación es el personal especializado del PNA y en menos casos los médicos de la jurisdicción. Pero por los pocos recursos especializados que existen en este nivel la psicoeducación es muy reducida en el municipio.

#### 4.4.4. La producción en forma de referencias y contrareferencias

Como ya comenté, Tabasco tiene un modelo de atención a la salud mental en los tres niveles de atención desde 1984 que es dirigido por la DSP desde 1995; esto significa la necesaria organización de los servicios a través de la comunicación efectiva y eficaz de éstos. Situación que no ha sido sencilla y que dentro de la evaluación realizada a través del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) a los servicios de salud mental mexicanos, se muestra cómo una de las áreas de oportunidad del sistema (Berenzon Gorn *et al.*, 2013). En este sentido la evaluación buscó conocer la vinculación que existe entre los diferentes servicios especializados en salud mental.

Las referencias y contrareferencias son el medio a través del cual se comunican e interaccionan los diferentes niveles de atención y sus diferentes servicios. El médico general del PNA, puede atender o referenciar a algún paciente al área especialista de su mismo nivel y a su vez éstos pueden según sea el caso, referenciar al Hospital General o al Hospital de Alta especialidad en salud mental y lo mismo en el sentido inverso de los niveles.

Con respecto a la percepción que los médicos tienen de la comunicación que existe entre los diferentes niveles de atención, ésta fue detectada más como mala y regular (18), que como buena y muy buena (9). Dicha percepción negativa fue más percibida por médicos generales que por pasantes.

**Tabla 13. Relación que se establece entre los diferentes niveles de atención en salud mental**

		¿Cómo es la relación que se establece entre los diferentes niveles de atención en salud en lo que respecta a los servicios de salud mental?					Total	
		no sabe	muy mala	Mala	Regular	Buena		muy buena
Sexo	Masculino	1	2	4	5	6	0	18
	Femenino	0	0	2	7	2	1	12
Total		1	2	6	12	8	1	30*

\*Nota: 1 caso perdido.

Con respecto a la relación laboral que se ha construido a partir de las referencias y contrareferencias, los médicos opinan que ésta es entre regular (12) y buena (9). Hubo algunos que dijeron que muy mala (3) y otros que muy buena (4). Y son los médicos generales en comparación con los pasantes quienes dicen que esta relación es regular y son las mujeres quienes más perciben que esto es así.

**Tabla 14. Relación entre el personal especializado en salud mental y el resto del personal**

		En el Primer nivel de atención ¿cómo evaluaría la relación entre el personal especializado en salud mental y el resto del personal?				Total	
		muy mala	Mala	Regular	buena		muy buena
Sexo	Masculino	2	2	5	5	4	18
	Femenino	1	0	7	4	0	12
Total		3	2	12	9	4	30*

\*Nota: 1 caso perdido.

Sobre cómo funcionan específicamente las referencias y contrareferencias, 12 médicos dijeron que bien y 10 que regular, y son los médicos generales quienes mejor evaluaron dicha vinculación y comunicación.

**Tabla 15. Cómo funcionan las referencias y contrareferencias**

		¿Cómo considera que funcionan las referencias y contrareferencias?						Total
		no sabe	muy mala	Mala	Regular	buena	muy buena	
Sexo	Masculino	1	2	1	5	6	2	17
	Femenino	0	0	1	5	6	0	12
Total		1	2	2	10	12	2	29*

\*Nota: 2 casos perdidos.

En la mayoría de los casos hay más referencias que contrareferencias, pues como lo comentó una de las psicólogas, es más común que ellas canalicen al psiquiatra, paidopsiquiatra o neuropsiquiatra, que ellos contrareferieran al paciente para su seguimiento en el módulo de salud mental de su municipio. Lo que evidencia que las referencias y contrareferencias funcionan más entre servicios que entre niveles de atención.

#### 4.4.5. La producción en forma de conocimiento y uso de psicofármacos

La literatura sobre el uso de psicofármacos en el PNA ha demostrado que sí hay un importante número de consumidores entre los usuarios de atención primaria, sobre todo en determinados grupos "de riesgo" (mujeres, ancianos, enfermos crónicos, desocupados, sin familia). Y que el grupo farmacológico más utilizado es el de las benzodiacepinas, seguido a gran distancia de los antidepresivos (Mateo Fernández *et al.*, 1997; Sallán, *et al.*, 2005; Hwang, *et al.* 2015).

En el caso del PNA en Tacotalpa, el uso de psicofármacos en criterios diagnósticos formales se hace rara vez; pero para los trastornos inespecíficos no se usan psicofármacos ni tampoco para los problemas denominados como psicosociales. Con respecto a la percepción de los médicos sobre el uso de los psicofármacos, 10 médicos dijeron que es mala y 9 que regular, sólo 4 personas (3 y 1) dijeron que era buena y muy buena, respectivamente. Y fueron los médicos

generales, más que los pasantes quienes opinaron negativamente con respecto al uso del psicofármaco en el PNA.

**Tabla 16. Utilización de psicotrópicos en el Primer Nivel de Atención**

		¿Cómo es la utilización de psicotrópicos en el Primer Nivel de Atención?					Total	
		no sabe	muy mala	mala	regular	bueno		muy buena
Sexo	Masculino	3	1	5	5	2	1	17
	Femenino	1	1	5	4	1	0	12
Total		4	2	10	9	3	1	29*

\*Nota: 2 caso perdido.

Cuando se preguntó por el tipo de fármacos que más se utilizan en el PNA, algunos respondieron que no se utilizan fármacos en este nivel, que quien los recetan sólo son los psiquiatras en las unidades especializadas, otros dijeron que no se cuenta con medicamento en este nivel y algunos respondieron que la carbamazepina y fenitoina (para el control de la epilepsia), diazepam (ansiolítico) y la fluoxetina (antidepresivo). Pero es un hecho que la mayoría no receta, ya sea porque dicen no contar con el medicamento o porque prefieren referenciar al psiquiatra. Y quienes menos recetan medicamento son los pasantes. Es importante señalar que quienes no recibieron capacitación (8) suelen recetar menos que los que sí la han recibido (23).

#### 4.5. El capital objetivado

4.5.1. La producción en forma de material para promocionar, difundir y prevenir los problemas de la salud mental

Los primeros documentos institucionales que se han creado en esta materia en términos nacionales son, por un lado, la Ley General en Salud donde se garantiza el derecho a la salud mental y por el otro, los Programas de acción Específicos en Salud Mental que se han venido realizando desde inicios del siglo XXI. Hasta el

momento se han desarrollado tres que corresponden al gobierno de Vicente Fox Quezada (2000-2006), Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) y Enrique Peña Nieto (2012-2018). El actual gobierno de Andrés Manuel López Obrador no ha presentado el suyo, apenas el secretario de salud, el Dr. Jorge Alcocer Varela, presentó el Plan Nacional de Salud (2019-2024) en el que, por cierto, no se nombra a la salud mental.

Dentro de los programas de salud mental estatal y también a través de las actividades de coordinación interinstitucional en las que se busca promover y acercar información a población en situación de vulnerabilidad como adolescentes y jóvenes, la DSP, ha elaborado diferentes folletos a través de los cuales se les hace llegar información de los diferentes programas y de los diferentes trastornos mentales, drogas o violencia.

Entre las campañas que se han lanzado por parte de la DSP estuvieron “Marca la diferencia”, que se dirige a “promover pensamientos, conductas y actividades positivas que generan estilos favorables para el bienestar emocional” (Madrigal-Zentella y Castro Morales, 2015, p. 80). Campaña de prevención del suicidio “Abraza la vida” que se implementó desde 2009 para informar sobre las señales de alerta y factores de riesgo suicida. Esta campaña estuvo dirigida con spot publicitarios a personas en riesgo como a familiares cercanos. Madrigal-Zentella y Castro Morales (2015) comentan que para esta campaña y debido a las cifras manejadas en el estado<sup>104</sup>, ésta se trabajó con spots de radio y TV, trípticos, periódicos murales y carteles.

También se encuentra la “Revista Salud en Tabasco” que es el órgano oficial de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco desde enero de 1995, en la cual se divulga la información científica que se produce en el país y en el estado. Además de la revista y los artículos publicados, el capital objetivado está representado, como lo escribí párrafo arriba, por material impreso de promoción y prevención de la violencia familiar y de género; por programas, spots publicitarios, folletos sobre salud mental, prevención del suicidio y adicciones.

---

<sup>104</sup> Los municipios con mayor incidencia en las tasas de mortalidad por suicidio del estado: Balancán, Centro, Emiliano Zapata, Paraíso, Tacotalpa y Teapa.



#### 4.5.2. La producción en forma de dato epidemiológico reportado

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica es el conjunto de estrategias y acciones epidemiológicas que permiten la producción de información epidemiológica útil para la salud pública, este registro lo realizan los diferentes niveles de atención. En el caso tabasqueño se realiza de la siguiente manera: “...nosotros hacemos dos informaciones, la que pasamos al Sistema de Información en Salud (SIS) y otro que mandamos al servicio de salud psicosocial, en el que cada programa tiene una hoja de registro” (Entrevista a Psicóloga de Hospital Regional Teapa). En el caso del TNA, éstos entregan información al Hospital y al servicio de salud psicosocial. En el caso del CAPA “...nosotros enviamos datos al área de Estadística del gobierno del estado, entregamos información a la DSP y de ahí a CONADIC” (Entrevista a coordinador del CAPA de Tacotalpa). En el caso del PNA, hay una psicóloga jurisdiccional a quien se le reportan los casos y ésta envía a la DSP; además los médicos registran el total de su atención en el que también se encuentran los diagnósticos de salud mental en su “informe semanal de casos nuevos de enfermedades”. En cualquiera de los niveles, el dato epidemiológico que se genera en los tres niveles y por cada programa –con personal especializado para manejarlo o no– se envía a la DSP.

Los datos epidemiológicos que se presentaron en el capítulo III fueron solicitados vía la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT) porque hice solicitudes a la Coordinación de Estadística del Estado, al área de Epidemiología y a la misma DSP y en ninguno de esos espacios se permitió la información. Lo único que puedo decir a este respecto, a partir de las entrevistas realizadas, es que: 1) el personal especializado en salud mental, según cada programa que se maneje, tiene que enviar sus datos a la Dirección. 2) Existen formatos para cada programa donde se reportan las metas establecidas mensual y anualmente y el registro es individual, no por programa. 3) No hay formatos donde se registre el dato que puedan identificar la diferencia cultural, razón por la cual no se conocen, con certeza, las prevalencias

de salud mental que existen en población originaria en el estado<sup>105</sup>. Tanto los diagnósticos que genera el PNA para referir, como el que usa el personal de salud mental para diagnosticar, se generan a través del uso del CIE-10, criterio que homogeniza el dato epidemiológico.

#### 4.5.3. Disposiciones del habitus que influyen en la productividad de los agentes

El médico general del PNA refiere ser dentro del sistema de salud uno de quienes más carga de trabajo tienen. Entre sus actividades están diversos programas, como el de planificación familiar, control prenatal, nutrición y desarrollo infantil, entre otros. La salud mental es uno de los últimos programas que se agregan a su carga laboral y es el que menos importancia ha tenido para ellos.

Dentro de las principales demandas de atención que refirieron, están las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) (20) y las enfermedades crónico-degenerativas (8). Sólo un médico respondió que dentro de éstas estaba la salud mental y fue un pasante que está haciendo su servicio social y que laboraba en Xicotencatl, la tercera localidad con mayor densidad poblacional y una de las de mayor número de HLI.

---

<sup>105</sup> Aunque la mayoría de los especialistas que tienen mayor antigüedad reconocen y saben de las poblaciones originarias que habitan el estado, ese reconocimiento se hace en términos de atención cuando se identifica la localidad a la que pertenece el paciente; pero eso no se registra en el formato y no se transforma en dato epidemiológico.

**Tabla 17. Principales demandas de atención (generales) del médico de PNA**

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Total	¿Cuáles son las principales demandas de atención (generales) que usted atiende?	IRAS	9	11	20
		Crónico	6	2	8
		Degenerativas	0	1	1
		Control Prenatal	0	1	1
		Planificación	1	0	1
		Salud mental	16	15	31
		<b>Total</b>			

De los médicos que respondieron haber atendido por lo menos a alguna persona con problemas de salud mental (20), adscritos de base fueron siete, seis de contrato y siete de servicio social. Los médicos que dijeron nunca haber atendido a alguien por una demanda de salud mental (9) han sido por muy poca diferencia, los pasantes que están haciendo servicio social. Lo que se puede ver rastreando entre la antigüedad y la demanda es que la atención se incrementó sobre todo a partir de 2014, como se puede ver en la siguiente tabla.

**Tabla 18. Atiende o ha atendido personas con problemas de salud mental**

Atención	Desde cuando trabaja en esa localidad									Total
	1991	1992	1999	2009	2011	2012	2013	2014	2015	
Sí	1	1	1	2	1	2	2	9	1	20
No	0	0	0	0	1	1	0	6	1	9
	1	1	1	2	2	3	2	15	2	29*

\*Nota: 1 caso perdido.

El promedio de pacientes que se atiende en un día es entre 20 y 25, el mínimo de pacientes atendidos fue de 1 y el máximo de 40 y quienes reportaron la más alta demanda fueron los médicos de contrato y de base. Las localidades en donde se

tiene más demanda son las de mayor densidad poblacional como Oxolotán, Tapijulapa y Xicotencatl. De este total de demanda de atención 8 médicos refirieron que el 1% de éstas se referían a problemas de salud mental, 4 al 5%, 4 al 10% y 2 al 30%. Siguen siendo los médicos generales quienes identifican más estos trastornos.

Entre los principales problemas de salud mental que los agentes atienden están: depresión (15), ansiedad (4), esquizofrenia (3), violencia (2) y trastorno de sueño (1). Por muy poca diferencia los médicos adscritos de base son quienes más atienden demandas de salud mental y de acuerdo con el total de médicos hombres (18) y mujeres (13) que componen el subcampo, no existe diferencia en la atención dada entre los géneros. Las localidades donde más se atienden casos de depresión son las de más alta densidad poblacional como la cabecera municipal, Oxolotán y Tapijulapa y otras localidades choleras.

**Tabla 19. Principales problemas de salud mental que atiende el médico del PNA**

Situación laboral	¿Cuáles son los principales problemas de salud mental que usted atiende?					Total	
	Esquizofrenia	Depresión	Ansiedad	Violencia	Trastorno de sueño		
Adscrito de base	Sexo Masculino		1	1	1	1	4
	Femenino		4	1	1	0	6
	Total		5	2	2	1	10
Por contrato	Sexo Masculino	1	3				4
	Femenino	0	3				3
	Total	1	6				7
Servicio social	Sexo Masculino	2	3	2			7
	Femenino	0	1	0			1
	Total	2	4	2			8
Total	Sexo Masculino	3	7	3	1	1	15
	Femenino	0	8	1	1	0	10
	Total	3	15	4	2	1	25*

\*Nota: 6 casos perdidos.

## Consideraciones finales

En este apartado describí la reorganización operativa de la praxis médica en los servicios de atención en salud mental de la SSA en Tabasco a partir del capital social de los agentes que lo integran, el capital institucional en forma de títulos académicos que obtuvieron, el capital incorporado en forma de prácticas que realizan, el capital objetivado en forma de producción intelectual que se genera y el capital simbólico que como sumatoria de lo anterior se convierte en reconocimiento y poder dentro del subcampo.

En el anterior capítulo concluí que la reestructuración de la salud mental en México fue influenciada por un cambio en la política nacional y por la metamorfosis de la política de salud mental que redundó en medicalización y sobre/institucionalización en el campo, pero no así en el desarrollo del modelo de base comunitaria esperado. En este capítulo di cuenta del proceso de reestructuración de la atención a la salud mental en el PNA, cambio lento que ha vivido el subcampo de la salud mental y con ello el sistema de salud mexicano a través de los capitales puestos en juego, las reglas que lo regulan y el *habitus* de los agentes que lo integran.

Las reglas del juego del subcampo están colocadas de manera diferenciada por los tres niveles de atención. Estas unidades enmarcan y orientan la práctica médica de sus agentes, produciendo así ciertas disposiciones. De ahí que cuánto más especializada sea la práctica en el nivel, más reconocimiento tiene; y cuantos más agentes especializados del campo agrupe, mayor espacio de socialización genera. El incremento de diferentes capitales y el desarrollo de un tipo de *habitus* en el subcampo está determinado por la centralidad del desarrollo de la práctica del agente. Es decir, donde la salud mental es el trabajo central, hay posibilidad de generar ciertas disposiciones y de potencializar diferentes capitales, como se verá a continuación.

“El tamaño del **capital social** dependerá del tamaño de la red de conexiones que pueda movilizar y del volumen de otras formas de capital que ese grupo posea”

(Colina Escalante y Osorio Madrid, 2004, p. 57). Lo que pude observar de acuerdo con los datos presentados en este capítulo es que pertenecer a una institución o grupo genera relaciones e interacciones que permiten movilizar capitales y obtener diferentes posiciones en el campo de acuerdo con el género, edad, distribución geográfica, antigüedad, situación laboral, pero sobre todo por la ubicación del nivel de atención donde labora cada uno de los agentes. En el caso del PNA, aunque en términos numéricos son más y se encuentran geográficamente más distribuidos, en términos de espacio de socialización generado dentro del subcampo de la salud mental, éste es menor. Es menor el número de especialistas, los espacios están más alejados del centro de la entidad tabasqueña, existe una menor antigüedad del personal y éstos son más jóvenes, con menos experiencia en el campo y menos garantías laborales porque la mayor parte del personal es de contrato y de servicio social. Los cargos directivos, que también son un indicador de capital social, son nulos en comparación con el que se genera en el TNA.

Los datos obtenidos muestran cómo en los espacios cuya labor sustantiva es la salud mental, la calidad del capital social es distinto. En el segundo y tercer nivel de atención tanto la edad, la antigüedad y la situación laboral de los agentes mejora, fenómeno que propicia redes mucho más fuertes y consolidadas que permiten ascender y obtener cargos directivos y mayores posibilidades para seguir actualizándose en el área; como suele pasar en el TNA, espacio en el que se encuentra una importante lista de psiquiatras que han coordinado y dirigido diferentes proyectos en este subcampo.

La descripción de la reorganización operativa de la praxis médica en los servicios de atención en salud mental de la SSA en Tabasco a partir del capital social de los agentes que lo integran permitió corroborar cómo a pesar de que se ha ampliado la oferta de los servicios en los tres niveles de atención y se ha incrementado la demanda en éstos, sigue siendo el TNA el espacio de socialización por excelencia desde el cual se producen las reglas del juego del subcampo; al mismo tiempo que se desmonta la idea de que para deshospitalizar, no sólo se trata de disminuir presupuesto, camas y servicios al hospital psiquiátrico, sino de construir disposiciones específicas en el *habitus* médico. Finalmente, también permitió

constatar que una de las principales prioridades que tiene el sistema de salud mental mexicano está en sus recursos humanos, no sólo en la formación y actualización de éstos sino en garantizarles mejores condiciones laborales.

Describir el **capital institucional del subcampo de la salud mental** demostró que está flexibilización y ensanchamiento del saber no ha mejorado las posiciones de los agentes ni democratizado el saber, por lo menos en el PNA en Tabasco. En el caso del capital institucional no hay posibilidad de competir entre los capitales porque una buena parte de los agentes del primer nivel ni siquiera tienen título universitario y los agentes especializados de éste, tienen menos grados de estudio con respecto a los del segundo y tercer nivel. Tener menos grados de estudio, carecer de especializaciones y tener dos capacitaciones anuales, colocan a los agentes del PNA jerárquicamente en un juego desigual dentro del subcampo.

La diferencia de *habitus* con respecto a su disciplina es un obstáculo que el agente enfrenta al ingresar al subcampo. Las disposiciones generadas a través de la historia del agente, que incluye su formación, siguen presentes en su práctica a la hora de la consulta, incluso a pesar de la psicoeducación recibida. Situación que se ve reflejada en la importancia que se da a la salud mental, pues como lo señalaron las psicólogas del primer y del segundo nivel, los mismos médicos generales dada su formación biologicista son más reacios a pensar en la salud de una manera biopsicosocial. Esto se ve reflejado en subregistro epidemiológico, en la poca eficacia en el manejo de los diferentes programas de salud y en la naturalización de fenómenos como el consumo de alcohol o de la violencia hacia la mujer, que no son concebidos y por tanto referidos como problemas a los servicios especializados en salud mental.

El cambio semántico, epistemológico y tecnológico si bien logró dotar de un lugar al servicio de salud mental dentro del sistema de salud, no logró permear en la praxis del médico del PNA, o no de tal manera que transformará el *habitus* médico y con ello las nuevas políticas de salud mental lograrán filtrarse a los consultorios de los centros de salud. Lo anterior es visible a partir del capital incorporado y el capital

objetivado, que no ha logrado manufacturar conocimiento, prácticas y producción intelectual en sus agentes.

Por ejemplo, el **capital incorporado** en forma de conocimientos, habilidades para diagnosticar, prevenir y promocionar, referir y prescribir psicofármacos, es mucho menor en comparación con los agentes del TNA. El capital incorporado es el que menos se percibe y se tiene por los agentes del PNA del subcampo. En cuanto al **capital objetivado**, es decir el estado material del capital incorporado, la producción intelectual ha estado mucho más enfocada a la promoción y prevención de los problemas de la salud mental que a la producción intelectual. En este sentido, aunque hay un espacio que podría posibilitar la difusión y divulgación de la producción en el sistema de salud tabasqueño, éste no es especializado, así que los agentes tienen que competir con toda la demás producción del conocimiento que se produce dentro del campo médico; además, siguen siendo los agentes del TNA los que están en mayores condiciones de producir conocimiento en el área y de publicarlo en comparación con los agentes del primer nivel.

El mayor capital social, incorporado y objetivado lo siguen poseyendo los agentes del TNA. El tiempo que se requiere para incorporar y lograr la objetivación de un capital se encuentra vinculado con la adquisición de otros capitales (pág. 105). Lo anterior explica la poca productividad del capital cultural, dado el poco desarrollo que tienen los otros capitales y dado el poco tiempo que tiene de haberse creado el subcampo de la salud mental. Si hay poco capital cultural incorporado, éste no se materializará y no habrá recursos científicos e intelectuales acumulados. La coinversión de capitales entonces permite comprender la historia del campo y de sus agentes, permite ver cómo se cambian las prácticas y el *habitus* del médico. Por ejemplo, a través de la actualización/capacitación en los agentes (capital institucional) se notó un impacto positivo en la generación de prácticas (capital incorporado) que a su vez se reconvirtieron en producción de dato epidemiológico (capital objetivado).

Finalmente, el **capital simbólico** es la sumatoria de los anteriores capitales. Los agentes que lo alcanzan son la encarnación del campo mismo y sus *habitus* nos



hablan de su proceso de socialización. Aquellos que han logrado su acumulación, son los que elevan el derecho de entrada a otros. Es decir, que quien obtiene suficiente reconocimiento (intelectual, prestigio acumulado y poder institucional), lo puede imponer a los demás. Y ese poder de imposición es percibido por todos como algo natural. Poder que siguen imponiendo los psiquiatras, tanto a los médicos generales, como a las psicólogas, enfermeras y trabajadoras sociales del subcampo; no sólo por los capitales con los que juegan los primeros, sino por los capitales de los que son conscientes que carecen los segundos. El subcampo de la salud mental podrá permear en el campo médico y con ello desarrollar un modelo de salud mental de base comunitaria, no sólo a través de un programa o por el trabajo desglosado por niveles, sino mediante la comprensión de la salud de manera integral hasta que haya una verdadera democratización de los saberes.

Si bien hubo un cambio en la forma de gobernar la salud mental por parte del Estado, que se refleja en atención, discursos institucionales y formas de organización, esto no ha logrado permear en la praxis de los agentes. Como se ha podido ver hasta aquí, considero que el cambio en las reglas del juego requiere sin duda, cambios en las disposiciones de los agentes. Es decir, no basta con disposiciones obtenidas en la formación o en la capacitación, hay otras disposiciones que se necesitan para poder transformar el *habitus* médico. Por ejemplo, los agentes con más reconocimiento en el campo poseen *habitus* adquiridos desde temprana edad, pero desarrollados y fortalecidos en el transcurso de los juegos de poder a los que se enfrentan en el campo médico. Lo que significa que hay que reconocer la influencia de otros capitales y disposiciones previas al ingreso a éste y adquiridas en otros momentos de la vida y fortalecidas en otros campos, para que haya filtraciones en la praxis del PNA como lo expondré en el siguiente capítulo.

# **CAPÍTULO V**

## CAPÍTULO V. DEL DISCURSO A LA PRÁCTICA MÉDICA: ETNOGRAFÍA DE LOS CENTROS DE SALUD EN EL PNA

---

### Introducción

*Esta etnografía busca mirar, como dice Foucault «al interior de la conciencia mórbida, [intentando] ver el mundo patológico con los ojos del propio médico». No sólo o primordialmente del paciente. Pues en este momento es necesario primero, mirar en esa conciencia del médico no sólo como profesional, también como paciente, como sujeto que vive o ha vivido algún tipo de trastorno y/o tiene alguna experiencia cercana.*

Hacer etnografía del tipo que se presenta aquí, buscó como lo dice el epitafio, mirar en la conciencia del propio médico no desde su formación como profesional de la salud, ni como médico dentro del sistema de salud mexicano o no sólo desde su formación y profesión; sino y, sobre todo, como sujeto que vive o ha vivido algún tipo de trastorno. Es decir, la etnografía buscó dar cuenta de las múltiples maneras como el médico trata, pero también concibe y traduce la salud mental de sus pacientes y la suya propia o la de sus redes sociales cercanas, a través de las prácticas y discursos<sup>106</sup> que construye en su quehacer cotidiano como médico, como profesional en constante actualización y psicoeducación, pero también como ser humano que enferma y que se vuelve consumidor de las prácticas que ejecuta y del campo al que pertenece.

El objetivo de este capítulo fue analizar de qué manera la reestructuración de la atención a la salud mental ha reconfigurado el discurso y la práctica médica de los

---

<sup>106</sup> Nota metodológica: La práctica son todas aquellas actividades que de rutina hacen –médicos generales o pasantes– para diagnosticar, atender, prevenir o promocionar cualquier problema de salud mental, incluyen: desde el nombrar a la salud/enfermedad, dar terapias de contención o consejos, atender y prescribir psicofármacos, registrar el dato epidemiológico, referir a otro servicio o nivel de atención y hacer psicoeducación fuera del consultorio.

De acuerdo con Hernández Lara (2008), “...discurso es una práctica a partir de la cual el individuo toma una posición de sujeto determinada frente a las distintas exterioridades que los constriñen –al individuo y a su discurso–, haciéndolos ser lo que son. Al entrar al campo del lenguaje el individuo toma una postura en un momento y un espacio, alrededor de los cuales se configura un juego con reglas específicas. El sujeto que enuncia un discurso lo hace desde una postura, con el objetivo de hacer visible la posición que resguarda su subjetividad en el universo de lo simbólico” (pág.10).

profesionales de la salud que laboran en el PNA de la SSA del municipio de Tacotalpa en Tabasco. Lo anterior lo logré al mostrar al sistema de salud mental como un sistema cultural y describir a partir de las prácticas y discursos institucionales, la forma en que lo laboral, la formación académica y las disposiciones previas a conformar el *habitus* médico, se relacionan para dar cabida a sus concepciones de salud mental y luego entonces a sus prácticas médicas.

De manera que en esta etnografía situada, dialógica y colaborativa analicé las particularidades que adquiere la práctica médica cuando el mismo médico o uno de los miembros de la familia presenta un trastorno mental y cómo, esta experiencia previa influye en la forma como se concibe la salud mental. Lo que implicó conocer, por un lado, el mundo de las preocupaciones emocionales de los médicos; y por el otro, el régimen afectivo del campo médico y del subcampo de la salud mental. Implicaciones que me permitieron acercarme a otros posicionamientos de los profesionales de la salud y por tanto repensar al sistema de salud desde su dimensión simbólica.

En este capítulo parto de la idea de que los cambios producidos con la reforma psiquiátrica en Tabasco, y que se traducen en discurso y práctica en el *habitus* médico, no sólo se delinearon por las disposiciones inculcadas e incorporadas en este campo, sino por la socialización vivida y reproducida en otros campos. Es decir, no basta con disposiciones obtenidas en la formación o en la capacitación del médico, hay otras disposiciones que se necesitan para poder transformar el *habitus* médico. Lo que significa que debe reconocerse la influencia de otros capitales y disposiciones previas al ingreso a éste y adquiridas en otros momentos de la vida y fortalecidas en otros campos, para que haya filtraciones en la praxis del PNA. Ese capital es el capital emocional adquirido desde el proceso de socialización primaria y que se va movilizándolo a lo largo de la vida. También, intenté reconocer en este proceso de interacciones entre campos diversos y disposiciones distintas los espacios hermenéuticos que los y las médicas tienen desde su misma práctica y discurso médico a través del cual se fugan cosas imprevistas por la misma reforma y por la misma política pública y sus planes y programas.

Para lograr lo anterior, el capítulo está desarrollado en cuatro apartados. En el primero presento el encuadre metodológico y expongo los cinco casos que analice a profundidad a través del dato cualitativo construido con la etnografía desarrollada. En el segundo apartado identifiqué las múltiples disposiciones adquiridas por los sujetos. En el tercer apartado propongo al capital emocional como un capital más en juego dentro del campo médico, que, al ser adquirido, posibilita con mayor o menor facilidad la ejecución de las políticas de salud mental en la práctica médica cotidiana. Y en el último que se ofrece a modo de cierre y de conclusión hablo de la histéresis del *habitus* médico.

### 5.1. Encuadre metodológico

**Fuente.** Como expuse en el capítulo I, el trabajo de campo constó de dos momentos diferentes, pero fue en el segundo en el que hice la etnografía del PNA y donde apliqué observación participante y entrevistas a profundidad con cinco profesionales de la medicina (tres hombres y dos mujeres) que seleccioné después de aplicada la encuesta a todos los médicos de la Jurisdicción sanitaria XIV del municipio de Tacotalpa, tomando en cuenta un criterio fundamental: la experiencia de padecer, haber padecido o tener algún familiar con algún padecimiento de salud mental. Con estos cinco médicos, que por cuestiones éticas conservo el anonimato y los nombro con seudónimos, pude hacer observación participante en sus respectivos consultorios durante cuatro meses (de febrero a mayo de 2015). La información expuesta aquí es de ellos, de médicos que trabajan en el PNA, que laboran en espacios donde hay HLI, tienen diferente situación laboral e ingresaron al campo médico en diferente tiempo. Médicos cuya formación es similar y cuya trayectoria biográfica es heterogénea incluso de sí misma.

Esta etnografía presenta las trayectorias biográficas, académicas y laborales de los agentes del subcampo de la salud mental. En ella narro la historia partiendo de las propias experiencias mórbidas de los médicos. Los instrumentos utilizados, tanto la entrevista a profundidad como el guion de observación estuvieron organizados en cinco categorías: datos biográficos, sociodemográficos, situación de

salud, formación y contexto laboral y religioso (Ver anexo 1 y 3). Dichos instrumentos contribuyeron a construir el dato en campo.

El procesamiento del dato discursivo y descriptivo lo realicé mediante la recategorización y codificación que construí en diálogo directo con los instrumentos diseñados y con las categorías arriba mencionadas. El guion de codificación permitió el procesamiento del dato descriptivo (reportado en el diario de campo) y el dato comprensivo (obtenido mediante los diferentes tipos de entrevistas). La recategorización la hice siguiendo el método comparativo constante que ofrecen Glasser y Strauss (1967). La selección de los fragmentos de entrevistas que aquí cito, son retomadas recuperando las categorías de análisis y algunas otras subcategorías que se fueron reconociendo como fundamentales como: disposiciones familiares, laborales y espirituales y capital institucional, objetivado e incorporado.

**Los cinco casos.** La historia que construí para describir la práctica y el discurso médico después de la reforma a la atención psiquiátrica en el PNA está contada a través de la vida de María, Rosario, Pablo, Octavio y Paulino. Cinco médicos que laboran o están haciendo su servicio social en el PNA. La edad promedio es de 30 años, todos son tabasqueños, aunque no todos viven o son originarios de Tacotalpa, pues de los cinco, sólo dos viven en el municipio. De este subtotal sólo las mujeres tienen hijos y los hombres siguen viviendo con sus papás. Tres de los médicos son católicos, uno de ellos, aunque su familia es católica, dice no profesar ninguna religión y otro es adventista. De los cinco, sólo Pablo ya no laboraba en la unidad médica cuando apliqué la entrevista porque ya había finalizado su servicio social. De los cinco, cuatro estudiaron el pregrado en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) y uno en la Universidad Autónoma de Guadalajara, y de los cinco sólo una tiene maestría en Salud pública. En lo que respecta a su situación laboral dos médicas son personal de base y los hombres son pasantes haciendo su servicio social.

## 1. Posiciones

<i>Recursos humanos</i>	<i>Edad</i>	<i>Género, estado civil</i>	<i>Residencia</i>	<i>Condición laboral y escolaridad</i>	<i>Clase social</i>	<i>Religión</i>	<i>Condición salud</i>
<i>María</i>	43	M/casada/ 3 hijos	Jalapa	Base con maestría	Media	Católico	Depresión
<i>Rosario</i>	31	M/soltera/ 2 hijas	Nacajuca	Base médico general	Media	Católico	Amiga con depresión
<i>Paulino</i>	24	H/soltero	Tacotalpa	Servicio social	Media alta	Católico	Depresión
<i>Octavio</i>	23	H/soltero	Tacotalpa	Servicio social	Media	Adventista	Antecedentes de mamá con depresión
<i>Pablo</i>	24	H/soltero	Villahermosa	Servicio social	Baja	Sin religión	Tío hospitalizado en psiquiátrico

**El guion.** La historia que reseña a continuación la repensé a partir particularmente de las experiencias mórbidas de salud mental de estos cinco médicos o de las experiencias cercanas que han tenido con respecto al tema. El *habitus* médico y el stock de disposiciones incorporadas por los y las médicas se podrán observar a través de las disposiciones inculcadas en el espacio familiar, la formación escolar, posteriormente en la trayectoria laboral y finalmente en el espacio religioso. Finalmente reconozco al sistema como un sistema cultural con un régimen afectivo que moviliza ciertas prácticas y ciertos discursos mediante el capital emocional que en este subcampo se pone en juego y que se diferencia de otros subcampos.

**El sujeto de análisis.** El sujeto de análisis de esta investigación fue el médico de primer nivel de atención que es un profesional de la salud que practica la medicina general y familiar y lleva a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención ambulatoria a las morbilidades más frecuentes, procedimientos de recuperación y rehabilitación y que después de la reforma psiquiátrica comenzó a trabajar el programa de salud mental en sus

respectivos espacios. La Secretaría de Salud (SSA) de la entidad cuenta con 963 profesionales de la medicina distribuidos en sus 17 jurisdicciones sanitarias, en Tacotalpa para 2020 hubo 52 médicos, pero en el momento de realización del trabajo de campo el universo fue de 35 médicos (general y familiar) de la Jurisdicción.

En voz de los y las profesionales de la medicina que tienen base o han firmado contrato (situación que les garantiza mayor seguridad laboral), que tienen antigüedad y que laboran en la cabecera municipal al interior del Hospital, ser médico de PNA implica:

Nuestro trabajo está desde dar la ficha para la atención porque la mayoría de la gente es gente citada, programada. Entonces, se da la ficha y ya empezamos a hacer las actividades de la consulta médica como tal, en la que tenemos que aplicar todos los programas aquí en la SSA: programa de salud materno infantil, de infecciones respiratorias, qué es la salud del niño, control de diarreas, de desnutridos, hipertensión, diabetes, depresión violencia, rabia, dengue, paludismo, ahorita con el chiconguya tenemos que hacer detecciones también, de planificación familiar, embarazada, parto y puerperio (parto y puerperio porque nosotros no atendemos partos, los atiende servicios de urgencias). Las pláticas de los talleres de PROSPERA, hacer visitas a las escuelas para dar pláticas y detecciones en este caso de salud bucal, las pláticas de todo lo que nos marca el programa de escuela saludable. Tenemos un área de acción intensiva que es San Luis allá vamos a hacer visitas domiciliarias. Allá tenemos programa de PROSPERA y vamos a hacer revisión de patios limpios. Hacemos vigilancia epidemiológica de todas las actividades... yo tengo el área más grande de aquí del municipio y un área de acción intensiva que es grande también, que es una colonia, entonces tengo más de 4 mil personas a mi cargo, entonces sí es bastante desgastante. Al principio de año se hace la calendarización para las pláticas del club: embarazadas, hipertensos, diabéticos. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

No es lo mismo trabajar con una población que con cinco poblaciones. Cada comunidad la vemos una vez a la semana. Pero los problemas son los mismos tanto en una Unidad fija como en una Caravana. Hay diabetes, hipertensión, embarazo, hay enfermedades de SM. La diferencia es la estructura y la movilidad. Tenemos un promotor que es igual chofer y una enfermera y yo como médico. El promotor hace promoción a la salud, aunque todos lo hacemos. El trabajo es en equipo. Cuando falta un paciente tiene que hacer visita domiciliaria, apoya en hacer el censo de la comunidad, nos apoyan con medicamentos, para acomodarlos, hay auxiliares, pero no es su responsabilidad. La enfermera pone vacunas, realizan Papanicolau, apoya con tomar signos vitales e integración de expedientes. En el caso mío lo que es la consulta, pero la consulta va más allá, tenemos que hacer detecciones, referencias, tenemos que ingresar pacientes, darles de baja y sobre todo el expediente clínico. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Pero como particularmente la experiencia tabasqueña en este nivel está conformada por más del 50% de médicos que está haciendo su servicio social, es



importante escuchar lo que estos jóvenes (hombres y mujeres en un promedio de edad de entre 23 y 25 años) tienen que decir al respecto:

Al terminar la Universidad nosotros tenemos que hacer algo que se llama internado y lo hice en un Hospital del IMSS en Mérida. Después del Internado terminé y vine hacer el servicio para acá. Debo llevar todos los programas: embarazadas, desnutridos, planificación familiar, crónicos. Creo que eso es lo más importante para la Secretaría. De ahí creo que ponen de segundo orden las consultas. No. Creo que ponen en segundo término las pláticas de PROSPERA y de ahí las consultas... eso es lo que tiene que hacer un pasante para ellos. Pero yo prefiero las consultas y de los programas preferiría manejar: los diabéticos, las embarazadas y los desnutridos graves. De ahí en fuera, por ejemplo, planificación yo preferiría darles solo el método sin tenerles que hacer nota porque eso me lleva mucho tiempo. Yo llevo como 45 que tienen método y acabo como hasta las 3 de la tarde por hacerles nota, entonces es algo que para mí es algo absurdo. Pero así le gusta a la SSA.

Mi horario es: de 8 a 3 de la tarde consulta y ya me quedó aquí y ya sólo atiende urgencias. Sólo es de lunes a viernes porque hay médico de fin de semana. La organización de la atención ya está estructurada, aunque los médicos pasantes lo pueden estructurar como tú te acomodes. Los crónicos los veo los primeros martes de cada mes (cada mes seguidos), los de planificación los veo cada mes los segundos martes, las embarazadas cada viernes, los desnutridos cada miércoles y viernes. Entonces hay bastantes días para la consulta y la gente no se queda rezagada. Incluso cuando veo a los crónicos y hay dos tres consultas por allí que ya tienen rato esperando les digo que los pasen y los voy intercalando, es que luego la gente se queja bastante, luego prefiero también por eso tener consultas. Las pláticas las doy al día siguiente... los primeros miércoles de cada mes a las 4 de la tarde vienen los adolescentes y a las titulares de PROSPERA los miércoles, el mismo día que les doy a los hijos. Tengo 9 equipos de 78 titulares cada equipo. Perdón, cada tres equipos son 78 titulares. Por ejemplo, el equipo del 1 al 3 me viene a las 11 de la mañana y les doy la plática de ahí a las 12 me viene el de 4 al 6 y el de 7 al 9 me llega a la 1 de la tarde. Y a todos los tengo que *huellar* aquí para registrar sus asistencias, que ellos creen que es su asistencia, de hecho, sí, si tienen falta aquí les pongo falta allá en su S1 que es una *libretota* grande y luego a ellos no les pagan y entonces tengo que hacer todo eso.

Esta experiencia, en realidad... me deja en claro las deficiencias y lo que en realidad le importa a la Secretaría, que debería de enfocarse a ciertas cosas como ya las mencioné hace rato. Me deja en claro de que no me gustaría y de que me estoy esforzando para estudiar una especialidad porque no me gustaría trabajar en una unidad rural. Te piden demasiadas cosas, incluso a los doctores que ya tienen bastante tiempo, les piden dar pláticas y ellos no se quedan en su lugar de trabajo como nosotros, entonces ¿a qué hora van a dar esas pláticas si ellos no se quedan? Entonces no me gustaría para nada y de hecho lo he pensado, no me veo trabajando en una clínica así hasta me frustraría quedarme en una clínica. Eso es lo que me deja: muy mal sabor de boca. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Hago énfasis en las diferencias de sus posiciones porque es a partir de ellas no sólo que se va a realizar la práctica médica, sino que se va a concebir su labor en

el PNA. También es importante decir que, una característica fundamental que los cinco médicos comentaron, y que se lee en estas descripciones y en la literatura que hay del tema, es la sobre carga de trabajo que implica trabajar en este nivel de atención y que dificulta la particular atención del programa de salud mental que también tienen a su cargo. Pues a excepción de una médica, todos los médicos que me hablaron de su quehacer cotidiano, nadie nombró el programa de salud mental dentro del conjunto de actividades a llevar a cabo hasta que yo les pregunté.

**El consultorio del PNA.** La etnografía, como expliqué desde el primer capítulo, la realicé en todos los servicios ofrecidos por la Dirección de Salud Psicosocial, en sus tres niveles y en 17 de sus municipios. Pero centré mi observación en Tacotalpa y en el PNA. Las unidades que recorrí con mucho mayor tiempo fue un consultorio del Hospital Comunitario, una Caravana de Salud y tres Centros de Salud en tres ejidos diferentes en el municipio de Tacotalpa. Aquí describiré esos consultorios y a grandes rasgos las dinámicas que viven ahí sus médicos tanto de base o de contrato como los estudiantes de medicina que están haciendo su servicio social.

El consultorio en los tres casos es el espacio en el cual se da principalmente consulta. En el caso del consultorio en el Hospital Comunitario es el que cuenta con mayor infraestructura: escritorio, sillas, mesa de exploración. Éste se encuentra al interior del mismo hospital en el que hay dos consultorios más que hacen parte de la misma Jurisdicción Sanitaria. Con respecto al servicio que se da a través de Caravana, que está integrada por un médico, enfermera y promotor, no hay consultorio como tal, es una casa de salud que es organizada, gestionada y cuidada por la misma comunidad en la que se encuentra. No hay infraestructura, sólo algunas cosas básicas para poder ofrecer la consulta: una mesa, una silla, una camilla vieja, un estante de acero oxidado en el que se colocan algunos medicamentos que la misma caravana lleva. En el caso de los centros de salud la infraestructura depende del ejido, Villa o Pueblo en el que se encuentre; entre más número de habitantes haya, esta clínica puede contar con más consultorios y más médicos que atiendan. En este caso, las tres clínicas en las que hice observación son espacios que tienen

uno o dos consultorios, cuentan con los servicios de infraestructura básico y tienen a médicos de servicio social que se quedan a vivir en el lugar cinco días a la semana.

Como se puede ver hasta aquí, por los espacios tan pequeños y por la dinámica tan activa que tiene el médico del PNA, el consultorio no es el espacio adecuado para poder ofrecer un servicio que logre la comunicación y la empatía entre médico y paciente. El tiempo de consulta dado el total de consultas que se tienen que cubrir por día (que en palabra de ellos y ellas es de un aproximado de diez minutos), además de las demás actividades que tienen que realizar, llega a ser muy básica. Una entrevista general, una auscultación rápida y un diagnóstico y la receta. Las y los médicos narran cómo suelen perder más tiempo en toda la cantidad de programas que tienen que organizar y formatos que tienen que llenar que en la consulta que ofrecen:

Yo creo que no habría que utilizar tantos programas que te quiten el tiempo. Hicieron uno nuevo que se llama SIC, Sistema de Información en Crónicas que tú tienes que capturar los controles al paciente de lo que sacó de su mes, aparte de lo que sacó tienes que capturarle la nota, aparte te dan un tarjetero electrónico, tienes un tarjetero físico, aparte tienes su expediente, también anotarle lo de la cita, aparte tienes que anotarle su asistencia si tiene PROSPERA o no. Todo eso te tardas por paciente diez minutos aproximadamente, entonces ni siquiera le puedes hacer una exploración bien, completa, porque tienes la presión de que afuera hay como 40 personas ya esperándote. La mayoría viene en ayuno. Entonces creo que se podría optimizar más sin tantos programas que por lo menos para mí no le veo cuál es el uso, sólo que le es más fácil a la Secretaría que les llegue la información ya hecha por nosotros y en realidad la calidad de la atención médica se está yendo por un lado. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

## 5.2. Régimen afectivo autoritario del campo médico visto desde la experiencia del enfermar de sus agentes

En este apartado busco caracterizar brevemente el régimen afectivo autoritario que legitima y reproduce el campo médico y describir la subjetividad que se inculca, incorpora y reproduce; que, por un lado, está en perfecta lógica con dicho régimen y por el otro se confronta con éste a través de sentimientos inapropiados. Este *habitus* no homologable compuesto por un *stock* de disposiciones heterogéneas, ocupa posiciones diversas y en este primer momento de la etnografía quiero describirlo a

través de la condición de enfermedad que ocupan los agentes en el campo y frente a un régimen afectivo hegemónico autoritario.

El campo médico que, sin lugar a duda, es un campo que se enraíza en lógicas jerárquicas, de poder, autoritarismo, desigualdad produce un *habitus* autoritario que está conformado por diferentes dimensiones, la escolarizada y profesional que están basadas en un régimen afectivo específico; pero que entran en tensión con los regímenes afectivos de otros campos como el religioso (como lo mostraré más adelante cuando describa las disposiciones adquiridas en este campo) o el del espacio familiar.

En el caso del campo médico los médicos del PNA han sido formados bajo la lógica del disciplinamiento y la exigencia en las facultades de medicina:

Los maestros, los médicos, porque todos eran médicos, siempre nos exigieron el sentido de la responsabilidad. En la formación tus maestros son exigentes en la mayoría de las carreras, pero creo que más en medicina, entonces sí había una exigencia bastante fuerte, entonces teníamos que responder a la exigencia y eso nos hacía comprometernos aún más. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Lógica que permite que se acaten ordenes sin cuestionamientos:

La SSA quiere números, quiere que saquemos metas. Pero bajo mi criterio esos números ayudan a la gente, que si a mí me dicen haz detección de VIH, pues vamos a hacerla porque vas a detectar a un paciente al que le vas a ayudar para que le prolongues la vida... entonces todo es importante. Pues como ve es mucho, pero lo que hagamos lo debemos de hacer bien. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

En el espacio laboral se puede ver cómo se establecen las jerarquías entre niveles de atención, pero también entre personal de salud y la ubicación geográfica en la que se encuentran ubicados sus espacios laborales:

Si yo pudiera no llegar a las capacitaciones lo haría. Prefiero estudiar por mi cuenta. Como yo ya tengo algo conciso de lo que estudié y lo tocan, pues prefiero quedarme con lo que yo ya estudié, no lo que alguien más me diga, que ni siquiera sé si está bien o está mal. Bueno esa es mi idea, quizá errónea, pero prefiero algo que sea de un hospital de tercer nivel y no algo que sea de primer nivel. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Recuerdo que en una capacitación que les dieron a los pasantes de servicio social, una capacitación de equidad de género, un médico se burló y cuestionó a la psicóloga que estaba dando la capacitación. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Eso es lo que me gustó de México, DF, allá si estás mal en el algo te corrigen para que tú mejores. La educación de nosotros no es como la de ellos, nosotros leemos y memorizamos. No, ellos leen, analizan y hacen una crítica constructiva, acá la hacemos destructiva. Te enseñan a que sigas siendo competente, a que sigas siendo mejor. Allá la

frase de ellos era: Yo necesito crear ayudantes no estorbos porque si tengo más estorbos no puedo mejorar. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

También se pueden mirar las relaciones de poder y de desigualdad con respecto a otras formas de atención no alópatas que se enseñan en la formación y que posteriormente los médicos reproducen en su consultorio:

En la escuela la mayoría [de médicos] me decía que no, que [los médicos tradicionales] eran unos charlatanes, que siempre que lleguen a sus consultorios díganles que, ¿qué cosa van a ser con él a perder su tiempo y dinero? Hay unos que lo ven bien y otros que no. Pero son contados, uno o dos, pero los demás siempre negando todo. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Mis pacientes diabéticos a veces tienen renuencia a aceptar su enfermedad y llegan y me dicen que están tomando esas hierbas, según ellos para controlar su diabetes. Pero llegan conmigo y traen alta su glucosa y eso quiere decir que no les están sirviendo esas hierbas. Por mi parte a mí me queda hacerle consciencia de lo que son los medicamentos. Porque nosotros estudiamos medicina y la medicina es una ciencia entonces todo lo que es medicamento está comprobado científicamente que no te van a producir daño; pero a veces la gente por su cultura o sus creencias. Yo no les digo, no las tome, yo les digo esas cosas no funcionan para la enfermedad que tiene. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

El *habitus* médico autoritario, dice Castro (2014), está desarrollado en su formación por el castigo y el disciplinamiento, miedo como recurso didáctico que se afianza en la jerarquía (como describí párrafos arriba); pero también en relaciones desvinculantes emocionalmente: “no involucrarse emocionalmente es un requisito para el correcto funcionamiento profesional. ... se debe de aprender a trabajar de manera rutinaria con las emergencias de los otros... trabajar distanciadamente con las intimidades de los otros (pág, 186). Aunque dicho régimen se enseña desigualmente dados los niveles de atención y las especialidades que se involucren en el campo. En el PNA este régimen es menos rígido, pero no por ello debemos perder de vista la lucha afectiva que se lleva a cabo desde posiciones de subalternidad, luchas, que, en el subcampo de la salud mental, han sido movilizadas, entre otras cosas, por las experiencias de enfermedad por las que han atravesado los médicos.

Yo estuve trabajando esa parte psicológica, porque todos los compañeros que llegaban sólo eran consultas y las personas sólo querían hablar. Del 100% de pacientes, el 90% todos son de psicología, sólo el 10% aborda mi carrera. Por una simple preocupación se les sube la presión porque son hipertensos o el azúcar se les eleva. Entonces es lo que yo estuve viendo en esa comunidad (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Es en este contexto no sólo de la reforma psiquiátrica, también del campo médico y su régimen afectivo; que es importante ver al médico del PNA desde su condición como enfermo. Cuando inicié con el trabajo de campo y revisé los resultados del primer instrumento que apliqué, que fue una encuesta, me pareció interesante ver que había algunos médicos que habían padecido algún problema de salud mental o tenían algún familiar que lo había padecido y fueron estos mismos médicos, hombres y mujeres, que habían reportado el mayor número de problemas de salud mental, razón por lo cual, las entrevistas a profundidad estuvieron desarrolladas a partir de las experiencias de los cinco médicos y médicas que ya previamente habían tenido una experiencia.

Cuando pregunté sobre su salud física, hubo algunos médicos que inmediatamente dijeron que bien y sólo una de ellas mencionó algunos padecimientos; pero cuando pregunté por su salud mental, casi todos rieron simuladamente antes de responder o bajaron la voz cuando narraron las experiencias de sus familiares o amigos. Lo que compartiré a continuación son algunas de sus experiencias que me fueron narradas en sus propios consultorios. Empezaré por María, la médica que fue diagnosticada con depresión y estuvo en proceso terapéutico y en atención psiquiátrica:

¿Mi salud mental? mmmm... yo siento que estoy tranquila (risas).

Yo sufrí varios estados depresivos por algunas experiencias que tuve en mi vida matrimonial al principio. Eso me mermó mucho. Estuve en tratamiento psicológico y psiquiátrico. Estuve con el psiquiátrico como seis meses, pero no lo superé, también tuve tratamiento con la psicoterapia. Tenía tristeza, sentimientos de culpa, sin esperanza, lloraba fácilmente. Yo dejé de venir a trabajar, de hecho, dejé de trabajar, yo ya no quería nada. Si, por el mismo estado depresivo no quería vivir. Abandonar el trabajo fue algo serio, no me intenté quitar la vida, pero sí estuve de que ¿para qué vivir? Pero por gracia de Dios superada la prueba.

En el momento que vi que ya no podía seguir adelante. Llevaba con los síntomas ya quizá cuatro meses. Pero pues yo me resistía a que no, que no, que voy a salir yo solita, una se siente autosuficiente, más sin embargo pues no...Yo le platicaba a mi esposo, ya él me animaba, me decía mira que esto y leía libro de superación para salir de ahí pero no fue posible.

Ha habido casos en mi familia, por ejemplo, mi mamá estuvo con estado depresivo. Mi tío que fue médico se suicidó hace unos meses, nos cayó la noticia de sorpresa. Ha habido estados depresivos en toda la línea materna, por su historia de vida, su infancia a ellas

las ha tenido un poco mermadas, pero no viven aquí en el estado. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Otro caso con depresión y un duelo no trabajado fue el de Paulino, quien en diversos momentos de su vida ha vivido procesos tristes que lo han llevado a sentirse mal y autolesionarse, pero que no ha buscado apoyo para superarlos:

Se podría decir que hay algo que tengo atrapado, es algo que ando viendo cómo llevar. Hace promedio un año perdí a un amigo, era mi hermano prácticamente y con él todo, con él fiestas cada ocho días, cada que llegaba a mi casa. Desde que él fallece lamentablemente, tenía 17, 18 años; no sé, me cerré en eso, como que todavía estoy etapa por etapa. Todavía sigo encapsulado en eso que todavía no supero de que se haya ido ya, como que todavía tengo un temor. No me da por ir a fiestas, no me siento en confianza. Porque siento que todavía quiero que esté esa persona, como que no asimilo todo.

De hecho, me costó porque estaba dando el internado en Teapa, esa vez falté porque me tocaba guardia. No sé, yo casi que presentía que iba a fallecer. No fui a la guardia porque le dije a mi mamá que me sentía yo mal, que presentía algo y como a la hora me vengo enterando que había fallecido. Eso fue como a las 5:30 de la tarde y ya me tenía que ir, pero yo sentía que algo iba a pasar. De hecho, yo estaba en el velorio y no asimilaba que era él. Fue en el entierro cuando me desvanecí, cuando lo asimilé todo. De hecho, mi papá y todos me estuvieron tranquilizando. Lo que fue la primera semana me mantuve encerrado en mi cuarto. Iba al hospital, regresaba y me encerraba. Bajé como 3 kilos en un periodo de una semana. Recuerdo que llegué al hospital el día siguiente que no fui a la guardia y me iban a dar una guardia de castigo por no haber ido. Y les conté y hasta me desvanecí y les dije, aceptó la guardia de castigo de hecho déjeme estar aquí tres o cuatro días, si lo que yo no quiero es llegar a mi casa, porque cuando yo llegaba a mi casa, él llegaba a mi casa a ver, y era de que todos los días que yo llegaba él estaba allí. Y si yo llegaba me quedaba con la noción de que a qué hora llega. Me costó mucho, pero ahí vamos.

También no salgo por la seguridad que se vive en estos lugares y más en mi familia. Porque en julio de 2014 del año pasado, secuestraron a un tío y este lunes secuestraron a un primo. Hay veces que me genera temor. A mi tío sí lo lograron rescatar porque se contrató a los de antisequestro de México. Apareció en Cárdenas, hubo balacera, su caso fue famoso, creo que fallecieron 3 o 4 de los secuestradores... Es que la familia tiene dinero. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

En el caso de médicos con antecedentes de familiares o conocidos con algún problema de salud mental están Octavio y Pablo, con su mamá y tío respectivamente:

Cuando yo estaba en la primaria, quizá no me fijaba, bueno sí me fijaba, pero quizá no lo notaba mucho, no sabía qué cosa era. Apenas mi papá me comentó que hubo un tiempo que mamá se la pasaba así acostada, que ella se la pasaba en la cama o en la sala. Ella es ama de casa y a veces no nos hacía de comer, se la pasaba acostada, dice que apagaba la luz, a veces no nos tomaba en cuenta. Pero yo no me fijaba de eso. Mi papá me dijo que tuvo depresión y que se la pasó un tiempo ingresada en una clínica [...], es

una clínica adventista, allí estuvo quince días y regresó bastante bien y no pasó a más. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Tuvimos una tía que cayó en la locura, pero ya falleció. La enviaron a México DF, a un psiquiatra para internarla. No supe dónde estuvo internada, pues como la familia se dividió, la dejaron abandonada y ya falleció (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Y una amiga de la escuela en el caso de Rosario:

Una amiga, ella tenía trastornos de depresión y en ocasiones de ansiedad. De hecho, una vez me dijo que se iba a cortar las venas y yo le dije que tranquila. Entonces trataba de quedarme con ella, trataba de no dejarla sola y cuando llegaban sus compañeras de habitación pues ya me retiraba a mi casa. La cosa era no dejarla sola, porque hay veces que cuando están solas, siento que tienes más la posibilidad de mostrar tu ansiedad y sobre todo la depresión que se van a sentir solas y más que en ese momento sufrió una ruptura amorosa y pues más se me va a caer.

Tenía problemas en la familia, tuvo problemas con su mamá, la pérdida de su abuela que la quería mucho, luego la ruptura amorosa, como que todo se juntó. Y con su mamá decía es que no me quiere, que me voy a matar y más cómo había perdido a su abuelita. Se puede decir que sintió que se le derrumbó todo el mundo. Hay veces que ya no llegaba a la escuela o llegaba y ya no convivía con nadie. Ella misma se encerraba prácticamente en su mundo. Pero poco a poco la fuimos ayudando. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Las experiencias hasta aquí narradas hablan de trastornos depresivos por diferentes circunstancias que llevaron a estos médicos y médicas a vivir, a reflexionar, a conocer de cerca la salud mental y no sólo como tema de estudio en la universidad en la materia de psicología o de psiquiatría, o en las capacitaciones que les ha ofrecido la SSA. Situación que, como comentaré más adelante, detona un capital y prácticas emocionales en su quehacer cotidiano que, sumado a los diferentes capitales adquiridos en el campo, refuerzan vivir una práctica médica diferente a la del *habitus* médico desvinculante y autoritario. Es a partir de estas experiencias que en relación con el conjunto de disposiciones heterogéneas me ayudaron a ver cómo se ha podido responder de forma particularizada a la reforma al interior de los consultorios.



### 5.3. Los stocks de disposiciones y las prácticas asociadas

En el capítulo III di cuenta del contexto en el que se conforma el subcampo de la salud mental como dispositivo terapéutico después de una reforma y dos modelos de atención y los cambios que se han propiciado a lo largo de este tiempo, entre los que están: la deshospitalización, desintitucionalización, su flexibilización y supuesta democratización, la innovación técnica y la reorganización en niveles de atención. En el capítulo IV a través de los capitales movilizados en el subcampo, caracterice el *habitus* médico autoritario, desvinculante, interiorizado a través de jerarquías, desigual en términos de género, ubicación geográfica y situación laboral. Además de dar cuenta de los capitales jugados en el PNA que se presentan en obvias desventajas frente al segundo y tercer nivel y que dieron cuenta de menos capital cultural, social y simbólico por parte de estos profesionales que también tienen que atender problemas de salud mental.

Frente a este *habitus* unificable/homologable, aquí presento el *stock* de disposiciones que se activan o desactivan en el subcampo para con ello ver ¿cómo mediante la práctica, las disposiciones se adquieren, activan, redefinen, desactivan, u olvidan? Para comprender ¿por qué hay distintas maneras de enfrentar las mismas condiciones a las que se está socialmente expuesto?, lo que en otras palabras sería preguntarse ¿por qué los médicos respondieron de distintas maneras a la reforma al interior de sus consultorios? Para poder responder a todo lo anterior es importante 1) reconocer el desbordamiento del campo, 2) poner en el centro la pluralidad del individuo y 3) a partir de los dos anteriores, analizar la toma de posición de los médicos frente a la atención a la salud mental.

En este apartado describiré las disposiciones inculcadas e incorporadas en la formación, en el espacio laboral y en otros universos sociales a partir de la exposición de las trayectorias biográficas del médico. Para poder puntualizarlas en este apartado las subdivido en: físicas, profesionales y religiosas-espirituales<sup>107</sup>; las

---

<sup>107</sup> Las disposiciones religiosas y espirituales son aquellas que refieren a una esfera de lo sagrado, pero no sólo confesional sino trascendente del que se derivan creencias y prácticas místicas.

disposiciones sensibles y su toma de posición las desarrollaré en el siguiente apartado. Antes de continuar es importante precisar que en este trabajo considero que el *habitus* médico no sólo se genera en la formación o en la práctica profesional, hay ciertas disposiciones que se desarrollan antes del ingreso al campo médico propiamente dicho y que son importantes en su práctica médica y de ahí la importancia de hacer este análisis concibiendo al sistema de salud como un sistema cultural, en el que sus agentes son seres socializados en un universo social más grande al propio campo.

<b>Disposición</b>	<b>Espacio Familiar</b>	<b>Formación escolarizada</b>	<b>Espacio clínico</b>	<b>Espacio religioso</b>
<b>Física (cuerpo-salud física)</b>	María Pablo	—	—	Octavio
<b>Profesional</b>	Octavio Rosario María	María, Rosario, Octavio, Paulino, Pablo	María, Rosario, Octavio, Paulino, Pablo	—
<b>Religiosas-Espirituales</b>	María, Rosario, Octavio, Paulino, Pablo	—	—	María, Rosario, Octavio, Paulino

### 5.3.1. Desarrollo de las disposiciones en el espacio familiar

Por disposición física en el espacio familiar me estoy refiriendo a todas aquellas disposiciones que refieren al cuerpo y a la salud de los y las médicas y que son experiencias del agente, maneras de actuar, pensar o sentir interiorizadas e incorporadas en el individuo que son múltiples y en ocasiones contradictorias y que se encuentran en relación con toda su demás historia y los demás campos.

En el espacio familiar que es este momento de socialización primaria cuyas disposiciones son fundamentales para el desarrollo posterior de los demás campos,

tenemos una disposición física de salud en la que ya sea como herencia genética o como actividad previa bajo la cual se hereda una disposición al movimiento, al trabajo y a evitar la pasividad, veo cómo los médicos forman su propia relación con sus pacientes:

María, por ejemplo, dice de ella:

Mi estado de salud no es muy bueno. Tengo hipertensión y estoy batallando con el sobrepeso. Estoy batallando para bajar de peso. Soy asmática. Soy muy enfermiza pero no me detiene. A veces me decaigo bastante, pero lo tomé de manera optimista.

Esta disposición física, como dice María, aunque no la detiene, es una experiencia que es significativa en todos los espacios de su vida y que está en relación directa con su propia salud mental, misma que estuvo a punto de hacerla renunciar a su propio trabajo, como lo dice su narrativa acerca de su enfermedad. En el otro extremo está Pablo, que, por ejemplo, es uno de los médicos que mayor interacción tuvo con la comunidad y quien más detectó problemas de salud mental y quien me dijo, como lo detallé arriba, que su labor en las comunidades es más de escucha que de atención médica:

Antes jugaba básquet, estaba en natación, fútbol... pero me gusta más el senderismo. Me gusta mucho pasear. De hecho, no he subido las fotos cuando fui a paseo Guanabana, me gusta caminar, conocer y como conoces lugares, conoces personas y conoces experiencias. Yo me involucré en todos los eventos de la comunidad, si había tamaliza allá iba [...] Yo odio estar sentado, yo voy de acá para allá, así fui desde chico y así eran mis padres y abuelo, desde temprano ya andaban en pie trabajando. Y así fue mi internado también [en Zapata], es lo que me decían mis maestros: es que tú como médico no te vas a llegar a sentar, si quieres que tu población esté sana tú vas a vigilarlos. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Las primeras disposiciones que identifiqué y que fueron profesionales desarrolladas en el espacio familiar están relacionadas con el antecedente que las y los médicos tuvieron en su familia. Por ejemplo, la mamá de Rosario es enfermera, su hermana nutrióloga y su papá estadígrafo, ambas trabajando en la SSA.

Siempre he sido sobresaliente; pero también por el otro lado pues sí el ejemplo de mi mamá que la veía yo como era su profesión y pues si me llamó la atención, porque es una carrera muy humanística, de servicio.

En el caso de Octavio su papá es médico en la misma Jurisdicción en la que él está ofreciendo su servicio social y María tuvo un tío, aunque no tan cercano, que fue médico y su esposo también es médico general. En el caso de Octavio, justo fue por antecedentes del padre que elige la comunidad en la que desarrolló su servicio

social. Es decir, que elegir esta carrera y desempeñarla y tener capital social al interior del campo está en relación con una disposición por la profesión generada en la familia. En el caso del espacio religioso, de igual manera, esta disposición profesional puede ser más desarrollada en Octavio, dado el discurso religioso del adventismo ligado al cuidado de la salud y del cuerpo humano como templo sagrado.

Con respecto a las disposiciones religiosas y espirituales en el espacio familiar, todos y todas como lo especifica Octavio, fueron nacidos y socializados en una familia adscrita a una religión, cuatro en la religión católica y una en la adventista. Y aunque Pablo dice no tener religión: “Mi familia es cristiana, pero yo no tengo religión” En realidad, en los cinco hay disposiciones religiosas y espirituales que se conformaron a través de una relación más o menos cercana con su iglesia. Todos y todas en algún momento de la entrevista, aunque las preguntas no nos llevaran a hablar del tema, mencionaban a Dios y esta relación está dada por un capital social importante en estos espacios, porque la socialización ha sido constante a lo largo no sólo de los rituales de paso (como bautizo, unión matrimonial) sino porque ellos y ellas mismas reconocen que desde pequeños han tenido cargos y han sentido la necesidad de Dios:

La religión tiene que ver con la familia. Mis padres son católicos, nos educaron en esa religión, pues acudimos a misa los domingos. Pero pues yo en mi religión me he metido un poco más porque tuve una vivencia de un grupo de la iglesia al que acudo semanalmente y me he metido un poco más en situaciones de la iglesia, aparte de ir a misa he conocido otras cosas. He conocido más mi religión. Es un grupo de adultos que se reúnen cada semana los sábados donde hacemos la lectura, reflexionamos la palabra de Dios y también tratamos de hacer acciones que ayuden a las demás personas, por ejemplo: visitar enfermos, visitar asilos o si la Iglesia tiene algún evento también intervenimos para apoyar o aportar algo a la Iglesia. El estar más tiempo en la iglesia fue ya después de que salí de mi carrera, sentí la necesidad de estar más cerca de Dios porque he tenido varios problemas de salud o también a veces laboral; entonces yo sentía esa necesidad. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Cuando estoy aquí [en la clínica] entre semana acudo una o dos veces a la semana porque me queda lejos y voy cuando estoy en mi domicilio los fines de semana. Tuve un cargo, pero ahorita ya no. Hace un año lo tuve, pero por tiempo ya no podía. Era coordinador de un grupo de adolescentes (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Cuando hablamos de la importancia de la religión en su vida ellos lo relacionaron con la familia:

La iglesia tiene una parte importante en mi vida igual que la profesión, pues nosotros trabajamos con personas y siempre he cuidado esa parte, de que nosotros estamos para ayudar a las personas, para resolverles sus problemas hasta donde ciertamente podamos. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Lo veo como una consagración y el que tus padres estén unidos en eso me motiva porque sé que hay una casa a la que puedes llegar y expresar lo que sientes, te desahogas, hay convivencia. No sé, me guarda seguridad que tus papás estén y te vayan guiando una conducta, me da confianza, me gusta. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Aunque en este apartado no doy cuenta de estas disposiciones, es importante decir, antes de pasar a las siguientes espacios que, las relaciones de desigualdad entre género o raza son relaciones que no sólo se encuentran, se viven, aprenden como estudiantes de medicina en la práctica médica; que los médicos y medicas las aprendieron también en el espacio familiar cuando hablaban de sus madres como “solo amas de casa, cuyo trabajo era estar al cuidado de los hijos” o cuando se burlaron, desestimaron, estereotiparon y estigmatizaron como lo cité párrafos arriba, a la población originaria y sus saberes.

Las relaciones desiguales de género y raza, las aprendieron desde casa al ser socializados en un contexto en el que la violencia y la desigualdad es cosa de todos los días. Es importante decir que esto también es posible porque el sistema social en el que se encuentran ya les enseñó a vivir bajo esas reglas; sólo que en la formación médica puede ser que se lleve con mayor rigurosidad que en otras formaciones. La cultura del campo médico es una extensión del campo social, luego entonces la medicina se funda sobre las desigualdades de género, edad, clase, raza, sexo, religión. Esta es particularmente una relación que se necesita pensar atravesada por el sistema patriarcal y que deja ver al sistema de salud como una institución que reproduce y naturaliza la dominación sobre los cuerpos de manera desigual en mujeres y en población originaria.

Las disposiciones físicas, profesionales y espirituales descritas hasta aquí me ayudan a evidenciar el *stock* heterogéneo que está en relación con las disposiciones desarrolladas en el campo médico y que, como posteriormente diré, son importantes para reconocer la particular toma de posición de los médicos en los consultorios y que no sólo tienen que ver con las disposiciones inculcadas e incorporadas en el campo, como también lo evidenciaré en el caso del espacio religioso, que es tomado

en cuenta en este estudio, justo por el particular interés que los agentes tuvieron al mencionar el tema.

### 5.3.2. Desarrollo de las disposiciones en la formación

En el campo médico las disposiciones las inculcan a los profesionales a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Estas disposiciones adquiridas e incorporadas son diversas, pero por el objetivo de esta investigación sólo describiré las profesionales.

Las disposiciones profesionales adquiridas en la formación están en relación con la concepción de la medicina como ciencia humanista:

Estudié medicina porque siento que es una carrera muy humanista, muy social, que ayuda a las demás personas. Al ayudar te beneficia, a ti, te da un aliento, no sé... una motivación muy bonita. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Son seres humanos, no son documentos, no es una máquina, hay que guardar respeto por la vida de las personas. Si no vienen sensibilizados y con ese sentido humanitario entonces yo creo que sí deja mucho que desear la universidad; pero sí va a depender de cada persona. Porque la universidad te puede dar los mejores médicos como maestros, pero si no lo quieres asimilar y no lo quieres aplicar pues nomás no. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Otra disposición es la que está en relación con el sentido de la medicina como ciencia objetiva y que puede ofrecer cierto estatus económico:

Ahorita pedí presentar para el examen nacional de residencias y pedí para traumatología y ortopedia y ahí depende del promedio que se saque. Mi tirada es el DF. Tengo dos hospitales del DF, y si no en dos de Monterrey o si no Guadalajara y ya, esas son mis únicas opciones. Me gusta la cirugía, es muy objetiva. Si ves, rápido sabes que es una fractura y rápido sabes que se tiene que solucionar con cirugía, bueno, dependiendo, la mayoría y entonces eso me gusta. La cirugía general me gusta también pero no tiene mucho campo en lo particular. Por ejemplo, si a usted le da una apendicitis, usted va a ir con la Secretaría o con el IMSS y no con el particular. La mayoría de la gente si tiene un dolor de rodillas va a una consulta de traumatología... entonces opté porque me gusta y porque es redituable. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Además de la objetividad y el estatus, es una carrera muy demandante y por tanto requiere mucha actualización como nos lo dice Rosario:

El médico siempre se tiene que estar actualizando, aparecen enfermedades y tratamientos nuevos y la medicina es de estudio constante. Yo estudié siete años, pero como es una carrera que tienes que estar estudiado siempre, yo creo que hay que actualizarse siempre. Es catastrófico el cambio que ha habido en los planes de estudio.

Por ejemplo, yo estudié anatomía en un año y si en un año no es suficiente ahora ellos lo están llevando en un semestre, pero tal vez la ideología de la universidad es dar los fundamentos porque el estudio es de nosotros. El programa se flexibilizó para acabar más rápido la carrera. Pero no es una carrera para acabarse rápido es una profesión y la tienes que vivir y disfrutar. Yo la disfruté al 100% (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

La medicina además es especializada y de acuerdo con Octavio, a cada uno compete un ámbito de acción:

Pero a veces el problema de salud mental es una enfermedad ya de segundo nivel porque si no, no existiría el hospital psiquiátrico donde están los psiquiatras donde ellos pueden consultar un medicamento controlado. Entonces yo siento que nosotros seríamos más bien, así como que me llega un paciente de primera vez o un trastorno mental la función de nosotros es el diagnóstico y la canalización del paciente. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Aunado a la constante especialidad, “objetividad”, la carrera es un área que se vive en hospitales: como me lo dijeron todos y entre ellos Paulino que refiere haber vivido esto desde su formación:

Gracias al plan flexible y accesible a lo que es el área médica, pues me gustó porque prácticamente toda mi formación fue en hospital no en el aula. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Con respecto a lo anterior resalta que dicha formación, aunque fue desarrollada en dos escuelas diferentes y atravesada por dos programas curriculares diferentes (uno rígido y el otro flexible<sup>108</sup>) las disposiciones adquiridas son más o menos homogéneas, pero estarán en relación con las demás disposiciones, capitales, posiciones y toma de posición:

Yo estudié 7 años (...) Es catastrófico el cambio que ha habido en los planes de estudio. El programa se flexibilizó para acabarla más rápido la carrera. Pero no es una carrera para acabarse rápido es una profesión y la tienes que vivir y disfrutar. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

---

<sup>108</sup> Currículo rígido • Basado en la disciplina como criterio para seleccionar y ordenar los contenidos en los que cada asignatura aporta una dimensión específica. Las materias están previamente determinadas y su secuencia temporal está claramente señalada en periodos definidos de tiempo y ciclos escolares. Chávez, N. I. P. (2009). Crónica del cambio del modelo educativo rígido al integral y flexible en el sistema de enseñanza abierta de la universidad veracruzana (pág. 84).

El currículo flexible se basa en el principio de que la educación debe centrarse en el aprendizaje de formas y métodos de pensamiento e investigación, bajo un enfoque holístico que rescate y ponga en práctica la formación integral y autónoma del estudiante, contando para ello con la participación directa y activa. Los Modelos Educativos Flexibles son propuestas de educación formal que permiten atender a poblaciones diversas o en condiciones de vulnerabilidad, que presentan dificultades para participar en la oferta educativa tradicional. Perdomo, R. S. (1990). Propuesta para un modelo curricular flexible. *educación superior*, 1. (pág. 3).

Nosotros hacemos la carrera en 4 años y yo digo que está muy corrida. No está mal que esté en 4 años, de hecho, me gustó que lo haya hecho en 4 años; pero hay ciertas cosas que no vimos como, por ejemplo: hematología o reumatología no lo vimos y me hubiera gustado ver más eso. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

En cuanto a las disposiciones adquiridas para la salud mental quedó claro por el número de materias con las que se le relaciona, que no se enseña de manera transversal y que tienen un enfoque orgánico:

En la Universidad tuve clases con un psiquiatra como con un psicólogo. Nos enseñaban las formas de cómo detectar al tipo de paciente, lo que es su comportamiento, las actitudes que va presentando, tanto evaluarlo en el entorno social (cuando tuviéramos la posibilidad de evaluarlo) y en el horario de consulta, qué manifestaciones estaba dando, qué ademanes, sus formas de expresión, tanto en la cara, en sus movimientos, cómo detectar que esa persona está escondiendo algo. Pero que muchas veces no tiene la confianza de cómo expresarse y nos detallaban a nosotros de qué forma darles la confianza para que ellos se abrieran y pudieran expresar la forma de su sentir y así tener una mayor comunicación y poder llegar al punto clave de la enfermedad. Tuve dos asignaturas: era salud mental nos la daba un psicólogo y el otro nos lo daba el psiquiatra y no la recuerdo muy bien. De hecho, hasta nos había prometido que íbamos a ir al psiquiátrico de Villahermosa, pero ya después de cosas de horarios ya no pudimos. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Finalmente, fue sólo en un caso, en el que la médica realizó su maestría y elaboró una tesis en el tema de salud mental, el que mayores disposiciones profesionales se detectaron en la formación:

Hice una maestría y mi tesis fue precisamente sobre el programa de suicidios, entonces trabajamos mucho la salud mental en relación con la depresión y al suicidio porque Tacotalpa era uno de los primeros lugares en suicidios, sobre todo en jóvenes y adolescentes. Además, tomaba cursos porque estaba como responsable en un área de salud mental. Nos actualizábamos constantemente en todos los programas de salud mental. Entonces eso facilitaba más la aplicación de las herramientas y de detectar, referir y la atención inmediata. Estuve muchos años a cargo del programa en la Jurisdicción y estuve como responsable en programas como Promoción de la Salud. La promoción de la salud y la salud mental están vinculados. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

### 5.3.3. Desarrollo de las disposiciones en el campo médico

No pude detectar disposiciones físicas en el espacio médico, sólo en el caso de María en el que la propia situación de salud mental que padeció la pudo llevar a dejar el trabajo y junto con ello una disposición religiosa y espiritual que la llevó a recuperarse y a continuar. En este espacio, las disposiciones que más hallé fueron



profesionales, que son sobre todo en las que logré observar la atención que se da a las personas con problemas de salud mental, pero que se debe de leer diferente entre los y las medicas que tienen plaza y los que son de servicio social, pues como me lo dijo Paulino, a ellos que pasan por allí un año les capacitan de rápido y cada disposición en su caso se va incorporando conforme avanza la experiencia y en algunos casos jamás llega:

A nosotros nos capacitan, bueno, (jajajajajaj) entre paréntesis, para el llenado de los diferentes programas que ellos ofertan. Pero sólo vienen te dejan en tu unidad y ¡hazlo a como tú puedas! Trata de sacar lo que yo te pido y listo. Siempre los primeros meses son los difíciles, te dices ¿y ahora qué hago? Me llevó como mes y medio aprender los programas. Para que yo pudiera dominar no a un 100 sino a un 90 u 80% los programas, me la pasaba en las tardes investigando cómo es esto, cómo es el otro. Para poder dar una atención digamos no de calidad, pero sino de un 70 u 80% que no se quedara tan vaga y las personas se fueran con un buen semblante de que hay buena calidad. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Dentro de la cantidad de trabajo que tiene un médico de PNA existen ciertas prioridades que reconocen tiene la SSA, entre ellas está todo menos la salud mental; aunque existen posiciones encontradas porque de los cinco médicos entrevistados sólo María dijo que era uno de los programas prioritarios de atender:

Embarazo, parto y puerperio y pues también salud mental yo creo que es lo más prioritario, dengue paludismo también; pero pues... esas son las recomendaciones que nos van a dar los jefes, pero ya va a depender de uno si lo quiere aplicar si o no. Por ejemplo: nos dan a todos la misma información, todos los que trabajamos aquí en la jurisdicción, pero va a depender de la persona si la aplica sí o no; si le da la prioridad que tiene o no. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Y como eso depende de cada uno, como señala María; para Rosario, Octavio y Pablo el programa es el menos importante para la SSA, y en dos de ellos también se refleja en su práctica:

En lo que es salud mental siento que... [titubea] en lo que es primer nivel sigue hasta el fondo. En ocasiones como nosotros hacemos lo posible, tratamos de tener el paciente aquí, pero cuando no han pasado ni diez minutos ya tenemos a los otros pacientes aquí: doctor queremos también nosotros pasar a la consulta. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

No he escuchado qué propone o qué ventajas tiene para la SSA. Pero supongo que es algo importante, pues a mí criterio pienso que es algo a lo que no se le toma la debida seriedad que tiene. Como médico sólo sobrevaloramos eso o sólo le damos referencia al psicólogo y no le damos la importancia que debería de tener. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Se supone que el programa mental debería de estar primero, porque las comunidades todas están sentidas en el sentido de rabia, impotencia, les prometen algo y no les

cumplen. Para la SSA el programa está en el olvido. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Lo anterior tiene que ver con la propia concepción de salud, que por lo menos observé en dos sentidos diferentes y que los médicos adquirieron en la formación y también en este otro espacio. En la visión de María, Pablo y Paulino la salud es algo integral y su atención debe de entenderse de esa manera, mientras que los otros médicos, comprenden a la salud mental como un programa más, con pocos usuarios que llegan a atenderse y que debe de ver el personal especializado en el área:

Bueno, la salud mental está en todos los programas. A todos se les aplica el programa. A la embarazada con mucha más prioridad y de ahí en adelante a todo el que venga debes de aplicarlo. Es un trabajo interinstitucional, salud, educación también y la autoridad municipal que ellos son los responsables de la salud mental principalmente, con apoyo del Jurisdiccional. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Otra disposición profesional tiene que ver con la comunicación y el trabajo colaborativo. Aquí, aunque se reconoce que existen espacios, personal que atiende y comunicación porque se hacen referencias, no siempre funciona y hay quejas en el sentido de que los médicos consideran que ellos y ellas terminan haciendo la tarea del área de psicología:

La relación con especialistas en salud mental es buena. A veces cuando yo estoy atendiendo a alguien que necesita el apoyo y veo que es un caso de urgencia voy por la psicóloga y le digo: "me la puedes atender". Entonces ella me la atiende inmediatamente. Las psicólogas son las que refieren al psiquiátrico. Antes, que no estaba el servicio de salud mental, nosotros referíamos al psiquiátrico, las mandábamos a Villahermosa o a Macuspana. Las psicólogas veían anteriormente todos los programas, ahorita ya no, ya hay más psicólogos, está la clínica de violencia y la de adicciones. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Luego van a su cita con la psicóloga al Hospital de Tacotalpa ¿qué pasa? Siempre llegan: doctor, no está la psicóloga. No nos atendió. Ok ¿les dieron la cita? Sí. Vuelven a ir, doctor ¿qué crees? No volvió a estar y nos dijeron que fuéramos a programar una siguiente cita que no nos la dieron. Ok, déjenme su carné yo voy a programar cita. Yo he ido dos veces y no he encontrado a nadie para programar la cita. Hay veces igual que nosotros tratamos de hacer lo posible, pero si allá no nos apoyan pues todo se viene hacia abajo. Las personas de aquí son de pocos recursos y si no tienen y tratan de hacer lo posible y van y que no se les brinda la atención ellos se desaniman, después ya no quieren continuar como tal con el seguimiento porque no ven respuestas de las personas encargadas en su momento pues no facilitan en nada. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Lo platicué con la psicóloga [...] que estaba en ese tiempo en Tacotalpa y con dos psicólogas más, pero nada más me decían que los refiriera al hospital. Pero yo decía si tenemos pasantes de medicina en las comunidades por qué no mandan a pasantes en

psicología a las comunidades, no los mandan porque supuestamente alegan por la seguridad y si ellos alegan eso ¿nosotros qué? (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Con respecto a la forma en la que los y las médicas ven a los pacientes con problemas de salud mental y las herramientas que tienen para diagnosticarlos, me dijeron:

Lo principal que he detectado es depresión, esquizofrenia y epilepsia que como salud mental no sé si esté incluido ahí. Las personas que más presentan depresión son porque tienen alguna pérdida de algún familiar, por lo regular son las mujeres. Pero por lo regular yo siento que esos pacientes hasta se ocultan son poco de estar en las unidades médicas de primer nivel, como que yo siento que ellos se aíslan mucho. Solamente a veces nos enteramos porque la gente te dice que no está bien de sus facultades mentales y te lo dicen, sólo así los conoces. Pero de que ellos lleguen no, siempre son personas que han sido cuidadas por otras porque piensan que no están bien de su mente. A veces no es el paciente el que va a llegar y te va a decir lo que tiene, por lo regular va acompañado y te explica que está haciendo algunas cosas que antes no hacía, que está muy triste, que hace cosas que no son coherentes. Entonces nosotros entramos a hacer un interrogatorio. De acuerdo con los síntomas es el diagnóstico que nosotros vamos a dar. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Yo sólo refiero. Simplemente los mando a los módulos y en cuanto a la contrarreferencia tampoco he tenido a la mano una contrarreferencia. Ya lo vieron y ya lo valoraron y ellos deben de emitir una hoja donde ya le dieron un diagnóstico de tratamiento. Los pacientes que todavía no tienen un diagnóstico no conocen que puede ser un tipo de enfermedad mental y los que ya tienen diagnóstico y tratamiento, a veces llevan el tratamiento, pero realmente no le dan la importancia a su enfermedad. Ya me dieron, ya lo tomé por un tiempo y ya quieren entrar a la vida cotidiana pero siempre tienen ese obstáculo por la misma enfermedad. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

El diagnóstico que más he hecho es trastornos depresivos, adicciones, violencia, suicidio. Desde el punto de vista médico te puedo decir que pregunto a las personas directamente cuando llegan aquí a la consulta por los síntomas que están presentado. Si hay sospecha entonces de una vez canalizo. Intervengo en ese momento para ver de qué manera se le puede ayudar y darle el apoyo que requiera, sobre todo si ya tuvo ideación suicida, si ya tuvo el intento suicida, si en ese momento está necesitando el apoyo o la crisis cuando viene a la consulta pues ya se le da énfasis, se le da prioridad a esa persona. La priorizo para darle el apoyo necesario. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Es psicología ¿no? Sólo he referido pacientes a psicología. De hecho, ellas son muy accesibles. Hago referencias a psicología y al CAAPA. A veces es el paciente el que no le toma importancia al problema, va una vez y luego ya no le da importancia al problema, luego ya no regresan. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa).

La forma en la que comprenden la salud y ven a los pacientes está en lógica con su forma de atención:

Pues tenemos las herramientas que nos maneja la SSA que son cuestionarios para medir adicciones, demencia y las de demencia en ancianos porque son las que más utilizamos. La violencia intrafamiliar. Preguntas sencillas. A veces sin preguntar el paciente solito con la sintomatología uno empieza a sospechar. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Se interviene. Por ejemplo, si está en estado depresivo: señora, usted está en estado depresivo de acuerdo con los síntomas y todo lo que me está refiriendo, usted necesita ayuda y la ayuda es integral, usted solita no va a poder salir. Que ella asimile que por sí sola ella no va a poder salir de ese estado depresivo, sino que requiere del apoyo de otras personas. Si tiene un trastorno espiritual y es adventista lo mando con su pastor, si es católica lo mando con su sacerdote, si es de otra religión se le manda para que ellos reciban el apoyo. Si tiene los síntomas médicos pues yo las atiendo, los ayudó y les doy seguimiento. Le doy cita con el psicólogo y les digo ¿ya fuiste al psicólogo? ¿ya te atendiste? Le doy el seguimiento para no dejarlo porque si no puede ser alguien que se me puede suicidar. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Pues si llega el paciente, si lo canalizamos, lo valoramos. Existe en caso de depresión, han tomado mucho hincapié y hay una hoja de evaluación de pacientes geriátricos que sufren depresión, entonces se le aplica esa cédula, detectamos y canalizamos. Pero también hay pacientes que no son geriátricos y que también sufren esos problemas, entonces mediante el interrogatorio podemos hacer una detección y canalizar o dar un tratamiento. Pero depende de que llegue un paciente porque es difícil que salgamos a buscar al paciente. Sabes por referencia de los cuidadores que existen. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Como usted me decía ¿a qué le da prioridad la SSA? y a salud mental no le ha dado la prioridad. A veces medicamento les doy complejo B, es una vitamina y un relajante muscular. Refiero en casos muy marcados. He tenido casos de depresión y ansiedad porque hay señoras que en su adolescencia tuvieron maltrato familiar y están muy marcadas. Que si vieron cómo le pegaron a su mamá. Tengo una paciente que dice que llega a su casa y no puede estar sola, porque siente que va a llegar su papá y le va a pegar y es una señora de treinta y tantos años y sigue con ese temor. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Lo anterior en el caso de la población originaria sólo se traduce en la necesidad de un traductor:

En el caso de la detección de población hablante de lengua, pues tenemos compañeros que ayudan y la mayoría de las personas son bilingües así que no hay problema (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa).

Con respecto al uso de fármacos también hay posiciones encontradas, están quienes medicalizan y quienes le dejan eso al médico psiquiatra:

Nosotros generalmente no recetamos, son los psiquiatras, nosotros damos seguimiento. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

No he dado medicamentos, tengo la facultad de prescribir, todo médico que tiene la cédula puede hacerlo, pero en el caso de salud mental el psiquiatra es el único que puede diagnosticar a un paciente y darle medicamento, ¿por qué? Pues si no, no existiera la

especialidad. Es como si yo no reconociera al psiquiatra su trabajo. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Sí lo podemos hacer, pero es bueno conocer el criterio de un especialista. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Sí he recetado fármacos: antidepresivos. Bueno, sí, antidepresivos y... ¿cómo se llaman estos? Y ansiolíticos, sólo eso. Pues entonces nosotros consideramos que sí, que tenemos que hacer la parte que nos corresponde en el tratamiento y canalizar hacia un psicólogo y un psiquiatra y ya, así le digo multidisciplinario y creo que así sería el primer nivel. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Otra disposición importante es la de poder dar cuenta del trabajo realizado a través de los diferentes formatos que se tienen que llenar y que nutren el sistema epidemiológico del municipio, con respecto a esto hubo médicos que supieron cómo y dónde registrar y quienes no lo tienen todavía claro:

Lo reportó en mi hoja diaria y en el SUIBE. Los que son de vigilancia no los reportó yo, los reporta la psicóloga porque si no duplicamos información. Entonces yo hago la detección, pero ella la reporta. En el SUIBE no hay un área para reportar, pero aquí dice otras enfermedades con interés regional o local y aquí podemos poner dependiendo de lo que sea se pone aquí y aquí se reporta. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Se reporta al epidemiólogo Jurisdiccional. En el SUIBE sólo está depresión, Parkinson y Alzheimer. Cada mes entregamos una información que es el sistema de información en salud como depresión es la única que podemos poner para un ingreso. Pero hay un apartado que dice otras enfermedades, ahí lo colocamos. En el SIS sí viene el apartado de SM. El SUIBE es semanal y el SIS es mensual. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Pues ahorita que lo mencionas esos pacientes no los reporté porque no he encontrado un apartado de SIS que tenga algo de salud mental y si en dado caso existiera es algo que yo he pasado desapercibido porque no es algo que te pidan los doctores allá en Tacotalpa. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Es importante hablar de la relación que los y las médicas guardan con otros actores de la localidad y que van de las autoridades del ayuntamiento, ministros de varias religiones y la Universidad Intercultural de Tabasco que a través de sus carreras de salud intercultural y enfermería pudo hacer que vía un convenio los estudiantes realizarán su servicio social en algunas clínicas de la zona:

Nosotros en aquel entonces, cuando las cifras de suicidio estaban altas, trabajamos con los sacerdotes, con los pastores de todos los cultos. Desgraciadamente no todos acudieron, pero a quien acudía a todos se les capacitó. Y ellos se comprometían a que iba a tratar de ver estos problemas de salud mental, todas estas alteraciones que hubiera

en sus fieles; entonces ellos nos ayudaron porque nos mandaron a su gente y ya nosotros los canalizábamos. Sí hubo apoyo, sí hay responsabilidad, pero falta. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Cuando conocí la Universidad de Oxolotán me gustó porque eso me permitía seguir preservando sus propias tradiciones. Vinieron a dar masajes, poner acupuntura y tratar a los diabéticos e hipertensos y sí funcionó. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Finalmente, como lo dije párrafos arriba en las disposiciones adquiridas en la formación, en lo que toca al espacio clínico, éstas se logran por la capacitación que se les otorga a los médicos y que ha variado en tiempo; pero que se vuelve un reto en el caso de los médicos de servicio social porque dichas capacitaciones se tienen que dar cada seis meses dado que este personal se rota cada año y la formación en salud mental se limita sólo a dos materias:

Las capacitaciones han sido bastantes, de diabetes, de hipertensión, de sensibilidad de equidad de género, pie diabético, cáncer de mama. Nos dan pláticas bastante seguido. Al mes mínimo una vez y a veces suele haber hasta dos. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Aquí en Tacotalpa nunca nos han capacitado en salud mental. Nosotros cuando hablamos con las personas en una reunión le decimos que existen servicios de salud mental y que en caso de que conozcan a alguien con esos síntomas lo pueden canalizar hacia nosotros y nosotros referimos a otro especialista. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Quizás, es que nosotros en psiquiatría vemos la materia, pero es algo muy subjetivo, es algo que vimos, que no se vea del diario y luego se nos olvida. Quizá sensibilizarnos o capacitarnos para atender específicamente a este tipo de pacientes y canalizarlos. Porque si por mí fuera yo diría que manden a psicólogo a cada unidad, pero eso está difícil y los pacientes con enfermedades mentales no son muy concurridos, no son muchos. Hasta ahorita para mí canalizarlos está bien. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

#### 5.3.4. Desarrollo de las disposiciones en el espacio religioso

En lo que respecta a las disposiciones físicas en el espacio religioso se pudieron mirar de manera más concreta en Octavio, un pasante de servicio social que es adventista, él dice de su salud física que:

Hasta ahorita no he tenido ningún inconveniente en cuanto a la salud. Trato de alimentarme bien y de hacer ejercicio así que eso es lo que ahorita me tiene bien. Soy adventista. Digamos que nací en la religión y aparte de eso la familia de mi mamá, sus abuelos y sus hermanas, todas son adventistas. Entonces en cuanto a la religión esos

principios los tenemos muy arraigados en cuanto a lo que debemos de hacer, independientemente de si en un momento de nuestra vida nos descarriamos, digamos que tratamos de mantenernos, aunque tambaleando, en el mismo lugar. Pues la tengo muy muy arraigada digamos. Según tengo entendido por la Iglesia, en la Biblia dice las especificaciones de lo que tenemos que comer, entonces hay ciertas cosas que no se deberían de consumir y que nosotros como médicos nos dicen que causa daño. Por ejemplo: en la Biblia dice que animales que no tengan pesuña hendida como es el cerdo y en cuanto a la salud, a los médicos nos dicen que el cerdo es un portador de neurocisticercosis y no solamente eso, sino que además tiene mucha cantidad de grasa. Entonces en cierto sentido me he apoyado a que en cuanto a la salud y mi religión no lo puedo consumir. Es el mismo caso el del camarón o tratar de comer sólo frutas y verduras. Digamos que la inclinación es lo que me dice la medicina y la iglesia para que mi salud sea buena. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

La mayoría de las disposiciones religiosas y espirituales son las que se encuentran en este espacio, el religioso. En él podemos observar cómo fue Octavio de la muestra total de médicos encuestados, de los pocos que no estudiaron en la UJAT, pero no por no pasar su examen, sino por una disposición espiritual:

No presenté examen en la UJAT porque digamos que en ese tiempo los exámenes siempre eran los sábados y nosotros respetamos mucho el sábado. Si podemos evitar no trabajar en sábado, no lo hacemos. Ahorita últimamente esa creencia ya no la tomo en cuenta. Pero cuando iba a presentar el examen sí me importaba mucho. Me fui a presentar el examen a una universidad [...] que es adventista y quedé; pero la colegiatura estaba demasiado cara, entonces hablé con mi papá y que le habían dicho que en la UAG estaba bien y estaba mejor el pago y lo hice en solidaridad con mis padres porque yo sí la verdad tenía ganas de irme, pero dije mejor no y sirve que estoy con ellos y entonces fue que accedí que ahí. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

O como en el caso de María que salió de su enfermedad una vez que se acercó a Dios:

Fue en un retiro de la Iglesia en el que el Señor me sanó y me liberó de todo aquello que me había llevado a la depresión y a partir de ahí Gracias a Dios empezó mi rehabilitación mental y espiritual y hasta la fecha soy miembro activo de mi Iglesia. Yo soy católica, estoy al servicio. Ya llevo años en eso, compartimos como familia el servicio a la Iglesia. Por las tardes siempre le dedicamos un tiempcito a la iglesia. Estamos ajustadas a todas las actividades. Tratamos de no descuidar nada. Todos los días nos vamos a la Iglesia, escuchamos misa todos los días, hacemos hora santa. Por ejemplo, anoche, me tocó de 1 a 2 de la mañana, a veces nos toca estar hasta las 5... mi esposo y yo, los dos. Los niños pues ellos tienen que descansar, a ellos no los desvelamos. Estoy desvelada, pero para mí ya es normal. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

O cuando la misma María envía a sus pacientes con algún problema mental a ir con su pastor:

Si tiene un trastorno espiritual y es adventista lo mando con su pastor, si es católica lo mando con su sacerdote si es de otra religión se le manda para que ellos reciban el apoyo.

O como Paulino que también sintió cierta tranquilidad después de la muerte de su amigo al estar en la iglesia:

Pues ya escucho cómo estoy. Siento que está regular, pero ya casi casi va para buena. La iglesia me ayuda a desahogarme, quizá no tanto a compartir mi experiencia, pero al momento de dar un tema, siento que me trato de involucrar, me trato de desestresarme un poco de lo que es medicina o de mis problemas. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

O por la necesidad de buscar a Dios como dijo Rosario cuando tuvo un problema de salud y laboral:

El estar más tiempo en la iglesia fue ya después de que salí de mi carrera, sentí la necesidad de estar más cerca de Dios porque he tenido varios problemas de salud también a veces laborales; entonces yo sentía esa necesidad. En una ocasión tuve problemas de una demanda por una negligencia que hubo de un paciente, pero no sólo fui yo la única involucrada. Cuando hay problemas con un paciente luego intervienen personas que no están directamente relacionadas, por ejemplo, médicos del Hospital Rovirosa. Pero como uno está expuesto a atender los pacientes y esa exposición hace que estemos en riesgo. Pero pues gracias a Dios no pasó a más y se pudo resolver el problema. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Hasta aquí he dado cuenta de *stocks* de disposiciones heterogéneas, contradictorias de un mismo *habitus* e incluso de una misma trayectoria biográfica y que se deben de leer a partir del *stock* de capitales presentados en el capítulo III y de las múltiples posiciones en las que se encuentran cada uno de estos médicos y médicas.

#### 5.4. Capital emocional

El capital emocional es trabajo socialmente acumulado obtenido desde la infancia y hasta la edad adulta en diferentes espacios sociales. Es el bien que se pone en juego y que refiere a la forma en la que expresamos cómo-saber-ser ante determinada situación social. Es el conjunto de recursos (incorporados, objetivados, institucionalizados) que adquieren e incorporan las personas y que son útiles para la socialización y el desarrollo profesional y constituyen una gama de sensibilidades (Gendron, 2017).



El capital emocional dentro del campo médico desarrolla ciertos bienes que van en lógica con el régimen emocional del campo; pero dichas sensibilidades, no sólo se desarrollan dentro del espacio de formación o clínico, son socializadas e incorporadas a través de diferentes momentos de nuestra trayectoria biográfica y que pueden estar en tensión con el régimen afectivo del campo médico. A continuación, presentaré el capital emocional desarrollado por los médicos y médicas y que divido en tres estados: institucionalizado, incorporado y objetivado.

<i>Capital emocional</i>	<i>Institucionalizado</i>	<i>Incorporado</i>	<i>Objetivado</i>
	Estudios de especialización en temas de salud mental	Gestión emocional	Práctica emocional
	Capacitación en salud mental		

#### 5.4.1. El capital emocional en estado institucionalizado

Es una forma de objetivación que es convertible en ciertos títulos, certificados, adscripción institucional que se logra obtener solamente en ciertas profesiones o a través de la psicoeducación en el campo. En el caso de la trayectoria de los y las médicas de los cuales se presenta aquí su historia, sólo una de ellas, María es la que cuenta con este capital emocional institucionalizado y eso tiene que ver con la particular historia del programa de salud mental del municipio de Tacotalpa. María es la única de todos, que tiene una maestría y quien hizo una investigación sobre el Programa de Salud Mental de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa en torno del problema de suicidios que tuvo el municipio en los primeros años del presente siglo (producto que se genera como capital objetivado). Además, es quien, por sus diversos puestos en las coordinaciones del área de Salud Pública, Promoción de la Salud o Epidemiología tiene mayores méritos en el área (capital social y simbólico), en comparación con sus compañeros y compañeras que, aunque reconocen la diversidad de capacitaciones de los que le llena la Jurisdicción, evidencian la ausencia de éstos en materia de salud mental:

Tacotalpa era uno de los primeros lugares en suicidios, sobre todo en jóvenes y adolescentes; por lo tanto, estuvimos trabajando mucho en esos años en los que Tacotalpa era el primer lugar estatal. Trabajamos el equipo que estábamos en aquel entonces, no había el número de psicólogas que hay ahorita. Trabajábamos nada más con una psicóloga para todo el municipio, pero sí sirvió. Hicimos en aquel entonces reuniones con los comités municipales, con el presidente municipal para crear estrategias. Fue como por el 2002, 2003, que era cuando se disparó el número de suicidios y los intentos de suicidio. Entonces estuvimos trabajando a la par con esos programas.

El programa está como desde 1999. Primero empezó la psicóloga en el municipio en la Jurisdicción. Después vino un modelo que se regionalizó y se hicieron CAAPS, se hicieron dos y entonces cada CAAPS tenía su psicóloga, entonces había una psicóloga aquí y en Tapijulapa. Pasó ese sexenio porque es por sexenio. Fue con Manuel Andrade que se bajaron los recursos, fue uno de los mejores sexenios en salud porque se avanzó bastante. Hubo una mejor distribución de los recursos y se les dio el empoderamiento a los municipios. Viene el sexenio de Granier y empieza a decaer. Pero salud mental sí se fortaleció dada la necesidad política y social y en salud que hubo, había picos en que bajaba y en otros municipios aumentaba, aunque en Tacotalpa sí seguía habiendo, aunque ya no en los primeros lugares.

Pero al principio no había psicólogas aquí en el municipio; de hecho, seguimos sin psicóloga jurisdiccional. Incluso no se llamaba Programa de Salud Mental sino de Salud Psicosocial. Entonces los médicos que estábamos a cargo de promoción de la salud nos etiquetaron el programa. Teníamos que trabajar porque era más promoción, entonces entre promoción y epidemiología se veía. Antes no había salud pública, antes sólo había promoción y epidemiología y promoción se hacía cargo de salud psicosocial. Éramos dos doctoras y nos dividieron en los CAAPS y de ahí cada una se hizo responsable de sus CAAPS. Estuve vinculada como 8 años. Ahora salud pública es la responsable de promoción, epidemiología y también es la responsable de salud mental porque están dentro de la estructura. Aunque no hay psicóloga jurisdiccional lo tiene que asumir salud pública y no lo hay.

En ese tiempo hubo mucha detección, se detectaron casos de depresión, de violencia. Hubo más casos porque se detectaron, se trabajó, se dieron a conocer herramientas, cuestionarios de violencia, los cuestionarios de depresión. Entonces se comenzaron a aplicar y a capacitar a los médicos porque era necesario detectar la depresión y aquí en el municipio la mayoría de los médicos son médicos pasantes. Entonces ellos no traen la experiencia, se tenía que sensibilizar cada seis meses. Se tenía que dar la explicación cada seis meses y se incrementó la atención a la población. Con la detención, la promoción con las referencias... entonces yo creo que sí ha dado beneficios, sí ha disminuido la morbimortalidad. No tenemos las tasas, pero ya no se han escuchado tanto suicidios como en comparación de los primeros años que se comenzó a trabajar.

En Tacotalpa un municipio con bajo índice de desarrollo humano sí hace falta que haya un psiquiatra para que las personas no se trasladen a otro hospital. Hay en Teapa que es Hospital general y en Macuspana, pero ¿Qué tan lejos queda? De aquí de Tacotalpa tal vez no haya problema, pero de los pacientes que vienen de otras localidades alejadas pues sí es gasto. Y si no encuentras al médico y se pierde el seguimiento y después el paciente no regresa. Entonces yo creo que son esos eslabones que están débiles, que hacen falta y que no lo hay. Yo le aseguro que, si las personas supieran que hay un psiquiatra, y que los médicos supieran que hay uno aquí en el municipio ya junto con el

apoyo de los psicólogos yo creo que sí se aumentaría más la detección. Si se sensibiliza, se fortalece más el programa, disminuiría la morbilidad psiquiátrica. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Dicho capital emocional institucionalizado logra evidenciar en María mayor herramientas para atender problemas de salud mental en comparación con el nulo o poco capital con el que juegan sus compañeros y compañeras y que se traduce en el discurso utilizado, en las referencias a psicología y en general en su diagnóstico y atención. Además, y como se vio en el capítulo IV, de todo el personal médico del PNA, es también la que más goza de capital social, cultural y simbólico.

#### 5.4.2. El capital emocional en estado objetivado

El capital cultural objetivado como resultado de la materialización del capital emocional incorporado y del capital institucionalizado se verán aquí sólo como prácticas emocionales. En estado objetivado se vuelve práctica emocional ritualizada y estandarizada, que no es visible porque está incluida en el capital cultural y ha sido históricamente infravalorada por no generar status ni distinción; además, porque el mercado de las emociones estuvo por mucho tiempo en la esfera de lo privado y cuando se volcó a la esfera pública fue sólo en ciertas profesiones que han producido: textos, discursos, corrientes literarias, terapias específicas que a su vez e históricamente han generado ciertas disposiciones sensibles (Illouz, 2007). Explicaré el capital emocional objetivado como la toma de posición del agente frente a las posiciones y disposiciones con las que cuenta o como prácticas emocionales en la atención a la salud mental y que se observan en el siguiente cuadro<sup>109</sup>.

---

<sup>109</sup> Algunas de estas prácticas emocionales fueron retomadas de una escala de validez para medir capital emocional en la relación entre inteligencia emocional y liderazgo (Newman y Purse, 2008).

**Conciencia de sí mismo.** Conciencia de la experiencia emocional, identificar sentimientos. Capacidad de reconocer cómo los sentimientos y emociones impactan en las opiniones, actitudes y juicios.

**Confianza en sí mismo.** Respeto a sí mismo y gusto por sí mismo. Confianza en las habilidades y juicios y posesión de los recursos emocionales necesarios para mantener motivación y lograr metas desafiantes.

**Autosuficiencia.** Reconocimiento de ser una persona completa y autodirigida con poder y responsabilidad de elegir entre opciones y tomar decisiones.

**Autorrealización.** Compromiso entusiasta con las metas a largo plazo. Equilibrio en el trabajo y la vida personal, obtención de la satisfacción de sus logros.

**Asertividad.** Expresión de sentimientos, pensamientos y creencias de manera abierta y directa, pero respetando el hecho de que otros puedan tener una opinión o expectativa diferente.

Nombre *Prácticas emocionales*

1. Confianza en sí mismo
2. Confiabilidad
3. Asertividad
4. Habilidades de relaciones
5. Empatía
6. Autocontrol
7. Resiliencia
8. Sensibilidad
9. Autorrealización
10. Conciencia de la propia cultura y de otras culturas

Parto de una teoría de la acción afectiva para definir a las prácticas emocionales como acciones que se ejecutan, como actos situados y encarnados, como “un compromiso práctico en el mundo; que implica: 1) que las emociones no sólo se derivan de las cosas que la gente hace, que son en sí mismas una forma de práctica, porque son una acción de un cuerpo consciente; 2) que este sujeto sentimental no es anterior, sino que emerge en el hacer de la emoción; y 3) que una definición de emoción debe incluir el cuerpo y sus funciones, no en el sentido de un universal, prístino, biológico base, sino como un lugar de capacidades innatas y aprendidas profundamente moldeadas por prácticas (Scheer, p. 220). De acuerdo con lo anterior, mirar la emoción teórica y metodológicamente me permitió analizarla como “socialmente situada y, por lo tanto, histórica”; y no como vehículo, como algo que tenemos/sentimos, sino como un hacer. El objetivo aquí es entender la producción de la experiencia emocional en un cuerpo socializado que contiene historia. Las emociones entonces, las entiendo, no como estados psicológicos sino

---

**Habilidades de relaciones.** Habilidad de establecer y mantener relaciones mutuamente satisfactorias que implican el apoyo y compromiso de los demás y valoración del trabajo.

**Empatía.** Capacidad de comprender los sentimientos y pensamientos de otras personas. Capacidad de escucha y comprensión de los sentimientos y circunstancias de otras personas.

**Autocontrol.** Manejo de las emociones y control de situaciones estresantes.

**Flexibilidad.** Capacidad de adaptar los pensamientos, sentimientos y acciones en respuesta a los cambios y circunstancias. Tolerancia con los demás y recepción a nuevas ideas.

**Optimismo.** Percepción de las oportunidades incluso frente a la adversidad. Resistencia, capacidad de mirar las cosas de manera integral y tomar decisiones concentradas en las posibilidades de lo que se puede lograr.

prácticas sociales y culturales que se asumen desde el cuerpo social y son inseparables de las sensaciones corporales.

Una de las primeras cosas que hay que decir de esto en el caso de la trayectoria de las y los médicos es que la posición de enfermo otorga otros capitales que se visibilizan en mejores prácticas y que aunado al capital emocional institucionalizado y al capital incorporado, posibilitan un cambio en el *habitus* médico que se introyecta en la praxis médica como lo dijo María casi al inicio de su entrevista:

Para diagnosticar y atender problemas de salud mental me ha ayudado la experiencia personal [de depresión] que tuve, pero además estuve trabajando en el programa de salud mental (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa).

La segunda cosa que se tiene que contemplar, y que mencionaron los agentes, fue la necesidad de tener personal no sólo capacitado sino sensibilizado. Es decir, se reconoció por todos y todas las médicas, la relevancia no sólo del saber-hacer, a la hora de atender, sino al saber-ser: “pues de nada sirve si se tiene el conocimiento, pero no la sensibilidad”, que es esta “capacidad para percibir sensaciones a través de los sentidos, o para sentir moralmente”.

Quizá porque no están capacitados y no están sensibilizados en relación con la importancia que tiene la salud mental en la población. Porque lo puedes capacitar, pero si no está sensibilizado pues no. La atención a la salud mental tiene que ser transversal porque todos carecemos de una u otra forma. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

A continuación, presentaré en voz de los propios actores, los capitales emocionales objetivados que se encontraron y que han permitido ofrecer atención a la salud mental, aunque no haya suficiente capital emocional institucionalizado y que permitirá ver para cerrar este apartado, el capital emocional que se ha logrado incorporar.

1. *Confianza en sí mismo.* Respeto a sí mismo y gusto por sí mismo. Confianza en las habilidades y juicios y posesión de los recursos emocionales necesarios para mantener motivación y lograr metas desafiantes. Esto se pudo ver en ciertos médicos que hacían constantemente alusión al trabajo que lograron hacer para generar un cambio en la comunidad en comparación con sus compañeros:

Necesita una persona que los motive todos los días para que haya un cambio, eso estuve yo trabajando, pero veo que no se pudo realizar porque cuando entrego la unidad todo se vino al suelo.

Hay algunos que son muy cerrados, pero sorprendentemente, me sigo preguntando hasta el día de hoy: yo no sé cómo les gané la confianza que me iban platicando sus experiencias.

Ellos están acostumbrados a ganarse la vida a lo fácil y yo les dije conmigo van a trabajar y aprender a ganarse el dinero. Porque yo recuerdo que mi abuelo se levantaba a las 4 am a sembrar café, la yuca y todo eso y de ahí regresaba a la casa, comía y otra vez seguía y ahora no quieren estudiar, eso es lo que yo vi. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

*2. Confianza en los otros.* Es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. Aunque los y las médicas hablaban de problemas en las referencias, en la posibilidad de las personas de asistir a la terapia a la cabecera municipal o al psiquiatra a la capital tabasqueña, e incluso de adherirse al tratamiento, hubo un importante señalamiento con respecto a la necesidad de confiar en las personas y de generar confianza en ellas para que pudieran abrirse en términos de contar sus preocupaciones; situación que era lograda sobre todo con mujeres y en menor medida con hombres. La confianza era una práctica emocional sobre todo por dos pasantes de servicio social a través de exponer ellos mismos su propia vida como un gesto de intercambio horizontal de comunicación:

Los cito en cinco días y vienen y ya voy abriéndome con ellos, la cosa es brindarles confianza. Entonces lo que tienes que hacer es decirles lo que tú haces para darles confianza, decirles, mira platica, mira en vez de cerrarte, platica con personas de confianza. Entonces, cuando ven que les ayudaste ellos te regresaran. Colocarles un reflejo mío para que ellos se sientan en confianza. Yo le hago también de consejero amoroso. Aquí como médico tienes que ser de todo. Si ciertas personas te abren su confianza pues échales la mano, porque si dieron un paso y si tú los dejas ellos dan dos hacia atrás y va a costar más para la próxima así es que ni modo. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Aun así, no me explico cómo hablando por primera vez me sueltan toda la sopa, la confianza que ellos me dan. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

*3. Asertividad.* Es la expresión de sentimientos, pensamientos y creencias de manera abierta y directa, pero respetando el hecho de que otros puedan tener una opinión o expectativa diferente. Esto se observó sobre todo en la relación con pacientes y se vio como área de oportunidad entre el mismo personal de salud médico y el de psicología:

Ahí es cuando ocupo la famosa terapia ocupacional o el famoso ejemplo a seguir. Por ejemplo, si mi paciente está obeso y yo también, no le puedo decir que baje de peso. Tengo que dar el ejemplo para que esa persona siga. Y yo les decía que ellos eran el ejemplo para seguir de los niños más pequeños. Les decía que por cada chico que deje la escuela en el bachillerato pues entonces los chicos de secundaria dicen es que fulanito dejó la escuela y está ganando bien pues allá me voy yo. Igual pasa con secundaria y primaria... porque todos ven al de arriba y si el de arriba no da un buen ejemplo todo se te va a desmoronar. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Las mismas psicólogas tienen que hablarles e imponer casos de por qué la importancia de trabajar con el programa de salud mental: mostrar panoramas, dar hechos reales, enseñar cómo está la situación, por qué es importante nuestra participación como profesionales de la salud para evitar esa morbimortalidad. Mostrarles el panorama epidemiológico por qué si no se los muestra, pues no está entre las diez principales causas de morbimortalidad que son las más principales en las que tienes que trabajar, no le das la importancia. (Entrevista a médica del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

4. *Habilidades de relaciones.* Es la habilidad de establecer y mantener relaciones mutuamente satisfactorias que implican el apoyo y compromiso de los demás y valoración del trabajo. Esto se observó sobre todo en los médicos que más se involucraron en la comunidad y que abren las puertas de su consultorio y su escucha por las tardes o que acuden a las casas de sus pacientes no sólo cuando son requeridos sino también de visita a alguna comida o evento. También se observó cuando siguen manteniendo relación a la distancia, aunque haya terminado su servicio social, cuando consideran que su trabajo no es sólo dar consulta desde su consultorio y cuando construyen amistad con la gente a la que atienden:

Mis demás compañeros sólo llegan a sentarse, así de que este es mi burro, llegó o no llegó ese no es mi problema. No. Mi obligación si yo soy médico de comunidad, es una carga, no es fácil llevar un pueblo.

Te lloran, se desgarran esos muchachos, sólo con que hables les demuestres una amistad sincera no una amistad hipócrita, ellos se abren y tienden a cambiar. Cuando menos 4 de mi grupo de preparatoria de PROSPERA, 4 estudiaron la Universidad, los demás sé que no van a poder por su condición económica; pero por lo menos yo les aliento de que hay una beca de PROSPERA para la escuela de educación media superior, pero fue una ganancia. Bajé el índice de suicidios, se querían matar.

Y en esta mi despedida todas las personas eran desgarrarse. Y yo: ¿qué fue lo que hice? si lo único que hice fue poner todo en regla porque es mi obligación. A mí me gusta medicina porque es mi vocación. Y les pregunté a mis compañeros cómo les fue con la despedida, y nada que todo tranquilo, y bueno hermano conmigo era un lloradero. Hasta la fecha sigo hablando con ellos, aunque no esté en la comunidad.

Cuando una persona te comparte algo, es porque quiere platicar, te vas a quedar callado, no lo vas a calumniar. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

5. *Empatía*. Capacidad de escucha y comprensión de los sentimientos y circunstancias de otras personas. Este capital fue evidente cuando por lo menos dos de los médicos abrían el consultorio por la tarde no sólo para atención de urgencias, sino para atender y escuchar a las personas que querían charlar y que no podían atender por las mañanas. También se hizo presente cuando todos y todas manifestaron la importancia que tiene la escucha en la consulta y cómo la mayor cantidad de trabajo que realizan además de llenar formatos es de carácter psicológico. Se enfatizó cuando ellas y ellos reconocen quiénes son las personas con quienes, y para quienes laboran, las identifican, las nombran, saben dónde viven y cómo viven y desde allí hacen sus diagnósticos y tratamientos:

Tenía 20 consultas allá afuera y ni modo se tenían que esperar. Ya la citaba en la tarde por si quería conversar. Teníamos el programa de psicólogos, pero la indicación era que nosotros los refiriéramos a Tacotalpa; pero como en toda comunidad no hay lana, o tienen para hoy o no tienen para otros días. Entonces la tuve que hacer de psicólogo, de trabajo social... porque al final de cuenta eso es lo que estamos estudiando en la Universidad.

Vienen decaídos, que según que se sienten débiles, apáticos. Y luego como les dicen que ya están bien, pues sienten que ya mejoraron, pero ahí entra la psicología dependiendo de cómo se los digan. Pero lo que esas personas quieren es platicar, sacar lo que ellos tienen y como lo hacen con esas personas, pues prácticamente es un psicólogo, se desahogan y todo, que les den un té y todo, bueno algunos té s sí les ayudan, se relajan más y claro que los motivan, y ya después vienen y ya todo está bien. Más que nada entra la psicología. La mayoría de las veces son problemas emocionales, buscan con quien desahogarse y como son personas de confianza. Por eso es bueno preservar ese tipo de personas, que conocen, se desahogan, se desenvuelven bien, expresan todo lo que tienen, independientemente de que les ayudan con los demás.

Yo le digo, relájese, está bien, quiere ir a buscar su leñita, está bien, vaya un día si un día no, dese su tiempo, también tiene que darse vida no sólo se trata de estrés y de hacer la misma rutina todos los días. También hay que buscar otras formas de que se sienta usted entretenida, pero contenta. Vea la tele, busque entretenimiento, visite a la vecina, visite a su mami, platique, desahóguese, si se queda sola se va a sentir apachurrada. He visto que lo ha empezado a hacer más. Ya llega más a la iglesia, y llega más aquí en las tardes.

Una vez sí me da mucha tristeza, se cayó un tío, como se me salieron las lágrimas, pero no enfrente de él ya fue después; me llevó lo que tenía ese día, su plátano, de su racimo que había cortado. Nada más tenía para ese día y me lo regaló, se lo tuve que aceptar porque para él es una falta de respeto. Pero no tenía nada para comer. Ahí fue donde cambié mucho mi perspectiva porque dije, no ellos me lo están dando por amor no por obligación.

Es que cuando usted está se siente tranquilidad. ¡Ay, mojo ni que fuera yo Cristo! No, porque ahí se ve el amor al prójimo, porque los programas deben ser ayuda al prójimo no



a mi beneficio. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

6. *Autocontrol*. Es el manejo de las emociones y control de situaciones estresantes. En el caso de los médicos, sobre todo de las comunidades más alejadas en las que hay bastante consumo de alcohol, había necesidad de generar autocontrol para poder sobrellevar ciertas situaciones más ríspidas o para tratar de responder a problemas que salen de su propio contexto cultural sin ocasionar problemas a nivel comunitario:

A veces es simplemente estrés, con que tú les cambies ese día lo que sienten. Pero también depende de la contraparte de ellos, si ellos no dan yo ya no tengo porqué seguir apoyando. Si hay un momento en que yo ya me cansé y les decía que me iba a ir para ver qué hacían, o si estaban peleando les llevaba el machete y les decía que, si se querían matar que se mataran, que al fin les mandaba al Rovirosa y ellos le tienen miedo a ese hospital porque dicen que ahí te mueres. Pero también trataba de comprender por qué no hacían las cosas y me ponía como ejemplo para hacerlos cambiar.

Una vez vi a una muchacha de 14 años con un señor de 40 años. ¡Casi me da el infarto!, ¡yo quería agarrarlo con un palo! Pero mejor me aguanté y dije una de dos: o la muchacha lo hizo por conciencia o lo arreglaron. Por eso es por lo que, la gran mayoría de esa población es que están frustrados, amargados porque los obligaron a algo que no querían. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

7. *Resiliencia*. Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias o adaptarse a las situaciones adversas. Se refiere al hacer de las personas que a pesar de sufrir situaciones estresantes logran superarlo. Este hacer resiliente de los médicos se mostró no sólo cuando ellos entendían los problemas de sus pacientes desde su propia historia de salud, sino cuando utilizaban el contexto ríspido y precarizado en el que vivieron para hacerle mirar a sus pacientes sus propios procesos para confrontarlos pese a las adversidades encontradas:

Yo les digo: sólo te doy un ejemplo a mí también me ha pasado esto, yo actué de esta forma y de esta forma tú lo puedas solucionar. O vienen adolescentes que se pelean con sus papás, yo les digo que así era, que de las adolescentes de eso se trata, piensa en la forma en que pidas las cosas.

Lo peor que hace uno es que se cierra, que no se busca ayuda o no busca cómo platicar y ya me tocó igual vivirlo. Tiene miedo a que se burlen las demás personas, porque una parte de mi vida a mí me pasó. Tenía como 11, 12 años, no sé... quizá tenía conflictos de parte de la escuela, yo todavía no tenía tanta confianza con mis padres. Llegó un momento que tenía una navajita y me gustaba estar jugando, cortándome lo que es la piel, leve, pero me cortaba. Me gustaba. No sé, era un placer, porque lo que sí garantiza es un placer inmenso el hacerlo. Pero yo después decía ¿por qué hacerme tanto daño? Y pues no enseñaba la mano hasta que sanaba porque sí quedaban como unos rasguños y

después otra vez. Hasta que mi amigo me lo alcanzó a ver y fue y se lo dijo a mis papás y ya pues le agradecía por haber ido, porque es algo que yo tengo y que no lo decía yo y ya mis papás me abrieron su confianza y me quitó bastante peso de encima, empecé a tener más confianza con mis papás, dejé de tener problemas en la escuela. Si, como yo tenía miedo a expresar, miedo a que mis papás me fueran a regañar y para nada, es que siempre por temor te guardas las cosas y buscas salidas fáciles. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

Mi papá venía del rancho, se vino a estudiar la secundaria, él trabajaba y estudiaba y en las madrugadas hacía sus tareas. Se rompía, lloraba porque no estaba acostumbrado, pero ni modo. Ya llega a la prepa él trabaja y se la paga. Él quería sobresalir y estudiar para abogado. Mi mamá en la primaria iba con mi abuelo para ayudarlo en el taller mecánico. Ambos llegaron a la secundaria, ahí los dos se conocen. Los dos trabajaban y se pagaban la escuela. Mi papá es de Jalapa y mi mamá de Villahermosa, pero vivió como un año en México, DF. Mi abuelo se sorprendió de que vivía mendigando en Villahermosa y se fue a México, DF y llegó hasta con herramienta. Ya es cuando digo no es posible que yo esté en la prepa y que ellos se hayan partido trabajando y estudiando y que yo me dé el lujo. No, yo tengo que estudiar, yo tengo que sobresalir. Ellos que tal si mañana se me mueren y yo qué voy a hacer y eso lo platico en las comunidades y ya como que los chamacos si agarraron el trancazo. Y si les cayó el veinte cuando les dije: tu papá se va a morir y tú qué vas a hacer. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

8. *Sensibilidad.* Capacidad de las personas a emocionarse ante valores estéticos o ante sentimientos como el amor, la compasión, el dolor, la pobreza, o cualquier otra situación de vida. Esta práctica emocional se pudo identificar cuando el médico al saber que su trabajo es “a veces más charlar que hacer medicina”, abren un espacio especializado para ello, no importando que su formación sea más para “responder a la enfermedad” que para escuchar y ofrecer tiempo a los y las otras; o cuando se toman el tiempo para ir a realizar consulta domiciliaria a mujeres que tienen ansiedad para tranquilizarlas y ayudarles a sus familiares a comprenderlos y apoyarlos; también cuando se autocritican y revisan qué es lo conveniente de ofrecer a un paciente que está atravesando por problemas físicos o sociales que rebasan a la medicina:

Mi horario de trabajo es de 8 a 4 horario de consulta, de 4 en adelante manejo lo que son urgencias. Pero internamente manejo de 8 a 4 las citas, de 4 a 6 manejo pacientes que por una cosa no pudieran llegar pues tienen otra oportunidad o a los pacientes que tienen algún padecimiento mental prefiero citarlos en la tarde. Lo que yo hago es que mejor a estos pacientes los cito por las tardes ya que está todo el ambiente relajado para que ellos también no se sientan con esa presión y mejor en la tarde vengan con calma. Yo estuve trabajando esa parte psicológica, porque todos los compañeros que llegaban sólo eran consultas y las personas sólo querían hablar. Trato de hacer lo que más puedo aquí. Todos mis compañeros deben quedarse, pero no lo hacen. No siempre hacen sus guardias o no siempre abren por las tardes el consultorio.

Una vez fui a casa de una señora con problemas de ansiedad. Lo que le dije fue, ok, aquí está tu esposo, lo que vas a ser es estar con ella por el momento para que se relaje, platica con ella, lo que ella necesita es que estés con ella, que pueda sentir esa confianza y ya estuvieron los dos y ya se relajó. Se quedó en una hamaquita que descansa, pero si ves que ella no se está, dale la mano, pon una silla al lado de la hamaca, que sienta que estás con ella y ella pueda descansar, de eso se trata de que te sienta para que ella no se siga desesperando. Y si te vas, dile a alguien más a tu mamá, mami dale una vueltecita cada que puedas, porque viven juntos su suegra con él.

Nosotros como médicos no te van a preguntar de qué escuela viniste, cuántos dieces tuviste, cuántos méritos, no, no, no. Es si eres educado, te ven si das por lo menos las buenas tardes los buenos días, si eres cordial con ellos, si eres amable y eso lo aprendí mucho con ellos, porque es muy desgarrador que una muchacha de 25 años con cáncer de mama fase 5 terminal y que todavía llegué el doctor con sus cosas.

Es que, si les cambias el rol, porque las mujeres de aquí viven humilladas, no sirven para nada, y no sólo la mujer también el hombre, eres un inútil, eres un imbécil, no, no, no, es: yo sé que puedes mejorar esto, cambia esto y así te vas y la persona se vuelve un poco más sensible. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

9. *Autorrealización.* Compromiso entusiasta con las metas a largo plazo. Equilibrio en el trabajo y la vida personal, obtención de la satisfacción de sus logros. Esta energía interna que nos impulsa a un acto, como dice Illouz, es la que sale de manifiesto en los médicos que más allá de la reforma psiquiátrica, de lo que digan las políticas públicas, los planes o programas, o los criterios diagnósticos, los moviliza a realizar sus prácticas médicas. Energía que, aunque se produce por el mismo campo médico en términos de *illusio*, también se encarna en diferentes disposiciones sensibles adquiridas e incorporadas en otros espacios sociales.

A mí me gusta la carrera. Si cada uno hiciera su trabajo con dedicación no estaríamos viendo todos estos errores. Si ya estoy allí con las herramientas que tengo a lo poco o lo mucho que pueda hacer, o tengo que hacer lo mejor posible.

Si realmente nos interesa un trabajo es que lo hacemos con dedicación, amor. Tenemos errores, ok, porque estamos en una fase de aprendizaje, podemos corregir eso; pero hay gente que no quiere corregir esa parte, quieren seguir marchando en su burro.

El médico en cada comunidad nos dice que es el líder, es el responsable, que si se murió zutano tengo que visitarlo. Si está allá arriba donde él no puede bajar yo lo tengo que ir a buscar. Pero hay personas que no quieren, que se sientan y hasta aquí. Eso lo veo en mis compañeros de la universidad de distintas generaciones y no veo mejoría. No exigen calidad, pero si no mejoramos como personas mucho menos los programas.

En las comunidades nos tienen como dioses cuando en realidad no lo somos, el pasante es como digamos un servidor público y tenemos que servir. (Entrevista a pasante de servicio social del PNA de la Jurisdicción XIV de Tacotalpa)

10. *Conciencia de la cultura de la propia y de los otros.* Capacidad de reconocer las disposiciones sentimentales que se producen por cuerpos socializados

en la precarización, pero también en otros contextos que no son los nuestros. Aunque, los médicos se han sentido renuentes a aceptar la medicina tradicional, práctica asociada al propio campo médico autoritario, algunos médicos reconocieron la importancia de mantener las formas y procesos de atención de las comunidades, no causando conflictos e incluyéndolos en sus propios discursos. Es importante decir en este punto, que los médicos que reconocieron y legitimaron los valores y conocimientos culturalmente diversos, son los más cercanos a ellos, los que han vivido en contextos similares, aunque no hayan pasado por la misma precarización o hayan vivido en otra zona étnica y no la de la región ch'ol.

Estas comunidades tienen un mayor índice de marginación, no hay centros recreativos, no hay nada para que la gente pueda socializar, para que lleven una vida más tranquila. Aquí no hay nada, no tienen recursos ellos para desarrollarse integralmente.

He estado ejerciendo diferentes cargos que me han permitido ver de manera diferente el problema del municipio, para ver el panorama más abierto y centrado en la realidad de la población

[Lo que el médico dice cuando un paciente toma otros remedios no alópatas] Eso está bien, es respetable lo puede seguir haciendo, pero tómese estos medicamentos también. Tome los dos. Checo, investigo no tiene propiedades tóxicas, no está de mal un té, no le va a pasar nada, le va a beneficiar. No le digo cómo va a utilizar, trato de preservar que tengan confianza entre ellos, entre la propia comunidad. Hace tiempo un recién nacido murió y entonces las mujeres de aquí ya no acuden con las parteras y es importante que no causemos conflictos.

A esas comunidades que son años que no los han visitado, que los han abandonado o si el profesionista no llega con ese amor a lo que estudió no te van a dar nada. En Ética y valores (una materia de la Universidad) nos enseñaron más bien en la forma de cómo tratar a estas personas, cómo se deben de respetar sus valores y no discriminarlas independientemente del padecimiento que tengan. Todos somos iguales no hay que tratar de menos a las personas para que ellos igual tengan la seguridad de expresarse con nosotros. Porque si uno los empieza a tratar de menos, ellos se sienten apachurrados, como ellos dicen.

En el capítulo IV evidencí la desigual distribución de capitales (sociales, culturales y simbólicos) con los que juega el médico del PNA en el subcampo de la salud mental que los posiciona en una amplia desventaja con sus colegas de otros niveles de atención y otras especialidades y que deja en entredicho la presunta democratización de saberes y la flexibilización del nuevo modelo de atención por el que apostó la reforma psiquiátrica. En este capítulo veo que, aunque en términos del capital institucional sólo haya una médica de la Jurisdicción que cuente con él, se han movilizado otros capitales que han hecho posible, respuestas a la atención a la salud mental dentro de los consultorios del médico de PNA, entre los que están el

capital emocional objetivado e incorporado. En términos del capital objetivado, son sobre todo los jóvenes pasantes que están realizando su servicio social quienes más movilizan capital objetivado, en el que tanto las prácticas emocionales como las disposiciones sensibles han sido desarrolladas más allá del capital médico y en relación con diferentes posiciones como la edad, la condición laboral, la religión y la enfermedad.

#### 5.4.3. El capital emocional en estado interiorizado o incorporado

En estado interiorizado o incorporado como producto y a su vez condición de los dos anteriores, está en forma de estados de ánimo o de trabajo emocional a través del cual se logran gestionar las emociones que rigen el campo. Se puede encontrar en forma de disposiciones sensibles que son desarrolladas desde la socialización primaria, continúan en los procesos de escolarización y ayudan a construir una sensibilidad social para comprender y expresar el lenguaje de la vida emocional (que significa reconocer las emociones en los otros); pero también dotan de herramientas que permiten ofrecer un servicio emocional específico en ciertas profesiones como la psicología. Es decir, en estado interiorizado o incorporado, el capital se ve en su objetivación en la práctica, como describí en el apartado anterior, pero éste tiene sus antecedentes en las disposiciones incorporadas que las hacen posible. Este capital se puede ver desarrollado de manera diferenciada a través de la trayectoria biográfica del médico o la médica y también puede entrar en tensiones con el régimen emocional del campo médico.

El régimen emocional está regido por la correcta gestión de las emociones y se reflejan en capital emocional incorporado a través de estados emocionales como el enojo, orgullo de sí mismo, vergüenza, soberbia, prepotencia, condescendencia, seguridad, elevada autoestima. Capital emocional que se traduce en prácticas emocionales que infantilizan al paciente y lo hacen sentir inferior, por ejemplo, en los regaños que reciben por no adherirse al medicamento, o cuando las mujeres parturientas preguntan por su proceso y las violentan o cuando el enfermo mental es tratado como idiota.

Estas disposiciones, como se pudo ver, no se obtuvieron en el campo médico solamente, han sido producto de la trayectoria biográfica, de las disposiciones sensibles adquiridas e incorporadas en el espacio familiar o en el espacio religioso o en otros espacios de interacción. En este último apartado describiré cómo se inculcan e incorporan, situación que está en relación con sus respectivas posiciones y tomas de posición y finalmente evidenciaré quiénes fueron los agentes que más disposiciones sensibles movilizaron.

Las disposiciones obtenidas en el espacio familiar dan cuenta de un puñado heterogéneo de sensibilidades. Estas disposiciones se evidenciaron cuando todas y todos los médicos mostraron la importancia de su familia (en la que nacieron y la que posteriormente crearon) como espacio que ofrece afecto, bienestar, tranquilidad y confianza, creando así camaradería y apoyo mutuo; que quedó de manifiesto cuando Paulino, Octavio, Pablo hablaban de la importancia que tiene su familia para ellos o; cuando en diferentes ocasiones salieron a relucir sus propias experiencias familiares como ejemplo para poder entablar una charla con sus pacientes o; cuando Rosario me contó cómo fue su mamá quien la apoyó cuidando de sus hijas para que ella pudiera estudiar, hacer su residencia y actualmente pueda trabajar.

Por la clase social a la que pertenece la familia y por todo lo que a ellos y a sus padres les costó económicamente obtener una profesión, se evidencia la disposición de humildad y perseverancia adquirida y que les ayudó a producir resiliencia y empatía vista en su práctica cuando lograban entender los problemas de las personas o su falta de adherencia al tratamiento por sus propias condiciones materiales de existencia. Por el contexto cultural en el que nacieron y que comparten con las personas a quienes atienden es posible movilizar la disposición a la diversidad, que si bien, puede movilizar el enojo o la intolerancia en algunos, sobre todo cuando se trata del consumo de medicina tradicional; también se notó cada vez mayor reconocimiento y valoración por las disposiciones lingüísticas, físicas y culturales de los pueblos originarios lo que redundó en un menor estigma y disposición intercultural en la consulta.

Por la edad que tienen, sobre todo los más jóvenes en promedio 24 años y por su condición laboral que es inicial y precaria, no sólo en términos económicos

también de horarios de trabajo, pues como lo dijo Paulino “la Secretaría nos tiene mano de obra barata”; pueden jugar con disposiciones como la vocación a la carrera, la condescendencia o la modestia. Aunque si bien, algunos de los compañeros se quejaron de que no todos los pasantes se quedan en sus clínicas a realizar sus guardias, esta condición relacionada con su edad hace posible que quienes sí se quedan puedan tener un mayor contacto con la comunidad desde una posición más horizontal, con un genuino interés por conocer, relacionarse y servir, en el sentido del servidor público como lo manifestó Pablo.

Por la propia experiencia de haber vivido o tener un familiar cercano con la vivencia de un problema de salud mental, les ayudó a los y las médicas a movilizar disposiciones como la solidaridad. Que pude observar cuando el médico comprende no sólo desde el criterio diagnóstico o desde lo orgánico lo que el otro o la otra está pasando y desde ese mismo posicionamiento escucha, diagnóstica, atiende, ayuda en la búsqueda de otros apoyos y comprende cuando no hay adherencia al tratamiento. Eso se vio en el caso de María cuando inmediatamente al ver un caso que requiere atención psicológica lleva a sus pacientes al consultorio de la psicóloga (claro que lo puede hacer porque está en el Hospital cerca de ella); o cuando Paulino le contó a sus pacientes jóvenes cuando él mismo se autolesionaba y cómo confiar en su papá y mamá le ayudó a salir adelante; o cuando Octavio le dice a su paciente a quien le han amputado sus pies, que él mismo puede apoyarla yendo a verla a su casa o gestionando toda la ayuda psicológica desde Tacotalpa; o cuando Pablo iba a ver a sus pacientes esquizofrénicos a su domicilio, aun cuando quedaban muy lejos de la clínica, decía era su trabajo y que además sabía que para ellos y sus familias era mucho más complicado moverse o cuando él mismo visitaba no sólo como médico sino como amigo a otros enfermos con depresión porque sabía que únicamente querían charlar.

Para estos médicos y médicas la religión es algo fundamental en sus vidas, no sólo son creyentes, sino que son fieles activos de su Iglesia; cuentan con cargos, hacen trabajo voluntario, acuden casi diariamente a escuchar “La palabra de Dios” y esto lo han hecho desde pequeños lo que significa no sólo disposiciones espirituales sino capital social que los ha sostenido en diferentes momentos de su vida como lo

expresaron María, Rosario, Paulino y Octavio; así que las disposiciones sensibles obtenidas en la religión como la paciencia y la humildad también han colaborado en las prácticas médicas a la hora de generar empatía, resiliencia, sensibilidad y asertividad en la consulta.

Si bien el régimen emocional del campo médico gestiona estados emocionales como el orgullo de sí mismo, soberbia, prepotencia, elevada autoestima; también y como los mismos médicos y médicas lo dijeron, gestiona estados que les ayudaron a ver en los pacientes que atienden, no sólo enfermedades o cuerpos, sino personas que se duelen y sufren. Pues si bien continúan en varias ocasiones infantilizando al paciente, o viéndolo como un ser inferior porque tiene creencias (que consideran charlatanería); también lograron solidarizarse con sus propios contextos adversos al reconocerse en ellos mismos. En ese sentido, también se gestionaron estados emocionales como la condescendencia, humildad, paciencia, tolerancia, modestia, solidaridad y camaradería.

Para cerrar este apartado sólo resta decir que los agentes entrevistados con más alto capital objetivado tienen mayor número de disposiciones sensibles obtenidas en el universo social y no sólo en el campo médico. Los agentes entrevistados con más alto capital objetivado son quienes tienen mayores disposiciones sensibles que influyen en su práctica médica y que pudieron a pesar de no tener capital institucional (o menor número de otros capitales), diagnosticar, referenciar y registrar los datos de un mayor número de personas con algún problema de salud mental. Los agentes con más alto capital objetivado tienen disposiciones autorrealizantes que involucran toda su personalidad y tiempo al pensamiento reflexivo sobre su trabajo. Los agentes con más alto capital objetivado tienen disposiciones sensibles que en muchas ocasiones entran en tensión y contradicción con las disposiciones sensibles generadas por el campo médico. En este sentido, a pesar de que María tiene mayor número de capitales; fueron Pablo y Paulino quienes, con el capital emocional incorporado y las prácticas emocionales observadas en ellos en el consultorio, lograron igual que María, dar contención, escucha activa, apoyo en la gestión, diagnóstico, tratamiento a sus pacientes con algún problema de salud mental.



## 5.5. Consideraciones finales: El espacio hermenéutico y las disposiciones puestas en acción

Yo sugiero que, movilizar capital emocional y disposiciones sensibles, a partir de la experiencia mórbida por la que atraviesa el médico, en el subcampo de la salud mental, tuvo un efecto transformador, que movilizó y trastocó la práctica médica y junto con otras posiciones como la edad, la condición laboral, la religión, hicieron posible que en la consulta del médico de PNA hubiera una atención a la salud mental, aunque no hubiera capacitación o capital cultural, social o simbólico. Entonces, y como lo dijeron los agentes, “no basta con capacitación, se necesita sensibilización” para que haya un profundo cambio en la lógica del sistema de salud psicosocial tabasqueño, por eso esta tesis apostó no sólo por reconocer históricamente y a través del discurso los grandes cambios estructurales consecuencia de la reforma, también buscó analizar a través del dato cuantitativo el subcampo de la salud mental y sus inversiones, y mediante el dato cualitativo entrar en la experiencia mórbida del sujeto que atiende o debe de atender problemas de salud mental y que produjo otras sensibilidades.

Hacer un análisis en términos de disposiciones me ayudó a comprender la pluralidad interna del individuo y la pluralidad interna del mismo campo. Pude describir por un lado que, los individuos ajustan su comportamiento según el sentido de la situación donde se encuentran, lo que significa que el *stock* obedece a principios diversos, provenientes de la socialización familiar, escolar, laboral, religiosa y que se movilizan selectivamente según la situación; y por el otro, logré evidenciar cómo se desborda la lógica del campo, reconociendo su mutua interrelación. Finalmente, al hacer un análisis disposicional pude comprender los espacios hermenéuticos generados en el consultorio y con ello saber ¿por qué el médico del PNA enfrentó de diferentes maneras la reforma psiquiátrica?

La histéresis da cuenta de rupturas, del desfase que puede existir entre un tipo de mentalidad o sentido común y ciertos tipos de cambios históricos. En el capítulo III di cuenta del cambio estructural ocasionado por la reforma psiquiátrica, y

en el capítulo IV describí cómo dicho cambio no necesariamente estaba articulado al *habitus* médico; antes bien, y como lo describí en el presente capítulo, dicha escisión individual (desacuerdos, descontentos, desilusiones, destiempos) dio lugar a distintas trayectorias médicas expuestas aquí.

Para este trabajo fue esencial no sólo identificar el espacio donde el sujeto juega las reglas del juego del campo, también los momentos de libertad hermenéutica que tiene dentro de éste, además de reconocer los diferentes capitales que no necesariamente están en concordancia con las reglas del campo, y sin embargo se activan movilizan y juegan en determinadas situaciones. De acuerdo con lo anterior, no podemos hablar de un *habitus* homogéneo, aunque sí de un régimen afectivo autoritario. Pues dependerá de qué nivel de atención se analice, el contexto donde ubique o el tipo de servicio ofrecido, que se podrán observar *habitus* cuyas disposiciones y capitales sean variados, opuestos, se activen o desactiven. Dicha heterogeneidad incluso en una misma trayectoria biográfica posibilita que el espacio hermenéutico se amplíe y quede supeditado no sólo a las propias disposiciones profesionales del médico y del campo médico, sino al conjunto de disposiciones que desbordan el campo y que se movilizan de acuerdo con la situación. Conocer la pluralidad interna de las disposiciones de los médicos a partir de la dimensión afectiva de las prácticas del médico enfermo, fue entonces el espacio idóneo para mirar prácticas e identificar cambios e histéresis del *habitus* médico.

Lo primero a decir de todo lo anterior es que: 1) si estamos ante un *habitus*, y si el *habitus* es la incorporación de la estructura social y de los arreglos de poder que lo caracterizan, entonces estamos no ante un tema de calidad de la atención, sino un problema estructural y cultural, de la formación del *habitus* médico. 2) hacer un estudio de esta naturaleza me permitió reconocer que no todos los médicos tienen la misma concepción de salud y salud mental aunque trabajen en el mismo lugar y hayan sido formados por la misma institución, y a mirar en el consultorio donde no sólo se ponen en juego disposiciones académicas y saberes denominados como científicos, pues los seres humanos, aunque jueguen el juego de sus respectivos campos profesionales, no pueden evitar ser seres socializados en otros universos sociales. 3) Ha habido a lo largo de estos años de la reforma psiquiátrica una

reconfiguración de las nociones de salud mental de los profesionales de la medicina. Aunque María, de todos los médicos, fue quien más capital emocional institucionalizado tenía y luego entonces capital interiorizado, esta reconfiguración no sólo se relaciona con la obtención de competencias académicas y laborales, sino con la propia experiencia de enfermar. Fueron estos agentes que entrevisté quiénes a través de sus propias experiencias mórbidas demostraban una mayor sensibilidad a los temas de salud mental. 4) Aunque reconozco, como lo documenta la amplia literatura existente del tema, los amplios desafíos que siguen existiendo después de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica, entre los que están: el aspecto financiero, de infraestructura, administrativo y de calidad y de recursos humanos; también considero a partir de las experiencias aquí expuestas que sí ha habido una reconfiguración de la práctica médica dentro del subcampo de la salud mental (por lo menos en la muestra seleccionada). Los jóvenes demostraron que, a partir de movilizar otros capitales emocionales y disposiciones sensibles, podrían otorgar atención en salud mental a la población que así lo demandara en el PNA.

# CONCLUSIONES

## Conclusiones

---

La presente investigación partió de ciertos cuestionamientos y presupuestos teóricos y empíricos para analizar de qué manera la reestructuración de la atención a la salud mental reconfiguró la práctica médica de los profesionales de la salud que laboran en el Primer Nivel de Atención (PNA) de la Secretaría de Salud (SSA) del municipio de Tacotalpa en Tabasco. Los cinco capítulos a través de los cuales se presentan los hallazgos del estudio están organizados de tal manera que dan cuenta del stock de disposiciones del *habitus* médico del subcampo de la salud mental, los capitales que conforman el campo, el régimen afectivo que lo regula y el capital emocional que lo moviliza. Espacio social conformado a partir de la puesta en marcha de la reforma de la atención psiquiátrica y que aquí denominé de esa manera para establecer el “microcosmos dentro del macrocosmos que constituye el espacio social” (Lahire, 2001, p:31), en este caso hace referencia al sistema de salud. Para poder cumplir con el objetivo de la investigación utilicé herramientas metodológicas centradas en el actor y herramientas teóricas de la teoría de la acción para conocer la lógica práctica que subyace en el subcampo de la salud mental y específicamente trabajé con la triada bourdeana para identificar la conformación del *habitus* médico, las reglas del juego del campo después de la reforma y la distribución desigual de los capitales que lo conforman.

En el capítulo I, hablé de los aportes y desafíos de la etnografía como herramienta teórica, metodológica y escritural para acercarme, desde la perspectiva de los actores implicados, a la comprensión de la atención de la salud mental en el PNA. Esto con dos propósitos, el primero destinado a cuestionar el lugar escritural que la metodología cobra dentro de la presentación de los resultados de este tipo de investigaciones, con lo cual busqué posicionar la reflexividad metodológica como el centro articulador de las premisas de partida y de los objetivos que guían cada uno de los capítulos de esta tesis. Segundo, porque dicha reflexividad me permitió mirar en los aportes, dilemas y desafíos hallados, una importante área de oportunidad para re-pensar, re-valorar y re-construir los posicionamientos epistemológicos, teóricos y

ético-políticos de la investigación, que muchas veces no se hacen explícitos en los resultados presentados.

En el capítulo II expuse la herramienta teórica que me permitió aprehender las lógicas de las prácticas de los profesionales de la salud, estudiar las experiencias del padecer de estos profesionales y conocer la forma como se ha conformado este subcampo de la salud mental dentro del campo médico. Para poder lograr lo anterior, partí de la idea de la existencia de otros criterios (espacios hermenéuticos) que se vuelven relevantes en el discurso y práctica médica y que no sólo se incorporan dentro de la dimensión escolarizada y profesionalizante del *habitus* médico. Mirar entre las mismas experiencias morbosas de los propios profesionales de la salud, así como dentro de sus capitales, me ayudó a 1) acercarme al *habitus* médico en formación y, 2) analizar los capitales puestos en juego para producir el campo y 3) describir los procesos de cambio e histéresis del *habitus* médico a través de la *illusio* como orientación emocional de la práctica y del capital emocional como principal herramienta teórica y metodológica para su comprensión.

El primer supuesto de partida en esta investigación fue que los profesionales de salud del PNA de la SSA están experimentando una reconfiguración en su concepción de salud mental determinante de su comprensión sobre la enfermedad y luego entonces de su práctica médica, de ahí el acercamiento al tema de la reforma a partir de los trabajadores de la salud. El segundo supuesto me llevó a pensar que: estas concepciones de salud mental y de prácticas médicas no sólo se relacionan con la dimensión escolarizada o profesionalizante del *habitus* médico, también está relacionada con el capital emocional del profesional, de ahí que, a través de un enfoque cualitativo, haya realizado una etnografía puesta en las propias experiencias del enfermar de los médicos. Finalmente, el último supuesto me llevó a explorar el capital emocional como una herramienta teórico-metodológica para comprender los cambios en las prácticas y discursos del personal de salud no especializado.

Para poder responder a esos supuestos el capítulo III buscó determinar las causas y consecuencias del incremento y transformación de los servicios de salud mental en Tabasco. En él concluí que existieron cambios a nivel política nacional en la forma de concebir y atender la salud y la salud mental en particular, que

posibilitaron la construcción de diferentes formas de relación entre Estado y población en la entidad tabasqueña. Evidencio una transición de un modelo asilar, asistencialista, insitucionalizado y endocéntrico a otro familiarista, corresponsable, desregulado descentralizado y mercantilista; y en el caso tabasqueño logró afianzarse gracias a la puesta en marcha del Hospital “Granja” para Enfermos Nerviosos y Mentales, con la formación de psicólogas en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) y por los datos epidemiológicos de la entidad, sobre todo en lo referente a suicidios. Finalmente, consideré que el proceso de reestructuración en México y en Tabasco fomentó una medicalización más efectiva, integrada, flexible y legitimada acorde a cada nivel de atención y a cada sujeto consumidor que a su vez sentó las bases para una resemantización de las concepciones de salud mental y para una sobreinstitucionalización de la atención, que no necesariamente significó la puesta en marcha de un modelo de base comunitaria en el PNA como los organismos internacionales lo han solicitado.

Una vez conocido el contexto de desarrollo de los servicios de salud mental en Tabasco, el cuarto capítulo buscó conocer ¿cómo se ha dado la reestructuración de la atención a la salud mental en el PNA en Tacotalpa, Tabasco? Lo anterior lo logré describiendo el *stock* de capitales del subcampo. Aquí partí de la idea de que el cambio de las reglas del juego en el campo por parte de las instancias rectoras de la salud a nivel nacional e internacional a partir de la reforma psiquiátrica (OMS, OPS, SSA), trajo, sin duda, cambios paulatinos en las disposiciones de los *habitus* de los agentes del subcampo de la salud mental y en particular en los agentes del PNA; sin ser suficientes para consolidarlo como espacio de atención a la salud mental, para democratizar el saber, ni para lograr el acceso a la atención a la salud mental de la población menos beneficiada. Lo anterior lo pude observar a través de la desigual distribución de los capitales. Describir el *stock* de capitales del subcampo de la salud mental demostró que está flexibilización y ensanchamiento del saber no ha mejorado las posiciones de los agentes ni democratizado el saber, por lo menos en el PNA en Tabasco. El cambio semántico, epistemológico y tecnológico si bien logró dotar de un lugar al servicio de salud mental dentro del sistema de salud, no logró permear en la praxis del médico del PNA, o no de tal manera para que transformar el *habitus*

médico y con ello las nuevas políticas de salud mental lograrán filtrarse a los consultorios de los centros de salud.

Finalmente, en el capítulo cinco, que está construido por cinco casos y a través de dato cualitativo, analice la manera de reestructuración de la atención a la salud mental reconfiguró el discurso y la práctica médica de los profesionales de la salud que laboran en el PNA de la SSA del municipio de Tacotalpa en Tabasco. Lo anterior lo logré al mostrar al sistema de salud mental como un sistema cultural. Así que, la etnografía aquí presentada se centra en las particularidades que adquiere la práctica médica cuando el mismo médico o uno de los miembros de la familia presenta un trastorno mental y cómo, esta experiencia previa influye en la forma como se concibe la salud mental. Situación que implicó conocer, por un lado, el mundo de las preocupaciones emocionales de los médicos; y por el otro, el régimen afectivo del campo médico y del subcampo de la salud mental. En este capítulo partí de la idea de los cambios producidos con la reforma a la atención psiquiátrica en Tabasco, y traducidos en discurso y práctica en el *habitus* médico, no sólo se delinearon por la socialización desarrollada dentro de este subcampo, sino por disposiciones adquiridas en otros campos. Además, reconocí, en este proceso de interacciones entre campos diversos, disposiciones y *habitus* distintos; la existencia de espacios hermenéuticos que los y las médicas tienen, a través de los cuales se fugan cosas no previstas por la misma reforma, sus planes y programas.

A través de estos hallazgos, sin ser novedosos en el sentido de que ya la OMS y la OPS han hecho evaluaciones donde se dejan ver los grandes retos del sistema de salud en torno de la reforma a la atención psiquiátrica, si me permitió decir que los planteamientos aquí descritos, sí permiten comprender la existencia de otras herramientas metodológicas para acercarse al sistema que dan cuenta no sólo de cambios en el sentido gerencial y administrativo del sistema, sino desde los propios sujetos que lo conforman. De ahí que esta investigación abra nuevas preguntas para repensar las evaluaciones a los planes y programas y políticas públicas de la reforma psiquiátrica que humanice a los sujetos a quienes va dirigida. Y permita poner en la mesa de análisis el capital emocional con el que cuentan estos



agentes en su praxis médica, y no sólo dentro el servicio de salud mental, para poder comprender y trabajar ciertos temas.

La investigación también me permitió dar cuenta de los vacíos que hay en el tema y las grandes deudas pendientes sobre todo con ciertas poblaciones en situación de vulnerabilidad. Lamento no haber podido responder a ellas en este trabajo y sólo haber replicado el discurso en torno de su imperante necesidad. Sin datos hallados desde el sistema, lo único que pude decir era lo evidente: no existe un servicio culturalmente pertinente. Por supuesto pudieron haber sido de utilidad otras herramientas teóricas para la aprehensión del objeto de estudio, mi interés por poner en el centro del análisis al agente, me hizo optar por este arsenal conceptual; así que, sin duda los límites metodológicos, teóricos y escriturales, los sopesé en la medida de tratar de analizar al sistema desde su dimensión cultural y a los agentes como seres humanos que también enferman, se duelen y cuyas prácticas no están inscritas sólo y únicamente, desde sus disposiciones y posiciones en el campo médico. Me disculpo con la población ch'ol por no colocar su palabra en esta etnografía; sin embargo, abogo por que este trabajo pueda apoyar en la praxis de los profesionales de la salud que los atienden y pueda mejorar las propias relaciones que entablan en los consultorios.

Teniendo en cuenta el contexto de desarrollo y este análisis realizado a través de los recursos humanos a la reforma vivida en el país y en Tabasco, es importante señalar la existencia de retos importantes a enfrentar por el sistema de salud con respecto a la reforma psiquiátrica, sobre todo en lo relativo a sus recursos humanos, tema fundamental de esta investigación. En términos de los desafíos formativos, estos son vastos como se evidenció en el capítulo III y IV. Empiezan desde la dimensión escolarizada que no ha logrado transformar conceptualmente la concepción de salud mental en los estudiantes, continua en la dimensión profesionalizante del campo donde el proceso ni ha logrado democratizar el saber ni les ha capacitado para dar la atención y finaliza con la ausencia de psicoeducación. Es decir, el médico no tiene las competencias para atender ni está sensibilizado en el tema, y dan cuenta de ello los problemas evidenciados en la etnografía tanto por psicólogos como por ellos mismos.

Con todo y el importante cambio experimentado por el sistema de salud en México y Tabasco, los trabajadores de la salud que han posibilitado la política de salud mental resultan insuficientes en todos los niveles de atención, pero sobre todo en el primero. Para 2018 hubo 274 profesionales laborando dentro del sistema de salud mental de Tabasco. En Tacotalpa el total de personal fue de 43 (8 especializados y 35 no especializados) para atender un total 48, 784 habitantes en el municipio.

Entre la carga de actividades del PNA y los médicos generales la que comprende a la atención a la salud mental es una de las menos importantes. Primero porque las personas no tienen suficiente información sobre la reestructuración y segundo, porque los mismos médicos no se sienten capacitados ni con el suficiente tiempo para atender los trastornos de salud mental de sus pacientes. A pesar de los esfuerzos realizados en este sentido, las actividades de vigilancia epidemiológica y atención primaria a la salud mental están rezagadas si se les compara con los que se ha hecho para desarrollar otros programas prioritarios de salud. La desvinculación entre éste y otros servicios de salud es patente y eso es un obstáculo para dar una atención integral en salud desde el PNA.

En términos de los desafíos del sistema de salud, como se pudo leer, la organización por niveles de atención es relativamente nueva y aunque no es producto de la reforma psiquiátrica sino de una reestructuración más general del sistema de salud, no ha logrado desarrollar un modelo de base comunitaria para que el PNA deje de ser un simple filtro y se convierta en el nivel principal de atención para casos no graves y de detección de síntomas. Y el sistema de salud mental de Tabasco comparado con la red propuesta con el Modelo Miguel Hidalgo tampoco ha logrado dar cuenta del total de servicio que éste debería de ofrecer. Los servicios de salud mental existentes y distribuidos a través de una amplia red en los tres niveles de atención no alcanzan a dar cobertura a toda la población de los 17 municipios. En este caso y por el objetivo de la presente investigación, ni la Jurisdicción Sanitaria de Tacotalpa, ni el módulo de salud mental del Hospital Comunitario del municipio, ni el CISEME ubicado en el municipio vecino, pueden dar cobertura y acceso a los servicios de salud mental a la población. La Infraestructura para ofertar acceso a los

servicios de salud mental sigue siendo un reto para el sistema de salud mental de Tabasco; sobre todo en lo que corresponde al PNA en zonas rurales e históricamente habitadas por población originaria, como lo es el lugar donde se desarrolló la investigación. Razón por la cual los desafíos culturales son todos y es imperante dar respuesta a ellos, no sólo en el tema de la salud mental.

Finalmente, y como lo escribí desde el capítulo I de esta tesis, haber realizado una investigación de esta naturaleza, por sus objetivos, el lugar de la investigación y los sujetos implicados hizo necesaria una reflexividad metodológica que me guiará en el proceso escritural. Haber descrito desde un inicio el propio proceso de construcción del objeto de estudio tanto antes como después de la construcción del dato, hizo posible plasmar la forma de procesar, analizar y presentar la información; ejercicio que la mayoría de las veces no se hace explícito en la presentación de los resultados de las pesquisas. Esta visibilización hizo consciente mis prenociones, mis prejuicios y mi posicionamiento dentro de la misma investigación. Política, ética y culturalmente me hice presente a lo largo de este texto, pues considero a dicho posicionamiento no sólo éticamente necesario, sino epistemológicamente enriquecedor.

Cierro esta reflexión y mi interés por tocar un tema fundamental dentro de la salud colectiva como son las prácticas y políticas en salud, diciendo que epistemológicamente es fundamental no sólo realizar análisis psicosociales y de una manera interdisciplinaria para comprender los problemas en salud mental que estamos enfrentando y, como ya se ha dicho por los organismos internacionales, incrementarán después de esta crisis sanitaria, sino que se aprehendan desde la dimensión emocional y mental de las personas mismas encargadas de dar servicios de atención en esta área. Nadie está exento de padecer una crisis emocional o un trastorno mental, ni siquiera los propios profesionales de la medicina; así que, considero es fundamental acercarse al régimen afectivo y al capital emocional del campo médico para conocerlo y comprenderlo. Si queremos que el sistema de salud y la praxis médica se transforme y se adecue a los nuevos contextos, urge abrir otros espacios de discusión para pensar a lo médico no sólo desde su dimensión técnica, gerencial y administrativa.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## Referencias bibliográficas

---

- Abramowski, A. L. (2017). *Pensar los afectos: aproximaciones desde las ciencias sociales y las humanidades*. Argentina: Ediciones UNGS, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Adán-Manes, J., & Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Atención Primaria*, 42(1), 47–49. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.06.027>
- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones* (C. Olivares Mansuy, Trad.). UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Alejos, G. J., y Martínez, S. N. (2007). *Choles: Pueblos indígenas del México contemporáneo*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Almeida-Filho, N. (2006). «Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones». *Salud colectiva* 2: 123-46.
- Almeida-Filho, N. (2020). «Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina». *Salud Colectiva* 16: e2786. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>.
- Álvarez J, Lolas F, Outomuro D. (2006). Historia de la ética en investigación con seres humanos. En: Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. (eds.). *Investigación en salud: dimensión ética* (1. ed). Chile: CIEB, Universidad de Chile, 39-46.
- Amezcuca M, Gávez A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud. *Perspectiva Crítica y Reflexiones En Voz Alta*. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Amezcuca M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Revista Index de Enfermería*, 30, 30-35.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23(3), 363–368. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi120>
- Arrillaga Arizaga, M., Sarasqueta Eizaguirre, C., Ruiz Feliu, M., & Sánchez Etxeberria, A. (2004). Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 33(9), 491–495.
- Aulie, H. W. & Aulie, E. W. (1978). Diccionario español-ch'ol, ch'ol-español, *Serie de vocabularios y diccionarios indígenas*. Mariano Silva y Aceves, Núm. 21, México: Instituto Lingüístico de Verano.
- Baca Baldomero, E., Sáiz Ruiz, J., & Porras Chavarino, A. (2001). Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Atención Primaria*, 116 (13), 504–509.
- Barreto Ramón, P., Corral Mata, M. E., Muñoz López, J., Boncompte Vilanova, M. P., Sebastián Gallego, R., & Solà Gonfaus, M. (1998). Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 22(8), 491–496.

- Barrientos, G. (2005). *Salud Mental en Atención Primaria en América Latina: Avances y Obstáculos en los últimos 15 años*. Presented at the Conferencia Regional sobre Reforma de los servicios de Salud Mental “15 años después de la Declaración de Caracas,” Brasilia, Brasil.
- Bass, D., Brandenburg, D., & Danner, C. (2015). The Pocket Psychiatrist: Tools to enhance psychiatry education in family medicine. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. <https://doi.org/10.1177/0091217415592350>
- Becerra-Partida, O. F. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 18(2).
- Belmartino, S. y Carlos B (1992). *El sector salud en la Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*. Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- Benassini, O. (1997). Atención en salud mental regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México. *Salud Mental*, 20(4), 48–53.
- Benassini, O. (2001). La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*, 24(6).
- Berenzon Gorn, S., Medina-Mora Icaza, M. E., & Lara Cantú, M. A. (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental*, 26 (5).
- Berenzon Gorn, S., Saavedra Solano, N., & Medina Mora, M. E. (2011). Informe IESM-OMS sobre el sistema de salud mental en México. *México: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de La Salud y Secretaría de Salud de Chile*.
- Berenzon Gorn, S., Saavedra Solano, N., Icaza, M.-M., Elena, M., Aparicio Basaurí, V., y Galván Reyes, J. (2013). *Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?*
- Besserer Alatorre, F. (2000). Sentimientos (in) apropiados de las mujeres migrantes: Hacia una nueva ciudadanía. Por: Federico Besserer. En *Migración y relaciones de género en México* (pp. 371-389). GIMTRAP-UNAM/IIA.
- Besserer Alatorre, F. (2014). Regímenes de sentimientos y la subversión del orden sentimental: Hacia una economía política de los afectos. *Nueva antropología*, 27(81), 55-76.
- Bertolozzi, M.R., y De la Torre Uguarte Guanilo, M.C. (2012). «Salud colectiva: fundamentos conceptuales». *Salud Areandina* 1, n.º 1: 24-36. <https://doi.org/10.33132/23229659.309>.
- Breilh, J. (2002). “Epidemiología nueva: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia”. Tesis de Doctorado, Instituto de Saúde Coletiva.
- Bohanna, I., & Clough, A. R. (2012). Cannabis use in Cape York Indigenous communities: high prevalence, mental health impacts and the desire to quit. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 580–584. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00405.x>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., y López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5), 451–463.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica. Revista Del Departamento de Sociología*, 2(5), 11–17.

- Bourdieu, P., y Wacquant, L. J. D. (1995b). *Respuestas: Por una antropología reflexiva*. Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1996). *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Bourdieu, P., y Passeron, J.-C. (1998). *La reproducción elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. La Fontamara.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, P. (2003). *La Dominación masculina*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico* (1a. Edición). Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. J. D. (2007). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Argentina Editores.
- Breton, A. (1988). En los confines del norte chiapaneco, una región llamada Bulujib. *Estudios de Cultura Maya*, 17, 295-354.
- Caldas de Almeida, J. (2005). Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, 18(4/5), 314–326.
- Caldas de Almeida, J. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Rev Psiquiatr Urug*, 71(2), 111–116.
- Calderón C. (2011). El papel de la reflexividad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Clínica Electrónica En Atención Primaria*, (19), 0001–0004.
- Calderón-Gómez, C., Retolaza Balsategui, A., Bacigalupe De La Hera, A., Payo Gordón, J., & Grandes Odriozola, G. (2009). Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Atención Primaria*, 41(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.04.003>
- Camacho-Arce, C., Caballero-Baldivieso, D., & Venegas-Arabe, F. (2009). Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(6). <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000600007>
- Canclini, N. G. (1990). La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu. En *Sociología y cultura* (pp. 5-40). Grijalbo-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Campos Pavone Zaboli E. L. (2015). Bioética y atención primaria. En: Álvarez Díaz JA, López Moreno S. (coord.). *Ensayos sobre ética de la salud. Aspectos sociales*. México: UAM-Xochimilco, 135-144.
- Campos-Navarro, R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 114–122.
- Cardiel Coronel, J. C. (1983). *43 años de Evangelización del Instituto Lingüístico de Verano ILV, en la zona Ch'ol de Tumbalá*. Tesis de Licenciatura, UAM-Iztapalapa, México.

- Carratalá-Munuera, M. C., Orozco-Beltrán, D., Gil-Guillen, V. F., Navarro-Pérez, J., Quirce, F., Merino, J., & Basora, J. (2012). Análisis Bibliométrico de la producción Científica Internacional sobre atención primaria. *Atención Primaria*, 44(11), 651–658. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.12.002>
- Castel, Robert (1984). *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Anagrama Barcelona.
- Castro, C. P., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones.
- Castro Neira Y. (2017). Etnografías de la violencia. Dilemas para hacer y pensar las etnografías en zonas de guerra, violencia y conflicto. En: Castro Neira Y, Blazquez A, (coord.). *Micropolíticas de la violencia. Reflexiones sobre el trabajo de campo en contexto de guerra, conflicto y violencia*. México: LMI MESO, 57-67.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- Cautiño López, C. (1994). *Apuntes para la historia de Tacotalpa*. México: Gobierno del Estado de Tabasco.
- Cedillo, P. (2017). El género como disposición: a propósito de la pluralidad interna del habitus sexuado. In *de los Ángeles Pozas, M., & Saavedra, M. E. (Eds.). (2017). Disonancias y resonancias conceptuales: investigaciones en teoría social y su función en la observación empírica* (pp. 205–242). México: El Colegio de México AC.
- Cerri C. (2011). Dilemas éticos y metodológicos en el trabajo de campo. Reflexiones de una antropóloga. *Revista de Antropología Experimental*, 11, 361–370.
- Cerón Martínez, A. U. C. (2012). Habitus y capitales: ¿Disposiciones o dispositivos sociales? Notas teórico-metodológicas para la investigación social. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 02(04), 68-82.
- Cervantes, E. (1993). "Prioridades nacionales e intereses locales: la explotación del petróleo en Tabasco.". En: *Tabasco: Realidad y perspectivas. Tomo II Economía y desarrollo*. México: Gobierno del Estado de Tabasco, 631-644.
- Cheung, Y. T. D., Spittal, M. J., Pirkis, J., & Yip, P. S. F. (2012). Spatial analysis of suicide mortality in Australia: investigation of metropolitan-rural-remote differentials of suicide risk across states/territories. *Social Science & Medicine*, 75(8), 1460–1468. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.008>
- Chocrón Bentata, L., Vilalta Franch, J., Legazpi Rodríguez, I., Auquer, K., Franch, L., & Ramírez Arrizabalaga, R. (1996). Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 18(1), 22–26.
- Colina Escalante, A., & Osorio Madrid, R. (2004). *Los agentes de la investigación educativa en México: capitales y habitus* (1. ed). México, D.F: Centro de Estudios sobre la Universidad, Universidad Nacional Autónoma de México: Plaza y Valdés Editores.



- Collings, S., & MaGPIe Research Group. (2005). Disability and the detection of mental disorder in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(12), 994–1002. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0984-x>
- Consejo Nacional de Evaluación de Desarrollo de la Política Social (2012). Informe de pobreza y evaluación en el estado de Tabasco 2012. México, CONEVAL.
- Consejo Nacional de Población. (2018). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050, México.
- Correa-Urquiza, Martín, y Ángel Martínez Hernández (2021). *Soltar amarras: Una introducción a la salud mental colectiva*. Editorial UOC.
- Coutiño, C. (1994). *Apuntes para la historia de Tacotalpa* (1a edición). Gobierno del Estado de Tabasco.
- De Dios-Vallejo, O.O. (2001). Ecofisiología de los bovinos en sistemas de producción del trópico húmedo, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- De la Fuente, R., y Torija, J. T. (1983). La investigación en el campo de la psiquiatría en México. *Salud Mental*, 6(3), 3–15.
- De Oliveira, C. S., & Lotufo Neto, F. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Rev. Psiq. Clín.*, 30 (1), 4–10.
- De Viesca, M. B. R., & Viesca, C. (1998). El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda. *Salud Mental*, 21(3), 19–25.
- Del Olmo, M. (2010). Introducción. En: Del Olmo, M. Dilemas Éticos En Antropología: Las Entretelas Del Trabajo de Campo Etnográfico. Madrid: Trotta, 9-34.
- Diario Oficial de la Federación. (1986). Ley General de Salud. *México: Diario Oficial de la Federación*.
- Díaz de Rada A. (2010). Bagatelas de la moralidad ordinaria. Los anclajes morales de una experiencia etnográfica. En: Del Olmo, M. Dilemas Éticos En Antropología: Las Entretelas Del Trabajo de Campo Etnográfico. Madrid: Trotta, 57-76.
- Dietz G, Álvarez Veinguer A. (2014). Reflexividad, interpretación y colaboración en etnografía: Un ejemplo desde la antropología de la educación. En: Oehmichen Bazán C, (ed.). La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 55-90.
- Dingwall, K. M., & Cairney, S. (2011). Detecting psychological symptoms related to substance use among Indigenous Australians. *Drug and Alcohol Review*, 30(1), 33–39. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00194.x>
- Dirección General de Epidemiología. (2012). *Evaluación al Modelo Nacional de Atención en Salud Mental “Miguel Hidalgo”, en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”*. Informe final. México: Consejo Nacional de Salud Mental.
- División De Desarrollo De Sistemas y Servicios De Salud. (1998). *Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades Indígenas*. OPS-OMS.

- Donlan, w., & lee, j. (2010). Screening for depression among indigenous mexican migrant farmworkers using the patient health questionnaire-9. *Psychological Reports*, 106(2), 419–432. <https://doi.org/10.2466/pr0.106.2.419-432>
- Doolan, I., Najman, J. M., & Cherney, A. (2012). Health needs of Australian Indigenous young people entering detention. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(10), 896–901. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02526.x>
- Duarte Nunes, E (2010). “Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos”. *Salud Colectiva* 6: 11-19. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652010000100002>.
- Duncan, W. L. (2012). *The Culture of Mental Health in a Changing Oaxaca*. California, San Diego.
- Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S., Hart, L., & Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada’s residential school system. *Soc Sci Med*, 74 (10), 1560–1569.
- Espinosa Sabina, L., & Castilla Pérez, M. del P. (2002). Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 83, 111–123.
- Evans-Campbell, T., Walters, K. L., Pearson, C. R., & Campbell, C. D. (2012). Indian boarding school experience, substance use, and mental health among urban two-spirit American Indian/Alaska natives. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(5), 421–427. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.701358>
- Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. *Retrieved From*.
- Flachsland, C. (2003). *Pierre Bourdieu y el capital simbólico*. Campo de ideas.
- Gabarrón Hortal, E., Vidal Royo, J. M., Haro Abad, J. M., Boix Soriano, I., Jover Blanca, A., & Arenas Prat, M. (2002). Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. *Atencion Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 29(6), 329–336; discussion 336–337.
- Galán López, F. J. (2016). *Proceso de construcción sobre las identidades indígenas a través de las políticas educativas. El caso de Oxolotán Tabasco*. Tesis de Doctorado en Historia y estudios regionales. Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médicos Sociales*, 23, 1–7.
- Gamero Samino, M. J., Bustos Arenas, J., Cano Lozano, M. J., Gutiérrez Casares, J. R., & Buitrago, F. (1996). Derivaciones de médicos de atención primaria a una unidad de salud mental. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 17(7), 445–448.
- García González, J., Espino Granado, A., & Lara Palma, L. (1998). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Retrieved from [http://books.google.es/books?id=XoXri9syUTEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?id=XoXri9syUTEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

- García Maldonado, G., Saldívar González, A. H., Llanes Castillo, A., & Sánchez Juárez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34(4), 367–378.
- García, M., Maroto, M., & Grandes IV, S. (2006). Clasificación DSM-IV y CIE-10 de los trastornos mentales: evolución histórica. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 12, 13–15.
- García-Camps, C., Gisbert, C., Gutiérrez, R., & Montilla García, J. F. (1995). Los médicos de Atención Primaria ante la salud mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15 (53), 217–222.
- García-Testal, A., Sancho Blasco, F., Julve Pardo, R., Puche Pinazo, E., & Rabanaque Mallén, G. (1998). Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Atención Primaria*, 22 (4), 233–238.
- Gask, L. (2005). Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science & Medicine* (1982), 61(8), 1785–1794. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.038>
- Gaytán Sánchez, P. (2010). La contribución del estudio del cuerpo y las emociones a las teorías sociológicas de la acción (vs. Los estudios culturales). *Sociológica (México)*, 25(72), 139-165.
- Gendron, B. (2017). Emotional capital: The set of emotional competencies as professional and vocational skills in emotional works and jobs. *Revista española de educación comparada*, 29.
- Gillies, V. (2006). Working class mothers and school life: Exploring the role of emotional capital. *Gender and education*, 18(3), 281-293.
- Giménez, G. (2005). Introducción a la sociología de Bourdieu. En *Ensayos Sobre Pierre Bourdieu y su obra* (Vol. 37, pp. 1-11). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria*. 2013, 45(7), 384–392.
- Glasser, B., & Strauss, A. L. (1967). The development of grounded theory. *Chicago, IL: Alden*.
- Gómez Dantés *et al* (2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública de México* 53 (2): 220-232.
- Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114–125.
- Gómez-Figueroa, C. A., Gutiérrez Zurita, J. A., & Campos Castolo, M. (2011). Análisis de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en pacientes crónicos no rehabilitables. *Revista CONAMED*, 16(4).
- González González, N. (2006). Médicos del primer nivel de atención. Reforma y recursos humanos en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (2), 171–177.

- González Pedraza, A., & Velasco Jiménez, M. T. (2008). La importancia de la investigación en el primer nivel de atención a la salud. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (4), 149–152.
- Granda, E. (2004). “A qué llamamos salud colectiva, hoy”. *Revista Cubana de Salud Pública* 30, n.º 2: 0-0.
- Gualtero, R., & Turek, L. (1999). Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, XIX (70), 225–234.
- Guber, R. (2019). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XXI editores.
- Guerin, P., Guerin, B., Tedmanson, D., & Clark, Y. (2011). How can country, spirituality, music and arts contribute to Indigenous mental health and wellbeing? *Australas Psychiatry*, 1, s38–41.
- Gutiérrez Sigler, M. D. (2002). Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria? *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 29(1), 6–13.
- Habermas, J. (2002). *Teoría de la acción comunicativa. Tomo I. Racionalidad de la acción y racionalidad social*. Taurus.
- Hansen, K., & Sorlie, T. (2012). Ethnic discrimination and psychological distress: a study of Sami and non-Sami populations in Norway. *Transcult Psychiatry*, 49 (1), 26–50.
- Heart, M., Chase, J., Elkins, J., & Altschul, D. (2011). Historical trauma among Indigenous Peoples of the Americas: concepts, research, and clinical considerations. *J Psychoactive Drugs*, 43 (4), 282–290.
- Heffernan, B., Andersen, K., Dev, A., & Kinner, S. (2012). Prevalence of mental illness among Aboriginal and Torres Strait Islander people in Queensland prisons. *Med J Aust*, 197 (1), 37–41.
- Heinze, G., Chapa, G. del C., Santisteban, J. A., & Vargas, I. (2012). Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Mental*, 35(4), 279–285. INEGI-INSP-SSA (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Presentación de resultados. INEGI.
- Hepworth, J., Askew, D., Foley, W., Duthie, D., Shuter, P., Combo, M., & Clements, L.-A. (2015). How an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service improved access to mental health care. *International Journal for Equity in Health*, 14, 51. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0183-x>
- Hernández Lara, O. G. (2008). *La metamorfosis de la política de salud mental en México* (Tesis de Maestría). Instituto de Investigaciones José María Luis Mora, México.
- Herrán, A., Artal, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (1996). Salud mental en Atención Primaria: un estudio bibliométrico. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 18(9), 502–506.
- Holman, E. A., Silver, R. C., & Waitzkin, H. (2000). Traumatic life events in primary care patients: a study in an ethnically diverse sample. *Archives of Family Medicine*, 9(9), 802–810.

- Hornillos Jerez, C., Rodríguez Pedraza, E., González Aguado, F., & Fernández Liria, A. (2009). Presencia física de profesionales de Salud Mental en un Centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, *XXIX* (104), 355–370.
- Hunter, E., Gynther, B., Anderson, C., Onnis, L., Nelson, J., Hall, W., Groves, A. (2012). Psychosis in Indigenous populations of Cape York and the Torres Strait. *Med J Aust*, *196*, 133–135.
- Hwang, C. S., Turner, L. W., Kruszewski, S. P., Kolodny, A., & Alexander, G. C. (2015). Primary Care Physicians' Knowledge And Attitudes Regarding Prescription Opioid Abuse and Diversion. *The Clinical Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000268>
- Illes, R. A. C., Grace, A. J., Niño, J. R., & Ring, J. M. (2015). Culturally responsive integrated health care: Key issues for medical education. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. <https://doi.org/10.1177/0091217415592368>
- Illouz, E, y Finkelman, S. (2009). An odd and inseparable couple: Emotion and rationality in partner selection. *Theory and Society*, *38*(4), 401-422.
- Illouz, E. (2007). *Intimidaciones congeladas: Las emociones en el capitalismo*. Katz editores.
- Incayawar, M., & Maldonado-Bouchard, S. (2009). The forsaken mental health of the Indigenous Peoples - a moral case of outrageous exclusion in Latin America. *BMC International Health and Human Rights*, *9*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-27>
- Infante, A., Mata, I. de la, & López-Acuña, D. (2000). *Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*. Rev Panam Salud Pública 8(1/2).
- INPI-INALI (2018). Atlas de los Pueblos Indígenas de México <https://cintademobio.uchile.cl/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Censo de población y vivienda, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Perspectiva estadística de Tabasco*. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo en el primer trimestre de 2015 para el estado de Tabasco, México [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015\\_05\\_32.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_05_32.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015b). Encuesta Intercensal. Principales Resultados, México. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Encuesta Intercensal (2015). Panorama sociodemográfico en Tabasco 2015, México. [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/panorama/702825082390.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082390.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos Nacionales). Comunicado de prensa Núm. 410/18, 7 de septiembre de 2018.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México* (p. 54). Retrieved from OMS, OPS, SSA de México

website:

[http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)

- Isaacs AN, Pyett P, Oakley-Browne MA, Gruis H, Waples-Crowe P. (2010). Barriers and facilitators to the utilization of adult mental health services by Australia's Indigenous people: seeking a way forward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(2), 75–82. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00647.x>
- Jacorzynski W. (2004). *Crepúsculo de los ídolos en la antropología social: más allá de Malinowski y los posmodernistas*. México: CIESAS.
- Jamieson, L. M., Paradies, Y. C., Gunthorpe, W., Cairney, S. J., & Sayers, S. M. (2011). Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. *BMC Public Health*, 11, 656. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-65>
- Jayaram G, Goud R, Srinivasan K. (2011). Overcoming cultural barriers to deliver comprehensive rural community mental health care in Southern India. *Asian J Psychiatr*, 4(4), 261–265.
- Jiménez, D., y Jhohana, L. (2012). *Histéresis del habitus y prácticas migratorias transnacionales, orígenes de la Migración de Colombianos a Los Ángeles 1960-2010*.
- Jiménez Tapia JA, Bojorquez Chapela I, Blas García C, Landa Velasco V, Caraveo-Anduaga J. (2005). Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: últimos 30 años. *Salud Mental*, 28(3), 69–78.
- Jiménez, I., Wacquant, L. J. D., Zafiroopoulos, M., Pinell, P., Olivera Bustamante, M., Sánchez Trujillo, L. A., ... Suárez, H. J. (2014). *Pierre Bourdieu: capital simbólico y magia social*. México, D.F.: Siglo veintiuno.
- Alcocer Varela, J.C. (2019). *Plan Nacional de salud 2019-2024*. Secretaría de Salud.
- Kariminia, A., Butler, T., Jones, J., & Law, M. (2012). Increased mortality among Indigenous persons during and after release from prison in New South Wales. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(3), 274–280. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2012.00844.x>
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kohn, R. (2013). *La brecha de tratamiento en la región de las Américas* [Documento Técnico]. Organización Panamericana de la Salud.
- Kral, M. (2012). Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada. *Cult Med Psychiatry*, 36 (2), 306–325.
- Kuwert, P., Hornung, S., Freyberger, H., Glaesmer, H., & Klauer, T. (2015). [Trauma and posttraumatic stress symptoms in patients in German primary care settings]. *Der Nervenarzt*, 86(7), 807–817. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4236-y>
- Lahire, B. (2004). *El hombre plural: Los resortes de la acción*. Ediciones Bellaterra.

- Lahire, B. (2005). *Campo, fuera de campo y contracampo*. En El trabajo sociológico de Pierre Bourdieu. Argentina: Siglo XXI editores.
- Lahire, B. (2005). *El Trabajo sociológico de Pierre Bourdieu: deudas y crítica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lahire, B. (2006). *El espíritu sociológico* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Manantial.
- Latorre Postigo, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Montañés Rodríguez, J., & Parra Delgado, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36(2), 85–92. <https://doi.org/10.1157/13076608>
- Laurell, A.C. (2003). "Social Reform Of The State". *Confronting Development: Assessing Mexico's Economic and Social Policy Challenges*, 320.
- Lehti, V., Niemelä, S., Hoven, C., Mandell, D., & Sourander, A. (2009). Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: a systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 69(8), 1194–1203. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.045>
- León-Sanromà, M., Benaiges, E. A., Sánchez, D. E., & Pascual, P. P. (2009). Medicina de familia y salud mental. *Atención Primaria*, 41(8), 427–428.
- Lester, H. (2005). Shared care for people with mental illness: a GP's perspective. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(2), 133–139. <https://doi.org/10.1192/apt.11.2.133>
- Linárez Méndez, R. P., & Espinet, A. (2007). Factores que dificultan el diagnóstico de la depresión en los servicios de Atención Primaria. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 53 (109).
- López-Arellano, O., y Blanco-Gil. J. (2001). "La polarización de la política de salud en México". *Cadernos de Saúde Pública* 17: 43-54.
- López-Arellano, O. y Jarillo-Soto E.C. (2017). "La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano". *Cadernos de Saúde Pública* 33. <https://doi.org/10.15090/0102-311X00087416>.
- Luciano Devis, J. V., Fernández Sánchez, A., Serrano-Blanco, A., Pinto-Meza, A., Palao Vidal, D. J., Mercader Menéndez, M., & Haro Abad, J. M. (2009). Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Atención Primaria*, 41(3), 131–140. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.05.007>
- Madrigal de León, E. Á. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*, 39(4), 235–237.
- Madrigal-Zentella, A., & Castro Morales, J. M. (2015). *Historia de la psiquiatría en Tabasco a través de los siglos*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Martínez Bernardos, R., Baylín Larios, A., & Ortiz Jiménez, M. F. (1999). ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 23(5), 285–288.

- Mateo Fernández, R., Rupérez Cordero, O., Hernando Blázquez, M. A., Delgado Nicolás, M. A., & Sánchez González, R. (1997). Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 19(1), 47–50.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- Menéndez, E. L. (2020). “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”. *Salud Colectiva* 16: e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.
- Mercado-Martínez FJ, Díaz BA, Tejada-Tabayas LM, Ascencio-Mera CD. (2011). Investigación cualitativa en salud: una revisión crítica de la producción bibliográfica en México. *Salud Pública de México*, 53, 504–512.
- Mercado-Martínez FJ. (2002). Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(1), 1–27.
- Millender, E. (2012). Acculturation stress among Maya in the United States. *J Cult Divers*, 9(2), 58–64.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440–447. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>
- Miranda Chueca, I., Peñarrubia María, M. T., García Bayo, I., Caramés Durán, E., Soler Vila, M., & Serrano Blanco, A. (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 32(9), 524–530.
- Mondragón Barrios L. (2006). Ética de la investigación Psicosocial. *Salud Mental*, 30(006), 25–31.
- Montoya G. (2006). Poblaciones especiales en investigación biomédica. En: Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. (eds.). *Investigación en salud. Dimensión ética*. (1.ed.). Chile: CIEB, Universidad de Chile, 191-215.
- Morales Ramírez, F. (2009). Salvaguardar el orden social: El manicomio del estado de Veracruz, 1883-1920 de Hubonor Ayala Flores. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, (38), 180–185.
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, 315–.
- Nadew, G. T. (2012). Exposure to traumatic events, prevalence of posttraumatic stress disorder and alcohol abuse in Aboriginal communities. *Rural and Remote Health*, 12(4), 1667.
- Newman, N., y Purse, J. (2008). Emotional Capital Inventory. *Rochemartin, Pty Ltd*.
- Novella, E. J. (2008). Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia. Revista de Historia de La Psiquiatría*, 8(1), 9–32.
- Oehmichen Bazán C. Introducción. En: Oehmichen Bazán C, (ed.). (2014). *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 11-23.



- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de salud. Alma Ata 1978*. OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Capítulo V. Pautas diagnósticas y de atención en el primer nivel.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS (Organización Mundial de la Salud).
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa mundial de acción en salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Mental Health Atlas*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020*. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Retrieved from [https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana*. México: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre salud mental*. OPS-OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009b). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 31–33.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Consenso de Panamá*. OPS\_OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010b). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. OPS.
- Paradies, Y., y Cunningham, J. (2012). *The DRUID study: racism and self-assessed health status in an indigenous population*, 14 (12), 131.
- Pava Ripoll NA. (2016). El capital emocional: un desafío a la ideología de la normalidad. [Tesis de doctorado]. Manizales, Colombia: Centro de estudios avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE.
- Pedrero Nieto, G. (2011). *Las divisiones políticas de Chiapas: siglos XVI-XIX*. Chiapas: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- Pertíñez Mena, J., Viladàs Jené, L., Clusa Gironella, T., Menacho Pascual, I., Nadal Gurpegui, S., & Muns Solé, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas

- residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 29(1), 6–13.
- Pinkus-Rendón, M.J. y Contreras, A. (2012). Impacto socioambiental de la industria petrolera en Tabasco: el caso de la Chontalpa. *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, X(2):122-144.
- Pinto, L. (2002). Pierre Bourdieu y la teoría del mundo social. Siglos XXI: México.
- Ponte de Souza, M. L., & Jesem Douglas, Y. O. (2012). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Rev Bras Psiquiatr.*, 34, 34–37.
- Priest, N., Baxter, J., & Hayes, L. (2012). Social and emotional outcomes of Australian children from Indigenous and culturally and linguistically diverse backgrounds. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(2), 183–190. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2011.00803.x>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015. Avance continuo, diferencias persistentes, México. PNUD.
- Pujol Ribera E, Monteagudo Zaragoza M, Berenguera Ossó A. (2011). Investigación cualitativa en atención primaria de salud: Situación actual, aportaciones y algunos retos. *Revista Clínica Electrónica En Atención Primaria*, (19), 0000–0.
- Pulido M. (2016). Los dilemas propios de una investigación cualitativa en el ámbito de la cooperación al desarrollo: una cuestión delicada. *Acta Bioética*, (23)1, 109-117.
- Restrepo E (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Envión editores, Pontificia Universidad Javariana.
- Restrepo Restrepo, V., & Orduz Sánchez, J. (2006). *Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: Salud mental de los pueblos indígenas, Medellín, Colombia*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía, Facultad Nacional de Salud Pública, Área de comportamiento humano y salud, Grupo de investigación en salud mental, Organización indígena de Antioquía, OPS, OMS, Unidad de salud de los Pueblos Indígenas.
- Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental*, 5(19).
- Reyes García, L. (1962). Movimientos demográficos en la población indígena de Chiapas durante la época colonial. *La palabra y el hombre* (Universidad Veracruzana), 21, 25-48.
- Reygadas L. (2014). Todos somos etnógrafos. Igualdad y poder en la construcción del conocimiento antropológico. En: Oehmichen Bazán C, (ed.). *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 91-118.
- Ribé Buitrón, Jo. M., Miquel, J. P., & Fleitas Asencio, E. (2010). Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Norte de Salud Mental*, VIII (36).

- Rico Bodi, L., & Mora, B. (1994). Morbilidad psiquiátrica en un centro de atención primaria. detección y derivación por el médico de familia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, XIV (49), 217–234.
- Rigby, C., Rosen, A., Bery, H., & Hart, C. (2011). If the land's sick, we're sick:\* the impact of prolonged drought on the social and emotional well-being of Aboriginal communities in rural New South Wales. *Aust J Rural Health*, 19 (5), 249–254.
- Riittakerttu Kaltiala-Heino, Jyrki. (1998). Psychiatric services as seen by GPs: A survey among primary care physicians in two Finnish cities. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(5), 395–401. <https://doi.org/10.1080/08039489850139427>
- Ríos Molina, A. (2009). Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, (37), 71–96.
- Ríos-Molina, A. (2009b). La locura en el México posrevolucionario: el Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. *Históricas: Boletín Del Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM [en Línea]*, 84, 28–35.
- Ríos Molina, A., Sacristán, C., Ordorika Sacristán, T., & López Carrillo, X. (2016). Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968). *Asclepio*, 68(1), p136. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2016.15>
- Risco Venegas, M. P. (2003). Estudio de calidad de información de los partes de interconsulta (P.I.C.) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIII (85), 125–135.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica moderna*. McGraw Hill.
- Rivera Garza, C. (2010). *La Castañeda: narrativas dolientes desde el Manicomio General, México, 1910-1930* (1. ed). México, D.F: Tusquets.
- Rodríguez, J. (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS.
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev Psiquiatr Urug*, 75(2), 86–96.
- Rodríguez, J., & Kohn, R. (2009). Salud Mental de las poblaciones indígenas. In *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 223–233). Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?seque>
- Rojas Lozano, V. R. (2008). *Los nervios como metáfora de aflicción entre los choles de Noypac, Tacotalpa, Tabasco* (Tesis de Maestría). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Rojas Lozano, V. R. (2019). "Los Ch'oles de Tabasco. La Reconfiguración Histórica y Cultural de Una Región". *Revista Ruta Antropológica*, n.º 9 (2019): 10-45.
- Romero, A. (1993). "La ganadería como base de la actividad económica". En: Tabasco: Realidad y perspectivas. Tomo II Economía y desarrollo, México: Gobierno del Estado de Tabasco, 213-221.

- Romero, M., Rodríguez, E. M., Durand-Smith, A., & Aguilera, R. M. (2004). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte. *Salud Mental*, 27(1), 73–84.
- Sabido-Ramos, O., Cedillo, P., y Galindo, J. (2017). Habitus. Una estrategia teórica-metodológica para el estudio del cuerpo y la afectividad. En *Sociología etnográfica: Sobre el uso crítico de la teoría y los métodos de investigación* (pp. 115-139). Universidad Nacional Autónoma de México y Juan Pablos Editor.
- Sabone, M. B. (2009). The Promotion of Mental Health Through Cultural Values, Institutions, and Practices: A Reflection on Some Aspects of Botswana Culture. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(12), 777–787. <https://doi.org/10.3109/01612840903263579>
- Sacristán, M. C. (1998). ¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 19, 201–233.
- Sacristán, M. C. (2001). Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. *Secuencia*, (51), 091.
- Sacristán, M. C. (2002). Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944. *Frenia. Revista de Historia de La Psiquiatría*, 2(2), 61–80.
- Sacristán, M. C. (2003). Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental*, 26(3), 57–65.
- Sacristán, M. C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia. Revista de Historia de La Psiquiatría*, 5(1), 9–33.
- Sacristán, M. C. (2005b). Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(3).
- Sacristán, M. C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163–188.
- Salazar Peralta AM. (2014). Tepoztlán: comunidad revisitada, invención de la tradición y movimiento etnopolítico. En: Oehmichen Bazán C, (ed.). *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 119-140.
- Sallán, E. T., Rubio Arand, E., Castaño Lasasos, F., & Rubio Calvo, E. (2005). Depresión en atención primaria: ¿cuál es su gasto farmacéutico? *Atención Primaria*, 35(3), 165. <https://doi.org/10.1157/13071945>
- San Sebastián M, Hurtig AK. (2007). Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud Publica Méx.*, 49(4), 316–320.
- Sandoval De Escurdia, J., y Richard-Muñoz, M. (2005). La salud mental en México. *México: Servicios de Investigación y Análisis, División de Política Social, Cámara de Diputados. Disponible En Http://www. Salud. Gob. mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico. Pdf.*

- Saura Llamas, J., Leal Hernández, M., García Méndez, M. M., López Piñera, M., Ferrer Mora, A., & de la Viesca Cosgrove, S. (1997). Motivos de ansiedad en los profesionales de atención primaria. Comparación residentes-tutores. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 20(3), 142–146.
- Scheper-Hughes N. Ira en Irlanda. En: Del Olmo, M. (2010). Dilemas Éticos En Antropología: Las Entretelas Del Trabajo de Campo Etnográfico. Madrid: Trotta, 203-228.
- Scheer, M. (2012). Are emotions a kind of practice (and is that what makes them have a history)? A Bourdieuan approach to understanding emotion. *History and theory*, 51(2), 193-220.
- Secretaría de Economía (s/r). Información Económica y Estatal. Tabasco. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/438157/tabasco\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/438157/tabasco_2019.pdf)
- Secretaría de Salud Tabasco (s/r). Directorio de Servicios de la Dirección de Salud Psicosocial de la SSA. Dirección de Salud Psicosocial. [https://www.fiscaliatabasco.gob.mx/Content/descargas/directorio\\_prevencion\\_suicidio.pdf](https://www.fiscaliatabasco.gob.mx/Content/descargas/directorio_prevencion_suicidio.pdf)
- Secretaria de Salud, Servicio de salud de Morelos. (2013). *Red estatal de salud Mental* (pp. 1–53). Retrieved from <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/redestatalsaludmental.pdf>
- Secretaría de Salud. (1996). *Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud*. Retrieved from <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a250996.html>
- Secretaria de Salud. (2001). *Programa de acción: salud mental*. México, D.F: México. Secretaria de Salud.
- Secretaría de Salud. (2006). *Declaración de México para la reestructuración de la atención psiquiátrica*. OPS, Secretaría de Salud y Consejo Nacional de Salud Mental.
- Secretaría de Salud. (2008). *Programa de acción específico 2007-2012. Salud Mental*. Retrieved from <https://es.scribd.com/document/216042326/Programa-Accion-Especifico-Salud-Mental>
- Secretaría de Salud. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México* (p. 54). Retrieved from OMS, OPS, SSA de México website: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de acción específico. Salud mental 2013-2018*. Retrieved from [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
- Secretaría de Salud. (2019). *El sistema de salud en la Cuarta transformación de México*. Presented at the Sesión Conjunta. Academia Nacional de Medicina-Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2019). *Plan Nacional de salud 2019-2024*. Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (s/r). Dirección General de Atención Psicosocial, Participación ciudadana y Derechos Humanos. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgrppcdh/>
- Secretaría para el Desarrollo Social. (2018). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2018, México. Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional [www.gob.mx/sedesol](http://www.gob.mx/sedesol)

- Shepherd, C., Li, J., & Zubrick, S. (2012). Socioeconomic disparities in physical health among Aboriginal and Torres Strait Islander children in Western Australia. *Ethn Health, 17* (5), 439–461.
- Smith, L. D., Peck, P. L., & McGovern, R. J. (2002). Comparison of medical students, medical school faculty, primary care physicians, and the general population on attitudes toward psychological help-seeking. *Psychological Reports, 91*(3 Pt 2), 1268–1272. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1268>
- STCONAPRA- Observatorio Nacional de Lesiones. (2013). Perfil Estatal Tabasco 2013. [http://www.conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Observatorio/Perfiles/27\\_Tabasco.pdf](http://www.conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Observatorio/Perfiles/27_Tabasco.pdf)
- Stolkiner, A. (2003). De la Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el campo de la Salud Mental. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría, (54)*, 314–319.
- Sun, K. S., Lam, T. P., Lam, K. F., & Lo, T. L. (2015). Managing common mental health problems: contrasting views of primary care physicians and psychiatrists. *Family Practice. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz044>*
- Sveticic, J., Milner, A., & De Leo, D. (2012). Contacts with mental health services before suicide: a comparison of Indigenous with non-Indigenous Australians. *Gen Hosp Psychiatry, 34* (2), 185–191.
- SY A. (2016). Ética en el trabajo de campo: Una reflexión desde la experiencia etnográfica. *Revista de Antropología Experimental, 23*(16), 353–363.
- Tapia, J. A. J., Chapela, I. B., García, C. B., Velasco, V. L., & Caraveo-Anduaga, J. (2005). Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: últimos 30 años. *Salud Mental, 28*(3), 69.
- Téllez Lapeira, J. M., Cerecedo Pérez, M. J., Pascual Pascual, P., & Buitrago Ramírez, F. (2005). La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Atención Primaria, 35*(2), 61–63. <https://doi.org/10.1157/13071909>
- Testa, M. «Pensar em saúde». En *Pensar em saúde*, Artes Médicas, Abrasco., 226-226. Porto Alegre/Río de Janeiro, 1992.
- Tetelboin, C., Granados J.A., Tournier N., y Tavernier P. (2005). “Alternancia y política de salud en México”. *Estudios Sociológicos 23*, n.º 67 (2005): 75-93.
- Tetelboin, C., y Granados A. (2007). “Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México”. *Argumentos. Estudios críticos de la sociedad*, n.º 35: 25-44.
- Valdés, G., Contreras, X., Romero, W., Medina, M., Noreno, B., Pérez, M. V., & Franzani, A. (2006). Subdiagnóstico de depresión en atención primaria en pacientes del área sur-oriente de Santiago, 2006. *Rev Chil Salud Pública, 10* (3), 152–157.
- Vázquez García F. (2006). El problema de la reflexividad en Pierre Bourdieu de la epistemología a la ética. *Revista Opinión Jurídica, 5*(10), 87-104.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., & Torres, S. (2005). Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *International Journal of Social Psychiatry, 51*(2), 119–127.

- Vilella, M. B., Marcó, N. S., García, C. C., Saura, P. S., Massalles, E. I., & García-Oria, M. (2001). Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Atención Primaria*, 28(1), 39–45.
- Walls, M., & Whitbeck, L. (2011). Distress among Indigenous North Americans: Generalized and Culturally Relevant Stressors. *Soc Ment Health*, 1 (2), 124–136.
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de Cultura Económica de España.
- Wexler, L., & Gone, J. (2012). Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: unexamined assumptions and new possibilities. *Am J Public Health*, 102 (5), 800–806.
- Whitbeck, L., Crawford, D., & Sittner Hartshorn, K. (2012). Correlates of homeless episodes among indigenous people. *Am J Community Psychol*, 49 (1-2), 156–167.
- Williams, J. W., Rost, K., Dietrich, A. J., Ciotti, M. C., Zyzanski, S. J., & Cornell, J. (1999). Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Archives of Family Medicine*, 8(1), 58–67.
- World Health Organization. (2002). Mental health Global Action Programme: mhGAP. *Close the Gap, Dare to Care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *WHO-AIMS. Assessment Instrument for Mental Health Systems versión 2.2* (p. 92). Retrieved from OMS website: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/AIMS\\_WHO\\_2\\_2.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf)
- World Health Organization. Constitución Statement. WHO, OMS, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de Ginebra, 1946, entró en vigor el 7 de abril de 1948.[Consultado el 10 de marzo de 2019].
- Xavier, M. (2008). México: The Hidalgo Experience\_A new approach. En Caldas de Almeida, J., & Cohen, A. (2008). *Innovative mental health programs in Latin America*.
- Yang, L. H., & Singla, D. R. (2011). Use of indigenous cultural idioms by Chinese immigrant relatives for psychosis: impacts on stigma and psychoeducational approaches. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(11), 872–878. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182349eb7>

# **ANEXOS**



### Anexo 1



#### Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

#### Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

Título de la Investigación: **“Prácticas institucionales de salud mental en zona indígena”**

La presente investigación busca analizar el impacto que el cambio en la atención de la salud mental ha tenido en la práctica médica de los profesionales de la salud no especializados que laboran en el primer nivel de atención que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa.

#### Instrucciones:

<b>Sujetos observados</b>	<b>Observación participante Situaciones a observar</b>
Profesionales de la salud mental	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Principales causas de atención encontradas en el primer nivel.</li><li>2. Características de las intervenciones médicas en relación con la salud mental (actividades clínicas como citas psiquiátricas o sesiones de terapia)</li><li>3. Discursos e ideologías que promueven los profesionales de la salud a la hora de diagnosticar.</li><li>4. Protocolos de evaluación y tratamiento en atención primaria.</li><li>5. Elaboración de diagnóstico psiquiátrico.</li><li>6. Llenado de formatos de referencia a los servicios de salud mental especializados.</li><li>7. Registro de datos epidemiológicos de salud mental.</li><li>8. Formación/capacitación en temas de salud mental.</li><li>9. Tipo, cantidad, tiempo de relación con los servicios de salud mental especializados.</li><li>10. Fármacos psicotrópicos brindados por el médico de familia.</li></ol>
Personas que utilizan los servicios de salud mental	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Descripción de problemas y síntomas de la salud mental.</li><li>2. Actitudes y discurso después de la recepción del diagnóstico psiquiátrico.</li><li>3. Acciones ejercidas después del primer diagnóstico psiquiátrico</li><li>4. Ruta terapéutica.</li><li>5. Consumo de fármacos psicotrópicos</li></ol>



## Anexo 2

### Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

#### Título: “Prácticas institucionales de salud mental en zona indígena”

La presente investigación busca analizar el impacto que el cambio en la atención de la salud mental ha tenido en la práctica médica de los profesionales de la salud no especializados que laboran en el primer nivel de atención que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa.

#### Entrevista semi-estructurada a administrativos y profesionales de la salud mental

##### 1. Datos biográficos

1.1. *Nombre del entrevistado*

1.2. *Edad del entrevistado*

1.3. *Lugar de nacimiento y lugar de residencia actual de entrevistado*

##### 2. Antecedentes profesionales

2.1. *Formación profesional*

¿En qué escuela estudió el pregrado?, ¿cómo evaluaría su formación?, ¿encontraría alguna deficiencia en esta formación?, ¿qué modificaría?

2.2. *Cursos y especializaciones*

¿Qué otros cursos, especializaciones, posgrados, diplomados tiene? y ¿cuáles específicamente corresponden al área de salud mental? ¿cuáles son los temas de su interés y sobre cuáles ha hecho investigación y/o publicaciones?

2.3. *Capacitaciones en salud mental que ha obtenido fuera y dentro de la Institución para la que labora actualmente*

¿Desde que labora para esta Institución qué capacitaciones ha tenido sobre salud mental? ¿cada cuándo las ha tenido? ¿en dónde se las han impartido y quiénes?

2.4. *Tiempo trabajando para la Institución y puestos obtenidos*

¿Cuánto tiempo lleva laborando para la Secretaría de Salud (SSA)?, ¿qué puestos ha ocupado? y ¿desde cuándo está en su puesto actual?

##### 3. Recursos humanos y vida institucional

3.1. *Historia de la atención en salud mental en la SSA*

¿Desde cuándo está el área de salud psicosocial en la SSA, ¿había otra dirección dentro de la SSA encargada de esta área? ¿cuál era?

¿Cuándo se crean programas y servicios de salud mental en Tabasco?, ¿cuál fue la razón?, ¿en qué lugares empiezan a ingresar?, ¿Cuáles fueron los primeros programas que existieron y en qué consistían?, ¿esto se vivió de la misma manera en los tres niveles de salud dentro de la SSA? ¿qué otras instituciones de salud pública además de la SSA ofrecen servicios de salud mental en el estado? y ¿tienen relación o trabajan en conjunto con la SSA?

### 3.2. *Total de trabajadores que laboran en la institución en lo que respecta al área de salud mental*

¿Cuándo ingresan psicólogos y psiquiatras a la SSA?, ¿a qué departamento eran adscritos los psicólogos y los psiquiatras?, ¿existen, además de psicólogos y psiquiatras otros profesionales de la salud que laboren dentro de los servicios de salud mental?, ¿cuál es el total de estos recursos en la entidad y dónde se encuentran laborando? ¿cuántos específicamente hay en el primer nivel de atención?, ¿ustedes tienen registro de los servicios de salud mental privados que hay en la entidad?, ¿de qué lugares egresan los recursos humanos que trabaja en la SSA en su área de salud mental?, ¿Existen capacitaciones para este recurso humano?, ¿cómo se capacita y trabaja en colaboración con el primer nivel de atención?

### 3.3. *Camas específicamente utilizadas para pacientes psiquiátricos*

¿En cuántos hospitales hay servicio de hospitalización para pacientes psiquiátricos? y ¿cuántas camas están designadas en total en la entidad para ello?

### 3.4. *Productividad: Consulta externa y hospitalización*

¿Cuál es la productividad de cada uno de estos servicios?, ¿cuál es la productividad en cuanto a consulta externa y cuál de hospitalización? ¿esta productividad ha aumentado a través del tiempo? ¿ha sido suficiente?

### 3.5. *Necesidades y/o carencias de la institución con respecto a sus servicios de salud mental*

## **4. Percepción sobre los tipos de problemas de salud mental más frecuentes tratados por las instituciones de la SSA**

### 4.1. *Opinión sobre la salud mental de Tabasco y de Tacotalpa.*

¿Cuál es su opinión sobre la situación de salud mental que se vive en la entidad?, ¿considera que existe una cultura de salud mental en Tabasco?, en comparación con el país ¿cuál sería la situación en la que se encuentra Tabasco?, y en comparación con el total de la entidad ¿cuál sería la situación en la que se encuentra el municipio de Tacotalpa? ¿existen particularidades que caractericen la situación de Tabasco y de Tacotalpa con respecto al total nacional y al de la entidad?

### 4.2. *Principales causas de atención*

De acuerdo con las estadísticas de morbilidad psiquiátrica ¿cuáles son las principales demandas de atención por sexo, edad, lugar de residencia, etnicidad y por nivel de atención en salud?

### 4.3. *Cambios en el tipo de problemas mentales que se atienden ahora*

¿Considera que ha existido un cambio en la forma en que se ha presentado la morbilidad psiquiátrica en los últimos 14 años?

### 4.4. *Opinión sobre incremento de los servicios de salud mental*

¿Desde qué año se incrementan los servicios de salud mental en el estado?, ¿ha existido algún cambio en los últimos 14 años?, ¿cómo se ha manifestado?

### 4.5. *Opinión sobre la conciencia que la población tiene sobre el incremento de trastornos mentales*

¿Existe conciencia por la población tabasqueña en general, sobre los trastornos mentales? ¿sobre lo que implica padecer algún trastorno mental? ¿sobre la existencia de

profesionales de la salud y/o servicios de salud públicos y privados que se encargan de atender estas problemáticas?

#### 4.6. *Opinión sobre la estigmatización de los trastornos mentales entre la población general y los mismos profesionales de la salud*

¿Ha sido estigmatizado el paciente mental y el personal de salud encargado de darle atención? ¿Sigue habiendo estigma sobre el paciente mental y sobre los recursos humanos?, ¿por quiénes y por qué razones se da la estigmatización?, ¿se considera que la estigmatización es un obstáculo para dar solución a los problemas de salud mental? y ¿qué se puede hacer para superarla o erradicarla?

### 5. **Atención a la salud mental y enfoques terapéuticos trabajados por las Instituciones de salud**

#### 5.1. *Tipo de terapias y herramientas utilizadas en los servicios de salud mental*

¿Cuáles son los tipos de terapias aceptadas y/o establecidas dentro del protocolo de atención de salud mental que sigue la SSA?, ¿se siguen las mismas en todos los niveles de salud? ¿cuáles serían las diferencias? ¿qué pasa en este sentido en el primer nivel de atención?, ¿qué herramientas son utilizadas?

#### 5.2. *Psicoeducación*

¿Qué importancia tiene dentro de la atención que se ofrece por la SSA, la psicoeducación? ¿qué tiempo y qué estrategias se dedican para esto? ¿quiénes la realizan? y ¿cómo se vive en el primer nivel de atención?

#### 5.3. *Protocolos de evaluación, tratamiento y diagnóstico psiquiátrico en atención primaria*

¿Cuál es el protocolo de atención que se sigue específicamente en el primer nivel de atención? ¿cuáles son los pasos para seguir antes de llegar al diagnóstico?, ¿con base en qué se construye el diagnóstico psiquiátrico?

#### 5.4. *Políticas y programas de salud mental estatales y nacionales*

¿Cuáles son los programas de salud mental que se establecieron desde 2000?, ¿han cambiado en estos últimos 14 años?, ¿cómo se han ejecutado las políticas públicas en salud mental en la entidad? y ¿qué relación tienen con los programas nacionales?

#### 5.5. *Relación con los servicios de salud mental especializados o de otros niveles*

¿Cómo es la relación que se establece entre los diferentes niveles de atención en salud?, ¿en el primer nivel de atención cómo es o cómo debe ser la relación entre el personal especializado en salud mental y el resto del personal?, ¿qué significan las referencias y contrareferencias y si funcionan? ¿cuál es el principal problema, de haberlo, que se encuentra en este sentido?

#### 5.6. *Fármacos psicotrópicos*

¿Qué tipo de fármacos surte la SSA?, ¿cuáles son los que más se consumen y para qué padecimientos?, ¿cómo es la utilización de estos fármacos en el primer nivel de atención?, ¿quién los administra?, ¿por quiénes y cuáles son los que más se consumen? ¿existe alguna diferencia en el tipo de fármaco que se administra en el primer nivel con respecto a los otros dos niveles? ¿cuál es? ¿cuál es la competencia de los médicos familiares en este sentido?

#### 5.7. *Registro de datos epidemiológicos de salud mental*

¿Dónde inicia la recopilación de datos epidemiológicos?, ¿cuáles son los formatos que los diferentes servicios de salud mental tienen que llenar para registrar las demandas de atención?, ¿quién se encarga de sistematizarlas? ¿cada cuándo se reporta?, ¿para qué se utilizan?



## Anexo 3

### Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

#### Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

#### Título: “Prácticas institucionales de salud mental en zona indígena”

La presente investigación busca analizar el impacto que el cambio en la atención de la salud mental ha tenido en la práctica médica de los profesionales de la salud no especializados que laboran en el primer nivel de atención que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa.

#### Entrevista a profundidad a profesionales de la salud

##### 1. Datos biográficos

- 1.1. *Nombre*
- 1.2. *Edad*
- 1.3. *Sexo*
- 1.4. *Estado civil*
- 1.5. *Lugar de nacimiento y lugar de residencia actual*

##### 2. Datos sociodemográficos

- 2.1. *Familia y relaciones sociales (roles de género y dinámicas familiares)*
- 2.2. *Condiciones materiales de vida (vivienda, salario, alimentación, etc.)*
- 2.3. *Religión*
- 2.4. *Trayectoria laboral*
- 2.5. *Actividades recreativas*
- 2.6. *Concepciones sobre la salud y la enfermedad*
- 2.7. *Estado físico (antecedentes de salud)*
- 2.8. *Estado emocional (antecedentes de salud mental)*
- 2.9. *Vínculos que se hayan tenido con trastornos de salud mental*
- 2.10. *Relación con la cultura chol*
- 2.11. *Conocimiento que se tiene sobre la población chol y sus concepciones de salud y enfermedad*

##### 3. Antecedentes de cada profesional

- 3.1. *Decisión sobre la formación profesional*
- 3.2. *Principales temas de interés*
- 3.3. *Cursos y especialidades*
- 3.5. *Trayectoria profesional*

##### 4. Atención a la salud mental en el primer nivel de atención en Tacotalpa, Tabasco

- 4.1. *Tiempo de trabajo en el primer nivel de atención*
- 4.2. *Decisión de ingreso a trabajar en la Secretaría de salud*
- 4.3. *Principales aptitudes y capacidades dentro de su área de trabajo*
- 4.4. *Principales actividades que no le gustan o con las que está en desacuerdo*

- 4.5. *Opinión sobre tiempo y cantidad de capacitación que le dan en su área de trabajo*
- 4.6. *Responsabilidades que tiene a su cargo*
- 4.7. *Conocimiento que se tiene sobre la reforma psiquiátrica y el cambio de atención en salud mental*
- 4.8. *Conocimiento y ejecución sobre las Políticas y programas de salud mental estatales y nacionales*
- 4.9. *Tipo de personas que atienden*
- 4.10. *Opinión que se tiene de las personas que recurren a este tipo de servicios*
- 4.11. *Tiempo de atención que le dedica a cada persona y a cada programa que tiene que atender*
- 4.12. *Mecanismos de vinculación con especialistas en salud mental*
- 4.13. *Relación con especialistas en salud mental*
- 4.14. *Consumo fármacos psicotrópicos o qué tipo de información tiene sobre éstos*



## Anexo 4

### Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

### Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

### Título: “Prácticas institucionales de salud mental en zona indígena”

La presente investigación busca analizar el impacto que el cambio en la atención de la salud mental ha tenido en la práctica médica de los profesionales de la salud no especializados que laboran en el primer nivel de atención que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa.

#### Entrevista estructurada a profesionales de la Medicina Tradicional

##### 1. Datos biográficos

- 1.1. *Nombre*
- 1.2. *Edad*
- 1.3. *Sexo*
- 1.4. *Lugar de nacimiento y lugar de residencia actual*

##### 2. Antecedentes profesionales

- 2.1. *Formación profesional*
- 2.2. *Cursos*
- 2.3. *Capacitaciones en salud mental*

##### 3. Enfoques terapéuticos

- 3.1. *Rituales de sanación*
- 3.2. *Recursos naturales y sobrenaturales utilizados*
- 3.3. *Tipo de terapias empleadas*

##### 4. Percepción sobre los tipos de problemas de salud mental frecuentes en la región

- 4.1. *Opinión sobre la salud mental de Tabasco y de Tacotalpa*
- 4.2. *Cambios en el tipo de problemas mentales que se atienden ahora*
- 4.3. *Opiniones sobre incremento de los servicios de salud mental*
- 4.4. *Opinión de la conciencia que existe sobre el incremento de trastornos mentales*
- 4.5. *Opinión sobre la estigmatización de los trastornos mentales entre la población general y los mismos profesionales de la salud*

##### 4. Atención a la salud mental

- 4.1. *Percepción sobre los tipos de problemas de salud mental frecuentes*
- 4.2. *Principales causas de atención*
- 4.3. *Elaboración de diagnóstico sobre enfermedades emocionales*
- 4.4. *Características de las intervenciones en enfermedades emocionales*
- 4.5. *Conocimiento sobre las Políticas y programas de salud mental estatales y nacionales*
- 4.6. *Conocimiento sobre las acciones de salud mental del primer nivel de atención*
- 4.7. *Relación con los servicios de salud mental del primer nivel de atención y especializados*

*4.8. Plantas medicinales o medicamentos recetados para este tipo de enfermedades*





## Anexo 5

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

Título: “Prácticas institucionales de salud mental en zona indígena”

Este cuestionario tiene el objetivo de conocer las características y frecuencia de la demanda asistencial por problemas psicológicos y de salud mental en los Equipos de Atención Primaria de la Secretaría de Salud; y explorar el tipo de tratamientos administrados y las estrategias implementadas por los médicos de familia en relación con estos problemas.

### Encuesta a profesionales de salud mental

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia actual: \_\_\_\_\_

### Sección A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

*Comenzaremos el cuestionario con una serie de preguntas generales sobre usted.*

**A1. Sexo** \_\_\_\_\_

1. Masculino

2. Femenino

**A2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**

888. No sabe

**A3. Acerca de su situación laboral actual. ¿Qué puesto desempeña en esta institución?** \_\_\_\_\_

**A4. ¿Desde cuándo labora para la Secretaría de Salud?**

1. Menos de 6 meses  
de 2 años

2. De 6 meses a un año

3. Más de un año

4. Más

**A5. ¿En qué localidad del municipio de Tacotalpa labora actualmente?**

\_\_\_\_\_

**A6. ¿Desde cuándo labora en esta localidad?**

1. Menos de 6 meses  
de 2 años

2. De 6 meses a un año

3. Más de un año

4. Más

**A7. ¿Usted ha padecido algún problema de los nervios, ansiedad, depresión u otro problema emocional?**

1. Sí

2. No

**¿Cuál?** \_\_\_\_\_

**A8. ¿Algún familiar suyo ha padecido algún problema de los nervios, ansiedad, depresión u otro problema emocional?**

1. Sí

2. No

**¿Cuál?** \_\_\_\_\_

**A9. En caso de haberlo padecido usted o algún familiar ¿cómo lo trataron?**

1. Acudieron a algún psicólogo del sector privado
2. Acudieron a algún psicólogo del sector público
3. Acudieron a algún psiquiatra del sector privado
4. Acudieron a algún psiquiatra del sector público
5. Acudieron a algún médico tradicional, chaman, curandero, brujo
6. Acudieron a ayuda espiritual con algún sacerdote, pastor, etc.
4. Otro \_\_\_\_\_

**A10. ¿Les ayudó a resolver su problema de salud?**

1. Sí
2. No

**Sección B. FORMACIÓN**

**B1. ¿En qué escuela estudió el pregrado?**

---

**B2. A lo largo de su formación de grado, posgrado o MIR (Médico Interno Residente):  
¿Ha recibido formación técnico/práctica para el diagnóstico de problemas de salud mental en Atención Primaria?**

- 1) Sí
- 2) No

En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de 0 a 10: \_\_\_\_\_

**B3. ¿Ha recibido formación técnico/práctica para el tratamiento de problemas de salud mental en AP?**

- 1) Sí
- 2) No

En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de 0 a 10: \_\_\_\_\_

**B4. En su puesto de trabajo, ¿Ha recibido formación sobre temas de salud mental en AP?**

- 1) Sí
- 2) No

En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de 0 a 10: \_\_\_\_\_

**B5. ¿Cada cuánto las ha tenido?**

1. Cada mes
2. Bimensualmente
3. Cada seis meses
4. Una vez al año

**B6. ¿En dónde se las han impartido y por quiénes?**

---

**B7. ¿Maneja algún programa específico sobre salud mental?**

1. Sí 2. No

**¿Cuál?** \_\_\_\_\_

**B8. ¿Ha participado alguna vez en investigaciones sobre temas de salud mental?**

- 1) Sí  
2) No

**B9. ¿Ha participado alguna vez en supervisiones de casos, conjuntamente con Equipos de SM?**

- 1) Sí  
2) No

**B10. ¿Cree que necesita recibir más información sobre temas de salud mental?**

- 1) Sí  
2) No

En caso afirmativo ¿en qué tema en especial? \_\_\_\_\_

### **Sección C. PERCEPCIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL**

*Las siguientes preguntas se refieren a las demandas de atención de salud mental del Primer Nivel de Atención. Es importante para la investigación que piense cuidadosamente antes de contestar. ¿Está listo para empezar?*

**C1. ¿Cuáles son las principales demandas de atención (generales) que atiende usted?**

\_\_\_\_\_

**C2. ¿Atiende o ha atendido personas con problemas de los nervios, ansiedad, depresión u otro problema emocional?**

1. Sí 2. No

**C3. Teniendo en cuenta las consultas que realiza en el Centro, y en comparación con otros problemas de salud, ¿Cada cuándo atiende problemas de los nervios, ansiedad, depresión u otro problema emocional?:**

1. Diario  
Nunca
2. Esporádicamente
3. Casi nunca
- 4.

**C4. ¿Utiliza criterios diagnósticos unificados (p.e. CIE-10, DSM-IV TR)?**

- 1) Sí  
2) No

En la práctica cotidiana en los centros de salud y con relación a los problemas de salud mental, es posible encontrar distintos tipos de problemas, por ejemplo:

- 1) Aquellos que cumplen criterios diagnósticos formales y son trastornos bien definidos (p.e. episodio depresivo, fobia, etc.).

2) Presencia de síntomas inespecíficos, sin diagnóstico firme según CIE-10 o DSM-IV-TR (p.e. angustia, tristeza, problemas de sueño, etc.).

3) Problemas psicosociales, que pueden conllevar síntomas ligados a esos problemas (p.e. separación, problemas en las relaciones familiares o con los hijos, etc.).

**C5. En caso de atender algún padecimiento de esta naturaleza ¿qué es lo que hace con mayor frecuencia? (nunca, rara vez, a veces, frecuentemente, siempre).**

1. Dar fármacos \_\_\_\_\_
2. Apoyo psicológico no estructurado \_\_\_\_\_
3. Algún tipo de abordaje psicológico estructurado \_\_\_\_\_ ¿cuál?  
\_\_\_\_\_
4. No lo atiende y refiere al especialista \_\_\_\_\_
5. Otro \_\_\_\_\_

**C6. Considerando los problemas de salud mental que atiende en el centro de salud, señale el porcentaje aproximado con que se presentan**

**cada uno de los siguientes motivos de consulta como problema principal:**

- 1) Trastornos con criterios diagnósticos formales \_\_\_\_\_%
  - 2) Presencia de síntomas inespecíficos \_\_\_\_\_%
  - 3) Problemas psicosociales \_\_\_\_\_%
- 100 %

**C7. De estos pacientes ¿Cuáles decide derivar a un especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) con más frecuencia?**

\_\_\_\_\_

**C8. Con respecto a las personas que consultan por problemas de salud mental, señale la frecuencia aproximada con que se dan estas consultas en los distintos colectivos:**

- 1) Hombres \_\_\_\_\_%
  - 2) Mujeres \_\_\_\_\_%
- 100 %
- 3) Adultos mayores (61 y más) \_\_\_\_\_%
  - 4) Adultos (36 a 60) \_\_\_\_\_%
  - 5) Jóvenes (19 a 35) \_\_\_\_\_%
  - 6) Adolescentes (11 a 18) \_\_\_\_\_%
  - 7) Niños (hasta 10) \_\_\_\_\_%
- 100%

**C9. Con respecto a los diagnósticos por problemas de salud mental, señale la frecuencia aproximada con que se presentan los siguientes trastornos:**

- 1) T. Ansiedad \_\_\_\_\_%
- 2) T. Estado de ánimo \_\_\_\_\_%



**C18. De acuerdo con su experiencia como profesional de la salud ¿Qué es para usted**

	Muy buena	Buena	Regular	Mal a	Muy mala	No aplica
D1. ¿Cómo considera que es la atención a la salud mental que se ofrece en el Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud?	5	4	3	2	1	0
D2. ¿Cómo considera que ha sido el cambio en los últimos 14 años, en torno del incremento de los servicios de salud mental en el sector público?	5	4	3	2	1	0
D3. ¿Cómo evaluaría los programas de salud mental que lleva a cabo la SSa del estado de Tabasco?	5	4	3	2	1	0
D4. ¿Cómo es la relación que se establece entre los diferentes niveles de atención en salud en lo que respecta a los servicios de salud mental?	5	4	3	2	1	0
D5. En el primer nivel de atención ¿cómo evaluaría la relación entre el personal especializado en salud mental y el resto del personal?	5	4	3	2	1	0
D6. ¿Cómo considera que funcionan las referencias y contrareferencias?	5	4	3	2	1	0
D7. ¿Cómo es la utilización de psicotrópicos en el Primer Nivel de Atención?	5	4	3	2	1	0

**Sección D. PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN QUE SE OFRECE EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PNA DE LA SSA.**

*Durante la siguiente sección se le preguntará sobre los servicios de atención de salud mental que se ofrecen en el Primer Nivel de Atención de la SSA.*

*Seleccione en la tabla la alternativa que corresponda a la contestación que mejor presente su opinión*

**D8. ¿Qué tipo de terapia se utiliza dentro del protocolo de atención de salud mental que sigue la SSa?**

1. Conductista
2. Gestalt
3. Psicoanalítica
4. Otra \_\_\_\_\_

**D9. ¿Qué herramientas utiliza para atender problemas de los nervios, ansiedad, depresión u otro problema emocional?**

---

**D10. ¿Cómo se trabaja la psicoeducación en el Primer Nivel de Atención?**

---

**D11. ¿Con base en qué, usted construye un diagnóstico psiquiátrico?**

---

**D12. ¿Cuáles son los fármacos que más se consumen y para qué padecimientos?**

---

**D13. ¿Cuál es la competencia de los médicos familiares en este sentido?**

---

**D14. ¿Cuáles son los formatos que los diferentes servicios de salud mental tienen que llenar para registrar las demandas de atención?**

---

**D15. ¿Cada cuándo se reportan?**

---

#### **Sección E. PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y SATISFACCIÓN CON LA TAREA**

**E1. ¿Considera que tiene las herramientas y conocimientos suficientes para diagnosticar eficazmente los problemas de salud mental?**

- 1) Sí
- 2) No

**E2. ¿Considera que tiene las herramientas y conocimientos suficientes para realizar una intervención adecuada de los problemas de salud mental?**

- 1) Sí
- 2) No

**E3. ¿En qué medida cree que logra contener o dar apoyo a los pacientes con problemas de salud mental?**

- 1) Nunca
- 2) Casi nunca
- 3) A veces
- 4) Muchas veces
- 5) Siempre

**E4. ¿Se siente satisfecho con el trabajo que realiza en los problemas de salud mental?**

- 1) Sí

2) No

**E5. ¿Atender los problemas de salud mental le genera desgaste emocional?**

1) Sí

2) No

En caso afirmativo, valore el grado de desgaste emocional en una escala de 0 a 10: \_\_\_\_\_

**E6. ¿Cree que los usuarios se sienten satisfechos con el servicio que se presta en Atención Primaria para la atención de los problemas de salud mental?**

1) Sí

2) No

### **Sección F. VALORACIÓN DE CAMBIOS**

F1. Ordene (de 1 a 5) las siguientes opciones, considerando en primer lugar (1) aquella que para su juicio mejoraría más la calidad

asistencial de los problemas de salud mental en Atención Primaria:

( ) Formación para médicos de familia en diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.

( ) Implantación de gu.as y/o protocolos de abordaje de problemas de SM para médicos de familia.

( ) Incorporación de psicólogos (clínicos) en Atención Primaria.

( ) Incorporación de médicos psiquiatras en AP.

( ) Otras (especificar)

**F2. En otros sistemas de salud de otros países, los psicólogos se encuentran incorporados a los equipos de profesionales de los centros de salud. ¿Cree que la incorporación de psicólogos en los equipos básicos de atención primaria de nuestro sistema beneficiaría la prestación de servicios de salud?**

1) Sí

2) No

**Si lo desea, puede hacer comentarios, observaciones y/o aclaraciones**

---





Anexo 6

**Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco**

**Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva**

**Título de la Investigación: “Prácticas institucionales de salud mental en zona indígena”**

La presente investigación busca analizar el impacto que el cambio en la atención de la salud mental ha tenido en la práctica médica de los profesionales de la salud no especializados que laboran en el primer nivel de atención que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa.

Instrucciones: esta encuesta ayudará a conocer los servicios de salud mental que recibe. Sus respuestas se mantendrán confidenciales. Responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 6 meses que recibió servicios. Si no ha recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que usted ha recibido hasta ahora. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con cada una de las declaraciones a continuación contestando según la que mejor represente su opinión.

#### **Encuesta a personas que utilizan los servicios de salud mental**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia actual: \_\_\_\_\_

#### **Sección A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

*Comenzaremos el cuestionario con una serie de preguntas generales sobre usted.*

**A1. Sexo** \_\_\_\_\_

1. Masculino
2. Femenino

**A2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**

888. No sabe

**A3. ¿Cuál fue la razón principal por la que usted se involucró en este programa?**

(Marque sólo una respuesta)

1. Decidió venir por su propia voluntad.
2. Alguien le recomendó venir.
3. Vino en contra de su voluntad.

**A4. ¿Cuál es el grado de escuela más alto que usted ha completado? \_\_\_\_\_**

1. No fue a la escuela
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria, técnico o equivalente
5. Licenciatura
6. Posgrado

7. Otros: \_\_\_\_\_

888. No Sabe

**A5. Acerca de su situación laboral actual**

1. Realiza usted un trabajo remunerado
2. Trabaja por cuenta propia
3. Busca trabajo
4. Tiene incapacidad/discapacidad
5. Está temporalmente sin trabajo
6. Ama de casa
7. Estudiante de tiempo parcial o completo
8. Se encuentra cualquier otra situación ¿cuál? \_\_\_\_\_

**Sección B. PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL PACIENTE**

*Las siguientes preguntas se refieren a problemas de salud que haya tenido a lo largo de su vida. Es importante para la investigación que piense cuidadosamente antes de contestar.*

*¿Está listo para empezar?*

**B1. ¿Cómo considera su salud física?**

1. Mala            2. Regular            3. Buena            4. Muy buena

**B2. ¿Qué sabe o qué le han dicho sobre lo que es la salud mental**

\_\_\_\_\_

**B3. Con base en su respuesta anterior ¿Cómo considera que es su salud mental?**

1. Mala            2. Regular            3. Buena            4. Muy buena

**B4. ¿Qué síntomas o problemas presenta que fueron la razón de venir a consulta?**

\_\_\_\_\_

**B5. ¿Desde cuándo los presenta?**

1. Más de un año            2. Un año            3. Seis meses            4. Menos de un mes

**B6. ¿Cuál es el diagnóstico que le dieron?**

\_\_\_\_\_

**B7. ¿Quién se lo dio?**

1. Médico o doctor familiar
2. Psicólogo
3. Psiquiatra
4. Enfermera
5. Promotor de salud



**B19. ¿Cómo se enteró de la existencia de los servicios de atención de salud mental?**

1. Por profesionales de la salud: Médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, promotor de salud
2. Por curanderos, yerbateros, o brujos
2. Por medios de comunicación: Televisión, radio, internet, periódico
3. Por vecinos o familiares
4. Otros \_\_\_\_\_

**B20. ¿Alguna vez algún profesional le ha recetado algo o le ha dado algún medicamento para sus problemas emocionales, de los nervios o de la salud?**

1. Sí
  2. No
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**B21. ¿Ha utilizado alguna otra terapia?**

1. Sí
  2. No
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**B22. ¿Qué tipo de hierbas medicinales ha usado para sus problemas de salud mental? si las ha utilizado.**

---

**B23. ¿Ha asistido a algún tipo de grupo de autoayuda?**

1. Sí
2. No

**B24. ¿A qué grupo de autoayuda asistió en los últimos 12 meses?**

1. Neuróticos Anónimos
2. Alcohólicos Anónimos
3. Centros de integración juvenil
4. DIF
5. Narcóticos anónimos
6. Otros \_\_\_\_\_

**B25. ¿Quién le ha atendido en el Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud por problemas de salud mental?**

1. Médico o doctor familiar
2. Psicólogo
3. Psiquiatra
4. Enfermera
5. Promotor de salud
6. Trabajador social
7. Otro \_\_\_\_\_

**B26. ¿Ha recibido servicios en los últimos seis meses?**

1. Sí

2. No

**B27. ¿Durante cuánto tiempo ha sido atendido allí?**

1. Más de un año

2. Un año

3. Seis meses

4. Menos de un mes

**Sección C. PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN QUE SE OFRECE EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PNA DE LA SSA.**

*Durante la siguiente sección se le preguntará sobre los servicios que usted ha recibido en el Primer Nivel de Atención. Seleccione en la tabla la alternativa que corresponda a la contestación que mejor presente su opinión*

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
C1. ¿Estoy satisfecho (a) con los servicios que recibo en este lugar?	5	4	3	2	1	0
C2. ¿Aunque tuviera otras opciones, prefiero seguir recibiendo atención aquí?	5	4	3	2	1	0
C3. ¿Recomendaría este servicio a un(a) amigo(a) o familiar?	5	4	3	2	1	0
C4. ¿El personal estuvo dispuesto a verme todas las veces que fue necesario?	5	4	3	2	1	0
C5. ¿La localización (transportación pública, distancia, etc.) de donde recibí los servicios fue conveniente?	5	4	3	2	1	0
C6. ¿Los servicios estuvieron disponibles a horarios que eran convenientes para mí?	5	4	3	2	1	0
C7. ¿Recibí todos los servicios que pensé necesitar?	5	4	3	2	1	0
C8. ¿Pude ver a un psiquiatra o psicólogo cuándo quise o pensé necesitar?	5	4	3	2	1	0
C9. ¿Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamentos?	5	4	3	2	1	0
C10. ¿De haber sentido necesidad de quejarme, sentí que podía hacerlo?	5	4	3	2	1	0
C11. ¿Me dieron información sobre mis derechos?	5	4	3	2	1	0
C12. ¿El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida?	5	4	3	2	1	0

C13 ¿ El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento?	5	4	3	2	1	0
C14. ¿ El personal escuchó y tomó en cuenta mi concepción sobre lo que yo siento sin discriminarme o burlarse?	5	4	3	2	1	0
C15. ¿El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (religión, lengua, etc.)?	5	4	3	2	1	0
C16. ¿El personal me ayudó a obtener la información necesaria para que yo pudiera controlar mi condición?	5	4	3	2	1	0
C17. ¿Me recomendaron usar programas dirigidos al consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora?	5	4	3	2	1	0
C18 Después de estar en tratamiento ¿Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día?	5	4	3	2	1	0
C19. ¿Puedo controlar mi vida mucho mejor?	5	4	3	2	1	0
C20. ¿Puedo controlarme mejor al enfrentar una crisis?	5	4	3	2	1	0
C21. ¿Me relaciono mejor con mi familia?	5	4	3	2	1	0
C22. ¿Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales?	5	4	3	2	1	0
C23. ¿Me va mejor en la escuela o en el trabajo?	5	4	3	2	1	0
C24. ¿Mis síntomas no me molestan tanto como antes?	5	4	3	2	1	0
C25. ¿Me siento más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades?	5	4	3	2	1	0
C26. ¿Soy más capaz de manejar las cosas cuando me salen mal?	5	4	3	2	1	0
C 27. ¿Soy más capaz de hacer cosas que quiero hacer?	5	4	3	2	1	0
C28. ¿Estoy feliz con lo que soy y tengo?	5	4	3	2	1	0
C29. ¿Siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad?	5	4	3	2	1	0
C30. ¿En caso de una crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos?	5	4	3	2	1	0

**C31. ¿Cuáles son las principales quejas en torno del servicio de salud mental que tiene?**

**C32. ¿Cuáles son las sugerencias para mejorar el servicio de salud mental?**

---

**Sección D. REDES SOCIALES**

Las siguientes preguntas son sobre su vida social. Sin incluir a su esposa (o), novio (a), pareja.

**D1. ¿Con qué frecuencia habla por teléfono o se reúne con alguna persona de su familia que no viva con usted?**

1. Casi todos los días,
2. Algunas veces a la semana,
3. Algunas veces al mes,
4. Menos de una vez al mes

**D2. Sin incluir a su pareja ¿en qué medida puede contar con sus familiares para que le ayuden si tiene un problema importante?**

1. mucho                      2. regular                      3. un poco                      4. nada

**D3. ¿Con qué frecuencia habla por teléfono o se reúne con algún amigo (a) que no sea de su familia y que no viva con usted?**

1. Casi todos los días,
2. Algunas veces a la semana,
3. Algunas veces al mes,
4. Menos de una vez al mes

Sin incluir a su pareja ¿en qué medida puede contar con sus amigos (a) para que le ayuden si tiene un problema importante: mucho, regular, un poco o nada?

**D4. Cómo se siente usted sobre: ¿La forma en que usted y su familia se tratan?**

1. Muy bien    2. Bien    3. Regular    4. Mal    5. Muy Mal    6. No aplica

**D5. Cómo se siente sobre: ¿La relación que usted tiene con su familia?**

1. Muy bien    2. Bien    3. Regular    4. Mal    5. Muy Mal    6. No aplica



## Anexo 7

### Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

#### Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

#### Título: “Prácticas institucionales de salud mental en zona indígena”

La presente investigación busca analizar el impacto que el cambio en la atención de la salud mental ha tenido en la práctica médica de los profesionales de la salud no especializados que laboran en el primer nivel de atención que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa.

#### Entrevista a profundidad con personas que utilizan los servicios de salud mental y/o sus familiares

##### 1. Datos biográficos

- 1.1. *Nombre*
- 1.2. *Edad*
- 1.3. *Sexo*
- 1.4. *Estado civil*
- 1.5. *Lugar de nacimiento y lugar de residencia actual*

##### 2. Datos sociodemográficos

- 2.1. *Familia y relaciones sociales (roles de género y dinámicas familiares)*
- 2.2. *Condiciones materiales de vida (vivienda, salario, alimentación, etc.)*
- 2.3. *Religión*
- 2.4. *Trayectoria laboral*
- 2.5. *Actividades recreativas*
- 2.6. *Concepciones sobre la salud y la enfermedad*
- 2.7. *Estado físico (antecedentes de salud)*
- 2.8. *Estado emocional (antecedentes de salud mental)*
- 2.9. *Vínculos que se hayan tenido con trastornos de salud mental*
- 2.10. *Relación con población mestiza*

##### 3. Percepción de la situación de salud física y mental del paciente

- 3.1. *Narrativa en torno al problema (lo que pasó, cuándo, por qué)*
- 3.2. *Síntomas y tiempo con ellos*
- 3.3. *Antecedentes de este tipo de trastornos mentales*
- 3.4. *Relación con otras personas que hayan sido atendidas o diagnosticadas con trastornos mentales*
- 3.5. *Cómo y cuándo los participantes escucharon por primera vez de los trastornos mentales y de los servicios de atención*

##### 4. Percepción de los servicios de salud mental

- 4.1. *Veces en las que ha sido atendido por los servicios del primer nivel de atención y por especialistas*
- 4.2. *Tiempo de atención y tipo de atención*



*4.3. Principales quejas en torno del servicio de salud mental*

*4.4. Sugerencias para mejorar el servicio de salud mental que se ofrece en el primer nivel de atención*

*4.5. Redes sociales y apoyo emocional*

*4.6. Toma de decisión de las rutas terapéuticas (cómo y por qué decidieron venir al hospital para recibir tratamiento)*

*4.7. Otros lugares en los que se busca atención*



## Anexo 8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los invitamos a participar en un estudio sobre los Servicios de salud mental que se ofrece en el Primer Nivel de Atención (PNA) de la Secretaría de Salud (SSA) del estado de Tabasco, que dirige la Mtra. Victoria Raquel Rojas Lozano de la Universidad Autónoma Metropolitana.

#### ¿De qué se trata el estudio?

Este estudio trata de conocer la práctica médica de los profesionales de la salud que laboran en los servicios de salud mental del PNA que se ofrece por la SSA del municipio de Tacotalpa.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente entre 40 minutos y una hora de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará (si así lo decide), de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

#### ¿Cuál sería su participación en este estudio?

- Los individuos que acepten participar serán entrevistados por un encuestador. Se le preguntará, en el caso de los usuarios de los servicios, sobre sus sentimientos, cómo se ve a sí mismo, su salud y su entorno escolar, social y familiar; en el caso de los profesionales de la salud, sobre sus tareas, formación, percepción sobre la atención a la salud mental.
- Su participación no tiene un beneficio directo, sin embargo, muchas veces a las personas se les hace interesante la entrevista y les agrada compartir sus experiencias y contribuir a la mejoría de las condiciones de los servicios de salud mental.
- A veces las personas al hablar de sus problemas se dan cuenta de su necesidad de expresarse más sobre éstos. Por lo cual el encuestador le puede ofrecer información sobre los servicios de salud mental donde puede acudir si siente la necesidad ya que los encuestadores no pueden proporcionar ninguna opinión o diagnóstico de usted.

#### Sus derechos

- Su participación es completamente voluntaria. No tiene que participar si no quiere y puede retirar su consentimiento en cualquier momento. También puede dejar de contestar cualquier pregunta y pasar a la siguiente, avisando al encuestador.
- Sus respuestas se mantendrán completamente confidenciales. Es decir, aunque su nombre será anotado, nadie sabrá sus respuestas, salvo el encuestador. Sus respuestas al cuestionario y/o a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.
- Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de

hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Puede preguntar al encuestador o hablar a la Mtra. Victoria Raquel Rojas Lozano, coordinadora del estudio, al 9931689383 durante las horas regulares de trabajo.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto voluntariamente participar en la entrevista descrita en la hoja que me entregaron y que forma parte del estudio sobre los Servicios de salud mental que se ofrece en el PNA de la SSA del estado de Tabasco. Entiendo de que se trata, el encuestador ha respondido a mis preguntas, entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento, puedo suspender mi participación si así lo deseo y que las respuestas que proporciono se mantendrán confidenciales. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y/o preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente entre 40 minutos y una hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Victoria Raquel Rojas Lozano al teléfono anteriormente mencionado. Por lo cual estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y veraz para que pueda ser de utilidad.

---

Nombre y firma del participante

Fecha:

Toda la información que usted me proporcione será estrictamente confidencial, se mantendrá bajo resguardo y se hará lo necesario para que nadie pueda identificarla como la persona que dio estas respuestas. Haré mi mejor esfuerzo por responder a cualquier duda o pregunta.

---

Nombre y firma del encuestador

Fecha:

## Anexo 9

**Tabla 3: En qué localidad labora y desde cuando trabaja en esa localidad**

Localidad en que labora	Desde cuando trabaja en esa localidad										Total
	1991	1992	1999	2006	2009	2011	2012	2013	2014	2015	
5 localidades	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Agua Blanca	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Arroyo Seco	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Barreal	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Caravana A2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Caravanat1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Ceiba	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CerroBlanco2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Cerroblanco4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cuitláhuac	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Graciano	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Guayal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Lázaro Cár	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Libertad	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Madero 1a	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Madero 2da	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Morelos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Oxolotán	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3
Pochitocal 1a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pochitocal4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Puxcatán	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
RayaZaragoza	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Santa Rosa1a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tacotalpa	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Tapijulapa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Xicoténcatl	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Yajalón, sta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	1	1	1	1	2	2	3	3	15	2	2	31

## Anexo 10

Tabla 4 Edad y Situación laboral

Sexo	Edad	Situación laboral			Total	
		Adscrito de base	Por contrato	Servicio social		
Masculino	23	0	0	3	3	
	24	0	0	2	2	
	25	0	0	4	4	
	28	0	1	0	1	
	31	0	2	0	2	
	32	0	1	0	1	
	33	1	0	0	1	
	39	1	0	0	1	
	47	1	0	0	1	
	52	0	1	0	1	
	57	1	0	0	1	
	Total		4	5	9	18
			22,2%	27,8%	50,0%	100,0%
Femenino	Edad					
	23	0	0	2	2	
	25	0	1	0	1	
	26	0	2	0	2	
	31	1	0	0	1	
	34	0	1	0	1	
	35	1	0	0	1	
	37	1	0	0	1	
42	1	0	0	1		

	50	1	0	0	1
	52	1	0	0	1
	53	1	0	0	1
	<b>Total</b>	7	4	2	13
		53,8%	30,8%	15,4%	100,0%