



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

Percepción de agentes comunitarios de salud de Chiapas sobre la
ansiedad y depresión en la juventud de localidades rurales

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
PRESENTA

Alejandra Itzel Nudel Ontiveros

Tutor principal

Dra. María Cecilia González Robledo
Centro de investigación de Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública

Comité tutor:

Dra. Marcela Agudelo Botero
Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud
Facultad de Medicina. UNAM

Dra. María Alejandra Sánchez Guzmán
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, México, abril 2022



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.

Agradecimientos

Gracias,

A la UNAM por ser instrumento y plataforma para mi crecimiento profesional y ayudarme a conocer a personas maravillosas en el campo de la salud.

Al Conacyt por el apoyo incondicional. Le estaré eternamente agradecida por ver en mí a una profesional en la salud con actitud y optimismo. La beca para realizar esta maestría (1004340) siempre la recordaré desde el primer día en que me fue otorgada.

A mi tutora, la Dra. María Cecilia González, que a pesar de la distancia me compartió todos sus conocimientos, su tiempo y paciencia para realizar y concluir esta tesis. Gracias infinitas por su calidez.

Al jurado del examen de grado integrado por: Dra. Marcela Agudelo, Dra. Blanca Pelcastre, Dra. Claudia Infante y Dra. Damaris Sosa. Por sus aportes y certeros comentarios a mi trabajo de tesis.

A mis profesores, compañeros y amigos de la maestría, a través de sus distintas trayectorias y experiencias enriquecieron mi crecimiento profesional. Siempre los tendré presentes.

Al apoyo constante de la organización Compañeros en Salud. Infinitas gracias. Destacando a la Dra. Fátima Rodríguez, por todo su apoyo emocional, orientación y por hacerme conectar con las participantes de este importante estudio.

A todas las agentes comunitarias de salud, cuidadoras de salud mental, auxiliares de salud, acompañantes de crónicos, acompañantes materno-infantil, acompañantes del modelo hogar. Cada una desde su trinchera me demostraron su arduo trabajo en vías de una sociedad más sana y consciente. Son una inspiración y una prueba irrefutable de que hay diferentes maneras de acercarse a poblaciones vulnerables.

Y por último, pero no menos importante. Absolutamente nada hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de las personas a las que más amo. Gracias, padres. Por cada llamada a distancia, por cada consejo, por todo su apoyo que me empuja día a día a lograr mis objetivos. Ustedes son mi pilar e inspiración que me motiva a alcanzar cualquier meta que me proponga.

Gracias a toda la gente que siempre creyó en mí.

Índice

Resumen	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Antecedentes.....	5
Capítulo 2. Marco conceptual.....	9
2.2 <i>Definición, signos y síntomas de AN y DP en población joven.....</i>	<i>12</i>
2.3 <i>Concepto de accesibilidad a servicios de salud.....</i>	<i>13</i>
2.4 <i>Análisis de percepción de servicios en salud mental.....</i>	<i>15</i>
Capítulo 3. Planteamiento de problema y metodología.....	17
3.1 <i>Planteamiento de problema.....</i>	<i>17</i>
3.2 <i>Objetivo general</i>	<i>18</i>
3.3 <i>Objetivos específicos</i>	<i>18</i>
3.4 <i>Justificación.....</i>	<i>18</i>
3.5 <i>Metodología.....</i>	<i>19</i>
3.6 <i>Selección de participantes.....</i>	<i>20</i>
3.7 <i>Recolección y análisis de datos.....</i>	<i>21</i>
3.8 <i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>22</i>
Capítulo 4. Resultados	23
4.1 Los Agentes Comunitarios de Salud en la Región Frailesca de Chiapas	23
a) <i>¿Cómo llegaron a ser ACS?</i>	<i>24</i>
b) <i>Una vez las personas entran a CES ¿cómo son organizados?.....</i>	<i>26</i>
4.2 La juventud de la región: percepciones sobre quiénes son y qué elementos los caracteriza	28
4.3 Significado de salud y enfermedad de las personas de la región desde la perspectiva de los ACS	30
a) <i>Salud espiritual, emocional o mental: tradición vs modernidad.....</i>	<i>32</i>
b) <i>Influencia percibida de los factores psicosociales en la salud mental.....</i>	<i>34</i>
c) <i>Motivantes para la búsqueda de atención de salud en los jóvenes de la región.</i>	<i>36</i>
d) <i>Las fortalezas y retos en el cuidado de la salud mental comunitaria.....</i>	<i>38</i>
Capítulo 5. Discusión y conclusiones.....	41
a) <i>ser ACS.....</i>	<i>41</i>
b) <i>Significado de depresión y ansiedad en la juventud.....</i>	<i>42</i>
c) <i>Limitantes del trabajo de campo virtual durante confinamiento</i>	<i>43</i>
Referencias bibliográficas	46
Anexos.....	51

Acrónimos

ACS: Agentes Comunitarios en Salud

AVISA: Pérdida de años de vida saludable

CES: Compañeros en Salud

CONACYT: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

ENSANUT: Encuesta Nacional de salud y nutrición

IMSS: Instituto Nacional del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INSABI: Instituto Nacional de Salud y Bienestar

SS: Secretaría de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud.

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Objetivo: Explorar las percepciones de los Agentes Comunitarios en Salud sobre enfermedad mental y su atención, particularmente ansiedad y depresión en la juventud, en la región Frailesca de Chiapas.

Material y Métodos: Estudio exploratorio que cuenta con técnicas de recolección y análisis de datos cualitativos. Este proyecto se encuentra anidado dentro de un proyecto más amplio titulado: “*Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas: análisis de una intervención comunitaria*”. Se realizaron 19 entrevistas a agentes comunitarios de salud de la zona Frailesca de Chiapas. Se realizó análisis temático utilizando los pasos de codificación desde el enfoque fenomenológico.

Resultados: La definición de depresión y ansiedad fue variada, no obstante, se expresó que la depresión es como una enfermedad mental que tiende volverse crónica al no ser atendida oportunamente. La ansiedad es señalada como parteo inicio de un episodio de depresión, representado por síntomas específicos como intranquilidad o nervios. Los agentes comunitarios en salud mencionaron que son pocos los jóvenes que esperan o agendan una cita. Los participantes reconocen realizar una gran labor para acercar cada vez más a los jóvenes a los servicios de salud, y muchas veces para atender problemas de salud mental.

Conclusión: Este estudio refuerza la importancia de las funciones de los agentes comunitarios en salud en el primer nivel de atención en localidades rurales. Los resultados permitieron describir cómo los agentes comunitarios en salud relacionan su trabajo con la depresión y ansiedad en los jóvenes y permitió identificar qué importancia le otorgan a la salud mental y qué les motiva para cumplir sus actividades con su comunidad, sin embargo, sus acciones tendrán éxitos si los demás sectores que componen la red de servicios están correlacionados entre sí y adecuadamente estructurados, para soportar las demandas de los servicios en salud

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; jóvenes, depresión, ansiedad, primer nivel de atención.

Introducción

El tema de salud mental ha tomado gran importancia en la salud pública en los últimos años debido a la carga de enfermedad que ha generado, sobre todo en depresión (DP) y ansiedad (AN). En México los programas dirigidos para la disminución de dichas condiciones son limitados y, aún más en territorios indígenas y rurales, ya que en estas zonas existe insuficiente oferta para la prestación de servicios, situación que es explicada, en parte, por la escasez de recursos humanos especializados, lo cual introduce barreras para la detección, prevención y tratamiento de estos padecimientos y, en especial, en la juventud de localidades rurales. Cabe mencionar que esta población también se caracteriza por su “desventaja social” en comparación de los jóvenes que viven en zonas urbanas, debido a los bajos niveles educativos, insuficientes ingresos y pocas oportunidades de desarrollo social. ⁽⁴⁾

Aunado a estos factores, se destaca que la adolescencia y la juventud son etapas de desarrollo de la personalidad e independencia, en la población indígena, el proceso de aculturación acelerado que está sufriendo como consecuencia de las nuevas tecnologías de la comunicación, promueven el incremento del consumo de sustancias ilegales, entrar en procesos de violencia, lo que predispone el desarrollo de trastornos mentales, específicamente depresión y ansiedad. ⁽⁵⁾

En el mundo y América Latina, se observa una precaria situación para la atención sanitaria de estos padecimientos en territorios indígenas, los cuales, al relacionarse con situaciones de exclusión social, pobreza y dificultades de acceso a los servicios de salud en general y de salud mental en específico, se proyecta una situación de vulnerabilidad ante la atención de los trastornos mentales como la depresión y ansiedad. ⁽⁶⁾ Mientras que en México la consulta con un especialista en salud mental es poco probable, debido a las dificultades geográficas para el acceso, los costos que implica el desplazamiento a grandes ciudades y la distancia cultural que existe entre el especialista y los pacientes. ⁽⁷⁾

Este estudio tuvo como objetivo conocer y entender cómo los agentes comunitarios en salud (ACS) perciben ellos mismos y dentro de sus comunidades, los problemas de salud mental, particularmente, los problemas de depresión y ansiedad en jóvenes que

viven en la zona Frailesca de Chiapas, con el propósito de que, en un futuro próximo, puedan desarrollarse procesos de capacitación que mejoren los procesos de detección temprana y de referencia a los servicios de salud para su diagnóstico y control.

Este proyecto se encuentra anidado dentro de un proyecto más amplio titulado: ***“Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas: análisis de una intervención comunitaria”***, financiado por FONCICYT CONACYT-GACD, mismo que cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, con fecha del 4 de diciembre de 2018. El objetivo de este estudio fue diseñar, implementar y evaluar una intervención comunitaria que mejore el acceso efectivo en primer nivel para depresión y ansiedad en adolescentes de 14 a años a 19 años en Chiapas.

El presente documento se comprende de siete capítulos, además del resumen y la introducción. El primer capítulo se profundiza los elementos temáticos principales: Salud mental en los jóvenes de localidades rurales, la magnitud de los problemas en salud mental en esta población, el acceso a servicios de salud mental en localidades rurales y el primer nivel de atención, el significado y funciones de los ACS a nivel internacional y regional. En el segundo capítulo se centra en el marco conceptual en el que se rige esta tesis a partir del concepto de Accesibilidad de los servicios de salud propuesto por Frenk, 1985, asimismo, se plantea el concepto de análisis de la percepción en los servicios de salud mental. En el tercer capítulo explica el planteamiento del problema de investigación y los procesos metodológicos utilizados para realizar esta investigación. El cuarto capítulo demuestra los resultados en cinco temas: Los Agentes comunitarios de salud de la región Frailesca, la juventud de la región, el significado de salud y enfermedad de las personas de la región, motivantes para la búsqueda de atención de salud en jóvenes y las fortalezas y retos en el cuidado de la salud mental comunitaria. El quinto capítulo desarrolla los principales hallazgos comparados con otros estudios y finalmente en el sexto capítulo se centra en los retos y fortalezas de los ACS en la atención de la salud mental en jóvenes de la región.

Capítulo 1. Antecedentes

La juventud de localidades rurales* ha sido objeto de mucha atención y estudio en los últimos años, debido a que se trata de comunidades que viven en contextos diferentes a los jóvenes de las ciudades; por tanto, desarrollan relaciones de organización y vida propias. ⁽⁸⁾ Históricamente el análisis de la juventud de territorios indígenas y rurales se ha realizado desde una perspectiva de marginación y desde una posición de “desventaja” en comparación con sus pares urbanos, ya que es un grupo con altos niveles de desocupación, bajos niveles educativos, insuficientes ingresos y pocas oportunidades de desarrollo social. ⁽⁴⁾ Por otra parte, ser joven, está frecuentemente asociado con la violencia, consumo de drogas, crisis de identidad y la aculturación acelerada por las telecomunicaciones, ⁽⁴⁾ situación que empeora en zonas rurales, por el contexto de vulnerabilidad por los factores antes mencionados, que pueden desencadenar problemas de salud mental. ⁽⁵⁾

El tema de la salud mental continúa tomando una gran importancia en salud pública, debido a que los trastornos mentales (TM) repercuten en la carga de enfermedad de la población, sumada a la económica y la social. ⁽⁹⁾ Los TM constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en todo el mundo. ⁽¹⁰⁾ Se calcula que entre 10 y 20% de los adolescentes de todo el mundo ha tenido algún tipo de TM. ⁽³⁾ La DP se encuentra relacionada con el suicidio, siendo esta la segunda causa de muerte entre los jóvenes. ⁽⁹⁾ También se señala que, en promedio, la mitad de los TM se presenta antes de los 14 años y 70% antes de los 24 años. ⁽¹¹⁾

De acuerdo a Souza, et al en un estudio realizado en el 2011, Chiapas era uno de los estados más pobres de México, donde 13.3% de sus adolescentes evidenciaron un aumento de síntomas depresivos, 7.2% ideación suicida y 5.5% niveles altos de impulsividad ⁽¹⁸⁾. En 2018, Serván y colaboradores realizaron un estudio en la zona Frailesca de Chiapas en donde se reportó que 35.8% de los jóvenes presentaban síntomas de DP y AN, (13.5% y 42.6% respectivamente) siendo más frecuentes en mujeres. ⁽¹²⁾

*Juventud: Car Feixa, lo marca desde el abordaje sobre una construcción social, donde debe existir una relación de condiciones sociales (normas, comportamientos e instituciones que distingan a los jóvenes de otros grupos etarios). La existencia de dichas condiciones dependerá de la estructura social, es decir, de las formas de subsistencia, instituciones políticas y las cosmovisiones ideológicas que predominan en cada tipo de sociedad. ⁽¹³⁾

Los datos anteriores demuestran que los jóvenes tienen más riesgo de presentar algún TM que sus generaciones antepasadas, ya que se ha mostrado que tienen 2.5 veces más probabilidad de presentar AN y 6.3 veces de presentar DP. ⁽⁶⁾ Cabe mencionar que, en estudios de población adolescente en el país, la DP puede generar a su vez discapacidades debido a que interfiere en su desarrollo y toma de decisiones de vida, siendo varios factores de riesgo los relacionados con su aparición como la violencia en el entorno, falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones, violencia doméstica y consumo de sustancias nocivas. ⁽¹⁴⁾

No obstante, este tipo de información es menor en territorios indígenas, ya que es escasa la investigación realizada sobre el estado de salud mental de los adolescentes y jóvenes, por lo que se tiene poco conocimiento sobre la prevalencia de los TM, sobre todo de jóvenes que viven en territorios indígenas. ⁽⁹⁾

De acuerdo con la literatura, a diferencia de años anteriores, los sistemas de salud a nivel mundial han logrado plantear varios modelos de atención como las intervenciones que tienen un enfoque multi y transdisciplinario en los equipos de trabajo, sin embargo, la promoción de salud mental, particularmente desde una edad temprana, es un desafío para la población en su conjunto para aminorar la carga de TM. ⁽¹⁵⁾ En América Latina y México los servicios de salud de primer nivel de atención tienen una insuficiente estructura para dar respuesta integral y oportuna a las necesidades de atención para la salud mental que requiere la población. Lo que se observa es que la mayoría de los profesionales especializados en salud mental se encuentran en los grandes hospitales psiquiátricos ubicados en las capitales y en las grandes ciudades, absorbiendo la mayoría de los recursos humanos y financieros, por lo que en zonas rurales se presenta insuficiencia de recurso humano capacitado para la atención. ⁽¹⁶⁾

Otras razones por las cuales es poco probable que las comunidades rurales tengan acceso a un especialista en salud mental es debido a las dificultades geográficas para el acceso, los costos que implica el desplazamiento a grandes ciudades y la diferencia cultural ⁽⁶⁾ que existe entre el especialista y los pacientes. ⁽⁷⁾ Por el contrario, el recurso humano en salud disponible en estas zonas, son generalmente médicos y enfermeras pasantes, es decir, personal que aún se encuentra en entrenamiento. ⁽¹⁷⁾

Ante las problemáticas mencionadas el acceso al primer nivel de atención en salud mental es limitada en territorios indígenas y rurales, lo cual se traduce en brechas en la atención en salud

de TM entre la población rural y urbana (prevención y tratamiento).⁽¹⁶⁾ Es por esto, que la Organización Panamericana en Salud insiste que, con acciones de promoción de salud y prevención de los TM, realizadas por personal de primer nivel de atención disponible y respetando los saberes indígenas en temas de salud y enfermedad, puede darse una atención adecuada, oportuna y de calidad; sin embargo, es necesario impulsar la capacitación de este personal de salud, particularmente a los ACS.⁽¹⁷⁾

Los ACS fueron internacionalmente impulsados por la Conferencia de Alma Ata en 1978 para ampliar el acceso a la atención primaria de salud, sin embargo, para muchos países ha sido un desafío construir un sistema de salud adecuado para la población indígena o de zonas rurales, situación explicada en parte por la poca investigación acerca de las experiencias de este personal de salud (ACS).⁽¹⁸⁾ Para entender el rol de los ACS en la atención a la salud mental, es necesario resaltar que dedican una parte de su tiempo, generalmente de manera voluntaria, para apoyar y colaborar en acciones comunitarias en salud en favor de las personas y las comunidades en donde residen. Las funciones que realizan son promover los componentes de salud pública y atención a la salud comunitaria a partir de orientaciones y capacitaciones que reciben por parte del personal contratado por la institución.⁽¹⁹⁾ Su principal tarea es ser los mediadores entre los usuarios de la comunidad y los profesionales en salud, enfocando su quehacer en la prevención e identificación temprana de enfermedades en niños, adolescentes, mujeres y ancianos.⁽²⁰⁾ También facilitan la comprensión de los problemas de salud en sus comunidades y fungen como actores clave en la expansión del acceso al primer nivel de atención en salud⁽¹⁸⁾ a través de visitas domiciliarias, seguimiento de las familias de la comunidad, realización de entrevistas, distribución de medicamentos y organización de reuniones con la comunidad.⁽²¹⁾

Diversos estudios, en diferentes países, han examinado la labor de los ACS, sin embargo, son pocos los estudios realizados en este personal de salud enfocados a la salud mental. Un estudio realizado en Brasil sobre el rol de los ACS en el primer nivel de atención señaló que una de las problemáticas más frecuentes con este personal es que no reconocen la función de ser mediadores entre los saberes y las prácticas biomédicas. La situación anterior se debe a que las capacitaciones que imparten los profesionales de salud para la formación de los ACS, son a partir desde un sentido occidental o biomédico, sin tener en cuenta los conocimientos, la

cultura y el contexto indígena de los ACS. ⁽²²⁾ Esta última problemática también fue observado en un estudio de los ACS en Colombia. ⁽²³⁾

En el México rural, el origen de los ACS inicia desde hace poco más de dos décadas. Son principalmente mujeres contactadas y capacitadas por la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Su labor principal es la promoción de salud. Según las fuentes de Secretaría de Salud, las funciones y los roles de los ACS no han sido bien definidos y monitoreados, dado que existe un conocimiento limitado en México del papel de la promoción de los ACS que sirven en sus propias comunidades, dada a la escasez de evidencia empírica sobre su trabajo. ⁽²⁴⁾ En un estudio sobre la formación de los ACS en zonas zapatistas de Chiapas, se menciona que las capacitaciones para la formación, las imparten profesionales de salud (médicos) de la Secretaría de Salud en temas de prevención, tratamiento y saneamiento de la localidad. Sin embargo, se han visto situaciones como el no reconocimiento a la labor que ejercen los ACS por parte de los profesionales de la institución. ⁽²⁵⁾

En definitiva, la revaloración del papel de los ACS en la promoción y prevención en salud mental permitirá acercar a la población, en este caso, a los jóvenes, a los servicios de salud, a su vez permitiría visibilizar su quehacer y sus funciones con la importancia que en realidad tienen para el sistema de salud del país.

Capítulo 2. Marco conceptual

2.1 Percepción de la salud mental (ansiedad y depresión) en territorio indígena

Este apartado explicará las diferentes perspectivas, conceptos y representaciones mentales que, sobre la salud mental, tiene determinada persona o comunidad y sobre la cual construye su realidad. Para fines de esta tesis, este apartado se centrará en las percepciones y creencias que poseen los ACS, ya que los procesos de búsqueda de atención están determinados por la necesidad y deseo de atención de las personas, las cuales dependen de las creencias y representaciones que sobre la salud y la enfermedad asumen.

Desde un punto de vista antropológico, la percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad. ⁽²⁶⁾ Las percepciones sobre salud y enfermedad están influenciadas por el contexto sociocultural de la que forman parte, mismas que repercutirán en situaciones específicas de salud. La salud mental es un constructo social por lo que puede representar diferentes significados de acuerdo a los factores culturales que determinan la experiencia de los malestares o síntomas. ⁽²⁷⁾ Kleinman sustenta que la salud mental es una experiencia social que impacta a todos los integrantes de una comunidad debido a que el sufrimiento ocasionado por este tipo de padecimientos está culturalmente determinado de acuerdo a cada territorio. ⁽²⁸⁾ La existencia de territorios con diferentes creencias, tradiciones y costumbres no faculta a una sola cultura como referente a un modelo universal para explicar la realidad de las otras, por lo que es necesario que se comprendan desde sus peculiaridades culturales. ⁽²⁹⁾ Por otro lado, entender la salud mental desde una perspectiva de la medicina indígena puede ser controversial, ya que el concepto de “salud” en territorios indígenas no tiene un único significado, presenta diferentes enfoques como el bienestar biológico, sanitario, nutricional social y cultural. En cuanto al término “mental” es aún más complejo ya que para algunos podría significar procesos de pensamiento y respuestas de los individuos de la información que viene de afuera, mientras que para otros, la salud mental implica la relación compleja del sujeto con el contexto socio-cultural donde pertenece. ⁽³⁰⁾

Existen dos saberes importantes cuando se diferencia la medicina occidental e indígena, el primero es un modelo que hace referencia a una visión biologista, mientras que el segundo es un modelo empírico que tiene una visión integradora del hombre con su realidad física, social y cultural. En el ámbito de salud mental, la concepción occidental, define los trastornos mentales como desórdenes del sistema nervioso central, explicados y validados desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. ⁽³¹⁾

En México, la conceptualización sobre la etiología de la “enfermedad mental,” desde los saberes indígenas está determinado por fenómenos mágicos, agentes sobrenaturales (espíritus nocivos, mal aire, muertos) y por fenómenos psicológicos humanos como situaciones estresantes, que generan pérdida del alma, vergüenza, depresión, derrame de bilis, envidia, entre otras. ⁽³¹⁾ Salgado (1999), expone que las mujeres de localidades rurales de México, expresan los trastornos afectivos con el término de “nervios,” como un malestar emocional que lleva consigo síntomas como dificultad para respirar, náusea, diarrea, vómito, dolor de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza. ⁽³²⁾

Por su parte Bautista (2014) señala que, el “susto”, “el mal de aire” y “el mal de nervios” también son expresiones para los malestares físicos y emocionales en indígenas de Hidalgo. A diferencia de las personas que viven en zonas urbanas y que expresan los términos de “estrés” y “nervios,” en las personas que viven en territorios indígenas el significado de estos conceptos hace referencia a una sintomatología diferente en el cuerpo. ⁽³³⁾ Es decir, que los malestares emocionales se relacionan con la conciencia, pensamiento, la sensación del dolor en el estómago, cabeza o corazón; siendo esta última una característica importante para hacer referencia a trastornos mentales. ⁽³³⁾

En consecuencia, el tratamiento de los síntomas enunciados, depende de la creencia de origen, por ejemplo, si se explican los síntomas o malestares para hacer referencia al “susto” se recurre a baños con hierbas, pero si un malestar como es la tristeza se confiere a situaciones sociales o problemas personales, por lo que, conjeturan que la tristeza es un “estado natural” que “no tiene tratamiento” aunque esta condición les cause mucho dolor e imposibilite el cumplimiento de sus actividades normales, por lo que concluyen que podrán alcanzar el bienestar emocional si cambian de vida. ⁽²⁷⁾

Por otro lado, en un estudio realizado en la región donde se encuentra el movimiento zapatista de Chiapas, se centraba en la concepción de salud a partir de los promotores de salud, donde las lenguas indígenas más predominantes son el tzeltal, ch’ol, tzotzil y tojolabal. En dicho estudio se encontró que no existe una palabra para salud en tzotzil, las personas entrevistadas mencionaron que “la salud no es como la salud en castellano”. Más bien la frase que se relacionaba con el término

de salud es “*Kuxlejal lekil* que se traduce como *Buen vivir*”. Mientras que, para el término de salud mental, mismo que tampoco existe dentro de la lengua, se relacionó con el término *Ju’um koon*: “*mi corazón es uno*” en la que hace referencia que “*la persona está bien, o que una persona tiene una mente y cuerpo sano*”.⁽³⁴⁾

En definitiva, la medicina occidental prioriza a la enfermedad, mientras que en la medicina indígena se trata al ser social que enferma, en un contexto particular. Aunque ambos enfoques tienen diferentes marcos epistemológicos, siempre buscan “sanar”. Según García y Patiño (1993) el marco epistemológico de la medicina indígena tiene su propia cosmogonía y cosmovisión, por lo que, la medicina occidental no podrá cuestionar la medicina indígena ya que caería en reduccionismos y esquematizaciones desde la construcción del positivismo propia de la ciencia occidental.⁽³¹⁾ Del mismo modo, las prácticas curativas que llevan a cabo los médicos indígenas deberán ser de acuerdo al contexto donde se lleve a cabo, ya que el efecto no será el mismo si se realiza fuera de la cosmovisión y cosmogonía propias de su cultura.⁽³¹⁾

Dado que es insuficiente aún el conocimiento sobre las concepciones de salud mental de la población que vive en territorios indígenas, se genera la necesidad de explorar la percepción y los conocimientos de esta población. Aunque hoy en día, no existen culturas puras y aisladas, es decir, las sociedades establecidas en diferentes territorios están influenciadas por diversos factores socioculturales, por lo que se deben hacer esfuerzos por entender la salud mental desde su contexto, en sus diferentes significados, a fin de comprender más los problemas culturales que causan problemas en salud mental y se pueda contribuir con una atención efectiva por parte de los ACS y los profesionales de salud.⁽²⁷⁾

En este sentido, un estudio realizado en Brasil puede dar algunas luces. En esta investigación se exploró las percepciones de los ACS sobre la situación de salud mental de la población en unidades de salud familiar. Los resultados muestran que los ACS pudieron identificar y reconocer las demandas de atención médica y los recursos disponibles para la región. Dentro de las demandas de salud mental, fueron entendidas por la mayoría de los ACS como situaciones diversas, entre ellas, el consumo de drogas, violencia y angustia, que requieren acciones intersectoriales, en lugar de acciones de sólo servicios de salud. Por otro lado, los ACS señalaron las dificultades para el entendimiento de los TM desde un concepto biomédico y las acciones que deberían tomar ante dichas condiciones, sin embargo, se concluye que estos aspectos refuerzan el poder de los agentes comunitarios de salud como actores de prácticas de salud mental y un importante vínculo entre el

servicio de salud y la comunidad. ⁽¹⁸⁾

2.2 Definición, signos y síntomas de AN y DP en población joven

Se ha definido el trastorno de AN como un estado emocional que se presenta con sensaciones somáticas y psíquicas por reacciones adaptativas, ⁽³⁵⁾ cuya principal característica es una preocupación excesiva que aparece en múltiples contextos, con una incapacidad de controlar el grado de preocupación, alterando el desarrollo normal del joven, generando deterioro social o académico. Los síntomas que pueden experimentar es la irritabilidad, tensión muscular, sensación de fatiga o falta de energía, dificultad para dormirse, sueño inquieto, preocupación excesiva acerca del rendimiento y la competencia, déficit de atención de inquietud, quejas somáticas sin causa orgánica específica, tendencia al perfeccionismo y extrema cautela ⁽³⁶⁾ donde las personas con alto riesgo son aquellas que presentan insomnio, antecedentes heredo familiares y antecedentes de haber vivido en espacios estresantes (sociales, económicos y laborales). ⁽³⁷⁾

La DP, se considera como un conjunto de entidades clínicas caracterizadas por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida. ⁽¹⁵⁾ Para establecer el diagnóstico de depresión, debe presentar por al menos dos semanas: a) cambios persistentes en el estado de ánimo o b) pérdida de interés en actividades placenteras practicadas de forma cotidiana, que puede aumentarse con otros síntomas. La DP es una enfermedad heterogénea, por lo que se presenta con una amplia gama de síntomas emocionales, físicos y cognitivos. Estos incluyen, ánimo depresivo, falta de interés y de disfrutar las cosas, energía disminuida, falta de concentración y memoria, sentimientos de culpa, pesimismo, pobre autoestima, ideas suicidas, alteraciones del sueño, así como diversos síntomas somáticos como dolor, fatiga, disminución de peso. ⁽³⁸⁾

2.3 Concepto de accesibilidad a servicios de salud

Para entender el modelo de accesibilidad, en el marco de esta tesis, se desarrollarán los conceptos de necesidad, deseo y búsqueda de atención desde las percepciones de los ACS para entender su rol dentro de la atención en salud mental de los jóvenes de origen indígena.

Tomando como base el marco conceptual de Julio Frenk (1985), *la Accesibilidad es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.* ⁽³⁹⁾

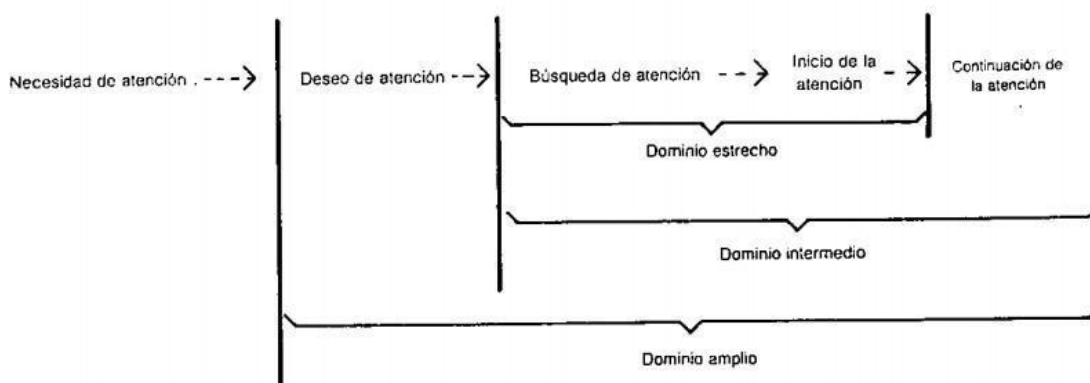


Figura 1. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad, 1985

La figura 1 representa la sucesión de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia la utilización de servicios médicos. Por lo que, la accesibilidad depende tanto de la demanda (tiene que desear y buscarla atención) como desde la oferta (disponibilidad de servicios) para que finalmente, se dé el acceso/utilización. ⁽³⁹⁾

La accesibilidad de los servicios de salud puede concebirse como un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los usuarios y al personal de salud. Asimismo, se puede afirmar que la perspectiva de los actores mencionados raramente coincide en el proceso de atención. Tal es el caso en la identificación de las necesidades de atención. Para este marco conceptual se determinará las necesidades de las comunidades y cómo identifican la ansiedad y depresión. ⁽⁴⁰⁾ Dentro del rubro de accesibilidad, un paso previo para iniciar el camino de la búsqueda de atención, se encuentra el deseo de atención, que está determinado por el significado de los fenómenos tales como las creencias relativas a la salud y la confianza en el sistema de atención médica, es por esto que se necesita conocer la relación de los ACS y personal de salud con la población y se explorará la

relación de los ACS con el personal de salud, por lo que, la búsqueda de atención dependerá del deseo de atención y los determinantes estructurales, sociales y culturales que éste conlleva. ⁽³⁹⁾

Dado lo anterior, en el proceso de la búsqueda de atención se identifican determinantes psicosociales, y epidemiológicos. Los dos ejes principales del proceso de búsqueda de atención médica son el comportamiento del usuario y el comportamiento del prestador que convergen en la utilización de los servicios, que a su vez debería aliviar la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Por ello se puede decir, que el proceso de atención médica tiene la propiedad de ser circular: comienza con la necesidad y termina con una modificación de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa. ⁽³⁹⁾

El modelo de accesibilidad de Frenk, se basa en la propuesta de Anderson (1976) siendo este un modelo social, en el que desarrolló un modelo basado en la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente. Este autor sugiere que la búsqueda de atención médica se basa en determinantes de conducta, que para fines de este estudio se resumió a los siguientes siete determinantes: ⁽⁴¹⁾

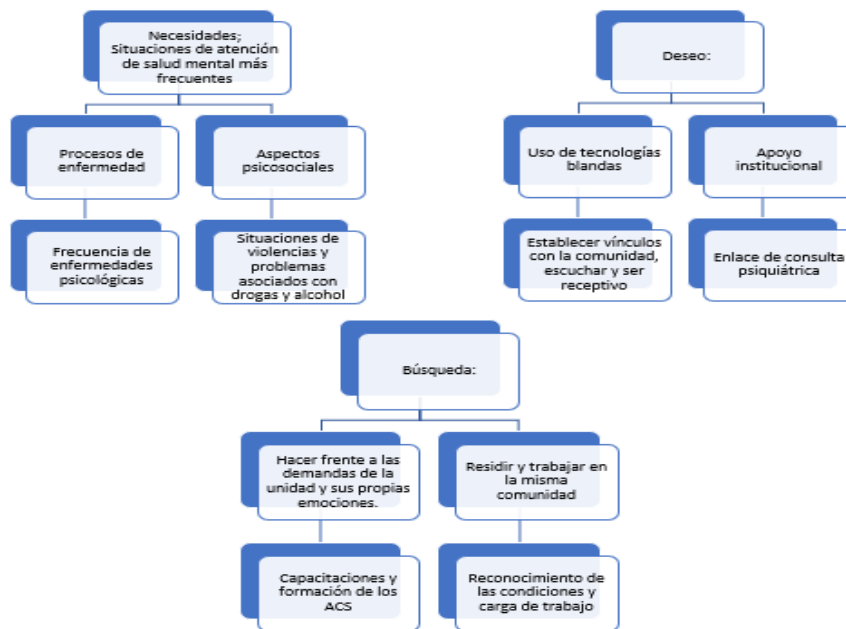
1. Visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas;
2. El grado en el cual los síntomas interfieren en la familia, el trabajo y otras actividades sociales;
3. La disponibilidad de información y conocimiento;
4. Las necesidades básicas que llevan a tomar una decisión;
5. Otras necesidades que compitan con la respuesta a la enfermedad;
6. Interpretaciones que puedan ser dadas por los síntomas una vez que se han reconocido, y
7. Disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones tomadas.

Entender los criterios de este modelo social, permite conocer cómo los ACS ven y comprenden la búsqueda de atención de la población que atienden. Además de centrarse en la etapa de búsqueda, también tiene aportes considerables en la etapa de percepción de la necesidad y en cuanto al camino a seguir en función de la accesibilidad. ⁽⁴¹⁾

2.4 Análisis de percepción de servicios en salud mental

En un estudio sobre las percepciones de las ACS sobre la salud mental realizado por Souza J, et al. (2015), se presenta una propuesta para realizar un análisis cualitativo de esta temática, en donde se desagregan en tres elementos: necesidades, deseos y búsqueda de atención (ver figura 2). ⁽⁴²⁾ Para fines de este estudio, se incluye al esquema los conceptos de necesidad de atención, deseo y búsqueda de atención propuestos por Frenk con sus definiciones de cada elemento.

Figura 2. La articulación entre las estructuras temáticas y los elementos.



Ribeirão Preto - SP,2011

Dentro de estos elementos se encuentran las necesidades que, en el caso de este estudio, son los problemas de salud mental frecuentes y los factores psicosociales que ponen en riesgo la salud mental como demandas de atención médica en atención primaria que están relacionadas

al uso y / o abuso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas y sustancias ilícitas), como causa o consecuencia de desarrollar trastornos mentales y otros factores que desencadenan situaciones de AN y DP.

En un segundo plano, se encuentran el deseo que se determina desde dos aspectos: el uso de tecnologías blandas y apoyo institucional. El primero se refiere al proceso de establecimiento de vínculos con la comunidad, como escuchar y ser receptivo, mientras que el segundo se refiere al vínculo del ACS con el personal de salud para atender alteraciones en la salud mental, que depende de los conocimientos y la confianza de la población en los servicios de salud. Por último, el tercer elemento, trata sobre la búsqueda, que se centra desde las acciones para la atención hasta los factores que limitan o favorecen sus labores de las ACS. ⁽⁴²⁾

Dados los conceptos anteriores, para fines de este estudio el concepto de necesidades permitirá detectar los principales problemas de salud y aspectos psicosociales (desde su cosmovisión) que predisponen las condiciones de la DP y AN, por otra parte, el concepto de deseo, permitirá entender el acercamiento de los jóvenes a los servicios de salud a partir de los ACS, y por último, la búsqueda de atención permite un acercamiento a los conocimientos y estrategias que utilizan para realizar sus actividades en los servicios de salud, desde sus actividades cotidianas hasta adversidades que se presentan durante sus labores.

Capítulo 3. Planteamiento de problema y metodología.

3.1 Planteamiento de problema

Los trastornos mentales en la juventud, particularmente ansiedad y depresión, se encuentran en un lugar destacado dentro de los temas de salud pública sujetos a ser resueltos. En la juventud de localidades rurales y origen indígena aumenta la problemática en salud mental por las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran y que coadyuvan a la aparición de estos trastornos. Sin embargo, sigue siendo un problema de salud desatendido y, específicamente en esta población, por diferentes causas que comienzan desde el insuficiente entendimiento de los servicios de salud sobre la cosmovisión del proceso salud-enfermedad en las comunidades y termina en la desatención por parte del sistema de salud por falta de capacidades para brindarla. Dentro de los factores más importantes del insuficiente acceso a servicios, de esta población, se ha descrito la falta de detección temprana y oportuna de dichas condiciones, así como una insuficiente promoción de la salud mental en el primer nivel de atención. Usualmente los servicios de salud mental se proveen en unidades de salud de mediana y alta complejidad, lo cual genera una brecha entre zonas rurales y urbanas ya que en las primeras el recurso humano está constituido por pasantes, enfermeras y ACS, no capacitado en esta materia y tampoco existe personal especializado.

En virtud del incremento de los trastornos mentales que se está observando en jóvenes, particularmente de zonas rurales e indígenas, es necesario repensar cómo ampliar y mejorar la atención en salud mental en el primer nivel para acercar a la comunidad a estos servicios a través de la capacitación adecuada del personal que labora ahí. Dentro de ellos, los ACS pueden desempeñar un papel importante en la promoción de salud, como estilos de vida saludables y en la detección temprana de signos y síntomas para referir a la población hacia los servicios de salud pertinentes. Es necesario, antes de iniciar programas de capacitación acordes con la cultura y cosmovisión de la salud, se debe conocer las percepciones que tienen estos actores respecto a la salud mental y los TM, principalmente la DP y AN en jóvenes, para que las capacitaciones les haga sentido y sean de utilidad para apoyar los procesos de promoción de la salud mental y prevención y detección temprana de estas enfermedades en territorios indígenas.

La pregunta que pretende responder este proyecto es ¿Cuáles son las percepciones que tienen los Agentes Comunitarios de Salud sobre trastornos mentales y su atención, particularmente depresión y ansiedad en la juventud, en la zona de la Frailesca de Chiapas?

3.2 Objetivo general

Explorar las percepciones de los Agentes Comunitarios en Salud sobre enfermedad mental y su atención, particularmente ansiedad y depresión en la juventud, en la región Frailesca de Chiapas.

3.3 Objetivos específicos

- Describir la percepción y conocimientos de los ACS sobre los conceptos de la salud y la enfermedad mental, así como las necesidades de su atención en la población de su circunscripción, particularmente en jóvenes.
- Explorar las acciones actuales en la detección y atención de salud mental para la comunidad, especialmente en jóvenes y la relación de las ACS con el personal de salud.
- Examinar los factores que limitan o favorecen la atención de DP y AN en los jóvenes en la comunidad de su territorio.

3.4 Justificación

Ante la problemática de depresión y ansiedad que está presentando la juventud que vive en territorios indígenas, es necesario incrementar tanto las acciones de promoción de la salud y detección temprana y oportuna de este tipo de padecimientos, como el mejoramiento de la capacidad de respuesta del primer nivel de salud para su atención, a través de los recursos humanos disponibles en las comunidades, a través de procesos de capacitación. Las actividades de promoción de la salud deben realizarse respetando la cosmovisión indígena en temas de salud y enfermedad y la prevención de la enfermedad, debe desarrollar como pilar la detección de signos y síntomas de depresión y ansiedad de manera oportuna. Por lo tanto, una de las soluciones para ampliar la atención de salud mental en el primer nivel de atención, es realizar un acercamiento a los ACS, ya que son mediadores entre los usuarios de la comunidad y los profesionales en salud. Por tanto, este estudio aportará información sobre lo que perciben y conocen acerca de la depresión y ansiedad en los jóvenes, puesto que no existe evidencia sobre la información del mismo, con la finalidad de realizar intervenciones efectivas hacia este tipo de recurso humano.

3.5 Metodología

El presente se trata de un estudio exploratorio que cuenta con técnicas de recolección y análisis de datos cualitativos. Este proyecto se encuentra anidado dentro de un proyecto más amplio titulado: *“Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas: análisis de una intervención comunitaria”*, financiado por FONCICYT CONACYT-GACD, mismo que cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, con fecha del 4 de diciembre de 2018 (Proyecto Número 291102).

El objetivo del macro-estudio fue diseñar, implementar y evaluar una intervención comunitaria que mejore el acceso efectivo a con tres componentes: la atención integral en primer nivel para DP y AN en adolescentes de 14 a 19 años.

Esta investigación, se encuentra anidada al macro-proyecto y se centró en los ACS de las localidades dentro de la Región Frailesca de Chiapas que trabajan dentro del programa Compañeros En Salud (CES), ya que en esta región interviene dicho proyecto.

La información se obtuvo a partir de entrevistas semiestructuradas, previamente autorizadas por el comité tutor y fueron realizadas a través de plataformas virtuales (*Google meet* y *WhatsApp*) por parte de la investigadora de esta tesis, debido a las restricciones para el desplazamiento de la investigadora, por las condiciones impuestas por la pandemia por SARS-Cov-2. Se recolectó información sobre los conocimientos y experiencias que tienen los ACS sobre la salud mental dentro de sus comunidades y entender las necesidades, deseos y búsqueda de servicios de salud mental, específicamente en los jóvenes de las localidades rurales e indígenas. En total fueron realizadas 19 entrevistas semiestructuradas, entre los meses de enero y febrero de 2021.

Para el proceso de selección de informantes se contó con el apoyo de CES organización civil que trabaja en este territorio y que hace parte de los participantes del macroproyecto. Una vez seleccionadas las ACS, fueron citadas en el centro de salud de su localidad en donde se les proporcionó laptop o tableta con acceso a internet, para realizar la video llamada. Se garantizó la privacidad y confidencialidad durante la entrevista. Si por alguna razón se presentaron problemas de conectividad u otro, se pidió apoyo a un integrante de CES para que apoyara en su resolución y se pudiera continuar con la entrevista. Por otro lado, las ACS que no pudieron asistir al centro de salud, pero que contaban con internet satelital (plan telefónico), se realizó el contacto a través de WhatsApp antes de la entrevista para agendar y un día disponible para la participante. Dicho

acercamiento a priori, facilitó el desarrollo de un lazo de confianza, que facilitó esta tarea durante la entrevista.

3.6 Selección de participantes

Dentro del contexto de las localidades rurales, CES cuenta con un programa de ACS, también llamados por la organización “Acompañantes”, que son personas de las comunidades que se dedican a realizar acciones de promoción de la salud y acompañamiento y seguimiento a eventos de salud. Estas acompañantes (o ACS) se clasifican de acuerdo con el área en la que son capacitadas por la organización de la siguiente manera:

- a) Acompañantes Crónicos: Su función es apoyar el seguimiento de los pacientes con diabetes, hipertensión, epilepsia, esquizofrenia, depresión y entre otras enfermedades crónicas no transmisibles.
- b) Acompañantes del Modelo Hogar: Cumplen las mismas funciones que el anterior, pero también se ocupan en atención prenatal y posnatal, y salud mental, únicamente en la localidad de Laguna del Cofre.
- c) Acompañantes de desarrollo infantil: se ocupan por el desarrollo infantil temprano.
- d) Acompañantes de salud materna: se centran en funciones de atención prenatal y posnatal.
- e) Auxiliar en salud: Cumplen funciones clínicas en el centro de salud junto con los profesionales de salud (médicos y enfermeras).
- f) Cuidadoras de salud mental: se centran en acompañar y dar apoyo a personas viviendo con depresión, ansiedad, psicosis crónica, trastorno bipolar, obsesivo compulsivo, duelo y trauma.

Para la selección de las acompañantes, se utilizaron combinaciones de técnicas intencionadas: casos típicos (cuidadoras de salud mental) y de máxima variabilidad (acompañantes y auxiliares en salud). El objetivo de la primera es encontrar casos representativos debido a que sólo son capacitadas en temas de salud mental, y en el segundo, proporcionar contrastes entre las situaciones que favorezcan la comparabilidad entre ellos (factores facilitadores y obstaculizadores de la atención).⁽⁴³⁾

Los criterios de inclusión para las Acompañantes (también llamados ACS) fueron los siguientes:

- 1) Vivir en las comunidades en donde se está llevando a cabo el macroproyecto
- 2) Tener como mínimo un año de trabajo comunitario (dentro del territorio a su cargo).
- 3) Aceptar participar voluntariamente en el estudio.

Se realizaron entrevistas hasta que se alcanzó el punto de saturación teórica, es decir, hasta que las experiencias recogidas en las entrevistas comenzaron a repetir patrones en comparación con las anteriores y la evidencia nueva dejó de emerger, de acuerdo a los principios de Bertaux. ⁽⁴⁴⁾

3.7 Recolección y análisis de datos

De la revisión teórica se identificaron las categorías para desagregar los conceptos en elementos que facilitaron el diseño de las técnicas de recolección de datos.

Dentro de las categorías planteadas, se dividió por conceptos temáticos para la realización del instrumento, dado a ese procedimiento, la entrevista tuvo la siguiente estructura (Anexo 1):

- Caracterización de la población: Aspectos sociodemográficos de los informantes clave a entrevistar.
- Entorno: se indagó sobre el contexto de la comunidad en la que desarrolla el quehacer de los ACS, la cosmovisión sobre el proceso salud-enfermedad, percepciones y conocimientos que se tiene sobre salud mental de la población, sobre todo en jóvenes.
- Necesidades de salud: se identificó cómo percibe la población y los ACS las necesidades de atención a la salud, especialmente la emocional/mental de la población, particularmente en los jóvenes.
- Deseo de atención: En este apartado se examinaron las intenciones que tiene la población y los ACS para buscar atención para salud mental en su comunidad desde la perspectiva de los ACS.
- Búsqueda de atención: Desde la perspectiva de los ACS, se indagó qué acciones puntuales realizan los jóvenes para tener acceso a la atención en salud mental (promoción de salud mental, detección y atención de ansiedad y depresión) y qué factores están asociados a dicha atención (factores facilitadores y obstaculizadores).

Para la recolección de información, se necesitó del apoyo del personal de CES: la coordinadora de salud mental, la coordinadora de trabajadoras comunitarias de salud y del director de programas, dado sus conocimientos del contexto y los informantes clave. Este grupo de personas apoyó también la programación de las entrevistas y los lugares en donde se realizaron las mismas.

Las entrevistas se concertaron previamente con cada participante y se llevaron a cabo en la hora especificada por cada uno de ellos y por la disponibilidad del personal de salud que apoyaría con situaciones técnicas (internet), la mayoría de las entrevistas fueron dentro de los centros de salud, en un lugar privado, donde no intervinieron terceras personas. Dicho lo anterior, todo fue audio-grabado, con previa autorización y lectura del consentimiento informado en el que todas las ACS

aceptaron participar de manera voluntaria.

Las entrevistas se transcribieron en su totalidad por parte de la investigadora principal utilizando la plataforma *O-transcribe*. Una vez transcrito todo, se subieron los documentos al software de análisis cualitativo *Atlas-Ti*, versión 9.

Para iniciar, se clasificaron los datos recopilados con base a códigos, a partir de las categorías teórico-conceptuales en las que se guía esta investigación. A su vez, estas categorías se desagregaron en componentes y dimensiones, por lo que, las entrevistas fueron generadas a partir de las categorías conceptuales, códigos y subcódigos. Esto facilitó que los discursos de los entrevistados y el registro de los espacios fueran analizados bajo el mismo proceso del ordenamiento conceptual. La codificación se llevó a cabo a través de un proceso llamado análisis temático. ⁽⁴⁵⁾ Al término del análisis, se identificaron las categorías emergentes. El análisis de información siguió los principios del enfoque fenomenológico que consiste en el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto, es decir, pretende comprender la experiencia vivida y a su vez tomar conciencia y los significados entorno al fenómeno. ⁽⁴⁶⁾

3.8 Consideraciones éticas

El presente estudio se considera una investigación de riesgo bajo, de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título II, Capítulo I, artículo 17) de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en el cual se recopiló información acerca de la percepción de los ACS sobre depresión y ansiedad en jóvenes indígenas, por medio de una entrevista y no se realizará intervención médica en la población. Como se ha mencionado, esta tesis se basa de un proyecto de intervención llamado “Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas: análisis de una intervención comunitaria”, financiado por FONCICYT-CONACYT-GACD mismo que cuenta con la aprobación de comité de ética del Instituto Nacional de Salud Pública desde el 4 de diciembre del 2018 (Proyecto Número 291102). Sin embargo, a pesar de que el proyecto es considerado de bajo riesgo, el estudio fue realizado en establecimientos institucionales, en este caso, en los centros de salud de dichas localidades. De igual manera, se leyeron cartas de consentimiento informado a los ACS para la obtención de información a partir de las entrevistas y fueron aceptados de manera verbal.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Los Agentes Comunitarios de Salud en la Región Frailesca de Chiapas

Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 19 participantes (ver tabla 1). Las entrevistas incluyen ACS (18 mujeres y 1 hombre) entre las edades de 17 a 64 años que trabajan dentro de las localidades de Salvador Urbina, Matasano, Laguna del Cofre, Capitán Luis Ángel Vidal, Honduras, La Soledad y Llano grande, supervisadas por CES y que realizan actividades diferentes. Estos se tipifican como: acompañantes de crónicos, acompañantes salud materna, auxiliares de salud, acompañantes de infantil, acompañantes modelo hogar y cuidadoras de salud mental.

Tabla 1. Relación de entrevistas y características de los participantes

#	Sexo	Cargo	Lugar de entrevista	Edad	Código de identificación
1	Mujer	Acomp. Infantil	Salvador Urbina	28	E1/M/28/AI/SU
2	Hombre	Auxiliar Salud	Salvador Urbina	17	E2/H/17/AS/SU
3	Mujer	Cuidadora de salud mental	Salvador Urbina	20	E3/M/20/CSM/SU
4	Mujer	Acomp. Crónicos	Matasano	44	E4/M/44/AC/MT
5	Mujer	Acomp. Infantil	Matasano	30	E5/M/30/AI/MT
6	Mujer	Acomp. Crónicos	Matasano	40	E6/M/40/AC/MT
7	Mujer	Cuidadora de salud mental	Laguna del Cofre	28	E7/M/28/CSM/LC
8	Mujer	Auxiliar Salud	Laguna del Cofre	25	E8/M/25/AS/LC
9	Mujer	Acomp. Infantil	Laguna del Cofre	45	E9/M/45/AI/LC
10	Mujer	Acomp. Crónicos	Laguna del Cofre	24	E10/M/24/AC/LC
11	Mujer	Acompañante Modelo Hogar	Laguna del Cofre	32	E11/M/32/AMH/LC
12	Mujer	Cuidadora de salud mental	Capitán Luis Ángel Vidal	31	E12/M/31/CSM/CA
13	Mujer	Acompañante Modelo Hogar	Laguna del Cofre	33	E13/M/33/AMH/LC
14	Mujer	Acomp. Crónicos	Laguna del Cofre	64	E14/M/64/AC/LC
15	Mujer	Acompañante Modelo Hogar	Laguna del Cofre	25	E15/M/25/AMH/LC
16	Mujer	Cuidadora de salud mental	Honduras	31	E16/M/31/CSM/HO
17	Mujer	Cuidadora de salud mental	La Soledad	40	E17/M/40/CSM/SO
18	Mujer	Acompañante crónico	Palenque 2	27	E18/M/27/AC/PA
19	Mujer	Acomp. Crónicos	Llano Grande	27	E19/M/27/AC/LG

* El código está compuesto por un número serial, seguido de la inicial del sexo, edad, el puesto que la persona tiene en el centro de salud, y la localidad donde ejerce sus labores.

Como se observa en la tabla 1, las participantes entrevistadas fueron de diferentes localidades pertenecientes a la Región Frailesca de Chiapas. La información sociodemográfica de cada localidad es limitada, pero, aun así, se puede hacer una breve descripción. Las localidades estudiadas comparten algunas características como la población que habita en ellas, que generalmente es de menos de 1000 personas, su actividad económica principal es el cultivo de café, maíz y frijol. Las ACS mencionaron que esta actividad es más para el consumo local ya que es poco redituable debido a que no se cuenta con los recursos necesarios para la producción comercial del campo. Por otro lado, en Palenque dos y Llano grande al no contar con centro de salud, las ACS comentaron que suelen caminar una hora para llegar al centro de salud más cercano, en este caso, asisten al centro de salud de Laguna del Cofre. Por otra parte, en cuanto a la infraestructura escolar, algunos poblados cuentan con nivel de secundaria y otros hasta preparatoria, mientras que para estudiar licenciatura se debe trasladar a ciudades más grandes donde se encuentran las universidades. ⁽⁴⁷⁾

En cuanto a los datos personales de los participantes, las edades fueron variadas, ya que el menor tiene 17 años, mientras que la mayor tuvo una edad de 64 años. Por otra parte, ninguna reconoció hablar una lengua diferente al español, y al menos dos comentaron saber un poco inglés. En cuanto a nivel de escolaridad, la mitad de las participantes terminaron preparatoria, siendo éstas las más jóvenes del grupo, mientras que las de mayor edad, concluyeron sólo primaria o no tuvieron estudios. En cuanto a la situación conyugal la mayoría viven en unión libre o están casados con hijos. En términos de religión la gran mayoría profesa la católica, otras profesan la religión adventista del séptimo día, testigo de Jehová o no participan en alguna religión.

a) *¿Cómo llegaron a ser ACS?*

En términos generales, el proceso de selección de los ACS se desarrolla a partir de que los médicos y responsables del programa por parte de la Organización, anuncian en la localidad la vacante de ACS, después, las personas interesadas pasan por varias etapas de selección, entre ellas, la inscripción, entrevista y curso sobre temas de salud en general por siete días, al terminar, se toma la decisión de las acompañantes seleccionadas para cubrir la vacante.

Sin embargo, en dicho proceso de selección, se toma en cuenta las habilidades interpersonales y las experiencias de vida/laborales que puedan aportar en el trabajo como ACS. A pesar de que los participantes de este estudio cumplen más de un año trabajando dentro de CES, es importante precisar el tiempo y las diferentes experiencias que tiene cada uno en cada área de salud, pues se ha visto que pueden iniciar como acompañante de un área de salud o voluntariado y luego con el tiempo cambian a otra área diferente o son contratados por CES. Algunos ACS llevan más de cinco años participando con CES, mientras otras participantes han estado en programas gubernamentales como Prospera o CARAS, y con base a su experiencia son contratadas por la Organización (CES).

Otros participantes también mencionaron la influencia de las actividades comunitarias de la iglesia (católica o adventista) donde ellos también participan y cuyas actividades de voluntariado son dirigidas para la población en general de la localidad. Dentro de estas se encuentran la prevención de adicciones, actividades recreativas y otros servicios de la comunidad. Por otra parte, un ACS mencionó tener mayor experiencia por asistir a sesiones de Alcohólicos Anónimos en su localidad, en donde comentó que realizaba acciones de apoyo con las personas que asisten a estas sesiones junto con su familia, concluyendo una vez más, que las experiencias de voluntariado favorecen las actividades laborales de acompañamiento a las personas dentro de los programas de CES.

Por otro lado, acercarse a los servicios de salud, educar y acompañar son los motivantes más importantes para los ACS cuando quieren ingresar a CES, además de obtener incentivos como un sueldo mensual y despensas para el hogar, por lo que, se considera un trabajo formal para las participantes, sin embargo, la mayoría asume este papel de ACS como una elección proactiva, positiva y remunerada.

Pues sí yo inicié cuando se formó la organización de los médicos, cuando llegaron aquí en esta comunidad y no sé, soy así me gusta apoyar... cómo le digo, pero sí el primer médico de la organización que llegó aquí en la clínica yo vine y platicué con él empezamos a platicar y conocer, lo invité a comer a la casa y desde entonces él fue el primer médico de organización que llegó a la casa y pues yo siempre me gusta apoyar desde esa fecha hasta ahorita. E14/M/64/AC/LC.

Sin embargo, ante las condiciones sociodemográficas antes mencionadas, muchas participantes jóvenes mencionaron ingresar a la organización por cuestiones de ingresos, pues algunos mencionaron que necesitan ahorrar dinero para poder pagar sus estudios de preparatoria y/o universitarios, mientras que para otras participantes es su principal fuente ingreso para apoyar a sus familias.

Pues mi propósito es estudiar medicina, pero por el momento tengo planeado como ser auxiliar y luego ser enfermero, para poder tener un mejor sueldo, y poder ahorrar para mis estudios.
E2/H/17/AS/SU

Muy pocas personas se van a estudiar la prepa porque se necesita recursos, porque está a una hora el municipio para estudiar la prepa, entonces yo me quedé todo ese tiempo en casa, hasta que una de mis vecinas que es acompañante infantil me avisó que había una vacante, a mí me llamó la atención, sí sentí muchos nervios, porque nunca había asistido a una entrevista de algún trabajo o algo así tenía 18 años. E3/M/20/CSM/SU

b) Una vez las personas entran a CES ¿cómo son organizados?

Generalmente, de manera inicial después de unirse a la organización, los acompañantes se comprometen con la salud de las personas de su comunidad para enfrentar problemas de salud como la diabetes, hipertensión, desnutrición, atención pre y posnatal, desarrollo infantil temprano y salud mental. Es por eso, que, al haber diferentes necesidades de atención, los ACS son perfiladas de acuerdo a una especialidad para centrarse en la enfermedad y la persona de manera más amplia, ya que son el puente entre la clínica y el paciente, pues sus principales funciones son promover la adherencia a la medicación, reforzar la educación básica sobre enfermedades, apoyo psicosocial y promover la retención activa de casos.

Los ACS luego de ser seleccionadas, fueron capacitadas en sesiones grupales cuatro veces por semana tomando temas generales de fisiopatología y detección de las enfermedades antes mencionadas, así como la formación práctica sobre los elementos de una visita domiciliaria y los requisitos logísticos del puesto (registro de pacientes, historias clínicas, reportes de pacientes). También participan en sesiones de actualización mensualmente, que cubre temáticas como entrevistas breves de motivación, reconocimiento de emergencias y complicaciones en la interacción de pacientes desafiantes (éste último término se refiere a pacientes que presentan reacciones agresivas o que puedan causar daños físicos y emocionales a terceros). Después de ser capacitadas los participantes en su área de salud, los médicos responsables de CES les asignan los pacientes (entre cuatro a ocho pacientes) para luego llevar

a cabo las visitas de manera semanal y luego cambian de frecuencia de acuerdo a la evaluación colaborativa de las necesidades del paciente entre el médico de la clínica y la ACS.

Como es el caso de los ACS centradas a la atención en salud mental, que han sido capacitadas para detectar depresión, ansiedad, psicosis crónica, trastorno bipolar y obsesivo compulsivo. Sus principales funciones son promover la asistencia a la clínica de atención primaria y sesiones de grupo de psicoeducación, por otro lado, realizan algunas intervenciones importantes como mejorar la adherencia a la medicación y proporcionar psicoeducación basada en el habla en conjunto con otras habilidades psicosociales (técnicas de relajación, activación conductual, identificación de pensamientos automáticos negativos, y esfuerzo de los mecanismos de afrontamiento) y por último, proporcionan un breve resumen de psicoterapia de baja intensidad, llamada Terapia de cinco sesiones (también llamado *ProblemManagement Plus*) propuesto por la OMS en el 2016 para personas con estrés, depresión y ansiedad. Cabe destacar, que estas intervenciones se pueden realizar en las visitas domiciliarias, permitiendo encontrar y atender personas donde se encuentran en zonas rurales y geográficamente aisladas.

Por otro lado, los ACS que se centran en enfermedades crónica degenerativas, su función principal es buscar y detectar a personas con alguna enfermedad crónica. Dentro de la capacitación, algunos temas vistos son el trato con el paciente, el manejo de la diabetes, hipertensión, manejo farmacológico en enfermedades crónicas, entre otros temas. Sus actividades principales son las visitas domiciliarias que, para estas cuentan con herramientas para acceder a los hogares, como tarjetas de guía e imágenes para ofrecer alguna charla, también, otra actividad importante es llevar medicamentos a personas que se les dificulta ir al centro de salud.

En el caso de los ACS en la atención infantil, su capacitación es diferente, ya que los temas más vistos incluyen temas como desnutrición infantil, el desarrollo psicosocial y motriz de los infantes, enfermedades crónicas y el cuidado de las mujeres embarazadas, aunado a valores como la confidencialidad y empatía. Por otro lado, a diferencia de los demás ACS, estas tienen un lugar llamado "*la casita*" donde los niños acuden ahí para que sean atendidos por ellos. Una de las actividades que realizan con los niños son los movimientos corporales para el desarrollo motriz, también realizan canto, manualidades o juegos. Mientras que para atender el proceso de las mujeres embarazadas y después del embarazo tienen que realizar las visitas

domiciliarias, donde además de revisar su evolución, también ofrecen temas para el desarrollo de sus hijos.

Sin embargo, existe un perfil “fuera de lo común”, ya que sólo se encuentra en la localidad de Laguna del Cofre, son los ACS que se encuentran del programa modelo hogar, dicho programa comprende todas las enfermedades generales y mentales mencionados inicialmente, ya que muchas de las localidades pertenecientes a Laguna del Cofre no cuentan con centro de salud. Por lo que la función principal de los ACS que están dentro de este modelo, es buscar y detectar a través de visitas domiciliarias quienes necesiten atención en salud, como personas con enfermedades crónicas, niños con malnutrición, mujeres embarazadas, y problemas de la salud mental, como depresión.

Por último, se encuentran los ACS, también llamados auxiliares en salud, cuyas principales funciones son realizadas en el centro de salud y no a nivel comunitario. Son los únicos que no realizan actividades comunitarias (como visitas domiciliarias) ya que fungen como apoyo para el médico y enfermera en turno, mejorando la capacidad productiva del personal de salud. Unas de sus actividades son realizar triage, toma de signos vitales si es necesario, tomar muestras para realizar análisis químicos, entre otras. Ahora en tiempos de pandemia por COVID- 19, fueron punto clave para hacer la detección oportuna de dicha infección y al mismo tiempo, realizaban la labor de organizar los pacientes entre “casos respiratorios y casos no respiratorios”.

4.2 La juventud de la región: percepciones sobre quiénes son y qué elementos los caracteriza

Para describir el contexto de la juventud, primero es necesario entender desde la perspectiva de los ACS, qué es y qué representa ser un joven en estas comunidades. De acuerdo con la información recabada, los ACS reconocen a un joven como aquella persona que se encuentra en una edad comprendida entre los 14 y 25 años, sin embargo, algunas participantes determinan el comienzo de la juventud de acuerdo con su situación conyugal.

Pues para mí un joven es de 18, es que aquí se acostumbra que te casas y ya eres una señora, pues da la edad de que te cases, y pues ya asumes ser una señora entonces. E16/M/31/CSM/HO

Sin embargo, al hondar en las edades que los jóvenes suelen casarse para confirmar las edades de un joven, comentaron lo siguiente:

Pues ahorita como que ya cambió el rango de la edad, ahora te casas entre 19-20 años, ya es algo normal, antes se casaban un poquito más chicas, pero como que eso está cambiando, tienes hijos de 25, ya eres una señora.
E16/M/31/CSM/HO

Aunado a lo anterior, entender el término como juventud en estas localidades es complejo, puesto que no hay una sola definición para esta etapa como desde un sentido biológico, en el que establece que este período está comprendido entre los 15 y los 24 años (período que recientemente ha sido extendido hasta los 29 años). En todo caso, tal como lo expresa Carles Feixa, la juventud es una “construcción social” que implica condiciones sociales y culturales que determinan ese atributo. En este caso, la situación conyugal, familiar, económica y educativa. ⁽¹³⁾

Dado lo anterior, la mayoría de los jóvenes de la comunidad se encuentran estudiando, sin embargo, este último punto se ve limitado ya que no todas las localidades donde se realizaron las entrevistas cuentan con escuelas de nivel media superior. Eso indica que muchas veces los jóvenes deben transportarse de una localidad a otra para asistir a la escuela (preparatoria). Por otro lado, ahora por las condiciones actuales de la pandemia, la situación de la escolaridad se ha dificultado, ya que los ACS mencionan que muchos ya no pudieron seguir con sus estudios por falta de insumos (computadoras) para asistir a las clases virtuales, por lo que algunos se insertaron a trabajar en el campo.

Antes de la pandemia, muchos jóvenes, principalmente hombres, ayudaban a sus padres o familiares con el “trabajo duro” del campo, esto quiere decir, en la agricultura del café, maíz y frijol, en donde realizan actividades de sembrado y cosecha; mientras que las mujeres se quedaban en casa para realizar tareas hogareñas (limpiar o cocinar).

De acuerdo con la información obtenida, la inserción al trabajo laboral de los jóvenes suele ser desde los 10 años, principalmente debido a la situación económica limitada en las familias, por lo que se ven obligados a apoyar la situación económica de su hogar, cuya consecuencia en estos jóvenes es la deserción temprana en los estudios.

Por otro lado, algunos jóvenes, en su minoría, logran migrar a las ciudades para poder estudiar el nivel superior de educación y comentan que los que logran estudiar una carrera, no suelen regresar a sus localidades de origen, por la oferta laboral que pudieran tener en las ciudades. Siguiendo esta línea del tema de migración, muchas participantes comentaron que, por la falta de oferta laboral y situación económica estable en estas localidades, muchos jóvenes en su mayoría hombres, suelen migrar a Estados Unidos. Sin embargo, los hombres que no logran

migrar de sus localidades continúan con el trabajo en el campo. Por el contrario, las mujeres suelen tener menos oportunidades, muchas suelen tener hijos o casarse para continuar con las actividades del hogar que son aprendidas desde infantes, es decir, dedicarse al hogar o en su defecto a su familia.

En cuanto actividades recreativas de los jóvenes en estas localidades, los acompañantes resaltaron que “*no hay mucho que hacer*” sin embargo, usualmente por las tardes juegan básquetbol (la mayoría mujeres), fútbol y redadas de caballos (hombres). También los jóvenes asisten a la iglesia (adventista del séptimo día y católica) los fines de semana. Algunos otros jóvenes, también se reúnen por las tardes en el parque central de la localidad (mayormente hombres) donde usualmente hay consumo de sustancias nocivas (alcohol, cigarrillos y drogas), mientras que las mujeres suelen quedarse en casa. Asimismo, los ACS mencionaron que en los jóvenes ha aumentado el uso de redes sociales a través de celulares, ya que en los últimos años se ha puesto más disponible el internet en estas localidades.

4.3 Significado de salud y enfermedad de las personas de la región desde la perspectiva de los ACS

La cosmovisión detallada sobre el significado del proceso salud-enfermedad, ofrece un marco de referencia para interpretar la realidad, el cual contiene creencias, perspectivas, nociones y conceptos. En el caso de este estudio, se centrará en las percepciones y creencias que poseen los ACS sobre la DP y AN de los jóvenes, es decir, dependerá de las creencias y representaciones que asuman sobre los conceptos de esta tesis. Es necesario conocer su perspectiva, debido a los procesos de búsqueda de atención están determinados por las necesidades y deseos de atención de la población, en otras palabras, la búsqueda de atención surgirá desde la cosmovisión.

Cabe destacar, que coexisten dos perspectivas para definir salud, la primera son las creencias comunitarias y la segunda, es la definición más biomédica, que ha ido permeando en ellas debido a los procesos de capacitación que han recibido. Esto se puede observar en las participantes, ya que algunos ACS definen a una persona sana como aquella que pueda cumplir sus funciones cotidianas y con una estabilidad emocional que sea funcional, mismo que se puede relacionar con la definición de Salud propuesta por la OMS ⁽⁴⁸⁾, donde menciona que es el estado completo de bienestar, físico y social.

Una persona como que no tenga dificultades, distintas enfermedades, o que tenga un buen habito alimenticio, que sepa cuidarse y pues la descripción para mi comunidad de una persona sana es como de que nunca se estén quejando de dolores, pues que no esté una condición mal, como ver una persona gordita, en seguida piensan que tienen diabetes o una enfermedad. E2/H/17/AS/SU

Sin embargo, otros participantes relacionan la salud con el cumplimiento del trabajo en campo (hombres) o tareas del hogar (mujeres), además de tener actividades recreativas como realizar algún deporte o ir a la iglesia.

Un joven sano, pues es un muchacho humilde, asiste a la Iglesia, tiene un cargo ahí dentro de la Iglesia, no sale con amigos en las tardes sólo lo ves de día haciendo lo que tiene que hacer o ir de compras o no sé y regresar a su casa y no frecuentar mucho a la calle en las tardes quedarse en casa y pues así como una rutina del trabajo a la casa. E11/M/32/AMH/LC.

Por el contrario, el significado de enfermedad fue expresado de manera contrapuesta al concepto de salud, se parten desde dos visiones diferentes, la primera contempla la presencia de signos y síntomas como la manifestación de una enfermedad y que ayudan a su identificación, aunado a esto, conciben el efecto que podría tener la enfermedad física en la salud mental, mientras que la segunda visión, fue mencionada de manera simplista, es decir, el reconocimiento de una enfermedad se puede dar a través de la comunicación de esta condición por la persona que lo padece. Esta última situación podría dificultar las funciones específicas de la prevención terciaria, en la que se realiza la detección temprana a través de signos y síntomas que la condición presente. ⁽⁴⁹⁾

Cuando alguien acá está enfermo, pues se sabe... Se sabe que esta enfermo, o se ve tal vez en la personas, se puede ver como que no tenga ánimos de salir o de ir a trabajar. Como le digo aquí en Matasano, cuando hay alguien [así] pues rápido se sabe. Se sabe cuando alguien está enfermo, cuando alguien tiene un problema de salud. E4/M/44/AC/MT.

Dado a este contexto sobre el significado de salud y enfermedad de manera general, se pueden entender algunas necesidades de salud que suele presentarse en la población. En términos generales, las enfermedades más frecuentes son la gripe, tos y calentura en todas las edades debido a las condiciones demográficas en la sierra (temperaturas bajas). En niños específicamente sus principales problemas son diarrea y desnutrición infantil, mientras que en jóvenes son las autolesiones, accidentes de motocicleta, embarazo, falta de sueño, cambios de apetito, sobrepeso y dolor de cabeza. Los adultos suelen presentar enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, sin embargo, tanto adultos como jóvenes suelen presentar gastritis y dolor de pecho, donde este último síntoma en conjunto con el dolor de cabeza, falta de sueño y falta de apetito son relacionados con problemas de salud mental.

a) Salud espiritual, emocional o mental: tradición vs modernidad

Como se ha mencionado anteriormente, el significado de salud y enfermedad mental también parte de dos visiones diferentes, la primera es desde las creencias comunitarias y la segunda la resignificación de los conceptos por la capacitación y trabajo diario de los ACS.

Dentro de las creencias sobre la salud mental, la mayoría de los participantes mencionaron un significado parecido al de salud en general, ya que, para los ACS, una persona con salud mental es que esté tranquilo, sin estrés y pueda realizar su trabajo diario (como se ha mencionado anteriormente).

Mientras que para definir enfermedad mental no fue expresado como la enfermedad en general, sin embargo, mencionaron términos relacionados con las enfermedades mentales, como la depresión y ansiedad. En el cual, se asemeja a la definición de enfermedad mental expuesta por la OMS, en el que se conceptualiza como la alteración emocional, cognitivo y del comportamiento que en consecuencia afecta al entorno social. ⁽³³⁾ Cuya última definición, es desde la perspectiva biomédica, vista desde su formación en las capacitaciones, en la que generalmente, los ACS parten para detectar enfermedades mentales.

Bajo este mismo rubro, los términos de depresión y ansiedad pueden ser considerados como trastornos que afectan los estados de ánimo de las personas, sin embargo, no se contemplan trastornos que están relacionados con problemas del comportamiento en la infancia y las adicciones como el alcoholismo o drogadicción, y únicamente se mencionan eventos consecuentes a la ansiedad y depresión.

Que sale pues de control... que hay veces que se porta agresivamente con las personas, llega a pegar, y este, llega igual a ver cosas, a hablar cosas, aja, a salir este a correr pues donde él quiera, pues sale pues, no sé, no sé cómo su comportamiento. E18/M/27/AC/PA.

Por otro lado, también mencionan algunos síntomas físicos y mentales que están relacionados con estas últimas condiciones, desde un sentido biológico, como es la ansiedad, cuya sintomatología es la intranquilidad, miedo, nerviosismo, dolor de cabeza y de pecho. Mientras que de la depresión, son los cambios de apetito, falta de sueño, dolor de cabeza y autolesión.

Sin embargo, desde sus creencias mencionan que los *pensamientos chuecos* es una sintomatología frecuente en la depresión. Este último término, se refiere a pensamientos negativos hacia a otras personas y en sí mismo, desde la imaginación de realidades hasta la

ideación suicida.

Son los pensamientos negativos, cuando uno tiene un problema pareciera que toda la gente lo sabe, cuándo uno sale a la calle la gente lo “mal mira”, si alguien pasa no nos saluda, no nos habla, cualquiera piensa que esa persona está enojada conmigo o no sé, se pone uno a pensar cosas que no deberíamos.
E6/M/40/AC/MT

Los participantes que han sido capacitados en temas de salud mental reconocen la depresión principalmente desde lado biomédico, ya que la consideran como una enfermedad o un problema de salud mental, mientras que otras ACS mencionaron que la depresión es una enfermedad de la tristeza o del corazón (no han tomado temas de salud mental). Por otro lado, la mayoría de los ACS mencionó que al no ser atendidos de manera temprana se vuelve una enfermedad crónica que, como consecuencia, los jóvenes inician una vida con el consumo de sustancias nocivas como el alcohol o drogas, que, en casos graves, pueden llegar al suicidio.

Es un problema de la salud mental, que pues no nos deja levantarnos, no nos deja hacer cosas, hay una diferencia entre ansiedad, depresión y tristeza... La diferencia es que de la tristeza, por ejemplo en un duelo, a los 3 meses de duelo hay personas que empiezan a hacer sus actividades normales, y empiezas a hacer cosas aunque siga la tristeza y ellos mencionan que nunca se va a curar, es algo que está ahí por un ser querido, pero sí se ponen a trabajar, al contrario de la depresión, la depresión no deja trabajar, no deja hacer actividades, sólo quiero estar encerrado o solo quiere estar vagando en la calle, en la depresión hay muchas cosas, y en la ansiedad también es otro tipo, pareciera que fueran lo mismo pero realmente es diferente E17/M/40/CSM/SO

Es una enfermedad, creo que mental o del corazón. Que cuando alguien está triste no puede desahogarse, busca como desahogarse, por ejemplo, hay muchachos que se desahogan con el alcohol, otros con drogas, otros hasta cortarse las manos o incluso hasta matarse porque caen en depresión. E1/M/28/AI/SU

Por otro lado, para definir ansiedad, ningún ACS mencionó que es una enfermedad, sin embargo, desde sus creencias la mayoría mencionó que es muy parecido a la depresión (o casi igual), en el que se percibe principalmente la intranquilidad, nerviosismo y preocupación excesiva.

La ansiedad pues viene siendo casi lo mismo (depresión) pero se maneja más lo que es, las preocupaciones que no puedan controlar y en la depresión pues es más la tristeza, sigue siendo la misma enfermedad, pero con diferentes síntomas, pues se tienen como más preocupaciones que todos les preocupa y no tratar de ver qué es lo que hay más allá y por eso han habido muchas cuestiones de suicidio o esos factores de riesgo que han afectado mucho a muchas personas de aquí. E12/M/31/CSM/CA.

b) Influencia percibida de los factores psicosociales en la salud mental

Dentro de los aspectos psicosociales destaca la relación con la sintomatología referida anteriormente, es decir, los participantes mencionaron algunos aspectos que los relacionan con la sintomatología de depresión y ansiedad, mientras que otros aspectos lo condicionan como consecuencia de dichas condiciones en salud mental.

En tanto en jóvenes como en adultos, el alcoholismo, drogadicción y tabaquismo son aspectos que comparten. Sin embargo, al especificar las condiciones de los jóvenes, surgieron otras situaciones como la deserción escolar, bullying escolar, situación económica limitada, violencia intrafamiliar, agresiones callejeras, autolesión (reuniones para cortarse), discriminación por orientación sexual, migración, abandono o padres fallecidos y además del aumento del uso de las telecomunicaciones como el internet.

Uno de mis cuñados que creo que tiene 17, pues él no sé por qué pero ya de un tiempo para acá, enfrente de la clínica está la casa de mi suegra y desde aquí veo lo que está pasando, el papá toma mucho, entonces ahora ya se juntaron padre e hijo para tomar. E7/M/28/CSM/LC

Se exploró que las “causas” mencionadas por los ACS sobre la depresión y ansiedad están relacionados con algunos aspectos psicosociales que cursan los jóvenes, entre estos mencionaron 1) la violencia intrafamiliar por parte de los padres y/o pareja, (en donde este último punto, se relaciona constantemente con la violencia hacia la mujer, como el abandono, y el alcoholismo), 2) violencia sexual, 3) orfandad, 4) matrimonio en esta etapa, 5) dificultad de continuar con sus estudios por la situación económica limitada.

En su casa pues sufren violencia, ven que el papá le pega a la mamá o la mamá al papá porque a veces se dan esas situaciones o porque no encuentran el suficiente amor, o bueno, aquí la colonia es muy muy alejada, pues es la sierra, y quizás porque el muchacho quiera vestirse muy bien pero el papá apenas le alcanza el dinero para los zapatos o para comprarse un par de ropa y pues el muchacho se pone a pensar mucho, quizás este, se pone a pensar en que no tiene buenos zapatos y algún compañero sí tiene buena ropa, hay muchas cosas de que por eso a veces los muchachos que se deprimen porque el hogar no hay más allá del amor la comprensión y sólo sufren violencia. E11/M/32/AMH/LC.

Un caso de una joven se fue su esposo a Estados Unidos, pero cuando él estaba acá ella recibía maltratos, le decía que ya no quería estar con ella, pero la muchacha estaba ahí, quién sabe por qué pero estaba ahí, entonces era mi familiar, y vivía cerca de la clínica, hasta pena me daba porque no podíamos ayudarla, porque el hombre era muy cruel, no quería que viera a alguien y que saliera a la calle, ni nada, entonces al muchacho se le ocurre irse a Estados Unidos, y dejó a la muchacha. E17/M/40/CSM/SO

Por otro lado, la mayoría de los participantes del estudio relacionan el alcoholismo y drogadicción como la consecuencia de la depresión y/o ansiedad, ya que estas actividades nocivas para la salud pueden representarse como “actividades de escape” para evadir los pensamientos “negativos” que suelen presentar ante dichas condiciones mentales. Algunos aspectos psicosociales relacionados, son parecidos a las causas de la depresión y/o ansiedad antes mencionados, como son la violencia intrafamiliar, deserción escolar y la desatención de los padres hacia los jóvenes, sin embargo, también mencionaron la influencia de las amistades y/o familiares para consumir estas sustancias o porque “no tienen otros medios para divertirse”.

Pues yo creo que porque vienen de una familia disfuncional, así como le comento hay veces que los papás también ya toman, una familia en la que hay mucha violencia y este, el papá le pega a la mamá este, trata mal a sus hijos. Y esos jóvenes pues es lo que llegan a hacer pues se tiran andar tomando o porque creen que es un camino fácil de salir es de este mundo, pues en el que están ya acostumbrados a oír gritos, oír pleitos y de que le pegan a su mamá o el vocabulario de del papá es muy fuerte. E9/M/45/AI/LC.

Creo que porque no tengan otra cosa en que divertirse, y pues los jóvenes se van a eso pues yo creo porque tienen problemas familiares o porque el amigo los invita y les gustó y ya pues cayeron en eso y siguen ese camino. E11/M/32/AMH/LC.

Aunado a lo anterior, es importante mencionar que otra consecuencia de estos problemas de salud mental es la autolesión (cortarse o *cuting* en inglés), ya sea de manera individual o grupal, donde mayormente las mujeres jóvenes suelen realizar este tipo de actividades. Los acompañantes mencionan que el motivo para realizar esas acciones es para distraerse de sus pensamientos o para tratar de llamar la atención.

Pues como no tenía pues apoyo entonces ella se le hacía más fácil cortarse, cada que sus papás discutían muchísimo entonces cuando ella escuchaba la discusión de sus papás de o las peleas de la escuela porque todos se burlaban de ella cómo se vestía, entonces lo que ella hacía era meterse luego luego al cuarto y a cortarse entonces con eso se sentía bien, que eso le ayudaba. E7/M/28/CSM/LC

c) *Motivantes para la búsqueda de atención de salud en los jóvenes de la región.*

Ante el contexto sobre las necesidades de salud, es necesario entender cuáles son los motivantes y qué medios utilizan los jóvenes para la búsqueda de atención en salud, ya que este tema es poco conocido en la literatura. ⁽⁵⁰⁾ Por otra parte, debido a la importancia de mejorar la atención en salud mental en los jóvenes de localidades rurales, es imperativo comprender cómo el personal de salud más cercano a la población (ACS) inicia y guía a los jóvenes para recibir atención.

Dentro del análisis se derivaron dos temas sobre las experiencias de los participantes con la intención de proporcionar la descripción con mejor claridad. Los temas son los siguientes: 1) Motivos de atención en salud y SM, y 2) recursos para buscar atención en salud y SM.

1) Motivos de atención en salud y SM

En términos generales, las necesidades básicas que conlleva a tomar la decisión de buscar atención en salud pueden ser diversas como se ha descrito en apartados anteriores, donde generalmente la población busca atención por gripa o tos, sin embargo, en el caso de los jóvenes, la mayoría de los ACS mencionaron que no suelen buscar atención en salud, a menos que fuera una “urgencia” (situaciones de vida o muerte).

Los hombres jóvenes suelen ir al centro de salud por lesiones o accidentes viales, en el que muchos de los casos son consecuencias por el elevado consumo de bebidas embriagantes y sustancias nocivas a la salud. Por otro lado, los motivantes de las mujeres son diferentes, generalmente las mujeres jóvenes requieren servicios de salud por control de embarazo o atención en el parto, por dolores de cabeza, dolor de pecho, falta de sueño, que como se ha descrito en los apartados anteriores, estas tres últimas dolencias son relacionadas con problemas de salud mental.

Así que yo diga que vienen muchos jóvenes aquí a la clínica no, la mayoría son personas más grandes, personas que ya tienen así alguna enfermedad crónica, por ejemplo, las embarazadas y esas sí llegan. E9/M/45/AI/LC.

Por consiguiente, en términos de salud mental, los participantes mencionaron que los jóvenes no suelen identificar los signos y síntomas de problemas mentales, como es en el caso de las mujeres, cuando acuden al centro de salud por los síntomas antes referidos y relacionados con salud mental o como es el caso de los hombres donde usualmente se visibiliza a través de acciones como el consumo de sustancias nocivas. Esto resulta que no necesariamente acudana los servicios de salud específicamente por ansiedad o depresión. Sin embargo, los ACS mencionan que son pocos los

jóvenes que esperan o agendan una cita con la psicóloga o psicólogo disponible en el centro de salud, que como se ha comentado, este especialista acude al centro de salud una vez o dos veces al mes.

Por dolor de cabeza, o dolor de pecho van a consultar con la doctora pero, o sea pero normalmente a veces vienen por eso y ya después de que se quedan un tiempo platicando con la doctora y pues ahí sale que tienen depresión o ansiedad, pero seguramente es para que nadie se entere. E7/M/28/CSM/LC.

Sin embargo, varios participantes mencionaron, que algunos jóvenes prefieren no comentar la verdadera razón de acudir al centro de salud, pues muchas veces prefieren no mencionar lo que realmente les sucede para que nadie de la localidad se entere (incluyendo a los ACS). Local dificulta la detección de problemas de salud y salud mental en los jóvenes.

2) Recursos para buscar atención en salud y SM.

En términos generales en salud, la desconfianza de los servicios de salud en estas localidades ha provocado que las razones de buscar atención sean diversas, como es la auto atención a través de remedios caseros que con el paso de los años se reproduce esos conocimientos en generación a generación.

Los ACS más jóvenes reconocen ya no utilizar estos remedios caseros, y que es más frecuente en las personas con mayor edad, donde justamente los ACS de mayor edad hablaron acerca de algunos remedios para tratar enfermedades como la gripe, diarrea, tos, calentura, gastritis; asimismo destacaron la labor de las parteras y el uso de algunos remedios caseros para “aliviar” después del parto.

Antes no había clínicas, no había médicos, con puros remedios caseros se curaban, yo cuando tuve a mis hijos, nunca los llevé al doctor, no había dinero y no había como bajara Jantenalgo, no había carreteras, nada, aquí con remedios caseros... cuando mis hijos tienen mucha fiebre, yo los bañaba con verbena, se le daba su té, un té que se llama de un árbol que está por aquí abajo, donde se le hierbe la cascarita, y se le baña y se le da de tomar para quitar la fiebre y todo eso, para la tos el té de manzanilla, de buganvilia, de orégano, todo eso, para la diarrea yerba buena... ahorita hay dos muchachas que se alivian en casa. Pero sí como el epazote, sirve para cuando tiene a su bebé, no le agarre el frío la matriz, para eso es el epazote, para calentar la matriz, se debe bañar con el epazote el estómago. E14/M/64/AC/LC.

Aunque algunas personas recurren a la autoatención, al no ver mejoría de su estado de salud recurren a otros medios para adquirir servicios de atención en salud. Los ACS mencionan que las personas que cuentan con los recursos económicos necesarios, como primera opción eligen acudir con médicos “particulares” (atención privada), antes de acudir al centro de salud, ya que se menciona que por ser “particulares” la atención en salud será de mejor calidad, no obstante, además de pagar las consultas, los médicos “particulares” suelen indicar medicamentos costosos que no son accesibles ni disponibles a la población en general, por lo que esas situaciones conlleva a que acudan al centro de salud, pues ahí los medicamentos son gratuitos.

Pues casi la mayoría toma este, remedios caseros, tecitos, y ya cuando y cuando ya que ya es muy muy grave pues ya se van a Jantenalgo, con el doctor ya van allá, cuando no hay medicamento. E13/M/33/AMH/LC

Pues a veces buscan otros medios, como mi marido, cuando le dio la presión alta, él se fue Jantenalgo con un particular. Eso hace mucha gente que tienen dinero o logran tener un poquito de dinero se van a curar con un particular, pero a veces les dan medicamentos que ya no lo consiguen acá. Y ya luego se vienen a tratar con la doctora (centro de salud) porque ella se los da. E4/M/44/AC/MT.

En cuanto a los medios para la atención en salud mental, los acompañantes mencionaron ser generalmente a través de los servicios públicos, ya que la disponibilidad en un medio privado de un especialista como psicólogo o psiquiatra es poco probable.

Sin embargo, en los últimos años, se ha visto que ha aumentado el número de personas que asisten al centro de salud (mayormente mujeres) por atención en salud mental, pues los ACS han creado esfuerzos para acercar a la población al centro de salud, a través de las acciones de prevención, detección y acompañamiento de la población.

d) Las fortalezas y retos en el cuidado de la salud mental comunitaria

Las fortalezas para la atención y cuidado de la salud mental son el tener un acercamiento directo con la población, ya sea por conocidos, familiares o por ser contemporáneo a la edad de los jóvenes. Conocer más a la población que vive en su localidad podría ser una ventaja para el acercamiento, sin embargo, los participantes mencionaron que es lo contrario, ya que también es una limitante para el acercamiento a los servicios de salud, debido a que la población suele dudar sobre la confidencialidad de los ACS, pues no quieren que nadie de la comunidad se entere que presentan alguna enfermedad o un problema de salud por vergüenza o miedo. Estas últimas situaciones las presentan más las mujeres, pues mencionan que normalmente las mujeres no suelen contar sus sentimientos por miedo al rechazo o que las personas no les crean sus síntomas.

Yo creo que tiene que ver mucho en la situación que uno vive aquí, pues aquí donde yo vivo se ve mucho lo

que es el machismo, este el que las mujeres pues no podemos decir qué me está pasando esto porque o no te van a creer o no te van a hacer caso o te tratan de que eres una loca, yo creo que tiene que ver mucho es de que a veces como mujeres nos cuesta que nos escuchen o nos da vergüenza contar lo que nos está pasando. E16/M/31/CSM/HO.

Por otro lado, no únicamente existe la desconfianza hacia a los ACS, sino también en servicios de salud del centro de salud, los tratamientos y los medicamentos, ya que piensan que podrían tener efectos contrarios a su salud. Esta última situación suele ocurrir en la gente mayor edad que aún está renuente a los servicios de salud, sin embargo, los ACS comentan que ya no es tan frecuente esta desconfianza.

Sin embargo, en el contexto de acercar a los jóvenes a los servicios de salud, los ACS reconocen realizar una gran labor para acercar cada vez más a los jóvenes a los servicios de salud, y muchas veces para atender problemas de salud mental. Dentro de la información recabada, se notó que los acompañantes jóvenes tienen mayores facilidades de acercarse a los jóvenes, y viceversa, los jóvenes suelen buscar a los ACS más jóvenes para platicar sobre sus problemas.

Los ACS que no se especializan en salud mental tienen la capacidad de detectar algunos síntomas de depresión y ansiedad, por lo que, realizan la labor de convencimiento para que acudan al centro de salud. Algunas utilizan argumentos de convencimiento desde sus historias de vida, pues algunos ACS jóvenes han vivido con depresión y/o ansiedad y han sido atendidos en el centro de salud.

Porque igual han venido muchos de mi salón y así, y pues me dicen: oye, apóyanos tú que estás aquí y que nos puedes ayudar de verdad. Yo quisiera hablar con la doctora, con la psicóloga, pero nunca sabemos cuándo viene y ya, yo les digo; sí, de hecho tienen una fecha para venir y yo les digo que no se preocupen nosotros le sacamos una cita y pueden venir y aquí está la doctora, pero igual como son casi de mi edad como que te dicen “oye me siento así, en mi casa no me apoyan, me siento mal, ya no quisiera estar en mi casa” me empiezan a contar como sus cosas, cómo estamos igual de la misma edad, como que a veces hay pacientitos que también estuvieron conmigo en la escuela pues ya están casados y me empiezan a decir sus cosas. E8/M/25/AS/LC.

Mientras que los ACS de mayor edad represente un gran reto, ya que reconocen no atender a muchos jóvenes, pues la mayoría menciona que son muy difíciles de acercar y que ellos no buscan ayuda o no quieren tener la ayuda. Sin embargo, algunas ACS mencionan que, a través de las visitas domiciliarias a los adultos, algunos le comentan que sus hijos (jóvenes) están pasando por situaciones como tristeza, miedo, alcoholismo, drogadicción y hasta ideación suicida. Por lo que las acciones de los acompañantes es acercarse al joven a ofrecerle sus servicios como acompañantes y comentarle los beneficios que obtendría si llega atenderse con un profesional de la salud mental.

Visité un hogar y la mamá me empezó a decir que su hijo este, se sentía a veces triste, a veces se ponía a llorar, no quería ir a trabajar con los demás hermanos, hay veces dice la mamá que se ponía a llorar, la mamá se sentía asustada, y luego le dije yo que si podía hablar con el muchacho y el muchacho accedió y

me dijo que sí eso sentía, tenía miedo, se sentía triste, no tenía ganas de hacer las cosas, incluso le pregunté si es cierto que, se quiere quitar la vida, y dijo “la verdad sí” y de ¿qué manera? le pregunté, “pues me quiero colgar de un árbol o tomar un líquido que es tóxico.” Entonces le digo, lo que pasa es que es una enfermedad lo que tú presentas porque yo estuve en tu lugar, le dije, yo ya pasé por la depresión y yo me sentía como tú pero yo acudí al centro de salud, y me dieron medicamentos, y fui a terapias con psicólogos y salí de eso, no es fácil, no vas a estar bien de la noche a la mañana, le digo, pero ya todo lleva un proceso y le saqué una cita al muchacho aquí con la doctora, y luego comenzó a venir a sus citas y hasta ahí ya.
E11/M/32/AMH/LC.

Otros retos expresados, es que las capacitaciones que reciben los ACS en temas de salud mental son dirigidas a adultos y no son capacitadas en temas de salud mental para jóvenes, lo cual puede dificultar la atención en esta población, al mismo tiempo, se logra observar que persiste el estigma de jóvenes que consumen sustancias nocivas, como alcoholismo o drogadicción, ya que no son reconocidos como enfermedades mentales

La mayoría de los ACS mencionan que antes de la pandemia por COVID- 19, en las escuelas se realizaban pláticas acerca de las adicciones, depresión y ansiedad. Esto último permitía acercarse a los jóvenes hacia los acompañantes y de esta manera, a los servicios de salud. No obstante, ahora que no hay clases presenciales, estas actividades fueron canceladas, por lo que, la detección de problemas en salud mental en jóvenes se ha visto limitada. Además, que las visitas domiciliarias disminuyeron por las medidas de mitigación, dificultando la cercanía hacia las personas, dando como consecuencia una disminución en la detección a través de estas visitas.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

En el presente capítulo se discutirán los principales hallazgos del estudio en contraste con la evidencia previamente señalada en otras investigaciones sobre el tema. Además, se exponen los alcances y limitaciones que tienen los hallazgos y el análisis de esta investigación, especialmente sobre el tema de investigación cualitativa en tiempos de confinamiento.

a) *ser ACS*

En primera instancia, dentro de los resultados se encuentra una característica importante de este personal de salud, como es la facilidad de palabra y de expresarse, ya que son cualidades para ejercer sus labores, esto se encuentra relacionado con lo publicado en la literatura, como lo mencionan Selfin, et al, en un estudio sobre las percepciones de los ACS, en el que menciona que son necesarios varios factores para la atención, como es la vinculación, escucha activa, intercambio de información y participar en el proceso del cuidado de acuerdo al contexto de la población.⁽⁴²⁾

Por otro lado, en cuanto a las experiencias antes de ser ACS son fundamentales, como son las actividades comunitarias provenientes de la iglesia o grupos como AA (Alcohólicos anónimos). Pues ya cuentan con conocimientos para realizar el trabajo comunitario lo que permite complementar las acciones

necesarias para el acompañamiento y monitoreo que podría realizar un personal especializado en salud mental, como el psicólogo. Esto se confirma en un estudio sobre las percepciones de ACS sobre la salud mental en localidades indígenas de Brasil, en el que menciona que las numerosas situaciones vividas por los ACS, incluida el entorno de las regiones, las formas de vida de los usuarios y la diversidad, puede resonar en las prácticas del cuidado y aceptación que ambas exigen responsabilidad.⁽¹⁸⁾

Bajo este mismo rubro, la escasez de especialistas en salud mental en localidades rurales se presenta en todo el mundo, por lo que, para combatir esta problemática, se han propuesto estrategias como “*Task-Sharing*”, en español “compartiendo tareas” propuesto por la OMS en el 2008, en el que se trata de ser eficaz en el tratamiento de enfermedades mentales en lugares donde los recursos humanos son escasos y el acceso a servicios de salud mental es limitado. Dicha estrategia consiste en la redistribución racional de tareas entre los equipos de personal de salud disponible, por lo que significa, que los ACS realizan tareas menos complejas (primer nivel de atención), para que el personal médico (médicos y enfermera pasante) se ocupe de la atención

de condiciones más complejas (segundo nivel de atención).⁽⁵¹⁾

Por otro lado, los ACS tiene como principal tarea ser mediadores entre los usuarios de la comunidad y los profesionales en salud, enfocando su quehacer en la prevención e identificación temprana de enfermedades en niños, adolescentes, mujeres y ancianos.⁽²⁰⁾ Esta situación se demuestra claramente en los principales hallazgos de esta investigación, con una diferencia importante, la especialización de los ACS, como es el caso de las cuidadoras en salud mental que cumplen su cometido antes mencionado por la literatura.

b) Significado de depresión y ansiedad en la juventud

En los principales hallazgos de esta tesis se encontró que la definición de depresión y ansiedad fue variada, no obstante, se expresó que la depresión es como una enfermedad mental que tiende a volverse crónica al no ser atendida oportunamente. La depresión en la juventud se suele presentar por diversos aspectos psicosociales ya mencionados, como la situación económica limitada e inserción laboral a temprana edad. Al mismo tiempo, se refiere que la ansiedad no es una enfermedad, sólo es señalado como parte o inicio de un episodio de depresión, representado por síntomas específicos como intranquilidad o nervios.

Por otro lado, se puede notar que el significado de enfermedad mental se ha expresado principalmente con los términos de depresión y ansiedad que pueden ser considerados como trastornos que afectan los estados de ánimo de las personas, sin embargo, no se contemplan trastornos que están relacionados con las conductas de las personas, como problemas del comportamiento en la infancia y las adicciones como el alcoholismo o drogadicción, y únicamente se menciona eventos consecuentes a la ansiedad y depresión.⁽¹⁵⁾

Estos resultados pueden ser notorios en otros estudios como, Salgado (1999), donde expone que las mujeres de localidades rurales de México expresan los trastornos afectivos con el término de “nervios,” para referirse a la ansiedad, que al dejar pasar estas emociones se desarrollan otros malestares emocionales que lleva consigo síntomas como dificultad para respirar, náusea, diarrea, vómito, dolor de cabeza, sueño, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza.⁽³²⁾

Estas características fueron mencionadas repetitivamente por las ACS, para describir la sintomatología en el caso de la ansiedad, mencionaron la intranquilidad, comerse las uñas, miedo, nerviosismo, dolor de cabeza y de pecho. Mientras que depresión, son los cambios de apetito, falta de sueño, dolor de cabeza, autolesión y *pensamientos chuecos*, éste último término se refiere a

pensamientos negativos hacía a otras personas y en uno mismo, desde la imaginación de realidades hasta la ideación suicida.

c) Limitantes del trabajo de campo virtual durante confinamiento

No es novedosa la noticia que la pandemia por Covid- 19 y las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio, pone en prueba muchos aspectos de la vida de las personas. Sin embargo, en términos de las ciencias sociales se presentaron herramientas necesarias para enfrentar los cambios de la nueva normalidad, estas son las tecnologías de la información, que se presentaron para quedarse y prosperar en un futuro. ⁽⁵²⁾

Se conoce que el trabajo de campo cualitativo tiene una serie de aristas importantes para abarcar, como es la observación, el acercamiento emocional, establecer *rapport*, de modo que nos permita profundizar de forma sistemática los procesos sociales de interés. En este sentido, diversas publicaciones acerca de, trabajo de campo en confinamiento o de manera remota apoyan la reproducción y mejoramiento de este estilo de búsqueda de información, ya que permite investigar en lugares en donde el acceso es limitado, como en lugares que viven en conflicto social y político o que viven en países con enfermedades graves como el ébola en África. Sin embargo, otras publicaciones mencionan que el trabajo de campo virtual podría limitar la información por la falta del encuentro cara a cara. ⁽⁵³⁾

Estas preocupaciones escritas en diferentes publicaciones son las mismas que al momento de recolectar la información se presentaron, pues para realizar el trabajo de campo de esta tesis, únicamente se utilizó la plataforma *Google meet*, por su facilidad y factibilidad, sin embargo, la disponibilidad y la calidad del internet de los participantes era el principal limitante, ya que la mayoría debía acudir al centro de salud para realizar la entrevista, ya que muy pocos tenían internet en sus celulares. Por otro lado, la calidad de internet del centro de salud no siempre fue la mejor, de hecho, las entrevistas se tuvieron que hacer sin vídeo para facilitar mejor el audio y poder grabar la entrevista sin problemas de conexión. Este último punto dificultaba aún más la interrelación entre la entrevistadora y el participante, ya que, aunque se hicieran preguntas “*rompe hielo*”, aún no es suficiente, por lo que se tuvo que aplazar la entrevista y preguntar de diferentes maneras los temas en cuestión, para entender mejor su realidad. Por otro lado, el alcance de esta tesis permitirá aterrizar la realidad de la salud mental en los jóvenes a través de la mirada de los ACS, siendo ellos parte de la comunidad.

Si bien, la investigación cualitativa en línea no es una novedad, aún siguen siendo una parte desconocida para algunos investigadores. La pandemia ayudó a visibilizar procesos más redituables, que, para ello, se necesita el estudio y el establecimiento de modelos para una mejor recolección de información de manera virtual. Existen numerosas herramientas y fuentes de datos para poder investigar en aislamiento que permiten explorar los discursos y fenómenos relacionados con la salud pública, la promoción de la salud, la educación y las opiniones, percepciones de formas de vida de las personas o de las comunidades, que pueden estudiarse en línea, la etnografía virtual y las herramientas de Internet y las redes sociales para la investigación cualitativa. ⁽⁵⁴⁾

Conclusiones

Este estudio refuerza la importancia de las funciones de los ACS en el primer nivel de atención en localidades rurales. Los resultados permitieron describir cómo los ACS relacionan su trabajo con la depresión y ansiedad en los jóvenes y permitió identificar qué importancia le otorgan a la salud mental y qué les motiva para cumplir sus actividades con su comunidad.

Por otro lado, a partir de los resultados obtenidos, se considera que el quehacer de los ACS engloba también la capacidad de detectar las necesidades y demandas de atención de la salud que surgen en su comunidad actuando como un agente de cambio en el entorno en donde se encuentre y opera como motivador a la participación social en temas de salud.

Durante el análisis de los discursos en las entrevistas, se pudo escuchar que la mayoría de los ACS conocían algunos conceptos biomédicos sobre DP y AN, sin embargo, para otros ACS no utilizaron términos biomédicos en cuestión de salud mental, pero la mayoría conoce situaciones psicosociales como la drogadicción, alcoholismo, violencia, angustia, que de acuerdo a su cosmovisión, requieren acciones intersectoriales en lugar de acciones de sólo servicios de salud. Los ACS destacaron algunas fortalezas y debilidades en el proceso de la atención de salud mental, como la falta de conocimiento en cuanto señales de alarma para la detección de depresión y ansiedad, aunque se mostraron abiertas para una mejor capacitación en este tema.

La incorporación de la salud mental en la atención primaria es un debate importante y actual en términos de apoyo e investigación, en lo que respecta a la articulación de conocimientos y prácticas de los diferentes sectores personal de salud involucrado en el primer nivel de atención.

Este estudio demostró la gran necesidad de conocer la perspectiva de salud mental, antes de realizar cualquier intervención educativa, ya que aterrizar los conceptos biomédicos al contexto de la población objetivo, permitirá un mejor entendimiento y reproducción de los conceptos de salud y

facilitará una mejor atención oportuna en localidades donde el acceso a servicios de salud es limitado.

La principal contribución de este estudio es destacar que las percepciones de los ACS en relación con las necesidades de salud mental surgen desde una perspectiva ampliada de la salud que asume actividades intersectoriales, los cuales se identificaron como: situaciones sociales y violencia, que redundan en demandas de salud mental. Esta información señalada por los ACS, nos recalca que al menos las que están capacitadas en temas de salud mental, son capaces de realizar intervenciones psicosociales y sin ser una atención centrada a la enfermedad. Estos puntos refuerzan la importancia de la presencia de los ACS como enlace entre los servicios de salud y la comunidad.

Cabe destacar que, aunque los ACS son importantes aliados para la identificación y detección de situaciones de vulnerabilidad en la comunidad, es necesario prestar atención a las condiciones de salud mental de estas acompañantes. Ya que también están sujetas a dificultades emocionales en conjunto con los mismos factores antes mencionados que podrían afectar su estado emocional.

Por tanto, se concluye que los ACS son un elemento fundamental para los servicios de salud, sin embargo, sus acciones tendrán éxitos si los demás sectores que componen la red de servicios están correlacionados entre sí y adecuadamente estructurados, para soportar las demandas de los servicios en salud.

Además de las limitaciones antes mencionadas, las conclusiones expresadas son adecuadas para la región objetivo de esta tesis, no se generaliza en otras regiones, lo único que se busca es conocer la percepción de los ACS de la DP y AN de los jóvenes que viven en esta región.

Referencias bibliográficas

1. Benjet C, Borges G, Méndez E, Albor Y, Casanova L, Orozco R. Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(2):163–73.
2. Kisely S, Alichniewicz K, Black E, Siskind D, Spurling G, Toombs M. The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2017;84:137–52.
3. Kilian A, Williamson A. What is known about pathways to mental health care for Australian Aboriginal young people?: A narrative review. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):1–9.
4. Elías A. Representación social en torno a la juventud rural: un estudio de caso en Cuba y México. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CLACSO. [Internet]. 2017 [Consultado 2 de septiembre 2019] 23 p. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/posgrados/20171017115600/Rodriguez.pdf>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La salud mental del adolescente: Un desafío urgente para la investigación y la inversión. *La Adolescencia, Una época oportunidades*. 2011;47.
6. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiologías de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia. 2012. (30)353–356 p.
7. Secretaría de Salud de México. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México. México: Evaluación para Sist Salud Ment la Organ Mund la Salud [Internet] 2011 [Consultado 5 de septiembre 2019]. (1)54. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1
8. Saravi G. Transiciones vulnerables: Juventud, desigualdad y exclusión en México. *Cart Económica Reg*. Centro de México. 2009; 34:334.
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *OrganMund la Salud* [Internet]. 2013 [Consultado 5 de septiembre 2019]. 66:1–47. Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
10. Kleiman E, Liu R. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*. 2013;150(2):540–5
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La adolescencia. Una época de oportunidades. 2011. 148 p.
12. Serván-Mori E, Gonzalez-Robledo L, Nigenda G, Quezada A, González-Robledo

- M, Rodríguez-Cuevas F. Prevalence of Depression and Generalized Anxiety Disorder Among Mexican Indigenous Adolescents and Young Adults: Challenges for Healthcare. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2020 [Consultado 3 de septiembre 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01001-9>
13. Aguilar S. Los jóvenes rurales en México: Retos y desafíos en los estudios actuales. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires; Asociación Latinoamericana de Sociología; 2009;. 1-11.
 14. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(1):74–80.
 15. Organización panamericana de la salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Organ Panam salud* [Internet]. 2017 [Consultado 2 de septiembre 2019];24. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
 16. Rodríguez J. La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *RevPsiquiatr Urug;* 2007;71(2):117–24.
 17. Rodríguez JJ, Barrett T, Narváez S, Caldas JM, Levav I. Sistemas de salud mental en El Salvador , Guatemala y Nicaragua . Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Org Mun Salud;* 2007;22(5):348–57.
 18. Souza J, Assad FB, Barbosa SP, Badagnan HF. Mental health care situation in family health units: perception of Community health agents. *Universidad Federal Santa Catarina;* 2015;24(1):204–11.
 19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal [Internet]. México; IMSS; 2014; [Consultado 30 de octubre 2019]. p. 1–19. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf
 20. Organización panamericana de la salud. Manual de agente comunitario de salud. Proyecto curso de vida saludable [Internet]. 2010; [Consultado 15 de septiembre 2019].4–210. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Manual del Agente Comunitario de Salud.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Manual%20del%20Agente%20Comunitario%20de%20Salud.pdf)
 21. García-Moreno A. Ideas, un modelo de evaluación para inclusión digital y alfabetización informacional orientado a salud. *Información biomédica y farmacéutica.* 2010;19; 3-53.
 22. Moura-pontes AL, Garnelo L, Garnelo L. La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. *Salud Pública Mex.* 2014;56(4) 386-392.
 23. Suárez M. Una propuesta de modelo en salud para los pueblos indígenas de la Amazonia. Instituto Amazonico de Investigaciones Imani. Colombia; 1998.
 24. Balcazar H, Perez-lizaur AB. Community Health Workers-Promotores de Salud in Mexico History and Potential for Building Effective Community Actions. *Ambul care Manag.*

2016;39(1):12–22.

25. Amoroz I. El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas. *Rev Pueblos y Front Digit.* 2011;6(11):8–37.
26. Melgarejo V, María LUZ. Sobre el concepto de percepción. *Laurus.* 1994;4(8):47–53.
27. Natera Rey G, Callejas Pérez F, Barker S, Medina Aguilar P. «Pa ' qué sirvo yo, mejorme muero » : Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en unacomunidad indígena. *Salud Ment.* 2012;35(1):63–70.
28. Susan D. *Wrinting at the Margins: Discourse Between Anthropology and Medicine.* *Can Anthropol Soc.* 1995;38(1):95–6.
29. Gabriel M. La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Investig enSalud.* 2001; 3(1):6–12.
30. Lopera Valle JS, Rojas Jiménez S. Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Med UPB.* 2012;31(1):42–52.
31. Vallejo Á. Medicina indígena y salud mental. *Acta Colomb Psicol.* 2006;9(2):39–46.
32. Salgado N. Trastornos afectivos en población rural. *Salud Ment* 1999;22:68–74.
33. Bautista N. Saberes y prácticas en torno al proceso salud / enfermedad / atención entre habitantes del Mezquital, Hidalgo. *Cuicuilco.* 2014;21(59):121–44.
34. Massadar Morel AP. Lekil kuxlejal: Bem Viver na saúde autônoma do movimento zapatista. *RECIIS.* 2019;13(4):725–35.
35. Pichot P. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. *Revista Mexicana de Neurociencia.* 2009. 34–43.
36. García R. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2011;22(1):77–84.
37. Heinze G, Camacho P. Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad [Internet]. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2010 [Consultado 30 de septiembre 2019]. 43 p. Disponible en: http://inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf

38. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacio-Muro M de los Á, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2015;72(2):149–55.
39. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex.* 1985;(3):35.
40. Bradshaw J. *Taxonomy of social need.* Oxford University Press. 1972;(3). 71–82
41. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: Del modelo psicosocial al socioeconómico. *Salud Ment.* 2010;33(5):397–408.
42. Speroni KS, Alberto Fruct IM, Dalmolin G. Perceptions of Community Health Agents: Contributions To the Management in Health. *Rev Cuid.* 2016;7(2):13–37.
43. Teddlie C, Yu F. Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. *J Mix Methods Res.* 2007;1(1):77–100.
44. Bertaux D. La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. *La Hist oral métodos y Exp.* 1993;69(1945):149–70.
45. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
46. Elida D, Guillen F. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y representaciones.* 2019;7(1):201–29.
47. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda. Panorama sociodemográfico de México 2020 Chiapas. Inst Nac Estadística y Geogr [Internet]. 2021 [Consultado 30 de octubre 2019]; 58.
48. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Panorama de la Salud 2017 Indicadores de la OCDE.* OCDE; 2018;215.
49. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. 2011;(1):11–4.
50. Kalucy D, Nixon J, Parvizian M, Fernando P, Sherriff S, McMellon J. Exploring pathways to mental healthcare for urban Aboriginal young people : a qualitative interview study. *BMJ Open,* 2019;9.

51. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: *Lancet*. 2016;387(10028):1672–85.
52. Cuenca A, Schettini P. Los efectos de la pandemia sobre la metodología de las ciencias sociales. *Rev Trab Soc y ciencias Soc*. 2020;32(2683–7684).
53. Sánchez R, Colegio E. La investigación de campo en tiempos de COVID-19: Entrevistando a migrantes durante el confinamiento. 2021;19–23.
54. Hernán-García M, Ruiz-Azarola C. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit*. 2021;35(3):298–301.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista y consentimiento informado

Lugar de aplicación: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de fin: _____

Introducción:

Buenas tardes/días, mi nombre es Alejandra Itzel Nudel Ontiveros, soy alumna de maestría de la (UNAM). Estoy realizando un estudio sobre salud mental en jóvenes de Chiapas y me gustaría platicar con usted sobre algunos aspectos relacionados con este tema.

Su participación es voluntaria y si tiene disposición de apoyarme en el estudio le haré unas preguntas sobre cómo entienden los jóvenes la salud y la enfermedad mental en su comunidad, así como sobre su trabajo como Acompañante/Auxiliar de Salud/cuidadora de salud mental. Le pedimos su apoyo ya que usted es una persona que trabaja con la comunidad y trabaja temas de salud y nos gustaría entender el tema desde sus conocimientos y experiencias sobre este tema. La información que usted nos brinde será de gran utilidad para proponer acciones de salud específicas. La entrevista tendrá una duración aproximada entre 40 y 50 minutos. Si usted lo permite la entrevista será grabada.

Es importante indicarle que todo lo que platiemos será entre usted y yo y no se usará su nombre en los informes que se escriban sobre este estudio. Si tiene alguna duda puede preguntarme en cualquier momento o puede contactarme a través de mi correo electrónico: alenudel07@gmail.com. Si no quiere responder una de las preguntas o quiere terminar la entrevista, puede hacerlo en cualquier momento, sin que eso perjudique su relación con los servicios de salud.

Si está de acuerdo por favor responda así: “Estoy de acuerdo en participar voluntariamente en esta entrevista” para mi registro por favor.

Autoriza la audio-grabación de la entrevista: Si __ No

¿Tiene usted alguna pregunta o comentario?

Inicialmente queremos saber de usted. Nos podría comentar:

Datos sociodemográficos

Su Nombre	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es su estado civil?	
¿Tiene hijos? ¿Cuántos?	
¿Hasta qué año estudió?	

¿Habla alguna lengua diferente al español?	
¿Cuál?	
¿Cuál es su religión?	

Trabajo Comunitario

1. ¿Hace cuánto tiempo es usted Acompañante/Auxiliar de Salud/cuidadora de salud mental?
2. Platíquenos ¿cómo llegó a ser Acompañante/Auxiliar de Salud/cuidadora de salud mental?
3. ¿Qué funciones realiza habitualmente?
4. ¿Qué tipo de capacitaciones ha recibido? (cuántas – temas)
5. ¿Este trabajo que usted realiza en la comunidad le representa algún beneficio?

Ahora que ya conocemos más de usted, platiquemos sobre las personas de su comunidad y sobre el tema de salud y enfermedad.

1. Nos podría explicar ¿de qué personas está formada su comunidad? (descripción demográfica)
2. ¿Nos puede indicar qué persona se considera “joven” dentro de la comunidad? (edad)
3. Platíquenos qué hacen los jóvenes habitualmente en su comunidad (estudio, recreación, trabajo, etc.).
4. ¿Has visto en familia, amistades, conocidos, alguna situación en donde los jóvenes no se sienten a gusto con ellos mismos? Cuénteme su experiencia
5. ¿Cómo describiría usted a una persona sana?
6. Y ¿cómo describiría una persona enferma?
7. Describa por favor cómo se ve una persona con una enfermedad mental
8. ¿Qué tipo de problemas de salud son los más comunes en su comunidad?
9. ¿A dónde van a atenderse las personas de su comunidad por problemas de salud? (indagar por varias: torcedura de un pie, parto, una infección estomacal, etc.).
10. ¿Y los problemas de salud son los mismos en los jóvenes que en los adultos? ¿En qué se diferencian? Platíquenos.
11. ¿Por qué algunos jóvenes de la comunidad están tristes, toman mucho alcohol o se cortan?
12. ¿Cómo piensa usted que podría evitarse situaciones que lleven a los jóvenes a sufrir de ansiedad y depresión)

Accesibilidad en los servicios de salud

Agradezco mucho sus respuestas. Ahora vamos a hablar un poco sobre la atención de salud.

1. ¿Me podría describir un día de trabajo suyo en la comunidad? (actividades que realiza cotidianamente)
1. Cuando las personas se sienten enfermas ¿a dónde van a buscar atención? ¿Por qué?
2. ¿Qué tipo de servicios de salud brindan en el centro de salud de su comunidad?
3. ¿Ha recibido información en el tema de salud mental? ¿cuándo y cómo fue? ¿nos puede platicar qué temas se trataron?
4. ¿Los jóvenes buscan ayuda cuando se encuentran en situaciones como las que ya platicamos? (toman mucho alcohol, se cortan, están retraídas, etc.).
5. ¿A quién acuden y por qué? o / ¿Por qué cree usted que no buscan ayuda?
6. ¿Nos podría platicar de alguna situación en dónde le hayan pedido a usted apoyo para un joven en una situación de depresión/ansiedad?
7. Voy a describirle un caso que podría pasarle. Usted va a una visita domiciliaria y mientras realiza sus actividades habituales, un miembro de la familia le platica sobre una situación de un joven que toma mucho alcohol, está triste y apartado de todo el mundo, ¿usted qué hace?
8. ¿Dado que algunos jóvenes están presentando situaciones que pueden llevar a la depresión, ¿qué acciones considera usted que son importantes realizar en su comunidad para detectar estas situaciones?
9. Dado que su trabajo está relacionado con el apoyo en salud a su comunidad ¿podría comentarnos de qué manera usted podría apoyar a los jóvenes que sufren situaciones que los puede llevar a la depresión y ansiedad?

Le agradezco nuevamente el tiempo que ha dedicado para platicar conmigo.

Al finalizar la entrevista se le agradecerá al informante su participación y se le recordará que puede contactar al investigador a través de los datos que se le entregaron en caso de tener alguna duda o preguntar o si desea en un futuro que se le envíen los resultados generales del estudio.

