



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

EXPERIENCIA DEL MALESTAR EMOCIONAL DE PERSONAS QUE ACUDEN POR
PRIMERA VEZ A UNA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

GABRIELA GUADALUPE HERNÁNDEZ CORTÉS

TUTORA

MTRA. MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ GARCÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

COTUTORA

DRA. CLARA JUÁREZ RAMÍREZ
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Ciudad de México, Noviembre 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **19 de septiembre del 2018**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **Gabriela Guadalupe Hernández Cortés** número de cuenta **513004700**, con la tesis titulada:

"EXPERIENCIA DEL MALESTAR EMOCIONAL DE PERSONAS QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A UNA CLÍNICA DE SALUD MENTAL"

bajo la dirección de la Mtra. María Victoria Leonor Fernández García

Presidente : Doctora Irma Cortés Escárcega
Vocal : Mtra. María Victoria Leonor Fernández García
Secretario : Doctor Juan Pineda Olvera
Suplente : Doctora Clara Juárez Ramírez
Suplente : Doctora Rosa María Ostigüin Meléndez

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cdad. Universitaria Cd, Mx., a 15 de octubre del 2018.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

Agradecimientos

A mis tutoras por su valiosa asesoría, compromiso, apoyo e impulso que me brindaron. Mtra. Victoria y Dra. Clara, ustedes fueron mi maestría, gracias por ayudarme a crecer.

A los participantes de este estudio por compartir su dolor y dejarme aprender de ello.

A la Dra. Gandhi por su motivación constante, a mis profesores, a los integrantes del sínodo, a la Dra. Ostiguin por sus aportaciones que enriquecieron este trabajo.

A mi María y mi Tonih les dedico todos mis esfuerzos y agradezco especialmente a mi mamá por ayudarme a alcanzar mis metas. A mi familia y amigos que cuidaron de mí durante el embarazo.

A Dios, mi fiel amigo, gracias por mi escuela, por mis tutoras y profesores, por mi familia y amigos, por mis estudios y mi tesis.

ÍNDICE

I.	Introducción	5
II.	Planteamiento del problema	7
III.	Objetivos	11
IV.	Breve descripción contextual de los problemas de salud mental desde la perspectiva biomédica.	12
V.	Marco conceptual	15
VI.	Revisión de la literatura	22
VII.	Metodología	
	a. Diseño	26
	b. Escenario	27
	c. Criterios para la elección de los participantes	29
	d. Recolección de datos	30
	e. Rigor metodológico	31
	f. Consideraciones éticas	33
	g. Proceso de análisis de datos	34
VIII.	Resultados	38
IX.	Discusión	72
X.	Conclusiones	80
XI.	Consideraciones finales	83
	Bibliografía	87
	Anexos	97

I. Introducción

La manera en que se han abordado y comprendido los problemas de salud mental no tienen un solo camino, estos, siguen siendo una de las demandas insatisfechas alrededor del mundo con un gran impacto en las personas que los sufren. La propuesta de estudio surgió debido a las diversas críticas que han acompañado a la psiquiatría señalando que históricamente se ha encasillado a un modelo biologicista, con una atención asilar y etiquetadora. Por lo que en este estudio cualitativo exploratorio se abordaron los problemas de salud mental desde la óptica del constructo del *malestar emocional* como respuesta conceptual para mejorar la comprensión de los padeceres mentales desde un punto de vista más humano, contextualizando el sufrimiento y haciendo partícipe a los individuos que los padecen. Así, se planteó como objetivo general comprender la experiencia de padecer malestar emocional de las personas que acuden por primera vez al centro de salud mental Ramón de la Fuente. Además del malestar emocional el trabajo de investigación se encuentra enmarcado por otros dos grandes conceptos: padecer y carrera de búsqueda de atención, propuestas también desde las disciplinas de antropología y sociología que permitieron la interpretación de las entrevistas.

En este sentido, se hizo una revisión sobre estudios que exploraron desde la queja del paciente y no desde el diagnóstico médico, destacan contribuciones de investigaciones feministas que explican los problemas de salud mental en las mujeres debido a implicaciones de su rol social. Otros aportes importantes provienen de los estudios realizados en primer nivel de atención en donde cuentan sobre la prevalencia e inatención del malestar emocional.

La propuesta metodológica incluye el diseño, escenario, criterios de elección de los participantes, los métodos de recogida de datos, rigor metodológico, consideraciones éticas y el proceso de análisis.

Los resultados se presentan por temas: 1. Explicación del malestar emocional, 2. Vivir con malestar emocional, 3. Respuestas ante el malestar emocional. Posteriormente se presenta la discusión, conclusiones y consideraciones finales propuestas de manera reflexiva para quien tenga interés en este campo, poniendo sobre énfasis en el ejercicio profesional de enfermería. El trabajo finaliza con la bibliografía y anexos que incluye la guía de entrevista, el consentimiento informado y un ejemplo de la matriz trabajada para el análisis.

II. Planteamiento del problema

En el terreno de la psiquiatría los profesionales de salud se enfrenta a personas que atraviesan por periodos de ira, miedos, impulsos, obsesiones, recuerdos perdidos, violencia, dolor, etcétera; esta área exige escuchar y tratar de entender a sujetos que reflejan sufrimiento, valores, sentimientos, familias, sociedades pero sobre todo, grandes luchas. Durante mi experiencia profesional como enfermera en un hospital psiquiátrico pude darme cuenta que en ese lugar caracterizado por ofrecer aislamiento y precariedad en la atención, serían de poca utilidad mis conocimientos sobre los trastornos mentales y su trato clínico, debido a que los pacientes me señalaron que si realmente quería ser útil debía involucrarme en sus necesidades no solo desde la mirada clínica, sino desde la comprensión de su existencia, incluyendo y entendiendo sus historias.

Puede ser que aquella propuesta hecha por los pacientes tenga su trasfondo en los modos de cómo se han entendido y abordado los *-problemas de salud mental-* en nuestra sociedad, pues estos, no tienen un solo camino.

Tomando como punto de partida las discrepancias que han surgido en la psiquiatría y se han mantenido a lo largo de los dos siglos de su existencia², comenzaré por enunciar la gran crítica, hecha desde otras disciplinas^{3, 4, 5, 6, 7} hacia el modelo biomédico, centrada en que históricamente la psiquiatría ha encasillado la enfermedad mental de manera tipológica, pareciera que los criterios de anormalidad y las categorías utilizadas para el diagnóstico y la clasificación de las psicopatologías han fundado un obstáculo en la atención a las personas con problemas mentales, debido a sus significaciones múltiples y contradictorias, que lejos de ayudar, estigmatizan. Además se hace imprescindible señalar que *gran parte de la sociedad acepta el modelo biomédico como el único que tiene los conocimientos sobre la enfermedad y sus causas, así como el único que puede curar debido a que así se ha popularizado*⁴. Pero hay dos aspectos a los que se

* Por "problemas de salud mental" en este trabajo se entiende como aquellas alteraciones en la forma de cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás¹. Los problemas de salud mental pueden incluir o no una psicopatología.

debe prestar atención: por un lado, los problemas de salud mental siguen siendo una de las demandas insatisfechas alrededor del mundo y por el otro, la etiqueta diagnóstica de la enfermedad mental, no logra extinguir el estigma ni la discriminación de la persona enferma; al contrario en algunos casos lo intensifica. Un ejemplo esclarecedor de lo anterior puede ser cuando la eugenesia fue adoptada como política de gobierno por algunos países, causando desde la esterilización forzada en Suiza, Alemania y Estados Unidos hasta el genocidio en el holocausto. Así podemos comprender lo que refiere Stucchi que: *la concepción biológica del trastorno mental en su versión más pesimista no solo no había salvado a los enfermos, sino que había “degenerado” hasta propiciar su exterminio*⁸.

Como se puede ver las necesidades de las personas con padecimientos mentales no han sido comprendidas ni satisfechas, por lo que ciertamente es preciso reflexionar desde la manera en cómo viven y enfrentan las personas que padecen una enfermedad mental.

Distintos autores⁹⁻¹² han intentado recuperar la dimensión subjetiva de la persona para comprender su experiencia, esto por múltiples razones, entre ellas destacan: la necesidad de atender nuevas expresiones de los problemas de salud mental como: las dificultades para enamorarse, las adversidades de la vida en *pareja, la insatisfacción general con las vidas actuales, el fracaso o la frustración en el ámbito del trabajo, la soledad o las dificultades para relacionarse con los otros*⁹; así como el estigma que produce el diagnóstico de un padecimiento mental y la necesidad de comprender el sufrimiento psíquico en cuestiones relativas al ser y su historia. Estos autores coinciden en señalar la incapacidad del entendimiento holístico de los problemas de salud mental y que se ha hecho más desde la patología, desde esta perspectiva se tiende a fragmentar a los sujetos y a no hacerlos partícipe en la búsqueda de recuperación de su salud.

El cambio de paradigma propuesto por el movimiento antipsiquiátrico en la década de los sesenta del siglo pasado, en relación a lo que se entiende por enfermedad mental, buscó atenderla desde una óptica más comprensiva; tal como lo señalan

Wainwright y Pemberton: *no se trata de negar lo biológico de la enfermedad sino de poner en tela de juicio la medida en que el modelo basado en enfermedad nos ha llevado a una concepción y práctica de un callejón sin salida*⁷.

En este contexto en el presente trabajo se propuso abordar los problemas de salud mental no desde la enfermedad como una etiqueta diagnóstica sino desde la categoría: *-malestar emocional-*. Esta óptica propuesta por autores como Mabel Burin, conceptualizada como *algunas manifestaciones emocionales que surgen desde el contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis*¹⁰. En este trabajo se hace referencia a lo propuesto por Burin con los términos malestar o sufrimiento con la combinación de cualquier de los siguientes adjetivos: emocional/mental/psíquico, como términos que pretenden distinguirse de la enfermedad mental. Desde esta perspectiva, los cambios de humor, la vivencia de oír voces, o tener creencias inusuales pueden entenderse como reacciones psicológicas a las experiencias y acontecimientos de la vida cotidiana. Estos pueden volverse comprensibles en el contexto de la historia particular de la vida de cada individuo y el significado personal que se ha construido sobre él y dentro su contexto cultural¹³.

Lo significativo de la distinción del malestar emocional no se encuentra en lo que afirma en sí mismo, sino en lo que niega: la estandarización, la objetividad, el reduccionismo del individuo y sus problemas. Propone tratar de entender los problemas de salud mental excluyendo las etiquetas, los estándares de normalidad y funcionalidad del modelo biomédico, pues el malestar emocional no conduce necesariamente a la enfermedad, e incluso puede ser diferente a ella. A través del uso de la categoría *malestar emocional* se pueden comprender los distintos fenómenos que circundan a la persona y hacer referencia a situaciones contextuales como la educación, la economía, los estilos de vida, la familia, el trabajo, los constructos sociales y demás factores socioculturales que influyen en los problemas de salud mental.

Además, para cumplir metodológicamente con la perspectiva conceptual sociocultural del malestar emocional se incorporó también el concepto

padecimiento, el cual permite explorar la experiencia de los padecimientos a partir de cómo las personas explican sus molestias y lo qué hacen para curarse.

Por lo anterior, en este trabajo se buscó contribuir en la comprensión de los padecimientos mentales, pues entiendo que la construcción de nuevos modos de concebir y hacer salud, surgen de la necesidad, tal como lo señalan Berenzón y Mora, de *recuperar el conocimiento de los procesos de salud y enfermedad tomando como punto de partida a los propios actores sociales*¹⁴, lo cual requiere de un esfuerzo para separarse de los modelos de intervención basados en lo patológico, el concepto de profesionales expertos y partir de la posibilidad de desarrollar otros caminos para pensar las experiencias de salud mental. Pero sobre todo acudir a las personas para, como lo señala Correa, *legitimar el saber profano, propio, local, subjetivo de aquellos y aquellas que han atravesado una experiencia de sufrimiento mental*¹⁵ para hacerlo parte de las ofertas de atención en salud mental, proponer cuidados de enfermería útiles y sensibles a las necesidades de las personas y sus problemas de salud, así como contribuir a combatir la discriminación y el estigma por las que se encuentran marcadas las personas con enfermedad mental. Por ello la intención de este trabajo fue comprender el padecer malestar emocional de la persona antes de ser etiquetada con una psicopatología.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la experiencia de padecer malestar emocional de las personas que acuden por primera vez la clínica de salud mental Ramón de la Fuente en Toluca, Estado de México?

III. Objetivos

General: Comprender la experiencia de padecer malestar emocional de las personas que acuden por primera vez al centro de salud mental Ramón de la Fuente.

Específicos:

1. Identificar, describir y analizar cómo explican al malestar emocional y lo viven en su vida cotidiana, las personas que acuden a demandar atención por primera vez al centro de salud mental Ramón de la Fuente.
2. Describir la carrera de búsqueda de atención para enfrentar el malestar emocional que siguen las personas que acuden a demandar atención por primera vez al centro de salud mental Ramón de la Fuente.

IV. Breve descripción contextual de los problemas de salud mental desde la perspectiva biomédica

A continuación se presenta un panorama acerca de cómo se han comprendido los problemas de salud mental para vislumbrar ciertas dificultades que presenta el modelo médico hegemónico* al intentar entender y atender a las personas con un problema de salud mental, así como también algunas críticas que se le han hecho.

Un cambio de visión de la locura

Varios términos se han utilizado para describir a las personas que pasan por la experiencia de la locura. Por ejemplo si volteamos al pasado, Goethe dramaturgo alemán, a modo de frase célebre, indicaba que *la locura, a veces, no es otra cosa que la razón presentada bajo diferente forma*¹⁷. Popularmente, por “loco” se entiende tanto a un enfermo mental psicótico, como a una persona con actitud creativa, a una persona entusiasmada por algo o como a quien plantea o cuenta lo que sale de lo común⁴, etcétera. Ciertamente, desde un inicio la manera en la que se ha abordado y comprendido la enfermedad mental ha sido objeto de grandes debates y cuestionamientos.

Michel Foucault en su obra *Historia de la Locura en la Época Clásica*³, señala cómo en el pasado se trataba la locura con más humanidad que en tiempos más actuales, pues en el renacimiento se pensaba a la locura como algo equivalente a diferente, se pensaba que el “loco” tenía una especie de sabiduría porque demostraba y/o cuestionaba el límite de la razón, en ese tiempo aquellos “locos” eran bienvenidos en diferentes círculos sociales y se les permitía expresarse

* Por modelo médico hegemónico o biomédico entenderemos según Eduardo Menéndez a el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado¹⁶.

libremente. Sin embargo a la mitad del siglo XVII surgió un cambio de actitud hacia la comprensión de la locura, que permitió entre muchas cosas medicalizar e institucionalizar a las personas con problemas de salud mental, esta visión excluyente y aisladora esperaba que los sujetos con locura fueran curados, eliminando toda tolerancia hacia comportamientos diferentes.

El acercamiento psicopatológico

Históricamente, las primeras clasificaciones de las enfermedades mentales son tipológicas, lo que ha originado y mantenido una tensión entre posiciones objetivistas y subjetivistas. Es preciso señalar que estas posiciones se encuentran situadas en una teoría positivista que busca la causalidad física, en el que entienden quienes se adhieren al objetivismo, al cuerpo como origen y causa de las enfermedades mentales, y quienes se apoyan en el subjetivismo piensan que es la vida psíquica misma y el ambiente social el origen y la causa del trastorno¹¹. Gracias a algunos investigadores, como Eugen Bleuler, que lograron identificar los orígenes biológicos a ciertos trastornos mentales y así proponer un tratamiento, se dice que la psiquiatría se benefició para declararse como ciencia. Sin embargo, como lo señala Capra: *la comprensión neuroquímica en cuanto a tratamiento a través de fármacos todavía no cura, ni previene la enfermedad mental, así como ni revela cómo y por qué ocurrió*⁴. Otro importante aspecto de la comprensión de la enfermedad mental es cómo se ha intentado estandarizar y medir, por lo que el campo de la psiquiatría en 1952 ha dado literalmente como respuesta, un manual que muestra cómo diagnosticar y tratar diferentes trastornos mentales, lo llamamos el “Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” o por sus siglas en inglés DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Muchas polémicas ha desatado este manual, pues fue diseñado para continuar su desarrollo buscando el perfeccionamiento, cada nueva edición muestra cambios basados en investigaciones y también en cómo se entiende el comportamiento y la salud mental durante un tiempo en particular. La última polémica en torno a este libro se inició en el 2013 cuando se comenzaron a conocer concretamente los cambios que el nuevo DSM -su quinta edición- traería al campo de la clínica¹⁸. *El*

*DSM-V aparece promoviendo: la inclusión de muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de “trastorno mental” resulta enormemente indeterminado*⁶. Diferentes instituciones de salud mental señalan y cuestionan la funcionalidad de diagnósticos psiquiátricos en el sistema del DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), debido a que tienen significativas limitaciones empíricas y conceptuales⁷.

Tal y cómo se ha venido mostrando el modelo de atención psiquiátrica ha extendido en palabras de Guinsberg: un *cuestionable abordaje de la salud mental en el campo profesional y teórico por sus connotaciones -ideológicas y políticas- cuando salud mental se convierte en sinónimo de normalidad*⁵.

Enunciar lo anterior no tiene por objetivo negar la existencia de la enfermedad mental, la necesidad de un diagnóstico clínico o de un tratamiento curativo, sino vislumbrar que el panorama de los problemas de salud mental no es sencillo y está marcado, entre muchos otros aspectos, por el abordaje de los profesionales con adherencia rigurosa al modelo médico hegemónico, que si bien han tenido buenas intenciones, ese camino de seguir características relativamente objetivas han impulsado por un lado, una tendencia al sobrediagnóstico y la sobremedicación y por el otro, las personas con problemas emocionales y conductuales siguen siendo estigmatizados, excluidos y despersonalizados¹⁹⁻²⁴. En el siguiente apartado se trata de ilustrar el malestar emocional como respuesta conceptual para mejorar la comprensión de los problemas de la salud mental desde un punto de vista más humano.

V. Marco Conceptual

Existen diversas perspectivas paradigmáticas y conceptuales para comprender los problemas de salud mental. En este apartado se desarrollan los conceptos que enmarcan esta investigación: padecimiento, malestar emocional y carrera de búsqueda de ayuda. Estos tres conceptos permiten comprender la experiencia de los malestares emocionales desde una perspectiva social y cultural y no solo desde la psicopatología, anteponiendo la diversidad de posibilidades de comprender los padeceres y sufrimientos mentales y/o emocionales de acuerdo con las personas que lo viven, sus contextos y las circunstancias que les suceden en su vida diaria.

Padecimiento

El campo de la antropología y sociología médica se ha interesado por conocer cómo las personas se explican a sí mismos los padecimientos o enfermedades y si a partir de esas prácticas culturales legas (no médicas), siguen algún tipo de tratamiento para sanarse²⁵. Por ello en este trabajo, para comprender la experiencia de las personas ante el malestar emocional se utiliza el concepto *padecimiento*.

La literatura en torno de esta perspectiva conceptual está constituida alrededor de la distinción de tres categorías: *enfermedad, padecimiento y malestar (disease, illness, sickness)*²⁵. El término *enfermedad (disease)* se refiere a la dimensión biológica, a cómo los médicos diagnostican y tratan los problemas de salud, comprende la anormalidad de las funciones orgánicas²⁶. El término *padecer (illness)* hace referencia a la experiencia personal de la enfermedad. El concepto de *malestar (sickness)* es planteado como una categoría complementaria a los conceptos de enfermedad y padecimiento aludiendo al *proceso a través del cual la conducta que expresa el padecer (illness) y los signos biológicos, particularmente aquellos originados en la enfermedad (disease), confieren significados socialmente reconocibles, los cuales son integrados en síntomas y resultados que*

son socialmente significantes²⁵, es decir las construcciones sociales que se hacen en torno a la enfermedad.

Para este trabajo usamos la propuesta de Arthur Kleinman, el cual significa la categoría *padecer (illness)* como *la experiencia de la enfermedad (o enfermedad percibida) y la reacción social a la enfermedad. El padecimiento es la forma en que la persona enferma, su familia y su red social perciben, etiquetan, explican, valoran y responden a la enfermedad*²⁶. Se refiere a un abordaje de la enfermedad desde lo que la persona siente, vive y afecta a su vida. Este autor además afirma que el padecimiento *está constituido culturalmente pues la forma como se percibe, se experimenta y se enfrenta la enfermedad se basa en las explicaciones del malestar, las explicaciones específicas según las posiciones sociales que ocupan las personas y los sistemas de significado que emplean*²⁷.

Por su parte Recorder²⁸ señala algunas características del abordaje de la categoría padecimiento en la literatura científica:

- Afirma el carácter intersubjetivo de la enfermedad
- Parte de la premisa de que las personas producen y reproducen los conocimientos y prácticas médicas existentes en el universo sociocultural del que forman parte; no obstante, difieren en las interpretaciones sobre las formas y modos en que los individuos se apropian de estos conjuntos de ideas y creencias sobre la enfermedad y sus cuidados.
- Presupone la existencia de ciertos parámetros o cuadros de referencia gracias a los cuales es construido el significado de la enfermedad. Referencias que son diferencialmente apropiadas por los individuos a través de procesos concretos de interacción social y en el marco de sus propias y singulares biografías.

Sobre la base de las consideraciones anteriores este trabajo se centró en la perspectiva del padecimiento pues esta conceptualización enmarca el camino necesario para conocer y comprender los aspectos subjetivos y contextuales expresados por las personas que circunden los malestares emocionales.

Malestar emocional

La construcción del término y uso del malestar emocional para el abordaje de los problemas de salud, surge de una serie de críticas que señalan y cuestionan el campo de la biomedicina, estas se concentran en tres ideas: a) existen muchas manifestaciones emocionales y físicas que no reúnen los requisitos para un diagnóstico clínico^{9, 29}; b) existe limitación del abordaje de los problemas de salud mental pues se excluyen contextos de la vida cotidiana, los aspectos socioculturales, históricos^{10, 12, 30}, y los significados que las personas asocian a los procesos salud-enfermedad^{31, 32}; c) las etiquetas de los problemas de salud mental establecidos desde tiempos remotos han servido para aislar, separar y estigmatizar a las personas³³. En este sentido Emiliano Galende plantea la necesidad de comprender los problemas de salud mental en función de las cuestiones que corresponden a la persona y a su forma de vivir, y no al modelo médico de enfermo mental¹¹.

Ahora bien, como ya se ha referido el concepto de *malestar emocional* que ocupa este trabajo es según lo planteado por Mabel Burin. Esta autora lo conceptualiza como *algunas manifestaciones emocionales que surgen desde el contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis. Además como un hecho social que se refiere a un conflicto, expresado como una situación contradictoria, incompatible entre sí, que puede ser registrado por el sujeto tanto en forma consciente como inconsciente*¹⁰ el sujeto percibe la tensión, pero no conoce ni discrimina los términos que producen el conflicto. Si bien, para Burin este concepto surgió desde la teoría feminista para estudiar el padecer de las mujeres, *aludiendo a las manifestaciones corporales que se derivan de un conjunto de situaciones estresantes relacionadas con la construcción social del ser femenino*²⁵; lo que se rescata de manera concreta de su propuesta para este trabajo no es el enfoque feminista, sino más bien la declaración del término malestar emocional como visión, que permite la explicación de la enfermedad desde la persona en su mundo sociocultural: incluye las creencias y preocupaciones, permitiendo conocer los problemas a los que se enfrentan en su día a día como las situaciones de pobreza, marginación, violencia, discriminación y racismo entre muchos más que

afectan la salud mental. Asimismo permite descubrir la manera en que enfrentan esos malestares. Esta visión se encuentra lejos de la concepción de la enfermedad como una condena fisiológica que solo ocurre en el cuerpo.

No solo se ha utilizado el término malestar emocional para visibilizar a lo anterior, si no que existen diferentes sinónimos de este concepto en la investigación mundial^{9, 12} con aproximaciones similares. Por ejemplo, Arthur Kleinman estudia el sufrimiento como una experiencia social por lo que propone el término *sufrimiento social* como aquellos problemas humanos que tienen sus orígenes y consecuencias en las devastadoras heridas que las fuerzas sociales pueden infligir en la experiencia humana²⁶.

Siguiendo en la misma línea, Galende sostiene que los eventos actuales que afectan la salud mental no pueden ser explicados solo con un conjunto de entidades patológicas definidas², por lo que propone el término *sufrimiento psíquico* como una posibilidad de intervención en el campo de la salud mental, para destacar la subjetividad del proceso de enfermar y su reconocimiento¹¹.

En términos teóricos desde el psicoanálisis la propuesta de Freud, ve el sufrimiento para describir las situaciones que impiden que los hombres alcancen la felicidad, y *este sufrimiento amenaza a las personas desde tres sitios diferentes: desde el propio cuerpo, desde el mundo exterior, y desde los vínculos con otros humanos*⁹.

Del mismo modo se ha empleado el concepto de 'sufrimiento mental'; otros autores como Correa Urquiza propone este término, *como forma de destacar la experiencia subjetiva presente en la vida de estas personas*¹⁵ desde esta perspectiva, las reacciones psicológicas a las experiencias y acontecimientos de la vida pueden volverse comprensibles en el contexto de la historia particular de la vida de cada individuo y el significado personal que se ha construido sobre él y dentro de su contexto cultural.

Cabe mencionar que el enfoque del término malestar no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella^{10, 33}. Así, diversos autores en diferentes disciplinas han abordado esta postura para comprender los problemas de salud mental con la importancia que señalan

autoras como Jazmín Mora, respecto a *romper la dualidad entre salud y enfermedad introduciendo un tercer término que no participa en las características de uno y otro*³³. Sin embargo es importante mencionar que la investigación biomédica también ha desarrollado un modelo explicativo y de atención a estos problemas, refiriéndose a ellos como ‘síntomas somáticos’, sin causa orgánica. Diagnostican todas las manifestaciones somáticas según las clasificaciones vigentes de enfermedades generales y mentales (CIE y el DSM): depresión, ansiedad, trastornos somatoformes, síndrome de fibromialgia, de colon irritable, y las causas son desconocidas. En estos estudios refieren que atender a este tipo de pacientes es muy frustrante para los médicos porque los perciben como: simuladores, somatizadores, hiperfrecuentes, pacientes difíciles, insatisfechos e hiperdemandantes³¹.

De acuerdo a lo revisado se propone para este trabajo utilizar el término *malestar emocional* como término que pretende distinguirse de la enfermedad mental y del enfoque biologicista pues es un concepto construido a partir de la experiencia de la vida diaria y en este trabajo específicamente de la vivencia mental y algunas manifestaciones en el cuerpo.

Carrera de búsqueda de atención

Por último y a razón de enfatizar cómo responden las personas ante el malestar emocional como parte de la experiencia del padecimiento, se aborda el término *carrera de búsqueda de atención*.

Dentro de la literatura de la sociología médica desde el siglo XX se puede encontrar este concepto bajo diferentes términos, para explicar múltiples problemas en la atención a la salud, por lo que al igual que padecimiento y malestar emocional, el término *carrera de búsqueda de atención* responde también a una perspectiva conceptual, con características que permiten explorar la experiencia de la enfermedad en la dimensión subjetiva de cómo las personas enfrentan la enfermedad; a continuación se enlistan algunas señaladas en la literatura³⁴:

- Contiene todas las experiencias relevantes y acciones posteriores del paciente hacia la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento.
- Incluye la necesidad de todo tipo de apoyo, médico y no médico, para hacer frente a la enfermedad sobre la trayectoria llamada enfermedad.
- Abarca desde las primeras manifestaciones de la enfermedad hasta su control o la muerte del individuo.
- El concepto gira en torno a la percepción de los pacientes y considera el impacto de la enfermedad en ellos, junto con las respuestas generadas en el curso de la búsqueda de atención médica.

Algunas importantes acepciones que le anteceden a este concepto es por un lado el de Anselm Strauss et al, que se refieren al término *trayectoria de la enfermedad* describiéndola como: *no solo al despliegue fisiológico de la enfermedad de una persona enferma, sino también a la organización total del trabajo del personal de salud hecho en el curso de ésta, además del impacto en aquellos implicados con este trabajo y su organización*³⁴.

Conjuntamente es significativo señalar que el estudio de los problemas de salud mental desde esta concepción fue abordado por E. Goffman en los 60's, proponiendo el concepto *carrera moral del enfermo* que considera los primeros efectos de la institucionalización sobre las relaciones sociales que el individuo mantenía antes de ser internado³⁵.

Sin embargo, en este trabajo se siguió la propuesta conceptual de Mckinlay, el cual propone el término *la 'carrera de búsqueda de ayuda'* definida como *secuencia de etapas típicamente pasadas por un individuo con algún problema real o percibido que está en camino al tratamiento formal, rehabilitación, o quizás muerte*³⁴.

El planteamiento de Mckinlay permite la exploración del enfrentamiento a la enfermedad que tienen las personas, expone la lucha por la búsqueda de la salud en sitios extra-hospitalarios y sin profesionales sanitarios, da visibilidad a acciones personales de curación que corresponden con su manera de vivir y con los que los rodean. Por lo que para conocer esta propuesta conceptual se pretendió

armonizar conjuntamente con los conceptos: padecer y malestar emocional ya que siguen una perspectiva que explora la enfermedad también desde las personas, sus circunstancias y sus contextos, bajo los lentes sociales, culturales y a partir de su vida cotidiana. En el siguiente capítulo se exponen estudios que se encargan de ocupar la perspectiva del malestar emocional para comprender los problemas de salud mental.

VI. Revisión de la literatura

Como se ha señalado, los problemas de salud mental pueden ser abordados por perspectivas diferentes y en este trabajo se utiliza la noción del malestar emocional para acercarnos a ellos. Así, en este apartado se presenta una revisión acerca de las investigaciones realizadas por autores que buscan comprender los malestares emocionales que presentan las personas en la vida cotidiana y que se enfocan en observar los aspectos socioculturales de estos.

Por principio, es importante enunciar que el malestar emocional ha sido estudiado de manera sobresaliente en América Latina¹², los trabajos de investigación hacen hincapié en las quejas de los pacientes y su malestar y no solo el síntoma que el médico explora, permitiendo así, la visibilidad de situaciones de malestar que quedan fuera de una clasificación diagnóstica y atención sanitaria.

Estudiado en diferentes poblaciones (embarazadas¹², mujeres^{31, 32}, estudiantes adolescentes³⁶, reclusos³⁷, hombres³⁸)^{14, 33, 39} los problemas de salud mental desde la perspectiva del malestar emocional han descubierto numerosas manifestaciones que pueden ser emocionales y/o clínicas, en cuanto a las primeras principalmente se encuentran: consumo de drogas, violencia, nervios, estrés, mal humor, ansiedad, sentimientos de soledad y demás sintomatología emocional. Las manifestaciones clínicas o en el cuerpo expresadas son: “colitis nerviosa por una sorpresa y preocupaciones”, “úlceras por estrés”, “nervios por problemas de trabajo, problemas familiares o problemas amorosos”, “diabetes por un coraje”, “dolores de cabeza muy fuertes”, “no come por las preocupaciones” “cefaleas de tensión”³³. Lo que destaca de estos estudios en relación al malestar emocional es cómo las personas explican, nombran y relacionan las manifestaciones físicas con problemas que enfrentan en su cotidiano.

También los estudios feministas *han contribuido en gran medida a la comprensión, abordaje y atención del malestar emocional*^{10, 12, 25} esto ha sido porque la literatura señala que la sensación del malestar es más frecuente en mujeres, lo que ha llevado a proponer su propio concepto “síndrome de malestar de las mujeres” que

se define como *una sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuentra dentro de los criterios clásicos de enfermedad, sino que se corresponde con conflictos psicosociales*³¹. En México, otras investigaciones^{12, 32} apoyan lo anterior, destacan que el rol que juegan las mujeres socialmente se asocia al malestar emocional, ya que pareciera que el hecho de atender las necesidades de los otros antes que las propias, provoca mayor número de responsabilidades y obligaciones asignadas a su género y por consecuencia, el sentir de este malestar.

Otro tanto puede decirse también del malestar emocional estudiado en el primer nivel de atención, Aguiló Pastrana investigadora en este contexto refiere la importancia de estudiar el malestar emocional debido a que tiende a ser medicalizado sin ser patológico, lo que representa un problema relevante de la atención primaria, pues genera sufrimiento, hiperdemanda y quejas múltiples, tanto por los pacientes como por los profesionales de salud, dado que no son específicos de su área, sino de carácter histórico-social. Esta autora refiere que los malestares de la vida cotidiana *engrosan la cultura de la queja, atraviesan y saturan las consultas de atención primaria*⁴⁰. En este escenario y nuevamente la población femenina no habla de manera directa sobre sus malestares, ni de sus preocupaciones y sufrimientos por vergüenza, además que el personal de salud de atención primaria no pregunta sobre su vida cotidiana; conjuntamente las pacientes perciben a estos profesionales como más interesados en abordar los síntomas físicos y concluir rápidamente la consulta antes que conocer sus historias de vida³².

Son las causas del malestar emocional en donde los trabajos de investigación ponen mayor énfasis de estudio y abordaje, puntualizan que los problemas de salud mental son reflejo de las constantes crisis económicas, sociales y morales que sufre y ha sufrido la población¹³ pues estas explican los conflictos inconscientes frente a situaciones de vulnerabilidad³¹. Sus hallazgos especifican como factores de riesgo y/o causales: la falta de apoyo social, la carga de trabajo, los problemas financieros, las condiciones de género y su implicación estructural

social, los conflictos familiares, de pareja, en el desarrollo humano o problemas escolares, así como diferentes eventos de vida por ejemplo: el envejecimiento, el embarazo no deseado, la enfermedad crónica personal o de alguien cercano y el desempleo^{12, 32, 41}. Ilustrando mejor la causalidad sociocultural, Patel V y Kleinman A⁴² hicieron una revisión de revistas en inglés y tres informes globales de salud mental en donde identificaron 11 estudios en inglés hechos en países de ingresos bajos y medianos los cuales, buscaron explicar la asociación de la pobreza con los problemas de salud mental. Lo que encontraron fue mayor vulnerabilidad para presentar alguna enfermedad mental en factores socio-culturales como: bajos niveles de educación, inseguridad económica, desesperanza, cambios repentinos en los estilos de vida, el aumento de los costos de la atención médica, el debilitamiento de los lazos familiares, la migración a las zonas urbanas para trabajos temporales o estacionales, las desigualdades de ingresos, la violencia, la mala salud física y el género. Los resultados de estos estudios evidencian como el malestar aparece en la vida cotidiana, en el acontecer de sus relaciones familiares y necesidades personales derivadas de las situaciones sociales que los rodean.

Por su parte, en Reino Unido⁴³ un grupo de psicólogos llamado Psychologists for Social Change (Psicólogos por el cambio social) han trabajado en cómo los cambios sociales y económicos tienen efectos en la salud de las personas. Han evidenciado el vínculo de las políticas públicas, como la austeridad, con los problemas de salud mental. Señalan formas específicas en que la austeridad tiene un impacto en la salud mental y las nombran “Austerity Ailments” (que se puede traducir como: Dolencias de la austeridad) estas son:

1. Humillación y vergüenza
2. Miedo y desconfianza
3. Inestabilidad e inseguridad
4. Aislamiento y soledad
5. Estar atrapado e impotente

Estas cinco “dolencias” son indicadores de problemas en la sociedad, de política pública venenosa, debilidad de la cohesión social y las desigualdades en el poder y riqueza. Además indican que otros problemas se avecinan para el futuro.

Por último, es importante señalar que los estudios no hacen referencia a tratamientos farmacológicos. La intervención que proponen se basa en atacar los factores de opresión de género, familiar y social, bajo prácticas de empoderamiento de la persona y ponen énfasis en la comprensión de la condición social y la subjetividad¹², lo hacen en atención primaria, con psicoterapia, terapia de resolución de problemas, escuela de padres; también formando grupos de adolescentes, hombres y mujeres, escuchando, dando voz a las personas con sus circunstancias de vida que afectan su salud.

Como se puede ver, el malestar emocional ha sido abordado desde la necesidad de buscar y entender nuevas formas de expresión del proceso salud-enfermedad, que impactan tanto en el sujeto como en su grupo cercano y estos tienen estrecha relación con el contexto social, cultural y económico.

VII. Metodología

a. Diseño

En este capítulo se describe el plan asumido para lograr los objetivos anteriormente enunciados.

Esta investigación se desarrolló en base a un enfoque cualitativo exploratorio, lo cual significa en el ámbito de la salud, según Peláez y Burgo, que su característica principal es *la obtención de respuestas acerca del significado y el sentido que tiene el proceso salud-enfermedad*⁴⁴, es decir conocer lo que entienden y cómo se explican las personas sus padecimientos o malestares. Particularmente la elección de este abordaje es debido a que esta metodología ofrece recuperar el punto de vista del actor explorando su mundo subjetivo⁴⁵, en este caso ocho personas en su primer acercamiento a los servicios de salud mental. Se exploraron sus significados sobre padecer malestar emocional y la manera en que lo viven. Desde este paradigma cualitativo se pretendió comprender el padecer malestar emocional de las personas que acudieron por primera vez a la clínica de salud mental Ramón de la Fuente para demandar atención, tratando de conocer el contexto social que les rodeaba a los entrevistados y la cotidianidad de su malestar emocional.

b. Escenario

Clínica de salud mental “Ramón de la Fuente” en Toluca, Estado de México.

El Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) coordina las acciones en el área de salud con los Sistemas Municipales del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para brindar atención médica en 4 aspectos importantes: prevención de las adicciones y atención primaria a la salud; atención odontológica y unidades móviles; atención a la discapacidad; y atención a la salud mental. En cuanto a esta última y a nivel estatal se encuentra la clínica de salud mental “Dr. Ramón de la Fuente”, que fue inaugurada en 1981 como Unidad de Salud Mental y en 1985 cambió de nombre por “Clínica de Psicoterapia Familiar”, con el objeto de proporcionar atención integral en salud mental dirigida de manera fundamental a la familia, y finalmente en el año 2001 adquirió el nombre actual. La clínica de salud mental “Ramón de la Fuente” tiene el objetivo de dar una atención profesional a los problemas de Salud Mental, por lo que otorga únicamente los servicios de consulta externa en las áreas de psicología y psiquiatría para niñas, niños, adolescentes y adultos de escasos recursos en áreas rurales o urbano-marginadas y que carecen de seguridad social.

La Clínica cuenta con diez psicólogos, tres psiquiatras y una trabajadora social. Actualmente atienden en promedio 60 pacientes al día. Tratan desde dificultades para adaptarse a la vida cotidiana, trastornos adaptativos, enfermedades como depresión, ansiedad, psicosis y trastornos de personalidad. Cuentan con terapia individual, de pareja y grupos de pacientes, también con grupos psicoeducativos dirigidos a la familia para que conozcan la enfermedad y adquieran habilidades para ayudar a su familiar. En psicoterapia trabajan bajo el consentimiento del paciente y toda situación que ponga en riesgo la vida se atiende hasta estabilizar a la persona, para después canalizarla al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para atención psiquiátrica. La Clínica también cuenta con farmacia abierta a todo el público que vende el medicamento a menor costo.

Por último, debido a que en este trabajo se enfocó a personas que acudieron por primera vez a demandar consulta, es necesario resaltar que éstas se atienden en el área de pre-consulta. En la pre-consulta, un psicólogo realiza una entrevista con el paciente para elaborar un reporte diagnóstico, mismo que sirve de referencia para el otorgamiento de la consulta subsecuente, ya sea con el área de psicología o de psiquiatría (de acuerdo a la valoración inicial), y/o la canalización a otra institución, que puede ser a un hospital psiquiátrico o a una institución que corresponda a la seguridad social de la persona.

c. Criterios para la elección de los participantes

Para la selección de los informantes se utilizó la estrategia de muestreo intencional. Es importante señalar que, en la investigación cualitativa, las muestras intencionales pueden trabajarse con pocas unidades de observación⁴⁶, por lo que se trabajó con ocho participantes como ejercicio para obtener el grado de maestría y además que la obtención de entrevistas se dificulta por ser un ambiente reservado en donde los pacientes buscan discreción. Aun así se buscó seleccionar los casos que pudieran caracterizar al objeto de estudio y brindar información profunda ayudando a lograr los objetivos del estudio. De tal forma que, para los fines de esta investigación, la selección fue en base a las características a continuación mencionadas:

Mujeres u hombres mayores de 18 años, asistentes por primera vez a la Clínica de Salud Mental Ramón de la Fuente, sin haber recibido atención médica psiquiátrica o psicológica, sin diagnóstico psiquiátrico asignado, que aceptaran participar en el estudio y tuvieran la capacidad mental* para decidirlo.

* Entendida como la habilidad del sujeto para entender la información y visualizar las consecuencias de su decisión y las opciones que hay alrededor de la misma⁴⁷.

d. Recolección de datos

Se contemplaron tres estrategias para recolectar los datos:

- a) Entrevista semiestructurada: permitió recoger datos sobre el contexto y la forma en que el entrevistado entiende el tema en discusión y lo que quiere transmitir al entrevistador; la técnica también permite que los entrevistados respondan en sus propios términos⁴⁸. Para ello, se realizó una guía de entrevista, los temas se eligieron con el propósito de comprender dos aspectos: a) la percepción del malestar emocional; y, b) las acciones emprendidas para enfrentarse a este. Estas conversaciones fueron grabadas previa autorización del informante y también se realizaron notas (ver anexo 1).
- b) Notas de campo: este recurso ofreció la posibilidad de registrar en papel todo lo que se podía recordar sobre lo observado, como: descripciones de personas, acontecimientos, conversaciones, las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis de trabajo, secuencia y duración de acontecimientos o conversaciones y la estructura del escenario ⁴⁹.
- c) Memos: sirvieron para ayudar a elaborar los “saltos” conceptuales de datos en bruto a las abstracciones que explicaron los fenómenos de investigación en el contexto en el que se examinaron⁵⁰. Es por eso que la producción y uso de memos ocurrió en el proceso de abstracción para indicar el vínculo de ideas entre categorías.

e. Rigor metodológico

El rigor en cuanto a métodos cualitativos se estableció en la medida que la investigadora se evidenció como instrumento y dan cuenta de la actividad científica desde su perspectiva. Es por esto que en el siguiente apartado se expone la reflexividad, la auditabilidad y la transferibilidad, para evidenciar la calidad científica en este trabajo ⁵¹⁻⁵⁴.

Reflexividad

Realizar una investigación sobre los problemas de salud mental siendo una enfermera con especialidad en esta área y con práctica profesional psiquiátrica hospitalaria, en la cual muchas veces me esforcé para ejecutar intervenciones con apego riguroso al tratamiento y concientizar a los pacientes sobre su enfermedad mental, llevaría a pensar que mi posición en esta investigación es tratar de entender los problemas mentales desde la psicopatología, sin embargo mi acercamiento con las personas que padecen una enfermedad mental me ha enseñado que no basta (y en ocasiones perjudica) el entendimiento clínico-biológico de los procesos salud-enfermedad, que muchas veces los términos que ocupaba para describir su estado de salud impactaba en cómo esos pacientes eran tratados en el ambiente hospitalario y excluidas en sociedad, porque en muchos casos los medicamentos que les daba les impedía tener un empleo o realizar actividades básicas como cualquier otra persona. Estas revelaciones se mantuvieron latentes pero muy ocultas en mí durante mi formación en la especialidad en salud mental, realmente salen a la luz cuando me encuentro con otras perspectivas a los problemas de salud mental; planteamientos como la anti psiquiatría, la perspectiva antropológica y social de los problemas que afectan la vida de las personas que no parten de la enfermedad y excluyen criterios de anormalidad en su entendimiento. Mi mirada ahora se realiza desde la recuperación de las expresiones de las personas sobre el malestar emocional para entender y atender aspectos que van mal en su vida, que son reflejo de circunstancias sociales y culturales que los aquejan desde ese contexto pueden

acceder o no a la atención institucional pública y a sus prácticas culturales de sanación. Por último, la comprensión del malestar emocional, se vio influenciado en el proceso de esta investigación por la asesoría que obtuve en este trabajo por dos especialistas desde las áreas de psicología y antropología.

Auditabilidad

Se llevó a cabo el registro y la documentación de cada decisión sobre la investigación a través de un diario de campo, se grabaron las entrevistas y se transcribieron cada una de ellas para permitir a otros investigadores con perspectiva similar a la nuestra seguir el camino de lo que construimos.

Transferibilidad

El grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos. Por lo que en este trabajo se describió en términos de población que atiende y servicios que brindaba la clínica de salud mental “Ramón de la Fuente” así como las características y contextos de las personas que acudían a ella por primera vez.

De esta manera en esta investigación trabajamos para asegurar el logro de rigor con criterios asumidos durante todo el estudio.

f. Consideraciones éticas

Para dar conformidad a las consideraciones éticas de esta investigación se recurrió a adoptar los códigos, informes, declaraciones y leyes que enmarcan una serie de principios para proteger los derechos y la seguridad de las personas que participaron en la investigación.

La Declaración de Helsinki, resalta que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario de la persona, esta debe tener capacidad legal, ser capaz de ejercer una elección libre, sin que intervengan elementos de fuerza, fraude, engaño, coacción, u otra forma de constreñimiento⁵⁵. Se realizó el consentimiento informado para garantizar que todos los participantes hubieran comprendido la naturaleza de su participación, suficiente información sobre duración y fines del estudio, así como los posibles beneficios; de igual forma se les precisó en la confidencialidad del estudio y la posibilidad de denegar o retirar su participación en cualquier momento, dando respuesta así, a lo también planteado en los principios éticos para la investigación en la ENEO⁵⁶.

Imprescindible fue el acercamiento con las personas que participaron en el estudio, mostrando respeto y agradecimiento por su participación.

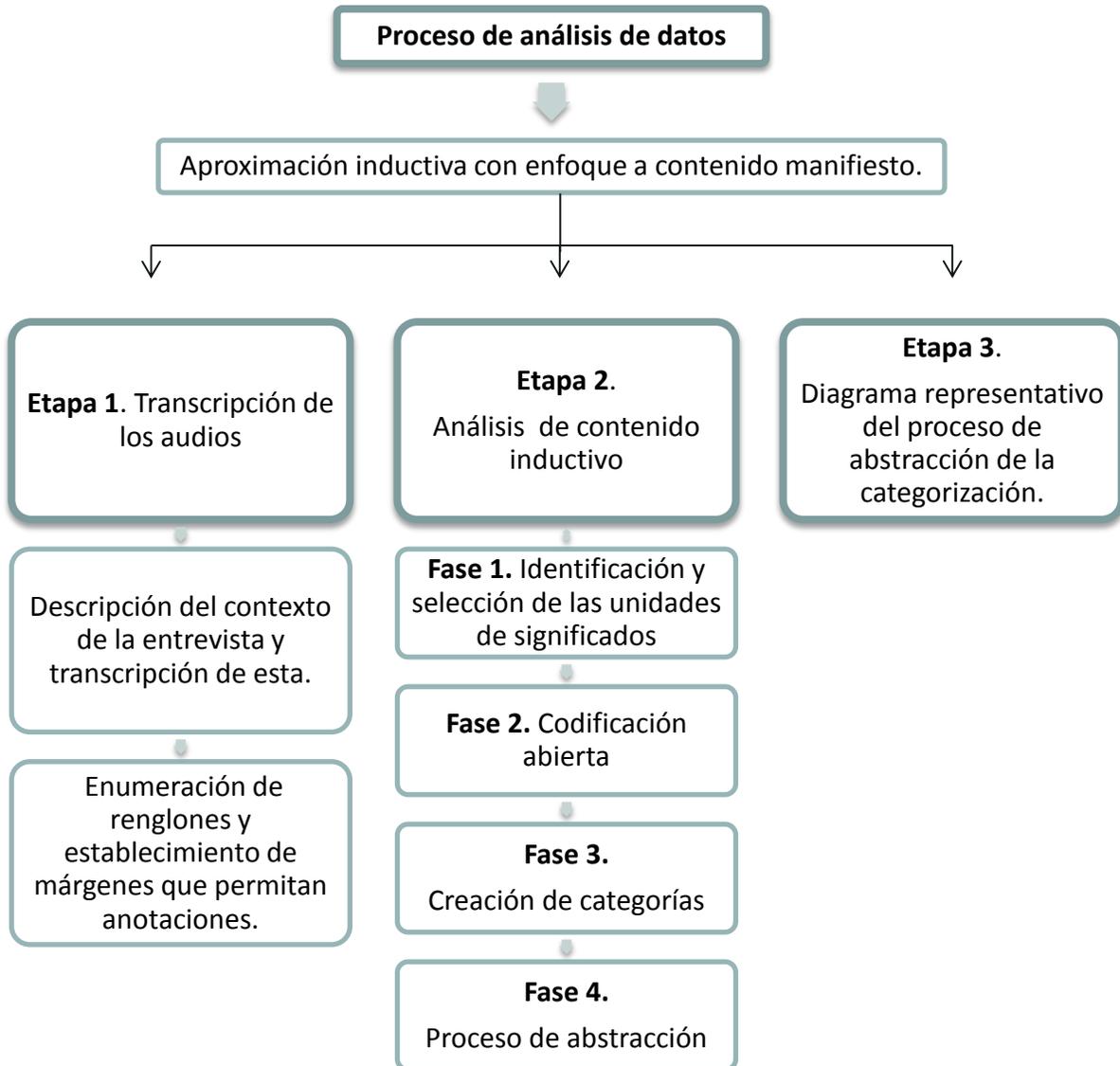
Se cubrieron los aspectos éticos de la investigación, sobresaliendo los criterios de respeto a la dignidad, a sus derechos y al bienestar de los sujetos de estudio.

g. Proceso de análisis de datos

Este apartado ilustra detalladamente el proceso de análisis cualitativo de los datos llevado a cabo para lograr comprender el padecer malestar emocional, cabe mencionar que se usaron diferentes estrategias analíticas propuestas por diferentes enfoques que se encuentran en la literatura metodológica cualitativa; por lo que se exponen los conceptos y etapas del análisis realizadas para de esta manera reflejar el rigor metodológico en este trabajo de investigación.

En busca de un tipo de análisis minucioso, se desarrolló el análisis de contenido de manera inductiva, describiendo los componentes visibles para tener un *enfoque al contenido manifiesto*⁵⁷. Este proceso de análisis cualitativo se compuso con algunas estrategias analíticas puntualizadas por autores como Elo y Kingäs⁵⁸, Graneheim y Lundman⁵⁷, Coffey y Atkinson⁵⁹ y Strauss y Corbin⁶⁰, estos autores proponen diferentes guías y procedimientos para desarrollar el análisis de manera inductiva. A continuación se detalla la sistematización de cada etapa de este proceso analítico (ver diagrama 1).

Diagrama 1. Proceso de análisis de los datos



Fuente: elaboración propia

Etapa 1. Transcripción de los audios. Etapa en la cual se transcribieron las grabaciones de las entrevistas, antes de la transcripción, se elaboró un documento en word describiendo el contexto de la entrevista, contiene información sobre la fecha, hora de inicio, hora de término, personas presentes y lugar de la entrevista, así como seudónimo de identificación, número de sesión, descripción de la negociación y de sucesos antes, durante y después de la entrevista. Posteriormente en la transcripción de la entrevista se identificó con una “I” al entrevistador y para identificar al entrevistado una “E” acompañado del número de entrevista (ejemplo E01).

La entrevista se preparó en columna de 12 cm central para enumerar cada renglón, agilizar posteriormente la localización de los datos y realizar anotaciones en los márgenes. En esta etapa se dio una revisión y relectura de cada entrevista, buscando exactitud en la transcripción.

Etapa 2. Análisis de contenido inductivo: en esta etapa se realizó el *proceso de abstracción* para ello se dio una vez más lectura de las transcripciones de las entrevistas con la intención de observar instancias particulares (enfoque inductivo) para después combinarlas en una totalidad⁵⁷, a continuación se detalla cada paso que se siguió:

Fase 1. Identificación y selección las *unidades de significado*: se dio lectura línea por línea a cada entrevista, distinguiendo con colores las palabras, frases o párrafos que contienen aspectos relacionados entre sí.

Fase 2. Codificación abierta: nuevamente se realizó relectura de cada unidad de análisis y se anotaron tantos encabezamientos como fue necesario en los márgenes de las unidades de significado identificadas para describir todos los aspectos del contenido del proceso de abstracción.

Fase 3. Creación de categorías. Incluyó la creación de *códigos, categorías, subcategorías* y *temas* para identificación de diferentes niveles⁵⁸ de condensación de los datos, *en donde:*

Los códigos se dividieron en *códigos vivos* y *códigos sustantivos*. El término *códigos vivos* se refiere según Strauss (1987)⁶⁰ a los que se

derivan de los términos y el lenguaje empleados por los actores sociales en el transcurso de la entrevista; y códigos sustantivos se refiere como los que reflejan los intereses conceptuales según Coffey y Atkinson (2003)⁵⁹.

Algunas categorías están divididas en subcategorías.

Los temas incluyeron a las categorías y expresaron los tres tópicos para comprender el padecer del malestar emocional.

Fase 4. Proceso de abstracción. Clasificación, concentración y organización de los códigos, categorías y temas en una matriz realizada en Excel (ver ejemplo en anexo 3) en donde se agregaron: memos conceptuales que hicieron referencia a nuevas conceptualizaciones y preguntas o respuestas que se relacionaron al marco conceptual; memos reflexivos que trataron también de nuevos planteamientos relevantes o nuevas preguntas sobre los datos que emergen de los informantes; y descripciones iniciales⁵⁹.

Etapas 3. Diagrama representativo del proceso de abstracción de la categorización. Para finalizar se fue sintetizando y exponiendo el proceso de los temas, categorías y subcategorías en un diagrama (ver diagrama 2).

VII. Resultados

a. Características generales de los participantes

Las principales características de los participantes se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Características generales de los participantes

Informante	Sexo	Edad	Ocupación	Religión	Escolaridad	Edo. Civil	Persona que lo acompaña al CSMRF	Tiempo con el ME
1	M	36	Taxista	Católica	Técnica	Casado	Papá	>20 A
2	M	31	Campeño	Católica	Secundaria	Casado	Tío	9 A
3	M	57	Contratista	Católica	Secundaria	Casado	Esposa	> 3 M
4	M	27	Hojalatero	Católica	Bachiller	Casado	Mamá	2 A
5	F	23	Empleada	Católica	Secundaria	Viuda	Hermana	2 A
6	M	21	Empleado	Católica	Bachiller	Casado	Esposa	> 1 A
7	F	25	Comerciante	Católica	Secundaria	Casada	Hermana	3 M
8	F	53	Maestra	Católica	Posgrado	Soltera	Amigo	> 48 A

Los entrevistados fueron cinco hombres y tres mujeres (ver tabla 1), su edad osciló desde los veintiuno hasta los cincuenta y siete años. Solo una informante es profesionista con estudios de posgrado; los demás desempeñan oficios y cuentan con estudios desde secundaria hasta carrera técnica. Un hombre y una mujer no tenían empleo al momento de la entrevista y solo el varón refirió haber decidido dejar de trabajar por causa de su estado de salud. La mayoría son casados exceptuando dos mujeres, siendo una de ellas viuda y la otra soltera.

Debido a que es un requisito para recibir atención en el centro de salud mental Ramón de la Fuente, todos acudieron acompañados en su mayoría de familiares excepto la mujer profesional que acudió con un amigo. Por último, el tiempo con

malestar emocional referido por los participantes abarca desde los tres meses hasta los cuarenta y ocho años.

b. Presentación de los casos

E01: es un taxista de treinta y tres años, residente de la ciudad de Toluca. Refiere más de veinte años con malestar emocional. En su niñez su padre y su hermano partieron a Estados Unidos en busca del “sueño americano”, su madre no le dedicaba mucho tiempo por la responsabilidad de mantener a la familia y cuidado de su hermano menor. Cuenta que desde los catorce años empezó a sentirse muy solo, este sentimiento lo ha acompañado hasta la actualidad. Se casó y tuvo dos hijos pero ahora vive con sus padres pues se encontraba separado de su esposa ya que sentía un profundo desánimo que lo llevaba a tomar alcohol o a no salir a trabajar. Por voluntad propia acudió al centro de salud mental en busca de una explicación de lo que le está pasando.

E02: es un jornalero campesino de treinta y un años, nacido en el municipio de Oztolapan, casado con dos hijos, el menor de ellos sufre de crisis convulsivas, el informante refiere que inició con malestar emocional desde el nacimiento de este hijo. Desde hace dos años se mudó a vivir a Toluca junto con su familia para darle mejor atención médica a su hijo enfermo. Ha trabajado en el campo y en la mina, nunca ha tenido seguridad social, refiere tener muchas deudas y problemas económicos, en el momento de la entrevista no tenía trabajo porque decidió renunciar para atender su actual estado de salud. En muchas ocasiones presentaba dificultad para respirar y dolores en el pecho por lo que acudía a hospitales y con médicos, se realizaba análisis y no le encontraban alguna enfermedad física. Por decisión propia acudió al centro de salud mental porque pensaba que tenía un trastorno de ansiedad.

E03: es un contratista que reside en Metepec, Estado de México, tiene 57 años. Hace más de dos años se trajo a vivir a su padre para cuidarlo, sin embargo fallece en un lamentable accidente en casa. En un principio “D” relata que estaba triste con un pesar “normal”, después de tres meses comienza a sentir algunas

molestias en el corazón por lo que se realiza un chequeo médico obteniendo buenos resultados de salud. Por otro lado, también se empezó a sentir muy decaído con poca motivación, razón por la cual ha disminuido su rendimiento en el trabajo y en las actividades de la vida diaria. El informante asocia todos esos cambios de salud con la muerte de su padre y es por eso que acude al centro de salud mental en busca de atención.

E04: es un hojalatero de veintisiete años de edad, vive en Toluca, es papá de cuatro hijos, los primeros tres los tuvo con su exesposa y la última hija con su actual pareja. Cuenta que empezó a tomar y abusar de la ingesta del alcohol después de su divorcio debido a que se enteró de que su exesposa le fue infiel con su primo. Ahora él vive con una nueva pareja y todos sus hijos. Refería sentir mucha culpa por su comportamiento cuando se encontraba alcoholizado, pues dejaba de dar para los gastos de la familia y se sentía un mal ejemplo para sus hijos. Fue su mamá la que lo acompañó al centro de salud mental para que buscara atención voluntaria por primera vez.

E05: tiene veintitrés años, trabajaba como despachadora de pan, vive con su hija en Toluca. A raíz de la muerte de su esposo se había sentido muy sola y desmotivada, poco a poco fue perdiendo relación con amigos y familia. Los días, los pasaba en cama y relataba que comía mucho pero recientemente encontraba consuelo en la bebida, refería haber entrado en depresión a tal grado de intentar quitarse la vida dos veces estando su hija pequeña presente. Estos dos intentos suicidas llamaron la atención de la familia para presionar a "E05" en buscar ayuda, por lo que ahora la informante acude a la clínica de salud mental para evitar que su familia la interne en un anexo de alcohólicos anónimos.

E06: es un joven de veintiún años, vive en Toluca. Actualmente necesita de la ayuda de su esposa para trabajar en una farmacia debido que a partir de un accidente laboral que lo asustó mucho ha perdido cinco trabajos. Creció en una familia con un ambiente hostil y de peleas, de pequeño su mamá lo reprendía de manera muy severa, en ocasiones llegaba a perder el control ejerciendo violencia física poniendo en riesgo la vida del informante. Refiere incontrolables episodios

de pánico, aunque relata que de pequeño los podía controlar, también a veces sentía molestias físicas como opresión en el pecho y dificultad para respirar. Ha acudido a muchos lugares y personas en busca de ayuda pero no ha logrado estar “bien al cien por ciento”, fue al centro de salud mental en compañía de su esposa pues pensaba que podía recibir un tratamiento que lo cure.

E07: tiene veinticinco años, es comerciante. Creció en un ambiente de violencia intrafamiliar, sufrió la muerte de un sobrino y el abandono de su padre porque decidió irse con su amante. Tenía una pareja la cual le fue infiel en varias ocasiones y era consumidor de marihuana. Hace dos años perdieron a una bebé mientras estaba embarazada, este hecho lastimó mucho a la informante y ocasionó que su pareja se acercara más a ella, después de dos años de intentar ser padres de nuevo, dio a luz a su segundo hijo, la informante estaba muy contenta pero al mes de nacido su bebé sentía rechazo hacia él, refiere haberlo lastimado dos veces, en una ocasión por tratar de evitar lastimarlo intentó quitarse la vida, arrepintiéndose en un último momento corrió a pedir ayuda con su familia y la llevaron a un médico de farmacia el cual la canalizó al centro de salud mental.

E08: es una maestra destacada de cincuenta y tres años. Es madre de tres hijos. Narra en la entrevista que en su infancia sufrió de violencia física por parte de su abuela, que su madre era muy amorosa y su padre muy desapegado. Su crianza en el hogar era apegada a concepciones religiosas de pecado y castigo, lo que le causó un choque cultural con la educación que recibió en la escuela. Refiere haber vivido con miedos y pensamientos que la atormentaban la mayor parte de su vida. Tenía relaciones sexuales con parejas pasajeras, nunca se casó, se esforzaba por superarse como maestra y darles lo mejor a sus hijos. Cuando llegó a la clínica de salud mental lo que le preocupaba era que sus problemas mentales ya estaban afectando su salud física y quería encontrar una solución.

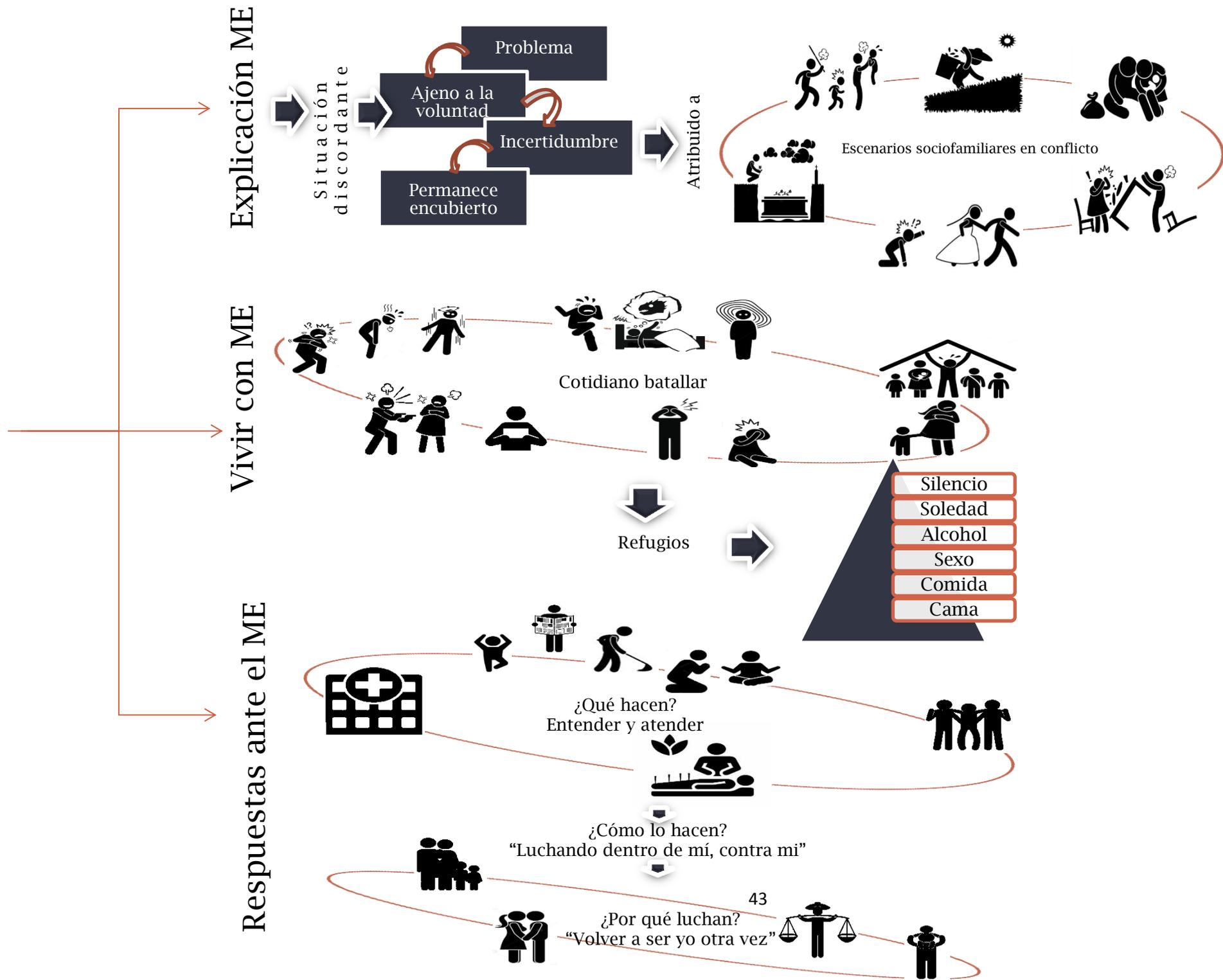
c) Hallazgos

Para explicar la experiencia del malestar emocional se identificaron tres tópicos centrales que dan cuenta en cómo los entrevistados explican, viven y responden ante el malestar emocional, estos, se desarrollan en ese orden en los siguientes ejes temáticos:

1. Explicación del malestar emocional
2. Vivir con malestar emocional
3. Respuestas ante el malestar emocional.

Por lo que en este apartado se describe detalladamente estos tres ejes y sus categorías correspondientes (ver diagrama 2):

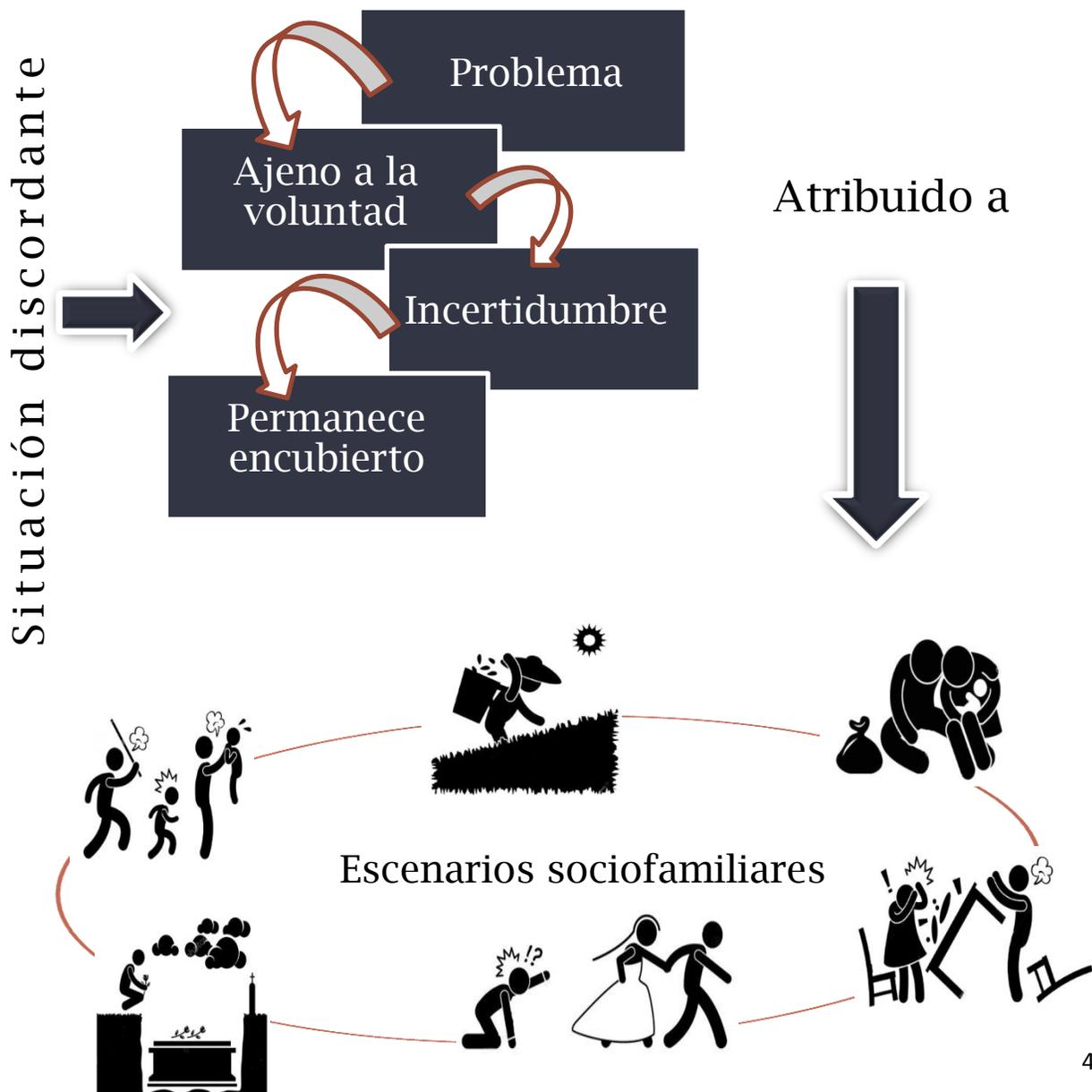
Diagrama 2. Experiencia del malestar emocional



Tema 1. Explicación del malestar emocional

Este primer tema explica el malestar emocional desde la interpretación de los informantes. De las entrevistas, dos tópicos en común explican el malestar emocional, por un lado, cómo los participantes entendían lo que les estaba pasando y por el otro lo que creían que lo ocasionó (ver diagrama 3). De esta manera, es que en este primer eje temático se desarrolla la caracterización del malestar emocional, a partir de los cambios en salud mental y/o física que les motivó a pedir ayuda psicológica.

Diagrama 3. Explicación del malestar emocional



Categoría 1.1 Una situación discordante

En cuanto a cómo entendían lo que les estaba pasando, los entrevistados hacía tiempo que se habían dado cuenta de que algo no estaba bien con ellos, algunos años y otros días (ver tabla 1 de características de los participantes). Explicaban de diferente manera lo que les estaba sucediendo, sin embargo fue posible interpretar que para los informantes los cambios en su salud mental se exponían como una situación discordante porque representaba: un problema, una situación de incertidumbre, que “sienten” ajena a su voluntad y la consideran encubierta. Estas cuatro características se detallan a continuación:

Subcategoría 1.1.1 Problema: “tengo muchos problemas emocionales y tal vez mentales”

El malestar emocional en este trabajo se conciben como una situación discordante pues en primer lugar los informantes referían tener un problema, usaban esta palabra frecuentemente en el desarrollo de las entrevistas para nombrar un padecer que muy pocas veces lo declaraban como trastorno o enfermedad indicando algo que no podían definir, la palabra problema se empleaba como sustituto de su “locura”, la empleaban en forma posesiva dando entender que es un conflicto que les pertenece, por ejemplo el siguiente informante dijo: “... *la primera vez acudí al DIF por **mi problema**, después de ya un año de tenerlo...*” (H, empleado de farmacia, 21 años). El uso de esta palabra sugiere que el malestar emocional es algo que necesita ser resuelto o que requiere de una explicación, expresa una necesidad de obtener algún tipo de respuesta a algo que les estaba pasando.

Estos problemas se referían a manifestaciones físicas en el estado de salud, como un informante lo refiere: “... *hay ocasiones que tengo dificultad para respirar, me siento muy, que me falta, que no me llega oxígeno a los pulmones...*” (H, jornalero campesino, 31 años); y/o cambios emocionales como otra participante identificaba: “...*vengo aquí porque **tengo muchos problemas** emocionales y tal vez mentales...*” (M, maestra, 53 años). Lo anterior revela parte del porque los

informantes se acercaban al área de salud, el problema que se presenta en el cuerpo tendría que ser atendido por un profesional que se dedique a atenderlo.

Subcategoría 1.1.2 Incertidumbre: “ay Dios mío pero ¿qué tengo?”

La incertidumbre es otra característica del malestar emocional de acuerdo a las entrevistas, las personas relataban su desconcierto ante las manifestaciones o cambios en su salud mental. Entonces se interpreta que el malestar emocional produce un estado de constante auto-cuestionamiento de ¿qué está pasando? ¿por qué está pasando? Así lo narra el siguiente testimonio, en dónde no solo a la persona entrevistada se le hace extraño lo que le está pasando, sino también es incomprensible por los que se encuentran a su alrededor:

*“... de un día para otro se iban todos, se iba él y me daba miedo, mucho miedo, y yo decía, pero **¿por qué?** En mi misma decía: **¿Pero por qué me siento así? ¿Qué me está pasando?**... y yo decía: ay Dios mío pero **¿qué tengo? ¿Qué tengo?**... le dije a mi pareja: sabes qué, le digo, yo me voy a ir con mi mamá, y me dice: ¿por qué? **¿Qué te está pasando? ¿Por qué lloras mucho?** Le digo: no lo sé, no lo sé. ¿Sabes qué? le digo, cuando tú te vas, me dejan sola, tengo mucho miedo de quedarme sola, me da mucho miedo, me da pavor, siento como si le fuera a pasar algo a mi hijo. Y siento como si me fuera hacer daño a mí misma, **no sé... no sé qué me está pasando...**” (M, comerciante-ambulante, 25 años)*

Subcategoría 1.1.3 Ajeno a la voluntad: “no va con mi forma de ser”

Otra característica del malestar emocional que permitió identificarlo como una situación discordante es que se explicó en las entrevistas como algo ajeno a su voluntad, lo que están pasando y/o las manifestaciones que presentan del malestar, las declaran como extrañas a lo que ellos son, como lo explica el siguiente testimonio: “...es un desgano, un desánimo, **no va con mi forma de ser...**” (H, contratista, 57 años), Incluso una informante expone como su malestar emocional se le hace externo en su ser: “...por eso te digo que es como algo espiritual y es **como si fuera otro yo** dentro de ti...”. Así también en ocasiones

sus allegados tampoco los reconocen en su malestar emocional: "... pues ella [su hija] era la que me decía: mamá échale ganas, **sí tú no eras así**" (M, despachadora de pan, 23 años). Es importante señalar que lo que expresaron las personas sobre sus problemas de salud mental es que son circunstancias ajenas a su voluntad y muchas veces es eso lo que se les exige para alcanzar su bienestar, como si la solución estuviera en ellos y el esfuerzo que pudieran hacer por estar bien.

Subcategoría 1.1.4 Permanece encubierto: "los problemas están como escondidos ¿sabes? Como por abajo"

Adicionalmente, otra peculiaridad del malestar emocional es que "permanecía encubierto" pues cinco de los informantes también contaron cómo sus problemas de salud mental estaban de una u otra manera escondidos. Por ejemplo, en un principio explicaban como el estado físico ocultaba los problemas de salud mental, tener signos vitales estables o incluso si presentaban alguna molestia o alteración corporal desviaba su atención tratando de encontrar una explicación física y descartando que algo les ocurría emocionalmente como se expone en el siguiente relato: "... siempre yo tenía esa mentalidad, que mi problema era ese, era del trastorno, **pero como mi corazón me decía otra cosa** y mi respiración me decía otra cosa, pues yo me preocupaba, de mi aspecto físico de mis órganos..." (H, jornalero-campesino, 31 años). No solo el estado físico encubre el malestar emocional también se hace invisible cuando una persona tiene un buen desarrollo social tanto en su vida personal como profesional así lo explicó una informante que ha sobresalido en su carrera y es madre de tres hijos:

"... sabes, es como un miedo inconsciente, es como un miedo **que está como oculto**, yo no soy especialista ni mucho menos pero yo me imagino en mi vida como si mi mente fuera como **por capas** y entonces si yo lo razono actualmente no tengo ningún miedo puedo hacer una vida perfectamente feliz; tengo hijos exitosos... en realidad si yo me ubico en una realidad no tengo ningún problema, no tengo ningún problema, **los**

problemas están como escondidos ¿sabes? Como por abajo..." (M, maestra, 53 años).

Ante esta peculiaridad del malestar emocional los informantes enfrentan una queja inválida socialmente, pues cuentan cómo en más de una ocasión las personas allegadas, su familia e incluso personal de salud no perciben sus problemas de salud mental y decretan un "*no tienes nada*":

*"... pues **a simple vista me ven físicamente** y dicen [su familia]: tú **estás bien, no tienes nada**...hubo una ocasión que, me voy a, **me siento muy mal**, vamos para chearnos la presión, me voy me checo la presión y me vio tan desesperado la **enfermera** que dijo "¿vienes drogado?" pero no, pero es que **yo me siento mal**, "no es que mira tus signos vitales están bien... **no tienes nada**..." (H, vendedor de farmacia, 21 años)*

De esta manera parece que los problemas de salud mental pueden estar encubiertos de molestias corporales, de un buen estado físico de salud o detrás de un exitoso desarrollo profesional y personal que hicieron que no fuera percibido ni por la persona que lo sufre, su familia o personal de salud.

Las cuatro características anteriormente enunciadas representan el malestar emocional. En el siguiente apartado se exponen las causas que provocaron este malestar emocional según la explicación de los entrevistados.

Categoría 1.2 Escenarios socio-familiares en conflicto

Los entrevistados daban cuenta de diferentes conflictos vividos como causas de su malestar emocional. Entre los más comunes, en primer lugar destacaron: la infidelidad, la violencia, la muerte repentina de un ser querido y carencia afectiva en la infancia; en segundo plano se mencionaron los problemas económicos y la enfermedad de un ser querido.

La infidelidad se presentó de dos formas diferentes en tres entrevistados: en sus parejas y de sus padres hacia sus madres. Por una parte cuando hay engaño de la pareja, dos de los participantes afirmaron que les afectó; pero en este tema

sobresale el género, pues hombre y mujer reaccionaron de diferente manera. Es en el hombre en quien se ve más daño, en el siguiente testimonio se puede observar cómo el adulterio de su pareja fungió como único factor detonante del malestar emocional:

*“... yo con ella [exesposa] , pues la veía bien, yo la traía ahora sí que bien vestida, dicen por ahí como queremos ver a nuestra mujer es lo que vamos hacer, pero pues **no sé ahí que, en qué fallé yo, que se metió ella con uno de mis primos**, ahora sí que enfrente de la casa mía, con uno, pues el más grande de ellos y anduvo con él y **de ahí y te repito me divorcié y todo y como que desde ahí comencé a estar tomando ya frecuente, frecuentemente...** te repito como que de ahí si me, me pues yo creo que sí me dolió, me dolió demasiado y de ahí empecé ... o sea como que desde ese problema ya me vine abajo” (H, hojalatero-pintor, 27 años)*

En cambio la informante mujer que vivió los dos tipos de infidelidades, le dio mucho más valor al engaño del papá como causa de su estado de salud mental, que los múltiples engaños de su pareja actual, aparte de que la mujer refiere más situaciones de conflicto como causas del malestar emocional.

Como ya se mencionó, la violencia fue otro de los conflictos más comunes causantes del malestar actual, pues tres entrevistados vivieron violencia intrafamiliar en la infancia. Una participante fue testigo de la violencia física ejercida por su papá hacia su mamá y también sufrió de violencia psicológica por parte de sus tías. Un hombre y otra mujer fueron víctimas directos de violencia física, siendo los agresores en el primer caso la madre y en el segundo la abuela. Ellos significaron estos hechos vividos en su infancia con sus síntomas actuales, como se puede observar en los siguientes dos testimonios:

Y así entonces miedo más que nada a que mi abuela me alcanzara y me golpeará ¿no? Porque mi abuela era bien ágil, estaba bien flaca la pinche viejita y corría bien recio y agarraba un palo, agarraba un bote, una escoba, o sea lo que fuera ¿no? Yo corría, yo también bien flaca y corría bien rápido

pero ella me alcanzaba así como que me alcanzaba y yo corría, corría y siento esa sensación de me va a alcanzar y me va a golpear, me va a matar, me va a dañar ¿no? **Esa sensación así guardado toda mi vida esa sensación no me la puedo sacudir es como si la tuviera en la sangre no me la puedo sacudir y ya no puedo**, o sea de verdad ya no puedo Dios mío sáname porque no puedo estar viviendo así” (M, maestra, 53 años).

“... todavía no logro entender cuál fue el motivo [del malestar emocional], cuál fue, eh anteriormente para muchos les hace risa, yo me acuerdo en el momento en que una vez de pequeño yo mojaba la cama, eh, **mi mamá en una de sus desesperaciones me intentó ahorcar, o sea ahorcar de verdad**, o sea a veces yo le digo a mi familia y se ríen no? o sea dicen “pinche loca” [a la mamá] pero no, o sea fueron segundos para mí muy, muy, muy fuertes, o sea porque [llora] ella, mi mamá se subió encima de mí, me pone las manos y me empieza a ahogar y me dice, me empieza a decir: “es que ya me tienes hasta la madre y no sé qué”, y yo hubo momento en el que no sé si me desmayé, en el que ya no respondí, fue cuando mi mamá se quitó de mí [suspira], no sé si ese sea el inicio de miedos, de, pues de problemas así o sea, a lo mejor digo, a veces yo me acuerdo y esta sensación de asfixia que a veces tengo, no sé si se deba exactamente a eso porque fue un momento difícil, fue un momento muy duro, digo yo a veces se lo digo a mi esposa y se ríe no?, se lo digo a mis hermanas y se ríen no?, pero pues de verdad pues si me quería, **o sea sí me quería ahorcar, sí me quería matar, entonces a lo mejor estar cerca de esa, sentir esa sensación de que ya estaba, o sea que yo estaba a tres, cuatro segundos más de morir, no sé si fue, ha sido el motivo**” (H, empleado de farmacia, 21 años)

Las situaciones de pérdida también fueron causa del malestar emocional, dos mujeres y un hombre perdieron a sus seres queridos de manera repentina. Los tres casos, uno con el fallecimiento de su padre, otra de su esposo y otra

informante que perdió a una bebé antes de nacer y a su sobrino, refirieron sus muertes como único factor o detonante primordial para su malestar emocional. Esta experiencia de pérdida los llevo a los tres a un profundo proceso de duelo que en dos casos llevaba más de dos años impactando su salud.

En cuanto a problemas económicos como factor detonante del malestar emocional fueron dos hombres los que contaron sobre esta situación. En un caso el informante narró que cuando era niño, debido a necesidades económicas, su papá tuvo que partir a los Estados Unidos y su mamá también tenía que trabajar, propiciando el inicio de su malestar emocional por la ausencia afectiva de sus padres. El otro informante explicó cómo siendo padre de familia y proveedor del hogar se puede presentar el malestar emocional a causa de vivir por años en condiciones precarias y enfrentar problemas de salud en su familia. El informante significó su vida como estresante, pues por tratar de cubrir las necesidades básicas de su familia ha trabajado lejos de su hogar y ha sido víctima de explotación laboral con jornadas seguidas con poco o nulo descanso, así lo narra en los siguientes fragmentos de la entrevista:

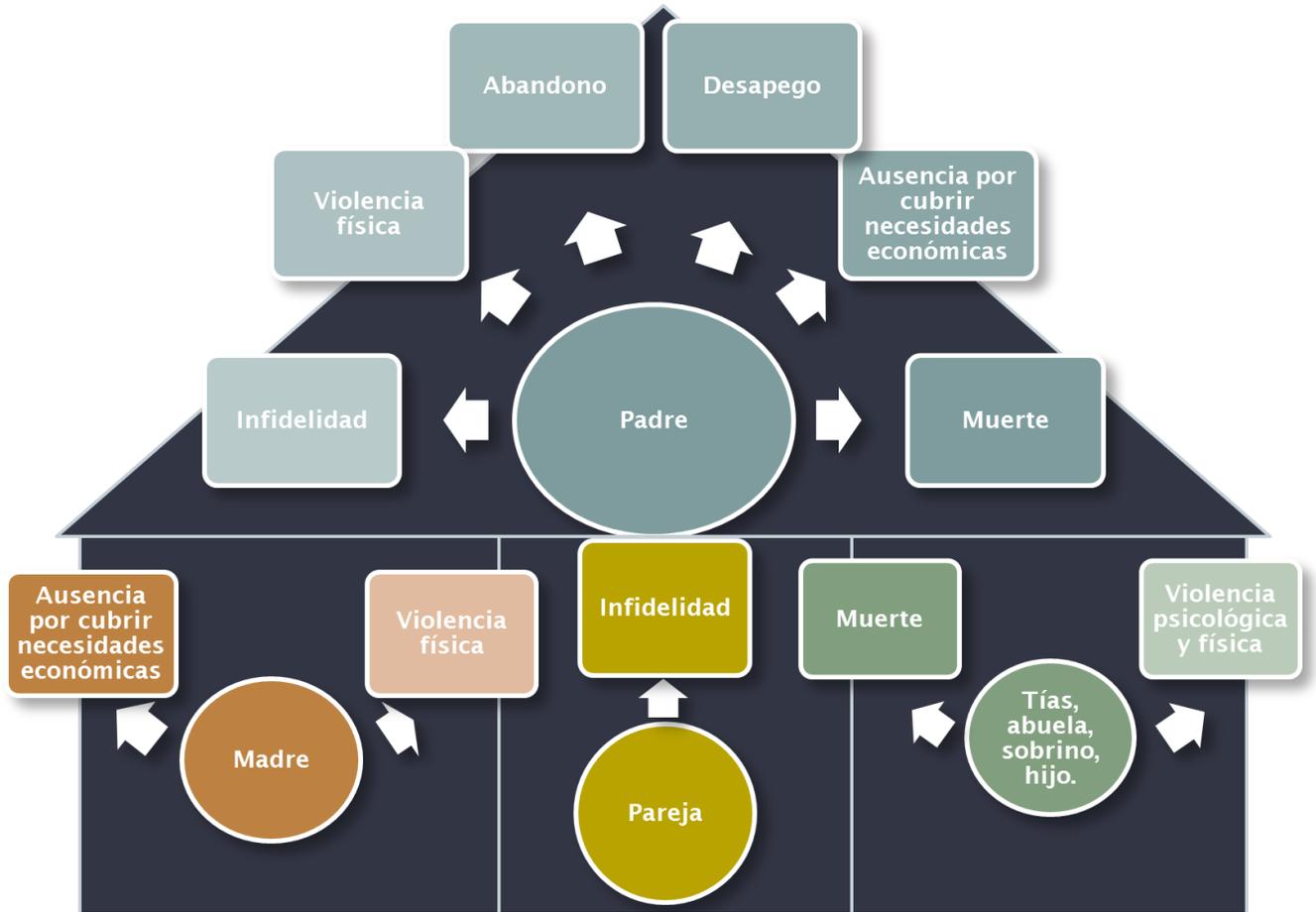
“... más que nada nosotros somos económicamente, somos pobres, nos dedicamos a sembrar maíz... yo tengo una vida de nueve años para acá muy estresante, yo pienso que demasiado o extremadamente estresante porque hemos pasado muchas cosas, problemas económicos, problemas de salud, primero mi esposa se enfermó... después él bebé tuvo sufrimiento fetal, tuvo bastantes complicaciones, entonces todo eso yo lo estaba viviendo... y desde entonces desde los tres meses de edad de él, tuvimos que estar en tratamiento, de aquí para allá y era un ir y venir, o sea siempre preocupante, estresante, por todo, porque no teníamos para los medicamentos, no teníamos para un especialista, a veces, pues a veces no sabíamos ni qué tenía... y aparte yo estaba lejos de ellos, estuve tres años fuera trabajando, ya no los veía, entonces también eso me estresaba mucho, porque a veces no podía verlos... pues mi rutina de trabajo es muy dura, a veces descansaba una vez al mes, a veces cada dos meses

descansaba un día, trabajaba hasta los domingos... entonces todo eso yo lo estaba sufriendo pero lejos de ellos, no sabía cómo solucionar esos problemas, por lo económico más que nada, igual por todo, yo me ponía a pensar, aquí hay muchas deudas o sea y sí era muy estresante, a veces me deprimía un poquito, porque me sentía con las manos atadas, impotente, por ese tipo de razones y pues sí, le digo que tengo una vida de yo creo que como de nueve años, de una vida estresante...”

Las condiciones socioeconómicas en la infancia o en la adultez impactaron en la salud de estos dos entrevistados, que sumándose con los problemas del desamor, la violencia o las pérdidas, muestran cómo los participantes explicaron que las causas de su malestar emocional son desventajas psicosociales, son conflictos que tienen que ver con la manera en que se desarrolla el ambiente familiar, sus integrantes y las adversidades sociales que se les presentan.

De esta manera, la familia fue el escenario en donde surgía el malestar emocional exponiendo según la explicación de los entrevistados que el malestar emocional no surge en lo individual sino es resultado de experiencias vividas en las relaciones sociales con sus seres más cercanos pues conflictos con abuelas, tías, hermanos, sobrinos, padres, esposos y esposas fueron al menos una vez mencionados por algún participante. No obstante al esquematizar las causas del malestar emocional (ver figura 1) sobresale en todas las entrevistas el rol masculino y su impacto cuando se ausenta o es desapegado.

Figura 1. Familiares involucrados y conflictos que causan malestar emocional



Ya sea como padre o esposo, el rol del varón en la familia fue el personaje que más afectó la salud de los informantes, independientemente de la razón que pudiera acompañar su ausencia o presencia ante la mirada de los informantes, tales como: porque tuvo que partir por el proveer familiar, porque decidió irse y dejar a la familia por la amante, porque falleció o simplemente por estar físicamente pero ausente por tener otras actividades, como un “mueble”.

Categoría 2.1 El cotidiano batallar de las personas con malestar emocional

Los informantes pasaron diferentes cambios debido a su estado de salud mental, los cuales trascienden en diferentes esferas personales: física, emocional, espiritual, ocupacional y social. Esta categoría detalla esos cambios y la manera en que lidiaban con ellos en su día a día.

Subcategoría 2.1.1 Las molestias en el cuerpo.

Esta categoría revela de acuerdo con las entrevistas, la presencia cotidiana del malestar emocional en el cuerpo pues los informantes expresaron cómo les suceden diferentes manifestaciones físicas en el día a día, las más frecuentes mencionadas fueron: dificultad para respirar, mareo, dolor y opresión en el pecho.

Fueron los hombres los que refirieron más síntomas o manifestaciones físicas: “bajé de peso, me siento un poquito más cansado... la boca seca” (H, taxista, 36 años), “... la vista se me nubla... tengo pérdida del equilibrio...” (H, jornalero-campesino, 31 años) “...lo que pasa es que yo de repente sentía así el corazón (se toca el pecho), como que me faltaba tantito la respiración así como de un segundo y en ese segundo mi corazón estaba pum pum a latir así, como taquicardia...” (H, contratista, 57 años) y ellos en un principio no identificaban que podía haber un problema emocional detrás de estos. En cambio las mujeres mostraron mayor convencimiento de que sus dolencias e incluso enfermedades físicas como la artritis eran reflejo de sus problemas de salud mental, como se puede observar en el siguiente testimonio:

*“...mi miedo se refleja físicamente... ya estaba yo mal de salud de que me empezó a dañar las articulaciones **estoy convencida al cien por ciento de que es por mis problemas emocionales y que he tenido de niña**, yo tengo esa certeza porque en mi familia nadie tiene artritis, nadie padece de eso y yo padezco de artritis, pero como que **se desató a partir de la muerte de mi mamá** entonces se desató y era algo horrible (M, maestra, 53 años).*

Pero al final, hombres y mujeres mostraron mayor preocupación por desarrollar o tener una enfermedad física que un padecimiento mental:

*“... lo que pasa es que yo de repente **sentía así el corazón** (se toca el pecho), bueno como que **me faltaba tantito la respiración** así como de un segundo y en ese segundo mi corazón estaba pum, pum a latir así, como **taquicardia** y este **si es del corazón ya preocupa más no?...**” (H, contratista, 57 años)*

*“... **el problema se me refleja de miedo**, así como... en este caso **físicamente como dolor**, en la noche por ejemplo me duermo y a veces yo siento en mi cuerpo o sea yo siento **mi cuerpo que esta tenso y me da miedo enfermarme físicamente...**” (M, maestra, 53 años).*

Subcategoría 2.1.2 La persecución interior

El malestar emocional no solo se manifestaba en el cuerpo, cinco de los entrevistados relataron diferentes disturbios que les sucedían en su interior. Miedos y pesadillas fue lo más común y solo tres personas contaron sobre escuchar voces. El impacto de estas tres manifestaciones era caótico en sus vidas, atacaba su mente, su paz y su descanso:

*“una calidad de vida en vez de tenerla a un cincuenta por ciento la he tenido a lo mejor al cuarenta por ciento tengo muchos problemas no porque haya nacido con una incapacidad, no, yo soy una persona muy inteligente sino porque **los miedos, los terrores y los demonios que siempre me andan dentro me carcomen la energía...**” (M, maestra, 53 años).*

*“hay ocasiones en las que **mis pesadillas son muy feas y despierto y ya no quiero dormir...**” (H, vendedor de farmacia, 21 años)*

Así, los problemas de salud mental los vivían como una persecución, en donde no tienen ningún control, viven atormentados con pensamientos porque va en contra de sus valores y de lo que aman como lo refirió la informante: “... Haz de cuenta que esas voces; esos pensamientos, lo único que deseaban era a mi hijo...” (M, comerciante, 25 años), lo viven en lo cotidiano y durante mucho tiempo, puede

pasar incluso por diferentes etapas de su vida, al respecto una entrevistada comentó:

*“...yo iba en segundo de secundaria cuando se me empezaron a generar así que **yo no tenía un control** y los pensamientos **así como si respiraras que no tienes un control para respirar siempre me llegaban pensamientos...**llegan pensamientos de matar, pero no de querer matar a mi abuela, que era la que me había dañado, sino **matar lo más hermoso, lo más bueno que era mi mamá y era lo mismo pero a nadie le decía, nadie le decía** y era como, la voy a matar por la espalda con esa guadaña, con un cuchillo, con algo así y era **algo como bien desgraciado porque era como algo que más amaba mi mente me decía, hazle el daño era como algo bien feo, bien horroroso** y así seguí en la secundaria así seguí la Normal...” (M, maestra, 53 años).*

Estas manifestaciones, escuchar voces en específico, a diferencia de las físicas fueron más difíciles de compartir con las personas cercanas a su alrededor y por ende menos meritorias para pedir ayuda, pues les causaba vergüenza. Solamente un informante contó que cuando empezó a escuchar murmullos fue cuando acudió con su familia para pedirles que lo ayudaran.

Subcategoría 2.1.3 El desfallecer de las fuerzas

De todos los entrevistados solo los hombres manifestaron tener problemas laborales debido al malestar emocional y fue común que expresaran su preocupación:

*“... **no sabemos [su familia] si este problema me pueda dejar trabajar, a lo mejor que no vamos a poder pagar la renta el mes que viene, mi hijo tiene terapias...**” (H, jornalero-campesino, 31 años)*

Los problemas eran disminución en el desempeño o problemas para realizar las tareas laborales, como se ilustra en el siguiente fragmento de la entrevista:

*“... yo **ya no rendía** [se refiera en su trabajo], **no rendía lo mismo** que anteriormente... o sea si yo cosechaba seis manzanas, empecé a cosechar cinco y la siguiente semana cuatro y así y así...” (H, jornalero-campesino, 31 años)*

Los problemas en el rendimiento laboral provocó en una persona el despido de cinco trabajos, desempleo de otro informante y disminución del ingreso económico de aquellos que tenían trabajo independiente debido a que decidían o no trabajar de acuerdo a como se sentían durante el día. Solo la persona que había perdido cinco trabajos contó cómo había encontrado un trabajo más estable, ya que obtuvo apoyo de su jefe para cubrir solo medio día y que su esposa lo acompañara en los momentos de más estrés, lo que le ha permitido conservar el empleo y llevar dinero a casa. Pero de ahí en fuera el panorama laboral para los entrevistados era complicado mientras tuvieran un problema de salud mental, al parecer se necesitarían jefes con actitud comprensiva ante sus necesidades de salud.

Subcategoría 2.1.4 Ruptura social

Los problemas de salud mental llevaron los informantes a un cambio en sus relaciones sociales y emocionales; hombres y mujeres manifestaron preocupación para cumplir con su rol social en la familia.

A consecuencia de los cambios en el trabajo y dificultades para llevar dinero a su familia por el malestar emocional, los hombres narraron cómo su rol de padre y esposo se vio afectado. Un informante se separó de su familia nuclear, otros dos mantenían relaciones distanciadas con sus hijos y en dos casos la esposa tenía que brindar el apoyo económico familiar, por lo tanto vivían con la preocupación de ser una carga para su familia, en especial para la esposa y pensaban ser un mal ejemplo para sus hijos.

En el caso de las mujeres, no refirieron preocupaciones económicas sin embargo el impacto que genera el malestar emocional se vincula a sus relaciones afectivas. Una participante narró que debido a sus problemas de salud mental no ha podido

tener una pareja estable. Las otras dos se refirieron a cómo el malestar emocional afectó su relación afectiva con sus hijos. En otro caso, debido a la muerte de su esposo, la mujer se ocupó de proveer económicamente a la familia, pero señaló también sobre el distanciamiento emocional con su hija. Si bien, se preocupaba porque comiera y fuera a la escuela, no le dedicaba más tiempo y en la escuela le dijeron que eso le estaba afectando a su niña. En el otro caso la mujer percibió rechazo para con su hijo recién nacido, pero se preocupó por cubrir su cuidado físico y emocional delegándolo a familiares cercanos.

Así, se puede ver que el malestar emocional compromete a la persona para poder cumplir con el estereotipo de género establecido, pero les afecta sobre todo en sus relaciones afectivas.

Subcategoría 2.1.5 Los dolores morales

Esta categoría comprende los sentimientos de culpa y vergüenza que referían los entrevistados, pues narraron sobre cómo vivir con malestar emocional les mortificaba, sentían un constante remordimiento. Estos dolores morales que vivían se presentaron en hombres y mujeres, pero el impacto en sus vidas fue muy diferente. En los hombres se presentaron cuando se veía comprometido su rol social debido al malestar emocional; sentían culpa y vergüenza por no ser buenos padres y para aliviar estos dolores buscaban el perdón de su familia y reivindicarse, el siguiente informante hace referencia a esto en la entrevista:

*“... en si **me siento mal moralmente**, me da **pena**, pues ahora si con mi familia, con la gente que me conoce que veía en la calle tomado... pues yo me pongo a platicar **me dan ganas de llorar** (llora) porque si ya la he regado ahora sí que demasiado... **yo como persona a lo mejor no puedo ni ver a mis hijos ni a mi esposa a la cara por lo mismo de que ya la regué, ya la regué y no tengo ni cara para**, pues ahora sí, que pedirle disculpas, eso es lo que más me, ahora sí que sí **me da en la torre**” (H, hojalatero-pintor, 27 años)*

En las mujeres la condición de pena y culpa debido al malestar emocional, conlleva mayor daño, pues las llevaba a un acto extremo; en su máxima expresión de malestar dos informantes intentaron quitarse la vida. Otro caso narró la experiencia que tuvo desde muy pequeña, sus sentimientos se enfocaban en castigarse debido a que percibía que padecía algún problema mental. Esta informante lo narró de la siguiente manera:

*“... me escondía en el tejado, me escondía, yo me rasguñaba, **todavía no había eso de que se cortaban, si no yo lo hubiera hecho.** Yo misma **me rasguñaba y yo me castigaba, yo decía no puedo pensar en eso y yo le pedía a Dios y le pedía y le decía yo no quiero pensar eso ¿Por qué me llega eso? Y era algo que yo no tenía ningún control de eso y ¿por qué me llega?** y ¿por qué me llega? Y así, así pasó, nunca tuve un control y al contrario **siempre más culpa** y al contrario siempre más, **sentirme menos valiosa...**” (M, maestra, 53 años).*

De esta manera vivir con culpa y vergüenza por padecer un problema de salud mental, reveló de cierta forma que los dolores morales son un pesar grande, pero parece que lo son más para las mujeres, la mortificación que viven por su malestar emocional las lleva a buscar la remisión de la culpa a través métodos severos que ponen en peligro su vida.

Subcategoría 2.1.6 El enjuiciamiento

Por último las personas también tienen que vivir con un juicio social debido al malestar emocional. La familia fue la que se mencionó por los entrevistados como la que ejercía mayor estigma y en segundo lugar estuvieron los vecinos. Esta desaprobación social sucedía por no contar con un diagnóstico médico y se les etiquetaba como tontos, locos o flojos. Esto provocaba que tuvieran que lidiar con la incomprensión de sus allegados y sus exigencias. El siguiente informante hace referencia a esto en la entrevista:

*“me he hecho estudios de sangre de todo tipo y pues **todo sale bien no?**, entonces es cuando mi familia ve y dice “no es que tú **te estás haciendo,***

*wey, o sea tú te estás haciendo tonto, **tu no quieres trabajar**”... pues que lleguen y me digan eso, pues si me saca de onda, así como que, pues **no experimentan lo que yo siento**, porque pues a **simple vista me ven físicamente** y dicen “**tú estás bien, no tienes nada**, o sea **ponte hacer algo**, vete a correr, vete a trabajar, veta allá, veta acá”...” (H, vendedor de farmacia, 21 años)*

En algunos casos este tipo de enjuiciamiento no solo lo recibieron de sus cercanos sino que también los mismos informantes internalizaban juicios de “locura” y “anormalidad” para referir su situación de salud mental. Como lo expresa un participante en la siguiente parte de la entrevista:

*“... en mi casa **no hay antecedentes** de alguien con un problema mental no?, un problema psicológico, **todos son completamente normales**, nadie pasa por un problema así...” (H, vendedor de farmacia, 21 años)*

Lo que hace visible de estos enjuiciamientos es la devaluación y discriminación que vivían y asumían la mayoría de los entrevistados debido a su malestar emocional.

Categoría 2.2 Los refugios

Los ocho participantes mencionaron algunas situaciones y entornos en donde se vive el malestar emocional: el silencio, la soledad, el alcohol, el sexo, la comida y la cama, se expusieron como un tipo de refugio pues de una forma u otra, los participantes explican cómo entran en ese estado de ánimo o acuden a esos entornos en algún momento durante el malestar. Así, las personas estuvieron y están en diferentes “lugares” incluso pueden decidir cambiar de refugio, como lo explicó una informante:

*“sentía que no, que no me llenaba [con la comida], entonces **ya entre en una necesidad de probar el alcohol**. Ya **me gustó, me gustó** y ya lo hacía del **diario** desde que **me levantaba** hasta que me volviera a **acostar**” (M, despachadora de pan, 23 años)*

Distintas son las razones por las que eligen estas situaciones o “lugares”. Por ejemplo, la soledad y vivir en el silencio fungían como un “lugar” de protección, además fueron los más mencionados entre los participantes. Al respecto, la razón más popular que dieron fue que estos refugios los usaban porque querían proteger a sus seres queridos. Otros casos preferían “vivir en silencio” para protegerse de la crítica social:

*“... a veces yo **no le digo como me siento** porque siento que también **se estresa**, a veces **solo, solo** me salgo, **trato de evitar que ella también se estrese o que impacte en mis hijos ...**” H, jornalero-campesino 31 años*

*Pues **no le quería decir** porque pues yo pensé así: ahora sí que estoy loca, **no me van a creer** [su familia], **van a decir que a lo mejor no lo quería cuidar [a su bebé] o así ¿no?**” (M, comerciante ambulante, 25 años)*

Por otro lado, el alcohol, el sexo, la cama y la comida son planteados como un escape que por unos instantes les dotaba de lo que en ellos necesitaban como comprensión, afecto y/o compañía, como se hacen referencia en el siguiente testimonio:

*“... siento que el alcohol para mí era lo que, era para mí **el que me entendía, el que todo...**” (M, despachadora de pan, 23 años)*

Sin embargo los entrevistados también daban cuenta de que vivir en esos refugios no era seguro porque en estos lugares perdieron el control:

*“... **no podía parar y no podía** y tenía relaciones sexuales con personas que ni conocía... **me entraba culpa y depresión** bien fea y entonces otra vez para salir de eso otra vez buscaba otra pareja y era **un círculo maldito, vicioso que nunca salía...**” (M, maestra, 53 años).*

Imprescindible es señalar lo que revelan estos refugios, pues hablan sobre las necesidades de las personas con malestar emocional, necesidades de protección, cariño, compañía, pero sobre todo comprensión, que parece estar ausente mientras ellos viven un problema de salud mental.

Tema 3: Respuestas para enfrentar el malestar emocional

En este eje temático se describe cómo enfrentan los entrevistados el malestar emocional, a través de tres interrogantes: ¿qué hacen, cómo lo hacen y por qué lo hacen? (ver diagrama 5)

Diagrama 5. Respuestas ante el malestar emocional



Categoría 3.1 ¿Qué hacen? Entender y atender

Todos los entrevistados detallaron diversas y diferentes maneras de enfrentar el malestar emocional, dos intenciones se comparten y narraron los entrevistados ante tal enfrentamiento: tratar de entender lo que les sucede y atenderlo. A continuación se describe cada acción llevada a cabo y su impacto para enfrentar los problemas del malestar emocional.

Para tratar de descubrir qué es lo que les sucedía, tres entrevistados cuentan cómo acudieron al sector salud por sus molestias físicas:

*“... pues **yo mi preocupación**, pues nunca fue el trastorno de ansiedad, ni nada relacionado con una enfermedad de salud mental, mi preocupación era que mi corazón estuviera fallando...” (H, jornalero-campesino, 31 años)*

*“...pues ahora sí que **yo me autoanalicé** y dije, estoy mal, o sea, porque de hecho también este yo ya me había sentido así como, con la presión alta o sea síntomas como que mi salud no estaba bien, igual **yo mismo dije voy a ir al doctor, también mi esposa me dijo** “qué tienes o qué” no pues voy a ir al doctor...” (H, contratista, 57 años)*

De esta manera se acercaron a los hospitales, al área de urgencias, a médicos generales, personal de enfermería e incluso laboratorios clínicos como ocurrió con el siguiente informante, que busca descubrir lo que tiene a través de una auto-interpretación de una prueba de sangre:

*“... y este, pero **no fui con un médico** pero, pero pues ahora **los estudios ya vienen especificados...** entonces, **vi los resultados** y el colesterol está un poco normal, no está, estoy más o menos, **estoy bien...**” (H, jornalero-campesino, 31 años)*

De todos esos lugares y las personas consultadas recibieron una atención exhaustiva dirigida a encontrar una enfermedad física, obtuvieron en la mayoría de

los casos la misma conclusión: “estás bien, no tienes nada” y un tratamiento para los síntomas:

*“...ahí [en urgencias] **me atendieron**, entonces lo primero que me hicieron ahí fue hacerme, este checar me la presión, la presión estaba correcta... entonces optaron por hacerme el electrocardiograma, radiografías, radiografías de tórax, pecho, este, entonces no, **todo fue bien**... después de ahí me dieron algún medicamento supuestamente porque era un problema gástrico, me dijeron que a lo mejor, **que ellos no me encontraban nada, que estaba bien, que no entendían** porque estaba pasando eso, **me dieron de alta de urgencias**, mandándome hacer un estudio de gástrico, porque ellos decían que pues, el corazón está bien, eh no hay nada que esté obstruyendo las vías respiratorias, este, **todo está correcto**, entonces ellos me mandaron con un gástrico para que me hiciera un... porque ellos decían que era del esófago, que esa opresión podía ser, porque a veces me daba por eructar, **entonces, opté por no ir, porque después de ahí me volví a sentir un poco bien**...” (H, jornalero-campesino, 31 años)*

Solo a dos entrevistados les detectaron un problema de salud mental al acudir con médicos generales de consultorio anexo a farmacias: “Dr. Simi”, las dos ocasiones fueron citas de primera vez, los médicos tomaron en consideración los acontecimientos pasados y de su vida diaria para hacer un diagnóstico e indicaron medicamentos específicos para su problema, pero no canalizaron con especialista.

Por último, la opción de buscar un especialista de salud mental en ninguno de los casos apareció como primera opción y solo una persona refirió haber sido canalizada a este tipo de servicio debido al intento suicida:

*“entonces fue que yo ya **opté por volver a buscar una diferente ayuda, a un especialista** sobre el trastorno de ansiedad, **porque me puse a investigar qué es** el trastorno de ansiedad, qué es también lo del trastorno*

*del sueño, **qué lo ocasiona, porque lo ocasiona**, entonces ya fue que decidí buscar ese tipo de ayuda...” (H, jornalero-campesino, 31 años)*

*“...yo pensé que iba bien, hasta que dije, no ya esto no está bien, voy mal, fue como **yo mismo me canalicé a psicología...**” (H, contratista, 57 años)*

Ahora bien, para tratar de atender los cambios o molestias del malestar emocional; ante las manifestaciones físicas que podían ser: mareo, dificultad para respirar, opresión en el pecho, desequilibrio, etc., fueron las que llamaban más la atención de los informantes y realizaban algunas actividades como el yoga, ejercicios de respiración u ocuparse en el trabajo y tareas de la casa que les funcionaban como paliativos aliviando una parte del problema pero no por completo, como lo explica el siguiente participante:

*“... tengo tres años practicando **yoga**, me ha ayudado pero **no me ha resuelto el problema...** entonces cuando me siento así me pongo a respirar, he practicado algunas **técnicas de relajación** y **se me puede pasar por el momento...**” (M, maestra, 53 años).*

Escuchar música, orar, escribir y leer se mencionaron como actividades reflexivas que les ayudaban a relajarse y meditar sobre la vida y sus problemas actuales.

Además los entrevistados también narraron solicitar ayuda a sus familiares cercanos:

*“... mis familiares estaban en la cocina y yo pues desesperado (llora) voy y **les pido que me ayuden, o sea les supliqué que me ayudaran porque yo sentía que me moría**, yo les dije, yo siento que me muero, no puedo...” (H, vendedor de farmacia, 21 años)*

Esta ayuda se narró en las entrevistas en un contexto de auxilio, cuando ya sentían que no podían más, por ejemplo en el siguiente relato la informante pide ayuda a sus familiares después de haber intentado quitarse la vida:

*“Les digo [a la familia]: ay no, **por favor ayúdame, ayúdenme**, le digo, yo ya no quiero más, **ya no puedo más**, y mi mamá **se soltó a llorar y yo***

*estaba llore y llore, llore y llore. Ya después llegaron **mis hermanas**, yo creí que me iban a gritar y no, la verdad **sí me han apoyado mucho...**(M, comerciante-ambulante)*

Amigos, familia o pareja apoyaron de distinta forma a los entrevistados, uno de los casos percibió que la ayuda fue forzada: "... mi **mamá** si está aquí, está presente pero pues ha sido a base de **rogarle, de pedirle o casi casi, suplicarle que me ayudara**" (H, vendedor de farmacia, 21 años). Pero en la mayoría de los casos, percibieron gran apoyo cuando sus familiares les brindaron comprensión, empatía, paciencia y compañía, siendo su pareja el personaje que se mencionó entre los informantes como el que le ofreció más apoyo.

También en algunos casos consultaron opciones alternativas para seguir tratando de atender lo que les pasaba, coincidió en dos relatos que los curanderos, los brujos y los santeros fueron mencionados de poca ayuda, incluso perjudiciales:

*"... nos llevó acá por atrás de la Comercial con una señora que según sabe curar y todo súper, según ella que fue porque me habían echado algo en la bebida que no sé qué, que por eso ya estaba yo, ahora sí que tomando más seguido que por eso yo me alebrestaba, te digo, o sea **ya probé eso también pero pues ahora sí que no**" (H, hojalatero-pintor, 27 años).*

*"... empecé a visitar **otras alternativas**, que a lo mejor **por costumbres o porque te dicen**, es que ve y haz esto, y visita a **brujos** y visita acá y vete allá, pues **lo único que hicieron fue meterme más miedo del que ya tenía, fue hundirme más en el hoyo...** solo me metí en lugares que solo me metieron más miedo que ya tenía, fue un gran problema" (H, vendedor de farmacia, 21 años).*

Lo contrario a este testimonio proviene de una persona que le practican oración cristiana y acupuntura, ambas acciones fueron de ayuda según el informante en su lucha contra el malestar emocional. La oración propició el desahogo provocando mayor descanso y la acupuntura mejoró el bienestar físico.

Otras opciones a las que las personas se acercaron para enfrentar el malestar emocional, son los grupos de autoayuda, el más concurrido por los entrevistados fue el grupo de Alcohólicos Anónimos, cabe mencionar que no todos acudían a este grupo por problemas de alcohol. Tres participantes reconocieron que el trabajo de compartir anécdotas les ayudó a entender y reflexionar sobre sus problemas. Sin embargo también concordaron en manifestar que no les fue suficiente para recuperar su bienestar y señalaron que necesitan “algo más profundo” para poder sanar por completo, así lo ejemplifica el siguiente testimonio:

*“... en realidad sí me han ayudado pero no me han ayudado, digamos, como **de raíz, como de fondo, como arrancar la raíz del mal y decir: ya, ya lo encontré ¿no? Y ya no tengo ese miedo...**” (M, maestra, 53 años)*

Categoría 3.2 ¿Cómo lo hacen? Luchando dentro de mí, contra mí.

Como pudimos ver en la categoría anterior a pesar de que las personas realizaban diferentes actividades cuando el malestar emocional se hacía presente en sus vidas, coincidieron en responder ante este tratando de entenderlo y atenderlo. Ahora sigue describir cómo lo hicieron porque enfrentarse al malestar emocional era algo cotidiano y presente en la vida, así lo cuentan los entrevistados:

*“... **día tras día es una lucha** y es un: ‘espero la noche para dormir y para decirles gracias’ [a su familia] y para pues vamos a darle otro día no?...” (H, vendedor de farmacia, 21 años)*

*“... haz de cuenta que **todo el día me la paso haciendo cosas para tratar de controlarme un poco...** le digo, estoy **luchando**, le digo, estoy **luchando, por estar de pie**, por estar consciente de lo que hago, estoy **luchando mucho...** (M, comerciante-ambulante, 25 años)*

Describieron una lucha que se libra en su interior y por tanto no apreciada ante los ojos de los demás, la voluntad y la disposición de los entrevistados eran invisibles, como lo relata una informante en el siguiente fragmento de la entrevista:

*“... **todos los días es levantarme y pelear contra mí misma, contra mis pensamientos, luchar dentro de mí misma, estoy luchando contra mí**”*

misma... todavía estoy colgada de un dedo, de una cuerda, así le digo a mi hermana, porque ellos [su familia] piensan que porque me ven riendo o así estoy bien o porque camino, pero pues yo la verdad para controlar mi ansiedad, mis manos, todo el tiempo estoy con las manos así apretándolas fuerte... créanme [a su familia] que estoy luchando mucho, por mi fuera ya me hubiera tirado a la locura en serio, estoy luchando mucho, compréndanme, ténganme paciencia... lucho mucho, mucho, mucho, mucho por no hacer cosas, lucho mucho por no hacerme daño...”
(M, comerciante-ambulante, 25 años)

Ante una aparente falta de esfuerzo, los amigos, la familia e incluso la información de divulgación general que se maneja en algunos medios de comunicación como la que consultaba un informante en blogs de internet y le aconsejaban “esforzarse” para enfrentar el malestar, sin proponer más ayuda o inmiscuirse en este proceso, transmitiendo un mensaje de auto-responsabilidad para poder combatir el malestar emocional, los tres siguientes testimonios cuentan sobre esto:

“...checando todo en internet, ahí me baso, busco como solucionar la enfermedad, porque supuestamente pues tienes que poner mucho de tu parte...” (H, jornalero-campesino, 31 años)

“A veces mis cuñadas me presionan mucho, bueno, también mi mamá me dice: échale ganas, échale ganas, pero créeme que estoy luchando dentro de mí, dentro de mí estoy luchando mucho, estoy luchando mucho para que no me haga daño esto, esta enfermedad así como la influencia de esta enfermedad estoy luchando por que no me gane para quedar loca...” (M, comerciante-ambulante, 25 años)

“tenía un amigo que pues sí me decía: ya no lo hagas, ya no tomes, hazlo por tu niña, te imaginas si te llegas a quitar la vida o llegas a algo contra ti, a quién le dejas esa responsabilidad, pues échale ganas...” (M, despachadora de pan, 23 años)

La propuesta social de esforzarse por su bienestar se asumía y se buscaba para enfrentar el malestar emocional convirtiéndose en una lucha solitaria:

“... he tratado por todos los medios de cómo yo poderme auto regular o yo curar o yo poder, sentirme bien ¿no? Pero no lo he logrado... es una lucha conmigo misma y que tengo que lograr yo sola, que nadie me puede ayudar más que yo misma...” (M, maestra, 53 años).

“...trato de darme ánimos, yo solito... Trato de darme ánimos, yo solito”
(H, taxista, 36 años)

De acuerdo con la categoría anterior, la lista de las actividades que realizaron para apaciguar el malestar emocional es larga: hacer ejercicios, citas con el acupunturista, ir a grupos de autoayuda, etc., muestra que los entrevistados estuvieron en una búsqueda constante del bienestar, sin embargo es necesario señalar que es un caminar impuesto para vivirse en solitario y vale la pena rescatar también que a pesar de eso, las personas responden de manera independiente y con voluntad, si bien porque no les quedaba de otra, pero trataban de “echarle ganas” paradójicamente con lo que la familia y sus personas allegadas percibían.

Categoría 3.3 ¿Por qué luchan? volver a ser yo otra vez

Responder a los problemas de salud mental tiene una razón, los entrevistados contaron los motivos que tuvieron para enfrentar el malestar emocional. Puede ser uno o pueden ser más, reflejaron parte de lo que han perdido y querían reencontrar: a su familia, a su ser anterior, el que no tenía malestar emocional como lo relata la siguiente informante:

“Yo me siento en un ahora si en un hoyo ahí atrapada y quiero salir, estoy luchando por salir por volver a salir y que, que este yo negativo, triste, desesperado, se vaya, que se vaya, que se vaya y que me deje en paz quiero volver a ser la misma de antes quiero volver a ser, a sentir esa felicidad, esa alegría quiero volver a ser yo otra vez que no sé cuánto tiempo vaya a tardar pero tengo que volver a ser yo otra vez” (M, comerciante-ambulante, 25 años)

También querían recuperar su estado físico, los hombres comentaron en la entrevista el valor que les daba el sentirse bien físicamente para poder trabajar, “ser productivos” y cumplir con su rol social.

*“... yo empiezo mi día a las seis de la mañana hasta nueve diez de la noche, entonces es **lo que yo quiero, volver a ser la persona de antes, aunque no esté, anímicamente, pero sí físicamente activo** este y ya con poquito más de ánimo, **ya ser productivo**, si porque si no produzco no hay dinero para la casa...” (H, contratista, 57años)*

Impactante es cuando el malestar emocional ha invadido de tal manera que anhelan el bienestar como algo que nunca se ha conocido, como le sucedía a la siguiente informante.

“... es algo que dentro de mí me dice o sea ¿cómo viviré con algo que no he conocido?, así feliz, normal, como me pregunto ¿Cómo será vivir normal? ¿Cómo será vivir sin miedo?, ¿Cómo será vivir sin traumas? ¿Cómo será vivir con una buena autoestima? ¿Cómo será vivir normal, normal, normal posible?” (M, maestra, 53 años).

Así, según la experiencia de las personas entrevistadas el malestar emocional se comprende como aquellas situaciones de incertidumbre a causa de escenarios socio-conflictivos en donde las personas viven diferentes batallas y luchan tratando de entenderlas y atenderlas.

VIII. Discusión

Adversidades sociales

Padecer malestar emocional se mostró como una profunda consecuencia de las adversidades sociales que han vivido los entrevistados dentro del ambiente familiar. Veena Das⁴¹, señala que la experiencia del padecimiento es profundamente social, debido a que las personas lo explican desde diferentes dimensiones de sociabilidad (relaciones interpersonales, condiciones sociales, situación económica, etc.); en las entrevistas los informantes explicaron el padecimiento emocional causado por vivir diversas situaciones socio familiares en conflicto, estos hallazgos coinciden con otros autores^{32, 40, 61, 62} que también señalan la violencia, la infidelidad, la muerte repentina de un ser querido, carencia afectiva, problemas económicos y enfermedad de un familiar como causa del malestar emocional.

De estas adversidades sociales la violencia intrafamiliar fue la más frecuente referida entre los entrevistados, sobre este hallazgo, estudios de otros autores refieren que la exposición a la violencia intrafamiliar sufrida en la infancia constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico especialmente si, además de ser testigos, también han sido víctimas de ella⁶². Además, esta exposición temprana de violencia tiene un carácter acumulativo que se asocia con el malestar emocional en la vida adulta⁶³.

Una de las característica contextuales dominantes del grupo de entrevistados fue que contaban con empleo informal, se hace relevante señalar lo anterior, pues al no contar con algún tipo de seguridad social exhibe la relación de esta condición social de pobreza, que permea en la experiencia del malestar emocional debido a que las preocupaciones y dificultades económicas se posicionaron dentro de sus padecimientos de dos maneras, por un lado como causa, cuando el dinero no alcanzaba para cubrir las necesidades familiares y por el otro como consecuencia, cuando debido al malestar emocional se perdió el trabajo o disminuía su rendimiento, provocando disminución del ingreso familiar.

Así también, las manifestaciones corporales del malestar emocional (como dolor, ansiedad, nervios, vértigo, etcétera) que presentaban los entrevistados daban cuenta de las adversidades sociales, coinciden con el estudio de Evia Bertullo en el cual identificó que generalmente el estado nervioso (reacción desproporcionada al contexto) es atribuido a una situación de pobreza y privaciones que imponen serios límites a la posibilidad de conducir la vida con tranquilidad, maximizados por un contexto cotidiano de violencia⁴¹.

Estos discursos de los entrevistados dieron cuenta de lo que indica la literatura que la población con peor soporte social y disfunción familiar tiene una mayor prevalencia de problemas de índole psicológica⁶⁴.

En este mismo sentido y de acuerdo a los hallazgos, vale la pena destacar la experiencia del malestar emocional debido a las deplorables condiciones laborales, tal fue el caso del jornalero que bien describe y da visibilidad de este sector laboral en México. Se ha reportado, cómo los jornaleros agrícolas son expuestos a largas jornadas de trabajo, sueldos mínimos, maltrato por parte de los mayordomos, horas extra sin pagar, despidos injustificados, malas condiciones de higiene y seguridad⁶⁵ transporte y morada en situaciones lamentables, exposición a condiciones climáticas no aptas para realizar el trabajo y no descanso, entre otros, que cobran costos irre recuperables tanto en su salud física^{66, 67} como mental⁶⁵. Echeverría M et al., documentan de manera cualitativa las consecuencias de esta precariedad laboral, en su estudio jornaleros de México presentaban: preocupaciones, conflictos personales, tristeza, vergüenza, dolor, incomprensión y autoconceptualizaciones de deterioro, debido a la preocupación constante de ser productivos y el agotamiento extenuante que los iba incapacitando. Sin embargo llama la atención que en su reflexión discursiva, no expresaban inconformidad de sus espacios precarios. Los autores interpretan que era debido a que su prioridad de vida era tener la oportunidad de trabajar⁶⁷. También se ha evidenciado cómo las jornaleras en México tienen una posibilidad mayor de sufrir malestar emocional en comparación con otro tipo de trabajadoras no relacionadas con la agricultura⁶⁵. En este trabajo el entrevistado que trabajaba como jornalero, aparte de dar la

explicación de su malestar emocional debido a la precariedad laboral, también lo vinculaba con presiones y deudas económicas que tenía por las necesidades de su familia en especial con la enfermedad de su hijo.

Género

Los relatos del padecer emocional en los hombres y las mujeres de este estudio creó la necesidad de un análisis desde la perspectiva de género, ya que es un determinante social que ofrece explicar los modos diferentes de enfermar entre mujeres y hombres, considerando el contexto sociocultural en el que se desarrollan y el sistema social de relaciones establecidas a partir de la interacción entre ambos, sin privilegiar a uno u otro grupo⁶⁸.

Sin ser intención de este trabajo de investigación, se tuvo la participación de más hombres que mujeres. En cuanto a este dato, autores como Cano-Videl A⁶¹ desde la perspectiva cuantitativa ha mostrado la presencia de mayores síntomas de malestar emocional y de trastornos afectivos en las mujeres que en los hombres. Sin embargo también se han discutido^{33, 69} estas afirmaciones debido a que se ha demostrado que existe una diferencia de expresión y desarrollo emocional relacionado con el género, en donde la mujer tiende a ser más expresiva y el hombre tiende a internalizar o reprimirse; lo que apuntan los investigadores es que los problemas de salud mental en los hombres pueden estar enmascarados y que podrían expresarse en dependencias a drogas⁶¹, violencia, irritabilidad, ira o manifestaciones en el cuerpo como el dolor^{62, 70, 71}. En este trabajo el malestar emocional en los varones se mostró con más quejas físicas que las mujeres, esto tiene relación con que solo participantes hombres (no todos, pero sí la mayoría) acudieron en algún momento a los servicios de salud (física) para tratar de atender y entender lo que les pasaba. Por lo que cabe señalar también que la razón que daban los hombres para acudir a la clínica de salud mental fue con el interés de recuperar su bienestar físico, pues por causa de las molestias corporales, y en algunos la dependencia del alcohol, su situación laboral se había perjudicado. Este dato es coherente con otra literatura revisada, pues se ha documentado que el desempeño laboral de los varones resulta afectado de forma significativa por el

estado de su salud mental^{72, 73}. Así, el deterioro laboral se perfiló como la mayor preocupación de los hombres al tener malestar emocional porque afectaba su rol como proveedor del ingreso familiar. Lo anterior tiene particular relevancia respecto a dos aspectos, el primero en cuanto a que la salud emocional queda postergada siempre y cuando el cuerpo responda a las demandas sociales ya que en Latinoamérica una exigencia social común hacia los varones sigue siendo ser proveedores de familia⁷². Lo que lleva al segundo aspecto a subrayar, que si bien existió un deterioro laboral por el malestar emocional, según la literatura su situación de salud mental podría verse más perjudicada porque la pérdida o disminución laboral también causa estragos en la salud física y mental ocasionando por ejemplo: pérdida o disminución de la seguridad personal, depresión, adicciones, enfermedades del corazón⁷⁴. Esto podría generar un círculo peligroso para la salud de los hombres.

Por su lado, el panorama del padecer malestar emocional de las mujeres entrevistadas incluye más manifestaciones psicológicas y mayor daño de bienestar, por presentar la mayoría de ellas, intento suicida. Los datos científicos aportan que las mujeres tienden a presentar síntomas más graves e incapacitantes⁶⁹.

El malestar emocional en las mujeres también alcanzó daños en la autopercepción del rol social, siendo su preocupación el cuidado afectivo de sus hijos. A lo anterior Rocha T., et al., refiere que desde la cosmovisión tradicional de los géneros, *a las mujeres se les ha confinado a la crianza, al cuidado de la familia y a la ejecución de las labores domésticas y estas expectativas se internalizan*⁷⁵.

Estigma

En cuanto a los problemas de salud mental y el estigma la mayoría de las investigaciones se enfocan en la relación con el diagnóstico de una enfermedad mental. Sin embargo, en los participantes, a pesar de que ninguno había sido diagnosticado y con esto etiquetado con una psicopatología, sus narraciones contaron sobre el enjuiciamiento social que vivían por padecer malestar emocional. Según Goffman el estigma es un atributo profundamente devaluador,

el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo⁷⁶. En la literatura, el estudio del estigma toma diferentes formas según el contexto⁷⁷ y en relación a los problemas de salud mental se han abordado desde tres conceptos: *estigma estructural* (que se refiere a las reglas, políticas y prácticas de instituciones sociales que restringen arbitrariamente los derechos u oportunidades para las personas con padecimientos mentales⁷⁸), el *estigma social* se refiere al estigma de la población general respecto a distintos grupos o características de los sujetos⁷⁹ y el *estigma internalizado o auto estigma*, que es el prejuicio que las personas con padecimientos mentales se vuelven contra sí mismas⁸⁰.

En las entrevistas el estigma social se reveló cuando se les preguntó a los participantes sobre tres temas: el impacto del malestar emocional en su vida, el apoyo recibido y cuando contaban sobre lo que hacían para enfrentar el malestar. Algunos narraron cómo su familia no creía lo que les estaba pasando o se reían de algunas de las manifestaciones del malestar, etiquetándolos como locos. A lo que Tosal se refiere como un estigma, *puesto que el cuerpo dolido pero no enfermo se transforma en un lugar de deslegitimación del síntoma y de la persona que lo padece*⁸¹. También contaron cómo sus familiares y amigos al no darse cuenta de la lucha interior que tenían día a día para enfrentar su malestar, ocasionaba que los vieran como que no le “echaban ganas” refiriéndose a ellos como flojos. El estigma social ejercido por sus seres más cercanos los hacía sentir desvalorados lo que según Ochoa S et al., empeora su situación de malestar emocional llevándolos a una desadaptación social⁸².

Asimismo el autoestigma o estigma internalizado también se dejó ver entre los participantes cuando necesitaban pedir ayuda, pero no lo hacían por sentir pena y vergüenza de lo que les estaba pasando.

La estigmatización que sufrían los entrevistados tuvo un impacto negativo en cuanto a que interrumpió sus redes de apoyo y en la mayoría de los casos fue la causa para refugiarse en la soledad. Según Muñoz⁷⁹ vivir con estigma provoca que las personas respondan con estrategias de carácter desadaptativo, como por ejemplo, mantener en secreto el padecimiento, retraerse a nivel social o aislarse

como forma de evitar el rechazo, a estas estrategias se la ha nombrado afrontamiento evitativo. Lo que puede ocasionar estragos importantes en sus relaciones sociales, laborales y dificulta la atención al malestar emocional.

La carrera de búsqueda de atención al malestar emocional

La carrera de búsqueda de atención al malestar emocional comenzó en dos formas diferentes; primera cuando aparecieron las molestias corporales, que ocurrió en la mayoría de los entrevistados, y segunda cuando apareció el riesgo de muerte en la comerciante y la empleada de panadería, debido al intento suicida, en donde cabe mencionar que su búsqueda de atención se observó con mayor involucramiento familiar. Tomando como referencia a los análisis de Menéndez ⁸³ sobre los modelos de atención a los padecimientos, señala que *los sujetos y grupos sociales demandan acciones sobre sus padeceres más que sobre su salud, por lo que la casi totalidad de las actividades de las diversas formas de atención actúan básicamente respecto de los padecimientos y enfermedades y no sobre la promoción de salud*. Así, la carrera de búsqueda de atención se caracterizó por actividades en las que las personas y/o sus familias intentaban entender, controlar, desaparecer y/o curar las manifestaciones del malestar emocional, también la atención recibida se enfocaba a identificar, mitigar, consolar o atender esos síntomas.

Otra característica fundamental de la carrera de búsqueda de atención para enfrentar el malestar, es que mostró cómo los entrevistados y en algunos casos su familia se *autoatienden*. Continuando con Menéndez, la *autoatención constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos o grupos sociales en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención*⁸³. Los entrevistados dieron cuenta de cómo decidían cada paso para buscar atención a su malestar emocional, se adueñaban de la información que recibieron, por ejemplo, en la consulta médica, en la valoración en el servicio de urgencias, en el tratamiento recetado, en pruebas de laboratorio, etc. Con la información que obtenían de cada lugar al que acudían y mejoría o no de su estado de salud, los informantes

realizaban conjeturas sobre su estado de salud y tomaban decisiones por ejemplo: cuándo tomar o no la medicación, si continuar yendo con tal profesional o curandero. Lo que resalta la característica central de la búsqueda de atención del malestar emocional, es que los entrevistados junto con sus familias son protagonistas activos, en lo que se podría decir dentro del círculo biomédico, de su autocuidado.

Menéndez indica en su estudio que *el sujeto y su grupo pueden consultar uno o más curadores y servicios pero siempre, a partir del núcleo de autoatención*⁸³. Cada informante consultó diferentes servicios o personas, esta decisión dependió en la manera en que comprendían lo que les estaba pasando y también de los resultados que obtenían en su salud. Menos de la mitad de los participantes, no acudieron de primera instancia con profesionales biomédicos para atender su malestar emocional, estos participantes buscaron primero la atención tradicional o popular con curanderos, brujos, santeros y grupos de oración cristiana, otros buscaron atención en los grupos de autoayuda AA, o también en el yoga y la acupuntura. La mayoría de los participantes acudió a servicios y/o a personas del sector salud (física): consultorios médicos y servicio de urgencias fueron la puerta de entrada a este sector. Respecto al servicio de urgencias, la literatura marca que es la puerta de entrada para tener acceso a la atención especializada⁶¹, evitando así la consulta ambulatoria, sin embargo en los participantes que asistieron a emergencias la atención especializada se enfocaba a salud física, no se contempló en ningún caso la canalización con especialistas en salud mental, según Berenguer una persona con problemas de salud mental es más vulnerable a sufrir una negligencia en el diagnóstico de una enfermedad física⁸⁴. La detección y tratamiento del malestar emocional ocurrió en consulta médica con solo tres participantes, de los cuales dos de ellos fueron por intento suicida. A lo anterior la literatura afirma que *la autoatención no debe ser pensada como un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, sino como un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes*⁸³.

Para cuando llegaron a buscar atención en la clínica de salud mental Ramón de la Fuente los participantes ya habían descartado algunas personas y servicios consultados, dentro de los mencionados fueron los brujos, santeros, curanderos, y los servicios y profesionales dedicados a la salud física. Los grupos de autoayuda se consideraban como insuficientes, pues no “llegaban a la raíz” del problema. *Así, es a partir de lo que acontece en la autoatención y por supuesto en la evolución del padecimiento, que el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan*⁸³.

Por último, cabe señalar que inmediatamente después de haber recibido atención en la clínica de salud mental, la mitad de los participantes pensaba en continuar buscando atención, entre los que refirieron: terapia psicoanalítica, buscar a un tanatólogo, regresar al grupo de AA y buscar ayuda espiritual en la religión. De inmediato pensaron que la atención recibida no era suficiente por dos razones: la distancia que había entre una cita y otra (de tres meses) y/o no les iba a ser útil porque percibían al especialista en salud mental con mala actitud o poco sensible a lo que les estaba pasando. *La decisión de ir a consultar a un curador profesional y una parte de las actividades que se realizan luego de la consulta, constituyen también parte del proceso de autoatención. Luego de la primera consulta puede decidirse la consulta inmediata o postergada con otro curador del mismo tipo o de otra forma de atención, y esta decisión, al igual que lo que ocurre luego de la consulta también son parte de este proceso*⁸³. Por otro lado, lo que ocurrió con las personas que sí percibieron una atención útil y positiva en el centro de salud mental, refirieron estar dispuestos a confiar plenamente en el especialista, a “seguir a pie de la letra” el tratamiento, esperanzados a que en unos meses curaran su malestar emocional.

IX. Conclusiones

La experiencia del malestar emocional se explica por los entrevistados cómo una situación desafortunada que pasa desapercibida por quienes los rodean sin embargo, tiene un profundo trasfondo social. Las manifestaciones del malestar emocional son de carácter incapacitante y doloroso. La vivencia del malestar emocional es de interrogante constante, ¿qué me está pasando? y ¿por qué me está pasando? Lo cual denota un permanente estado de estrés emocional, como una olla exprés.

La perspectiva de género aportó datos de gran valor para estudiar el malestar emocional e identificar las diferencias del padecer entre hombres y mujeres. En este trabajo los hombres presentaron mayor sintomatología física que perjudicaba su situación laboral, siendo esta su mayor preocupación para recuperar su bienestar. En cambio las mujeres presentaron más molestias psicológicas, síntomas más graves por presentar el intento suicida, ellas refirieron mayor preocupación por recuperar su rol de cuidadora familiar.

Realizar una investigación que destaque la voz de las personas que sufren permitió conocer desventajas sociales que impactan en su salud. Las más relevantes fueron: violencia intrafamiliar, pobreza y pérdidas. Estas desventajas sociales crean un sufrimiento incomprensible que los obligó a afrontar de manera solitaria sus pesares, provocando mayor dificultad para recuperar su bienestar.

El estigma en los problemas de salud mental no solo se asocia con el diagnóstico psicopatológico, pues en el malestar emocional se presentó de dos formas: como estigma social y auto estigma, que ocasionó una ruptura en sus redes de apoyo y aislamiento social.

El aislamiento social se presentó como una de las estrategias de afrontamiento evitativas más frecuentes entre los entrevistados. Estos datos sugieren según la literatura que un estilo de afrontamiento evitativo actúa como un factor de riesgo del estigma⁸⁰.

Las respuestas para enfrentar el malestar emocional dependieron de la explicación que le dan a este. La mayoría de los entrevistados buscaban desaparecer los síntomas y seguir las actividades de la vida diaria aunque tuvieran un dolor psíquico medianamente soportable.

Las opciones brindadas por el personal de salud siguen siendo insuficientes, apegadas a ver la salud como algo meramente físico, sin considerar situaciones socioculturales que afectan el estado emocional, interno o psíquico de las personas.

La carrera de búsqueda de atención de la personas con malestar emocional evidenció la realidad, señalada en la literatura, para las personas con problemas de salud mental en el mundo, en donde el sistema de salud se muestra indiferente respondiendo poco a sus necesidades⁸⁵, debido a la poca prioridad que se les da estos padecimientos y la falta de recursos adecuados y disponibles para atenderlos⁸⁶.

En esta investigación el intento suicida se mostró como la principal causa de intervención familiar en la búsqueda de atención biomédica y también como principal causa de canalización dentro del sector salud con especialistas en el área, cabe señalar lo anterior debido a que el suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años⁸⁷.

Los entrevistados acudieron a la clínica de salud mental Ramón de la Fuente que se posiciona en el primer nivel de atención, pero no solicitaban intervenciones de prevención y promoción a su salud mental sino demandaban atención porque ya tenían un daño. Es importante señalar lo anterior porque si bien existe una amplia evidencia científica que orienta el desarrollo de modelos para llevar a cabo intervenciones en atención primaria⁸⁷, todavía existen muchas brechas para que las personas accedan a la atención en salud mental, pues estas no son consideradas como principales opciones de atención a sus malestares emocionales.

Dado que la autoatención constituye no solo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención⁸³, este trabajo evidenció cómo los participantes, y en algunos casos, junto con sus familiares protagonizaron la atención a su malestar emocional, buscando diferentes personas y servicios, obteniendo ya sea resultados positivos o negativos, se evidenciaron una serie de acciones que se tejieron, complementaron o descartaron para cubrir las necesidades sentidas del padecer malestar emocional. Esas acciones expusieron a la persona con malestar emocional como sujetos activos, en continuo aprendizaje sobre su cuidado, mostraron su capacidad de acción para encontrar soluciones creativas que coinciden con la afirmación sobre autoatención de Menéndez, el cual la visualiza como un mecanismo potencial de afianzamiento de capacidades, así como del reconocimiento de los propios saberes⁸³.

X. Consideraciones finales

Se hace necesario impulsar y realizar estudios de investigación en donde se destaque la voz de los sujetos sociales que implique comprender sus condiciones socioculturales con problemas de salud mental.

La creación de intervenciones para ayudar al padecer emocional de hombres y mujeres se verá muy beneficiadas si retoman las investigaciones con perspectiva de género.

La presencia del estigma social ejercido por familiares y seres queridos muestra la necesidad de redoblar esfuerzos para la sensibilización de los problemas de salud mental. Así como el auto estigma, indica la importancia de brindar un acompañamiento más sensible a la persona con este tipo de problemática.

Debido a la ausencia de programas de detección y opciones disponibles de atención, el ámbito de la promoción y la prevención a la salud mental, fue inexistente en la carrera de búsqueda de atención, es necesario impulsar estas áreas tanto en acceso y contenido, con el propósito de estar más cercanos a los problemas cotidianos de las personas. Las opciones propuestas en la literatura se basan en impulsar intervenciones dentro de la comunidad, como puede ser las escuelas, los centros de trabajo, en las iglesias o lugares de recreación, es decir en la cotidianidad de las personas.

Conocer la carrera de búsqueda de atención del padecer malestar emocional o cualquier otro padecer, es el primer paso para tratar de articular los diferentes servicios no biomédicos que son utilizados por las personas de manera alterna con las intervenciones del sistema de salud, para así, facilitar y fortalecer la atención a los padeceres según Menéndez⁸³. Esto se vuelve un área de oportunidad en materia de investigación.

Darle prioridad a la problemática e intervención del riesgo suicida no debe de ser tema solamente de especialistas en salud mental, se necesita implicación y

esfuerzos de profesionales de la salud como, médicos generales, enfermeras y trabajadoras sociales.

Se deben realizar esfuerzos para evitar que la comprensión y atención de los problemas de salud sean fragmentadas. Incrementar una cultura holista en los profesionales de salud, pero sobre todo en las autoridades sanitarias para que propicien estructuras en los servicios que permitan que el profesional de salud comprenda a la persona e integre su sistema de valores personales y colectivos, factores culturales, religiosos, socioeconómicos o del entorno laboral.

Los profesionales de salud tenemos que preguntarnos cuáles son realmente los problemas de la sociedad y su trasfondo, luego ver cómo esos problemas recaen en la salud de las personas para así después trabajar con ellos, con un acercamiento individual, pero en sus espacios. Considero que después de ver el trasfondo social del malestar emocional, no podemos quedarnos en las clínicas ni en la perspectiva clínica, debemos abrir nuestra mirada con otros saberes como la antropología y sociología. Tenemos que dedicar tiempo de calidad a las personas y conocer desde su perspectiva los problemas y sobre todo la manera en que ya los están afrontando.

Específicamente desde enfermería, es conocido que el poco personal especializado, el pobre y centralizado presupuesto destinado a esta área son algunos de las barreras para poder brindar una mejor atención en este ámbito, por lo que la sugerencia ha sido que la atención de enfermería en salud mental debe de ser comunitaria. Es a partir de los hallazgos en este trabajo relativos a la insatisfacción sobre la atención recibida en salud mental donde se encuentra el reto de la enfermería, por lo que a continuación puntualizaré algunas recomendaciones a fin de lograr fortalecer tanto en conocimientos como en práctica:

- a. Formación para la comunidad:
 - i. Tener una enseñanza empática de los problemas de salud mental a partir de miradas más amplias que permitan conocer

los trasfondos porque la patología no lo es todo, la licenciatura en enfermería y sobre todo la especialización debe de contemplar en sus planes de estudios enfoques socioculturales que permitan conocer los problemas cotidianos que enfrentan las personas e impactan en su estado de salud (Sociología, Antropología, Filosofía).

- ii. Formar en competencias para la intervención comunitaria como: habilidades de entrevista, contención verbal, dinámicas de grupos, acompañamiento terapéutico, consultoría y visita domiciliaria, intervención ante desastres y emergencias, intervenciones de arte-terapia, relajación, masoterapia, etc.
- iii. Desarrollar en las enfermeras habilidades básicas de autocuidado considerando que es importante para cada profesional conocer sus límites y prejuicios antes de poder atender las necesidades de otras personas.

b. Atención a la comunidad:

- i. De primera instancia se debe de dar a conocer la magnitud de los problemas de salud mental, sensibilizar a los profesionales de la atención primaria y hospitales generales ya que tienden a ignorar o mal atender el malestar emocional generando agravios a la salud.
- ii. Tener apertura y ser sensible las diferentes alternativas de atención (por ejemplo: medicina tradicional y moderna) para satisfacer la complejidad de las necesidades en salud mental.
- iii. Promover modelos comunitarios, estar e intervenir en la comunidad significa que se necesita salir de ambiente clínico y potencializar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio. Los sistemas de hospitalización parcial, atención a domicilio y residenciales terapéuticos responden bien a una rehabilitación psicosocial en comunidad.

Definitivamente la mesa no está puesta para una enfermera que quiera brindar cuidados en salud mental, pues la poca prioridad que se le da a estos y los programas de acción que no se llevan a cabo dan muestra de cómo es el área con mayor rezago del sistema de salud en nuestro país. Nos falta formación y sensibilización para un trabajo comunitario se debe considerar los problemas de salud exploración el estado del cuerpo de acuerdo a los contextos, preguntar a la persona sobre su día a día, su trabajo y cansancio, sobre la pareja y el desamor, si ha perdido a alguien y si lo extraña, quién lo acompaña o quién le ha hecho daño, cuáles son sus preocupaciones, qué deudas lo persiguen, etcétera. Debo reconocer que las respuestas que obtengamos representan un reto para la profesión porque hasta ahora la práctica se ha limitado a atender el cuerpo y no lo que lo aqueja.

Bibliografía:

1. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. ABECÉ sobre la salud mental, trastornos y estigma. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. República de Colombia; 2014 [Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2xauS8B>.
2. Galende E. Editorial. Revista salud mental comunidad [Internet]. 2012 [Fecha de consulta: 16 de octubre de 2016]; 2(2): 7-10. Disponible en: <http://bit.ly/2cU8aJ1>.
3. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 3 ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
4. Fritjof C. El Punto crucial. Buenos Aires, Argentina: Troquel; 1982.
5. Guinsberg E. Normalidad, conflicto psíquico, control social. México: Plaza Valdes editores; 1996.
6. Frances A. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. Rev. Psychiatric Times [Internet]. 2010 [fecha de consulta: 30 de octubre de 2016]; 1(1). Disponible en: <http://bit.ly/2fvvj85>.
7. Wainwright T, Pemberton R. The end of mental illness thinking?. International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet]. 2014 [fecha de consulta 04 de septiembre de 2016]; 14: 216-220. Disponible en: <http://bit.ly/2c69kRT>.
8. Stucchi-Portocarrero S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 2013 [fecha de consulta: 7 de noviembre de 2016]; 7(6):218-223. Disponible en: <http://bit.ly/2lOdGSe>.
9. Ausburger, C. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuad. méd. soc. (Ros.) [Internet]. 2002 [fecha de consulta: 12 de septiembre de 2016]; 8(1): 61-75. Disponible en: <http://bit.ly/2c690SZ>.
10. Burin M, Moncarz E, Velázquez S. El malestar de las mujeres. Buenos Aires: Paidós; 1990.

11. Galende E. Consideración de la subjetividad en salud mental. *Revista salud mental comunidad* [Internet]. 2012 [fecha de consulta: 04 de septiembre de 2016]; 2(2): 7-10. Disponible en: <http://bit.ly/2cU8aJ1>.
12. Gómez M, Berenzon S, Lara M, Morales F, et al. La experiencia de malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo [tesis doctoral]. México, Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. [fecha de consulta: 14 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2lb1uHO>.
13. Torres M. Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* [Internet]. 2012 [fecha de consulta: 16 de octubre de 2016]; 1(1): 101-113. Disponible en: <http://bit.ly/2evsnSD>.
14. Berenzon S, Mora J. Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la Ciudad de México. *Investigación en Salud* [Internet]. 2005 [fecha de consulta: 30 de octubre de 2016]; VII: 181-187. Disponible en: <http://bit.ly/2f3iT2B>.
15. Correa-Urquiza M. Salud mental: Nuevos territorios de acción y escucha social. *Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2012 [fecha de consulta el 04 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://bit.ly/2cE1HQn>.
16. Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 [fecha de consulta: 31 de enero de 2017]: p. 451. Disponible en: <http://bit.ly/2kOXso6>.
17. Pozueco JM, García ME, Moreno JM et al. Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos. *Rev. Crim.* [Internet]. 2015 [fecha de consulta: 04 de septiembre de 2016]; 57(2): 235-251. Disponible en: <http://bit.ly/2cHJOyV>.
18. Benito E. Repensando el diagnóstico. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* [Internet]. 2013 [fecha de consulta: 04 de septiembre de 2016]; 51-2. Disponible en: <http://bit.ly/2cqLPID>.
19. Torres M. Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* [Internet]. 2012 [fecha de consulta: 16 de octubre de 2016]; 1(1):101-113. Disponible en: <http://bit.ly/2evsnSD>.

20. Rosenhan DL. Being Sane in Insane Places. Science [Internet]. 1973 [fecha de consulta: 16 de octubre de 2016]; 1(179): 250-258. Disponible en: <http://bit.ly/2dIHOf0>.
21. Basaglia F, Marcos S. Antipsiquiatría y política. En: Intervenciones en el Cuarto Encuentro Internacional de Alternativas a la Psiquiatría. Extemporáneos Cuernavaca, México; 1978.
22. Carlat D. Unhinged- the trouble with psychiatry- a doctor revelations about a profession in crisis. Nueva York: Free Press; 2010.
23. Kirsch I. The Emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth. Nueva York: The Bodly Head; 2009.
24. Whitaker R. Anatomy of an epidemic, Magic bullets, psychiatry drugs and the astonishing rise of mental illness. Nueva York: Broadway Books; 2010.
25. Juárez C. Ya no quisiera ni ser yo: La experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rurales y urbanas en México [tesis doctoral]. México, Universitat Rovira I Virgili; 2006.
26. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology [Internet] 1978 [fecha de consulta el 11 de noviembre de 2017]; vol. 12, p. 85-93. Disponible en: <http://bit.ly/2yTxUAU>.
27. Kleinman A. Illness narratives. Suffering, healing and the human condition. USA: Basic Books; 1988.
28. Recoder ML. Experiencia de enfermedad y narrativa: Notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida en una ciudad del nordeste brasileiro. Papeles de trabajo - Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural [internet] 2011 [fecha de consulta 04 de septiembre de 2017]; 21, 80-98. Disponible en: <https://bit.ly/2JqU3rq>.
29. Palacios L. Leon Eisenberg (1922-2009): padecimiento y enfermedad. Contribuciones desde el estudio del autismo y la hiperactividad a la construcción social del cerebro humano. Salud Mental [Internet]. 2010 [fecha de consulta: 23 de noviembre de 2016]; 3(3): 293-295. Disponible en: <http://bit.ly/2giyJW1>.

30. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus*, 2006. [fecha de consulta: 11 de noviembre de 2017]. IV (1): 140-149. Disponible en: <http://bit.ly/2yuwdWk>.
31. Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2006 [fecha de consulta: 14 de febrero de 2017]; 80(4): 317-333. Disponible en: <http://bit.ly/2IR4d9r>.
32. Galván J, Berenzon S, Tiburcio M, Bernal P, Saavedra N, Mellor-Crummey L. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental* [Internet]. 2014 [fecha de consulta: 23 de noviembre de 2016]; 3(7): 313-319. Disponible en: <http://bit.ly/2g6DbrB>.
33. Mora J. Una Aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad marginal. [tesis doctoral]. México, Universidad Nacional Autónoma de México. 2004 [fecha de consulta: 23 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2fHS82Z>.
34. Pelaez I, Infante C, Quintana R. Help-seeking trajectory in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2015 [fecha de consulta: 12 de noviembre de 2017]; 34(1): 17-28. Disponible en: <http://bit.ly/2zxhL3F>.
35. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales [Internet]. Buenos Aires: ed. Amorrortu; 2001 [fecha de consulta el 12 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2ias2Jf>.
36. Guevara ES. Vida Sexual y Malestar Emocional. Las contradicciones de la modernidad. *REMO* [Internet]. 2008 [fecha de consulta: 15 de febrero de 2017.]; VI (14): 2-11. Disponible en: <http://bit.ly/2liB2Pi>.
37. Ruiz JI. Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2007 [fecha de consulta: 15 de febrero de 2017]; 39 (3): 547-561. Disponible en: <http://bit.ly/2livdRD>.

38. Fleiz C, Ito ME, Medina-Mora ME, et al. Los malestares masculinos: narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud Mental* [Internet]. 2008 [fecha de consulta: 20 de febrero de 2018.]; 31: 381-390. Disponible en: <http://bit.ly/2FuERLm>.
39. De la Revilla L, De los Ríos AM. La dimensión familiar en la Atención Primaria. En Martín A, Cano JF y Gené J. *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia* [Internet]. España: Elsevier; 2014 [fecha de consulta: el 5 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2D3SknL>.
40. Aguiló E. Los grupos en atención primaria y los malestares de la vida cotidiana. *AMF* [Internet]. 2010 [fecha de consulta: 15 de febrero de 2017]; 6 (7); 372-381. Disponible en: <http://bit.ly/2H0FY2k>.
41. Evia V. Los procesos de salud-enfermedad desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de trayectos terapéuticos. *Salud Colectiva* [Internet]. 2015 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2018]; 11 (4): 537-52. Disponible en: <http://bit.ly/2I9sNT2>.
42. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* [internet] 2003 [fecha de consulta: 5 de marzo de 2018]; 81 (8). Disponible en: <http://bit.ly/2tjOSpM>
43. Psychologists Against Austerity. The Psychological impact of austerity. [Internet]. [Fecha de consulta el 5 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2FhBaol>.
44. Peláez I, Burgo R. La aproximación cualitativa en salud: una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin* [Internet]. 2005 [Fecha de consulta: 27 de noviembre de 2016]; 1(3): 166-74. Disponible en: <http://bit.ly/2gL8o71>.
45. Juárez C. Tres dimensiones para comprender la subjetividad en la investigación cualitativa. En: Liévano Franco MP, Garrido Elizalde P: *Bifurcaciones de la subjetividad: dispositivos e intervención social*. México: Univ Autónoma de Nuevo León; 2010. p. 113-32.

46. Martínez C. "El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias". *Ciencias & Salud Colectiva* [Internet]. 2012 [fecha de consulta: 27 de noviembre de 2016]; 17 (3):613-619. Disponible en: <http://bit.ly/2dXPXw3>.
47. Aldas J. Aspectos Bióticos para la realización de los experimentos clínicos de psiquiatría con adultos [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad del Bosque; 2010.
48. Edwards R, Holland J. What is qualitative interviewing?. [Internet] Great Britain. Bloomsbury Publishing Plc. 2013 [fecha de consulta: 28 de junio de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1TMzLIL>.
49. Taylor J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Ed. Paidós, España, 1992.
50. Birks M, Chapman Y, Francis K. Memoing in qualitative research. *Journal of Research in Nursing*. 2008 [fecha de consulta 28 de junio de 2017]; 13 (1): 68-75 pp. Disponible en: <http://bit.ly/2uLqicS>.
51. Arias M, Giraldo V. El Rigor Científico en la investigación Cualitativa. *Invest Ecuac Enferm*. 2011; 29 (3):500-14.
52. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 473-482.
53. Erazo S. Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 2011; XXII (42): 107-36.
54. Castillo E, Vásquez L. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica* [Internet]. 2003 [fecha de consulta: 1 de diciembre de 2016]; 3(4): 164-167. Disponible en: <http://bit.ly/28PK4hc>.
55. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013 [fecha de consulta: 13 de agosto de 2018.]; 310(20): 2191-4. Disponible en: <https://bit.ly/2rJdF3M>.

56. Bermúdez A, Cárdenas M, Fernández V et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. [Internet]. 2013 [fecha de consulta: 28 de junio de 2017]. Disponible en <http://bit.ly/2ay4D0E>.
57. Graneheim H, Lundman B. Qualitive content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. Nurse Education Today (2004) 24,105-112.
58. Elo S, Kingäs H. The qualitative content analysis process. Journal Advanced Nursing [Internet]. 2008 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017.]; 62 (1): 107-115. Disponible en: <http://bit.ly/2xFqVq2>.
59. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido de los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Bogotá; Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia: 2003: 31-63.
60. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
61. Cano-Vindel A. Los desórdenes emocionales en atención primaria. Ansiedad y Estrés. 2011 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 17(1): 75-97. Disponible en: <https://bit.ly/2P87cYW>.
62. Cova F, Maganto C, Melipillán R. Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. Psykhe [Internet]. 2005 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 14(1): 227-232. Disponible en: <https://bit.ly/2wvZdgp>.
63. Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder N, et al. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Pública de México [Internet]. 2006 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; Vol. 48. Disponible en: <https://bit.ly/2wrFe3f>.
64. Arroyo E, Auquer F, Banuel JC et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. Aten Primaria [Internet] 1998

- [fecha de consulta: 20 de agosto de 2017]; 22:627-30. Disponible en: <https://bit.ly/2P2vgw6>.
65. Gamboa C, Gutiérrez M. Jornaleros agrícolas en México. Antecedentes, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Causas y Efectos del Problema, Iniciativas y Opiniones Especializadas. Subdirección de análisis de Política Interior [Internet]. 2015 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017] Disponible en: <https://bit.ly/2LHPs4m>.
 66. Calvario JE. Masculinidad, riesgos y padecimientos laborales. Jornaleros agrícolas del poblado Miguel Alemán, Sonora. Región y Sociedad [Internet]. 2007 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 19 (40): 39-72. Disponible en: <https://bit.ly/2NzGfwK>.
 67. Echeverría M, Sépulveda I, Miranda A. Una aproximación a la expresividad corporal en jornaleros agrícolas migrantes mexicanos. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad [Internet]. 2016 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 22 (8): 61-73. Disponible en: <https://bit.ly/2N3hqw7>.
 68. Mora-Ríos J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. Salud Mental [Internet] 2014 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 37 (4). Disponible en: <https://bit.ly/2MSDM3s>.
 69. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental?. Salud Ment [Internet]. 2014 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 37(4): 275-281. Disponible en: <https://bit.ly/2ncXsyL>.
 70. Fleiz C, Domínguez M, Aguiñaga A. Las manifestaciones del malestar depresivo masculino. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” [Internet]. [fecha de consulta: 20 de agosto de 2017] Disponible en: <https://bit.ly/2CZE5VK>.
 71. Fleiz C, Ito ME, Medina-Mora ME, et al. Los malestares masculinos: Narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. Salud Ment [Internet]. 2008 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 31(5): 381-390. Disponible en: <https://bit.ly/2NuGr0d>.

72. Burin M. precariedad laboral, masculinidad, paternidad en: Burin M, Jimenez ML y Meler I. Precariedad laboral y crisis de la masculinidad. Impacto sobre las relaciones de género. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. [Internet] 2007 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017] Buenos Aires. Disponible en: <https://bit.ly/2wq5hb8>.
73. Bolaños F. Malestar psicológico determinado socialmente y abuso expresivo en varones. Salud Ment [Internet]. 2014 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 37(4): 321-327. Disponible en: <https://bit.ly/2LEEEh5>.
74. Jiménez ML, Tena O. Algunos Malestares de varones mexicanos ante desempleo y deterioro laboral. Estudio de caso en: Burin M, Jiménez ML y Meler I. Precariedad laboral y crisis de la masculinidad. Impacto sobre las relaciones de género. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. [Internet] 2007 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017] Buenos Aires. Disponible en: <https://bit.ly/2wq5hb8>.
75. Rocha T, Cruz C. Barreras estructurales y subjetivas en la transición de roles de mujeres mexicanas y su malestar emocional. Acta Colombiana de Psicología. [Internet] 2013 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 16(1): 123-35. Disponible en: <https://bit.ly/2oj9ado>.
76. Goffman E. Estigma. Amorrotu editores [Internet]. Buenos aires. 2006 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2k84djE>.
77. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, et al. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. British Journal of Psychiatry [Internet]. 2004 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 184(2); 176-181. Disponible en: <https://bit.ly/2plH1TJ>.
78. Livingston J. Mental Illness-Related Structural Stigma: The Downward Spiral of Systemic Exclusion Final Report. Mental Health Commission of Canada. [Internet] Calgary, Alberta: 2013 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017] disponible en: <https://bit.ly/2MTKlgG>.
79. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental.

- Anuario de Psicología clínica y de la salud [Internet] 2011 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 7: 41-50. Disponible en: <https://bit.ly/2MWgNo8>.
80. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. [Internet] 2002 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 1(1):16-20. Disponible en: <https://bit.ly/2gl8vBv>.
81. Tosal B. El cuerpo como excusa: El diagnóstico de la fibromialgia en una consulta de reumatología. *Index Enferm* [Internet]. 2008 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 17(1): 12-16. Disponible en: <https://bit.ly/2ogVAaz>.
82. Ochoa S, Martínez F, Ribas M et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2011 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 31(3): 477-489. Disponible en: <https://bit.ly/2wsXI8m>.
83. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2003 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 8(1): 185-207. Disponible en: <https://bit.ly/2PamBrP>.
84. Berenguer DM, Basto S, Arroyo C, et al. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente psiquiátrico en urgencias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. [Internet] 2015 [fecha de consulta: 29 de agosto de 2017]; 11(85) 5112-17. Disponible en: <https://bit.ly/2Mz3evw>.
85. Patel V. Global Mental Health: From Science to Action. *Harvard Review of Psychiatry*. [Internet] 2012 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 20(1):6-12. Disponible en: <https://bit.ly/2wifqXo>.
86. Vargas BE, Villamil V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención. *Salud Mental* [Internet] 2016 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]; 39(1):3-9. Disponible en: <https://bit.ly/2PI9Rty>.
87. OMS. Prevención del suicidio. [Internet] 2012 [fecha de consulta: 27 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/1hIKHZF>.

ANEXO 1

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Guía de Entrevista

Fecha: Hora de inicio: Hora de término:

Nombre: No. de sesión:

Lugar de entrevista: Personas presentes:

Intención de la entrevista: Explorar la experiencia del malestar emocional de la persona.

Procedimiento: consiste en incentivar a la persona para que relate sus interpretaciones y creencias en cuanto al malestar emocional desde cómo surgió la situación, cómo la ha vivido y las acciones que ha tomado para dar solución o alivio a este. Siguiendo el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas⁶⁷. El tiempo estimado para la entrevista es de una hora treinta minutos.

Preguntas

Datos sociodemográficos

1. ¿Cuál es su nombre, su edad, su ocupación, su religión, su escolaridad, su estado civil?
2. ¿en dónde nació?
3. ¿en dónde vive y con quién?

Motivo de búsqueda de atención a la CSMRF

4. ¿Qué lo trajo aquí? ¿Por qué vino a la clínica?/

Manifestación del malestar emocional

5. ¿Cómo se siente? ¿qué molestias tiene? Explorar síntomas, cómo les llama, a qué se refiere y opinión de estos
6. ¿Qué le sucede cuando se siente así? Qué cambios físicos o emocionales?

Atribuciones del malestar emocional

7. A qué cree que se deba que se sienta así?
8. ¿Por qué cree que eso es la causa?

Evento detonador de búsqueda de atención a la Clínica de SMRF

9. Sucedió algo, hubo alguna situación especial que lo hiciera venir a buscar atención a la clínica de SMRF?

Historia del malestar emocional

10. ¿Había sentido o pasado por esto antes?
11. ¿Cómo se sentía?
12. ¿Cuándo comenzó a sentirse así? O ¿Cuándo se dio cuenta de que se estaba sintiendo así?
13. ¿Cómo le afectó esto al principio?
14. ¿Qué estaba pasando en su vida personal/familiar cuando empezó a sentirse así?

Evolución del malestar emocional

15. ¿Cómo han cambiado las cosas?

Vivir con malestar emocional

16. Me podría contar ¿cómo fue su día de ayer desde que inició su día hasta que terminó?
17. ¿Qué piensa de lo que está sintiendo o por lo que está pasando?
18. ¿Qué le hace sentir esta situación?
19. ¿Cómo se siente hablando de ello?
20. ¿Qué cambios en su vida personal, familiar, social, laboral se han presentado por sentirse así?

Ayuda recibida

21. ¿Quién lo ha ayudado en esta situación?

22. ¿Cómo lo han hecho?

Trayectoria

23. ¿Qué hace o qué ha hecho para aliviar su malestar? Caracterizar lo que hace para solucionar el malestar y de dónde proviene esa actividad

24. ¿qué le ha funcionado y qué no? ¿por qué?

Expectativas de alivio

25. ¿Cómo espera que mejore esta situación?

26. ¿Quién cree que puede ayudarlo?

27. ¿Qué cree que puedan hacer por usted?

Negociación:

Descripción de sucesos (Opinión, interrupciones, reacción del entrevistado, etc)

Antes:

Durante:

Después:

PREGUNTA:

¿Cómo comprenden y resuelven el malestar emocional las personas que acuden por primera vez al centro de salud mental Ramón de la Fuente en Toluca, Estado de México?

GENERAL: Comprender la experiencia del malestar emocional de las personas que acuden por primera vez al centro de salud mental Ramón de la Fuente.

ESPEC: Identificar, describir y analizar las interpretaciones sobre el malestar emocional en personas que acuden a demandar atención por primera vez al centro de salud mental Ramón de la Fuente.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado(a) a participar en esta investigación titulada: “Experiencia del malestar emocional de las personas que acuden por primera vez al Centro de Salud Mental” Ramón de la Fuente, el cual tiene como objetivo: conocer la experiencia y la búsqueda de solución al malestar emocional de las personas que acuden por primera vez al Centro de Salud Mental “Ramón de la Fuente”. En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre su salud, para facilitar el registro de la información es necesario grabar la entrevista en audio, la información es estrictamente confidencial y anónima, es decir que no será identificado(a) y la información que brinde se empleará únicamente para fines académicos. Su participación no implica algún riesgo y es independiente del proceso de atención que recibe en el la Clínica de Salud Mental “Ramón de la Fuente”, es decir que seguirá siendo atendido(a) aun cuando no decida participar en esta actividad.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación, si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono y correo electrónico del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio

pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firma del investigador

E-mail: gaby_ghc@live.com.mx

Celular: 722 145 10 44

Anexo 3 Ejemplo de matriz.

	A	B	C	D	E	F
1	TEMA: EXPLICACIÓN DEL MALESTAR					
2	CATEGORÍA: SITUACIÓN DISCORDANTE					
3	SUBCATEGORÍA: PROBLEMA					
4	INFORMANTE	CÓDIGO VIVO	CÓDIGO SUTANTIVO	UNIDAD DE SIGNIFICADO	MEMOS	DESCRIPCIÓN
5	E01 Salvador 36 años, taxista		ESTRÉS	S: comencé con estrés... E01:23	MC: Nombrar las cosas es reconocer su existencia y ordenarla en nuestro mundo. [Fuente:De Rojas, J.L. Formas de nombrar, maneras de entender. Espacios y gentes en la América indígena. E-Spania [en línea], 2012; 14 (12)]	Uso de terminología clínica para referirse a lo que le está sucediendo: estrés, depresión, alcoholismo. Aunque en cuanto al término depresión no está seguro de relacionarlo con lo que le está pasando. También se refiere a un estado, identificando el alcoholismo y cambios en el ánimo.
6	E02 Osvaldo 31 años, campesino	"Un problema de acumulamiento de estrés"		O: ... y supuestamente el primer médico que visité fue lo que me dijo, que era un problema de acumulamiento de estrés... E02:142-145		
7	E01 Salvador 36 años, taxista	"soy alcohólico"	ALCOHOLISMO	S: ... también soy alcohólico podría decirse así... E01:32	MR: Importancia de nombrar algo. ¿Lo que no tiene nombre no existe?	
8	E04 Cristian 27 años, hojalatero-pintor	"agarre la maña de estar tomando"		I: ok, por qué vienes aquí hoy? C: "porque como bueno, te comentaba hace ratito ya agarre la maña de estar tomando..." E04: 19-21	MR: Pensar el nombre como la presentación de situación, como signo de identidad, como primera impresión que nos llevamos y la primera información que nos ofrecen de sí mismos.	
9	E01 Salvador 36 años, taxista		DEPRESIÓN	s: ... como por depresión E01:23	MR: La popularidad del modelo médico hegemónico puede ser que influya en cómo las personas están denominando sus problemas de salud.	
10	E01 Salvador 36 años, taxista			S: ... puede ser depresión, no sé cómo se maneje... E01: 1057-1058		
11	E05 Rebeca 23 años, empleada despachadora.	"entre en estado de depresión"		R: "... me mandaron para acá porque entre en estado de depresión... " E05:22-23		

