

# Trabajadoras comunitarias de salud: experiencias en el abordaje de la salud mental en zonas rurales de Chiapas

María Cecilia González-Robledo, D en C,<sup>(1)</sup> Luz María González-Robledo, D en C,<sup>(2)</sup>  
Alejandra Nudel-Ontiveros, M en Gest y Polít S,<sup>(3)</sup> Marcela Agudelo-Botero, D en Est de Pobl,<sup>(4)</sup>  
Fátima Gabriela Rodríguez-Cuevas, MC,<sup>(5)</sup> Hortensia Reyes-Morales, D en C.<sup>(1)</sup>

González-Robledo MC, González-Robledo LM, Nudel-Ontiveros A, Agudelo-Botero M, Rodríguez-Cuevas FG, Reyes-Morales H. Trabajadoras comunitarias de salud: experiencias en el abordaje de la salud mental en zonas rurales de Chiapas. *Salud Publica Mex.* 2023;65:275-284.

<https://doi.org/10.21149/14183>

González-Robledo MC, González-Robledo LM, Nudel-Ontiveros A, Agudelo-Botero M, Rodríguez-Cuevas FG, Reyes-Morales H. Role of community health workers in addressing mental health in rural areas of Chiapas. *Salud Publica Mex.* 2023;65:275-284.

<https://doi.org/10.21149/14183>

## Resumen

**Objetivo.** Analizar, desde la perspectiva de las trabajadoras comunitarias de salud (TCS), los conocimientos y experiencias en la atención de la salud mental (SM) en comunidades rurales de Chiapas. **Material y métodos.** Se utilizó el enfoque fenomenológico descriptivo. Se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas a TCS, las cuales fueron audiograbadas, transcritas, codificadas y analizadas utilizando como técnica, el análisis cualitativo de contenido con ayuda del software Atlas ti. **Resultados.** Las TCS mental tienen una amplia comprensión de la cultura, el lenguaje y los problemas de sus comunidades, permitiéndoles fungir como enlace entre los servicios de salud y la población. Identifican que hay buena SM cuando “una persona tiene ánimo de realizar su trabajo diario” y enfermedad cuando “las personas sufren o tienen pensamientos chuecos”. Sus experiencias de trabajo están ligadas con el acompañamiento individual (psico-educación) y el apoyo de actividades realizadas por profesionales de Compañeros En Salud (CES). **Conclusión.** Las TCS mental que trabajan con CES desarrollan un papel importante en la promoción de la SM, de riesgos y acompañamiento de pacientes con trastornos mentales. Estos hallazgos consolidan la evidencia e importancia del desarrollo de las intervenciones comunitarias en SM a través de este personal, en contextos de escasa disponibilidad de servicios de salud.

Palabras clave: agentes comunitarios de salud; salud mental; atención primaria de salud; México

## Abstract

**Objective.** To analyze, from the perspective of community health workers (CHW), the knowledge and experiences in mental health care (MH), in rural communities in Chiapas. **Materials and methods.** The descriptive phenomenological approach was used. Eighteen semi-structured interviews were conducted with CHW, which were audio-recorded, transcribed, codified and analyzed using qualitative content analysis with the help of Atlas ti. **Results.** Mental CHW have a broad understanding of the culture, language and problems of their communities, allowing them to act as liaisons between health services and the population. They identify that there is good MH when a “person is in the mood to do their daily work” and illness when “people are suffering or have wicked thoughts”. Their work experiences are linked to individual accompaniment (psycho-education) and the support of activities carried out by professionals of *Compañeros En Salud* (CES). **Conclusion.** The mental CHW who work with CES, develop an important role in the promotion of mental health, of risks and accompaniment of patients with mental disorders. These findings contribute to strengthen the evidence on the importance of developing community interventions in MH through these personnel, in contexts of scarce availability of health services.

Keywords: community health workers; mental health; primary health care; Mexico

- (1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (2) Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, Morelos, México.
- (3) Investigadora independiente. Ciudad de México, México.
- (4) Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- (5) Compañeros En Salud. Jaltenango, Chiapas, México.

**Fecha de recibido:** 6 de agosto de 2022 • **Fecha de aceptado:** 7 de diciembre de 2022 • **Publicado en línea:** 21 de abril de 2023  
Autor de correspondencia: Dra. Luz María González-Robledo. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Calle Iztaccihuatl esq. Leñeros s/n, Col. Los Volcanes. 62350 Cuernavaca, Morelos, México.  
Correo electrónico: luz.gonzalez@uaem.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

A nivel global, en 2021 se estimó una prevalencia de depresión y ansiedad en personas  $\leq 18$  años de 25.2 y 20.5%, respectivamente.<sup>1</sup> En la población adolescente mexicana, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 7.8%,<sup>2</sup> aunque se prevé que ésta sea más elevada si se considera junto con el abuso de sustancias y la ideación suicida.<sup>3</sup> En Chiapas, en 2020, 20.6% de los jóvenes presentó síntomas depresivos y 31% ansiedad, siendo éstos más frecuentes en mujeres que en hombres.<sup>4</sup>

Los determinantes sociales de los trastornos mentales han sido descritos ampliamente en la bibliografía, donde destacan condiciones como pobreza, marginación, falta de oportunidades laborales y de educación, entre otras.<sup>5</sup> También se ha identificado la influencia de los medios de comunicación (que distorsionan las percepciones de la realidad) y la imposición de normas de género (que muchas veces desencadenan violencia hacia las mujeres), lo cual puede originar problemas emocionales.<sup>6</sup>

Por otro lado, en el ámbito mundial existe escasez de personal especializado para la atención de la salud mental (SM), con 0.67 especialistas por cada 100 000 habitantes, concentrados principalmente en zonas urbanas.<sup>7</sup> En México, además de esta situación, la atención a la SM recae en el nivel hospitalario, lo que hace inaccesible el servicio para las poblaciones rurales.<sup>8</sup> Es por ello que, con el fin de subsanar estas deficiencias, diversas organizaciones han estado trabajando en la incorporación de la atención de la SM a la salud comunitaria, a través de modelos basados en atención primaria de la salud y operados por equipos multidisciplinarios.<sup>9,10</sup> Se ha demostrado que esta integración mejora el diagnóstico temprano, el acceso, la continuidad del tratamiento y los resultados en la SM.<sup>11</sup>

Dentro de los equipos de atención primaria se encuentran los trabajadores comunitarios de salud (TCS),

los cuales tienen diversas denominaciones y categorías, de acuerdo con su nivel educativo y de capacitación (cuadro I).<sup>12-14</sup> En general, los TCS son personas con una comprensión profunda de la cultura y el idioma de la comunidad donde operan y, generalmente, reciben capacitación por parte de profesionales de la salud y que, con o sin una remuneración, desempeñan un rol mediador cultural y de enlace entre los servicios de salud y sus comunidades.<sup>15</sup> Las actividades que realizan son diversas y dependen de cada contexto, siendo las más comunes educación, identificación de personas enfermas y su canalización a servicios de salud, además del apoyo en el seguimiento terapéutico (cuadro I).<sup>16</sup>

En las últimas décadas, se ha demostrado que el trabajo realizado por TCS en el cuidado de la salud en las comunidades (especialmente rurales y apartadas), ayuda a mejorar los estados de salud, tanto físicos como mentales. Esto justifica la importancia de desarrollar estudios sobre este tema en México donde hay pocas investigaciones al respecto.<sup>13</sup>

Para la atención de la SM en México, se desarrolló una guía para implementar un modelo comunitario basado en una estructura piramidal, situando el autocuidado y la atención comunitaria no formal en la base y, en el vértice, los centros de larga estancia y servicios especializados.<sup>17</sup> Este modelo incorpora a los TCS dentro de la atención comunitaria, no obstante, su implementación es aún insuficiente en el país.

En el estado de Chiapas, Compañeros En Salud (CES), filial mexicana de la organización internacional sin fines de lucro *Partners in Health*, desarrolla un novedoso modelo de atención con un fuerte componente comunitario, que incorpora a los TCS, los cuales se denominan “acompañantes” (ACMPs) y “cuidadoras de salud mental” (CSM).<sup>18,19</sup> CES trabaja en comuni-

**Cuadro I**  
**DENOMINACIONES, CLASIFICACIÓN Y OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJADORES COMUNITARIOS DE SALUD (TCS). CHIAPAS, 2021**

Denominaciones de los TCS	Clasificación de los TCS	Nivel de educación y de capacitación	Remuneración
Promotores de salud Agentes comunitarios de salud Doulas	Trabajadores comunitarios de salud legos	Personas con poca o ninguna educación formal que se someten a una capacitación informal de unos días a unas pocas semanas.	Tienden a brindar servicios básicos de salud como voluntarios no remunerados
Trabajadores de salud no profesionales Trabajadores de salud legos Especialistas en apoyo de pares Trabajador de salud auxiliar	Paraprofesionales nivel 1	Personas con algún tipo de educación secundaria y capacitación informal posterior.	Pueden recibir una asignación en dinero o especie
Asistente de salud comunitario Ayudantes de salud	Paraprofesionales nivel 2	Personas con algún tipo de educación secundaria y capacitación formal posterior que dure unos pocos meses a más de un año.	Usualmente son asalariados

Nota: elaborado a partir de Olaniran A y colaboradores (2017).<sup>14</sup>

dades marginadas de la Sierra Madre de Chiapas en coordinación con la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), brindando atención médica a poblaciones vulnerables.<sup>20</sup> El objetivo de este estudio fue analizar, desde la perspectiva de las TCS, los conocimientos y experiencias en la atención de la SM en comunidades rurales de Chiapas en el año 2021.

## Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio. Se recolectó información durante febrero y marzo de 2021 en siete comunidades rurales de la Sierra Madre de Chiapas, sede de trabajo de CES. Estas comunidades se caracterizan por tener un alto y muy alto nivel de marginación y fueron seleccionadas por conveniencia.<sup>21</sup>

### Selección de las participantes

Las TCS mental se seleccionaron por muestreo intencional (casos típicos), tomando en cuenta la edad (para representar ciclos de vida diferentes que pudieran incidir en la aptitud y disponibilidad para el trabajo comunitario), nivel educativo (para ajustarse a la clasificación de TCS) (cuadro I), lugar de residencia (que pertenecieran a diferentes localidades) y antigüedad (con el fin de conocer diversas experiencias como TCS). El número de informantes fue determinado a través del principio de saturación de datos.<sup>22</sup>

### Recolección de la información

Se realizaron 18 entrevistas a TCS a partir de una guía semiestructurada, con una duración promedio de 45

minutos. Se llevaron a cabo en español, previo consentimiento informado, siendo audiograbadas y transcritas literalmente en Word. Se recabó información sociodemográfica y se exploró sobre: 1) cómo se incorporaron al trabajo comunitario y antigüedad en estas labores; 2) significados y conocimientos sobre la SM y los padecimientos mentales más usuales en sus comunidades; 3) tipo de capacitación recibida para el desempeño de su trabajo; 4) papel que tienen en la atención de la SM en sus comunidades; y 5) experiencias como TCS mental.

Con el apoyo de la Coordinadora de Salud Mental de CES, se reclutaron las TCS y las entrevistas se realizaron utilizando *Google Meet* (plataforma virtual) y la aplicación de mensajería y llamadas por *WhatsApp*, dadas las restricciones de acceso a las comunidades derivadas por la pandemia de Covid-19. Para ello, se facilitó el acceso a dispositivos electrónicos y a internet dentro de los centros de salud de las localidades y se procuró un lugar privado para que ellas respondieran abiertamente a las preguntas. En este estudio se siguieron los lineamientos específicos para el desarrollo de trabajos de campo virtual en investigación cualitativa.<sup>23,24</sup> Para fines de análisis de la información, se omitieron los nombres de las informantes, con el fin de asegurar la confidencialidad y privacidad. En su lugar, a cada participante se le asignó un código único que se emplea a lo largo de este artículo.

### Análisis de la información

Se utilizó el enfoque fenomenológico descriptivo,<sup>25</sup> utilizando como técnica el análisis cualitativo de contenido con el fin de identificar patrones de significados (siguiendo el proceso descrito por Cáceres) (figura 1).<sup>26</sup>

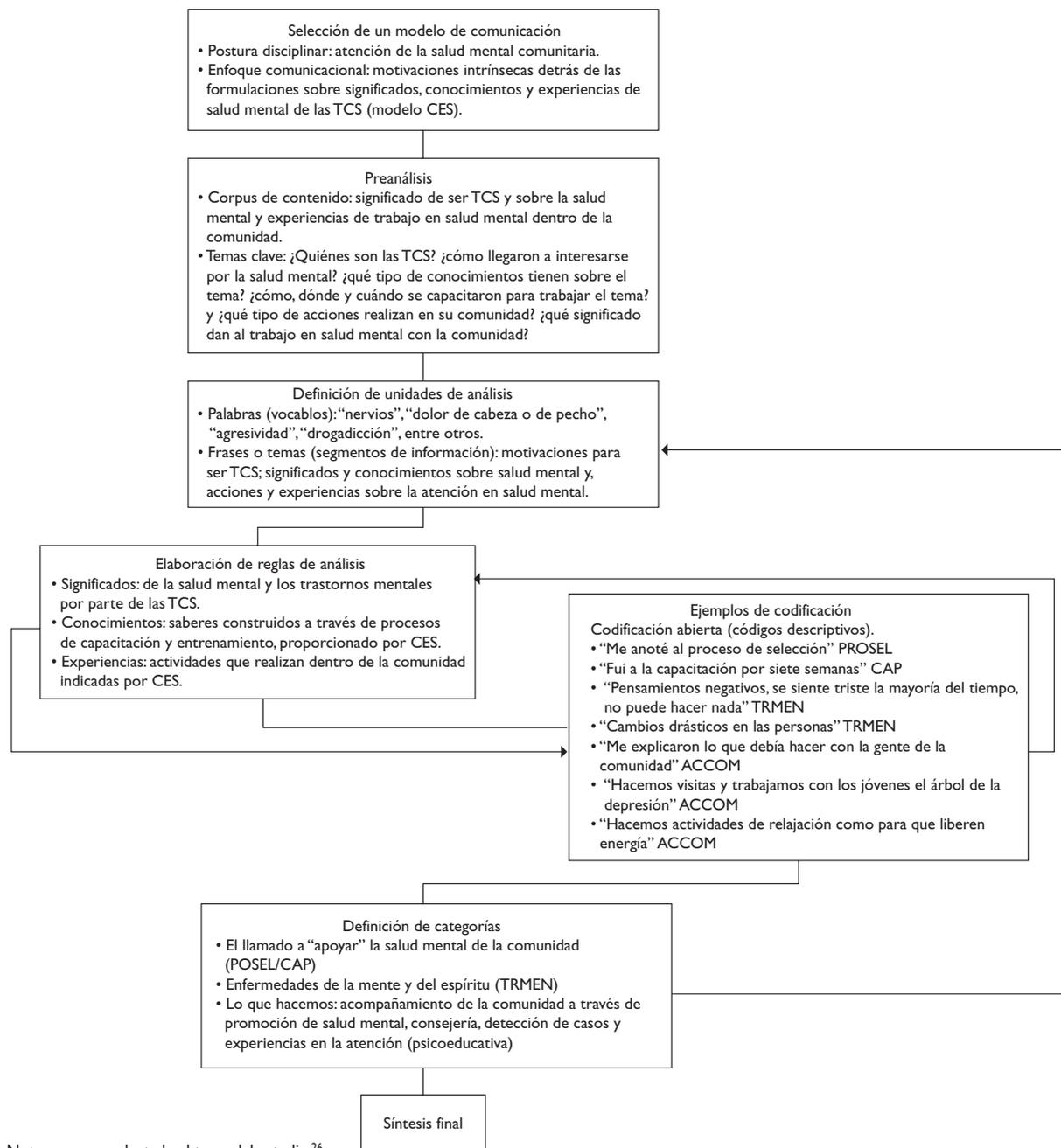
**Cuadro II**  
**PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE LAS TRABAJADORAS COMUNITARIAS DE SALUD (TCS). CHIAPAS, 2021**

Características	Perfil			
	Cuidadoras de salud mental	Acompañante de enfermedades crónicas	Acompañante de cuidado materno-infantil	Acompañante de modelo hogar
No. de entrevistas	5	7	3	3
Edad mediana en años (valor mínimo-valor máximo)	30 (20-40)	36 (24-64)	30 (28-45)	32 (25-33)
Nivel de escolaridad	0 Sin estudios 1 Primaria 2 Secundaria 2 Preparatoria	2 Sin estudios 1 Primaria 2 Secundaria 2 Preparatoria	0 Sin estudios 0 Primaria 1 Secundaria 2 Preparatoria	0 Sin estudios 0 Primaria 1 Secundaria 2 Preparatoria
Estado civil	0 Soltera 4 Casada 1 Unión libre	4 Soltera 1 Casada 2 Unión libre	0 Soltera 2 Casada 1 Unión libre	0 Soltera 1 Casada 2 Unión libre
Antigüedad como TCS (valor mínimo-valor máximo)	1.5 (1-2)	3.6 (1-7)	2.5 (2-4)	2.6 (1-5)

La codificación fue realizada por dos de las coautoras, con ayuda del software ATLAS.ti V9, y se identificaron tres temas principales: dos de contexto (conocimientos sobre SM y cómo llegaron a ser TCS) y otro sobre las experiencias que han vivido las TCS mental dentro de sus comunidades (figura 2).<sup>27</sup>

### Consideraciones éticas

El estudio hace parte de un proyecto marco financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación (FM/CI/004/18) y Ética (CEI-F006/2019) de la Facultad

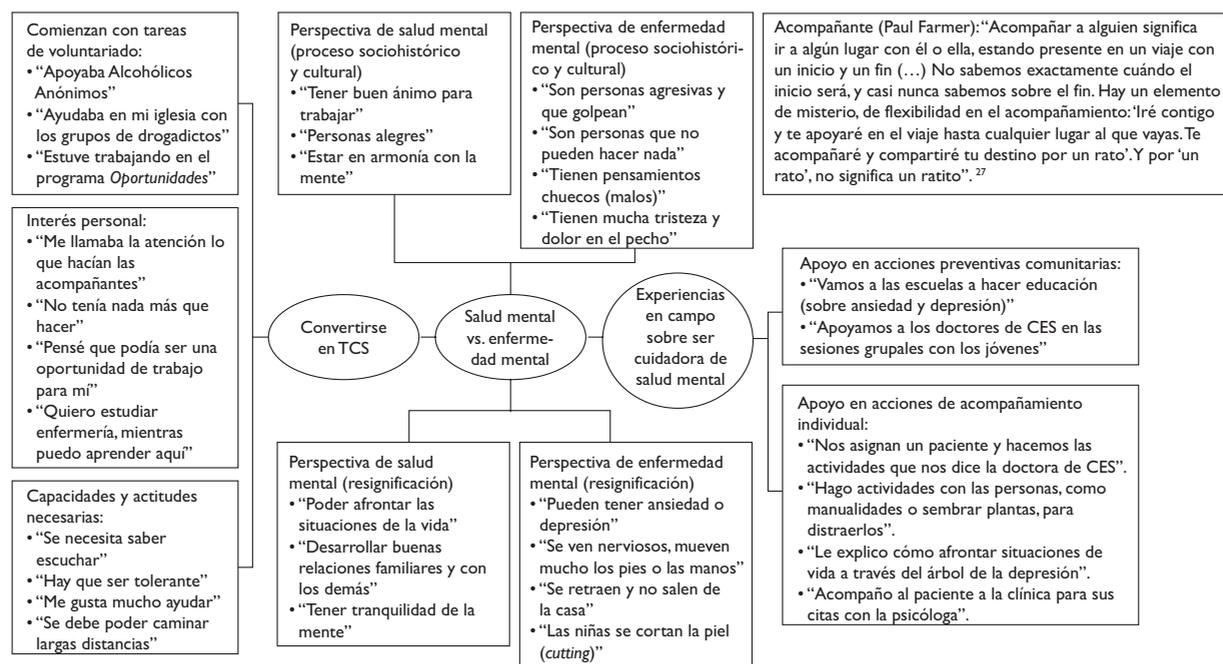


Nota: esquema adaptado al tema del estudio.<sup>26</sup>

TCS: trabajadoras comunitarias de salud.

CES: Compañeros En Salud.

**FIGURA 1. ESQUEMA DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE ANÁLISIS CUALITATIVO DE CONTENIDO. CHIAPAS, 2021**



TCS: trabajadoras comunitarias de salud.  
CES: Compañeros En Salud.

**FIGURA 2. MAPA DE LOS TEMAS CENTRALES RELACIONADOS CON LOS CONOCIMIENTOS DE SALUD MENTAL Y EXPERIENCIAS DE LAS TCS MENTAL EN SU ATENCIÓN. CHIAPAS, 2021**

de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

## Resultados

### Descripción general de las TCS

La edad mediana fue de 28 años (mínima 20, máxima 64). Las participantes llevaban trabajando como TCS de uno a siete años. Las comunidades donde viven y prestan sus servicios tienen una densidad poblacional menor a 1 000 habitantes y altos índices de marginación. Todas realizaban labores en el hogar y algunas trabajaban en el campo cultivando maíz y café (cuadro II).

Los perfiles de las TCS son variados: siete estaban encargadas del acompañamiento a pacientes crónicos, cinco eran cuidadoras de SM, tres incorporadas al “modelo hogar” y tres más al cuidado infantil. Si bien todas las entrevistadas señalaron realizar actividades de promoción de la SM y detección de trastornos mentales, las TCS mental realizaban actividades más especializadas, como se describe más adelante.

### Conocimientos y experiencias de las TCS en la atención de la salud mental

Se identificaron dos temas de contexto y uno de experiencias en el trabajo comunitario para la atención de la salud mental.

#### Tema 1: Proceso de incorporación como TCS

Se realizó mediante un proceso por etapas previamente establecido por CES, a través de convocatorias abiertas o por invitación personal. El proceso se inició con la inscripción, seguida de una entrevista con el personal de CES, para evaluar motivaciones, actitudes y cumplimiento de los criterios preestablecidos. Una vez seleccionadas las trabajadoras, éstas tomaron un curso de capacitación sobre temas de salud y trabajo comunitario impartido por profesionales de la salud, con una duración de una semana. Dentro de los temas a desarrollar se encuentran los procedimientos para realizar visitas domiciliarias (registro de pacientes, sus padecimientos y reportes de seguimiento) y, de manera específica, sobre las actividades propias de su asignación (salud mental,

cuidado materno-infantil, pacientes crónicos y modelo hogar). Posteriormente, participan en capacitación continua cada quince días. Su trabajo es supervisado en campo por profesionales de la medicina, la enfermería o la psicología de CES.

Las aspirantes indican que para participar en el proceso de selección deben ser reconocidas en su comunidad, tener compromiso y actitud de ayuda, tiempo disponible y capacidad para caminar largas distancias, interés por aprender y enseñar temas de salud, ser tolerantes y respetuosas ante las diferencias y tener facilidad para comunicarse. Además, señalan que se valora mucho el haber realizado previamente actividades de voluntariado.

Todas las TCS recibieron información en temas de SM dada la alta prevalencia de depresión, ansiedad y otros trastornos psicosociales en la población. Sin embargo, son las TCS mental las que reciben capacitación más específica.

Para las informantes ser TCS significa la oportunidad de aprender, mejorar y tener un trabajo, y apoyar en el cuidado de la SM familiar y de su comunidad a través de acciones educativas y preventivas (cuadro III). Adicionalmente, les permite aportar recursos al hogar por medio de dos tipos de incentivos que reciben por parte de CES, uno económico y el otro en especie (despensa mensual).

#### *Tema 2: Conocimientos sobre salud-enfermedad mental por parte de las TCS*

Los conceptos “salud” y “enfermedad mental” fueron definidos por las TCS desde dos perspectivas. La primera, desde los procesos sociohistóricos y culturales de subjetivación (cosmovisión) y, la segunda, desde la resignificación que hacen a partir de la capacitación que reciben y del trabajo que realizan a diario.

Las TCS mental emplean diversas expresiones para dar sentido y significado a los estados de SM (estados emocionales placenteros) como “estar sano”, “ser feliz” o cuando “la persona está tranquila”, “sin estrés” y “tiene ánimo de realizar su trabajo diario”. Por su parte, para la enfermedad (estados emocionales alterados) utilizan términos como “sufrimiento”, “tener pensamientos malos, negativos o chuecos” o señalar que son “personas que se descontrolan y son violentas” (cuadro III).

La depresión y la ansiedad (como resignificación de la enfermedad) fueron consideradas trastornos que afectan el “estado de ánimo” y “las emociones”, los cuales pueden incluso desencadenar síntomas físicos. Las TCS señalaron que en la ansiedad se puede sentir “intranquilidad”, “miedo”, “nerviosismo”, “dolor de cabeza y de pecho”. En la depresión se presentan

“cambios en el apetito”, “falta de sueño”, “dolor de cabeza” y “autolesiones” (*cutting*: cortes en la piel de manera intencionada y repetitiva). Explican que estos trastornos están relacionados con condiciones de pobreza, falta de oportunidades laborales y de desarrollo personal, *bullying* y traumas que sufren los jóvenes dentro de los hogares (principalmente violencia física o psicológica hacia las mujeres).

#### *Tema 3: Capacitación y experiencias de las TCS en la atención de la salud mental*

La capacitación que reciben las TCS mental incluye contenidos específicos sobre trastornos mentales, comunicación efectiva y acompañamiento, así como temas de género, psicoeducación, resolución de problemas, técnicas de relajación y apoyo familiar.

Las TCS aplican instrumentos de tamizaje para depresión y ansiedad en jóvenes (para uso del personal no especializado) como PHQ9 (por sus siglas en inglés *Patient Health Questionnaire*) herramienta que mide la presencia de síntomas depresivos por autoinforme<sup>28</sup> y GAD-7, escala de ansiedad de siete ítems (detecta los síntomas de ansiedad generalizada).<sup>29</sup> Una vez identificados los casos, los jóvenes son referidos y acompañados a la consulta médica en los centros de salud (sedes de CES) para la confirmación diagnóstica y tratamiento (en casos leves o moderados) o referencia (en casos severos).

Dentro de sus experiencias, las TCS señalan que a veces no es sencillo identificar jóvenes con trastornos de ansiedad o depresión a través de estos instrumentos, porque a pesar de que se observan signos y síntomas evidentes, el puntaje que se obtuvo no coincide con lo observado. Esto se debe a que los adolescentes no hablan abiertamente de sus problemas emocionales y de las situaciones que desencadenan esas condiciones, porque en la comunidad “de lo que sucede dentro de la familia no se habla”.

El acompañamiento se realizó a través de pláticas y actividades lúdicas que ayudaron a los adolescentes a reconocer y a entender sus emociones y problemas. Por ejemplo, con el “árbol de la depresión y ansiedad” identifican situaciones estresantes y conflictos emocionales, y se les brindan consejos para afrontarlos. Otras actividades de activación conductual sugeridas son dar paseos cortos o realizar manualidades para distraerlos de tener “pensamientos chuecos”. También se desarrollan ejercicios de respiración y se les asignan tareas psicoeducativas que deben realizar durante la semana antes de la siguiente visita, y se hacen supervisiones de adherencia a la medicación y cumplimiento de citas cuando es requerido (cuadro III).

**Cuadro III**  
**TESTIMONIOS DE LAS INFORMANTES. CHIAPAS, 2021**

Categoría	Subcategoría	Testimonio
¿Cómo llegó a ser TCS en su comunidad?	Incorporación	"Pues por un anuncio [en el centro de salud] supe que estaban buscando más acompañantes. Nos entrevistaron y éramos como ocho, pero de ocho, quedamos nada más cuatro. Y una de esas cuatro fui yo". E1/28/SU
	Proceso de capacitación	[¿Qué capacitación recibió?] "(...) sobre salud mental, al principio nos dijeron sobre qué es la depresión, la ansiedad, los tipos de problemas que llegan a presentar algunas personas (...), las complicaciones que puede llegar a tener una depresión, por qué a ciertas personas les da depresión, por qué a otras les da ansiedad, bueno, muchos temas relacionados con estas dos enfermedades [depresión y ansiedad]". [También] (...) vimos lo que es el trauma, el duelo y cómo afecta a las personas". E16/31/HO
	Asignación a labores de salud mental	"Cuando nos dijeron que íbamos a ser cuidadores de salud mental fue un proceso realmente grande (...), vinieron médicos de salud mental para dar las capacitaciones y las entrevistas y todo eso, y pues de 11 que entrevistaron, quedé yo (...), yo creo que buscan experiencia previa como acompañante (...)" E17/40/SO  [¿Qué experiencias has tenido?] "Un muchacho vino a pedir ayuda aquí en la clínica, el médico pasante me lo asignó a mí (...). Empezamos a trabajar la evaluación de riesgos y qué tanto beneficio iba a ir obteniendo. [Cuando lo conocí] no se bañaba, no se cambiaba, no salía, no quería ir a la escuela, no quería nada, entonces, yo pues con actividades y charlas lo fui ayudando. Al final ya él mismo fue agarrando valor para la escuela (...) después empezó a salir y ahora lo veo, sale a jugar, ahora es la estrella de basquetbol de aquí (...) Él y su familia me han tomado cariño". E12/31/CA
La salud mental, emocional o espiritual	Retribución	"Acá en la clínica, de parte de Compañeros De Salud sí recibimos una pequeña despensa, que para nosotros es mucho, y también nos dan un pago en efectivo " E18/27/PA
	Definiendo los trastornos mentales	"Una persona enferma de la mente es en la que vemos un cambio drástico como que ha dejado de hacer algunas cosas o ya no es la misma". E3/20/SU  "(...) Son los pensamientos negativos, también los llaman pensamientos chuecos (...), se pone uno a pensar cosas que no deberíamos". E8/25/LC
	Los trastornos depresivos	"(...) Una persona que sale de control (...), que hay veces que se porta agresivamente con las personas, llega a pegar y llega igual a ver cosas, a hablar cosas, ajá, a salir a correr pues donde él quiera (...)". E18/27/PA
Papel de las TCS	Los trastornos de ansiedad	"Los jóvenes se aíslan, no platican sus cosas con nadie, porque luego los chicos creen que todas las personas se enterarían de lo que tiene... luego dicen que está loco, entonces le dicen que tienen psicosis, utilizan sobrenombres (...)" E16/31/HO
	Detección de problemas emocionales y trastornos mentales	[¿Cómo sabía que tenía ansiedad?] "Porque siempre que estaba sentada no podía estar quieta con las manos, siempre las tenía jugando, no hablaba o respondía con sí o no mirando hacia otro lado (...) y se mordía las uñas. Al preguntarle qué le pasaba, no contestaba, y le pregunté si le daba pena hablar y me dijo que sí". E3/20/SU
	Detección de la sintomatología de depresión y ansiedad	"Cuando vamos a las visitas hacemos el árbol de la depresión; le decimos a la persona que dibuje un árbol (...) entonces le ponemos las raíces, las hojas y la fruta. En las raíces ponemos lo que vivimos y los problemas de nuestra vida, o sea las raíces son las condiciones como la pobreza, los problemas familiares, el desamor, muchas cosas llenan las raíces. Luego vamos escribiendo hasta llegar al tronco y después hasta las ramas y los frutos, entonces ya ahí sacamos una conclusión, que si la raíz está mal, pues también los frutos van a estar mal". E17/40/SO
Apoyo y seguimiento terapéutico	Detección de la sintomatología de depresión y ansiedad	"Nosotras aplicamos PHQ9 y GAD7 para saber si la persona tiene ansiedad o depresión. Pero una vez a una persona que le apliqué no aparecía nada porque contestan a las preguntas con no. Pero yo veía que estaba muy inquieta o si escuchaba que alguien llegaba estaba muy alerta para ver quién iba". E3/20/SU  "(...) hay una diferencia entre ansiedad, depresión y tristeza (...). La diferencia es que la tristeza es, por ejemplo, un duelo, pero a los tres meses de duelo hay personas que empiezan a hacer sus actividades normales (...) aunque siga la tristeza (...); al contrario, la depresión no deja trabajar, no deja hacer actividades, sólo quiere estar encerrado o solo, o vagando en la calle. Y la ansiedad también es otro tipo, pareciera que fuera lo mismo, pero realmente es diferente". E17/40/SU
	Apoyo y seguimiento terapéutico	"Hacemos actividades de relajación y ejercicios como para liberar energía, las practicamos juntas y aparte se les deja de tarea y luego una vez a la semana que la tengo que estar viendo. Creo que es lo que más trabajamos con personas con ansiedad". E7/28/LC  "(...) lo que estamos haciendo ahorita es un curso que nosotros le damos a los pacientes que se llama SP [psicoeducación]. Son cinco sesiones, o sea visitas. La doctora (de CES) nos da a nosotros el paciente; ella nos dice: tienes que visitar este paciente, por tal y tal motivo, y ya nosotros vamos. En la primera visita nos presentamos; cada visita toma de hora y media a dos horas y todas son diferentes, para ayudar a controlar lo que es la ansiedad o la depresión". E18/27/PA
	Puente entre la comunidad y los servicios de salud	"Me ha tocado ver también, cuando los muchachos estaban en clase, lo que llaman el <i>bullying</i> ; el mismo maestro nos dice que hay muchachos y muchachas que tienen ansiedad y depresión; nos buscan para llevarlos a la consulta". E7/28/LC

TCS: trabajadoras comunitarias de salud.

Para las TCS mental, el hecho de haber sido capacitadas y acompañar a los profesionales de la salud mental de CES en sesiones psicoeducativas les permitió transformar la percepción que tenían sobre los trastornos mentales, como padecimientos que deben ser diagnosticados y tratados. Asimismo, entender que los roles de género dentro de las comunidades, diferenciados para los hombres y las mujeres (quedarse en casa para realizar los quehaceres, practicar deportes de “niñas”, no poder salir en la noche, entre otras), las condiciones de pobreza y el uso de redes sociales son factores que pueden afectar la SM de los adolescentes. También señalan la importancia de trabajar en la erradicación del estigma y la discriminación que sufren las personas con estos padecimientos.

En general, las TCS mental comentaron que tuvieron experiencias “buenas” en su trabajo como, por ejemplo, ser contactadas por profesores de escuelas que identifican jóvenes con cambios de comportamiento, retraídos, con cambios en sus calificaciones o, incluso, en situaciones de *bullying*, para tener su intervención o que funjan como puente para que los adolescentes tengan acceso a atención de SM en los centros de salud operados por CES. También señalaron que se observan algunos indicios de cambios en la comunidad sobre la necesidad de detectar y atender los trastornos mentales.

Finalmente, las informantes notaron un incremento en los casos de ansiedad y depresión en los adolescentes de las comunidades por causa de la suspensión de las actividades escolares y del confinamiento por la pandemia de Covid-19; esto incrementó la exposición a situaciones de violencia intrafamiliar que afectaron negativamente su SM.

## Discusión

Hace más de 40 años las/los TCS se han incorporado a los equipos de atención primaria como parte de la política sanitaria en países con ingresos medios y bajos (incluido México) en respuesta a la escasez del personal médico y de salud calificado (particularmente en zonas remotas y marginadas).<sup>30,31</sup>

En este estudio todas las TCS fueron mujeres dedicadas a labores del hogar, con un nivel de educación medio-bajo y sin un empleo formal, pero que muestran liderazgo, iniciativa e interés por su comunidad, lo cual se asemeja a lo reportado en la bibliografía.<sup>32</sup> CES elige principalmente a mujeres para promover el desarrollo de capital social y económico en esta población dados los altos niveles de inequidad y los problemas sociales que se presentan y con el fin de darles una oportunidad laboral.

Son diversas las motivaciones que llevan a las mujeres de la comunidad a incorporarse como TCS mental.

Algunas de ellas estarían relacionadas con la satisfacción de sentirse útiles y ayudar a otros, el reconocimiento por parte de su comunidad y el propio desarrollo personal (factores internos), la posibilidad de contar con incentivos económicos o en especie, lo que les permite complementar el ingreso familiar, y el desarrollo de relaciones interpersonales con autoridades de salud y de otros sectores dentro de la localidad (factores externos).

Los conocimientos sobre salud-enfermedad mental por parte de las TCS estaban muy asociados con creencias culturales, lo cual se asemeja a los resultados de otros estudios realizados en contextos rurales.<sup>33</sup> Igualmente contaban con escasos conocimientos previos sobre la salud y los trastornos mentales. A partir de la capacitación ofrecida por profesionales de CES, ellas comienzan a modificar sus actitudes frente a las personas con padecimientos mentales, al igual que en cuestiones de discriminación y estigma hacia dichas personas. Estos hallazgos coinciden con información publicada.<sup>34</sup>

Si bien la mayoría de las experiencias vividas por las TCS mental son descritas como útiles y positivas, aún se deben enfrentar importantes retos como las distancias a recorrer, muchas veces bajo condiciones climáticas adversas, y escasez del material didáctico para distribuir. Pese a ello, las TCS se sienten satisfechas por la labor realizada, pues perciben que su trabajo es bien recibido por la comunidad y señalan que “hay mucho por hacer”.

Este es uno de los pocos estudios que se han realizado en el país que centran su atención en las TCS, sin embargo, hay algunas limitaciones que deben considerarse. La primera es que, si bien se exploró uno de los actores más relevantes en la atención de la salud mental en estas comunidades, no se contrastó con la visión de otro tipo de actores, como los adolescentes o la población en general. Tampoco se exploró la perspectiva del personal de salud que opera en estas localidades. Otra limitación se refiere al hecho de que los resultados podrían diferir respecto de otras comunidades donde también prestan servicios las TCS, ya que el modelo de atención desarrollado por CES tiene elementos muy particulares que responden al contexto socioeconómico y cultural del estado de Chiapas.

## Conclusión

Dado que la atención a la SM es una prioridad en salud pública y que existen serias limitaciones para que las personas de zonas rurales de México puedan acceder a este tipo de servicios de salud, el rol de las TCS constituye una valiosa oportunidad para conectar el trabajo comunitario con los servicios de salud convencionales, de manera que se pueda brindar una respuesta integral a las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

En este sentido, es fundamental fortalecer las capacidades de este personal para que se pueda incrementar el impacto de sus acciones en cada uno de los lugares donde se desempeñan.

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) (Subvención No. 291102) y al *Global Alliance for Chronic Diseases* por su apoyo y a todas las personas que hicieron posible este trabajo, en especial a las TCS que brindaron su valioso tiempo y sus testimonios.

*Declaración de conflicto de intereses.* Las autoras declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

- Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):142-50. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Berenzon S, Lara MA, 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. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100011>
- Carreño-García S, Medina-Mora ME. Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia, 2018 [citado junio 25, 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
- Serván-Mori E, Gonzalez-Robledo LM, Nigenda G, Quezada AD, González-Robledo MC, Rodríguez-Cuevas FG. Prevalence of depression and generalized anxiety disorder among Mexican indigenous adolescents and young adults: challenges for healthcare. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2021;52:179-89. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01001-9>
- Leiva-Peña V, Rubi-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. Ginebra: OMS, 2021 [citado noviembre 17, 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory data repository. Human resources Data by country, c2014. Ginebra: OMS, 2018 [citado noviembre 15, 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>
- Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EA. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publ Mex.* 2020;62(1):72-9. <https://doi.org/10.21149/10323>
- Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans M, Mutamba BB, et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6):1279. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>
- Hoefl TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-Sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. *J Rural Health.* 2018;34(1):48-62. <https://doi.org/10.1111/jrh.12229>
- Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med.* 2008;5(1):5-8 [citado noviembre 15, 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777555/>
- Pérez LM, Martínez J. Community health workers: social justice and policy advocates for community health and Well-Being. *Am J Public Health.* 2008;98(1):11-4. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.100842>
- Barnett ML, Gonzalez A, Miranda J, Chavira DA, Lau AS. Mobilizing community health workers to address mental health disparities for underserved populations: a systematic review. *Adm Policy Ment Health.* 2018;45:195-11. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0815-0>
- Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? - a systematic review of definitions. *Glob Health Action.* 2017;10(1):1272223. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1272223>
- WestRasmus EK, Pineda-Reyes F, Tamez M, Westfall JM. "Promotores de Salud" and community health workers: an annotated bibliography. *Fam Community Health.* 2012;35(2):172-82 [citado noviembre 15, 2018]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/44953456>
- Scott K, Beckham SW, Gross M, Pariyo G, Rao KD, Cometto G, Perry HB. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Hum Resour Health.* 2018;16:1-17. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>
- Organización Panamericana de la Salud, USAID, CONAPRA. Salud Mental. Guía del promotor comunitario. México: OPS, 2013 [citado noviembre 15, 2018]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Newman PM, Franke MF, Arrieta J, Carrasco H, Elliott P, Flores H, et al. Community health workers improve disease control and medication adherence among patients with diabetes and/or hypertension in Chiapas, Mexico: an observational stepped-wedge study. *BMJ Glob Health.* 2018;3:e000566. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000566>
- Rodríguez-Cuevas FG, Valtierra-Gutiérrez ES, Roblero-Castro JL, Guzmán-Roblero C. Living six hours away from mental health specialists: Enabling access to psychosocial mental health services through the implementation of problem management plus delivered by community health workers in rural Chiapas, Mexico. *Intervention.* 2021;19(1):75-83. [https://doi.org/10.4103/INTV.INTV\\_28\\_20](https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_28_20)
- Compañeros en Salud. ¿Qué hacemos? México: CES, 2021 [citado junio 24, 2022]. Disponible en: <https://compañosensalud.mx/>
- Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2020. Nota técnico-metodológica. México: Conapo, 2021 [citado junio 25, 2022]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685354/Nota\\_te\\_cnica\\_IMEYM\\_2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685354/Nota_te_cnica_IMEYM_2020.pdf)
- Guest G, Namey E, Chen M. A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS One.* 2020;15(5):e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
- Gray LM, Wong-Vylye G, Rempel GR, Cook K. Expanding qualitative research interviewing strategies: Zoom video communications. *The Qual Rep.* 2020;25(5):1292-1301. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>
- Retamal S. Entrevista cualitativa mediante videoconferencia: características y recomendaciones. Apuntes MIDE. 2020 [citado agosto 1, 2022]. Disponible en: [https://www.evalperu.org/wp-content/uploads/2021/04/APUNTES-MIDE-UC\\_Entrevistas-cualitativas-1.pdf](https://www.evalperu.org/wp-content/uploads/2021/04/APUNTES-MIDE-UC_Entrevistas-cualitativas-1.pdf)
- Lopez KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research.* 2004;14(5):726-735. <https://doi.org/10.1177/1049732304263638>

26. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicopersp. Indiv. Soc.* 2003;2(1):53-82. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-3>
27. Harvard Magazine. Paul Farmer: "Accompaniment" as Policy. Harvard Magazine. 25 de mayo de 2011 [citado abril 17, 2022]. Disponible en: <https://www.harvardmagazine.com/2011/05/paul-farmer-accompaniment-as-policy>
28. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and utility of the patient health questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: a cross-sectional study. *J Clin Psychol.* 2017;73(9):1076-1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
29. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(1):1-11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
30. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health.* 2014;35:399-421. <https://doi.org/10.1146/annurev-publ-health-032013-182354>
31. Balcazar H, Perez-Lizaur AB, Izeta EE, Villanueva MA. Community health workers-promotores de salud in Mexico. History and potential for building effective community actions. *J Ambul Care Manage.* 2016;39(1):12-22. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000096>
32. Oliveira-Pinheiro PM, de Souza-Medeiros AE, Jardsom-Moura F, Mendes G, Colares J, de Lucena G, et al. Knowledge of community health agents about visually impaired people. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE03372. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03372>
33. Monteiro NM, Balogun SK. Perceptions of mental illness in Ethiopia: a profile of attitudes, beliefs and practices among community members, healthcare workers and traditional healers. *Int J Cult Ment Health.* 2014;7(3):259-72. <https://doi.org/10.1080/17542863.2013.784344>
34. Sibeko G, Milligan PD, Roelofse M, Mofele L, Jonker D, et al. Piloting a mental health training programme for community health workers in South Africa: an exploration of changes in knowledge, confidence and attitudes. *BMC Psychiatry.* 2018;18:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1772-1>