

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

Aproximación de un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato

**Tesis
Para obtener el grado de
Doctor en Psicología**

**Presenta
Mtro. David Jesús Ponce Hernández**

**Director de tesis:
Dra. Gabriela López Aymes**

**Comité revisor: Dra. Doris Castellanos Simons
Dr. Guillermo Delahanty Matuk
Dr. Eduardo Hernández Padilla
Dra. Esperanza López Vázquez**

Cuernavaca, Mor.

Mayo, 2019

INDICE

Resumen	5
INTRODUCCIÓN	7

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

ESTADO DEL ARTE	11
1. PANORAMA DE LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE EN MÉXICO	
1.1 Antecedentes de la atención de salud mental en México.....	22
1.2 Conceptualización de la salud mental	27
1.3 Epidemiología de los síntomas psicológicos en el adolescente	31
1.4 Conductas de riesgo en el adolescente	33
1.5 Factores de riesgo y protectores en el adolescente	35
1.6 Prácticas de atención psicológica en el adolescente	36
2. ADOLESCENCIA, EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL	
2.1 Adolescencia y desarrollo psicológico	42
2.1.1 Fases de la adolescencia	55
2.2 Contexto escolar, salud mental y aprendizaje	59
2.3 Educación para la salud	66
3. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y MOTIVACIÓN ESCOLAR	
3.1. Salud mental positiva	72
3.2 Bienestar psicológico y autodeterminación	77
3.3 Salud mental y motivación escolar	79
4. LA SALUD MENTAL COMUNITARIA	
4.1 El mito de la salud mental comunitaria	84
4.2 La inclusión comunitaria.....	90
4.3 Estigma y salud mental	92
4.4 Diversidad y escuela inclusiva	94
4.5 Modelo genérico de salud mental comunitaria.....	97
5. MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO	
5.1 Modelo ecológico de Bronfenbrenner	100
5.2 Microsistema	102

5.2.1 Familia	103
5.2.2 La escuela.....	106
5.2.3 Grupo de iguales.....	108
5.2.4 El docente.....	110
5.3 Exosistema	112
5.3.1 Servicios e instituciones circundantes al contexto escolar	112
5.3.2 Teoría de sistemas.....	117
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	121
Preguntas de investigación	124
Objetivos de la investigación.....	125
Justificación	126

**SEGUNDA PARTE
MÉTODO**

6. MÉTODO

6.1 Diseño de la investigación	129
6.2 Enfoque epistemológico	130
6.3 Perspectiva metodológica de la teoría fundamentada.....	132
6.4 Justificación del diseño de investigación	136
6.5 Participantes.....	138
6.6 Instrumentos	140
6.7 Procedimiento	141

FASE CUANTITATIVA

7. INTRODUCCIÓN	148
7.1. RESULTADOS DE LA ESCUELA PÚBLICA	150
7.1.1 Descripción de la muestra en la escuela pública	150
7.1.2 Inventario de síntomas SCL 90.....	151
7.1.3 Escala de bienestar psicológico de Ryff	157
7.1.4 Escala de motivación escolar	161
7.1.5 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las escalas de bienestar psicológico de Ryff	162
7.1.6 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las subescalas de la Escala de motivación escolar	163
7.1.7 Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas de bienestar	

psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de motivación escolar.....	164
7.1.8 Conclusiones de la escuela pública	165
7.2. RESULTADOS DE LA ESCUELA PRIVADA.....	167
7.2.1 Descripción de la muestra en la escuela privada.....	167
7.2.2 Inventario de síntomas SCL 90.....	168
7.2.3 Escala de bienestar psicológico de Ryff	174
7.2.4 Escala de motivación escolar	178
7.2.5 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las escalas de bienestar psicológico de Ryff	180
7.2.6 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las subescalas de la Escala de motivación escolar	181
7.2.7 Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas de bienestar psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de motivación escolar.....	182
7.2.8 Conclusiones de la escuela privada	184
7.3 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	185

FASE CUALITATIVA

8. INTRODUCCIÓN	195
8.1 Procedimiento para el análisis e interpretación de datos cualitativos	196
8.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE CUALITATIVA	199
8.3 DISCUSIÓN	259
8.4 CONCLUSIONES	276
REFERENCIAS	285
ANEXOS	306

RESUMEN

La noción de salud mental comunitaria hace referencia a aquella configuración social donde los miembros de una comunidad reflexionan y se preocupan por los problemas de salud mental de la misma comunidad, participando activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas. Los estudios sobre este tema son muy recientes y se han centrado principalmente a la narración de experiencias de intervención, dejando vacíos teóricos sobre los verdaderos alcances del término. El modelo ecológico del desarrollo humano se presenta como una plataforma de estudio que permite el análisis de las interacciones que se producen en los diferentes contextos de desarrollo del individuo. En este sentido, ante la incipiente prevalencia de síntomas psicológicos en el adolescente y la falta de sistematización de las prácticas de atención, prevención y promoción de la salud mental en esta población, en esta investigación se estudió el paradigma de la salud mental comunitaria en los diversos niveles del modelo ecológico. Esto con el objetivo de construir un modelo teórico sobre las interconexiones y prácticas de salud mental de los integrantes y elementos del microsistema y exosistema de una muestra de estudiantes de bachillerato en el Estado de Morelos. Se empleó un método mixto con estatus dominante y de orden secuencial cuantitativo → CUALITATIVO, respondiendo a una estrategia secuencial explicativa con integración de datos en la interpretación y cuyo énfasis está en explicar e interpretar relaciones. Los datos de la fase cuantitativa fueron recopilados por medio del Inventario de síntomas SLC-90, la Escala de bienestar psicológico y el Cuestionario de Motivación Escolar (EME), de tal modo que se obtuviera un diagnóstico de la prevalencia de síntomas psicológicos, el bienestar psicológico y la motivación escolar de los estudiantes. La fase cualitativa de la investigación se llevó a cabo mediante el método de la teoría fundamentada, haciendo uso de la técnica de entrevista semi-estructurada, desarrollándose así un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato, sustentado en la recogida, triangulación y análisis sistemático de los datos.

PALABRAS CLAVE: Salud mental comunitaria; modelo ecológico; adolescencia; síntomas psicológicos; contexto escolar.

AGRADECIMIENTOS

La salud mental sigue siendo un constructo difícil de definir, sin embargo, el amor sigue presentándose como un sentimiento que permea toda conducta humana. Amor y locura parecen entremezclarse y difuminarse en la etiología de los trastornos mentales, así como en la esperanza eterna de encontrar la felicidad. Reconocer la complejidad de las realidades de los individuos y los grupos es una necesidad y seguirá cautivando a los entusiastas de la poesía, los amaneceres, la vida y la muerte. Siempre incumbirá al alma de los hombres el porqué de sus acciones, olvidos y dolores, por lo que no hay teoría final y absoluta para quienes todavía no terminan de entender lo que pueden llegar a ser.

Muchas gracias

A mi padre por su ejemplo como científico de excelencia.

A cada uno de los estudiantes, docentes, orientadoras y padres de familia por su tiempo y confianza.

A las autoridades de las instituciones educativas por su apoyo logístico.

A la Dra. Gabriela López Aymes por su acompañamiento.

A los integrantes del comité tutorial de la tesis por su orientación y guía.

***Dedicada** a mi madre Cecilia Hernández Zamorano*

por inspirar este trabajo.

Mayo, 2019.

INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos en población adolescente de nuestro país muestran una alta prevalencia de trastornos mentales y síntomas psicológicos que generan malestar en los individuos en esta etapa de la vida. Esto conlleva una amplia gama de repercusiones sociales y económicas, que se han manifestado históricamente en prácticas de atención a la salud mental descontextualizadas y excluyentes. Ante la evidente insuficiencia del modelo psiquiátrico tradicional para atender la salud mental de la población, organismos de renombre internacional como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (León, 2002), han respondido con la recomendación unánime de enfocar los esfuerzos de los gobiernos del mundo a la configuración de modelos de atención de la salud mental centrados en la comunidad.

Pese, a esta nueva dirección de la organización de los servicios de atención, prevención y promoción de la salud mental, falta aún por consolidarse un marco teórico diferenciado que explique los alcances reales del concepto. Solo basta considerar que el término de salud mental comunitaria se ha empleado desde diversas perspectivas que más que dar claridad a su significado, ha llevado a la confusión y al mantenimiento de prácticas asistenciales que distan de las implicaciones coyunturales de la inclusión comunitaria. En este sentido cabe mencionar que los enfoques epidemiológicos, de descentralización de servicios y de reestructuración de políticas públicas han sido los predominantes en el actuar dentro de las instituciones, dejando a un lado la relevancia del cambio ideológico que subyace a este paradigma.

En dicho cambio se encuentra la defensa y reconocimiento de los derechos humanos, la reconceptualización sobre el término de salud mental, las implicaciones de las prácticas de atención en el estado de bienestar físico y psicológico de los individuos, la eliminación del estigma sobre los trastornos mentales y la consideración de la complejidad inherente en el desarrollo psicológico de los seres humanos.

Ante este panorama, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) permite el estudio sistémico de las acciones y prácticas que emprenden los protagonistas en el desarrollo del adolescente, posibilitando una mirada integral de lo que una comunidad escolar realiza para atender los síntomas psicológicos de su población, misma que no está por demás mencionar se encuentra en un momento evolutivo caracterizado por el cambio y el conflicto.

Bajo esta postura, la investigación sobre las formas de atención, prevención y promoción de la salud mental enfatiza el entramado de sistemas y elementos que interactúan en la escuela, como parte de un ecosistema que impacta de manera sustancial en el desarrollo del adolescente. Aunado a lo anterior, el modelo ecológico del desarrollo permite la teorización sobre el mito de un cambio paradigmático que hoy en día continúa matizado por la reproducción de prácticas políticas de exclusión de conductas y cosmovisiones particulares.

De este modo, la generación de un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria aportará argumentos teóricos que contribuyan al esclarecimiento de lo que implica que una comunidad se interese y participe activamente para dar solución a los problemas de salud mental de su población. Coadyuvando así al conocimiento de la estructura de las relaciones existentes entre los integrantes del microsistema y exosistema del estudiante de bachillerato, los cuales se resalta llevan a cabo constantes acciones en la búsqueda de un mismo fin.

En el primer capítulo se abordan los antecedentes de la atención de salud mental en México, mostrándose diversos datos históricos que revelan la evolución del sistema de salud mental en el país. Posteriormente, se conceptualiza el término de salud mental desde una perspectiva que reconoce su dimensión positiva. Asimismo, se hace alusión a la prevalencia de trastornos mentales en población adolescente, así como a las prácticas comunes de atención a la salud mental.

En el segundo capítulo se presentan las diversas propuestas teóricas sobre desarrollo psicológico en el adolescente. Se conceptualiza el contexto escolar como un sistema complejo con interacción recíproca con el medio, su relación con la salud mental del adolescente y el aprendizaje, así como la definición del término de educación para la salud y la importancia del reconocimiento de la diversidad y de la creación de escuelas inclusivas.

En el tercer capítulo, se expone el llamado mito de la salud mental comunitaria, especificando los principios rectores del modelo tradicional, los argumentos críticos a las perspectivas actuales desde el modelo de inclusión comunitaria y el papel del estigma hacia los trastornos mentales.

En el cuarto capítulo se desarrolla el modelo ecológico del desarrollo humano, conceptualizando el mismo, y especificando los elementos del microsistema, mesosistema y exosistema que se tomaron en cuenta para esta investigación. Asimismo, se presentan las características principales de la familia, el docente, el grupo de iguales, el sistema de salud mental público y socio-comunitario con base en la definición de ciudad educadora. Posteriormente, se presenta el planteamiento del problema, así como las preguntas, los objetivos y la justificación de la investigación.

En la segunda parte de la tesis se especifica el método, describiendo el diseño de la investigación, los participantes, los instrumentos para la recopilación de la información, el procedimiento y la forma de análisis e interpretación de los datos obtenidos. Finalmente, se exponen los resultados de la fase cuantitativa y cualitativa con sus respectiva discusión y conclusiones.

PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO

ESTADO DEL ARTE

Enfoque de intervención en la salud mental comunitaria

En cuanto a la investigación sobre el tema de la salud mental comunitaria, cabe mencionar que la bibliografía internacional muestra escasos aportes que contribuyan a la comprensión de las implicaciones reales del término, enfocándose los trabajos existentes principalmente en la narración de experiencias de intervención (Marcos y Topa, 2012), dejando de este modo vacíos teóricos que este estudio pretende abordar.

Dentro del enfoque de intervención, en el cual se han publicado la gran mayoría de los trabajos sobre este constructo, resalta en primer lugar la experiencia de la ciudad de Trieste en Italia, lugar que bajo la dirección de Basaglia en 1971 (Desviat y Moreno, 2012) comienza una transformación y desarrollo de alternativas de atención de la salud mental involucrando a una gran variedad de sectores sociales, gobiernos locales y asociaciones de todo el mundo. Tal fue el impacto de esta nueva orientación de los servicios de salud que desde hace 30 años esta ciudad funciona sin un hospital psiquiátrico. Esta institución cabe mencionar fue sustituida por 40 diferentes servicios, incidiendo en la efectividad de la atención y en la reducción de los recursos asignados a los mismos. Asimismo, hoy en día el antiguo hospital psiquiátrico es ocupado por facultades universitarias y el Departamento de Salud Mental de Trieste ha sido reconocido por la OMS desde 2010 como Centro Colaborador para la Salud Mental en el mundo. Durante las 3 décadas pasadas más de 50 países de todos los continentes han visitado sus servicios para dirigirse por rumbos similares, siendo el promedio anual de visitas de estudio de alrededor de 1000 personas.

En suma, los centros de salud mental de este lugar se caracterizan por intervenir en los diferentes espacios donde se encuentra el usuario, implementando acciones como hospitalidad de noche y de día en crisis, visitas ambulatorias y domiciliarias, trabajo terapéutico individual y con las familias, activación de redes de apoyo, intervenciones de rehabilitación y prevención, por medio de cooperativas, talleres y grupos de autoayuda,

apoyo económico y capacitación a las personas y familias más desfavorecidas, actividades de rehabilitación en el hogar, y servicio de respuesta a llamadas telefónicas (Desviat y Moreno, 2012).

Otra experiencia que resalta en el enfoque de intervención es la de Lille en Francia, misma que ha sido reconocida como parte de los emplazamientos mundiales pilotos de la red internacional de buenas prácticas comunitarias en salud mental por la OMS. De igual forma que en el caso de Trieste en esta ciudad se conformó una red de cobertura integrada en el tejido urbano, caracterizada por consultas, actividades terapéuticas, familias de acogida, hospitalización, modificación del hábitat, y apoyo para el trabajo. Estas acciones se apoyaron en la cooperación de los diferentes actores de la sociedad, y en la sensibilización de la población mediante reuniones organizadas y la divulgación de investigaciones sobre el estigma de los trastornos mentales. A partir de esto, en un trabajo en conjunto entre los artistas locales y los servicios sanitarios se emprendieron acciones culturales y artísticas múltiples, entre ellas talleres de artes plásticas, de estética, informática, deporte, danza, música, canto y video. Dichas actividades, son consideradas actualmente como un incentivo para la integración de los usuarios a la vida social activa (Desviat y Moreno, 2012).

Asimismo, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, se han documentado diversas experiencias de intervención en comunidades urbanas, tales como el establecimiento de espacios de juegos tradicionales callejeros como medio estratégico para generar vínculos entre profesionales de salud y población con falta de acceso a servicios de salud. Este tipo de estrategias ha permitido que una variedad de instituciones conozca las problemáticas sociales de las comunidades, propiciando la participación de las familias y vecinos de la localidad. Asimismo, desde una institución de salud, se propuso la fabricación de artículos textiles como forma en que mujeres migrantes trabajaran sobre la vulneración de sus derechos (Bang, 2014).

De igual forma, López, Laviana, García, Fernández, Moreno y Maestro (2005) llevaron a cabo una revisión sobre el programa residencial para personas con trastorno

mental severo en Andalucía, España, en la cual realizan una descripción general del mismo. Dicho dispositivo de intervención se encuentra integrado en la red de servicios comunitarios que hoy en día sustituye a los antiguos hospitales psiquiátricos. En éste se parte de la idea de que las personas con trastornos mentales graves tienen dificultades para funcionar socialmente en la comunidad, por lo que incluye una serie de dispositivos de apoyo social como alojamiento y sistemas de apoyo residencial flexibles. Estos tienen el objetivo de propiciar la participación activa de estas personas en la comunidad, cubriendo necesidades básicas como la manutención, la vivienda, medicación, autocuidados y relaciones interpersonales significativas.

Un estudio multicéntrico de carácter internacional de gran importancia es el denominado EPILSON, realizado por Beckers, Knapp, Knudsen, Schene, Tansella, Thornicroft y Vázquez (2002), en el cual se comparan los servicios de salud mental ofrecidos por cinco regiones europeas. Para ello, se tradujeron a diferentes idiomas los instrumentos: Camberwell Assessment of Need (CAN-EU) que evalúa 22 dominios de necesidades básicas de los pacientes; el Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-EU) usado para registrar datos sociodemográficos y uso de servicios de salud mental; el Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ-EU) que se utilizó para identificar las consecuencias de salud en los cuidadores; el Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP-EU) para evaluar la calidad de vida con indicadores objetivos y subjetivos; y el Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) para la evaluación de la satisfacción sobre los servicios.

Los participantes fueron adultos de 18 a 65 años de edad, todos ellos con contacto previo con los servicios de salud mental, incluyéndose en la investigación un total de 404 pacientes, con variación en las fracciones de muestreo entre cada región. En sus resultados encontraron que en Amsterdam, Holanda, pese a que los servicios aún se encontraban integrándose, había disponibilidad de servicios residenciales no hospitalarios, atención domiciliaria, dos centros de acogida para personas sin vivienda y con trastornos mentales, un centro de día, así como servicios vocacionales. En Copenhague, Dinamarca, se identificó una estrecha colaboración entre los centros

comunitarios de salud mental y otros servicios de salud, proporcionándose servicios integrales a los usuarios (Beckers et al., 2002).

En lo que respecta a Londres se ubicaron cuatro centros comunitarios de salud mental, y la oferta de plazas de trabajo por parte de diferentes sectores de la sociedad. En Santander, España, los servicios de salud mental contaban con unidades de intervención de emergencia ante crisis agudas de 24 horas y dos equipos de salud mental multidisciplinarios. Finalmente, en Verona, Italia, el servicio de salud mental centrado en la comunidad constituía el servicio de atención principal, incluyendo programas integrales de rehabilitación, apoyo residencial, atención ambulatoria, visitas domiciliarias, así como un servicio de emergencia las 24 horas (Beckers et al., 2002). Éste estudio demostró que los modelos de intervención y los resultados de éstos, se caracterizaban por ser heterogéneos. Pese a estas diferencias, concluyen que todos compartían elementos de atención de la salud mental centrados en la comunidad (Knapp, Mcdaid, Mossialos y Thornicroft, 2007).

Los ejemplos anteriores son solo algunos ante la diversidad de emprendimientos que los diferentes contextos de realización han propiciado alrededor del mundo. De este modo, con base en la sistematización de experiencias de intervención concretas, se ha propiciado la modificación de políticas públicas, plasmándose en reformas a las leyes de salud de los diferentes países desarrollados o en vías de desarrollo.

Pese a los aportes al bienestar social de los trabajos anteriores, se aprecia que el estilo de este enfoque privilegia la continuidad de una perspectiva asistencialista y rehabilitatoria, la cual está dirigida primordialmente a las personas con trastornos mentales graves.

Enfoque de investigación en la salud mental comunitaria

Por otro lado, existe el enfoque epidemiológico, el cual hace énfasis en el estudio de la prevalencia de trastornos mentales, su comorbilidad, la existencia de servicios de

atención de salud mental, el acceso y uso de los mismos. Este tipo de investigaciones tienen el objetivo de realizar un llamado a los encargados de crear políticas públicas, mostrando los índices incipientes de trastornos mentales, la insuficiencia de los servicios y recursos existentes, y el impacto social y económico en la población.

Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Saraceno et al. (2005), en el cual se analizaron datos obtenidos en estudios epidemiológicos publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2005. Estas investigaciones utilizaron un método cuantitativo como base principal, recopilando información por medio de instrumentos diagnósticos estructurados, de los cuales se estimaron tasas de prevalencia de trastornos mentales en población general. Asimismo, obtuvieron datos sobre el uso de servicios de salud mental para poder calcular la brecha en el tratamiento según trastornos específicos.

En esta investigación, los resultados mostraron que los estudios realizados en países como México, Brasil y Chile expresan brechas claras en cuando a la proporción de personas que requieren tratamiento y las que lo reciben. Tal es así que más de la tercera parte de las personas diagnosticadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían del alcohol no habían recibido ningún tipo de tratamiento, ya sea especializado o no (Saraceno et al., 2005).

Otra investigación de este tipo es la realizada por Caraveo, Colmenares y Martínez (2002), en la que estimaron la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes de la Ciudad de México, así como la percepción sobre necesidades y búsqueda de servicios de salud mental por parte de los padres. En este estudio se investigó la presencia durante el último año de 27 síntomas que correspondían a 10 reactivos del Cuestionario de Reporte para Niños, utilizado en la Encuesta Nacional de Salud Mental, así como a 17 reactivos de la Lista de Conductas en los Niños, en la versión para padres (CBCL-P) de Achenbach. Asimismo, se preguntó acerca de la percepción de alguno de los padres sobre la necesidad de atención de los menores y las búsquedas específica de servicios de salud mental.

Para analizar los datos se utilizó la regresión logística, obteniéndose información acerca de 1685 menores, de los cuales la mitad resultó con algún síntoma positivo. En cuanto a la necesidad de atención percibida solo fue considerada para el 25%, buscándose ayuda específica en algún servicio de salud mental en únicamente el 13% de los casos. Ante esto, Caraveo, Colmenares y Martínez (2002) concluyen que existe una escasa percepción de la necesidad de atención para niños y adolescentes, y una búsqueda de servicios de salud mental formales aún menor, por lo que sugieren la realización de investigaciones en torno a los obstáculos en la detección y atención oportunas, así como enfocadas a la vigilancia de la salud mental durante la adolescencia.

Existe también otra línea de investigación que se ha centrado en la integración y sistematización de los recursos comunitarios, así como en la construcción de modelos sobre los caminos que sigue la población en diferentes contextos para la atención de su salud mental. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Salgado, Díaz y González (2003), cuyos datos fueron obtenidos como parte de una encuesta de hogares realizada en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México.

En este trabajo se construyó un modelo teórico que explica las acciones que las personas de estas comunidades rurales llevan a cabo para atender la sintomatología de trastornos psicológicos. Usando el método cualitativo y la técnica de entrevista en profundidad, encontraron en sus resultados que los participantes en un primer momento recurren a los autocuidados, posteriormente sí esto no lo soluciona, buscan ayuda en la red social, la cual brinda información del acervo popular en cuando remedios, así como apoyo emocional e instrumental. Si el síntoma permanece, acuden al sistema etnomédico local, para finalmente recurrir a un médico y como última opción a un profesional de la salud mental, lo cual explican con la distancia cultural existente entre este tipo de servicios y el paciente. No obstante, con el aporte anterior, en este estudio se realizan propuestas enfocadas a la identificación y valoración de los recursos personales y de la comunidad, con el fin de mejorar la calidad y el acceso a los servicios, mediante la participación de los diferentes sectores de la sociedad.

Por otra parte, Narváez (2014) realiza una aproximación desde el paradigma de la investigación-acción participativa, construyendo un modelo de transitividad aplicado a la gestión de la salud mental comunitaria en el municipio de San Lorenzo en Nariño, Colombia. Este trabajo se llevó a cabo empleando una metodología cualitativa y en sus resultados identifica el tránsito progresivo de estados críticos a homeostáticos en la salud mental comunitaria. Dicho autor explica este proceso como el producto de una constante acomodación entre los sujetos y los entornos. En un primer momento obtiene estados de arranque que llevan a una paralización comunitaria, entre ellos; deficiencias en la educación, la desarticulación comunitaria y problemáticas sociales-institucionales. Posteriormente, como parte del enfoque investigativo, implementa una serie de estrategias activadoras mediante redes comunitarias, entre éstas la conformación de una escuela de formación e integración de agentes comunitarios, una escuela de formación de promotores comunitarios en salud mental y la construcción participativa de política pública en salud Mental. De este modo, señala la importancia de la identificación de las problemáticas y la intervención en el tránsito a un ciclo de movilización que se manifiesta en acciones intencionadas y en un estado de homeostasis comunitaria.

Perspectiva ecológica de la salud mental comunitaria

Una vez revisado el enfoque de intervención en la atención de la salud mental en las comunidades, es necesario señalar el papel de las diferencias culturales y la falta de recursos que en algunos países ensombrecen el potencial de éxito de este tipo de implementaciones y su evaluación. Dichos factores tienen implicaciones sobre la forma de concebir la salud mental, los datos disponibles en los registros públicos, los niveles de discriminación hacia las personas con trastornos mentales y los enfoques investigativos imperantes.

Lo cierto es que la evaluación de las experiencias de intervención en salud mental comunitaria se realiza en su mayoría mediante la medición de hechos cuantificables, tales como la reducción del número de internamientos, del número de camas dedicadas al área de psiquiátrica en hospitales, y el aumento en la variedad y número de servicios

fuera de las instituciones de salud mental. Sin embargo, menciona Levav (1992) que aunado a la necesidad de sistematizar hechos de tal índole de forma objetiva, también es necesario sistematizar las opiniones subjetivas en torno a toda acción de atención a la salud mental. De este modo, los sentidos y significados de los protagonistas de las prácticas de atención de la salud mental en toda comunidad obtienen su merecida importancia, al constituirse como una fuente de información que permite entretejer la percepción de quienes experimentan la realidad de las prácticas de atención con los indicadores numéricos.

Sobre esta línea, Galende (citado por Bang, 2014) menciona que se ha producido en la actualidad una labilización de los lazos sociales, lo cual llama soledad relacional. Esto se ha manifestado en una sociedad inmersa en un complejo proceso de desarticulación de sus vínculos primarios y las formas de organización colectiva. Ante este panorama es necesaria una apertura epistemológica que reconozca a los trastornos mentales y su atención en su complejidad, considerándolos como procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados que presentan su correlato en la trama social, en tanto que emergen de las problemáticas vividas de forma colectiva, excediendo así cualquier abordaje individual.

Un ejemplo del enfoque ecosistémico es el propuesto por Caron (1996), quien presenta una teoría que permite comprender la adaptación y la inadaptación biopsicosocial, en la que se considera al ser humano como un ser vivo que debe asegurarse el acceso a los recursos materiales y socio-afectivos a través de un sistema social complejo y un medio ambiente físico, para favorecer su supervivencia, su desarrollo y su adaptación. Dicho autor, identifica los siguientes sistemas como fundamentales en el desarrollo: el ecosistema familiar, el ecosistema de la educación-trabajo y el ecosistema de las actividades socioculturales, incluidos todos en el ecosistema comunitario. Asimismo, señala la importancia de las capacidades cognoscitivas del ser humano para la representación del medio y sus interacciones, el impacto del acceso a recursos económicos, materiales y sociales. De tal modo que

permite un abordaje holístico de los fenómenos sociales en una comunidad, situando los diferentes niveles de intervenciones preventivas y readaptativas en busca del equilibrio del sistema y la adaptación del individuo. Cabe mencionar, que hace especial énfasis en la interdependencia de roles asumidos en cada ecosistema, en las habilidades de afrontamiento ante las tensiones de la vida y en la cooperación y competencia no destructiva.

Otra propuesta ecosistémica es la realizada por Hobbs, Cantrell y Mallory (1987) en la que buscan la integración social de jóvenes con trastornos del desarrollo, mediante un método de intervención basado en los servicios requeridos con base en una evaluación ecológica. Estos autores proponen avanzar desde la atención individual hacia la comunitaria y viceversa. Se considera ecológica en el sentido de que toma en cuenta el carácter evolutivo y transaccional de las demandas de prestación de servicios. Su sistema utiliza los procedimientos de evaluación tradicionales, pero no se limita a ellos. En la evaluación ecológica identifican tanto los focos de conflicto en el ecosistema como las potencialidades en el mejoramiento de la relación entre el individuo y las personas de su entorno, buscando la eficiencia de los ecosistemas a través de la transformación de las perspectivas y conductas de los personajes significativos en la vida del joven (familiares, maestros, amistades, etc.). Bajo este enfoque lo que importa no es la categoría diagnóstica, ya sea un trastorno del desarrollo o mental, sino la provisión de recursos y las acciones necesarias que precisa el adolescente para el éxito de su desarrollo.

De este modo, si se reconoce la importancia de la interrelación de los múltiples factores que influyen en las condiciones de salud mental de la población, es posible apreciar la necesidad de una mirada donde el objeto de estudio no sea el individuo aislado, sino la red de relaciones que conjugan individuo-comunidad. En este sentido Galende (citado por Ruiz, 2001) menciona que la investigación debe centrarse en la evaluación de las necesidades psicosociales, la organización de recursos y el

impacto de las interacciones sobre la subjetividad y el riesgo de fracasar frente ante las dificultades de la vida y la psicopatología (Ruiz, 2001).

Es en este punto, el concepto de participación comunitaria, entendido como: “El proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario” (OMS/UNICEF, 1978, p. 58), da la pauta para propiciar una perspectiva de inclusión comunitaria que coloca a la comunidad en el centro de la reflexión ante las condiciones de salud mental de la población.

Pese al potencial de esta nueva postura y sus posibles aportes al mejoramiento de la comprensión de los factores que inciden en la calidad de la atención de la salud mental, la gran mayoría de las investigaciones se han enfocado a la realización de intervenciones que, si bien propician la participación activa, traen a escena vestigios de una postura asistencialista en la que la comunidad continúa siendo vista como un paciente en espera de recibir la asistencia de agentes externos.

Por tales motivos, en concordancia con Bang (2014), se señala el gran valor de la diferenciación entre las retóricas globales sobre la salud mental comunitaria y la consideración del paradigma de la complejidad. Bajo esta lente pueden pensarse a las prácticas de atención a la salud mental como acciones que se realizan a través de sistemas que desarrollan modalidades organizacionales particulares, y que pueden comprenderse con el estudio del universo como una red de interacciones.

Es aquí donde el modelo ecológico de Brofenbrenner (1987) se presenta como una plataforma de estudio de la red de interacciones que ocurren en los diferentes sistemas funcionales en los que se desarrolla el individuo. Haciendo especial énfasis en los vínculos que se establecen entre las personas, en la influencia de los ambientes remotos, en la conceptualización del ser humano como un ente bio-psico-social y en las

propiedades subjetivas de la experiencia de las personas que viven en determinado ambiente.

De esta forma, siguiendo la perspectiva del modelo ecológico, se comprende que las manifestaciones sintomáticas de los trastornos mentales, así como las prácticas de atención que la comunidad emprende frente a los mismos, son procesos con influencias no sólo multifactoriales sino también multicontextuales. Constituyendo dicha teoría una alternativa para modelar la dinámica del ecosistema del individuo, en cuanto a la direccionalidad de las interacciones, el origen y el efecto de los factores que las determinan. Con lo anterior, se aclara que el modelo ecológico permite el estudio de la atención a la salud mental comunitaria, considerando la complejidad del entramado de interacciones que se establecen entre los diferentes integrantes del ecosistema del adolescente en la escuela.

Así pues, bajo el supuesto de que la salud mental comunitaria es un compuesto de prácticas de atención a la salud mental formales e informales que tienen lugar en toda comunidad, en esta investigación se analizan los procesos y prácticas de atención a la salud mental comunitaria en dos poblaciones de adolescentes escolares. Esto con el fin de estructurar una teoría fundamentada en los datos que permita la comprensión y explicación de las interacciones que se producen en la atención comunitaria de la salud mental del adolescente en un contexto escolar.

Finalmente, es necesario aludir a la necesidad de comenzar a estructurar un corpus teórico sustentado en el abordaje transdisciplinar de las prácticas comunitarias de atención a la salud mental, en la crítica de los discursos excluyentes y en la conceptualización de la comunidad como un sistema complejo protagonista del desarrollo y cambio social. De esto depende la superación de los vestigios del modelo psiquiátrico tradicional donde la comunidad continúa siendo lo de afuera y no el objeto esencial de aprehensión que permita la aproximación a la complejidad de la realidad social.

CAPÍTULO 1
PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN
EL ADOLESCENTE

1.1 Antecedentes de la atención de salud mental en México

La historia sobre las prácticas de atención de la salud mental en la población general ha mostrado cambios vertiginosos, permitiendo observar el momento de la ruptura del paradigma asistencialista predominante en el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del XX enmarcado en un contexto de enfermedad/anormalidad, reclusión, exclusión, ignorancia, temores y prejuicios sociales. Posteriormente se ha dado paso al movimiento antipsiquiátrico, el enfoque de inclusión comunitaria, el reconocimiento de la persona y el respeto a los derechos humanos, que surge en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial con el resurgimiento ideológico del igualitarismo, la democracia y la lucha contra las actitudes autoritarias (Moreno, 2002).

Sí bien nos encontramos ante un pasado que pudiera parecer inconcebible, donde el aislamiento en hospitales psiquiátricos era considerado la acción más adecuada para el tratamiento de sujetos que incomodaban a la sociedad por sus particularidades, y donde la discriminación y las violaciones a sus derechos se legitimaban por mecanismos excluyentes y deshumanizantes. Hoy en día el estigma no ha desaparecido por completo, sino que ha tomado múltiples formas que se manifiestan en modelos de atención a la salud mental deficientes, descontextualizados y con fines segregativos (Sandoval, 2005).

Para poder dilucidar el panorama actual de la atención de la salud mental en México, es necesario realizar una revisión histórica de la evolución del tema de la salud mental en el país, puesto que con base a ésta se tendrá la pauta para señalar las divergencias y convergencias del discurso social que ha guiado la conformación de las prácticas sociales en este tema.

En este sentido, es preciso señalar que la atención de la salud mental en México se remonta a la época prehispánica, siendo uno de los primeros países Latinoamericanos en fundar un hospital psiquiátrico en 1566, en la capital de la Nueva España que, junto con el Hospital del Divino Salvador en 1698, funcionaron por más de 350 y 200 años

respectivamente. Estas instituciones se encargaban del cuidado de personas con trastornos mentales que deambulaban por las calles o permanecían presos en las cárceles del país. Asimismo, en las ciudades de Guadalajara, Monterrey, Orizaba y Mérida se fundaron hospitales y asilos entre 1794 y 1906. A finales del siglo XIX y principios del XX surgieron instituciones privadas como el sanatorio San Rafael en 1898, hasta que en 1910 el presidente Porfirio Díaz inauguró el Manicomio general de la Castañeda, donde pacientes de San Hipólito y otros hospitales fueron trasladados. Este hospital albergaría a más de 3 mil personas empleando tratamientos semejantes a los de otros países del mundo y acordes con el poco avance en conocimientos psiquiátricos de la época (Sacristan, 2005).

En este punto, es importante señalar que la inauguración del hospital de la Castañeda es el hecho que abre un capítulo elemental en la enseñanza de la psiquiatría en México durante los años 20's y 30's, siendo a raíz de su apertura que comienza a consolidarse la enseñanza sobre el tratamiento de los trastornos mentales con técnicas y conocimientos actualizados. Posteriormente, de 1940 a 1950 se crea una infraestructura de hospitales y centros de salud del sector público relacionados con la medicina institucional y de seguridad, misma que genera los primeros esquemas institucionales de atención a los problemas de salud mental en México (Benassini, 2001).

De este modo, ante el establecimiento de un sistema de salud que se encarga de la atención de la salud mental en el país, a finales de los años 40 se incluye como especialidad en medicina la Residencia Médica en Psiquiatría. Ésta se consolida aún más con la apertura del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en los años 50 y con la obtención en los años 70 de reconocimiento oficial. Esa sí que comienza la formación de personal especializado en la salud mental, siendo dicha universidad la responsable de la formación de gran cantidad de profesionales en México y de otros países en Latinoamérica. Dicho acontecimiento conlleva el florecimiento en México de las escuelas psicoanalíticas y el inicio del auge de la psicofarmacología con la introducción de fármacos de vanguardia antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos. De

igual forma, marca un avance importante en el conocimiento científico del funcionamiento del cerebro, dado el reconocimiento y utilización de la neurofisiología, genética, neurobioquímica, electroencefalografía, radiología y finalmente la imagenología (Petra, Zamora, Zúñiga, Ramírez y Fouilloux, 2018).

Lo anterior tiene gran relevancia si se considera que anteriormente a la formación de recursos humanos de calidad con conocimiento científico, se asumía que los trastornos mentales eran una consecuencia natural, inexorable del avance de una enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono (Sacristán, 2005).

En cuanto a las acciones dirigidas a la promoción y atención de las personas con trastornos mentales, la Secretaría de Salud registra la creación del primer programa institucional durante el período de 1947 a 1951 por el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Su principal función fue crear las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental. Entre las estrategias y líneas de acción consideradas se encuentran: el ampliar los servicios, impulsar la formación de recursos humanos, incentivar la investigación y reglamentar la atención en establecimientos especializados. Posteriormente en 1977 con la fundación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se observa un salto importante en la atención de niños y adolescentes, al darse prioridad a la atención de los mismos en consulta externa. Asimismo, como con la creación en 1980 del Consejo Nacional contra las Adicciones y el Instituto Mexicano de Psiquiatría se comienzan a uniformar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes (Benassini, 2001).

Actualmente en México al igual que en otros países de Latinoamérica se debate el tema de la salud mental y el impacto social de la misma, prueba de ello es que se han aprobado diversas reformas a la Ley General de Salud y al Sistema de Salud Mental, considerándose la necesidad del empleo de modelos centrados en la comunidad y en la

divulgación de información pertinente, tanto a pacientes como a sus familiares (Sandoval, 2005). Pese a lo anterior, el panorama actual muestra que, del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es dirigido a la salud mental; de cuyo monto se destina el 80% al funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, viéndose impedido el objetivo de concebir sistemas alternativos de salud comunitaria por tal condición (Organización Mundial de la Salud, 2011).

De este modo, puede observarse en esta reseña histórica que las nuevas legislaciones no han podido verse reflejadas de manera concreta en la realidad social. Esto debido a que aun contándose en México con un programa de acción específico de atención en salud mental enfocado a disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación, hoy en día el eje de la atención continúa siendo el tercer nivel, limitándose el acceso por barreras geográficas y mecanismos de exclusión. Aunado a esto, como lo afirma la Organización Mundial de Salud (2001); la salud mental al igual que la salud física se relaciona con la pobreza, siendo la falta de justicia social una de principales problemáticas en México, y por ende un factor que empaña los esfuerzos y logros realizados hasta la fecha.

En este punto, es importante recalcar que el tema de la salud mental toma una enorme relevancia social, al tener ésta un alto impacto en otros temas de interés público. Solo basta considerar que entre las afectaciones más discapacitantes según la OMS (2011) se encuentra la depresión, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y el alcoholismo, constituyendo los trastornos mentales 6 de las 10 principales causas de años de vida saludable perdidos (AVISA) en México (Sacristán, 2005).

Por todo lo anterior queda claro el estancamiento y los obstáculos del intento por transformar el modelo de hospital psiquiátrico a uno comunitario, posicionando el panorama en un terreno que requiere la sensibilización y concientización de la sociedad y las instancias gubernamentales, a modo de lograr la ruptura de los mecanismos de exclusión en la que se ve inmersa la población con trastornos mentales y mejorar la eficiencia de las políticas actuales sobre la Salud Mental.

1.2 Conceptualización de la salud mental

En este punto, Auge (1998) plantea la importancia de reflexionar sobre la simbolización del espacio, es decir; el lugar que ocupan los individuos dentro de determinada sociedad, así como su significado. Puesto que dependiendo del mismo se construirá la experiencia y la personalidad de los sujetos, su matriz intelectual, una constitución social, una herencia y la condición primera de toda historia, individual o colectiva. Esto permite hacer énfasis en la relevancia de la deformación semántica del constructo de salud mental, la cual por sí misma constituye un cambio, no solo en el aspecto lingüístico-interpretativo, sino al nivel de la praxis.

Lo cierto es que existe un buen número de definiciones sobre el término de salud mental, sin embargo, al constituirse como un concepto complejo asociado a una gran cantidad de variables, en la actualidad continúa habiendo una falta de consenso sobre su significado. Solo basta considerar las múltiples perspectivas desde las cuales lo abordan las diferentes disciplinas. En este sentido, Lluch (1999) considera los siguientes enfoques; la salud mental con enfoque negativo/positivo, la salud mental con énfasis en la normalidad y la salud mental desde una perspectiva de múltiples criterios.

En lo que respecta a la salud mental desde una perspectiva negativa siguiendo a Lluch (1999), se observa una tendencia a hacer énfasis en la enfermedad, por lo que la ausencia de esta última es el determinante de la salud y el objetivo de las intervenciones es la curación. Al definirse la salud entonces como la ausencia de sintomatología clínica, esta postura es frecuentemente criticada por la posibilidad de omisión de trastornos sin una sintomatología evidente, lo cual obstaculiza la posibilidad de prestar servicios de prevención y atención. Esta concepción se encuentra inmersa dentro de la psiquiatría biologicista o del modelo clínico tradicional que atribuye un origen biológico hereditario a los trastornos mentales, con la consecuencia de la desvinculación del contexto social y la utilización de los servicios de salud disponibles como medio de contención social (Sandoval, 2005).

En la postura enfocada en la normalidad, Lluch (1999) distingue varias concepciones. Por un lado, la centrada en el criterio estadístico que considera a la salud mental como la forma de ser, estar y sentir de la mayor parte de la población, tomando en cuenta los estándares y las medidas de tendencia central de salud mental. Por otro lado, el enfoque sustentado en el criterio sociocultural, el cual sigue el supuesto de que las pautas sociales son las que determinan lo normal, dependiendo entonces del tiempo histórico y el lugar. Ambas posturas, si bien tienen un papel importante como referente de interpretación de la salud mental en determinada sociedad, conllevan el riesgo de definir a todo lo normal sano y a todo lo anormal patológico.

Asimismo, Lluch (1999) dentro de la perspectiva de normalidad documenta la postura que hace énfasis en la subjetividad, es decir en la valoración que hace el propio sujeto sobre su estado de salud mental. Esta concepción tiene limitaciones vinculadas al grado de consciencia del individuo sobre el trastorno, sin embargo continúa considerándose una fuente de información muy valiosa para la identificación de trastornos mentales. De igual forma, siguiendo a dicho autor, en la normalidad vista como proceso, se hace hincapié en la capacidad de adaptación y respuesta de la persona a su entorno, contemplándose todo el proceso evolutivo.

Ahora bien, la perspectiva de múltiples criterios hace referencia a intentos de definir la salud mental a partir de una variedad de criterios operativos, poblaciones concretas y contextos específicos. Lo anterior debido a que se considera que no hay criterio aislado suficiente que permita definir lo normal y lo patológico. Pese a esta mirada que intenta englobar las perspectivas anteriormente mencionadas, continúa habiendo dificultades en operativizar los conceptos de los modelos de salud mental. Ya que pareciera ser que no hay una sola persona que no tenga déficits en algún criterio, lo cual cabe mencionar no significa que no tengan salud mental. De este modo, aunque con limitaciones la perspectiva multicriterio se posiciona como uno de los mejores acercamientos al intento de definición de salud mental (Lluch, 1999).

Así, tomando en cuenta la perspectiva multicriterio, la falta de una definición unánime y las limitaciones de las posturas revisadas, se retoma una concepción positiva de la salud mental, en la que el término positivo hace referencia al postulado básico de que la salud es algo más que la ausencia de trastornos mentales.

De este modo, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (2001), la cual resalta la dimensión positiva del término, se define a la salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p. 1).

Cabe resaltar que la definición de salud mental de la OMS se encuentra enmarcada en una concepción de normalidad utópica y se relaciona estrechamente con el concepto de salud mental positiva de Jahoda (1958). Utópica en el sentido de que tiende a algo difícil de alcanzar pero que a la vez estimula el estudio de aquellos fenómenos y procesos psicológicos más allá de la conducta observable. Dicha definición expresa una tendencia hacia una situación deseable u óptima, ideal como tal, pero perseguible como objetivo. Al respecto Seva (citado por Lluch, 1999) considera que esta perspectiva: “es una forma de integrar la salud dentro del movimiento general de perfeccionamiento que persigue la humanidad a través de los siglos” (p. 23).

Bajo este enfoque, se deja a un lado la idea de que hablar de salud significa únicamente la ausencia de enfermedades, lo que corresponde con el cambio ideológico que supone el paradigma de la salud mental comunitaria. En éste, la condición humana no es algo a excluir, sino a afrontar, y la locura no es concebida como una frontera excluyente y marginal, sino como una posibilidad de crecimiento en todos los órdenes (Marcos y Topa, 2012).

En cuanto a la definición de trastorno mental, siguiendo a la OMS (2006), es preciso resaltar la dificultad de la misma, puesto que no existe un diagnóstico o cuadro

clínico unitario, sino un grupo de trastornos con algunos rasgos en común, dependiendo entonces del contexto social, cultural, económico y legal de las diferentes sociedades.

Asimismo, es importante mencionar que, si bien en la definición de salud mental de la OMS se hace hincapié en el aspecto positivo del término, la definición de trastorno mental es necesaria y muy importante, puesto que mientras más amplios sean los límites de esta categoría, mayores serán los derechos y acceso a servicios de salud, beneficiando a mayor cantidad de personas posibles.

En este sentido, la definición de trastorno mental de la Organización Mundial de la Salud evita los problemas inherentes a términos como enfermedad, permitiendo a su vez considerar la complejidad de la conducta humana caracterizada por el conflicto, definiéndose como: “existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal, la desviación social y el conflicto” (OMS, 2006, p.23).

En este punto es importante aclarar que en esta investigación se hará énfasis en los síntomas psicológicos entendidos como manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales de origen bio-psico-social que generan malestar en el individuo, y no en un intento de catalogación o clasificación de las personas en determinados cuadros clínicos (Corona, 2011). Así también se tomará en cuenta el bienestar psicológico, que hace referencia a los hábitos y/o funciones que serían indicadores de desarrollo humano (Medina, Gutiérrez y Padros, 2013) y a la valoración subjetiva que expresa la satisfacción (afecto positivo y negativo) de las personas en aspectos específicos o globales de su vida, integrando estados emocionales, el componente cognitivo y su interrelación (Chávez, 2006). De este modo, al incluir ambos indicadores es posible tener una aproximación integral a la salud mental de la población estudiada, considerando tanto la presencia de sintomatología, como la valoración subjetiva de su estado emocional.

Así pues, el salto paradigmático en la conceptualización de la salud mental ha sido considerado fundamental para la puesta en marcha de los planes y programas de acción

en salud mental de los gobiernos del mundo, sustentándose en datos empíricos obtenidos en investigaciones realizadas por organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Dichas instancias, en documentos de gran impacto social y político como la Declaración de Caracas en 1990 y el Informe sobre la Salud en el Mundo en 2001 han argumentado la insuficiencia e inadecuada funcionalidad del modelo psiquiátrico convencional para atender las necesidades de las personas con trastornos mentales. Por lo que se han establecido lineamientos y recomendaciones que orientan a la configuración de modelos de atención en salud mental centrados en la comunidad y en el respeto a los derechos humanos.

1.3 Epidemiología de los síntomas psicológicos en el adolescente

Respecto a la prevalencia de trastornos mentales en México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada por Medina et al. (2003); el 28.6% de la población general presentó algunos de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8 reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. De éstos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad con 14.3% (alguna vez en la vida), los trastornos de uso de sustancias con 9.2% y los trastornos afectivos con 9.1%. En lo que respecta a la población adolescente, el panorama no mejora, reportando alrededor del 40% de los adolescentes entre 12 y 17 años, la presencia en los últimos 12 meses de sintomatología perteneciente a algún trastorno mental. De esta una cuarta parte se clasificó con severidad leve, la mitad con moderada y la quinta parte con un desorden grave, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, los de control de impulsos, del estado de ánimo y los relacionados al uso de sustancias (Benjet et al., 2009).

De igual forma, estudios con población adolescente en México muestran que entre los trastornos mayor prevalencia se encuentran los depresivos, estimándose que el 7.8%

cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% con criterios de distimia. Este tipo de trastornos es de especial importancia debido a que su sintomatología puede llegar a interferir en el desarrollo del individuo, limitando sus oportunidades y toma de decisiones. Aunado a que cuando se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad suele ser más crónico y de mayor duración. Al igual que otros trastornos se ha relacionado con el maltrato intrafamiliar, la violencia del entorno, la falta de oportunidades, entre otros factores (Berenzon, Lara, Robles y Medina, 2013).

Otro aspecto que cabe mencionar es la prevalencia del trastorno disocial (TD) en la población adolescente en México. Siguiendo a De la Peña (2003) dicha categoría diagnóstica en la cual se engloban a su vez; el TD limitado al contexto familiar, TD en niños no socializados, TD en niños socializados, TD desafiante y opositor, otros trastornos disociales y trastorno disocial sin especificación, según el DSM IV y el CIE-10, se estima va desde 1 a 10% en poblaciones abiertas de niños y adolescentes, y hasta 28% en muestras clínicas, y se ha correlacionado clínicamente con el consumo de alcohol o drogas. Tal es así que más de 60% de los adolescentes con TD tienen algún tipo de abuso o dependencia de alcohol o drogas, caracterizándose por un patrón repetitivo y persistente del comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otros o de normas sociales importantes propias de la edad (De la Peña, 2003). Este conjunto de síntomas podría subyacer a conductas en el adolescente que son consideradas disruptivas y por lo tanto también valoradas negativamente y estigmatizadas por la sociedad.

Asimismo, estudios epidemiológicos realizados en otros países de Latinoamérica han mostrado una alta prevalencia de síntomas psicológicos y conductas disruptivas en la población adolescente. Uno de ellos es el realizado por Maddaleno, Morello e Infante (2003), en el cual se observa que, con base a encuestas realizadas en varios países latinoamericanos y el Caribe, entre 11 y 33% de adolescentes refieren tener algún problema de salud mental. Si bien los autores señalan la dificultad de comparar los resultados entre los distintos países, aclaran que los síntomas depresivos y las

conductas suicidas son los más frecuentes. En este sentido, Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela mostraron tasas de suicidio en varones de 15 a 24 años de edad mayores a los 10 por cada 100.000 habitantes. Por otro lado, también se observó que la edad promedio de inicio de consumo de drogas en la región del Caribe se ubica en los 13 años, siendo el alcohol la principal droga de consumo.

1.4 Conductas de riesgo en el adolescente escolar

Aunado a los índices antes mencionados, es importante tomar en cuenta la aparición de conductas de riesgo en esta etapa de la vida. En este sentido, Cardona (cit. por Huesca, Camberos y Calderón, 2011) considera que el origen de la palabra riesgo proviene del griego “rhiza”, que representa el peligro de navegar alrededor de un arrecife, asociado así a la idea de porvenir sin certeza, la cual ha estado presente desde siempre en las sociedades humanas. Por lo anterior, el hablar de conductas de riesgo en el adolescente es hacer alusión a una falta de visibilidad en el camino, causada ya sea por la turbulencia y crisis inherente de la transición entre la infancia y la vida adulta, los cambios en las áreas emocional, física, intelectual y familiar, o por la distorsión que puede llegar a provocar la presencia de trastornos mentales (Gómez, Palacios, y De la Peña, 2006), definiéndose a estas como: “Aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas, amenazando el bienestar y salud de los individuos” (Corona, 2011, p.2).

Tres de las principales conductas de riesgo según Palacios y Andrade (2007) son el abuso de sustancias, el cual se estima está relacionado con alrededor de la mitad de los accidentes mortales, las conductas antisociales, consideradas como las principales causas de defunción y hospitalización entre los jóvenes, y las conductas sexuales de riesgo, las cuales se asocian al incremento de enfermedades de transmisión sexual en todo el mundo, constituyendo así este tipo de comportamientos un problema de salud pública.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2002), se estima que alrededor de la mitad de las nuevas infecciones por VIH en el mundo se producen en población adolescente. Aproximadamente, 1 de cada 10 nacimientos se produce de madres adolescentes, 4 millones intentan suicidarse cada año, de los cuales 100,000 logran su cometido y cerca de un millón se inician anualmente en el comercio sexual. En el sexo masculino, la violencia y los accidentes son una de las principales causas de mortalidad. En cuanto al consumo de tabaco, se calcula que alrededor del 20% de los adolescentes en edad escolar son fumadores habituales. Con dichos datos se considera que el 70% de todas las muertes prevenibles en adultos, tienen su origen en conductas que comienzan en la adolescencia, por lo que queda claro que en esta etapa se toman decisiones que tienen importantes repercusiones para la salud y el futuro de las personas.

Si bien, las razones por la que este tipo de conductas se llegan a presentar son múltiples y de origen bio-psico-social, el estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia, contribuyendo a las mismas, características propias de esta etapa de la vida, tales como; la sensación de invulnerabilidad o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras, la influencia de los cambios hormonales, entre otros (Corona, 2011).

Aunado a lo anterior, no está por demás mencionar que en ocasiones los adolescentes tienen que sobrellevar y asimilar relaciones familiares donde se presenta abuso físico, negligencia, abandono afectivo, descalificación de los logros obtenidos, amenazas o agresiones como modalidades para resolver situaciones interpersonales cotidianas, fomentándose así la emergencia de conductas disruptivas, sentimientos de ineficacia, inseguridad, soledad, aislamiento y reiteración de afrontamientos negativos a los problemas interpersonales (Lamas, 2013).

1.5 Factores de riesgo y de protección en el adolescente

Debido a las características anteriormente revisadas, la perspectiva de riesgo en el abordaje de la adolescencia toma relevancia al permitir la consideración no solo de las condiciones que ponen en especial vulnerabilidad a esta población, sino también de los factores protectores en la esfera individual, familiar y comunitaria de la salud física y psicológica del adolescente. Según, Colás (1999) los factores de riesgo son aquellas condiciones que conllevan altas probabilidades de daño o resultados negativos en la salud y desarrollo del adolescente, entre los cuales se encuentran: dinámicas familiares disfuncionales, la deserción escolar, accidentes, consumo y abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras, falta de acceso a sistemas de salud apropiados, a educación, trabajo, actividades recreativas y las mismas conductas de riesgo.

En cuanto a los factores protectores de la salud de los adolescentes, éstos son conceptualizados como condiciones o características que fomentan la salud, la calidad de vida, el desarrollo y el bienestar social en los adolescentes en todas las etapas del ciclo vital. Estos factores tienen un carácter dinámico, por lo que tienden a modificarse e intensificarse, entre ellos se encuentra la estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y psicológicos, las políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo de medio ambientes saludables y seguros, la promoción del autocuidado en la salud reproductiva, la igualdad de oportunidades para el acceso a la salud, educación y práctica del tiempo libre, el autoestima y sentido de pertenencia familiar y social, la posibilidad de elaborar proyectos de vida congruentes con una escala de valores sociales y morales apropiados, y la promoción de mecanismos que permiten la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas (Colás, 1999).

Sobre esta línea, diversos estudios han puesto en evidencia que la forma en que los individuos conectan con su mundo social tiene gran influencia en su salud y

desarrollo, siendo los lazos coherentes y emocionalmente positivos con adultos responsables catalizadores de la resistencia y capacidad de resolución de los problemas de la vida diaria. En un estudio transcultural, se encontró que en las culturas en las que se mantenían relaciones estrechas con los padres, se presentaba mayor iniciativa social, así como menor ideación suicida y depresión en la población adolescente. Asimismo, se ha demostrado que cuando los padres no tienen la capacidad de atender las necesidades de sus hijos, la familia extensa, la comunidad, la escuela y el grupo de iguales cobran gran importancia para el establecimiento de este tipo de vínculos, incrementándose así las posibilidades de beneficiarse y apoyarse de otros factores de protección (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2002).

De este modo, establecer lazos es fundamental en la construcción de un entorno seguro y estimulante, en el que se conjugue autonomía y protección, donde predominen valores positivos, existan pautas y normas orientativas, así como supervisión. Asimismo, es importante que los adolescentes encuentren oportunidades en el presente y seguridad sobre las mismas en el futuro, que tengan la suficiente libertad para explorar su identidad, expresarse, participar en las decisiones cruciales para su vida y sobre todo acceso a sistemas de apoyo que les permita sentirse apreciados en la comunidad. Sin estos elementos, es mucho más probable que sean vulnerables a situaciones de riesgo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2002).

1.6 Prácticas de atención psicológica en el adolescente

Lo cierto es que, ante el impacto social, político y económico de los trastornos mentales, la historia muestra que en México se han realizado intentos por disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación en la atención de los mismos (Sandoval, 2005). Sin embargo, un examen minucioso de las acciones llevadas a cabo para tales fines, ponen de manifiesto que hasta tiempos recientes la atención de la salud mental se ha limitado a diversas formas de exclusión y reclusión. Por lo que, debe reconocerse que los enfoques empleados, lejos de propiciar la transformación a

modelos centrados en la comunidad y el respeto a los derechos humanos, han reflejado ignorancia, temores y prejuicios de nuestra sociedad (Sacristán, 2005).

En este sentido, en un artículo de revisión realizado por De la Peña (2003) se pone de manifiesto las formas de tratamiento predominantes en diversas partes del mundo para adolescentes con conductas disociales, agresivas y de consumo de sustancias. Entre estas se encuentra el empleo de psicofármacos tales como el litio, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, ansiolíticos y antipsicóticos. Sin embargo, los principales inconvenientes de estos fármacos es que precisan de una estrecha monitorización para evitar dosis tóxicas, muestran inconsistencias en su eficacia en los estudios experimentales llegando a aumentar los síntomas, y la severidad de algunos efectos secundarios inmediatos, a mediano y largo plazo.

Otra de las formas de tratamiento con un uso importante es la terapia familiar, la cual trata de modificar patrones agresivos de comunicación y favorecer el desarrollo de sus miembros. Asimismo, la terapia cognitiva-conductual se ha empleado con regularidad para la atención psicológica de este tipo de conductas, buscándose el desarrollo de habilidades y destrezas para la solución de problemas, situaciones hostiles y manejo de roles. También se encuentran los programas psicoeducativos dirigidos a padres, en los que se les enseña a establecer relaciones sin agresividad, límites, responsabilidad y manejo del estrés. Sin embargo, este tipo de intervenciones psicosociales solo son eficaces a corto plazo y en ambientes muy estructurados (De la Peña, 2003).

Por otra parte, existe también una corriente de atención psicológica a diferencia que las anteriores centrada en las características positivas, promotoras de la salud y bienestar de los individuos, considerando a estas como recursos personales claves para un desarrollo psicológico saludable. Dicho modelo es el llamado psicología positiva, mismo que se enfoca en el mejoramiento de la calidad de vida y la prevención de trastornos mentales. Asimismo, busca identificar y promover aquellos elementos

individuales y factores sociales que permitan a los adolescentes el desarrollo y expresión de sus potencialidades psicológicas, físicas, culturales y sociales. En este sentido, desde esta perspectiva se hace hincapié en los factores de riesgo; es decir, aquellos que incrementan la probabilidad de un trastorno psicológico, y los factores de protección. Estos últimos como recursos que favorecen la salud, la recuperación, el afrontamiento, la disminución de los factores de riesgo y la amortiguación de condiciones de adversidad y estrés (Cingolani y Castañeiras, 2011).

En síntesis, se destaca el diagnóstico de los recursos cognitivos y afectivos con los que cuenta el adolescente para la estructuración de programas de intervención que propicien estrategias y habilidades protectoras en los individuos. Entre las intervenciones que se han llevado a cabo con adolescentes desde la psicología positiva, se encuentran aquellas dirigidas a la prevención de la violencia, la conducta disocial, el consumo de sustancias, la obesidad y la disminución de la ansiedad y la depresión. De igual forma en países como España se ha estudiado la eficacia de intervenciones educativas para el desarrollo socio-afectivo y las habilidades sociales con la participación de los padres. Esta postura está tomando un auge importante a nivel mundial en cuanto a los esfuerzos preventivos, dando al adolescente un rol protagónico y proactivo en los contextos en los que se desarrollan (Cingolani y Castañeiras, 2011).

De igual forma, en respuesta a los trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia, los cuales se han constituido como uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, se ha desarrollado la llamada terapia multisistémica (TMS). Esta se centra en los sistemas individuo-familia-ambiente como medio para tratar los síntomas y promover una conducta socialmente adaptada. Cabe resaltar que este enfoque se encuentra sustentado en la teoría general de sistemas y en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, por lo que busca analizar los problemas en la interacción dinámica de los subsistemas involucrados, y con base en ellos diseñar intervenciones que se adecuen a cada caso particular tomando en cuenta el ambiente comunitario. Un aspecto interesante de esta propuesta es que las intervenciones deben realizarse en el ambiente natural en el que se desenvuelve el adolescente y toma en

cuenta el nivel de desarrollo del individuo. Asimismo, este tipo de terapia ha mostrado efectividad en agresores sexuales juveniles, conducta delictiva, consumo de sustancias, y diversos problemas en el entorno (De la Peña y Palacios, 2011).

Lo cierto es que las terapias individuales sea cual sea la postura teórica han demostrado tener menor efectividad que los modelos integradores de los diversos sistemas y elementos que atañen al individuo, por lo que la implementación de intervenciones de tipo psicosocial ha ido incrementado en la actualidad (De la Peña y Palacios, 2011).

Finalmente, existe una dimensión de las prácticas de atención psicológica en el adolescente que debe ser considerada, esta es la atención no profesional, informal o cuidado lego. Esta se define siguiendo a Menéndez (citado por Eiguchi et al, 2008) como las: “Representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios” (p.11). Este tipo de auto-atención ha resultado históricamente como una característica estructural de las sociedades, marcada constantemente por la descalificación y la exclusión. Abarca una gran gama de actividades, comenzando por el cuidado de ellos mismos con cambios en sus rutinas y hábitos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales y otras conductas protectoras de la salud, de prevención y de auto-tratamiento. Considera la participación de las redes familiares, sociales y de grupos organizados a partir de la autogestión con el fin de construir dispositivos de atención independientes a los servicios de salud profesionales proporcionados por el Estado (Haro, 2000).

Incluye la automedicación de fármacos patentes, tradicionales o alternativos recomendados por significantes de las redes sociales. El papel de la familia con sus funciones cuidadoras obtenidas de recursos y saberes del acervo popular, la asistencia con algún representante religioso, la búsqueda de ayuda en las redes sociales de apoyo como el grupo de amigos. Una amplia variedad de organismos sociales que ofrecen diversas formas de asistencia generadas para atender las necesidades que los servicios

de salud no cubren, como es el caso de la escuela o grupos de apoyo independientes y las experiencias de participación comunitaria (Haro, 2000).

Con base en lo anterior, se deja en claro que existen diferentes perspectivas sobre la conceptualización y abordaje de la salud mental de la población general y adolescente, por lo que en este trabajo se hace hincapié en la necesidad de una postura trasdisciplinar que permita la consideración la mirada clínica, social, educativa y cultural de las prácticas de atención que se dan lugar en nuestro país. De este modo, la atención de la salud mental es un tema de enorme relevancia para la mejora de la calidad de vida de los mexicanos.

CAPÍTULO 2
ADOLESCENCIA, SALUD MENTAL Y
EDUCACIÓN

2.1 Adolescencia y desarrollo psicológico

La adolescencia sobresale de otras etapas de la vida debido a la intensidad que se presenta en los cambios físicos y psicológicos de las personas, por lo que los individuos en este momento evolutivo presentan características que deben ser consideradas para la comprensión de su condición de vulnerabilidad en los diferentes contextos en los que se desarrollan.

En esta etapa se consolida una gran cantidad de competencias y capacidades para hacer frente a las exigencias del mundo. En este salto en el desarrollo se presenta un conflicto entre las demandas y restricciones del ambiente, las expectativas de lo que el individuo desea lograr, la planeación para cumplirlas, los recursos con los que dispone, la capacidad de ajuste y la interacción con los otros (Cingolani y Castañeiras, 2011).

Este momento evolutivo, cuenta con características particulares, tales como; la sensación de invulnerabilidad o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras, la influencia de los cambios hormonales, entre otros (Corona, 2011).

Así en este trabajo se presentan los fundamentos básicos de cada enfoque, argumentando las ventajas y limitaciones que cada uno tiene para la comprensión y explicación del desarrollo, visto éste como una reorganización profunda de las funciones psicológicas que permite a los individuos tener una visión más compleja y eficiente del mundo.

Lo cierto es que existe una gran diversidad de modelos teóricos para el estudio del desarrollo psicológico del adolescente. Dentro de las principales perspectivas, se encuentran aquellas que hacen énfasis en el componente biológico y el proceso

madurativo, las que analizan esta etapa desde el enfoque del desarrollo cognitivo-moral, las que se basan en la psicología histórico-cultural y las que defienden el modelo ecológico contextualista-interaccionista (Aguirre, 1994).

En cuanto a la perspectiva biologicista, es importante considerar que se ha enmarcado en una postura determinista, siendo Gesell (citado por Aguirre, 1994) con su teoría de maduración uno de los autores más significativos. Dicha teoría ubica a la adolescencia entre los 11 y 24 años, describiendo al desarrollo como un proceso de cambio necesario sujeto a leyes biológicas producto de la maduración, dando por lo tanto a la genética un papel preponderante sobre los factores ambientales. Bajo esta perspectiva, la ontogénesis y la variable de temporalidad son tomadas como factores clave en el cambio del organismo humano, sin embargo, tal como lo señala Martí (2005), estos no constituyen variables explicativas y son insuficientes para entender la especificidad de los cambios. Asimismo, pese a que esta teoría asume la influencia del contexto socio-cultural y postula que el desarrollo no se da de forma lineal, sino a modo de espiral, explicando de este modo las aparentes regresiones, considera que el ambiente no implica cambios relevantes en el proceso madurativo.

Piaget (1972) por su parte, uno de los primeros teóricos del constructivismo en psicología y del paradigma cognitivo, postula que las transformaciones en la adolescencia no sólo están influenciadas por lo interno (biológico o psíquico) y lo externo (social), sino que también están determinadas por competencias operatorias. De este modo describe la evolución del pensamiento como un proceso que comienza al nacer y va progresando en el tránsito por diferentes etapas que se caracterizan por diferentes formas de razonamiento. Dichas etapas son secuenciales e inclusivas, por lo que siguen un orden y los conocimientos y capacidades de la etapa anterior son agregados a otros que son cualitativamente distintos con mayor dominio en el pensamiento (Brinkmann, 2002).

Dicha perspectiva, propone tres tendencias invariantes; la de adaptación que se compone a su vez por el proceso de asimilación y el proceso de adaptación, la de

organización y la de equilibración. La adaptación hace referencia a la necesidad de los organismos de incorporar elementos nuevos a sus estructuras para poder adaptarse a las nuevas situaciones o cambios en el entorno, lo cual es llamado asimilación. Un ejemplo de ello es cuando se adquiere nuevo conocimiento, pues éste es incorporado en el plano psicológico a una estructura conceptual existente, proceso que solo es posible si la estructura a la cual se incorpora el nuevo elemento se modifica, es decir; lleve a cabo una acomodación. Otra es la tendencia a la organización, la cual señala el hecho de que las distintas estructuras biológicas o psicológicas no funcionan de manera aislada, sino que se encuentran integradas y organizadas, por lo que también los conocimientos se encontrarán organizados de modo que tengan un sentido al ser asimilado en la estructura correspondiente. La tercera tendencia es la de equilibración que se refiere a la necesidad de los organismos de conservar un estado de homeostasis en el plano biológico, psicológico y con el medio (Brinkmann, 2002).

Es así que el individuo al enfrentarse a una interrogante a la cual no tiene respuesta, es decir; a un nuevo conocimiento, entra en un estado de desequilibrio, surgiendo la necesidad de asimilarlo en alguna estructura existente. Si esto se logra se reestablece el equilibrio y se llega a un nivel superior al complejizarse la estructura por la incorporación de los nuevos elementos (Meece, 2000). De este modo, Piaget divide el proceso evolutivo en las siguientes 4 etapas:

La etapa sensoriomotora que tiene lugar del nacimiento a los 2 años, en la cual el niño aprende los esquemas de dos competencias básicas del pensamiento simbólico y de la inteligencia humana; la conducta orientada a metas y la permanencia de objetos. La etapa preoperacional de los 2 a los 7 años donde se adquiere la capacidad de pensar en objetos, hechos o personas ausentes, si como la habilidad para utilizar símbolos, gestos, palabras, números e imágenes para representar los objetos del mundo. La etapa de las operaciones concretas de los 7 a los 11 años en la que el niño comienza a emplear operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre los hechos de forma más sistemática, el pensamiento es menos centralizado y egocéntrico, pudiendo atender simultáneamente a varias características de los estímulos (Meece, 2000). Finalmente, la

teoría de Piaget (1957) ubica a partir de los 11 o 12 años el progreso a un pensamiento de tipo formal, el cual se caracteriza por la capacidad de abstracción, de razonamiento hipotético-deductivo, de combinatoria y de pensamiento proposicional. Asimismo, afirma que una vez lograda la capacidad de seriación, clasificación y conservación, se cuenta ya con las herramientas cognoscitivas que le permiten comprender las relaciones conceptuales entre operaciones matemáticas, ordenar y clasificar los conjuntos de conocimientos, siendo el adolescente capaz de realizar la transición de lo real a lo posible, pensando en cosas con las que quizá nunca ha tenido contacto (Meece, 2000).

De este modo, bajo esta perspectiva se considera que los cambios evolutivos pueden analizarse de forma pura, es decir, dejando en segundo término las adquisiciones provenientes de la experiencia educativa y buscando las formas generales de organización que estructuran la adquisición de conocimiento. Lo anterior tiene como consecuencia su subordinación a las leyes internas del desarrollo, en el que el aprendizaje depende del nivel de desarrollo y de las leyes de organización interna. Así, aunque Piaget concede valor a relaciones simétricas y recíprocas, parece no dar igual importancia a las relaciones asimétricas, lo cual quita relevancia al doble carácter intencional de los cambios en las situaciones educativas presentes en la vida de los individuos (Martí, 2005).

Por otra parte, Kohlberg (1981) basándose en los trabajos de Piaget sobre el desarrollo moral, utiliza el esquema de desarrollo cognitivo para estudiar la evolución del juicio moral, el cual hace referencia al pensamiento, reflexión y jerarquización de los propios valores frente a un dilema moral. Los niveles de desarrollo moral que dicho autor propone representan diversas perspectivas que el individuo puede adoptar ante tres tipos de relación entre sujeto, normas y expectativas sociales (Almagiá, 1987).

En primer lugar, se encuentra el nivel preconvencional, en donde los dilemas morales se analizan tomando en cuenta únicamente los intereses concretos de los individuos involucrados y las condiciones concretas en las que las personas tuvieron que tomar una decisión sobre su acción. Las normas sociales no son relevantes, puesto que

todo parte de las necesidades del yo. Este nivel es característico de los niños. En el nivel convencional, los asuntos morales se abordan desde la posición de un miembro de la sociedad, considerándose las expectativas del grupo o la sociedad, mismas que son el punto de partida para los juicios. Este nivel comienza en la adolescencia y llega a mantenerse en la adultez en distintas sociedades (Almagiá, 1987).

Finalmente, en el nivel postconvencional los problemas morales se enfrentan desde una perspectiva superior a la sociedad, definiéndose valores y principios más allá de la autoridad del grupo y de la identificación con este último. De este modo el juicio parte de principios interiorizados y de un control responsable. Dicho nivel puede surgir en la adolescencia y es lo que caracteriza el razonamiento de la minoría de población adulta (Almagiá, 1987). Por lo anterior, siguiendo a Aguirre (1994) se entiende que: “La organización de la moral individual es el fruto de un desarrollo largo y complejo, que afecta a la infancia y la adolescencia y que es paralelo al proceso de desarrollo cognitivo y de búsqueda de la identidad” (p.27).

Si bien este esquema sobre el desarrollo moral tiene gran utilidad para comprender como se estructura a nivel individual las formas de percibir el mundo, las convenciones, los roles y modos de actuar las personas, es decir el modo de actuar los guiones de acción, no se alude a las características del contexto, con base en las cuales la persona tendrá que interpretar las diferentes circunstancias que se le presenten (Cole, 2003).

Por su parte, Vigotsky como uno de los fundadores del enfoque histórico-cultural, atribuye un papel especial al contexto histórico-social que envuelve al individuo. Dicho autor propone tener en cuenta cuatro ámbitos en el desarrollo evolutivo del ser humano; el filogenético, que hace referencia a las razones que permiten la aparición de funciones psicológicas superiores; el histórico socio-cultural que se relaciona con los sistemas sociales que regulan la conducta; el ontogenético que señala la vinculación entre la evolución biológica y la socio-cultural; y finalmente el microgenético que hace referencia

al desarrollo psicológico de aspectos específicos del individuo (Carrera y Mazzarella, 2001).

De igual forma, resalta la importancia de considerar que las teorías del desarrollo continúan sin tener una clara aplicación sobre los procesos educacionales, lo cual ha dejado vacíos teóricos sobre la relación entre aprendizaje y desarrollo, y ha conllevado aproximaciones metodológicas muy confusas, desembocando en una gran cantidad de errores, los cuales pueden ubicarse en tres principales posiciones teóricas (Vigotsky, 1978).

En primer lugar, la postura que defiende que los procesos del desarrollo del niño son independientes del aprendizaje, concibiendo a este último como un proceso externo que no se relaciona de modo activo con el desarrollo. Bajo esta perspectiva el desarrollo siempre antecede al aprendizaje, por lo que procesos tales como la deducción y la comprensión, así como la evolución de nociones acerca del mundo, se producen por sí solos. En esta postura Vigotsky incluye a los postulados de Piaget, en cuyos experimentos con infantes se ilustra tal aproximación, al intentarse obtener las tendencias del pensamiento independientemente del aprendizaje. Así, el desarrollo es un requisito previo del aprendizaje, por lo que si las operaciones intelectuales no han madurado se considera que cualquier instrucción será inútil. En suma, el aprendizaje es una superestructura por encima del desarrollo, dejando a este último esencialmente inalterado (Vigotsky, 1978).

La segunda posición teórica más importante es la que propone que el aprendizaje es desarrollo, de la cual se desprenden diferentes teorías, entre ellas la que se basa en el concepto de reflejo. En ésta el desarrollo se considera como el dominio de los reflejos condicionados, es decir el proceso de aprendizaje está ligado completamente al proceso de desarrollo. Así, el proceso de aprendizaje está ligado a la formación de hábitos, por lo que el desarrollo se reduce básicamente a la acumulación de todas las respuestas posibles. Ambos procesos, desarrollo y aprendizaje se dan simultáneamente o dicho de

otro modo se superponen, considerándose a toda respuesta adquirida como un sustituto o una forma más compleja de la respuesta innata (Vigotsky, 1978).

La tercera posición teórica intenta anular los extremos de las dos anteriores combinándolos, sosteniendo que la maduración depende del desarrollo, siendo entonces los dos procesos mutuamente dependientes e interactivos. Sobre esto, Koffka considera que el proceso de maduración prepara y posibilita un proceso específico de aprendizaje, y el proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar a su vez el proceso de maduración, dándole así una especial importancia al aprendizaje en el desarrollo del niño (Vigotsky, 1978).

De este modo, tomando en cuenta las posturas anteriores y las contradicciones de las mismas, Vigotsky desarrolla una teoría en la que plantea que el desarrollo ontogenético de la psiquis del hombre está determinado por los procesos de apropiación de las formas histórico-sociales de la cultura (Chaves, 2001, p.60). Dicho planteamiento considera que los procesos psicológicos superiores son producto de la interacción con el medio social, por lo que para comprenderlos es necesario analizar la vida de la persona y sus condiciones. De esta forma, en este enfoque, el sujeto actúa sobre el objeto (realidad) transformándolo y transformándose a sí mismo, para lo cual son necesarios las herramientas y los signos (lenguaje). Las primeras producirían cambios en los objetos y los signos transformarían internamente al sujeto que lleva a cabo una acción (Chaves, 2001).

Asimismo, Vigotsky considera que el desarrollo está determinado por la interiorización de las funciones psicológicas, la cual se refiere al proceso en que lo interno es formado por los modos históricos y culturales para operar con la información del entorno. En este sentido, para dicho proceso consideró que la adquisición del lenguaje era un momento fundamental para el desarrollo cognitivo, puesto que sirve como instrumento psicológico para crear nuevos procesos de pensamiento, siendo la mediación a través de éste la manera en que el individuo se relaciona con el medio y representa la realidad (Lucci, 2006).

Así, el lenguaje es el sistema de mediación que funciona como instrumento de comunicación, planificación y autorregulación, siendo por medio de éste que el individuo se apropia del mundo externo y sus informaciones. Una vez que interioriza dichas informaciones, es capaz de significar sus propias experiencias, lo que constituirá su consciencia, sentimientos y forma de actuar. De esta forma, el aprendizaje dependerá de que se desarrollen las funciones psicológicas superiores, por medio de la interacción con otros (Lucci, 2006).

En este punto, cabe señalar la importancia e implicaciones del concepto de zona de desarrollo próximo que propone Vigotsky (1978) para el ámbito educativo, el cual menciona:

“No es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (p. 133).

Así, siguiendo este concepto el nivel de desarrollo actual se va a caracterizar por la capacidad de resolución independiente de un problema, definiendo las funciones que ya maduraron, y la zona de desarrollo próximo las funciones que aún están madurando. Esto es de enorme valor, pues permite orientar la acción de los agentes educativos hacia la intervención en dicha zona, de tal modo que se provoque el salto a otra zona de desarrollo que no sucederá de otro modo (Carrera y Mazzearella, 2001).

Es así que el enfoque histórico cultural a diferencia del enfoque cognitivo que presta más atención al aprendiz contribuye a la toma de consciencia sobre la importancia de la enseñanza, sobre todo en lo que se refiere a como la ayuda, guía y las condiciones sociales-culturales de las prácticas educativas generan cambios profundos y potencian el desarrollo. Por ello, para comprender al individuo, es necesario comprender las relaciones sociales en las que el individuo se ve integrado desde su nacimiento, representando la naturaleza psíquica de los seres humanos al conjunto de las relaciones

sociales interiorizadas que se han convertido en funciones psicológicas, y forman la estructura del individuo por el proceso de interiorización y la dinámica comunicativa (Martí, 2005).

En este punto cabe mencionar, que a pesar de que se considera que las funciones psíquicas superiores son de naturaleza social, no se propone que las estructuras interpsicológicas sean idénticas a las intrapsicológicas, sino que en el proceso de interiorización se da una reconstrucción mediante la interacción entre los dos planos de actividad y no un simple traspaso. Si bien, el problema recae en que no quedan claros los términos en que se lleva a cabo esta reconstrucción, la principal aportación de este enfoque es el interés por el abordaje de la interacción entre la estructura de participación que regula los roles del instructor y aprendiz durante las actividades educativas y la estructura de contenido y organización de la actividad (Martí, 2005).

Otro autor que da especial importancia a la dimensión social es Erickson (1972), quien desarrolla una teoría que tiene como centro la crisis de identidad en la adolescencia como elemento fundamental en la constitución de la personalidad. Dicho postulado afirma que la crisis provoca una situación negativa caracterizada por la vulnerabilidad, el conflicto y el desequilibrio, pero a la vez constituye el núcleo del proceso evolutivo por el cual el individuo logra en la adultez restablecer el equilibrio. Es así que la crisis de identidad es considerada psico-social, en el sentido de tener continuidad e igualdad, pero a la vez una cualidad del vivir no consciente del sí mismo. De este modo, el adolescente en contacto con la dimensión comunitaria unifica elementos como el somatotipo, el temperamento, la dotación, modelos infantiles y prejuicios enraizados con las opciones de elección que la sociedad le permite, tales como roles, ocupaciones, valores, amistades y encuentros sexuales.

Sobre esto Erickson (1972) menciona que: "Ningún yo constituye una isla para sí mismo" (p. 12), por lo que se hace énfasis en el aspecto social de la identidad, explicando las discontinuidades y ambigüedades en el desarrollo en gran medida por el apoyo de los modelos parentales y comunitarios. Asimismo, señala que, si la coherencia ideológica

del mundo es lo suficientemente fuerte, podrá ser confirmada en el proceso de identidad, mientras que si se percibe lo suficientemente débil sugerirá la necesidad de reforma o revolución, dándole así al factor psicosocial un lugar de importancia en el curso del desarrollo de la personalidad del adolescente.

De esta forma, el enfoque psicosocial de Erickson hace hincapié en las diferencias del proceso de socialización y enculturación que caracterizan a cada cultura y su particularismo histórico, atribuyendo a éstas la integración social del adolescente. Bajo esta postura el origen de los cambios en la adolescencia se atribuye entonces a la combinación de exigencias sociales, factores biológicos, históricos y culturales; conllevando sus condiciones específicas la necesidad de desempeñar roles contradictorios con una notable repercusión sobre la identidad (Aguirre, 1994). Si bien el desarrollo se entiende como una secuencia de etapas normativas predeterminadas que deben ser resueltas para la incorporación de nuevas cualidades, dichas etapas no tienen una integración jerárquica de carácter lógico como en la teoría de Piaget, sino que son simplemente temas a resolver asociados a momentos evolutivos (Villar, 2003).

Con lo anterior puede apreciarse las importantes contribuciones de estas teorías a la psicología evolutiva, sin embargo, es clara la dicotomía entre persona y entorno que ha predominado en las mismas y la relativa tendencia a considerar estas entidades como independientes. Dicha separación ha limitado el análisis de la multiplicidad de variables involucradas en el desarrollo psicológico, por lo que se adopta la postura ecológica de Bronfrennbrener (1987), quien conceptualiza al entorno en términos de contexto, proponiendo un sistema jerárquico y organizado de estructuras (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) que influyen en la persona y cuyas interrelaciones son necesarias para entenderla.

De esta forma para comprender el desarrollo se considera necesario el estudio de la progresiva acomodación mutua entre un ser activo en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos en los que vive la persona, en cuanto a que este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos

más grandes en los que estos últimos están incluidos. El contexto entonces al estar constituido por la trama de actividades, relaciones y expectativas que genera el sujeto en contacto con el entorno, estaría formado por procesos psicológicos (actividades, relaciones interpersonales y roles), rompiendo así con las aproximaciones predominantes que suponen, implícitamente, la separación del entorno del sujeto en desarrollo (Martí, 2005).

Sobre la relevancia del contexto Pepper (citado por Cole, 2003) atinadamente menciona:

El contextualista, no se refiere a un acontecimiento anterior, uno que está, por así decir, muerto que se tiene que desenterrar. Se refiere al acontecimiento vivo en su presente. Lo que generalmente consideramos historia, dice el contextualista, es un intento de representar acontecimientos, de darles vida de nuevo de alguna manera. Podemos llamar [al acontecimiento] un "acto", si queremos, y si nos cuidamos de nuestro uso del término. Pero a lo que nos referimos no es a un acto concebido como único o aislado; es a un acto en y con su entorno, un acto en su contexto (p.232).

De este modo, los términos de actividad y práctica toman relevancia como conceptos que delimitan la influencia del contexto y permiten anular la confusión entre lo externo y lo interno, al esclarecer que las actividades que se dan en determinadas prácticas modifican los objetos, pero a la vez forman parte del sujeto (Martí, 2005).

Así pues, esta perspectiva permite dar cuenta de la complejidad del desarrollo humano y de su íntima relación con diferentes características del ambiente, de tal modo que el sujeto no solo recibe influencia del contexto, sino que por sus actividades también lo reestructura. Bajo este enfoque siguiendo a Bronfenbrenner (1987) se concibe al desarrollo como:

Proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, y se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que releven las propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad, en cuanto a su forma y contenido (p. 47).

Asimismo, el desarrollo implica una reorganización que tiene cierta continuidad tanto en el tiempo como en el espacio, teniendo lugar en el campo de la percepción y de la acción, por lo que se da gran importancia al carácter semiótico de las relaciones que se establecen, es decir, a su significado y a la perspectiva del sujeto. El desarrollo entonces es concebido como una acomodación mutua entre el sujeto y el contexto, debiéndose cumplir los siguientes puntos para este se produzca: a) La persona debe implicarse en una actividad; b) Para que sea efectiva, la actividad debe tener lugar sobre una base regular durante un largo tiempo; y c) para que sean evolutivamente efectivas, las actividades deben continuar un tiempo suficiente para que se conviertan en actividades intrínsecamente más complejas (Martí, 2005).

Cabe mencionar, que dichas actividades Bronfenbrenner las denomina procesos proximales, mismos que se designan como las formas de interacción entre organismo y ambiente que se producen a lo largo del tiempo y que se proponen como los mecanismos primarios del desarrollo humano. Asimismo, menciona que características de la persona tales como las disposiciones, los recursos bioecológicos (habilidad, experiencia, conocimiento y capacidad) y las características de la demanda, son elementos que pueden ayudar o perjudicar estos procesos (Damon y Lerner, 1998).

De este modo, “El desarrollo humano tiene lugar a través de procesos de interacción recíproca progresivamente más complejos entre un organismo humano activo y que evoluciona en los planos biológico, psicológico y social y las personas, objetos, y símbolos en su entornos” (Damon y Lerner, 1998, p. 815), por lo que desde esta perspectiva se presta especial atención a las características y organización de los

principales contextos en los que se adquieren las competencias humanas (familia, escuela, grupos de amigos y comunidad).

Con el planteamiento breve de las posturas teóricas anteriores, se deja en claro que la perspectiva piagetiana, defiende la idea de que el niño es impermeable a la experiencia y a la socialización en su proceso de desarrollo, explicando la génesis del desarrollo de lo individual a lo social; que para el enfoque Vigotskiano, el desarrollo tiene su raíz en la asimilación de la experiencia histórico-social, siendo la comunicación del niño con el medio un factor clave para el mismo (Nela, Cuenca y Rosa, 2007); y finalmente que el paradigma ecológico contribuye a la ruptura entre lo individual y lo social, en cuanto que considera a los individuos como sistemas abiertos que mantienen relaciones bidireccionales con los diferentes entornos.

Lo cierto es que los cambios psicológicos se dan de manera interdependiente con lo biológico, las características físicas del entorno y las condiciones culturales. Si bien la dimensión cultural es vista desde el enfoque ecológico como algo externo al individuo, sin dejar claro hasta qué punto la cultura filtra y define las condiciones del desarrollo, los diferentes sistemas jerárquicos que propone su modelo permiten delimitar el tipo de entornos y relaciones que se estudian en una investigación científica. Asimismo, considera la complejidad de las variables involucradas en dicho proceso, aproximándose de manera holística a los factores que inciden en el desarrollo (Martí, 2005).

Por último, a modo de conclusión se resalta el papel de la educación como puente entre la cultura y el desarrollo, la cual contribuye a que las personas reconstruyan y sean potencialmente generadoras de cultura. En este sentido, se hace hincapié en que para entender el progresivo control que el aprendiz va adquiriendo conforme va progresando en el aprendizaje y construyendo significados compartidos a través del discurso, es necesario el análisis de las particularidades del triángulo interactivo de relaciones entre el aprendiz, el intermediario cultural y la parte de la cultura a la que se dirigen los esfuerzos, tanto en prácticas educativas formales como informales (Martí, 2005).

De este modo, si se considera que la educación puede generar cultura y promover el cambio en un sentido profundo y estable, queda claro que investigar sobre las maneras en que en las situaciones de enseñanza-aprendizaje se propician los procesos proximales, se vuelve de enorme relevancia en el tema de la salud mental del adolescente. Esto debido a que tanto en las aulas, en el hogar como en la comunidad los adolescentes tienen la posibilidad de reconstruir las estructuras conceptuales que subyacen a sus estilos de vida, pudiendo reflexionar y crear nuevas formas adaptativas, organizando y canalizando acciones a favor de su salud en el presente. Para esto es necesario que, en la práctica diaria de enseñanza, el docente considere la diversidad del alumnado mediante el ajuste pedagógico de las acciones educativas y la diversificación de las mismas, articulando los temas de salud con el aprendizaje de conocimientos específicos y el desarrollo de habilidades para la vida.

2.1.1 Fases de la adolescencia

Lo cierto es que es difícil establecer límites cronológicos para este periodo evolutivo del ser humano, puesto que las transformaciones comúnmente tienen un carácter progresivo, desarrollándose a distintos ritmos entre las esferas biológica, psicológica y social. Sobre este tema, los estudios recientes en neurociencias muestran que el cerebro experimenta un ciclo continuo de crecimiento, produciéndose aproximadamente a los 11 años de edad, una explosión de actividad eléctrica y fisiológica, que reorganiza los miles de millones de redes neuronales, afectando las aptitudes emocionales, las habilidades físicas y mentales. Es así que en la adolescencia se produce este avance al pensamiento abstracto, a través del desarrollo del córtex prefrontal terminando de madurar hasta la edad de 18 años. Esta parte del cerebro funciona como responsable de la planificación, organización y juicio, encargándose de la resolución de problemas y del control emocional. Asimismo, áreas asociadas con funciones de la vista, olfato, memoria y lenguaje se desarrollan durante la adolescencia, creándose entre los 10 y 20 años modelos y bases neuronales importantes que perdurarán a lo largo de la vida (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2002).

Sin embargo, por fines prácticos la Organización Mundial de la Salud fija el transcurso de esta etapa entre los 10 y 19 años, dividiéndola a su vez en adolescencia temprana de los 10 a 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a 19 años (Aliño, López y Navarro, 2006). En este punto es importante resaltar que no se trata de secuencias rígidas, ya que las aceleraciones de los procesos dependen diversos factores, tales como la subcultura, la situación socioeconómica, los recursos personales, la salud mental, el desarrollo biológico y las interacciones con el entorno (Krauskopof, 1999).

En este sentido, con la finalidad de sistematizar las características del adolescente se describen 3 fases comúnmente aceptadas en la literatura, la adolescencia temprana o pubertad, la adolescencia media y la adolescencia tardía (Krauskopof, 1999). En la primera de ellas, ubicada entre los 10 y 14 años se observa un rápido crecimiento somático, apareciendo los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios provocan una reestructuración de la imagen corporal del individuo, generando preocupaciones sobre lo físico que son contrarrestadas por el grupo de iguales al possibilitarse la comparación con los otros (Casas y Ceñal, 2005). Asimismo, la interacción se da principalmente con el grupo del mismo sexo, sin embargo, comienza el contacto con el sexo opuesto de manera exploratoria. De igual forma aparecen intentos de abandono de la dependencia y de búsqueda de la propia intimidad. Ante tal ajuste se presentan fluctuaciones en el ánimo, una autoconciencia de necesidades y deseos de comprensión por parte de los mayores. En esta fase el pensamiento es principalmente concreto por lo que no anticipan las implicaciones futuras de sus actos en forma clara (Krauskopof, 1999; Casas y Ceñal, 2005).

En lo que respecta a la fase media aproximadamente entre los 14 y 16 años, los cambios físicos se vuelven más lentos, lo que permite un restablecimiento de la imagen corporal. Asimismo, la capacidad cognitiva es capaz comenzar a utilizar el pensamiento abstracto, por lo que la simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias de los acontecimientos y relaciones del mundo (Casas y Ceñal, 2005). Otro aspecto importante de esta fase es la búsqueda de canalización de los impulsos sexuales que emergen, convirtiéndose el amor, el goce y la amistad en preocupaciones muy valiosas. De este modo la aceptación por el grupo de iguales

dinamiza la afirmación personal y social, permitiendo la identidad grupal un espacio diferenciador de la familia (Krauskopof, 1999).

Cabe mencionar que esta construcción de la individuación y fortalecimiento de la identidad provoca duelo en las figuras parentales por la pérdida del hijo-niño y por el rol de padres incuestionados, por lo que es difícil para los padres expresarse desde esta nueva posición (Krauskopof, 1999). Ante este cambio de roles es frecuente que la interacción con los padres presente conflictos que devienen de la lucha entre el adolescente en busca de su identidad, y los padres que le oponen resistencia (Aliño, López y Navarro, 2006).

De esta forma ante el desarrollo intelectual, aumenta en esta fase el interés por nuevas actividades y por el cuestionamiento de las posturas ideológicas que se habían aceptado previamente. Esto desencadena la confrontación de lo establecido, con la subsecuente amenaza a las necesidades de control de los mayores. Asimismo, aumenta la exploración de las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional, social (Krauskopof, 1999). En este punto es importante considerar que si bien son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos su pensamiento continúa fluctuando con el de tipo concreto, por lo que sumado a la sensación de omnipotencia e invulnerabilidad, en esta fase se acentúa la aparición de conductas de riesgo que pueden conducir a la morbimortalidad y a determinar parte de las patologías posibles en la época adulta (Casas y Ceñal, 2005).

Aunado a lo anterior, en la fase media es de resaltarse que la importancia de pertenecer a un grupo es muy intensa, de tal modo que en ocasiones los adolescentes prefieren incluirse en grupos marginados antes que sentirse solos, propiciando aún más comportamientos de riesgo (Casas y Ceñal, 2005).

Por último, en la fase tardía que se presenta aproximadamente entre los 17 y 19 años se alcanzan las características sexuales de la adultez, vuelve a haber una aproximación a la familia, pero con una mayor independencia y se construye un sistema de valores propios (Aliño, López y Navarro, 2006). Se presenta una evolución del locus

de control externo hacia un locus de control interno, en la cual el adolescente deja de atribuir lo que ocurre a las circunstancias externas, reconociendo y expresando sus capacidades en la resolución de problemas, con sentimientos de adecuación y seguridad provenientes de sus propias realizaciones. Asimismo, se comienzan a consolidar proyectos de vida y la pareja deja de cumplir el rol de exploración para ubicarse como una vivencia central, estableciéndose con ella y con las amistades vínculos afectivos más profundos y significativos (Krauskopof, 1999).

En cuanto al pensamiento abstracto, éste se encuentra bien establecido por lo que son capaces de actuar percibiendo las implicaciones futuras de sus actos. La participación organizada se convierte en un medio para el desarrollo de habilidades, así como de construcción de vías de satisfacción de necesidades y de expresión de sus capacidades naturales (Krauskopof, 1999). En este punto, cabe mencionar que, pese a las expectativas de la anterior etapa, existe una serie de factores de riesgo que pueden obstaculizar el camino hacia perspectivas que propician la realización personal y participación social, los cuales pueden llevar a una desesperanza de que no existen los medios que permitan los objetivos anhelados. Sobre lo anterior, Krauskopof (1999) menciona: “En adolescentes deprivados, emocional o económicamente, se establecen convicciones que llevan a rehuir las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, lo que favorece salidas sustitutivas, refugio en gratificaciones efímeras, acting out, reacciones depresivas, etc.” (p. 26).

Respecto a lo anterior, Quintanilla et al. (2004) afirma que:

Los adolescentes expresan en este momento un gran malestar y manifiestan que se les ha “bombardeado” desde niños para que adquieran hábitos, costumbres, valores y muchos conocimientos, que no les convencen ni les permiten conseguir un empleo y una vida más digna, por lo que se ven frustrados o lo que es más grave, pueden desarrollar desajustes o trastornos de la personalidad (p. 62).

Por su parte, Frías, López y Díaz (2003) mencionan que los adolescentes, no están muy dispuestos a la integración social, siendo más prioritario para ellos la búsqueda de su propia identidad e independencia, por lo que su integración a la sociedad se encuentra en función de las normas y reglas a los que se adhieren personalmente.

Lo anterior deja en claro que no es posible negar a la adolescencia como una etapa de vida caracterizada por el cambio y el conflicto, donde la aparición de síntomas psicológicos o conductuales pueden corresponder a una manifestación externa transitoria de la metamorfosis por la que está atravesando el joven, y en ocasiones a indicios del comienzo de algún trastorno mental que trae como consecuencia la continuación de estas conductas en la adultez (Florenzano, 2003).

2.2 Contexto escolar, salud mental y aprendizaje

La escuela ocupa un lugar fundamental en el desarrollo psicológico y social de los individuos, al ser éste uno de los escenarios principales donde se gesta la formación de destrezas, hábitos, costumbres, valores y conocimientos. (Quintanilla, Haro, Vega, González y Ramírez, 2004). Sí bien son innumerables los intentos por definir un término que continúa siendo motivo de profundas reflexiones y contradicciones, el posicionamiento sobre una perspectiva teórica permite contar con una base epistemológica para el estudio de los fenómenos que en ella se desarrollan.

Una definición general de escuela y desde un punto de vista sociopolítico es dada por Blanco (2009) quien la concibe como:

Institución social específicamente creada para la transmisión de los conocimientos, la formación de habilidades y la adquisición de valores democráticos. Está ubicada en un espacio físico concreto, con una distribución temporal particular interna y una serie de pautas de comportamiento y normas que la rigen (p. 286).

Ahora bien, para comprender el contexto escolar y dar cuenta de su complejidad es necesario desmenuzar los elementos que componen la escuela y las relaciones entre los mismos, para lo cual la teoría general de sistemas creada por Bertalanffy (1976) se presenta pertinente para tal fin.

Dicho postulado enuncia la interdependencia de los componentes de una entidad física o conceptual, dando la pauta para hacer énfasis en la diferenciación de los elementos internos, la influencia del entorno externo y las secuencias de su interacción (Dowling y Orborne, 1996). Desde esta perspectiva, la escuela vista como un sistema, implica considerarla como una entidad conformada por diferentes subsistemas, entre los cuales Gairín (1996) menciona el de objetivos, que se constituye por la definición de metas que en íntima conexión con el ambiente se proponen para la institución; el de medios, que se refiere a los elementos humanos, materiales y funcionales; y el de control, el cual señala los procesos de medición e interpretación que se dan en el contexto escolar, permitiendo comprender junto a su dimensión histórica la multiplicidad de posibilidades ante cualquier realidad concreta.

Asimismo, Gairín (1996) concibe a la escuela como un sistema abierto, es decir, como un esquema recurrente de hechos diferenciado del medio circundante, pero a la vez dependiente de él, que se relaciona íntimamente con su entorno, recibe orientaciones del mismo para su acción y actividad; y se proyecta a su vez socialmente.

Lo cierto es que la escuela es un microcosmos de la sociedad con un potencial positivo para crear un contexto no sólo de aprendizaje, sino también de convivencia y comunicación, cumpliendo una enorme gama de funciones manifiestas y latentes que caben dentro del concepto de educación, el cual se refiere en términos generales al desarrollo integral del ser en formación (Blanco, Yubero y Larrañaga, 2007).

Gairín (1996) menciona que la escuela incluso ha sido descrita como un ecosistema con una constante interacción endógena y exógena, por lo que la idea de ruptura entre escuela y no escuela, adentro y afuera, debe ser evitada, siendo la relación e influencia de

la escuela con su entorno, real, en la medida que existan procesos de participación social, que permitan plantear y discutir abiertamente los conflictos con sistemas más amplios.

Con base en lo anterior, se aclara que el contexto escolar hace referencia al entramado de potenciales interacciones y conflictos de los elementos de la escuela y su entorno, constituyendo los mismos la base de su cualidad evolutiva y su protagonismo como generador de cambio social. Asimismo, dicha conceptualización permite abordar lo referente a su relación con la salud mental, puesto que se cuenta ya con un panorama sobre los elementos a considerar en el análisis de su papel como escenario de prevención, promoción y atención de la salud mental.

Al respecto, Blanco, Yubero y Larrañaga (2007) concuerdan en que la escuela constituye uno de los contextos más relevantes de socialización y el marco que genera las interacciones más significativas, en ella los niños y jóvenes invierten gran parte de su tiempo en realizar distintas actividades, por lo que tiene un enorme potencial de impacto sobre la salud mental de las personas, sin embargo pese a su lugar tan significativo, al igual que otros sistemas fundamentales en la constitución de los sujetos, se ha visto permeada por ideologías excluyentes y descontextualizadas con respecto a la atención de la salud mental.

De igual forma que otras instituciones, en sus interrelaciones con los sujetos históricamente ha reproducido las formas políticas del sistema social, así como los conocimientos, valores, actitudes y prácticas de un modelo médico no corresponsable que se ha caracterizado por el énfasis en la ausencia de enfermedad, olvidando que el estado pleno de vida que la educación debe propiciar, implica la responsabilidad de proyectar en los individuos un estilo de vida sano en lo físico, lo mental y lo afectivo (Quintanilla et al., 2004).

En concordancia con lo anterior los síntomas psicológicos en la población escolar también han tenido una valoración negativa, puesto que han seguido la lógica de perpetuación de la estructura social imperante basada en el estigma y exclusión de todo

aquello incompatible con el modo de vida “común” (Quintanilla et al., 2004). Así, la estigmatización de estas personas, la cual incluye dentro de sus componentes al estereotipo, el prejuicio y la discriminación, conlleva consecuencias negativas como la distancia social, el rechazo y conductas evitativas (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008).

Dichas actitudes pueden manifestarse bajo la negativa de aceptar la permanencia del alumno dentro la escuela, lo que restringe sus derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena, a la educación y a los servicios de ayuda que pueden necesitar, produciendo repercusiones sobre el desarrollo, la autoestima, la conducta personal y social (López et al., 2008). En su contraparte, la investigación sobre el papel de la escuela en la atención de los trastornos mentales ha puesto en evidencia que ésta puede ser un importante aliado para la detección temprana de problemáticas, el tratamiento oportuno en fases iniciales de algún trastorno psicológico y la consecuente referencia de niños y adolescentes a servicios de salud mental (González, Arana y Jiménez, 2008).

Un aspecto a resaltar es que uno de los principales problemas en el uso de los servicios de salud mental es que las personas con problemas emocionales, influenciados por el estigma de los mismos, tardan varios años en reconocer su problemática y acudir a algún servicio, por lo que al ser la escuela el lugar donde se localizan las primeras búsquedas de ayuda para los niños y adolescentes, esta cuenta con las características necesarias para actuar como eje de vinculación entre los diversos actores y sectores sociales, entre ellos; profesores, padres de familia y personal de salud (González, Arana y Jiménez, 2008).

Lo cierto es que se pide que la escuela respete y promueva la diversidad cultural y social y constituya un agente relevante de prevención y promoción de la salud en los alumnos, al poder observar, contener y mejorar los indicadores incipientes de trastornos mentales, que inciden en su rendimiento académico y en la convivencia escolar y social, sin embargo la realidad dista de reflejar dichos objetivos, pudiéndose observar la construcción de barreras y conflictos por parte de los mismos participantes (maestros,

maestras, alumnas, alumnos, prefectos, madres y padres de familia), alimentando los problemas existentes (Saucedo, 2006).

En lo que respecta a la relación entre la salud mental y el aprendizaje, se ha encontrado que los individuos que experimentan malestar emocional ven afectado su desempeño escolar, y por el contrario cuando éstos manifiestan tener un bienestar psicológico su desempeño es propicio para el aprendizaje, facilitando la culminación de las actividades en clase, su atención y su motivación por aprender cosas nuevas y compartirlas (Payán, Cervantes y Guevara, 2011).

De igual forma, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1968) señala la interdependencia de la vida intelectual y la vida afectiva, haciendo énfasis en que el niño no aprenderá bien, en el sentido estrictamente pedagógico, si su vida afectiva se ve turbada, y que éste verá estimulado o cohibido el desarrollo de su personalidad en la medida en que sea capaz de realizar el esfuerzo intelectual que se le exige en la escuela.

Sobre este eje, Pekrun (cit. por García, 2012) menciona que:

No hay aprendizajes fuera del espacio emocional, al grado que las emociones son determinantes para facilitar u obstaculizar dichos aprendizajes, los cuales a su vez están determinados por los intereses o necesidades del sujeto, en razón de su interacción con el entorno (p. 19).

De este modo, puede afirmarse que el aprendizaje es producto de una dinámica entre la cognición, la emoción ligada a los sentimientos y las características de las interacciones con el entorno.

En el ámbito de la psicopatología infantil se ha encontrado que existen dos amplias categorías de características en los individuos. Por un lado, la que corresponde a los niños con trastornos de interiorización y que se distingue principalmente por la presencia de ansiedad, depresión y un exceso de focalización interna de la tristeza o culpa como

resultado de sus dificultades para regular sus emociones. Y los trastornos de exteriorización, los cuales incluyen desordenes de la conducta con impedimentos para controlar la rabia, la irritabilidad y la impulsividad (Jadue, 2002).

Así pues, una alteración emocional en el niño hace referencia a una condición en la cual las repuestas conductuales o emocionales lo afectan adversamente en su capacidad de adaptación, rendimiento escolar, progreso académico, conducta en clase o adaptación al trabajo escolar por un largo período de tiempo. De manera general, entre estas alteraciones se encuentra el déficit en las habilidades de socialización, pobre autoconcepto, dependencia, sentimientos de soledad, conducta disruptiva, hiperactividad y distractibilidad. Asimismo, en estos niños se observan dificultades para aprender que no pueden ser explicadas por factores intelectuales, sensoriales o físicos; dificultades para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con el grupo de iguales y con profesores; reacciones conductuales y emocionales inapropiadas frente a circunstancias corrientes; tendencia a un ánimo de infelicidad y al desarrollo de síntomas físicos o temores asociados con problemas personales o escolares (Jadue, 2002).

Sobre esta línea, se ha encontrado que el 40,1% de niños diagnosticados con problemas de aprendizaje, puede ser asignado al subgrupo de perturbaciones emocionales. De igual forma, un estudio longitudinal mostró que los estudiantes con problemas de aprendizaje y con bajo rendimiento eran significativamente más bajos en habilidades sociales y en autonomía, excedían el rango normal de impulsividad, de déficit de atención, ansiedad, preocupaciones e hiperemotividad que sus pares sin dificultades para aprender. En cuanto a la ansiedad y la depresión, ambas han sido reconocidas dentro de los trastornos psicológicos más frecuentes en la adolescencia, asociadas tanto con dificultades en el rendimiento escolar como en las relaciones interpersonales (Jadue, 2002).

Al respecto de la ansiedad, Bertoglia (2005) menciona que su efecto interferidor sobre el aprendizaje aumenta si la tarea exige elaboración intelectual, comprensión y creatividad. Asimismo, perjudica de manera más intensa a los estudiantes que por su rendimiento escolar perciben más cercano el fracaso. Así, estar bajo una gran presión o

angustia puede conllevar bajo rendimiento, procedimientos errados y desordenes de la personalidad. En este sentido, dicho autor señala la necesidad de que:

El docente sea capaz de desterrar aquellos procedimientos que buscan controlar o motivar a través de la ansiedad, y reemplazarlos por principios motivacionales reales que busquen incorporar efectivamente al alumno al proceso educacional, mediante la existencia de un clima escolar propicio que favorezca la interacción educativa y posibilite el logro de aprendizajes significativos (p.18).

De este modo, la ansiedad es uno de los síntomas más comunes de la tensión emocional, usándose el término trastornos de ansiedad para referirse a niveles excesivos de emociones negativas tales como nerviosismo, tensión, preocupación, temor y aprensión que por su duración hacen que el individuo se sienta y se perciba muy intranquilo. Por ello, los niños con desórdenes de ansiedad pueden llegar a presentar cogniciones disfuncionales sobre las situaciones ambiguas, interpretaciones amenazadoras y en ocasiones exteriorización de los problemas emocionales a través de problemas conductuales que interfieren en el proceso perceptivo, fundamental para el aprendizaje (Jadue, 2002).

En este sentido, los factores psicológicos y sociales que rodean al individuo e impactan su esfera emocional, pese a que cumplen un papel primordial en el aprendizaje, frecuentemente son dejados en segundo término por los agentes educativos cuando un alumno tiene bajo rendimiento escolar. Así pues, con regularidad los niños y adolescentes son considerados como rebeldes, inquietos, desobedientes, tímidos, tristes, tontos o haraganes. Dichas etiquetas generan reacciones negativas por parte de los docentes, los padres y el grupo de iguales, quienes actúan castigando o ridiculizando al niño ante el grupo escolar o familiar, sin tomar en consideración las razones por las cuales el niño se comporta de tal modo (Zavala, 1983).

Con lo anterior es posible comprender que aunado a la sintomatología psicológica; el aislamiento y el rechazo que pueden llegar a sufrir los estudiantes son factores que

pueden agravar el malestar psicológico y generar problemas no solo de aprendizaje y rendimiento, sino también de deserción escolar.

2.3 Educación para la salud

Antes de definir el término de educación para la salud, es importante mencionar las características diferenciales de la educación, de tal modo que pueda comprenderse su papel en el mejoramiento de la salud, en el fomento de recursos de autocuidado y en la configuración de estilos de vida saludables.

Por un lado, se encuentra la referencia al hombre, es decir el énfasis de la educación en la racionalidad humana como forma de generación de la cultura, conocimientos, modos de relación, formas de vida, lenguaje, trabajo, autonomía y libertad. En segundo lugar, se encuentra la intencionalidad, tanto del agente educador como del educando, en cuanto a su actuación y consciencia sobre la finalidad de la misma; y por último la optimización, que se refiere a la función de perfeccionamiento y evolución favorecedora del desenvolvimiento humano (Perea, 2001).

De este modo, la educación es vista como un proceso que lleva al progreso, y que supone la situación de interacción entre los seres humanos, por lo que es considerada como una relación y dialogo con los otros que propicia el desarrollo de aptitudes y capacidades. Asimismo, dicha socialización es considerada como parte del proceso educativo que permite el ajuste social del individuo, y la idea de ayuda y auxilio como reflejo de la búsqueda de la felicidad y desarrollo integral de los individuos (Perea, 2001).

Fue desde que en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986) que se identificó el papel esencial de la educación para la salud, significando un progreso considerable en el mejoramiento de la salud mundial (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1997).

Lo anterior debido a que ha quedado en evidencia que un sistema de salud enfocado únicamente a la medicina curativa es insuficiente para abordar el tema de la salud, puesto que ésta no solo está vinculada a condicionamientos biológicos, sino también a factores psicosociales. Tal es así que los estudios realizados por el Centro de control de Enfermedades de Atlanta muestran que, al superarse el primer año de vida, en el cual el factor biológico es preponderante, se produce un aumento de casi 50% en la asociación de los niveles de mortalidad y los estilos de vida (Perea, 2001).

Acorde a esto, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1997) señala que: “La educación para salud tiene como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios de la salud, con el fin de que la gente obtenga un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar (p. 7), por lo que no solo se hace referencia a la difusión de conocimientos sobre como fomentar la salud, sino también al desarrollo de habilidades intrapersonales que propician el bienestar físico, psíquico y social.

Así pues, el constructo de educación para la salud hace referencia a:

Un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva (Perea, 2001, p. 28).

Sobre esta línea, superados los modelos de educación para la salud de la primera mitad del siglo XX centrados solo en el individuo y en el cambio de sus conductas, actualmente la perspectiva de la educación para la salud plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y económicos en la salud de la población. Por ello incluye dentro de sus objetivos la reducción de las desigualdades sociales que impactan el proceso salud-enfermedad por medio de la participación, así como el desarrollo de una consciencia social que se plasme en

prácticas sociales críticas y emancipadoras. De esta manera, el objeto de intervención en la educación para salud no es la conducta sino la estructura social que constituye el tejido causal de la morbilidad y mortalidad (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004).

Lo cierto es que una de las principales características de la sociedad actual es el cambio, por lo que las constantes transformaciones sociales exigen cada vez más al campo de la educación respuestas y adaptaciones a las diferentes formas de vida y problemáticas emergentes. Debido a esto, la escuela con su constante interacción endógena y exógena (Gairín, 1996), aparece en escena como protagonista generadora de cambio social y de reconstrucción de la cultura, constituyendo un espacio de articulación lógica entre la educación, el desarrollo y la salud.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (1989) menciona que la escuela es una institución que tiene un lugar privilegiado para implementar la educación para la salud, puesto que en ella coinciden una variedad de personajes y grupos (estudiantes, docentes y padres) que son clave en el desarrollo del individuo. Asimismo, señala la necesidad de que los niños y adolescentes adquieran conocimientos teóricos y prácticos adecuados que les permitan desarrollar actitudes y valores que favorezcan su salud y autocuidado, recomendando la integración de la educación para la salud en el currículum de las diferentes disciplinas que se imparten en el centro educativo.

Sobre dicha integración, Perea (2001) señala que ésta no debe suponer la inclusión de nuevas materias, sino la atribución de un nuevo sentido al contenido curricular que responda a las problemáticas actuales que devienen de los cambios y el desarrollo tecnológico acelerado. Esto implica la colaboración de todas las disciplinas abordadas en el currículum, de tal modo que se evite el riesgo de que al ser tratados los temas de salud de forma aislada, sean considerados de forma negativa y únicamente en términos de problema.

Así pues, la escuela puede promover enormemente el desarrollo mental sano, solo si además de la formación intelectual en sus programas, métodos y organización se

considera que los adolescentes se encuentran en la búsqueda de su yo en el terreno profesional, social, sexual y filosófico, teniendo que lidiar con las tensiones e inquietudes del mundo actual (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1968).

En este punto, el docente tiene un papel primordial en la red de relaciones humanas que se conforma dentro de la escuela, ya que aunado a la exposición de un conjunto de hechos, tiene la misión de orientar las experiencias que guiarán y estimularán los esfuerzos de los alumnos para asimilar los conocimientos e interpretar a su modo un mundo cada vez más complejo. Debido a esto, es claro que esta dinámica es fundamental en la adquisición de una cultura de salud (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1968).

Del mismo modo, es importante que el medio escolar cuente con los recursos necesarios para poner en práctica lo aprendido, lo cual puede lograrse mediante la construcción de una infraestructura favorecedora de la salud y la capacitación del personal docente en temas de salud. Asimismo, la vinculación de la escuela con otros organismos y grupos de la comunidad es fundamental en cuanto que amplía el acceso a servicios benéficos para la salud (Organización Mundial de la Salud, 1989).

Con base en lo anterior, se entiende que la educación para salud es la parte de la atención de salud que se ocupa de promover un comportamiento saludable, considerándose al comportamiento de una persona como una posible causa de un problema de salud, pero también como su principal solución. Asimismo, se comprende que esta educación no sustituye a los demás servicios de salud, sino que por el contrario se amalgama con los mismos al promover su adecuada utilización. Por lo tanto, la educación para la salud va más allá de proveer información, ocupándose de factores como la disponibilidad de recursos, la eficacia del liderazgo comunitario, el apoyo social de los miembros de la familia y los niveles de aptitud para la autoayuda (Organización Mundial de la Salud, 1989).

De este modo, queda claro que la escuela es uno de los principales escenarios educativos para el desarrollo de actividades de la educación para la salud al intervenir con personas que se encuentran en un periodo de formación física, psíquica y social con gran capacidad para el aprendizaje y modificación de hábitos. Asimismo, se hace hincapié en que la implementación de este tipo de programas requiere de objetivos que lleven a la reflexión y valoración de la salud tanto del individuo como del centro escolar. Es así que la educación para la salud en la escuela no solo debe propiciar el desarrollo de fuentes protectoras de la salud en los alumnos, sino también constituir un medio de abordaje holístico e integral de las problemáticas de salud de su comunidad.

Lo anterior con el fin de que los diferentes actores del contexto educativo comprendan y apropien actitudes y valores que orientan al desarrollo de responsabilidad y toma de decisiones sobre estilos de vida saludables.

CAPÍTULO 3
BIENESTAR PSICOLÓGICO Y
MOTIVACIÓN ESCOLAR

3.1 Salud mental positiva

Uno de los principales exponentes de la psicología positiva ha sido Seligman (2005), quien ha abierto un campo de estudio de enorme relevancia para la comprensión de todos aquellos conceptos relacionados al bienestar y la felicidad. Dentro de las principales características de este movimiento se encuentra el cese del énfasis en la enfermedad y la consideración de las experiencias y rasgos positivos que promueven el desarrollo humano y previenen la psicopatología. De este modo, a continuación se presentan algunos de los principales modelos que han sido considerados de los más comprensibles e integradores en cuanto a los factores que influyen en la salud mental desde una concepción positiva.

Por un lado, se encuentra la propuesta de Jahoda (1958), la cual representa el principal antecedente de la salud mental positiva, en ésta se exponen una serie de criterios para caracterizar un estado de salud mental, tanto en personas con trastornos mentales como en que aquellas sin estos. Dicha autora es considerada la precursora de la operativización de los componentes del término, estableciendo en su modelo las siguientes dimensiones y subdominios:

- a) Actitudes hacia sí mismo: Se incluyen en este criterio los subdominios de accesibilidad del yo a la conciencia, la concordancia yo real-yo ideal, los sentimientos hacia uno mismo (autoestima) y el sentido de identidad.
- b) Crecimiento, desarrollo y autoactualización: con los subdominios de motivación general hacia la vida e implicación en la vida.
- c) Integración: Hace referencia a equilibrio de las fuerzas psíquicas (entre el ello, el yo y el superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes), una visión integral de la vida y la resistencia al estrés.
- d) Autonomía: Se incluye a la autorregulación y la conducta independiente.
- e) Percepción de la realidad: Corresponde con una percepción no distorsionada, la capacidad de empatía o sensibilidad social.

f) Control ambiental: En este se incluye la capacidad de amar, de adecuación en el amor, el trabajo y el juego, adecuación en las relaciones interpersonales, eficiencia en el manejo de demandas situacionales, capacidad de adaptación y ajuste, así como la eficiencia en resolución de problemas (Vázquez y Hervás, 2008).

Otro modelo que ha tenido un fuerte impacto en la conceptualización de la salud mental es el desarrollado por Warr (1987), quién extrayendo los componentes más ampliamente reconocidos, propone un modelo flexible para su aplicación en diferentes contextos. En éste se distinguen cinco dimensiones que determinan el nivel de salud mental del individuo. En primer lugar, considera el bienestar psicológico, mismo que hace referencia al estado afectivo. Si su nivel es elevado estarán presentes sentimientos como el vigor, sosiego o alegría, pero si es bajo sentimientos de tensión, depresión o falta de energía. Si bien, las personas con una buena salud mental tenderán al primer tipo de sentimientos, incluso aquellas con los niveles más altos de bienestar, podrán experimentar los del segundo tipo, siendo el factor tiempo el que determine el que alguien tenga o no se encuentre saludable en este sentido (Gonzalez, 1994).

En segundo lugar, se encuentra la dimensión de competencia, la cual se refiere al grado en que el individuo cuenta con recursos emocionales, cognitivos y psicomotores para afrontar las exigencias del entorno. Ésta puede ser evaluada de forma subjetiva y objetiva, por lo que la competencia que una persona se atribuye puede o no coincidir con su manifestación objetiva, lo cual dependerá de la situación y la asociación de sentimientos negativos o positivos (González, 1994).

Otro de los elementos de la salud mental es la autonomía, la cual se relaciona con la capacidad de las personas para resistir a las influencias del ambiente y así determinar sus acciones y opiniones. Esta dimensión se considera como un continuo que abarca desde la dependencia extrema (excesivo conformismo) hasta la contradependencia extrema (rebelión e intolerancia), siendo el equilibrio entre estos dos polos lo que caracterizan un alto nivel de salud mental (González, 1994).

Uno más de los componentes que propone Warr (1987) es la aspiración. Ésta, al igual que las dimensiones anteriores se relaciona con la interacción sujeto-entorno y hace referencia a la medida en que el individuo presenta una conducta motivada y de compromiso con el entorno, encontrándose abierto a nuevas oportunidades y a poner empeño en alcanzar metas y desafíos bien definidos. Bajos niveles de aspiración se caracterizarían por la monotonía y la apatía y niveles altos por la decepción y frustración ante el conflicto entre lo que se es en un momento dado y lo que se desea ser (González, 1994).

El quinto componente de este modelo de salud mental llamado funcionamiento integrado, hace referencia a la persona como un todo y considera la interacción entre las dimensiones anteriores, siendo el equilibrio entre ellas una característica de la salud mental. Dicha integración es la que permite desarrollar la identidad y el sentido individualidad, presentándose a falta de ésta un estado de pérdida de control que afecta a todas las dimensiones del modelo (González, 1994).

Finalmente, cabe mencionar los determinantes ambientales que Warr (1987) considera en estrecha relación con la salud mental, pues a partir de éstos el individuo contará o no con las condiciones favorables para desarrollar las dimensiones abordadas.

- 1) El grado en que el ambiente ofrece oportunidades para ejercer control sobre las propias acciones;
- 2) grado de oportunidades para el desarrollo y uso de habilidades;
- 3) metas o demandas generadas por el ambiente que fungen como estimulantes de la actividad y posibilidad de logro;
- 4) variedad en las demandas del entorno con función estimulante;
- 5) claridad ambiental en cuanto al comportamiento predecible del ambiente y conocimiento sobre lo que se espera del propio individuo;
- 6) disponibilidad de dinero;
- 7) seguridad física;
- 8) grado de oportunidades de contacto interpersonal; y
- 9) una posición socialmente valorada (Gonzalez, 1994).

En relación con los anteriores modelos con énfasis en el aspecto positivo de la salud mental, el concepto de resiliencia toma importancia al ubicarse como un constructo que describe la capacidad de adaptación funcional de los individuos ante situaciones

adversas de la vida. En este sentido, la resiliencia considerada como un proceso dinámico vinculado a la interacción entre factores de riesgo y factores protectores internos y externos, es un término útil para explicar los mecanismos por los cuales las personas logran evitar resultados negativos ante condiciones que interfieren en el desarrollo y que pueden propiciar la aparición de trastornos mentales en la etapa adulta (Becoña, 2006).

Dentro los elementos que componen dicho proceso se encuentran, los atributos del propio individuo, los referentes a las características de la dinámica familiar y los relacionados con las cualidades del ambiente social. Sobre esto, Polk (1997) propone 4 patrones de este fenómeno. Por un lado, el disposicional, que se refiere a los aspectos físicos considerados como factores constitucionales y genéticos, así como a los psicológicos que tienen que ver con las características de la personalidad. El patrón relacional que involucra las características de los roles y las interacciones que producen en la red social. El patrón situacional que da cuenta de la forma en que se afrontan los estresores o situaciones de riesgo, el grado de valoración realista de la capacidad de actuar ante éstas y de reflexión sobre las posibilidades de desarrollo ante la adversidad; y el patrón filosófico, que se manifiesta por las creencias personales sobre la propia persona y los eventos.

La interacción de estos elementos según Becoña (2006) estarían asociados con habilidades específicas de afrontamiento emocionales, interpersonales, intrapersonales, académicas, laborales, de reestructuración, planificación y de resolución de problemas. De este modo, si se consideran los altos índices de pobreza en el país y la relación existente entre estos y situaciones adversas en las experiencias de vida de la población, es posible apreciar la importancia del proceso de afrontamiento y adaptación exitosa ante eventos traumáticos como la muerte de personajes significativos, el divorcio de los padres, abuso sexual, situaciones de calle, violencia intrafamiliar, familiares con abuso de sustancias, entre otros.

En estos enfoques teóricos la salud mental implica un estado emocional de bienestar, un modo de pensar compasivo hacia sí mismo y hacia los otros, expectativas de un futuro de logro, modos adaptativos de interpretar la realidad; así como el desarrollo de recursos de afrontamiento ante los problemas y sobre todo para el desarrollo del ser humano (Vázquez y Hervás, 2008).

Así, con base en el trabajo de Jahoda (1958) sobre el concepto de salud mental, en el cual se incluyen las características que definen un estado de salud mental positiva, se retoma en este trabajo el modelo de Carol Ryff (1989), en el cual se plantea al bienestar como el reflejo de un funcionamiento psicológico óptimo. Bajo dicho enfoque, tal como lo mencionan Vázquez y Hervás (2008), el balance entre las emociones positivas y negativas puede ser independiente del bienestar, por lo que una persona podría sentirse plena de bienestar psicológico y experimentar frecuentes emociones negativas debido a las condiciones de los contextos donde se desarrolla. Dicho modelo de Ryff plantea seis dimensiones básicas que delimitarían el bienestar: la autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Por lo anterior, este modelo constituye a su vez un marco para evaluar el desarrollo individual, la calidad de las relaciones y de los contextos.

Sobre esta línea, una vez abordadas algunas de las principales posturas sobre la salud mental desde una perspectiva positiva, se deja en claro la pertinencia de conceptualizar a la misma no solo a través de la sintomatología psicológica como en los enfoques tradicionales, sino también mediante la salud, haciendo énfasis en el estado de funcionamiento óptimo de la persona y no menos relevante en la defensa de la promoción y desarrollo del potencial del ser humano.

3.2 Bienestar psicológico y autodeterminación

En cuanto al estudio del bienestar Ryan y Deci (2001) consideran que existen dos principales tradiciones. Por un lado, aquella que corresponde al estudio de la felicidad, también llamada de bienestar hedónico o subjetivo, y otra relacionada con el desarrollo del potencial humano denominada de bienestar eudaimónico o psicológico.

La primera de ellas señala que el bienestar consiste en la felicidad subjetiva que tiene su origen en la experiencia de placer frente a displacer, así como en los juicios de valor sobre las cosas buenas y malas de la vida (Ryan y Deci, 2000). La segunda perspectiva se distingue por entender la felicidad como un estado de plenitud y armonía psicológica que supone el desarrollo de las potencialidades humanas (Muratori, Zubieta, Ubillos, Gonzalez y Bobowik, 2015).

Así, el enfoque de bienestar psicológico está en concordancia con la definición de Aristóteles sobre felicidad, quien la considera en su obra “Ética a Nicómaco” como los sentimientos que acompañan a un comportamiento en una dirección consistente con el desarrollo del verdadero potencial, ubicando su raíz en la expresión de la virtud. Del mismo modo, Waterman (cit. por Romero, Brustad y García, 2007) uno de los primeros autores en describir el bienestar psicológico relaciona a este tipo de bienestar con sentimientos de expresividad personal, gran implicación en las actividades de las personas, un sentimiento de estar vivo y realizado, sensación de plenitud ante la realización de una tarea y la sensación de que lo que hacemos tiene sentido.

Al respecto del bienestar psicológico, Carol Ryff (1989) argumenta que históricamente ha existido escasa base teórica, intentando definirlo como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo, de tal modo que el bienestar sería el resultado de una vida bien vivida. Así pues, como respuesta a esta carencia de caracterización del constructo, dicha autora propone un modelo multidimensional de bienestar psicológico, así como un cuestionario para medirlo (Ryff, 1995). El modelo consta de seis dimensiones que reflejan el grado de bienestar psicológico mediante retos que las personas se encuentran en su esfuerzo por funcionar positivamente: a) Se sienten bien

consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (Autoaceptación), b) han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás (Relaciones positivas con los otros), c) dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos (Control ambiental), d) han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal (Autonomía), e) han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos (Propósito en la vida) y, f) mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (Crecimiento personal) (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

En este punto es importante mencionar que uno de los referentes teóricos de este enfoque es la teoría de la autodeterminación, la cual enfatiza el proceso y la consecución de aquellos valores que hacen a los individuos sentirse vivos y auténticos, que los hace crecer como personas y no tanto a las actividades que brindan placer o apartan del dolor (Muratori, Zubieta, Ubillos, Gonzalez y Bobowik, 2015).

En este sentido, la teoría de la autodeterminación propuesta por (Ryan y Deci, 2000) postula tres necesidades psicológicas fundamentales innatas; de competencia, de autonomía y de relacionarse, que si no son satisfechas pueden repercutir en la motivación y la salud mental, con implicaciones dentro de los dominios del cuidado de la salud, la educación, el trabajo, la religión, el deporte, entre otras.

La competencia se refiere al sentimiento de confianza y eficacia en las interacciones del individuo con el entorno social y a la experimentación de oportunidades para ejercer y mejorar sus capacidades de forma plena. En cuanto a la necesidad de relacionarse, ésta hace alusión a un sentimiento de vinculación con los otros y de ser aceptado, así como a preocupaciones sobre el bienestar y la unidad de los miembros de la comunidad. Finalmente, la autonomía involucra que el individuo se perciba como la fuente de su propia conducta, interés e integración de valores, de tal modo que se experimenten como expresiones de su Yo (Moreno y Martínez, 2006).

De este modo, es de resaltarse la similitud de tres de las dimensiones del modelo de Ryff (autonomía, control ambiental y relaciones positivas con los otros) con las tres necesidades psicológicas básicas de la teoría de la autodeterminación. Así como el fundamento básico del humanismo en el que se basa dicha teoría, el cual considera al bienestar como consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo. De tal modo que un funcionamiento sano implica una adecuada satisfacción de las tres necesidades básicas mencionadas, además de la presencia de un sistema de metas congruente (Vázquez, Hervas, Rahona y Gómez, 2009).

3.3 Salud mental y motivación escolar

Si bien, la teoría de la autodeterminación se interesa por los factores que nutren el potencial y el desarrollo humano saludable, no olvida el tema de la psicopatología. Por ello, considera la relevancia de la alienación y la falta de autenticidad en la conducta de los sujetos, entendiéndolas como una socavación de la motivación intrínseca o como un fracaso de la internalización derivado de la deprivación de las necesidades psicológicas mencionadas. De este modo, los contextos que promueven conflictos entre las necesidades básicas establecen las condiciones para el distress o el bienestar, siendo las demandas, obstáculos y apoyos en sus contextos socioculturales cruciales en el resultado (Ryan y Deci, 2000).

En cuanto a la motivación, la teoría de la autodeterminación es un enfoque que intenta explicarla, entendiéndola a ésta como un conjunto de procesos implicados en la activación, dirección y persistencia de la conducta (Núñez, 2009). Desde esta perspectiva, se considera que las personas muestran rasgos positivos y persistentes en su naturaleza, tales como la curiosidad, la pro-actividad, el esfuerzo y el compromiso, estando en el mejor de los casos auto-motivadas, inspiradas e impulsadas a aprender. Sin embargo, a su vez reconoce que el espíritu humano puede ser mermado por las condiciones del contexto social en el cual los individuos se desarrollan y funcionan, por lo que también es posible observar individuos apáticos y alienados que rechazan el crecimiento y la responsabilidad (Ryan y Deci, 2000).

Acorde a esto, las investigaciones realizadas se han centrado en los factores que promueven y que obstaculizan los procesos naturales de auto-motivación y el desarrollo psicológico saludable, analizando el grado en que la conducta es voluntaria, es decir, la manera en que los individuos ejecutan acciones con un alto nivel de reflexión, compromiso y sentido de elección (Hernández y Barraza, 2013).

De este modo, con base en la interacción de las necesidades de autonomía, competencia y de relacionarse, y el ambiente, dicha teoría propone tres tipos diferentes de motivación que se sitúan a lo largo de un continuum (motivación intrínseca, motivación extrínseca y amotivación) y que son reflejo del grado de autodeterminación de la conducta (Núñez, Martín-Albo, Navarro y Grijalvo, 2006).

En lo que respecta a la motivación intrínseca, se considera a ésta como el prototipo de la tendencia humana hacia el aprendizaje y la creatividad, misma que desglosa en tres tipos diferenciados: a) La motivación intrínseca al conocimiento que hace referencia a cuando una persona realiza una actividad por el simple placer que experimenta al aprender cosas nuevas; b) la motivación al logro que se identifica con el compromiso hacia una actividad por la satisfacción que el sujeto experimenta al alcanzar una meta y alcanzar un nuevo nivel; y c) la motivación intrínseca a las experiencias estimulantes que se presenta cuando una actividad provoca estimulación y sensaciones positivas (Núñez, Martín-Albo, Navarro y Valencia, 2009).

En cuanto a la motivación extrínseca, ésta se divide en 4 tipos de motivación que dependen del grado de autonomía versus control. En primer lugar, se encuentra la de regulación externa, que es característica de conductas que son controladas por fuentes externas, tales como recompensas, refuerzos materiales u obligaciones, por lo que tienen una función instrumental. Enseguida se ubica la de regulación introyectada, en la que las conductas apenas comienzan a interiorizarse, la conducta sigue con control del ambiente, llevándose a cabo para evitar culpa o realzar el ego. En tercer lugar, ésta la de identificación, en la que la persona juzga la actividad como importante y aunque es por motivos extrínsecos, tales como las metas personales, ya se

encuentra reguladas en cierta manera a nivel interno y es percibida como una elección del propio individuo. El cuarto tipo es de la regulación integrada, en la que la conducta es más autodeterminada, presentándose cuando las acciones son congruentes con los valores y necesidades personales (Balaguer, Castillo y Duda, 2008; Núñez, Martín-Albo, Navarro y Valencia, 2009).

Por último, en el extremo del continuum se encuentra la desmotivación o amotivación, que hace referencia a la falta total de motivación intrínseca o extrínseca, al grado más bajo de autodeterminación y a la falta de intencionalidad para actuar. En ésta, ya sea porque el individuo no valora la actividad, no se siente competente para llevarla a cabo o no espera la consecución del resultado esperado, las personas pueden realizar la actividad sin propósito, experimentar efectos negativos como incompetencia, depresión, no buscar objetivos afectivos, sociales ni materiales (Moreno y Martínez, 2006).

Con respecto a los obstáculos socioculturales en el contexto educativo, es sabido que los docentes llegan a utilizar de forma indiscriminada una diversidad de términos para referirse a alumnos con sintomatología psicológica, tales como alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a trastornos graves de conducta, trastornos graves de personalidad o conducta, alumnado con necesidades educativas derivadas de patologías psiquiátricas, niños con TDAH, discapacidad intelectual, trastorno disocial, entre otros. Lo cual pone de manifiesto una escasa consistencia en los criterios diagnósticos de esta población y un etiquetamiento no inclusivo que puede influir negativamente en la satisfacción de las tres necesidades, la participación y la motivación escolar del alumno (Lezcano, 2013).

Lo cierto es que el entorno educativo no se encuentra lejano a una imagen distorsionada y prejuiciosa de las personas que tienen sintomatología psicológica, por lo que los estudiantes con estas características se enfrentan frecuentemente con muchas formas de discriminación, desprecio y rechazo social que les genera un gran sufrimiento, en ocasiones mayor que el derivado de los propios síntomas (Goffman, 2001). Asimismo,

existe una amplia gama de estereotipos que cataliza su discriminación, tales como: nunca se recuperan, son personas violentas, son impredecibles, son vagos no les gusta trabajar, entre otros, por lo que es posible apreciar la influencia negativa que se ejerce sobre la participación de los alumnos con sintomatología psicológica en la escuela (Lezcano, 2013).

Así pues, el compromiso y la autenticidad presente en la motivación intrínseca e integrada en la motivación extrínseca tienden a mermarse cuando las necesidades psicológicas básicas se ven comprometidas y a mostrarse con mayor frecuencia cuando las personas experimentan apoyo en sus contextos de desarrollo para la competencia, la autonomía y el relacionarse. En este sentido, Ryan y Deci (2000) señalan que para comprender estos fenómenos es necesario analizar los diferentes ambientes de desarrollo para estudiar el grado en el cual sus necesidades de competencia, autonomía y de relacionarse están siendo o han sido frustradas.

CAPÍTULO 4

LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

4.1 El mito de la salud mental comunitaria

Los orígenes del uso generalizado del término de Salud Mental Comunitaria se remontan apenas al año 1953, donde en un informe la OMS utiliza el término comunitario para referirse a aquellos hospitales mentales en los que se realizan no solamente ingresos hospitalarios sino donde también se desarrollan servicios ambulatorios. Asimismo, se ha empleado para referirse a reformas estructurales en las políticas de salud mental en diversas partes del mundo y a su vez como estandarte de movimientos en pro de la desinstitucionalización del hospital psiquiátrico, sin embargo, los alcances reales de su significado aún continúan esclareciéndose, dejando en el contexto actual de la salud mental, la necesidad de conjugación de la praxis, pensamiento, acción y reflexión (Moreno, 2002).

Respecto al modelo de salud mental comunitaria que ha sido retomado y recomendado como base para atención de la salud mental por diversas organizaciones internacionales entre ellas la OMS y la OPS, León (2002) menciona que este cuenta con una serie de principios que lo distinguen del modelo psiquiátrico tradicional.

a) Atención integral y continuada: Hace referencia a la consideración de los elementos contextuales, históricos, biológicos, psicológicos y sociales de los individuos, en cuanto a estructura, funciones y relaciones de convivencia grupal como la familia y la comunidad. En este sentido se considera al fenómeno psicológico como resultado de esta interrelación biosocial.

b) Diagnóstico comunitario y evaluación de las necesidades sociales de la salud mental: Señala la importancia del estudio de los problemas de salud mental de la población y sus necesidades, mediante el uso de la epidemiología y la evaluación cuanti-cualitativa de las necesidades de sociales.

c) Interacción entre el equipo de atención primaria de salud y la comunidad: Indica una postura no medicalizada y no profesional donde el individuo, la comunidad y los servicios

de salud se vinculen y participen conjuntamente en la solución de los problemas de salud mental.

d) Descentralización de los recursos materiales y humanos: Destaca lo prioritario de la forma de distribución de las funciones y responsabilidades entre la comunidad para llevar a efecto acciones de promoción, prevención y rehabilitación comunitarias.

e) La coordinación e integración funcional de los diferentes niveles del sistema de salud: Señala lo esencial de la vinculación entre los diferentes niveles de atención para la continuidad de cualquier tratamiento.

f) Estratificación de acciones: Hace referencia a la relevancia de la coherencia y armonía al delegarse acciones por los diferentes niveles del sistema, de forma que no se repitan acciones innecesariamente o se dejen espacios no cubiertos

g) La coordinación intersectorial: Remarca lo imprescindible de la participación de los diferentes sectores de la sociedad, tales como organizaciones, políticas, instituciones gubernamentales o no, instancias de educación, cultura, justicia, deportes y recreación, estableciéndose los principales vínculos por medio de los representantes locales.

h) Participación social: Resalta lo vital de la participación social en la detección de sus propias necesidades, así como en el diseño, planificación y accionar de tareas dirigidas a la solución de los problemas de la comunidad.

i) Integración de la prevención y la asistencia con la investigación: Señala lo importante de profundizar en el conocimiento de los problemas de salud mental locales, mediante la realización de investigaciones cuanti-cualitativas para el buen desempeño de la prevención y promoción de la salud en la comunidad.

j). Capacitación y transferencia de tecnología: Indica lo prioritario de la transmisión de herramientas de trabajo a los miembros de la comunidad, así como del entrenamiento básico relacionado a temas de salud mental (León, 2002).

Pese al auge y aceptación del modelo genérico anterior, en este punto es necesario distinguir entre el llamado mito de la Salud Mental Comunitaria y la noción de un nuevo paradigma basado en la apertura de espacios nuevos de reflexión y acción en torno a las prácticas de salud mental, siendo el primero una falacia que bajo la afirmación de la naturalidad del nuevo paradigma impide hacer alusión a la compleja interacción de factores que han modelado los cambios estructurales en la atención de los trastornos mentales. Es así, que el hablar de éste nuevo paradigma, no sólo conlleva ir más allá de la apertura, de la modificación organizacional de las instituciones y la multiplicación de las actividades terapéuticas, sino que implica resolver la tensión generada entre una voluntad tecnicista de mejorar un instrumento obsoleto, versus la voluntad crítica de superarlo y establecer algo nuevo, donde la comunidad sea vista como una fuente inagotable de recursos existentes, potenciales, materiales y humanos, deje de ser lo de afuera y se transforme en el objeto de la reflexión (Montenegro, 2011).

Comprender los alcances del concepto de salud mental comunitaria requiere entonces de una visión holística que permita el análisis de los fundamentos histórico-sociales que le asignan la distinción como marco interpretativo alternativo de la realidad, exige la crítica de los dispositivos ideológicos que legitimizan la estigmatización, así como la búsqueda de aquellos dispositivos que se crean en el discurrir de la experiencia y dan pie a la transmutación de las representaciones del malestar psicológico y de las formas de tratamiento (Galende, 1991).

De este modo, para dilucidar los alcances del término de salud mental comunitaria es necesario en un primer momento realizar una aproximación al concepto de comunidad, de tal modo que se comprenda el sentido y significado que tiene en este paradigma, y se aluda a las condiciones que configuran su estructura. Siguiendo a Causse (2009), quien realiza un análisis a partir de las concepciones socio-histórico-culturales y lingüísticas de comunidad, ésta se define como: “Grupo humano enmarcado en un espacio geográfico determinado que comparte, comunión de actitudes, sentimientos y tradiciones y unos usos y patrones lingüísticos comunes correspondientes

a una lengua histórica o idioma; con las características propias que le permiten identificarse como tal” (p.5).

La anterior definición esclarece los elementos estructurales y funcionales que conforman el concepto de comunidad. Los primeros se refieren a la consideración de la comunidad como un grupo con un espacio delimitado y regido por organizaciones o instituciones de carácter político, social y económico; y los segundos a la existencia de necesidades objetivas que consideran los aspectos sociales y psicológicos comunes para ese grupo (Causse, 2009). Sin embargo, debe aclararse el punto en que se conecta el término de comunidad con el de salud mental, así como sus implicaciones teóricas e ideológicas, de tal modo que se comprenda el cambio cualitativo en el abordaje de la salud mental y que sirva de eje orientativo sobre la dirección, posicionamiento de los actores, papeles e insumos del mismo.

Para esto, es preciso considerar la contraposición entre la ideología asilar de la atención psiquiátrica que defiende la separación de la persona de su comunidad, y la postura de la salud mental en la comunidad que tiene como principio central preservar o recuperar la capacidad de relación de las personas con los otros, sus semejantes. Ésto mantiene un fundamento racional, si se toma en cuenta que los trastornos mentales afectan la capacidad de enfrentar los conflictos de la vida y generar vínculos satisfactorios. La inclusión del término comunidad, se trata pues de un giro en la atención de la salud mental, en la que se pase de la práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad. De este modo, este cambio conlleva una ética que prepondere el respeto a la dignidad y derechos humanos, en la que el individuo y los otros dejen de ser pacientes-pasivos y se conviertan en un sujetos activos, partícipes y protagonistas de la atención a de la salud mental (Ardila y Galende, 2009).

Así pues, lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender el lazo social, donde la intervención y la interacción con los otros sea lo más próxima a la realidad social y cultural. Donde el individualismo deje de propiciar

desigualdades y grupos marginados, fomentándose la participación colectiva que rompa con el aislamiento que genera algunos trastornos mentales mediante cuidados psicosociales e investigación científica que coadyuve a comprender los avatares del sufrimiento mental y de los procedimientos para reparar la vulnerabilidad y los daños de la vida psíquica (Ardila y Galende, 2009).

En este sentido, es importante señalar que la salud mental comunitaria debe ser amplia y ocuparse de todos los tipos de trastornos en todas las edades y clases sociales, porque su énfasis está en el total de la comunidad y no solo en individuos y grupos particulares (Caplan, 1985). Considerar esto es fundamental para evitar caer en el llamado mito de la salud mental comunitaria. De aquí que este trabajo se centre no solo en la atención de trastornos graves de la personalidad, sino en todo síntoma psicológico que genere malestar en las personas.

Montenegro (2011) por su parte, realiza una crítica a los postulados predominantes en la salud mental comunitaria que es necesario considerar para evitar la falacia de cambio. Por un lado, señala que la política del sector o sectorialización de las reformas psiquiátricas anteriores, parecen no diferenciarse mucho de lo que se entiende actualmente por modelo comunitario en salud mental. Esto debido que en ambas posturas se hace referencia a la división de los servicios públicos de salud mental en un cierto número de sectores geográficos, donde no solo existe un lugar de hospitalización sino también una variada gama servicios de salud mental. Asimismo, resalta que esta ambigüedad denota contradicciones e intereses divergentes, donde la supuesta desinstitucionalización y su sustento científico parecen más una dispersión de esfuerzos con un norte común, que encuentran su unidad en el momento que es transformado en política pública de salud. Una segunda contradicción en el mito de la salud mental comunitaria es el habitual discurso de que el hospital tradicional psiquiátrico ha quedado como un vestigio del pasado y se está disolviendo en la sociedad, ya que salvo algunas pocas experiencias comunitarias en el mundo, los servicios psiquiátricos continúan siendo los principales medios de asistencia, donde se administran los cuidados, y se destinan los mayores recursos humanos y financieros. De este modo queda en evidencia

la problemática de la llamada psiquiatría comunitaria, puesto que el hospital psiquiátrico sigue ahí.

Desde esta perspectiva el lado problemático de la diferencia entre la institución y la comunidad es la misma institución, ya que la comunidad es lo que siempre estuvo ahí, es decir, el afuera de la institución. En este sentido el modelo médico o psiquiátrico se reproduce y se perpetua a pesar de los postulados de la crítica, lo cual se observa en la dificultad de vincularse con lo que no es; la comunidad. De ahí que los indicadores frecuentemente empleados en la eficacia de los servicios comunitarios, continúen siendo: el número de hospitalizaciones evitadas, las recaídas, las horas-cama, etc., proveyendo de legitimidad médica a estos servicios y por lo tanto reafirmando la auto-reproducción de aquello que parecía tan lejano. (Marcos y Topa, 2012).

En este punto Castel (cit. por Montenegro, 2011) menciona: “¿Una psiquiatría que toma verdaderamente en serio el estatuto concreto del paciente en la vida ordinaria (o comunitaria) es todavía la psiquiatría?” (p.12). De esta forma los servicios de salud mental más allá de suponer que el episodio represivo totalitario ha sido superado, debe encontrar a sus usuarios en un medio normal y natural, estableciendo una relación recíproca fuera de discursos de poder. Puesto que mientras la comunidad continúe siendo una especie de paciente de servicios que se ponen a su disposición (modelo comunitario) el camino seguirá dirigido por la institución.

En este sentido, García (1999) menciona una serie de conceptos innovadores que caracterizan de manera clara el cambio paradigmático de la salud mental comunitaria, los cuales son:

- a) Consideración de la salud y enfermedad como dos polos de un proceso con manifestación individual, que deviene de la integración entre la colectividad y el entorno.
- b) Una concepción integral del ser humano, donde la salud-enfermedad conlleva componentes biológicos, psicológicos y sociales.

c) Se habla ahora de la persona y no de una enfermedad como deficiencia de un aparato.

d) Existe una concepción ecológica del individuo, otorgándole gran relevancia a los aspectos relacionales consigo mismo y con otras personas.

e) Se considera a los trastornos mentales susceptibles de atenderse de manera preventiva, terapéutica y rehabilitatoria.

f) Cambia la expectativa sobre la evolución y cronicidad de los trastornos mentales. Se vuelve imperante la necesidad de considerar los problemas de salud de la comunidad y el entorno social, y no solo de quienes acuden a instituciones de salud.

g) Se toma en cuenta el ámbito territorial con el fin de obtener denominadores que permitan una mejor comprensión de las conductas anómalas, puesto que se considera que el comportamiento se configura, en gran parte, mediante la interacción ambiente/sujetos.

h) Cambia el objeto de estudio al sujeto y su relación con otros sujetos, constituyendo un contexto que exige la multidisciplinabilidad para la innovación y la introducción de nuevas tecnologías (García, 1999).

4.2 La inclusión comunitaria

Existen varias cuestiones que deben considerarse para comprender el sentido teórico de la salud mental comunitaria. Entre estas se encuentra, la crítica a la institución y el salto a un modelo social de inclusión comunitaria, en el cual la comunidad se transforme en el objeto de la reflexión. Para esto los espacios comunitarios deben devolver la humanidad a las relaciones sociales, articulándose valores y metas por la vía de la participación. Asimismo, es necesario que este modelo de inclusión no se contraponga al sustrato de creencias y valores de la comunidad, y que sea ese mismo

sustrato, el que module la forma de prestar servicios, e incluso que determine que existan o no. En este sentido, Montenegro (2011) menciona:

La planeación de servicios debe recoger e inspirarse en un conocimiento profundo de las pautas valorativas propias de las comunidades que se quieren servir. Un desafío enorme para la sociología y las ciencias sociales es asistir metodológicamente a los sistemas de salud pública para avanzar en esta dirección (p.16).

De este modo, se entiende que el modelo de inclusión comunitaria hace énfasis en aquellas formas de participación que deben ser parte de las condiciones de la democracia, estando el punto de partida de la participación en la medida que los individuos se sientan vinculados a una meta en común. Para lo cual se debe asumir la implicación total del modelo de salud mental comunitaria en los diferentes contextos, alejándose de la orientación científica desvinculada, y aproximándose a la inclusión mediante la asimilación como forma de articulación con la comunidad. En este punto, considerando todos los aspectos socioculturales de la misma y una visión de transformación emancipatoria de las prácticas sociales (Montenegro, 2011).

Considerando todo lo anterior y en espera de los aportes que esta investigación haga al constructo de salud mental comunitaria, se define a ésta de manera provisoria, como:

Aquella configuración social donde los miembros de una comunidad conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud mental de la misma comunidad, expresando sus aspiraciones y necesidades, y participando activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas... (Marcos y Topa, 2012, p. 13).

Sobre esta línea, Larban (2010) señala que el modelo de atención en salud mental comunitaria se caracteriza de la siguiente manera: Es público, en cuanto que el control

lo tiene la población sobre las acciones de atención, sin excluir la participación privada. Es comunitario, pues es de, en y para la comunidad, con participación de asociaciones y familiares en la gestión de los dispositivos asistenciales. Es racional, a que da respuesta a las necesidades de las personas y no está en función de una oferta de servicios. Es equitativo, al hacer énfasis en la proporcionalidad respecto al grado de necesidad y no respecto a criterios políticos o económicos. Busca la atención integral bio-psico-social, mediante la colaboración multi y transdisciplinar. Se sustenta en el trabajo en red psicosocial, en la búsqueda de la integración con el sistema de salud público, y en la capacitación y formación profesional constante.

4.3 Estigma y salud mental

Un aspecto inherente de la salud mental comunitaria es el papel de las actitudes sociales hacia las personas con trastornos mentales, así como la consiguiente preocupación por los efectos de éstas sobre su posibilidad de integración a la sociedad. Si bien, el estigma parece ser un fenómeno que se presenta en todas las sociedades con bases biológicas, psicológicas y sociales, lo cierto es que conlleva una serie de complicaciones y repercusiones tanto para las personas afectadas que ven violados sus derechos, limitadas sus oportunidades y deteriorada su situación; como para el sector de la sociedad que se priva de aprovechar las posibles contribuciones de la minoría excluida (López et. al, 2008).

En este punto es importante diferenciar entre estereotipo, prejuicio y discriminación. El primero de éstos se relaciona con lo cognitivo y hace referencia al conjunto de creencias sobre los atributos asignados a un grupo, es decir la expresión y racionalización de un prejuicio, ubicándose en la memoria de los individuos. Los prejuicios por otro lado, se vinculan principalmente con lo afectivo, al ser el afecto o la evaluación negativa del grupo, y finalmente la discriminación está relacionada con lo conductual, en la que se presenta una conducta de falta de igualdad en el tratamiento dado a las personas por pertenecer al grupo en cuestión (Morales y Huici, 1996). Así pues, los estereotipos se conceptualizan como cuadros en la cabeza que hablan sobre

aspectos de la realidad que no son necesariamente observados, dicho de otro modo, hablan del mundo antes de verlo, siendo el propio medio social el que establece las premisas para categorizar a los grupos (Rengel, 2005).

En este sentido, la Secretaria de Salud (2013) considera que los trastornos mentales están inseparablemente vinculados al tema de los derechos humanos, ya que el estigma y la discriminación frecuentemente llevan a violaciones de los mismos con repercusiones intensas y profundas en las personas y sus familias. Ante esta situación, gran parte del sufrimiento que sobrellevan los individuos con trastornos mentales tienen su raíz en la marginación y rechazo social que deben soportar y no en la sintomatología por sí misma. Dicha estigmatización tiene su origen en una percepción social de los trastornos mentales sesgada por el desconocimiento y la desinformación, la cual genera aislamiento y desesperanza en las personas afectadas.

En este punto es importante considerar que el fenómeno de la estigmatización es comúnmente inconsciente y está basado en concepciones erróneas arraigadas colectivamente, es decir, en prejuicios y estereotipos sobre la capacidad de funcionamiento social de las personas con trastornos mentales. Dichas actitudes son fomentadas no solo por los medios de comunicación, sino también por los profesionales socio-sanitarios, al centrarse con regularidad en la patología y no en la persona. Esta perpetuación del estigma es reforzada incluso por la propia familia, puesto que puede llegar a negar a la persona la posibilidad de reinserción social ante la vergüenza que supone el estigma (López et. al, 2008).

Sobre lo anterior Davis (citado por De la Cuesta, 1995) menciona que ante una crisis de salud, la reacción de la familia y/o la comunidad tiene una gran influencia sobre el momento en el que se busca ayuda para el individuo, así como sobre las actitudes hacia la sintomatología, cuestiones que considera de importancia crucial para la recuperación. Esto deja en claro la importancia de la percepción que tiene la familia sobre el tema de la salud mental, puesto que en la medida en que ésta se encuentre permeada por el estigma, habrá menor o mayor probabilidad de que la persona reciba la atención

requerida. Por tales motivos, es fundamental el trabajo que se hace con las familias y la comunidad para la modificación de los prejuicios, mediante el argumento de injusticia, crueldad y falta de una base científica de dichas ideas preconcebidas (Secretaría de Salud, 2013).

Por otra parte, al respecto del estigma y su relación con el paradigma de la salud mental comunitaria, Montenegro (2011) menciona que la inclusión del concepto de comunidad en el término, hace referencia a los posibles espacios de solidaridad donde los individuos pueden evitar el aislamiento social. De tal modo que se debe asumir que el estigma y la exclusión resultante no son solo vestigios de una etapa supuestamente superada, sino que son un elemento clave para la comprensión de las dinámicas psicosociales presentes en la sociedad.

De este modo, el cambio paradigmático no debe ser considerado solo como una oportunidad para que las personas con trastornos mentales se relacionen con los demás sectores de la sociedad, sino que debe significar la creación de un espacio de reflexión que busque construir los caminos y puentes que permitan incluir la diversidad en nuestra cultura.

4.4 Diversidad y escuela inclusiva

Es bien sabido que cada individuo cuenta con cualidades cognitivas, afectivas y conductuales distintas que constituyen la riqueza de la diversidad humana, sin embargo, esto no siempre implica la existencia de una cultura inclusiva en las escuelas. El problema radica en la dificultad de superar los referentes de la escuela tradicional en los que el docente tiene que enseñar y no educar, dejándose de lado en ocasiones las relaciones humanas y la convivencia democrática (Melero, 2004).

Es un hecho que en nuestro país como en otras partes de América Latina, pese a los avances en la cobertura de la educación, hoy en día continúan existiendo desigualdades educativas en función del estatus socioeconómico, la cultura o las

características individuales de los alumnos. En este sentido, diversos colectivos con normas, valores, creencias o comportamientos distintos a los de la cultura dominante, pueden ver limitadas sus posibilidades de aprendizaje y de participación, o incluso ser excluidos y discriminados. Por ello, es fundamental que la creación de escuelas inclusivas que fomenten la integración social y una cultura de paz basada en el respeto y la valoración de las diferencias, para así evitar que diferencias de cualquier tipo se conviertan en desigualdades educativas y posteriormente en desigualdades sociales (Booth, Ainscow, Black-Hawkins, Vaughan y Shaw, 2000).

Al respecto de la inclusión, Booth y Ainscow (Citado por Duk y Murillo, 2011) la plantean como un:

Proceso de mejora sistemático del sistema y las instituciones educativas para tratar de eliminar las barreras de distintos tipos que limitan la presencia, el aprendizaje y la participación del alumnado en la vida de los centros donde son escolarizados, con particular atención a aquellos más vulnerables (p.12).

Sobre esta línea, la presencia hace alusión a la escolarización en escuelas regulares, a los índices de asistencia y al tiempo que participan con otros alumnos en el salón de clases. El aprendizaje, al mejor logro y rendimiento académico posible según las características de cada persona; y la participación al nivel de oportunidades de participación en condiciones de equidad en las situaciones educativas y experiencias de aprendizaje, así como a la posibilidad de ser reconocido, convivir y sentirse parte de la comunidad escolar (Duk y Murillo, 2011).

De este modo, la inclusión no hace referencia únicamente al acceso de todos los alumnos a las escuelas comunes, sino también a la eliminación o minimización de las barreras que limitan su aprendizaje y participación. Para lo cual es necesario tomar en cuenta la oferta curricular, la gestión escolar, las estrategias de enseñanza-aprendizaje que se utilizan en el aula y las creencias de los profesores, entre otros, puesto que son factores que pueden favorecer o dificultar el desarrollo, aprendizaje y participación en el proceso educativo (Booth, Ainscow, Black-Hawkins, Vaughan y Shaw, 2000).

Con base en lo anterior, queda claro que convivir y actuar según un enfoque de inclusión social es un proceso que requiere el involucramiento, acciones coordinadas, así como la unificación de criterios de todos y cada uno de los actores sociales de los diferentes sistemas que influyen en el desarrollo del individuo, desde el ámbito gubernamental hasta los docentes y las familias. Asimismo, para que esto sea posible, es necesaria una sociedad también incluyente y democrática que permita a todos sus miembros la participación en igualdad de condiciones en la vida política, económica, social y cultural (Juárez, Comboni y Garnique, 2010).

Así pues, una sociedad incluyente debe brindar oportunidades para todos, aceptar en su seno a todas las personas, sin discriminación, exclusión ni limitaciones para su desarrollo personal y comunitario, convirtiendo a la diversidad humana en capitales sociales, culturales y simbólicos. En este sentido, la escuela tiene un papel fundamental en la transformación y tránsito hacia una sociedad de equidad y justicia, al constituir el pivote para la construcción de un modelo de democracia, libertad, tolerancia activa y creativa, dicho de otro modo, de aceptación y de respeto total a las diferencias (Juárez, Comboni y Garnique, 2010).

Sobre esta línea, una escuela de todos y para todos, propiciará una sociedad de todos y para todos, en la que la heterogeneidad significará aceptar la diversidad como un elemento de progreso y riqueza de la colectividad. Por ello, es necesaria una educación ética críticamente reflexiva con el mundo de las emociones, cuyo fin no sea reprimirlas, sino ennoblecirlas y reconducirlas hacia fines positivos, así como una formación en la que se mezclen los contenidos culturales con el mundo de los sentimientos, de las emociones y de las actitudes (López, 2004).

Por lo anterior, la función educativa de la escuela inclusiva es respetar las diferencias entre el alumnado y educarlos para que sean personas autónomas física, personal, social y moralmente, como protagonistas que son de sus sentimientos, pensamientos y actuaciones. Asimismo, dicho compromiso con una cultura de la diversidad implica considerar a la cooperación, la tolerancia, la democracia y la

humanización como virtudes esenciales del centro educativo, rompiendo así con el deseo permanente de clasificación (López, 2004).

4.5 Modelo genérico de salud mental comunitaria en la escuela

Con base en los principios de la salud mental comunitaria presentados por León (2002), García (1999) y Marcos y Topa (2012), así como en lo propuesto por Haro (2000) sobre el papel del autocuidado y el sistema etnomédico en la atención informal de la salud mental de la población, se presenta a continuación un esquema de variables involucradas en la gestión de los dispositivos de atención de la salud mental en la escuela, formales e informales. Asimismo, se aclara que el modelo funge únicamente como eje orientador para la construcción de una teoría fundamentada en los datos que se derivará del método de comparación constante de Glaser y Strauss (1967). En este sentido, se hace hincapié en la teorización (codificación abierta, axial y selectiva) que permitirá explicar las interacciones de los individuos involucrados en cada uno de los procesos, dando como resultado de esta investigación, una matriz secuencial-condicional de la salud mental comunitaria en el contexto escolar.



Figura 1. Esquema del modelo genérico de salud mental comunitaria en la escuela.

CAPÍTULO 5

EL MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO

5.1 Modelo ecológico de Bronfenbrenner

El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) aparece en escena como una concepción teórica que permite complementar los enfoques de investigación tradicionales,

ampliando la visión sobre los obstáculos, las oportunidades del ambiente y el notable potencial de los seres humanos para responder de una manera constructiva al medio circundante. Dicho postulado concibe al ambiente como algo que va más allá de la situación inmediata que afecta directamente el desarrollo y conducta de los individuos, incluyendo la interrelación de sistemas funcionales que pueden modificarse y expandirse. Asimismo, atribuye gran importancia a la influencia de las conexiones y vínculos entre las personas y los entornos, considerando incluso aquellos donde la persona quizá no entre nunca, por lo que permite considerar los aspectos del ambiente, tanto inmediatos como remotos; ambos críticos para el desarrollo cognitivo, emocional y social de la persona.

Bajo esta concepción bio-ecológica, Frías, López y Díaz (2003) consideran al desarrollo como:

Un fenómeno de continuidad y cambio de las características bio-psicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. El elemento crítico de este modelo es la experiencia que incluye no sólo las propiedades objetivas sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en ese ambiente (p. 16).

En este ambiente y el complejo de interrelaciones que se establece, Bronfenbrenner (1987) distingue cuatro estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. El primero de ellos se denomina microsistema, el cual se constituye por el contexto más inmediato en donde el individuo participa activamente, usualmente conformado por la familia. Éste corresponde al nivel más interno del modelo y se refiere a las relaciones más próximas de la persona, pudiendo desempeñar un papel positivo o disruptor en el desarrollo (Bronfenbrenner, 1987)

En segundo lugar, se ubica el mesosistema, el cual hace referencia al complejo de las interrelaciones entre los distintos escenarios (microsistemas) de la persona en una

determinada etapa de su vida. Es así que meso al significar “en medio” alude al conjunto de sistemas que atañen al individuo, posibilitando el estudio de lo que sucede entre ellos, su descripción, explicación y configuración. De este modo, dicho elemento del modelo ecológico permite considerar la importancia de las interacciones entre la familia, la escuela y el grupo de iguales del adolescente (Aguiar y Acle-Tomasini, 2012).

En tercer lugar se encuentra el exosistema, integrado por contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, tales como el mundo de trabajo, la comunidad, las relaciones sociales informales y los servicios públicos, para por ultimo dar paso al macrosistema, configurado por los sistemas y manifestaciones de los patrones de la ideología y la organización de las instituciones sociales comunes a una determinada cultura o subcultura (Bronfenbrenner, 1987). En este sentido Frías, López y Díaz (2003) consideran que: “La integración en la sociedad es parte de la aculturación de los individuos a las instituciones convencionales, las normas y las costumbres” (p. 17).

Un estudio que ilustra lo anterior, es el realizado por Frías, López y Díaz (2003), en el cual haciendo uso del modelo ecológico como marco explicativo de la génesis y mantenimiento de la conducta antisocial en adolescentes mexicanos, encontraron que efectivamente se relaciona directamente con la conducta antisocial las interrelaciones de los diferentes sistemas del entorno del adolescente (micro, exo y macrosistema). De este modo dejan en evidencia que los contextos más amplios afectan a los más próximos en términos del desarrollo psicológico. Asimismo, pusieron de manifiesto que el contexto cultural afectaba la manera en la que los individuos se relacionaban entre sí dentro del contexto escolar y en el vecindario, y al mismo tiempo que el ambiente del vecindario influía en las relaciones familiares, y éstas en la conducta antisocial.

De este modo, siguiendo a Bronfenbrenner (1987), la presente teoría proporciona un esquema conceptual unificado pero muy diferenciado que permite el análisis de las interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan directamente al individuo, haciendo posible concebir el estudio de la salud mental comunitaria en adolescentes escolares bajo una perspectiva holística e integradora, que permita la

consideración de la complejidad del entramado de sistemas, componentes y actores que intervienen en las prácticas sociales de atención de la salud mental. En este sentido dicho autor considera que: “Este esfuerzo de integración constituye el primer paso necesario para el estudio sistemático del desarrollo humano en su contexto humano” (p.30).

Asimismo, cabe mencionar que dicho enfoque ecológico propicia la reorientación del punto de vista convencional de la relación entre la ciencia y la política oficial, haciendo énfasis en la tesis de que la ciencia necesita a la política oficial aún más de lo que la política oficial necesita a la ciencia, señalando así la necesidad de una integración funcional entre estos dos campos. De igual forma, hace hincapié en lo esencial del análisis de las políticas sociales y el conocimiento de las suposiciones ideológicas que limitan los modelos de investigación imperantes, los cuales considera también se han visto sesgados por el discurso social dominante (Bronfenbrenner, 1987).

5.2 Microsistema

En lo que respecta a los diversos sistemas del modelo ecológico del desarrollo y su impacto sobre la salud mental del adolescente, la investigación ha dado una especial relevancia a los contextos familiar y escolar, siendo sus características e interrelación los puntos de mayor interés. Dicho énfasis se encuentra sustentado en el postulado de que los diferentes contextos y niveles del modelo ecológico dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta y comunicación entre ellos. De este modo el microsistema es un escenario concreto que comprende un entorno físico, emocional y de interrelaciones que se dan entre las personas (Choque, 2009).

5.2.1 Familia

Aunado a la lucha con los cambios físicos y emocionales, los adolescentes hoy en día deben enfrentar transformaciones sociales como la globalización y condiciones como la pobreza sobre las que pareciera no tienen ningún control y que en muchas ocasiones

los obligan a asumir funciones y responsabilidades propias de los adultos. Estas condiciones tienen su origen en factores económicos, políticos y sociales que han provocado la modificación de las redes sociales de apoyo tradicionales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2002).

Ante esto, se ha producido un remodelamiento de la estructura familiar, en la que en ocasiones son los mismos adolescentes los que deben fungir el rol de padres, ya sea por embarazos en esta etapa o por la ausencia de otras figuras dentro de la familia. Asimismo, personajes de la familia extensa pueden llegar a ocupar el papel de uno o ambos padres, lo cual complejiza la labor educadora y socializadora que la familia idealmente debería llevar a cabo (Portilla, 2014).

Sobre esta línea, la amplia literatura existente sobre el tema de familia coincide en que ésta es el núcleo donde se establecen las bases de la personalidad y la principal fuente socializadora. De este modo, la familia, es considerada el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida, en cuyo seno los individuos adquieren los primeros hábitos que posibilitan la conquista de la autonomía (Torío, Peña y Rodríguez, 2008). Asimismo, las habilidades y valores sociales requeridos por el individuo para una sana convivencia se adquieren en la familia, por lo que constituye el principal soporte que posibilita interacciones sociales y resolución de conflictos de manera asertiva (Portilla, 2014).

Debido a esto, el interés de las investigaciones se ha dirigido principalmente al estudio de las relaciones entre la estructura familiar, las estrategias de socialización en las prácticas de crianza y el desarrollo psicológico de los hijos (Vílchez, 2007). En este punto es importante señalar que en el estudio de los estilos de socialización se tiende a considerar dos dimensiones; una relacionada con el tono emocional de las relaciones, en la cual se hace énfasis en el grado de intensidad de la comunicación entre padres e hijos y la expresión afectiva; y otra vinculada a las conductas disciplinarias que los padres ponen en marcha para dirigir y controlar las conductas de los hijos.

Así, dependiendo del nivel de comunicación e implicación emocional, se configuran diferentes estilos de crianza que podrán caracterizarse ya sea por una mayor comunicación, implicación afectiva, comprensión y apoyo, o por un mayor uso de medidas coercitivas y menor implicación en la educación de los hijos (Torío, Peña y Rodríguez, 2008).

Sobre lo anterior, diversos estudios han demostrado que un ambiente familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación con los padres constituye uno de los factores de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de síntomas psicológicos en los adolescentes, principalmente depresivos, de ansiedad y estrés (Estévez, Musitu, y Herrero, 2005). De igual forma se ha encontrado que la violencia en el hogar y el maltrato de los padres hacia los hijos conducen a un empobrecimiento del ambiente familiar, generándose problemas en el desarrollo y manifestaciones conductuales negativas, tales como conducta antisocial o autodestructiva (Frías, López y Díaz, 2003).

De este modo, debido a situaciones como la falta de acompañamiento de los padres por la necesidad de laborar jornadas muy extensas, dinámicas relacionales disfuncionales y violencia intrafamiliar, los adolescentes pueden asumir o aprender patrones inadecuados de comportamiento que se expresen en deficientes competencias sociales, bajos niveles de autonomía y autoestima (Portilla, 2014).

Por otro lado, es importante mencionar que el establecimiento de vínculos afectivos cercanos con una comunicación abierta, clara, razonable y empática ha mostrado tener un efecto protector en la salud mental del adolescente, influyendo de forma positiva en su desarrollo (Estévez, Musitu y Herrero, 2005). Al respecto, un estudio transcultural realizado con adolescentes de 14 años de Estados Unidos, Australia, Colombia, la India, Palestina y Sudáfrica, puso en evidencia que en todas las culturas en las que se establecen relaciones estrechas, recíprocas y empáticas entre padres e hijos, los adolescentes presentan mayor iniciativa social y menor sintomatología de trastornos mentales. Asimismo, se encontró que cuando los padres no pueden cumplir su rol y

satisfacer las necesidades de sus hijos, la familia extensa, la comunidad, la escuela y el grupo de iguales cobran enorme relevancia al convertirse en la fuente de este tipo de vínculos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2002).

Como se ha revisado, al hablar de familia no puede evitarse referirse a la salud, pues en ésta se aprenden modos de vida que la favorecen o perjudican por medio de la cultura y su influencia en el tipo de autocuidados y comportamiento general. Asimismo, es preciso considerarla como contexto proveedor de atención y cuidados. En este sentido, se ha comprobado que los familiares constituyen la principal fuente de ayuda que tienen las personas con trastornos mentales, documentándose el importante impacto que tiene la manera en que la familia maneja y afronta las crisis de salud (De la Cuesta, 1995).

Lo cierto es que la familia no es un sustituto de los servicios profesionales, sino que a su vez es un contexto que requiere de atención debido a los efectos que puede tener sobre su salud mental el hecho de fungir como cuidadores. Al respecto, Moreno et al. (2004) mencionan que en la labor de cuidador es posible que se presente el denominado estrés traumático secundario, caracterizado por frecuente tensión, alteraciones familiares, aislamiento social, agotamiento y por consiguiente precaria salud física y mental.

Con base en lo anterior, queda claro que los cambios sociales impactan no solo en la socialización primaria en la familia durante la cual se internaliza la cultura, y se estabiliza en un segundo momento la personalidad, sino que también repercute en la lógica con la cual se explican y se atienden las conductas que son foco de alarma social. Como resultado de esto, se han producido modificaciones en las prácticas sociales de atención a la salud del adolescente, en las que frecuentemente pueden generarse exigencias poco apropiadas hacia las familias, las cuales entorpecen su potencial como fuente de factores protectores de la salud (Comellas et al., 2013).

De este modo, se pone de manifiesto la necesidad de analizar en profundidad las necesidades reales del adolescente y la familia como proveedora de cuidados, así como las demandas institucionales hacia los familiares. Asimismo, queda clara la importancia de la educación y la coordinación intersectorial, puesto que son un medio por el cual pueden superarse las visiones que fragilizan las prácticas de atención y cuidado que se producen en el seno familiar y en otras instituciones.

En este sentido, la escuela como un segundo contexto fundamental en la educación y socialización de los individuos, se posiciona como uno de los principales escenarios que permiten el análisis de las interacciones más significativas que influyen en el desarrollo psicológico y social de las personas.

5.2.2 La escuela

El contexto escolar ha sido identificado como un sistema que influye de manera importante en el desarrollo psicológico de los adolescentes. Es éste el lugar en donde los individuos se entrenan para las relaciones sociales e interactúan con las normas sociales de la comunidad. Así, por medio de las políticas de socialización en la escuela y las prácticas sociales sobre las mismas, el individuo aprende de las acciones de los integrantes del sistema (Frías, López y Díaz, 2003).

Es en la adolescencia cuando debido al cambio social, la familia va perdiendo su función socializadora, transmitiéndose a la escuela dicho papel. Por ello dicho contexto, más allá de proveer información necesaria para el cumplimiento de las exigencias sociales, tiene una función en el desarrollo de la identidad y de habilidades para la construcción de una vida con sentido y con una convivencia democrática y justa. De este modo, por medio de un amplio currículo para el desarrollo conocimientos y habilidades formales, así como de un currículo oculto compuesto de otra multitud de lecciones informales, es que la escuela propicia la adquisición de valores sociales y la configuración de personalidades adaptativas, que permiten la formación de ciudadanos críticos y activos de la sociedad a la que pertenecen (Contreras, 2012).

Con base en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, Choque (2009) señala que el microsistema en el sistema educativo, se refiere al entorno inmediato de cada individuo, comprende un marco institucional concreto, un entorno físico, emocional y de interrelaciones entre las personas. Así, el microsistema está conformado por la escuela, en la que interactúan los estudiantes, los profesores, los materiales educativos y el espacio físico y social. Asimismo, en este lugar se llevan a cabo actividades educativas y recreativas que tienen como objetivo el desarrollo integral de las personas, dependiendo en gran manera el éxito o fracaso de la acción educativa de las conexiones con el contexto que rodea al centro escolar.

En relación a esto, la investigación sobre las escuelas eficaces en alcanzar sus objetivos educativos, ha identificado factores que intervienen en el logro o fracaso de los mismos. Entre las variables principales consideradas como indicadores de calidad se encuentra; el establecimiento de buenas relaciones y coparticipación con la comunidad, relaciones estrechas con las familias y la participación activa de las mismas en las políticas del contexto escolar (Parra, 2004).

Sobre esta línea, el mesosistema en el campo educativo estaría compuesto por otros entornos inmediatos en donde los miembros de la escuela participan, tales como los espacios donde interactúan permanentemente los individuos y la familia. En cuanto al exosistema, éste se refiere a los diferentes entornos que influyen sobre la escuela y en los que las personas no participan directamente. Aquí se encuentra a la política educativa local, los servicios públicos, el trabajo en el que la familia participa activamente, la influencia de los medios de comunicación local, la organización de la comunidad, entre otros. De este modo, la escuela integra cuatro elementos de todo ecosistema: población, medio ambiente, tecnología y relaciones organizadas (Choque, 2009).

De este modo, la escuela como se ha revisado, constituye una unidad funcional en la que todo influye en todo, por lo que la vinculación con los sectores próximos, tales como la familia, el sistema de salud, el municipio, las asociaciones estudiantiles,

deportivas, artísticas y culturales, es de gran importancia en cuanto a que existe una influencia recíproca.

5.2.3 Grupo de iguales

Otro elemento clave en el microsistema es el grupo de iguales, puesto que la literatura lo ha ubicado como un contexto socializador que ejerce una influencia importante sobre el desarrollo. Siguiendo a Contreras (2012) se entiende por grupo de iguales a los grupos de compañeros que comparten la misma edad, ciertos intereses y/o una adscripción social similar. Dicho grupo tiene una gran capacidad de formar conductas en sus miembros, puesto que en éste se produce una amalgama de identificaciones, no solo escolares en este caso, sino también familiares que responden a exigencias culturales específicas. Así, mediante la identificación con el grupo de iguales, los adolescentes tienen sus ideas sobre cómo comportarse, siendo en el entramado de relaciones y expectativas subculturales que se construye su identidad, y determinados esquemas sobre la realidad social que orientan su existencia (Llinares y Benedito, 2007).

Sobre esto, Casas y Ceñal (2005) mencionan que en la adolescencia:

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad (p. 23).

En concordancia con lo anterior, Harris (citado por Contreras, 2012) afirma que los adolescentes sienten profunda inclinación hacia los otros de su clase y ésta se define principalmente por su edad. De ahí que es común que se presenten conflictos entre la educación y las normas que establecen los adultos, ya sean padres, docentes u otros personajes con autoridad, con aquellas que se establecen dentro del grupo de iguales.

Otro elemento importante, es la forma en que los individuos aprenden cosas sobre sí mismos, lo cual logran por medio de la comparación con quienes comparten una categoría social. El grupo es pues el ámbito propio para desarrollar la capacidad de socialización y de autonomía, por lo que queda claro que éste es uno de los pilares fundamentales en el desarrollo psicológico de los seres humanos (Contreras, 2012).

De este modo, el grupo de iguales como construcción de individuos sociales e interdependientes producen significados y símbolos, así como una identidad social. Ahora bien, es importante resaltar que en esta función socializadora, puede llegar a presentarse la conformación de grupos con conductas transgresoras, los cuales se ha documentado frecuentemente están compuestos por personas de entre 13 y 21 años de edad. Dentro de las transgresiones más típicas que se llevan a cabo en grupo, se encuentran las relacionadas con el contexto escolar, los delitos de estatus, actos vandálicos, agresiones y riñas, las cuales encuentran su punto culminante en la adolescencia media. En este punto, cabe aclarar que pese a esta concepción de determinados grupos de iguales con actitudes disruptivas en la adolescencia, éstos mantienen una cualidad transicional entre el mundo familiar de la infancia al mundo institucional de la vida adulta, jugando un papel relevante en el aprendizaje de los roles futuros. En este sentido, en estos grupos los adolescentes van complementando la redefinición de su identidad, integrándose al final de la adolescencia progresivamente a las normas socialmente aceptadas (Llinares y Benedito, 2007).

Así pues, los datos muestran que tanto el contexto familiar como el escolar se relacionan entre sí, de tal modo que los problemas de comunicación en el primero pueden influir en la aparición de problemas de comportamiento y ajuste social en la escuela, reforzando formas de interacción que propician la aparición de sintomatología psicológica. De igual forma, en diversos estudios, ha quedado en evidencia que la baja autoestima escolar se encuentra relacionada con sintomatología depresiva y estrés psicológico, síntomas psicósomáticos y de ansiedad (Estévez, Musitu y Herrero, 2005). Sobre estos hechos, cabe mencionar, se ha demostrado que la existencia de reglas

claras, justas y democráticas de convivencia en dichos contextos, es un factor fundamental que impacta el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros (Rodríguez y Torrente, 2003).

5.2.4 El docente

Como se ha revisado, el papel de educar y proveer las condiciones adecuadas para el desarrollo de los adolescentes recae principalmente en la familia y la escuela. Si bien, son los padres las figuras esenciales en la función educativa y socializadora del seno familiar, en el caso de la escuela, es el docente el actor clave que fungirá como agente socializador y por lo tanto constituye a otro de los principales protagonistas del microsistema del estudiante. Así pues, el profesor no solo es un transmisor de conocimientos y valores que impactan la formación del estudiante, sino que es representante de una filosofía educativa particular en la solución de problemas (Prieto, 2008).

De este modo, si se considera que la función de educar del docente conlleva además de enseñar, informar y formar, la preocupación por la integridad de las personas (Vainstein y Rusler, 2011), es posible comprender la responsabilidad que tiene sobre asegurar que todos los estudiantes se beneficien por igual de la educación. Por tales motivos, éste y otros personajes como directores y personal especializado (psicólogos, orientadores vocacionales y trabajadores sociales) cuentan con la posibilidad de intervenir oportunamente ante las diversas contingencias de tipo psicosocial que pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida de los estudiantes, en las redes sociales de la comunidad escolar y en la consecución de los fines de la educación (Guglielmino, 2010).

Al respecto del profesorado, es preciso mencionar que se le atribuye una gran gama de funciones dentro de la escuela, las cuales van a determinar la imagen que los padres tienen sobre la institución, así como como el alcance de su trabajo como mediador en el proceso de formación de las personas. Entre las más relevantes se

encuentra su papel como instructor y especialista en una materia cuyos contenidos debe dar a conocer. Su lugar como educador, en el sentido de ser aquella persona capaz de formar al alumno desde una perspectiva global que tome en cuenta su desarrollo personal. Su participación en la solución de problemas, atendiendo a los conflictos que presenta el alumno, ya sean cognitivos o psicológicos. La función de anexo familiar, que se refiere a aquellas ocasiones en que el docente debe suplir el apoyo emocional que no provee la familia; y finalmente su papel como mediador ante situaciones conflictivas relacionadas con la realidad familiar que rodea al menor (Prieto, 2008).

Si bien todas las funciones mencionadas son muy importantes, es de resaltar el lugar primordial que el docente tiene en el tema de la salud mental de los estudiantes, puesto que se encuentra dentro de un marco institucional que como ningún otro reúne condiciones especiales para la identificación y derivación de personas con síntomas psicológicos. Esto debido a que en la escuela los adolescentes pasan gran parte de su tiempo, estableciendo vínculos de confianza con los docentes que hacen posible su aprendizaje y la observación de su desarrollo. Asimismo, es en este contexto donde se ve favorecido el sentido de pertenencia y la convivencia, lo que permite que salgan a la luz situaciones problemáticas que se manifiestan mediante la palabra, la conducta, los juegos y las producciones de los estudiantes (Vainstein y Rusler, 2011).

Es así que el docente es participe de la detección, toma de decisiones a nivel institucional y seguimiento de los casos que pueden requerir atención, constituyendo el primer puente a los servicios de atención externos a la institución escolar, tales como equipos de orientación, salud mental, servicios sociales, entre otros. En este punto cabe mencionar que en dicha labor la OMS (2001) señala que el docente debe estar atento a cualquier cambio repentino en el adolescente, considerando la presencia de situaciones tales como; la falta de interés en las actividades cotidianas, un descenso general en el desempeño académico, disminución del esfuerzo, comportamiento inadecuado en el aula, ausencias injustificadas, fumar excesivamente, beber o consumo de otras drogas, así como de incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía.

Lo anterior con el objetivo de ubicar a los estudiantes que se encuentran en riesgo de aflicción mental y social, pudiendo así alertar al personal especializado y al equipo docente del centro escolar. Asimismo, se recomienda la capacitación y sensibilización del personal docente para abordar estos temas con empatía y respeto, puesto que pueden llegar a presentarse conflictos entre los docentes y el resto del personal escolar, dado que carecen de las habilidades específicas requeridas. De igual forma se hace hincapié en el fortalecimiento de la salud mental de todos los miembros de la institución escolar, para los cuales el lugar de trabajo puede en ocasiones percibirse agresivo y generador de tensiones (OMS, 2001).

5.3 Exosistema

Ahora bien, el exosistema al considerarse como el entramado de contextos en el que el adolescente no participa activamente, incluye todas aquellas relaciones sociales informales con las instituciones mediadoras entre el individuo y la cultura. Entre estos contextos se encuentran la comunidad o vecindario, los servicios públicos y comunitarios, el sistema religioso, los medios de comunicación, las instituciones recreativas y las encargadas de la seguridad pública (Frías, López y Díaz, 2003).

5.3.1 Servicios de salud e instituciones circundantes al contexto escolar

Al hablar de escuela como una comunidad educativa integrada por docentes, alumnos, padres de familia y miembros del entorno social, se está haciendo alusión a que esta institución no queda limitada a los actores inmediatos involucrados en el proceso formativo de los individuos, sino por el contrario se encuentra en una permanente dinámica de relaciones. Sobre esto, la relación que mantiene la escuela con los agentes externos a ella, cumple una función importante en el desarrollo e implementación de propuestas y alternativas de acción enfocadas a la inclusión educativa y la formación integral de los estudiantes (Krichesky, 2006). De este modo, la posibilidad de que no solo los padres y los habitantes de la localidad, sino también el sistema de salud, las organizaciones gubernamentales, las asociaciones civiles, clubes, entre otros, sean

participes de los objetivos de la escuela, es un punto de partida para solución de las problemáticas sociales, entre ellas las relacionadas a la salud mental.

Sobre esta línea, sin duda alguna los servicios de salud públicos tienen un papel fundamental en el tema de la atención de la salud mental de los miembros de la institución escolar. Sin embargo, históricamente y aún en la actualidad continúa vislumbrándose una tendencia del sistema de salud a la medicalización, la cual ha propiciado una disminución de la capacidad de las personas para cuidarse a sí mismas (cuidados legos), haciéndolas dependientes los servicios denominados de salud. Así pues, todo tipo de problemas y adversidades de la vida, se vuelven cada vez más objeto de diagnóstico, socavando los recursos y desautorizando a las personas para manejar y atender situaciones de salud. Por ello, es de vital importancia el tipo de relaciones que se establecen entre los usuarios y los servicios de salud, debiéndose reconocer el rol de los individuos, las familias y los miembros de la comunidad escolar en el cuidado y promoción de la salud, y no como consumidores de los servicios de salud (De la Cuesta, 1995).

Ahora bien, siguiendo la línea sobre el cambio del tipo de relación entre la escuela y los agentes de los sistemas de salud, el término de ciudad educadora tiene importancia al permitir la revisión de dicha relación desde la perspectiva de la teoría ecológica, señalando la necesidad de una integración en red de los sistemas formales e informales de la sociedad. Ciudad educadora hace referencia entonces a un proyecto de ciudad en la que las instituciones dejan de fungir únicamente como un recurso externo y asistencial, convirtiéndose en un sistema formativo integrado por la familia, la escuela, el sistema de salud, los entes locales, las asociaciones civiles, el mundo laboral, las iglesias y los medios de comunicación (Parra, 2004).

Sobre esto, Pérez (2005) menciona que:

Familia y la escuela dejaron de desempeñar su papel exclusivo en la educación para pasar a compartirlo con muchas otras instituciones y colectivos tanto públicos como privados que

manifiestan cada vez de un modo más claro su incidencia sobre los ciudadanos y frecuentemente con efectos educadores (p.132).

En este sentido, frente a una ciudad neoliberal, comunicante, intolerante y culturalmente dogmática, el concepto de ciudad educadora provee una serie de tesis que son importantes considerar para comprender el papel de los sistemas circundantes al contexto escolar, entre las cuales se encuentran:

1) La necesidad de combatir las patologías sociales, culturales y existenciales; 2) El llamado a una concepción ecosistémica mediante el establecimiento de interconexiones culturales; 3) Importancia de responder a las demandas formativas de la colectividad y de estimular nuevas demandas sociales, culturales y de valores, 4) Consideración de un pluralismo de saberes, valores y códigos culturales mediante potenciales aulas descentralizadas, a modo de un laboratorio socio-cultural, constituido por bibliotecas, pinacotecas, ludotecas, mediatecas, y por centros culturales, recreativos, deportivos, talleres de teatro, musicales, pictóricos, científicos, y también campos de juego, espacios juveniles, entre otros; 5) Relevancia de que las familias aumenten su participación y colaboración, sensibilizando a sus hijos sobre el valor de la diversidad; 6) Importancia de que los entes locales (ayuntamientos) y regionales en su función político-institucional coordinen macroproyectos que impliquen a instancias públicas y privadas, gestionando servicios socio-culturales cuando los barrios carezcan de los mismos; 7) Relevancia de que las organizaciones ciudadanas y no gubernamentales construyan una red interrelacionada de microproyectos dirigidos a población en situación de vulnerabilidad y gestionado por los mismos usuarios; 8) Prioridad de una búsqueda de convivencia armoniosa y de solidaridad entre la escuela y las instituciones del entorno; y 9) Prioridad de ver en el alumno el modelo y símbolo de una cultura de la individualidad y de la diversidad (Parra, 2004).

Con base en lo anterior, se aclara la importancia de la relación entre los sistemas públicos y privados con la escuela, pudiendo estos ser una fuente de recursos humanos, tecnológicos y pedagógicos que coadyuven al cumplimiento del objetivo principal de la educación, es decir; el desarrollo integral del ser humano. Así pues, la coparticipación de

los miembros e instituciones circundantes a la institución escolar, no solo amplía el acceso a servicios de salud, recreativos y culturales en la población escolar, sino que a partir de ésta se transforma la relación tradicional entre escuela e instituciones en una red de cooperación política que impacta como parte del exosistema en el desarrollo de los individuos.

Finalmente, con base en lo expuesto en el presente capítulo se muestra a continuación un esquema que ubica a los integrantes de micro y exosistema del adolescente en la escuela que son considerados para esta investigación, así como el entramado de interacciones que postula la teoría ecológica, y que serán explicadas en torno a la atención de la salud mental del adolescente.

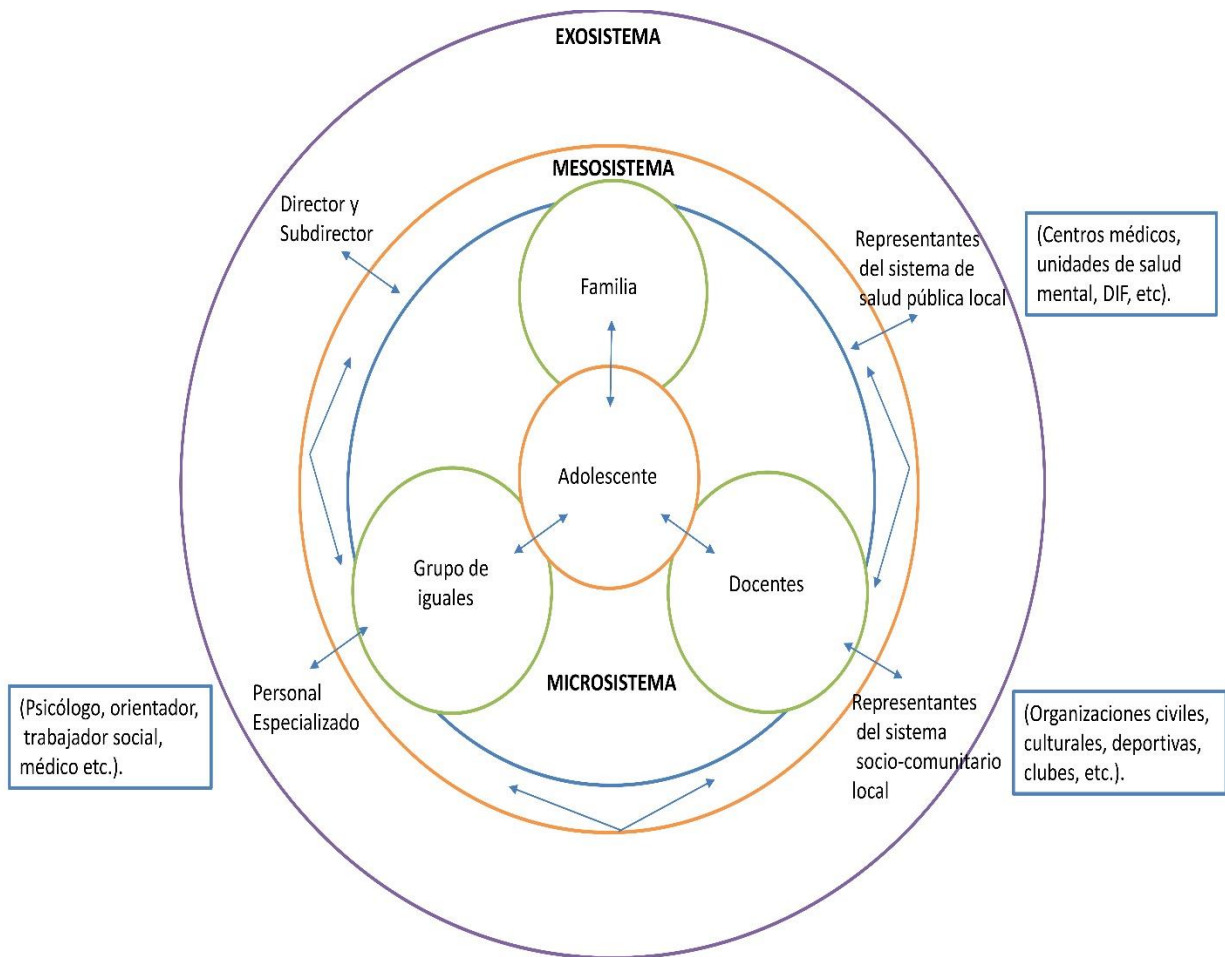


Figura 2. Esquema de interacciones de los integrantes del micro y exo sistema del estudiante de bachillerato.

5.3.2 Teoría de sistemas

En la actualidad el discurso científico comienza a distinguirse por actitudes que hacen énfasis en lo que llaman totalidad, es decir sistemas de varios ordenes no comprensibles por la investigación de sus partes aisladas, tales como fenómenos que no pueden descomponerse en acontecimientos locales, interacciones dinámicas manifiestas en la diferencia de conducta de partes aisladas o problemas de organización. Dichos sistemas cabe mencionar se encuentran en todas las ramas de ciencia, ya sea estudien objetos inanimados, organismos vivientes o fenómenos sociales (Bertalanffy, 1976).

En este sentido, es importante señalar que la tecnología y la sociedad modernas se han vuelto muy complejas, por lo que los sistemas presentes en la realidad, entendidos como conjuntos de elementos en interacción de cierto todo (dado o construido), requieren de un abordaje desde un paradigma científico holístico e integrador. En este punto los postulados de la teoría general de sistemas (TGS) permite justamente el estudio de las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen, siendo a través del análisis de las totalidades y las interacciones internas de éstas y las externas con su medio que se constituye como una valiosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos en los diferentes campos del saber. Bajo esta teoría, en la realidad (sistema total) se producen hechos que no pueden ser explicados mediante el estudio y análisis separado de cada una de sus partes (Johansen, 1993).

Asimismo, esta perspectiva estimula formas de trabajo transdisciplinarias en cuanto que busca formular y derivar principios válidos para todos los sistemas en general, en tanto el isomorfismo que se produce en los diferentes ámbitos disciplinarios. Por ello, rompe con los caminos tradicionales de aproximación científica atomista y reduccionista, orientando fecundamente la interrelación y comunicación entre especialistas y especialidades (Arnold y Osorio, 1998).

Esta propuesta es valiosa para todo tipo de ecosistemas en múltiples niveles en los que es de utilidad una visión científica de sus dinámicas, entre ellos la institución educativa, puesto que en realidad lo sucede dentro de este contexto son problemas de sistemas, o dicho de otro modo, de interrelaciones entre un gran número de variables. Si se toma en cuenta que al hablar de educación no sólo se está haciendo referencia a valores científicos, es decir, a la comunicación e integración de hechos, sino también a valores éticos, que contribuyen al desarrollo psicológico de los individuos, la investigación desde la TGS puede servir para hacer justicia a la complejidad y a las propiedades socioculturales de la escuela, fomentándose una mirada unificadora y la formación de generalistas científicos (Bertalanffy, 1986).

Así pues, la TGS se interesa por los problemas de relación, de estructuras y de interdependencia, haciendo especial hincapié en los sistemas abiertos como la escuela, en la que la dinámica y la interacción recíproca con elementos y sistemas del entorno son sus principales características. Al respecto del entorno Luhmann (1987) menciona:

Los sistemas no sólo se orientan ocasionalmente o por adaptación hacia su entorno, sino de manera estructural, y no podrían existir sin el entorno. Se constituyen y se mantienen a través de la producción y el mantenimiento de una diferencia con respecto al entorno, y utilizan sus límites para regular esta diferencia (p.51).

Así, el pensamiento de sistemas enfatiza la aparición de propiedades emergentes no deducibles de los elementos del sistema por separado, siendo éstas el resultado de las interacciones y competencia entre los elementos del sistema y el entorno (Navarro, 2001). Bajo esta perspectiva entonces, la salud mental comunitaria en la escuela debe ser abordada desde una visión holística y a la vez sintética, de modo tal que pueda comprenderse el conjunto de relaciones que la conforman en su globalidad y en su particularidad.

Por otra parte, es preciso explicar algunos de los conceptos principales de la teoría de sistemas, puesto que estos sirven de referencia para estructurar la direccionalidad y flujo de los intercambios entre los elementos del micro y exo sistema del adolescente en la escuela. Asimismo, posibilitan el ordenamiento secuencial-condicional de las interacciones entre los sistemas y el ambiente.

Así pues, todo sistema abierto requiere importar recursos o insumos (energía) del medio para que pueda funcionar, siendo a través de su corriente de entrada (input) que el sistema recibe lo necesario para su subsistencia. Dicha energía tiende a comportarse con la ley de la conservación que postula que la cantidad de energía que permanece en un sistema es igual a la suma de la energía importada, menos la suma de la energía exportada. Sin embargo, cuando hablamos de información ésta no responde de igual manera, sino que al pasar por los centros receptores y canales de comunicación se comporta de acuerdo a la ley de los incrementos en la que hay una agregación neta de información en la entrada y la salida no la elimina del sistema, e incluso la salida puede aumentar el total de la información del sistema. Dicha información entra en parte como producto de las decisiones de los individuos, siendo la “variedad” el número de estados posibles que puede alcanzar un sistema según estas formas de comunicación (Johansen, 1993).

Ahora bien, tomando en cuenta que todo sistema tiene una función, en el caso de los creados por el hombre, estos tienen por objetivo proveer bienes o servicios, por lo que la energía importada sirve para mover y hacer actuar los mecanismos y procesos que permiten la misma. Así, la energía es transformada en un producto, que tiene que pasar por subsistemas antes de serlo, pudiendo ser las corrientes de entrada y salida positivas o negativas en cuanto a su utilidad. A esto se le denomina ciclo de actividad. Asimismo, otro concepto importante es el de la comunicación de retroalimentación que hace referencia a la información que señala como el sistema está siendo eficiente para la búsqueda de su objetivo, siendo los bucles una forma de introducir nuevamente al sistema información con el fin de corregir las acciones necesarias para cumplir la función del sistema (Bertalanffy, 1976; Johansen, 1993).

De este modo, la elaboración de una teoría sobre la salud mental comunitaria en la escuela conlleva la consideración de su ciclo de actividad, los atributos o propiedades estructurales y funcionales del sistema y sus elementos, la circularidad de los procesos de causación, así como los caminos y flujo de información que llevan al equilibrio y a la organización del sistema. Es así que el presente trabajo está dirigido a la construcción de un modelo que persigue identificar relaciones sistémicas complejas, o dicho de otro modo, las interrelaciones más o menos estables entre las partes o componentes del sistema, las cuales constituyen la estructura del mismo. Por lo anterior, se sigue la esencia modelística sistémica de la simplificación mediante el esquema input-output del patrón de relaciones con sus flujos, intercambios, asociaciones y coherencias que definen los estados posibles (variabilidad) para el sistema (Arnold y Osorio, 1998).

Para finalizar, cabe mencionar que la TGS al estar interesada en la complejidad organizada, señala que solo es posible evaluar el "nivel de organización" de un sistema, si se describe el nivel de complejidad que se da en la red de relaciones del sistema dado. En este sentido, siguiendo a Rapoport (citado por Saxe, 1989) una teoría estructural de un sistema estará constituida por la totalidad de afirmaciones que relacionan los valores de las variables, siendo la dinámica aquella que indica como los cambios en algunas variables dependen de los cambios de otras, deduciéndose de ésta la conducta del sistema conforme pasa de un estado a otro.

Sobre esta teorización Bertalanffy (1976) menciona que las dificultades no están sólo en la complejidad de los fenómenos sino en la definición de las entidades consideradas. Así, las ciencias sociales al ocuparse de sistemas socioculturales deben estudiar las realidades tomando en cuenta que los fenómenos no son más el que el fruto de fuerzas sociales presentes en un universo creado por el hombre y que se llama cultura. Por lo anterior, partiendo del lenguaje, cuestiones tales como la ciencia, el arte, la moral, la religión, las leyes y el estatus social, se encuentran gobernadas por entidades simbólicas que al igual que las físicas pueden ser abordadas desde la teoría general de sistemas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios epidemiológicos muestran una importante prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial, calculándose alrededor de 450 millones personas afectadas por los mismos. Asimismo, en México se estima que una de cada cuatro personas tendrá alguna historia de padecimiento durante su vida, siendo la pobreza uno de los principales factores relacionados con problemas de salud mental, la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos y bajo control en las familias (Sandoval, 2005).

En este sentido la falta de justicia social se presenta como una de las principales problemáticas en el país, estimándose una población de 52.0 millones de personas viviendo en pobreza multidimensional (46.2% de la población total), de los cuales se distribuyen 40.3 millones en moderada y 11.7 millones en extrema (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013). Se aprecia así la gran cantidad de personas que no sólo tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno mental, sino que en muchas ocasiones ni siquiera tienen acceso a servicios de salud públicos adecuados en sus localidades.

De igual forma cabe mencionar que existe una amplia gama de factores de vulnerabilidad frecuentemente presentes en la población mexicana, tales como la necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, el cambio de los roles tradicionales, la disminución de la comunicación familiar, la violencia, la inseguridad, la farmacodependencia, vivienda inadecuada y la sub-nutrición por mencionar algunos (Sandoval, 2005).

La adolescencia en este punto aparece como una etapa de la vida protagonista en el desarrollo psicológico de los individuos, caracterizada por el cambio y el conflicto, se constituye como un momento de crisis y transición, donde se configura un ambiente de riesgo que puede propiciar la aparición de conductas de riesgo que pueden poner en peligro la salud integral del individuo, siendo necesario precisar que dichas conductas se

conciben como síntomas de origen bio-psico-social con una estrecha relación con la salud mental y el ambiente circundante (Corona, 2011).

Aunado a lo anterior, sí se toma en cuenta que alrededor del 50% de la sintomatología de los trastornos mentales, tienen su inicio antes de los 21 años de edad y menos del 14% de los adolescentes con dicha sintomatología en los últimos 12 meses reciben algún tipo de tratamiento en el mismo periodo de tiempo, es posible apreciar la clara insuficiencia de los servicios de salud mental dirigidos a este sector poblacional (Medina et al, 2003).

Ahora bien, cuatro quintas partes de la población adolescente se encuentra estudiando y sólo el 4% del tratamiento a adolescentes con síntomas psicológicos es administrado como parte de los servicios de la escuela (Sandoval, 2005). De este modo, dicha institución constituye un escenario en el cual se evidencian las prácticas sociales en salud mental, reproduciendo los comportamientos, las actitudes y los valores que se originan fuera de ella, evidenciándose a su vez el potencial de su papel en la prevención, detección y atención de la salud mental.

Sobre la misma línea, debe considerarse que la escuela configura un espacio en el que los adolescentes pueden aprender o reafirmar formas de resolución de problemas inadecuadas, tales como la agresión, los prejuicios, la discriminación, la exclusión social, el consumo de sustancias, entre otros. En este sentido, la escuela tiene la capacidad de proveer tanto un ambiente potencialmente de riesgo, como también de protección, al articularse lógicamente con otros sistemas de apoyo al individuo (Blanco, Yubero y Larrañaga, 2007).

De este modo, la escuela también ocupa un lugar fundamental en el análisis de las políticas públicas, no sólo por ser un lugar donde pueden ser observados los efectos de las mismas, sino por facilitar el estudio del conjunto de interacciones que mantienen sus componentes con los sentidos y los significados que los integrantes de este sistema atribuyen al tema de la salud mental, convirtiéndose así en un eje de análisis

imprescindible en el conocimiento de la realidad que subyace al discurso social (Tenti, 2008).

Por otro lado, en Morelos, al igual que en otros estados del país en correspondencia con los avances a nivel mundial y la recomendación de organismos como la OMS y OPS, fue aprobada en 2013 la Reforma a la Ley General de Salud y al Sistema de Salud Mental, la cual contempla la creación de nuevas estructuras de atención centradas en la comunidad. En ésta misma se establece que la salud mental no sólo se refiere a la ausencia de enfermedades y trastornos, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social en el bienestar del individuo, permitiendo el equilibrio mental enfrentar eficazmente el estrés de la vida cotidiana y realizar aportaciones que benefician a la sociedad.

Ante este panorama, el concepto de salud mental comunitaria ocupa un papel fundamental en los cambios estructurales de los servicios de salud mental. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados aún existen vacíos teóricos sobre los verdaderos alcances del término, dado que actualmente este nuevo paradigma continúa mostrando la perpetuación un modelo médico no corresponsable y asistencialista. Esto puede observarse en la predominancia de estudios enfocados a la intervención, epidemiológicos y de cambios en las políticas públicas, los cuales han dejado de lado las implicaciones del cambio ideológico de la inclusión comunitaria. Mismo que hace alusión al respeto de los derechos humanos, la eliminación del estigma y el papel de las prácticas de atención que realiza la comunidad para solucionar los problemas de salud mental de su misma población.

En este punto, Bronfenbrenner (1987) a partir de su modelo ecológico argumenta que; la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las relaciones sociales entre éste y otros, de la participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos, por lo que se presenta como una plataforma de estudio sistemático de las interacciones que se dan entre los elementos de los diversos sistemas que impactan en el desarrollo psicológico de los individuos. Así pues, permite abordar la

estructura de las interacciones que se establecen entre los integrantes del ecosistema del adolescente escolar para atender su salud mental.

En este punto es importante aclarar en esta investigación se hará énfasis en los síntomas psicológicos entendidos como manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales de origen bio-psico-social que generan malestar en el individuo, y no en un intento de catalogación o clasificación de las personas en determinados cuadros clínicos (Corona, 2011).

De este modo, la perspectiva ecosistémica da la pauta para una aportación teórica sobre las maneras en que se producen y se conforman las prácticas de atención a la salud mental en estudiantes de bachillerato, permitiendo generar un modelo explicativo que coadyuve al conocimiento de los significados y estructura de interacciones dentro del micro y exosistema del adolescente en un contexto escolar con el fin de facilitar la resolución de los problemas de salud mental de la misma comunidad.

Con base en lo anterior, las preguntas que guían esta investigación son las siguientes:

¿Cuál es el nivel de los síntomas psicológicos, el bienestar psicológico y la motivación escolar en dos muestras de estudiantes de bachillerato?

¿Qué sentidos y significados otorgan los integrantes del microsistema y exosistema a la atención de la salud mental del estudiante de bachillerato?

¿Cuál es la estructura de las interacciones de los integrantes del microsistema y exosistema en la atención de la salud mental del estudiante de bachillerato?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL: Generar un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato.

El objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1: Determinar el nivel de síntomas psicológicos, el bienestar psicológico y la motivación escolar en dos muestras de estudiantes de bachillerato.

Objetivo 2: Analizar e interpretar los significados y sentidos emergentes que otorgan los integrantes del microsistema y exosistema a la atención de la salud mental del estudiante de bachillerato.

Objetivo 3: Estructurar y explicar la dinámica de interacciones del microsistema y exosistema en la atención de la salud mental del estudiante de bachillerato.

JUSTIFICACIÓN

Dada la instauración del nuevo paradigma de la salud mental comunitaria en el sistema de salud pública en México, la compleja red de interrelaciones entre los diversos sectores y actores de la sociedad. Así como, la alta prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en la población adolescente, se considera de gran importancia construir un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en adolescentes escolares. De tal modo que se obtenga conocimiento sobre la estructura de las interacciones de los integrantes del microsistema y exosistema del adolescente, aunado a la integración de los recursos tangibles e intangibles disponibles en los servicios de salud mental existentes, los obstáculos y los sentidos emergentes que orientan a la comprensión integral del término de salud mental comunitaria.

Cabe mencionar que formaciones sociales como la familia, e instituciones como la escuela, representan los mecanismos de mediación y los tramites a través de los cuales los condicionamientos de la sociedad se enlazan de un modo articulado e incisivo, con la esfera individual (Gairín, 1996), por lo que esta investigación no sólo abordará analíticamente un complejo conjunto de relaciones y prácticas que impactan la atención de la salud mental dentro y fuera de la escuela, sino que permitirá conocer desde diversas perspectivas, la realidad de una sociedad que imperantemente requiere reflexionar sobre su papel en la alta prevalencia de trastornos mentales, aportando de este modo información valiosa para la reivindicación de la dirección que cada uno de sus elementos ha tomado en la actualidad.

Asimismo, esta investigación tendrá un gran valor teórico y práctico en el sentido de que la organización escolar y los encargados de crear políticas públicas contarán con un modelo explicativo que les permitirá fortalecer la planeación y evaluación de estrategias de intervención en salud mental con estudiantes de bachillerato. Esto tiene una enorme relevancia, sí se considera el enorme impacto económico y social de los trastornos mentales, los cuales se relacionan según la OMS (2011) con el 20% del gasto

total en salud pública y constituyen 6 de las 10 principales causas de años de vida saludable perdidos (AVISA) en México.

Por otra parte, en lo que se refiere a su viabilidad, es sumamente probable que las instancias públicas y privadas, así como las comunidades escolares se interesen por participar en un proyecto que esquematiza y mejora su visión sobre el rol que fungen en el tema de la salud mental de su población, cubriéndose de este modo los requerimientos de tiempo, espacio y recursos materiales y humanos para su realización.

Finalmente, respecto a su utilidad metodológica, este trabajo se destaca por poder aportar un dispositivo de evaluación y análisis de los procesos y prácticas de atención a la salud mental en adolescentes. De este modo, se deja en claro las implicaciones y la relevancia de llevar a cabo esta investigación, no sólo por estar dirigida a una población en riesgo que el marco jurídico prioriza, sino por la trascendencia y utilidad de su producto para el bienestar de la sociedad.

SEGUNDA PARTE

MÉTODO

6.1 Diseño de la investigación

La presente investigación se llevó a cabo mediante un método mixto, utilizando tanto el enfoque cuantitativo como el cualitativo, dado que se considera que no existe una contraposición o conflicto entre ambos paradigmas, sino por el contrario un continuo complementario que permite la aportación de mejores formas de explicación de los problemas sociales (Valles, 2000). En este sentido dicha decisión se fundamentó en la necesidad de comprender una realidad compleja en la que convergen diferentes integrantes del microsistema y exosistema (adolescentes escolares, docentes, padres de familia, directivos de la institución escolar y representantes del sistema de salud y el sistema socio-comunitario local), siendo pertinente el empleo de un diseño que integra diferentes miradas disciplinares y rompe con la tradición académica de considerar ajena una a la otra (Uribe, Covarrubias y Uribe, 2009).

Cabe mencionar que ambos paradigmas se entremezclan o combinan en el proceso de investigación, agregando complejidad al diseño de estudio, pero a su vez contemplando todas las ventajas de cada uno de los enfoques y eliminando los sesgos que implica el empleo de una metodología aislada (Pereira, 2011).

Asimismo, siguiendo a Creswell (2003) se especifica que en este estudio se empleó un diseño de método mixto con estatus dominante y de orden secuencial cuantitativo → CUALITATIVO. En cuanto al tipo de estrategia seguida, la investigación respondió a la estrategia secuencial explicativa con integración de datos en la interpretación y cuyo énfasis está en explicar e interpretar relaciones.

Cabe aclarar que el estatus dominante hace referencia al lugar predominante del enfoque cualitativo, dada la necesidad de profundizar en la compleja red de interconexiones que supone la construcción de un modelo ecológico de salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato y de comprender la realidad desde el punto de vista de los diferentes integrantes del microsistema y exosistema. De igual forma, la dimensión secuencial señala que por cronología en la aplicación fueron contemplados

dos estudios, uno cuantitativo y posteriormente uno cualitativo que se nutrió del primero (Creswell, 2003).

El primer estudio cuantitativo fue de tipo transversal descriptivo y correlacional, con respecto a la situación actual de los síntomas psicológicos, el bienestar psicológico y la motivación escolar en estudiantes de bachillerato. El segundo estudio, el cual fue de tipo cualitativo estuvo basado en la perspectiva de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002), empleándose la técnica de la entrevista semi-estructurada con sus respectivos guiones de entrevista, de tal modo que se desarrollara una teoría fundamentada en la recogida, triangulación y análisis sistemático de datos, que ofreciera interpretaciones abstractas de relaciones empíricas, así como afirmaciones condicionales sobre las implicaciones de las mismas fundamentadas en los datos.

Finalmente, es importante señalar que el diseño de esta investigación se concibe bajo el argumento de la ontología del método, en el cual según Rodríguez y Valldeoriola (2009):

El investigador debe realizar la selección de técnicas para la recogida de datos abandonando, de una vez por todas, posicionamientos metodológicos apriorísticos y centrándose en la interrelación del problema de investigación, los objetivos planteados y el contexto donde se desarrollará el proceso, constituyendo así un método de investigación propio y singular (p. 16).

6.2 Enfoque epistemológico

La presente investigación, al estar basada en el método propuesto por Strauss y Corbin (2002) para la elaboración de una teoría fundamentada en los datos, cuenta con bases epistemológicas específicas que es necesario enunciar para comprender este tipo de aproximación científica a los fenómenos sociales.

Así pues, la teoría fundamentada se encuentra sustentada en la perspectiva del interaccionismo simbólico cuyos máximos representantes son George H. Mead y Herbert Blumer. El primero de estos autores comienza enfatizando el interés por el estudio de las interacciones humanas, visualizando a las palabras del lenguaje y los gestos como símbolos que constituyen el cimiento de la vida social. De este modo, lo importante para la comprensión de la realidad es el significado subjetivo de los actos humanos y el proceso por el cual los individuos se comunican con elementos simbólicos compartidos, que a su vez dan pie a la conformación del yo y la conciencia (Mead, 1991).

Para Mead (1991) entonces, la unidad de estudio es el acto con sus aspectos encubiertos y descubiertos, comprendido por el impulso, la percepción, la manipulación y la consumación del mismo. Cabe mencionar que el acto desde Mead engloba todos los procesos en la actividad humana, incluso aquellos como la atención, la percepción, la imaginación, el razonamiento, la emoción, siendo la capacidad del lenguaje y los gestos vocales los que permiten al ser humano el uso de símbolos significantes, de los cuales emerge el mundo social.

Por su parte, Blumer (1982) realiza una sistematización de los postulados de Mead, clarificando el valor metodológico del interaccionismo simbólico, señalando que éste puede comprenderse bajo tres premisas básicas: 1) que las personas orientan sus actos hacia las cosas en función de lo que las cosas significan para ellas, ya sean objetos materiales, instituciones u otras personas; 2) el significado de estas cosas se deriva o surge como consecuencia de la interacción social que cada individuo mantiene con sus semejantes, y 3) que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que van hallando a su paso.

Si se toman en cuenta estas premisas, es posible comprender que ignorar el significado de las cosas conforme al cual actúan las personas equivale a falsear las explicaciones de la psicología sobre el comportamiento, lo cual constituye una negligencia en la construcción del conocimiento sobre la formación de las conductas

individuales y sociales. Así, es importante considerar que el interaccionismo simbólico no cree que el significado emane de una estructura intrínseca de la cosa como lo defiende el realismo, ni que surja de una fusión de elementos psicológicos, sino que lo considera el resultado de la interacción de los individuos, es decir, es un producto social que emana de las actividades. De igual forma hace hincapié en que la interpretación que la persona realiza no es una mera aplicación de significados establecidos, sino un proceso formativo en el que los significados son utilizados y revisados para la orientación del acto, lo cual no solo supone la interacción simbólica con los otros, sino con uno mismo (Blumer, 1982).

Con base en lo anterior se entiende que la teoría fundamentada bajo esta perspectiva considera al ser humano como un agente social activo que interpreta la realidad simbólica en la que vive, trazando planes de acción tanto individuales como colectivos para transformar la realidad.

6.3 Perspectiva metodológica de la teoría fundamentada

Siguiendo el paradigma del interaccionismo simbólico, la teoría fundamentada como parte de los métodos cualitativos de investigación, supone el examen naturalista de la realidad para acceder a los mundos de vida de la gente, mediante un procedimiento de aproximación minucioso y profundo al fenómeno de estudio. Sin embargo, se enfrenta a la dificultad de evitar la reducción de rutinas estandarizadas, y al mismo tiempo de desarrollarse siguiendo un procedimiento riguroso y transmisible. Para tales fines, Blumer señala la importancia de realizar este tipo de investigaciones mediante un procedimiento flexible y progresivo, de modo tal que se obtenga un cuadro holístico del fenómeno. Así también, propone la triangulación de fuentes y técnicas y la revisión constante del marco sociocultural del investigador. En segundo lugar, dicho autor recomienda la descripción detallada o inspección, que consiste en el análisis profundo de los elementos analíticos (conceptos, categorías, temas) y del contenido empírico de las relaciones entre esos constructos. Dicho de otro modo, se trata de un escrutinio de

cada categoría con base en los casos de estudio y en el posterior aislamiento de las relaciones entre dichas categorías (Blumer, 1982).

En este sentido, la teoría fundamentada se distingue de otros diseños cualitativos, en cuanto que va más allá de la descripción y del ordenamiento conceptual, sustentándose en el contenido empírico para establecer oraciones proposicionales sobre las relaciones de los conceptos. De este modo, la recopilación, triangulación y análisis sistemáticos de datos, permite ofrecer interpretaciones abstractas de relaciones empíricas, así como afirmaciones condicionales sobre las implicaciones de las mismas (Glaser y Strauss, 1967).

El procedimiento anterior, está basado en el método de comparación constante, el cual se caracteriza por la codificación de los datos y la construcción de categorías a partir de los mismos. Para ello, en un primer momento se interpretan y organizan los datos en bruto, mediante un proceso de conceptualización y reducción de los datos llamado codificación abierta o línea por línea en el que se identifican las propiedades y las dimensiones de las categorías. Posteriormente, se relacionan las categorías con sus subcategorías lo que se denomina codificación axial, llevándose a cabo la codificación alrededor del eje de cada categoría, y enlazándose las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. Finalmente, en la codificación selectiva, se integra y se refina la teoría, por medio de la organización de las categorías alrededor de un concepto explicativo central (Strauss y Corbin, 2002).

De este modo, con base en el método anterior, se construye un conjunto de conceptos bien desarrollados vinculados por medio de oraciones de relación, las cuales juntas constituyen un marco conceptual integrado que puede usarse para explicar o predecir fenómenos. En este sentido, la teoría fundamentada es útil para el estudio de temas relacionados con la conducta humana dentro de diferentes organizaciones, grupos y otras configuraciones sociales, puesto que favorece el desarrollo de respuestas sobre lo que está ocurriendo en las mismas y por qué. Asimismo, es de resaltar que esta perspectiva va más allá de la descripción y el ordenamiento conceptual, los cuales son

los fines últimos de muchas investigaciones cualitativas. Así, mediante su mecanismo analítico busca la formulación de teoría sustantiva y formal, estableciendo una matriz condicional/consecuencial que permite explicar y predecir patrones de conducta y organización (Cuñat, 2004).

Por otro lado, cabe mencionar que una de las principales críticas a este tipo de método, es la propuesta de los autores originales, Glaser y Strauss (1967), sobre el lugar de la literatura en la fundamentación de la investigación, puesto que en un inicio estos hacen énfasis en la importancia de no realizar una revisión de la literatura previo a la recopilación o producción de los datos. Esto debido a que consideran que el contar con un marco teórico referencial obstaculiza el proceso de generación de teoría, al no permitir que emerja de los datos. Sin embargo, dicha concepción es refutada posteriormente por Strauss y Corbin (2002), quienes postulan que la teoría sí tiene un papel prioritario en dicho proceso analítico, al sensibilizar al investigador para la identificación de códigos teóricos y conceptos, que sin el conocimiento precedente de los mismos, no podrían dilucidarse con facilidad.

De esta forma, la perspectiva de Strauss y Corbin (2002), permiten contar con una base conceptual que guía al investigador, dando una mayor sistematización al proceso de codificación, que para investigadores noveles puede tener complicaciones en cuanto la gran cantidad de datos con los que tienen que trabajar. Pese a esta divergencia entre ambos momentos de la elaboración de este método, lo cierto es que se sigue señalando enérgicamente la relevancia de no utilizar la teoría como datos perse, sino solo como fundamento conceptual de sensibilización para el análisis de los datos.

Es así que la teoría fundamentada es pertinente para abordar fenómenos sociales que por su complejidad requieren de un abordaje holístico e integrador que permita profundizar en variaciones de condiciones que pueden presentarse en los mismos. Sobre esto, Blumer (1982) menciona que la riqueza y la particularidad de la vida de grupo radica en su inestabilidad y continua formación y recreación, por lo que concuerda con el cuestionamiento del análisis de variables preestablecidas, puesto que considera que

reducir los fenómenos sociales a aspectos discretos y delimitados, simplifica en exceso los mismos. Asimismo, señala que puede constituir un efecto distorsionador de la realidad, en la que se obstaculiza el proceso interpretativo que media y construye toda acción humana.

Ahora bien, como se ha mencionado, este enfoque tiene características flexibles pero sistemáticas en cuanto a la forma de recopilar la información y analizarla, siendo la triangulación con diferentes fuentes una de sus fortalezas. Esto debido a que encuentra su validez en el proceso de comparar conceptos y relaciones cotejándolos con los datos durante la investigación para determinar qué tan bien responden al escrutinio del investigador. En este sentido, el emplear distintas técnicas y métodos para obtener datos, tales como los cuantitativos, posibilita la mejora de la calidad de los datos con los que se trabajarán, estando esto en concordancia con los diseños mixtos. Sobre esto, Corbin y Strauss (2002) mencionan:

El propósito de la teorización es construir teorías útiles. De modo que cualquier tecnología, sea cualitativa o cuantitativa, es sólo un medio para lograr tal propósito. Lo cualitativo debe dirigir lo cuantitativo, y lo cuantitativo retroalimentarse de lo cualitativo en un proceso circular pero al mismo tiempo evolutivo, con cada método contribuyendo en la forma en que sólo él puede hacerlo (p. 38).

Sobre esta línea, se sigue haciendo hincapié en que el investigador debe recordar que debido a la emergencia es la base de la teoría fundamentada, es necesario que no se comience la investigación con una lista de conceptos preconcebidos, sino que debe permitirse que estos surjan de los datos, para que una vez que se establezcan junto con las hipótesis que se han validado con los datos, puedan entonces analizarse en subsecuentes estudios con métodos cuantitativos, si es que esto mejora el proceso de investigación. Por lo anterior, tal tarea requiere necesariamente de sensibilidad, tolerancia a la ambigüedad, flexibilidad en el diseño y sobre todo creatividad (Corbin y Strauss, 2002).

6.4 Justificación del diseño de investigación

En esta investigación, para abordar el tema de la salud mental comunitaria como un paradigma que más allá de hablar de modificaciones a nivel organizacional sobre los servicios de atención psicológica y hacer referencia a un cambio ideológico en los discursos imperantes sobre la forma de concebir la diversidad, la inclusión, los trastornos mentales y del desarrollo, se consideran dos ejes teóricos fundamentales, la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1986) y el modelo ecológico de Brofenbrenner (1987) que tiene sus bases en el primero.

La teoría general de sistemas por su parte, aporta una concepción que considera totalidades, así como las interacciones internas y externas con el medio, por lo que es útil para estudiar fenómenos en el que se producen hechos que no pueden ser explicados mediante el estudio y análisis separado de cada una de sus partes (Johansen, 1993).

En este sentido, al ser la salud mental comunitaria, un constructo reciente que necesita de desarrollo teórico requiere de una mirada holística para entender sus verdaderos alcances en la vida social. Por ello, es importante el empleo de paradigmas unificadores que den la debida importancia al significado que subyace a los actos en la red de interacciones que se da en toda comunidad.

Sobre la línea de pensamiento sistémico, el modelo ecológico de Brofenbrenner (1987), se interesa por lo que ocurre en los diferentes sistemas funcionales en los que se desarrolla el individuo, de tal modo que al tomar en consideración los vínculos que se establecen entre las personas, la influencia de los ambientes remotos y la conceptualización del ser humano como un ente bio-psico-social, se hace posible concebir la complejidad del concepto de salud mental comunitaria. Asimismo, desde esta perspectiva se hace hincapié en la importancia de la integración de las diferentes áreas del conocimiento para su comprensión, puesto la aproximación al mismo, no solo hace referencia al entramado de sistemas, componentes y actores que intervienen en los

procesos sociales, sino también al cambio epistemológico sobre el abordaje de la realidad social.

En este sentido, ya Brofrenbrenner (1987) señala que: “Este esfuerzo de integración constituye el primer paso necesario para el estudio sistemático del desarrollo humano en su contexto humano” (p.30). Por esto, el enfoque ecosistémico, no solo constituye un camino de unificación de paradigmas, sino también una perspectiva analítica de los fenómenos sociales que aborda las acciones y la función de los integrantes de cada sistema y subsistema del sistema total llamado realidad.

Con base en lo anterior, se considera que la teoría fundamentada, provee del puente necesario para la superación del dogma extremo del realismo que llama a las teorías formales únicamente a lo que puede ser generalizable, y del subjetivismo que rechaza de manera tajante los métodos cuantitativos pues dicen que producen una información superficial. Así pues, la decisión por optar por el empleo de dos tipos de métodos, queda fundamentado como se ha señalado, en la complejidad del objeto de estudio, y en la necesidad del abordaje transdisciplinar en un tema que engloba a la salud, la educación, la comunidad, la emancipación y el cambio ideológico en las prácticas de atención a la salud mental en el adolescente.

De este modo, el docente como proveedor de apoyos psicosociales, enseña no solo contenidos curriculares, sino también estrategias de resolución de problemas, los padres no solo enseñan estrategias de socialización, sino también maneras de enfrentar las tensiones de la vida. Así, la escuela y contextos circundantes tienen un papel fundamental en el desarrollo psicológico, puesto que a partir de estos, el individuo aprende en gran medida a vivir.

6.5 Participantes

Para el **método cuantitativo** de esta investigación, la muestra estuvo conformada por 183 alumnos de la Escuela de Técnicos Laboratorista de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos de los cuales el 42.06% fueron hombres y 57.88% mujeres con un promedio de edad de 15.6 años. y 60 alumnos del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli, 55% hombres y 45% mujeres con un promedio de edad de 16.5 años, los cuales fueron seleccionados a modo de conveniencia, debiendo cumplir únicamente con los siguientes requisitos:

- Ser alumnos inscritos formalmente.
- Encontrarse en un rango de edad de 14 a 18 años.
- Aceptar participar en el estudio.
- Contar con el consentimiento informado de sus padres o tutores.

Para el **método cualitativo**, los participantes fueron seleccionados por medio del muestreo teórico en el que se consideraron los siguientes integrantes del microsistema y exosistema del adolescente escolar: alumnos, padres de familia, docentes, directivos y personal especializado de la escuela, representantes del sistema de salud pública local y representantes del sistema socio-comunitario local.

La preocupación central en este tipo de muestreo es, hallar información relevante para la teoría que se está buscando, más que el número correcto de unidades, o de su selección al azar, por lo que los criterios de inclusión de los participantes, estarán en función de su disponibilidad, pertinencia y su carácter de informantes clave. En otras palabras se refiere al proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información, decidiendo qué información escoger luego y dónde encontrarla para desarrollar su teoría tal como surge (Glaser y Strauss, 1967).

Cabe mencionar que pese al carácter flexible pero sistemático del método cualitativo y al tipo de muestreo que se empleó, se pretendió realizar aplicaciones de la entrevista semi-estructurada a los siguientes actores:

Docentes:

- Entrevistas semi-estructuradas con una duración de 60 minutos cada una.
- Se seleccionaron en función de su disponibilidad y experiencias en identificación de alumnos con sintomatología de trastornos mentales.

Alumnos:

- Entrevistas semi-estructuradas con una duración de 60 minutos cada una.
- Se seleccionaron con base en los resultados de la fase cuantitativa de la investigación, invitándose a participar a aquellos individuos que por sus características constituyeran casos que posibilitaran comparaciones teóricas.

Padres de familia:

- Entrevistas semi-estructuradas con una duración de 60 minutos cada una.
- Se seleccionaron en función de su disponibilidad y experiencia en el abordaje de sintomatología de trastornos mentales en su hijo/s. Estos últimos debían estar inscritos formalmente en el plantel al momento de la entrevista.

Directivos y personal especializado de la escuela:

- Director: Entrevista semi-estructurada con una duración de 60 minutos.
- Subdirector: Entrevista semi-estructurada con una duración de 60 minutos.
- Psicólogo, orientador educativo, trabajador social o médico: Entrevistas semi-estructuradas con una duración de 60 minutos cada una.

-Se seleccionaron en función de su disponibilidad y experiencia en su cargo administrativo y/o de atención de la salud mental.

Representantes del sistema de salud pública local

- Entrevistas semi-estructuradas con una duración de 60 minutos cada una.
- Se seleccionaron en función de su disponibilidad y experiencia en su cargo administrativo y/o de atención de la salud mental (centros médicos, unidades de salud mental, DIF, etc.).

Representantes del sistema socio-comunitario local

- Entrevistas semi-estructuradas con una duración de 60 minutos cada una.
- Se seleccionaron en función de su disponibilidad y experiencia en su cargo administrativo (Organizaciones civiles, culturales, deportivas, clubes, etc.).

6.6 Instrumentos

Inventario de síntomas SCL-90-R

Se empleó el Inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis en su versión validada para población mexicana de Cruz, López, Blas, González y Chávez (2004), el cual es un instrumento autoadministrado que evalúa un amplio abanico de patrones de síntomas psicológicos presentes y el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona, utiliza un vocabulario simple y requiere un mínimo de comprensión lectora para ser respondido correctamente, pudiendo ser utilizado tanto método de tamizaje en investigación epidemiológica como en el trabajo clínico. Dicha sintomatología es caracterizada en un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas que permiten analizar la psicopatología en tres niveles jerárquicos de complejidad: un nivel global, un nivel dimensional y un nivel sintomático:

Somatizaciones: Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

Obsesiones y compulsiones: Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

Sensitividad interpersonal: Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

Depresión: Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

Ansiedad: Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

Hostilidad: Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones características de la presencia de afectos negativos de enojo.

Ansiedad fóbica: Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

Ideación paranoide: Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

Psicoticismo: Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Consta de 90 ítems de tipo likert que se responden sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4) donde el individuo debe indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de

la evaluación y la semana inmediatamente anterior. Su tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos y puede aplicarse a población de 13 a 65 años, requiriéndose únicamente que el evaluado tenga un nivel intelectual normal y no presente ideas delirantes o curse un trastorno psicótico en el momento de la evaluación. Asimismo, cabe mencionar que su aplicación requiere de un mínimo de entrenamiento, facilitando su administración colectiva o individual por personal sin capacitación formal en salud mental.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, éstas han resultado apropiadas y estables a través del tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluada, contando en sus nueve dimensiones con una fiabilidad que alcanza valores cercanos o superiores a ($r = 0.70$) en estudios test retest y de 0.80 en análisis de consistencia interna. Finalmente, se aclara que múltiples estudios realizados desde 1980 han acreditado la validez de sus índices globales y sus dimensiones específicas, demostrando su efectividad como screening genérico de trastornos psicopatológicos, por lo que, a mayor puntuación, mayor manifestación de trastornos.

En la Tabla (1) pueden observarse los valores percentiles 65 (severidad moderada) y 90 (severidad grave) que se construyeron para determinar el grado de severidad sintomática que presentaban los participantes. Lo anterior obedece a la inexistencia de baremos específicos para población mexicana.

Tabla 1.
Percentiles 65 y 90 de las dimensiones del Inventario de síntomas SLC 90 en la escuela de Técnicos.

Dimensión	Somatizaciones	Obsesivo compulsivo	Sensibilidad interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Fobia	Ideación paranoide	Psicoticismo	Índice de severidad global
Percentil 65	.9166	1.300	.8888	.9230	.8000	.8333	.5142	.9333	.5000	.8666
Percentil 90	1.666	2.360	2.000	1.738	1.700	1.666	1.428	2.000	1.300	1.767

Escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff

Se utilizó la escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff (1989); en la adaptación al español de Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonk (2006). El instrumento cuenta con un total de 39 ítems con un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo); posee seis factores que son: autoaceptación (1), relaciones positivas con otras personas (2), autonomía (3), dominio del entorno (4), propósito en la vida (5) y crecimiento personal (6). Presenta una consistencia interna aceptable en el total (valores de α por encima de .9) y en cada una de sus subescalas (con valores de α que oscilan entre 0,78 y 0,81).

Sumando todos los ítems puntuaciones superiores a 152 indican alto bienestar psicológico y por debajo de 122 indican un déficit en los criterios de crecimiento personal.

a) Autoaceptación para hombres es 25,5, DT 5,3. Por encima de 31 puntos tienes una gran autoestima, por debajo 19 tienes poca autoaceptación.

b) La media de Relaciones positivas para hombres es 25,9, DT 5,7.

Por encima de 32 puntos tienes muy buenas relaciones con otros, por debajo 20 tienes malas relaciones con otros.

c) la media de autonomía era de 33,8, DT= 6,1. Por encima de 40 tienes gran libertad, autodirección y autonomía. Por debajo de 28 percibes que tienes poca capacidad de elección, de decisión e independencia.

d) Para una muestra local, la media de dominio era de 25,6, DT= 4,2. Por encima de 30 tienes gran capacidad de control del medio. Por debajo de 22 percibes que tienes poca capacidad de controlar el medio.

e) Para una muestra local, la media de Crecimiento personal para hombres es 31,8, DT 5,3. Por encima de 37 puntos tienes muy buen Crecimiento Personal, por debajo 27 tienes poco Crecimiento Personal

f) Para una muestra local, la media de Propósito en la vida era de 26,9 DT= 4,9. Por encima de 32 atribuyes mucho sentido a tu vida y tienes metas. Por debajo de 22 percibes poco sentido, no tienes metas y propósitos vitales definidos.

Escala de Motivación Escolar (EME)

Se aplicó el instrumento basado en la Escala de Motivación Escolar en español (EME-E) de Núñez (2006), adaptada y validada por Becerra y Morales (2015) en México con una población de estudiantes de bachillerato. La escala está formada por 28 ítems distribuidos en seis subescalas que evalúan dos tipos de motivación: Intrínseca (al conocimiento y al logro) y motivación extrínseca (regulación externa, regulación introyectada y regulación identificada) y la amotivación. Cada uno de los ítems son respuestas a la pregunta “¿Por qué asistes a la escuela?” y se puntúan de acuerdo a una escala tipo Likert de 4 puntos desde (1) No se corresponde en absoluto hasta (4) se corresponde totalmente.

a) La motivación intrínseca al conocimiento que hace referencia a cuando una persona realiza una actividad por el simple placer que experimenta al aprender cosas nuevas;

b) la motivación al logro que se identifica con el compromiso hacia una actividad por la satisfacción que el sujeto experimenta al alcanzar una meta y alcanzar un nuevo nivel (Núñez, Martín-Albo, Navarro y Valencia, 2009).

c) Regulación externa, que es característica de conductas que son controladas por fuentes externas, tales como recompensas, refuerzos materiales u obligaciones, por lo que tienen una función instrumental.

d) Regulación introyectada, en la que la conducta sigue con control del ambiente, llevándose a cabo para evitar culpa o realzar el ego.

e) Regulación identificada, en la que la persona juzga la actividad como importante y aunque es por motivos extrínsecos, tales como las metas personales, ya se encuentra reguladas en cierta manera a nivel interno y es percibida como una elección del propio individuo.

f) Desmotivación o amotivación, que hace referencia a la falta total de motivación intrínseca o extrínseca, al grado más bajo de autodeterminación y a la falta de intencionalidad para actuar.

Los índices de consistencia interna encontradas en las 6 dimensiones del instrumento son las siguientes: Amotivación, .860; Motivación extrínseca, regulación externa, .675; Motivación extrínseca, regulación introyectada, .892; Motivación extrínseca, regulación identificada, .836; Motivación intrínseca al conocimiento, .885 y Motivación intrínseca a las metas de .872. En cuando a la consistencia de la EME-E, en general, se encontró que ésta fue de $\alpha = .930$.

6.7 Procedimiento

En primer lugar, se procedió a realizar una revisión bibliográfica exhaustiva de diversas fuentes de información científica nacional e internacional, con el fin de estructurar el marco teórico que fundamenta la investigación, así como el estado del arte del mismo. Una vez conformado éste, se elaboraron los guiones de las entrevistas que se aplicarían a alumnos, docentes, padres, directivos y personal especializado de la escuela, así como a los representantes del sistema de salud público y socio-comunitario local.

En un segundo momento, correspondiente al estudio cuantitativo, se estableció contacto con las instituciones educativas, presentando el proyecto de manera formal a las autoridades de los planteles mediante un informe ejecutivo, de tal modo que se aclarara la relevancia, pertinencia, factibilidad y responsabilidad ética de la investigación.

Una vez establecido un acuerdo de cooperación mutua, se gestionaron los aspectos de espacio y tiempo para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos Inventario de síntomas SLC-90, la Escala de bienestar psicológico de Ryff y la Escala de motivación escolar (EME) a 183 alumnos de la Escuela de Técnicos Laboratorista de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y 60 alumnos del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli, los cuales fueron seleccionados a modo de conveniencia.

Para esto, se informaron los objetivos de la investigación a los padres de familia durante la entrega de boletas que se lleva a cabo semestralmente en la Escuela de Técnicos Laboratoristas y por medio de los estudiantes en el caso del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli, explicándoles que la participación de sus hijos era voluntaria y que para su participación era necesario que dieran su consentimiento, puesto que eran menores de edad. Asimismo, se les proporcionó un formato de consentimiento informado que debían firmar para que sus hijos fueran considerados en el estudio.

Aquellos alumnos cuyos padres estuvieron de acuerdo con su participación se les explicó de manera detallada en qué consistía el proyecto, informándoles que su participación era voluntaria y que la información que proporcionaran sería tratada de forma confidencial, por lo que también debieron formar un asentimiento informado. Durante la aplicación de la batería de instrumentos, la cual llevó a cabo de forma colectiva en el horario de clase orientación educativa y tuvo una duración de 60 minutos estuvo presente un investigador para resolver cualquier duda de los alumnos sobre los reactivos.

Una vez aplicada la batería de instrumentos, los datos obtenidos fueron transcritos a una hoja de cálculo para posteriormente ser tratados con el programa SPSS en su versión 21. Así, se llevó a cabo el análisis de resultados de los mismos, por medio de la aplicación de diversos métodos de estadística descriptiva y correlacional, de tal modo que se obtuviera un panorama de la situación actual de los síntomas psicológicos, el bienestar psicológico, la motivación escolar y el uso de servicios en salud mental en los adolescentes.

En tercer lugar, como parte del estudio cualitativo, se realizó un mapeo de los integrantes del microsistema y exosistema del adolescente en la escuela que por su pertinencia y valor teórico puedan aportar información de mayor riqueza para el cumplimiento de los objetivos planteados. Cabe mencionar que para la selección final de los participantes en el método cualitativo, se empleó el muestreo teórico de Glaser y Strauss (1967) el cual permite al investigador encontrar categorías (bien de personas, bien de sucesos) en las que poder profundizar para la generación de una teoría

específica. En lo que respecta a la selección de los estudiantes, ésta se realizó con base en los resultados obtenidos en el inventario de síntomas SLC 90 utilizado en la fase cuantitativa del estudio. De este modo, aquellos participantes que presentaron severidad alta en la sintomatología psicológica que el evalúa el inventario SLC 90 fueron invitados a participar en el estudio cualitativo, al considerarse informantes clave que permitían la comparación teórica para la generación del modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato.

Una vez establecido lo anterior, se llevó a cabo la aplicación de la técnica cualitativa de entrevista semi-estructurada, considerándose a esta última como la más adecuada dadas las condiciones estructurales de los participantes: tales como la disponibilidad de tiempo y las áreas restringidas en el trabajo (Glaser y Strauss, 1967).

Finalmente, cabe aclarar que el criterio para juzgar cuándo cesaría el muestreo de los grupos pertinentes a una categoría fue la saturación teórica, es decir que ninguna información adicional podía hallarse y desarrollar propiedades de la categoría (Glaser y Strauss, 1967).

FASE CUANTITATIVA

7. INTRODUCCIÓN

En México existen diferencias importantes entre la escuela pública y privada, entre las que sobresalen sus dinámicas de gestión. En el caso de la escuela pública se aprecian mayores recursos económicos asignados por el Estado con la subsecuente burocratización de sus procesos. Lo anterior conlleva una infraestructura pensada para atender la demanda de la mayor parte de la población, ya que es una realidad que en los países en vías de desarrollo el servicio estatal es el único capaz de llegar a los sectores pobres. Así pues, son estos mismos objetivos sociales los que hacen a la escuela pública enfrentarse al desafío de ofrecer una educación eficiente e incluyente (Zibas, 1996).

Por su parte la escuela privada posee una dinámica de gestión que le permite ser eficiente, creativo y flexible, sin embargo se ocupa apenas de los sectores sociales más favorecidos. De este modo, ambos tipos de instituciones tienen contextos de aprendizaje distintos, tanto por la cantidad de alumnos por docente como por los métodos pedagógicos y la oferta de otro tipo de servicios, entre ellos los de atención a la salud mental (Wolff, González y Navarro, 2002).

El presente estudio tuvo un diseño transversal, descriptivo y correlacional, siendo los participantes seleccionados a modo de conveniencia con el requisito de contar con el consentimiento informado de los padres y su asentimiento personal. Los datos cuantitativos, fueron analizados por medio de técnicas de estadística descriptiva, la cual trata del recuento, ordenación y clasificación de los datos de tipo nominal o categórico, necesaria cuando hay un gran número de datos que se requieren interpretar.

De este modo, se resumieron los datos para presentarlos de forma tal que sobresalga su estructura, se faciliten las comparaciones y se detecten tanto las características sobresalientes como las inesperadas. Para reducir la información se construyeron tablas, se representaron gráficos y se calcularon parámetros estadísticos que caracterizaran la distribución de los datos (Pedregal, 2011). Lo anterior con el fin de contar con un marco orientativo sobre el nivel de síntomas psicológicos, el bienestar

psicológico, la motivación escolar y el uso de servicios en salud mental en los adolescentes, así como enriquecer el muestreo teórico mediante la selección de casos apoyada en tres razones:

1. Su carácter crítico, en el sentido de que posibilitan confirmar, cambiar, modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio.
2. Su carácter extremo o unicidad, ya que tiene características específicas y peculiares.
3. Su carácter revelador, pues permite observar y analizar un fenómeno particular sobre el cual pueden realizarse aportaciones de enorme relevancia (Rodríguez, Flores y García, 1996).

Así pues, la pregunta y objetivos que guían esta fase de la investigación son:

¿Cuál es el nivel de los síntomas psicológicos, el bienestar psicológico y la motivación escolar en dos muestras de estudiantes de bachillerato?

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de síntomas psicológicos, bienestar psicológico y motivación escolar en dos muestras de estudiantes de bachillerato.

El objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1: Describir el nivel de síntomas psicológicos, bienestar psicológico y motivación escolar en dos muestras de estudiantes de bachillerato.

Objetivo 2: Conocer la relación entre los síntomas psicológicos, el bienestar psicológico y la motivación escolar en dos muestras de estudiantes de bachillerato.

Se presentan los resultados de la aplicación de la versión en español del listado de síntomas SCL90 R, la Escala de bienestar psicológico y la Escala de motivación escolar, así como las correlaciones entre las diferentes dimensiones de cada instrumento en la Escuela de Técnicos Laboratoristas y el bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli respectivamente. Asimismo, se enlistan conclusiones para cada una de las muestras y se discute sobre los hallazgos y las diferencias encontradas entre las mismas. Finalmente, se comentan recomendaciones hacia las instituciones que surgen del análisis de las necesidades y oportunidades de intervención.

7.1. RESULTADOS DE LA ESCUELA PÚBLICA

A continuación, se presentan los resultados principales que caracterizan a la muestra de la Escuela de Técnicos Laboratoristas según lo reportado por los participantes en el Inventario síntomas SCL 90 R, la Escala de bienestar psicológico de Ryff y la Escala de Motivación Escolar.

7.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA EN LA ESCUELA PÚBLICA

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra total en la Escuela de Técnicos Laboratoristas, la cual estuvo conformada por 183 sujetos, 42.06% hombres y 57.88% mujeres con un promedio de edad de 15.6 años.

En la Tabla 2 se aprecia la distribución de la muestra por año escolar y sexo, participaron 100 personas de primero año (54.64%), 42 hombres y 58 mujeres; 73 personas de segundo año (39.88%), 29 hombres y 44 mujeres; y 10 personas de tercer año (5.45%), 6 hombres y 4 mujeres.

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los participantes

Sexo	Pública	Edad
Hombres:	77 (42.06%)	15.7 años (DE= .80)
Mujeres:	106 (57.88)	15.6 años (DE= .69)
Total	183 (100%)	15.6 años (DE= .74)

Tabla 2.
Distribución de la muestra por sexo y año escolar.

Características	Escuela pública					
	1re año		2do año		3er año	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo						
Hombres	42	22.95	29	15.84	6	3.27
Mujeres	58	31.66	44	24.04	4	2.18
Total	100	54.64	73	39.88	10	5.45

7.1.2 Inventario de síntomas SLC 90

En la Figura (1) se aprecia el grado de severidad por síntoma específico en la muestra total de participantes. Los síntomas de severidad moderada con mayor prevalencia son los de depresión, somatizaciones, sensibilidad interpersonal y fobia. Asimismo, los síntomas de severidad alta con mayor incidencia son los de hostilidad, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo.

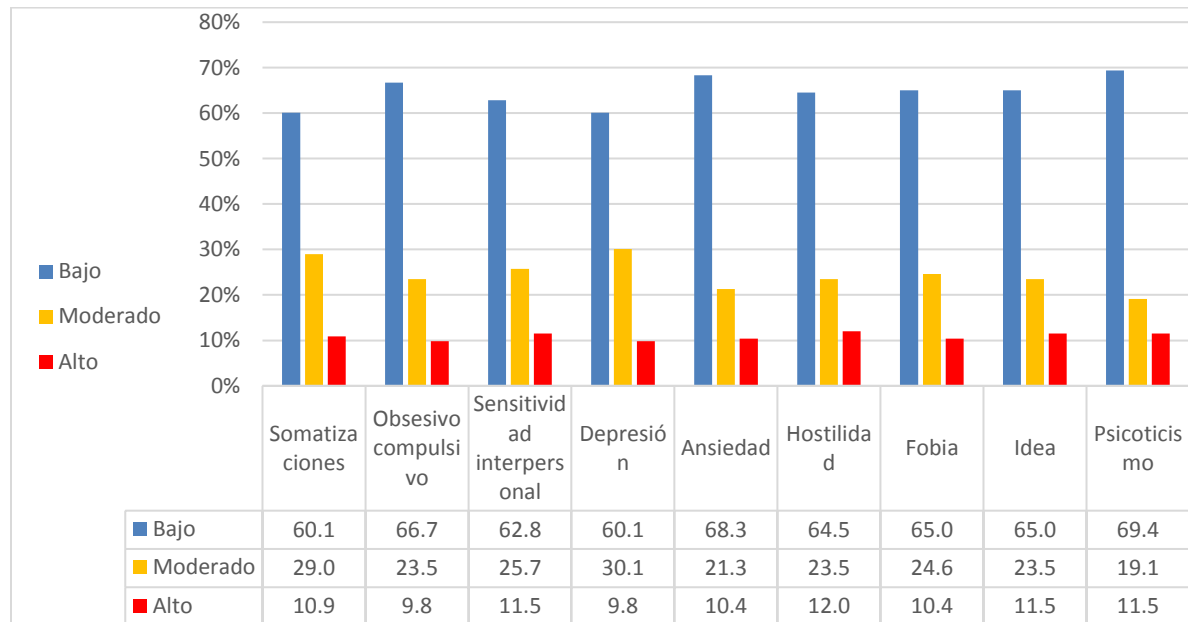


Figura 1. Distribución del índice de severidad por síntoma específico en la muestra total de alumnos de la escuela de Técnicos Laboratoristas.

En la Tabla 3 se muestran las medias de los puntajes brutos de las dimensiones del Inventario de síntomas SLC 90 R por año escolar.

En la Figura 2, se observa que el segundo año presenta puntajes más elevados en comparación con el primero y segundo año en todas las dimensiones del instrumento, mostrando promedios por encima del percentil 65 en las subescalas de sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide, así como en el índice de severidad global, lo que indica una mayor presencia de síntomas psicológicos y necesidad moderada de atención psicológica. El tercer año continúa con promedios arriba del percentil 65 en las dimensiones de fobia y psicoticismo, y finalmente el primer año muestra puntajes en todos los tipos de síntomas por debajo de dicho percentil.

Tabla 3. *Medias de los puntajes brutos de las dimensiones del Inventario de síntomas por grupos de la escuela de Técnicos*

Dimensiones	1er año		2do año		3er año	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación Estándar
Somatizaciones	.76750	.640621	.89155	.718297	.78333	.478230
Obsesivo compulsivo	1.06700	.706686	1.29452	.823591	1.19000	.939799
Sensibilidad interpersonal	.70667	.658294	.97260	.882069	.80000	.767659
Depresión	.72538	.578669	.99157	.727903	.81538	.590523
Ansiedad	.68300	.653051	.84795	.755004	.53000	.442342
Hostilidad	.58000	.625173	.89498	.857297	.71667	.666898
Fobia	.47714	.608542	.54403	.756175	.54286	.562631
Ideación paranoide	.67500	.670182	1.04795	.921904	.63333	.525874
Psicoticismo	.39400	.495193	.61507	.656944	.54000	.686699
Ítems adicionales	4.87	4.182	6.15	5.423	3.60	2.989
Índice de severidad global	.68944	.523746	.90126	.673108	.71943	.502593

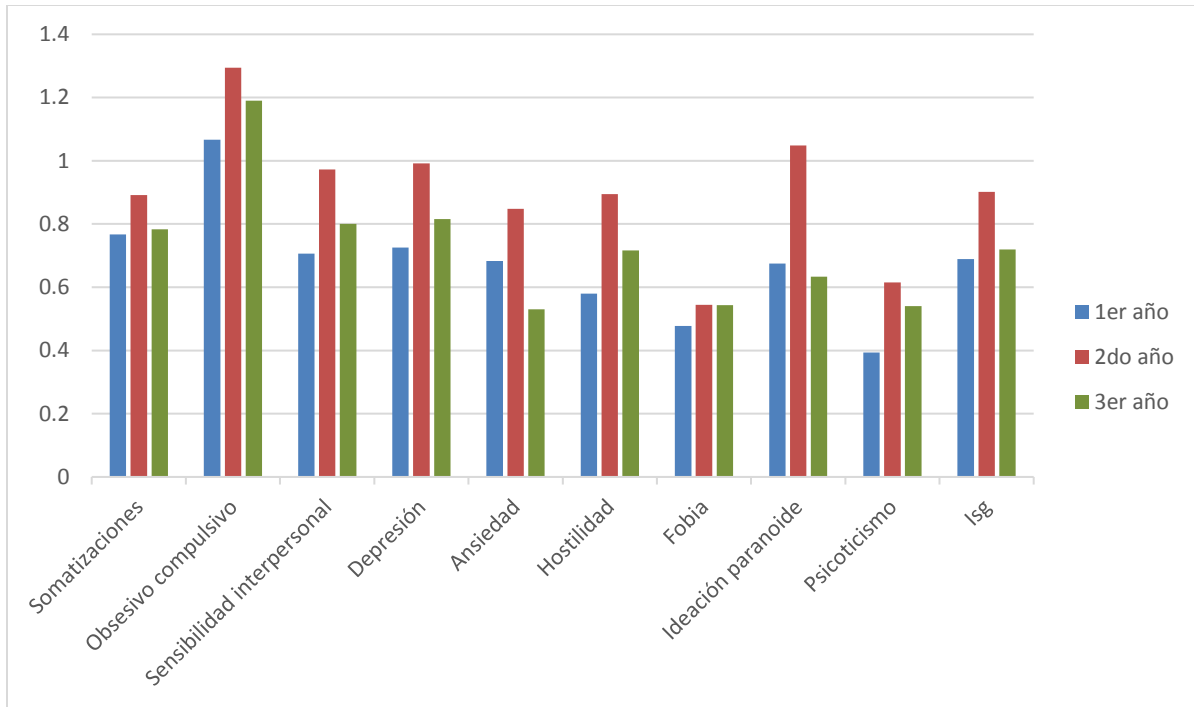


Figura 2. Medias de los puntajes brutos de las dimensiones del SCL 90 en primero, segundo y tercer año de la escuela de Técnicos.

En la Figura 3 se observa los porcentajes del índice de severidad global de la muestra correspondiente al primer año escolar de la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=100), encontrándose el 74% con bajo distrés psicológico, 22% con moderado y sólo el 4% con un grado alto.

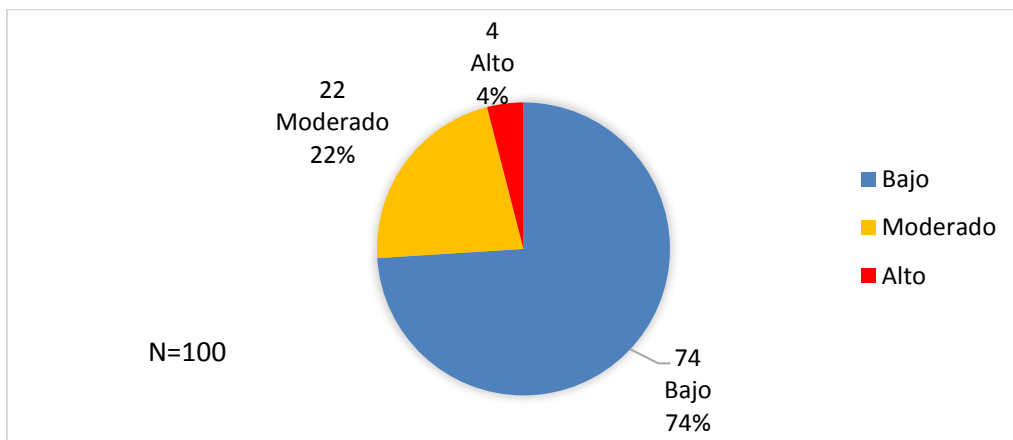


Figura 3. Distribución del índice de severidad en alumnos de primer año en la escuela de Técnicos.

En la Figura 4 se observa la distribución de los porcentajes del índice de severidad global de la muestra correspondiente al segundo año escolar de la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=73), encontrándose el 58% con bajo distrés psicológico, 31% con moderado y el 11% con un grado alto.

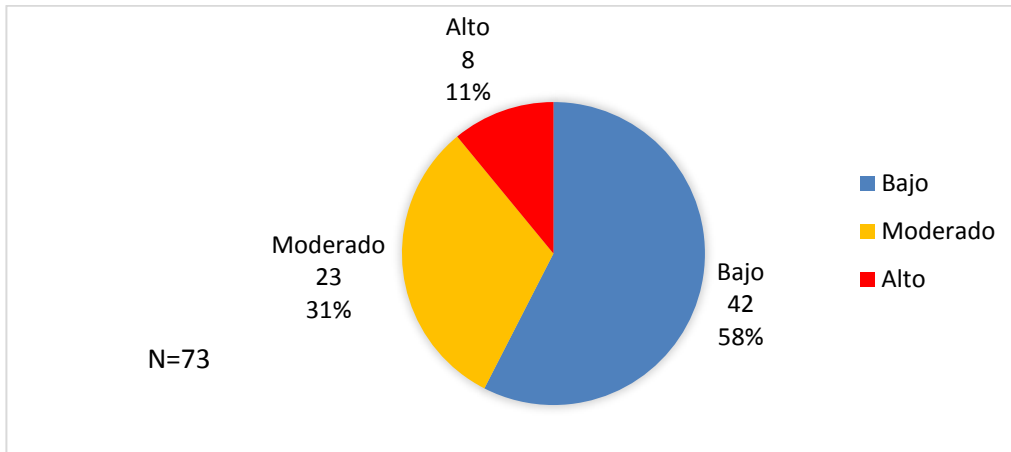


Figura 4. Distribución del índice de severidad en alumnos de segundo año en la escuela de Técnicos.

En la Figura 5 se observan los porcentajes del índice de severidad global de la muestra correspondiente al tercer año escolar de la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=10), encontrándose el 60% con bajo distrés psicológico y el 40% con un grado moderado.

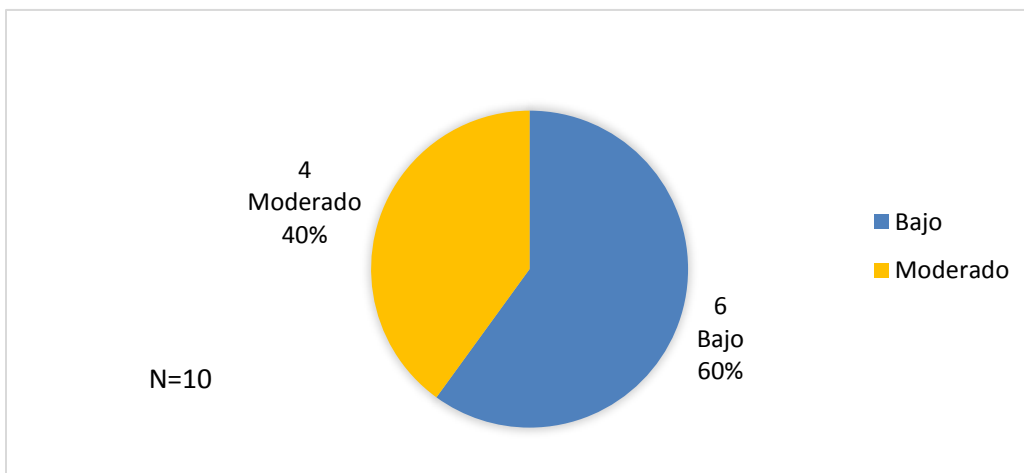


Figura 5. Distribución del índice de severidad en alumnos de tercer año en la escuela de Técnicos.

En lo que respecta al índice de severidad global en la muestra total de alumnos en la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=183), en la Figura 6 se puede apreciar que el 74% de los participantes presentaron un bajo nivel de distrés, al obtener puntajes brutos por debajo del percentil 65 (.8666), el 22% muestran un grado moderado y sólo el 4% un grado alto de distrés psicológico.

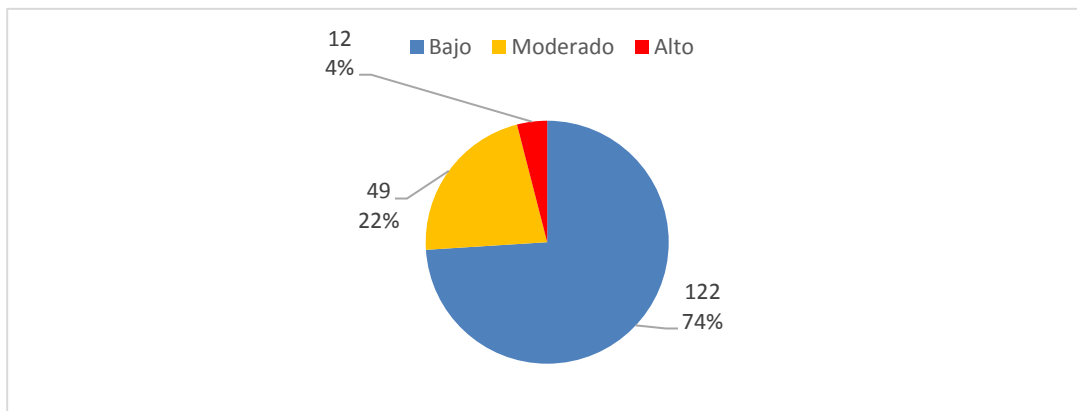


Figura 6. Distribución del índice de severidad en la muestra total de alumnos en la escuela de técnicos.

En la Figura 7 se muestra la distribución de las medias de las diferentes dimensiones del Inventario de síntomas SLC 90 por sexo. Las mujeres presentan promedios arriba del percentil 65 en las dimensiones de somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, psicoticismo y el índice de severidad global. Los hombres por su parte obtuvieron puntajes por debajo del percentil 65 en todas las dimensiones del instrumento.

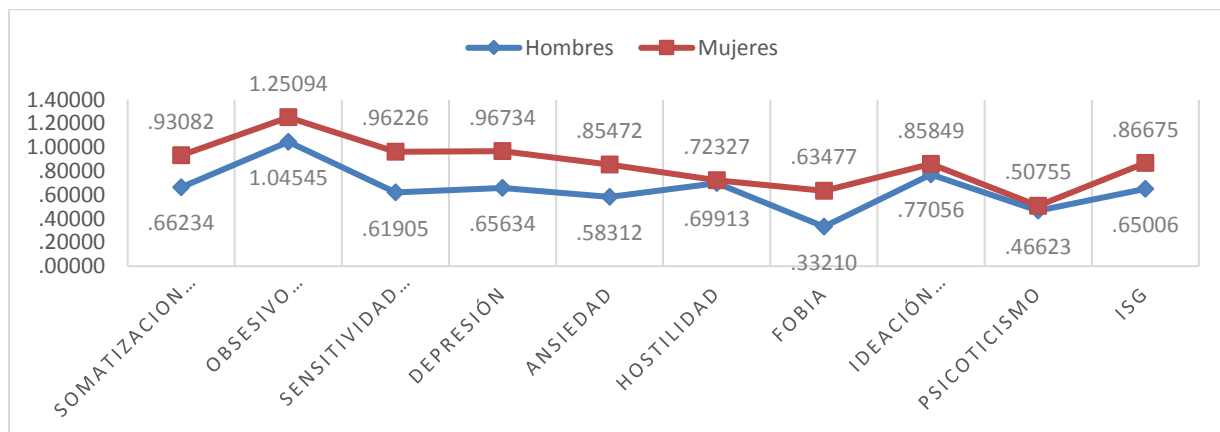


Figura 7. Medias de los puntajes brutos en las dimensiones del SCL 90 por sexo.

En la figura (8) se muestra la distribución del índice de severidad por síntoma específico y sexo de las diferentes dimensiones del Inventario de síntomas SLC 90. Los síntomas de mayor prevalencia con promedios arriba del percentil 65 en las mujeres fueron los de depresión, fobia y somatizaciones y sensibilidad interpersonal. De igual forma, los síntomas con mayor prevalencia en las mujeres que presentaron severidad alta fueron los de sensibilidad interpersonal, somatizaciones, ansiedad y fobia. Por su parte, los síntomas con mayor incidencia en los hombres fueron los de hostilidad, depresión y somatizaciones.

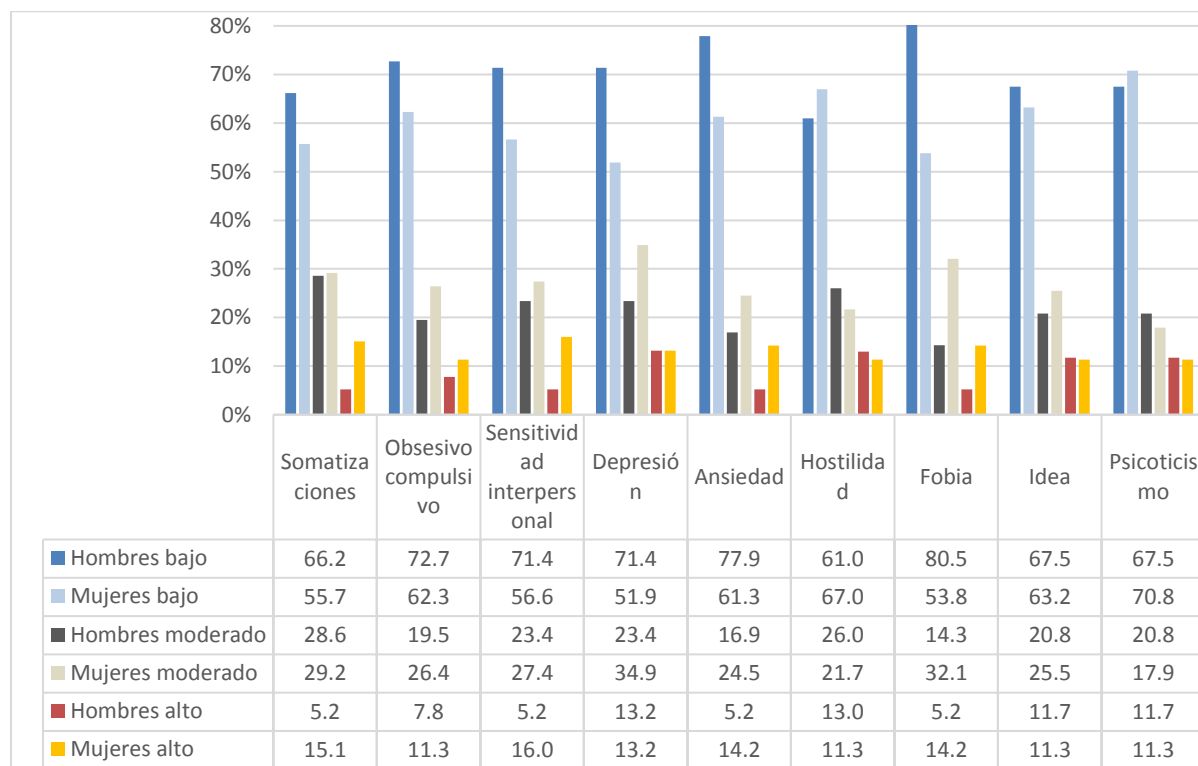


Figura 8. Distribución del índice de severidad por síntoma específico y sexo en alumnos de la escuela de técnicos laboratoristas.

7.1.3 Escala de bienestar psicológico de Ryff

En la Tabla 4 se presentan las medias de las dimensiones de la Escala de bienestar psicológico de Ryff por año escolar en la Escuela de Técnicos Laboratoristas.

Según lo reportado por los participantes, se aprecia que los alumnos de los tres años escolares muestran un grado de autoaceptación dentro del promedio esperado (Figura 9), sin embargo los mismos presentaron una autonomía deficiente al encontrarse por debajo de 28 puntos. En cuanto a la autoaceptación, primero y segundo año reportaron niveles altos, mientras tercer año un grado adecuada de la misma. En lo que se refiere al dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, los 3 grados escolares indicaron contar un nivel adecuado al encontrarse dentro del promedio esperado en estas dimensiones.

Cabe mencionar que pese a que los valores obtenidos en cada uno de las subescalas son muy similares en los tres años escolares, el tercer año presentó puntajes menores a los otros dos años en las dimensiones de relaciones positivas, autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, siendo únicamente en la dimensión de autonomía donde muestra una puntuación mayor con un promedio de 26.90.

Tabla 4. *Medias de las dimensiones de la Escala de bienestar psicológico de Ryff por año escolar en la escuela de técnicos.*

Dimensión	1er año		2do año		3er año	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación Estándar
Autoaceptación	27.16	5.453	26.27	5.862	25.40	7.763
Relaciones positivas con otros	26.50	5.788	26.51	5.769	26.90	7.781
Autonomía	33.15	5.656	32.64	5.633	29.80	5.959
Dominio del entorno	25.54	4.939	25.71	4.417	24.40	4.088
Crecimiento personal	31.60	4.735	31.40	4.704	30.00	4.944
Propósito en la vida	26.83	6.050	26.56	5.814	24.90	6.008
Bienestar psicológico	170.78	24.561	169.10	23.251	161.40	30.321

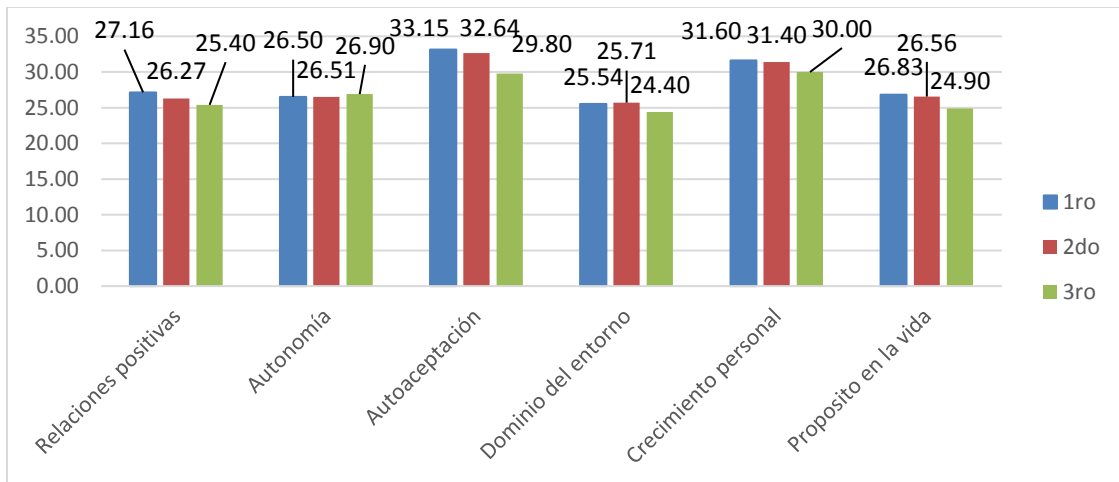


Figura 9. Medias de las dimensiones de la escala de bienestar psicológico por año escolar en la escuela de técnicos.

En la Figura 10 se muestra la distribución de los niveles de bienestar psicológico en el primer año escolar de la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=100), encontrándose el 76% con alto bienestar psicológico, 23% con moderado y sólo el 1% con un grado bajo.

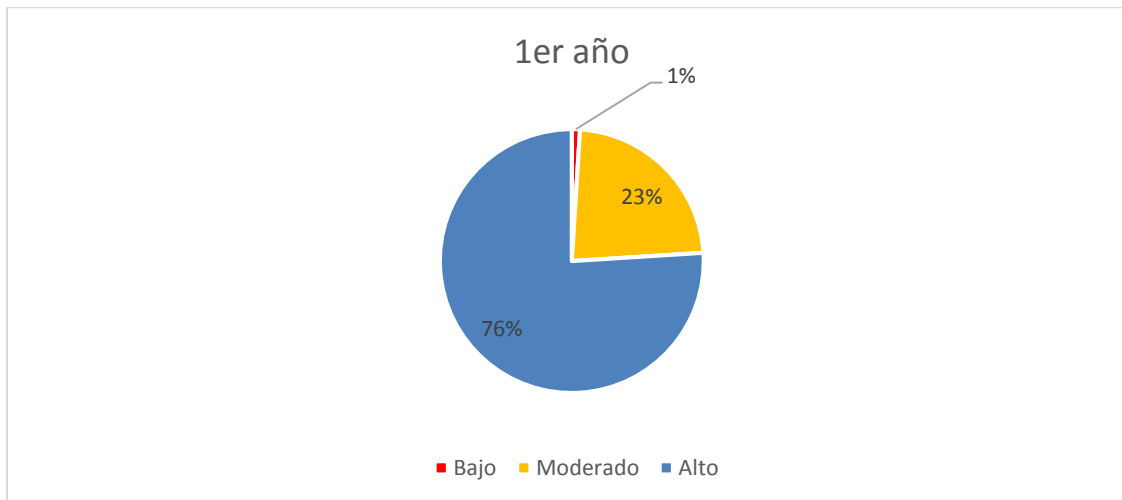


Figura 10. Nivel de bienestar psicológico en alumnos de primer año en la escuela de técnicos.

En la Figura 11 se muestra la distribución de los niveles de bienestar psicológico en el segundo año escolar de la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=73), encontrándose el 78% con alto bienestar psicológico, 19% con moderado y sólo el 3% con un grado bajo.

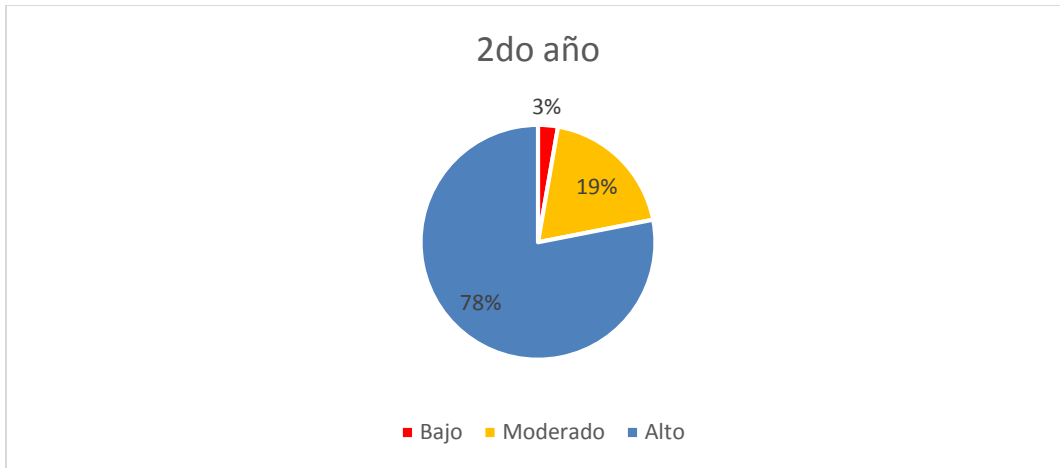


Figura 11. Nivel de bienestar psicológico en alumnos de segundo año en la escuela de técnicos

En la Figura 12 se muestra la distribución de los niveles de bienestar psicológico en el tercer año escolar de la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=73), encontrándose el 60% con alto bienestar psicológico, 30% con moderado y sólo el 10% con un grado bajo.



Figura 12. Nivel de bienestar psicológico en alumnos de tercer año en la escuela de técnicos

En lo que se refiere al nivel de bienestar psicológico en la muestra total de alumnos en la Escuela de Técnicos Laboratoristas (N=183), en la Figura 13 se observa que el 76% de los participantes presentaron un alto nivel de bienestar al obtener puntajes superiores a 152, el 22% muestran un grado moderado y sólo el 2% un nivel bajo de bienestar.

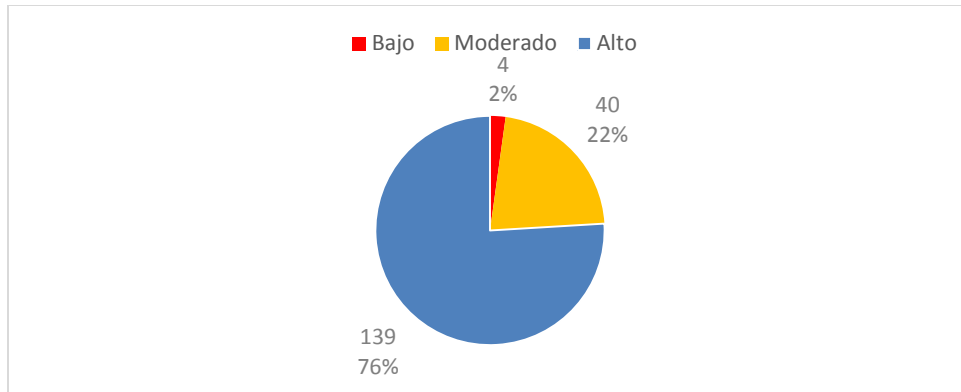


Figura 13. Nivel de bienestar psicológico en la muestra total de alumnos de la escuela de técnicos.

En la Figura 14 se aprecia la distribución de las medias de las diferentes dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff por sexo. Las mujeres presentan promedios menores en las subescalas de relaciones positivas, autoaceptación y dominio del entorno, mientras muestran puntajes superiores a los hombres en las subescalas de autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida. Cabe resaltar que tanto hombres como mujeres reportaron una autonomía deficiente ($26.47/26.57 < 28$), sin embargo presentaron adecuados niveles en el resto de las dimensiones del instrumento.

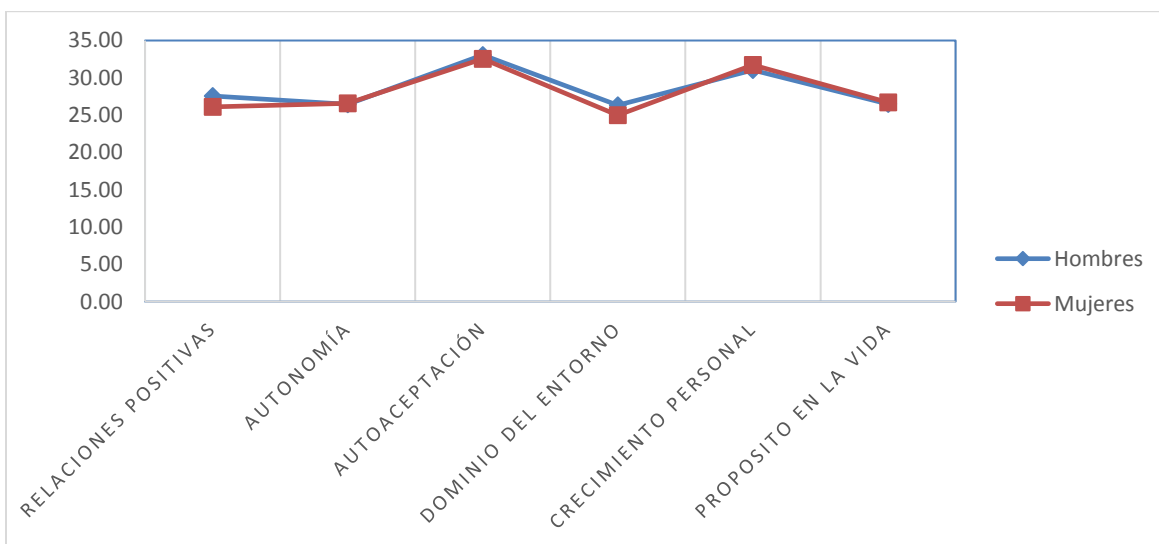


Figura 14. Medias de las dimensiones de la escala de bienestar psicológico por sexo en la escuela de técnicos.

7.1.4 Escala de motivación escolar

En la Tabla 5 y Figura 15 se aprecia que los participantes del primer año reportan un mayor puntaje en la motivación de logro extrínseca, regulación introyectada y en la motivación de logro extrínseca, regulación identificada en comparación con el segundo y tercer año escolar. El segundo año sobresale por presentar un mayor puntaje en la dimensión de motivación de logro intrínseca a las metas, en la de motivación de logro extrínseca, regulación externa y en la de amotivación, y el tercer año por obtener un promedio mayor en las subescala de motivación de logro intrínseco al conocimiento.

En cuanto al puntaje general de la Escala de Motivación Escolar en los 3 años escolares de la Escuela de Técnicos Laboratoristas, en la Figura 14 se observa que el segundo año es el que presenta mayor motivación escolar, mientras que el tercer año muestra una menor motivación escolar en comparación con los otros dos años.

Tabla 5. *Medias de las dimensiones de la Escala de motivación escolar en la escuela de Técnicos laboratoristas.*

Dimensiones	1er año		2do año		3er año	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Motivación de logro intrínseco al conocimiento	3.1966	.66302879	3.1963470	.61947712	3.2000000	.67950599
Motivación de logro extrínseca, regulación introyectada	2.9650	.78417	2.9110	.78768	2.6250	.75691
Motivación de logro intrínseca a las metas	2.9716	.71069076	2.9908675	.66253954	2.900000	.8541836
Amotivación	1.1450	.39437	1.2089	.44685	1.0500	.19720
Motivación de logro extrínseca, regulación identificada	3.5150	.63248	3.4897	.54873	3.5000	.69722
Motivación de logro extrínseca, regulación externa	3.2550	.57404	3.3493	.46722	3.2250	.47799
Motivación escolar	2.8760	.43689178	2.8913894	.37667042	2.7928571	.40469187

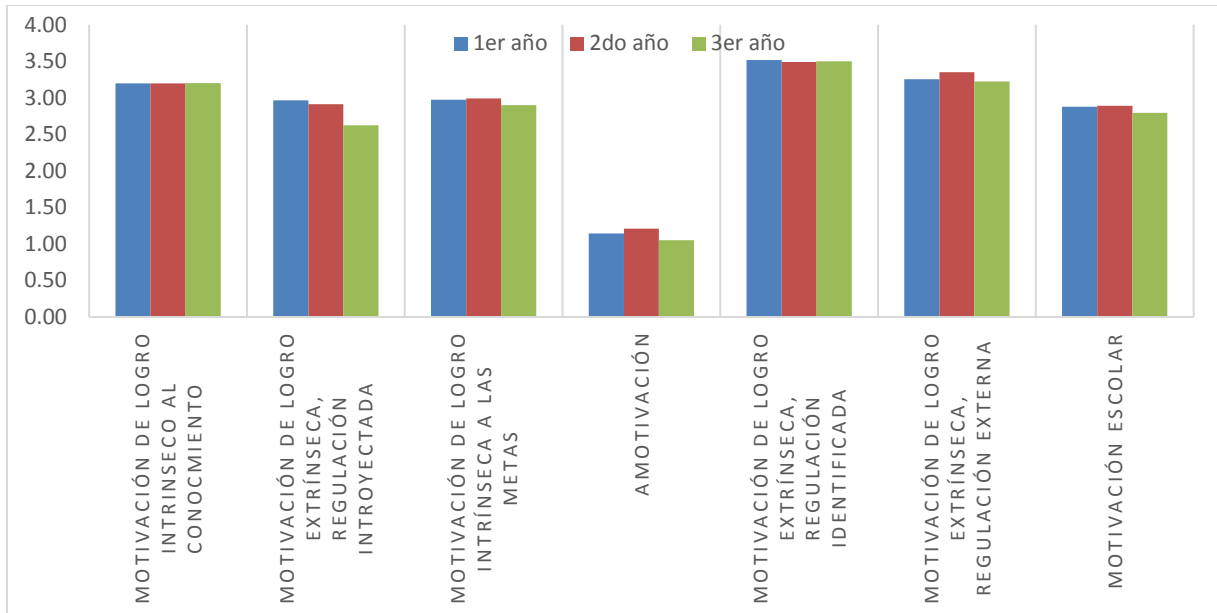


Figura 15. Medias de las dimensiones de la escala de motivación escolar por año escolar en la escuela de técnicos

7.1.5 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las escalas de bienestar psicológico de Ryff

En la Tabla 6 y con base en el análisis de los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones del Inventario de Síntomas SCL 90 y la Escala de bienestar psicológico de Ryff, se aprecia una buena correlación (-.616) estadísticamente significativa a un $\alpha = 0,01$ entre el índice de severidad global de síntomas y el nivel de bienestar psicológico de la muestra. Asimismo, se obtuvieron asociaciones negativas estadísticamente significativas entre la totalidad de las dimensiones del inventario de síntomas y las dimensiones de la escala de bienestar psicológico, lo que indica que a mayor cantidad y severidad de síntomas psicológicos se presenta un menor bienestar psicológico en los participantes del estudio.

Tabla 6.

Coefficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las escalas de bienestar psicológico de Ryff en la escuela de Técnicos Laboratoristas.

Dimensiones	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Bienestar psicológico
Somatizaciones	-.476**	-.354**	-.412**	-.305**	-.439**	-.208**	-.486**
Obsesivo compulsivo	-.368**	-.284**	-.371**	-.466**	-.558**	-.327**	-.536**
Sensibilidad interpersonal	-.393**	-.342**	-.429**	-.408**	-.589**	-.495**	-.600**
Depresión	-.480**	-.366**	-.500**	-.385**	-.592**	-.332**	-.595**
Ansiedad	-.459**	-.345**	-.460**	-.430**	-.580**	-.316**	-.581**
Hostilidad	-.349**	-.317**	-.447**	-.240**	-.463**	-.244**	-.462**
Fobia	-.348**	-.329**	-.355**	-.349**	-.424**	-.294**	-.470**
Ideación paranoide	-.318**	-.259**	-.315**	-.267**	-.454**	-.403**	-.455**
Psicoticismo	-.382**	-.276**	-.405**	-.443**	-.590**	-.407**	-.567**
Síntomas positivos	-.451**	-.358**	-.478**	-.426**	-.584**	-.395**	-.605**
Índice de severidad	-.475**	-.368**	-.479**	-.430**	-.613**	-.376**	-.616**
global							

**p < .01 (bilateral).

7.1.6 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las subescalas de la Escala de motivación escolar

A continuación en la Tabla 7 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones del SCL 90 y la Escala de Motivación Escolar. Se observa que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el índice de severidad global de síntomas psicológicos y la motivación escolar de los participantes. Sin embargo, se aprecian asociaciones negativas débiles a un $\alpha = 0,05$ entre la sensibilidad interpersonal (-.187), la ideación paranoide (-.153), el psicoticismo (-.159), el total de síntomas positivos (-.164), y la motivación de logro intrínseco al conocimiento.

Del mismo modo, se presentan asociaciones negativas estadísticamente significativas entre las somatizaciones (-.167), ansiedad (-.167), hostilidad (-.155), fobia (-.160), índice de severidad global (-.166) y la motivación de logro intrínseca a las metas.

Así también se encontraron correlaciones negativas entre las somatizaciones (-.186), la ansiedad (-.148) y la motivación de logro extrínseca, regulación identificada.

Tabla 7.

Coefficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las subescalas de la Escala de motivación escolar en la escuela pública.

Dimensiones	Motivación de logro intrínseca al conocimiento	Motivación de logro extrínseca, regulación introyectada	Motivación de logro intrínseca a las metas	Amotivación	Motivación de logro extrínseca, regulación identificada	Motivación de logro extrínseca, regulación externa	Motivación escolar
Somatizaciones	-.223	.053	-.167*	.448	-.186*	.016	-.093
Obsesivo compulsivo	-.100	.071	-.103	.274	-.021	.080	-.002
Sensibilidad interpersonal	-.187*	.025	-.141	.366	-.100	.134	-.051
Depresión	-.192	.016	-.193	.445	-.144	.103	-.078
Ansiedad	-.198	.023	-.167*	.448	-.148*	.040	-.080
Hostilidad	-.210	.000	-.155*	.499	-.241	.123	-.084
Fobia	-.197	.035	-.160*	.462	-.084	.078	-.052
Ideación paranoide	-.153*	-.012	-.127	.409	-.114	.128	-.043
Psicoticismo	-.159*	.047	-.105	.447	-.108	.101	-.019
Síntomas positivos	-.164*	.035	-.143	.303	-.136	.091	-.066
Índice de severidad global	-.199	.041	-.166*	.480	-.142	.095	-.060

7.1.7 Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas de bienestar psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de motivación escolar

Finalmente en la Tabla 8 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre las escalas de bienestar psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de Motivación Escolar. Puede apreciarse que las correlaciones más fuertes reportadas por los participantes en las subescalas de ambos instrumentos, se encontraron entre el propósito en la vida y la motivación de logro intrínseca al conocimiento (.462), con la motivación de logro intrínseca a las metas (.386) y con la motivación de logro extrínseca, regulación identificada (.349) a un $\alpha = 0,01$ respectivamente.

Asimismo, sobresalen las asociaciones entre el crecimiento personal y la motivación de logro intrínseca al conocimiento (.438), con la motivación de logro intrínseca a las metas (.390) y con la motivación de logro extrínseca, regulación

identificada (.405) a un $\alpha = 0,01$. En lo que respecta al índice global de bienestar psicológico, se observan correlaciones positivas estadísticamente significativas con la motivación de logro intrínseca al conocimiento (.439), la motivación de logro intrínseca a las metas (.364), la motivación de logro extrínseca, regulación identificada (.321), la amotivación (-.293) y con el índice global de motivación escolar (.370) a un $\alpha = 0,01$.

Por último, se resaltan las correlaciones entre el índice global de motivación escolar y el crecimiento personal (.404), el propósito en la vida (.392) y con las relaciones positivas con otros (.361) a un $\alpha = 0,01$.

Tabla 8. *Coefficientes de correlación de Pearson de las escalas de bienestar psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de motivación escolar en la Escuela de Técnicos Laboratoristas.*

Dimensiones	Motivación de logro intrínseca al conocimiento	Motivación de logro extrínseca, regulación introyectada	Motivación de logro intrínseca a las metas	Amotivación	Motivación de logro extrínseca, regulación identificada	Motivación de logro extrínseca, regulación externa	Motivación escolar
Autoaceptación	.282**	.073	.240**	-.211**	.170*	.000	.207**
Relaciones positivas con otros	.328**	.262**	.315**	-.185*	.348**	.102	.361**
Autonomía	.159*	-.002	.058	-.080	-.039	.072	.068
Dominio del entorno	.305**	.046	.251**	-.240**	.223**	.058	.229**
Crecimiento personal	.438**	.178*	.390**	-.283**	.405**	.120	.404**
Propósito en la vida	.462**	.187*	.386**	-.323**	.349**	.102	.392**
Bienestar psicológico	.439**	.169*	.364**	-.293**	.321**	.100	.370**

* $p < .05$ (bilateral).

** $p < .01$ (bilateral).

7.1.8 CONCLUSIONES DE LA ESCUELA PÚBLICA

Con base en el análisis y estructura de los datos obtenidos, así como las comparaciones e identificación de las características sobresalientes, se llega las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de sintomatología de trastornos graves se encuentra 1.8 puntos porcentuales por debajo del índice reportado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (5.8%) (Medina et al., 2003).

2. Una cuarta parte de la muestra presentó síntomas psicológicos positivos durante los últimos 7 días.
3. Los principales síntomas reportados por la muestra son los de sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, fobia y psicoticismo.
4. El segundo año escolar presenta un mayor índice de síntomas positivos, siendo los más frecuentes los de sensibilidad interpersonal y ansiedad.
5. Existe una mayor prevalencia de síntomas psicológicos en las mujeres que en los hombres.
6. La media de las mujeres presenta severidad moderada en los síntomas de depresión, somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, fobia, psicoticismo y el índice de severidad global.
7. La media de las mujeres tiene menos relaciones positivas, autoaceptación y dominio del entorno que los hombres.
8. La media de la muestra presenta niveles de bienestar psicológico adecuados.
9. La media de la muestra presenta un nivel de autonomía deficiente.
10. El primer año presenta una mayor motivación de logro extrínseca, regulación introyectada y motivación de logro extrínseca, regulación identificada.
11. El segundo año presenta mayor motivación de logro intrínseca a las metas y amotivación.
12. El tercer año presenta mayor motivación de logro intrínseco al conocimiento.
13. El segundo año presenta mayor motivación escolar.
14. El tercer año presenta menor motivación escolar.
15. A mayor sintomatología psicológica los estudiantes presentan menor bienestar psicológico.
16. A mayor sensibilidad interpersonal los estudiantes presentan menor autoaceptación y relaciones positivas con otros.
17. A mayor depresión se presenta un menor propósito en la vida y la autoaceptación.
18. Los síntomas de ansiedad, los obsesivos compulsivos, los de psicoticismo y el índice de severidad global impactan de manera negativa la autoaceptación de la persona.

19. La resiliencia puede estar funcionando como factor protector que evita que la sintomatología psicológica impacte de manera importante en la motivación escolar.
20. El bienestar psicológico, el propósito en la vida claro y el crecimiento personal se asocia positivamente con el nivel de motivación escolar general, la motivación intrínseca al conocimiento, la motivación de logro intrínseca a las metas y a la motivación de logro extrínseca, regulación identificada.
21. El bienestar psicológico y la motivación escolar aumenta la capacidad de los participantes de relacionarse positivamente con otros.

7.2 RESULTADOS DE LA ESCUELA PRIVADA

A continuación se presentan los resultados principales que caracterizan a la muestra de la escuela privada según lo reportado por los participantes en el Inventario de síntomas SLC 90, la Escala de bienestar psicológico de Ryff y la Escala de Motivación Escolar.

7.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA EN LA ESCUELA PRIVADA

En la tabla (9) se presentan las características sociodemográficas de la muestra total del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli, la cual estuvo conformada por 60 sujetos, 55% hombres y 45% mujeres con un promedio de edad de 16.52 años.

En la tabla (10) se aprecia la distribución de la muestra por año escolar y sexo, participaron 45 personas de primero año (74.99%), 26 hombres y 19 mujeres; 7 personas de segundo año (11.66%), 2 hombres y 5 mujeres; y 8 personas de tercer año (13.33%), 5 hombres y 3 mujeres.

Tabla 9. *Características sociodemográficas de los participantes*

Sexo	Privada	Edad
Hombres:	33 (55%)	16.52 años (DE= 1.64)
Mujeres:	27 (45%)	16.52 años (DE= 1.71)
Total	60 (100%)	16.52 años (DE= 1.66)

Tabla 10. *Distribución de la muestra por sexo y año escolar.*

Características	Escuela privada					
	1re año		2do año		3er año	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo						
Hombres	26	43.33	2	3.33	5	8.33
Mujeres	19	31.66	5	8.33	3	5.0
Total	45	74.99	7	11.66	8	13.33

7.2.2 Inventario de síntomas SLC 90 R

En la Figura 16 puede apreciarse el grado de severidad de los síntomas en la muestra total de participantes. Se observa que los síntomas de severidad moderada con mayor prevalencia son los de fobia, depresión y psicoticismo, seguidos por los de ansiedad,

somatizaciones y obsesivo compulsivo. Asimismo, los síntomas de severidad alta con mayor incidencia son los de sensibilidad interpersonal y hostilidad.

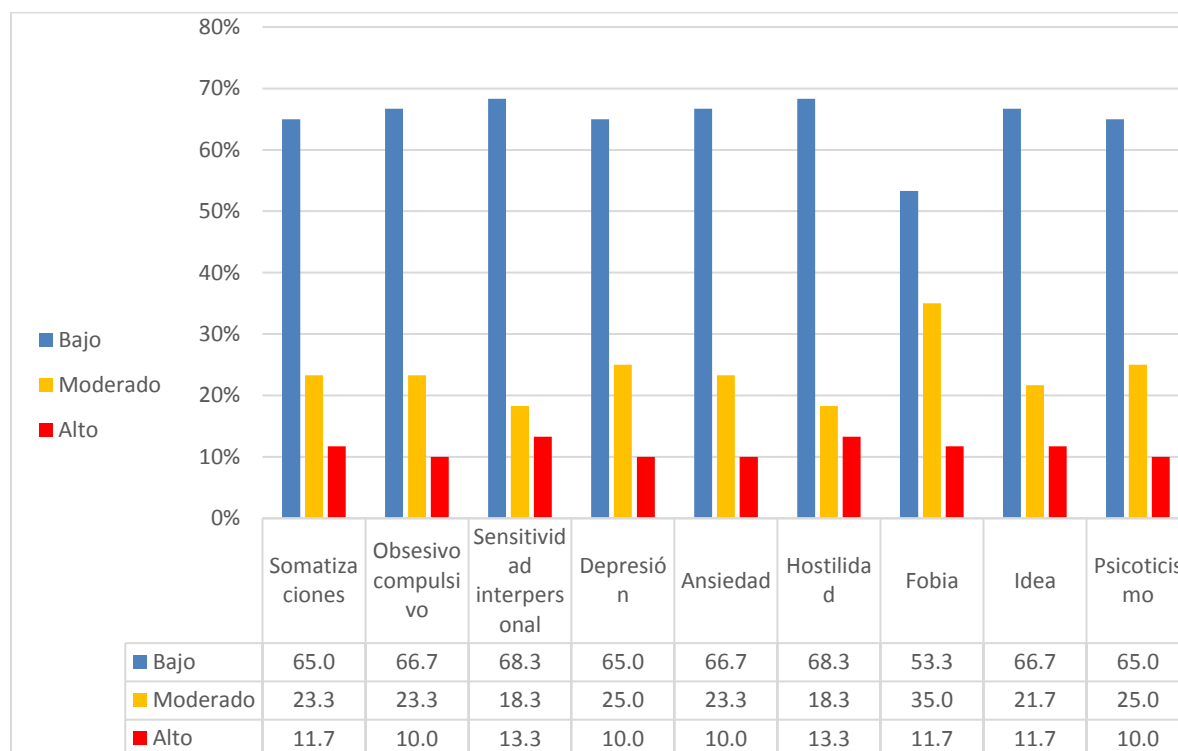


Figura 16. Distribución del índice de severidad por síntoma específico en la muestra total de alumnos de la escuela privada.

La tabla (11) muestra las medias de los puntajes brutos de las dimensiones del Inventario de síntomas SLC 90 por año escolar.

En la figura (17), se aprecia que el primer año muestra puntajes más elevados en comparación con los otros dos años en las dimensiones de fobia y obsesivo compulsivo ambas con severidad moderada. Asimismo, con puntajes arriba del percentil 65 se encuentran las de sensibilidad interpersonal, ansiedad, psicoticismo e ideación paranoide. Cabe mencionar que el primer año presenta mayores síntomas de depresión, sin embargo tienen severidad baja. EL segundo año presenta severidad baja en todas las dimensiones del instrumento y el tercer año se caracteriza por puntajes más altos en sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, psicoticismo y ansiedad, los cuales

muestran severidad moderada. Por último, en el índice global de severidad, primero y tercer año presentan severidad moderada y segundo año severidad baja.

Tabla 11. *Medias de los puntajes brutos de las dimensiones del Inventario de síntomas por grupos de la escuela privada.*

Dimensiones	1er año		2do año		3er año	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación Estándar
Somatizaciones	.8703	.7775	.8690	.6006	.8958	.7660
Obsesivo compulsivo	1.30	.7549	1.100	.2646	1.263	.9650
Sensibilidad interpersonal	1.1135	.9099	.9365	.7225	1.1805	1.2861
Depresión	1.1333	.9351	1.0329	.8247	1.0096	1.0598
Ansiedad	.798	.8024	.457	.3690	.837	1.0295
Hostilidad	1.2259	.9899	1.0476	.7497	1.3333	1.0465
Fobia	.6095	.7803	.3673	.4430	.4107	.4734
Ideación paranoide	1.00	.7961	.4285	.2863	1.4583	1.2206
Psicoticismo	.717	.7441	.314	.2610	.825	.8730
Ítems adicionales	6.80	5.71	5.29	3.72	6.63	6.140
Índice de severidad global	.9674	.7163	.7476	.4080	.9906	.8948

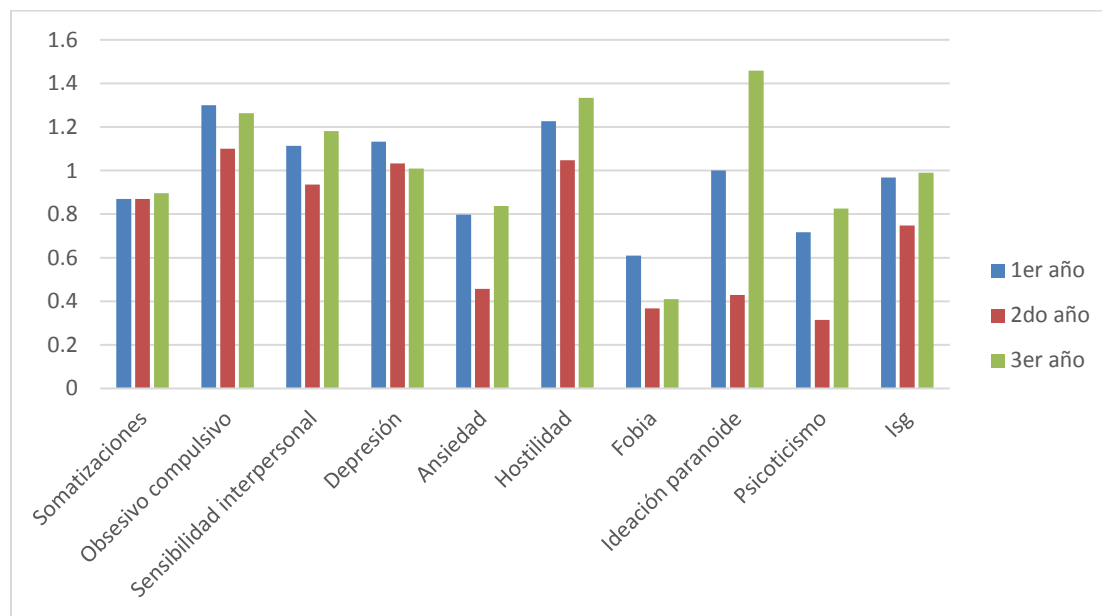


Figura 17. Medias de los puntajes brutos de las dimensiones del SCL 90 en primero, segundo y tercer año de la escuela privada.

En la figura (18) se muestran los porcentajes del índice de severidad global de la muestra correspondiente al primer año escolar de la escuela privada (N=45), encontrándose el 75% con bajo distrés psicológico, 12% con moderado y 13% con un grado alto.

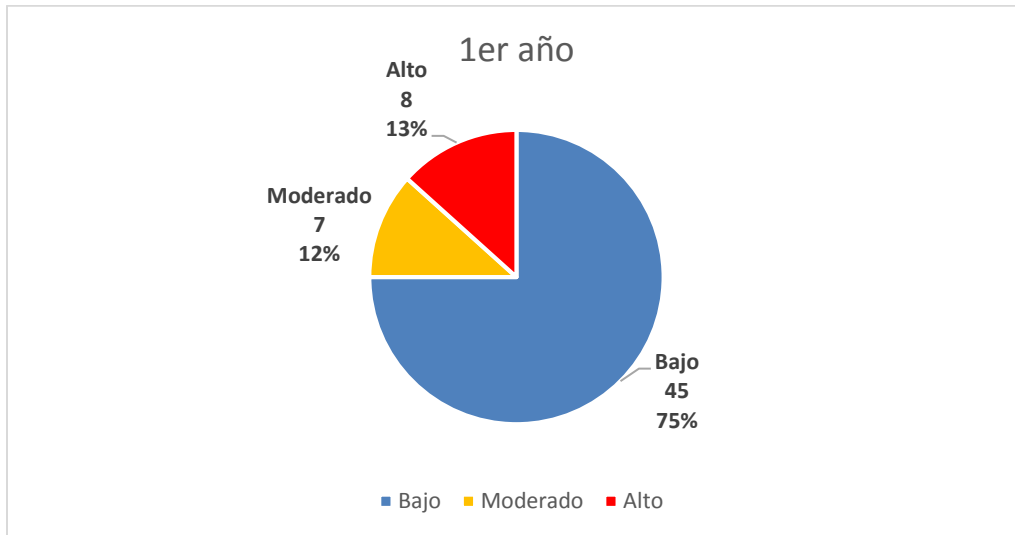


Figura 18. Distribución del índice de severidad en alumnos de primer año en la escuela privada.

En la Figura 19 se observa la distribución de los porcentajes del índice de severidad global de la muestra correspondiente al segundo año escolar del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli (N=7), encontrándose el 57% con bajo distrés psicológico y el 43% con un grado moderado.

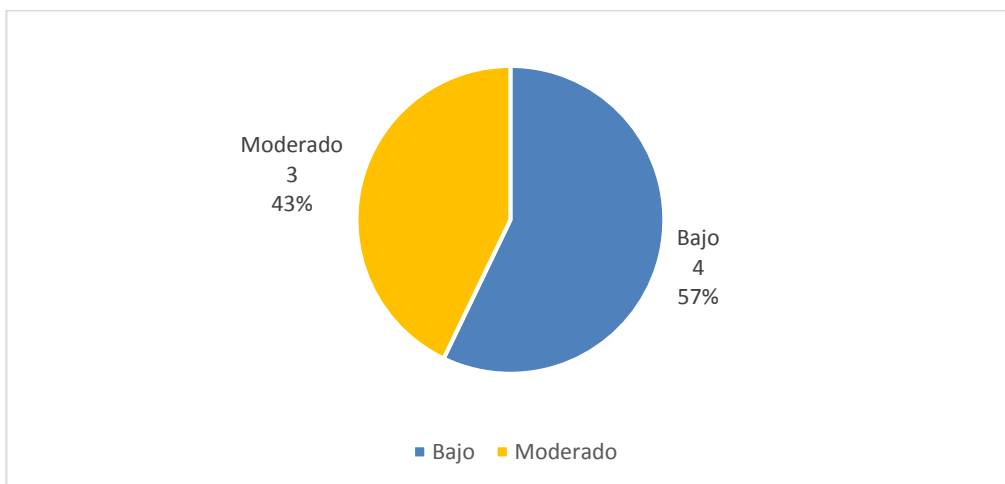


Figura 19. Distribución del índice de severidad en alumnos de segundo año en la escuela privada

En la figura 20 se observan los porcentajes del índice de severidad global de la muestra correspondiente al tercer año escolar del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli (N=8), encontrándose el 62% con bajo distrés psicológico, el 13% con un grado moderado y el 25% con alta severidad.

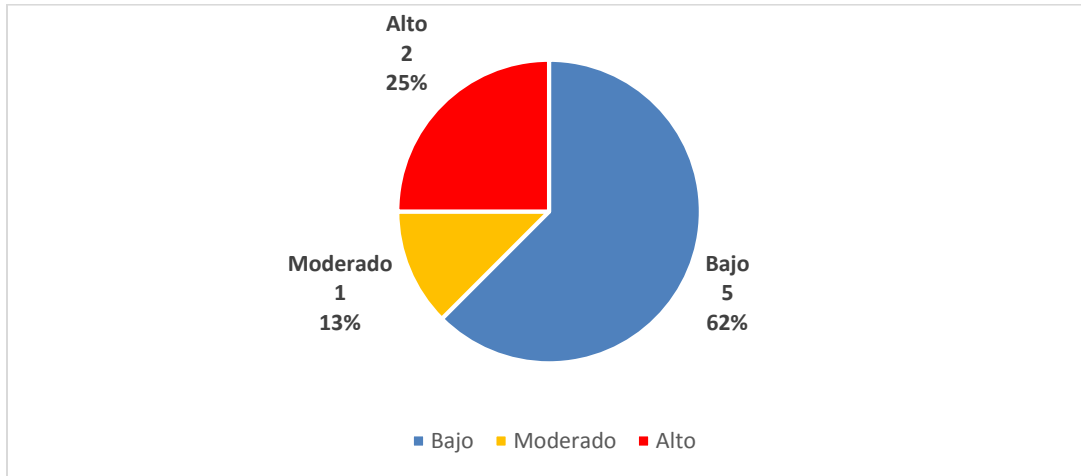


Figura 20. Distribución del índice de severidad en alumnos de tercer año en la escuela privada.

En lo que respecta al índice de severidad global en la muestra total de alumnos del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli (N=60), en la Figura 21 se aprecia que el 58% de los participantes presentaron un bajo nivel de distrés, al obtener puntajes brutos por debajo del percentil 65 (.8666), el 25% muestran un grado moderado y sólo el 10% un grado alto de distrés psicológico.

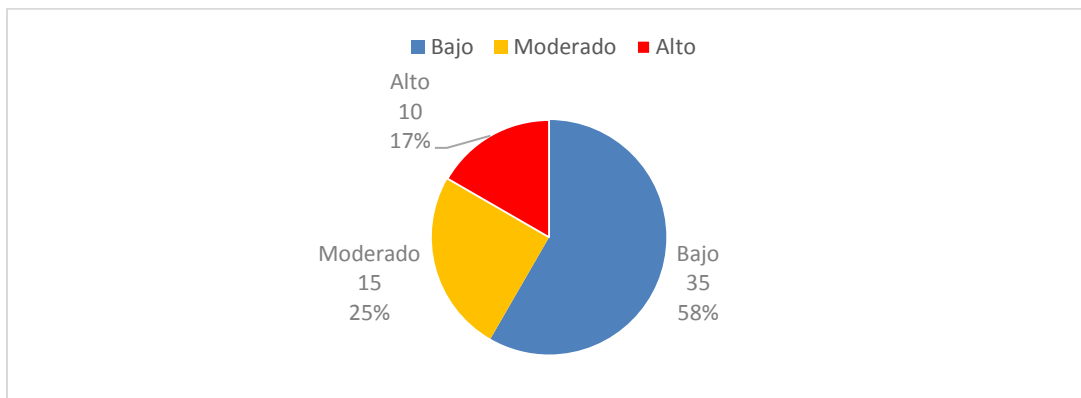


Figura 21. Distribución del índice de severidad en la muestra total de alumnos en la escuela privada.

En la figura 22 se muestra la distribución de las medias de las diferentes dimensiones del Inventario de síntomas SLC 90 por sexo. Las mujeres presentan promedios arriba del percentil 65 en las dimensiones de somatizaciones, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, fobia, psicoticismo y el índice de severidad global, lo que indica síntomas positivos con severidad moderada. Los hombres por su parte obtuvieron puntajes por debajo del percentil 65 en todas las dimensiones analizadas del instrumento.

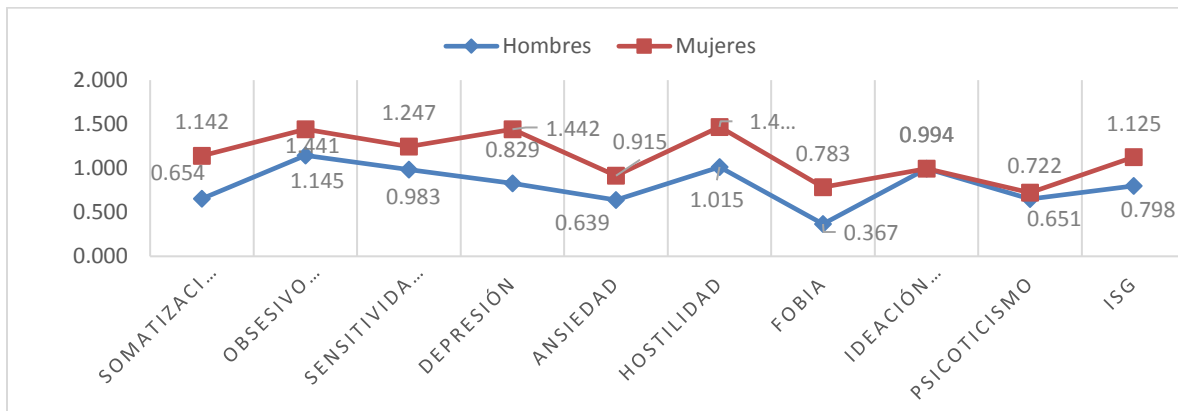


Figura 22. Medias de los puntajes brutos en las dimensiones del SCL 90 por sexo.

En la figura 23 se muestra la distribución del índice de severidad por síntoma específico y sexo de las diferentes dimensiones del Inventario de síntomas SCL 90. Los síntomas de mayor prevalencia con promedios arriba del percentil 65 en las mujeres fueron los de fobia, depresión, somatizaciones y hostilidad. Asimismo, los síntomas con mayor prevalencia en las mujeres que presentaron severidad alta fueron los de hostilidad, fobia, sensibilidad interpersonal, depresión y somatizaciones. Por otro lado, los síntomas con mayor incidencia en los hombres fueron los de fobia, psicoticismo e ideación paranoide.

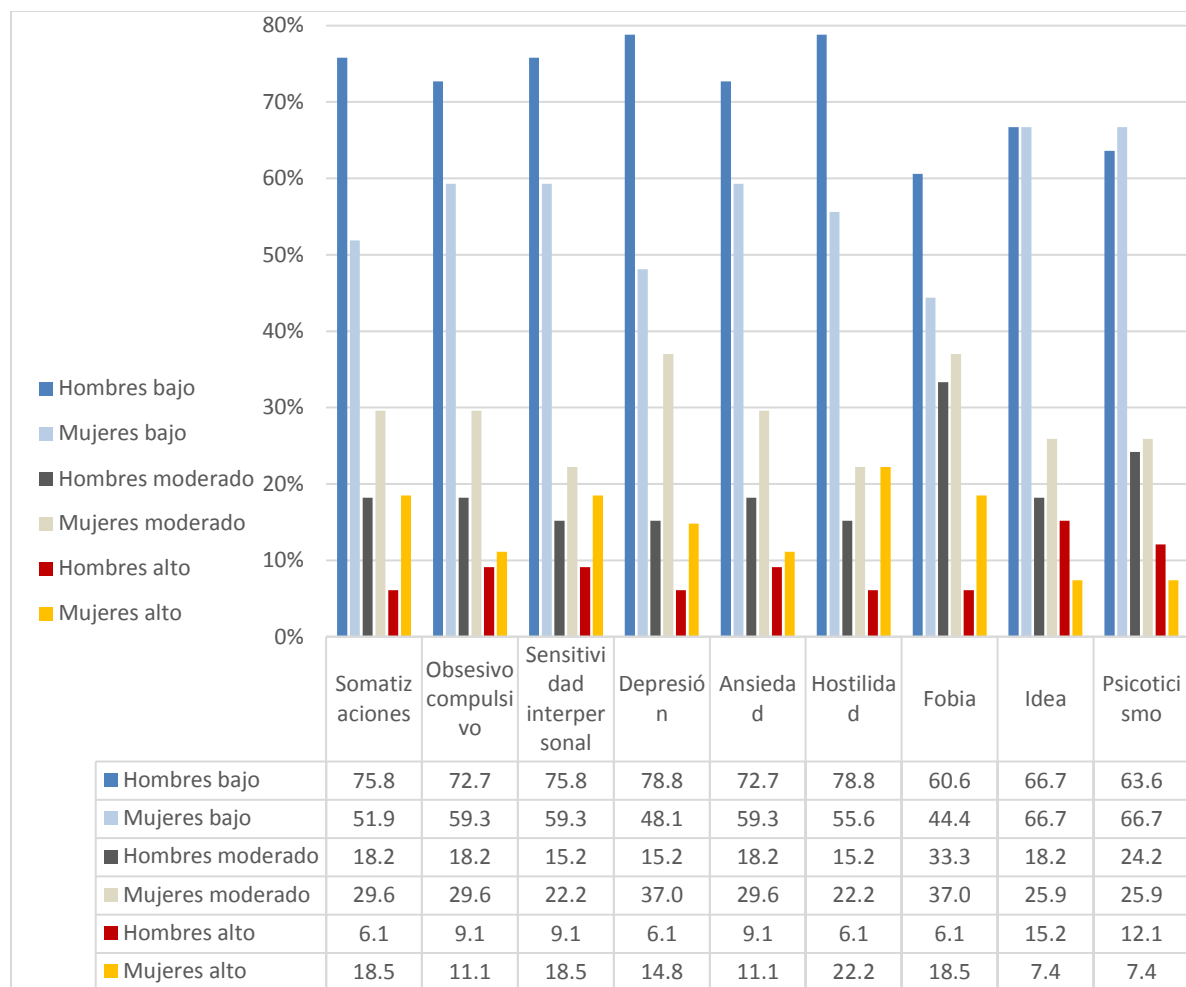


Figura 23. Porcentajes del índice de severidad por síntoma específico y sexo en alumnos de la escuela privada.

7.2.3 Escala de bienestar psicológico de Ryff

En la tabla 12 se presentan las medias de las dimensiones de la Escala de bienestar psicológico de Ryff por año escolar en la muestra del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli. Según lo reportado por los participantes, se aprecia que los alumnos de los tres años escolares muestran niveles de autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida adecuados Figura 24, sin embargo los mismos presentaron una autonomía deficiente al encontrarse por debajo de 28 puntos. Cabe resaltar que el segundo año en comparación con primer y tercer año, presenta mejores niveles en relaciones positivas con otros, dominio del

entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, a excepción de la autoaceptación, en la cual tiene puntajes menores. Asimismo, sobresale que aunque tercer año muestra una mejor autonomía que los otros dos años, también reportó menor crecimiento personal y propósito en la vida. Por último, primer año presenta una menor autonomía, relaciones positivas con otros y dominio del entorno que los otros dos años.

Tabla 12. *Medias de las dimensiones de la Escala de bienestar psicológico de Ryff por año escolar en la escuela privada.*

Dimensión	1er año		2do año		3er año	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Autoaceptación	23.07	7.417	25.29	3.684	23.63	8.017
Relaciones positivas con otros	23.71	6.635	25.00	3.416	25.75	4.559
Autonomía	30.84	6.879	26.71	4.572	30.75	7.324
Dominio del entorno	23.04	5.717	26.14	4.880	24.00	6.392
Crecimiento personal	29.09	6.033	31.57	4.541	26.50	7.728
Propósito en la vida	25.13	6.992	25.86	6.388	22.25	6.902
Bienestar psicológico	154.89	30.637	160.57	20.517	152.88	31.679

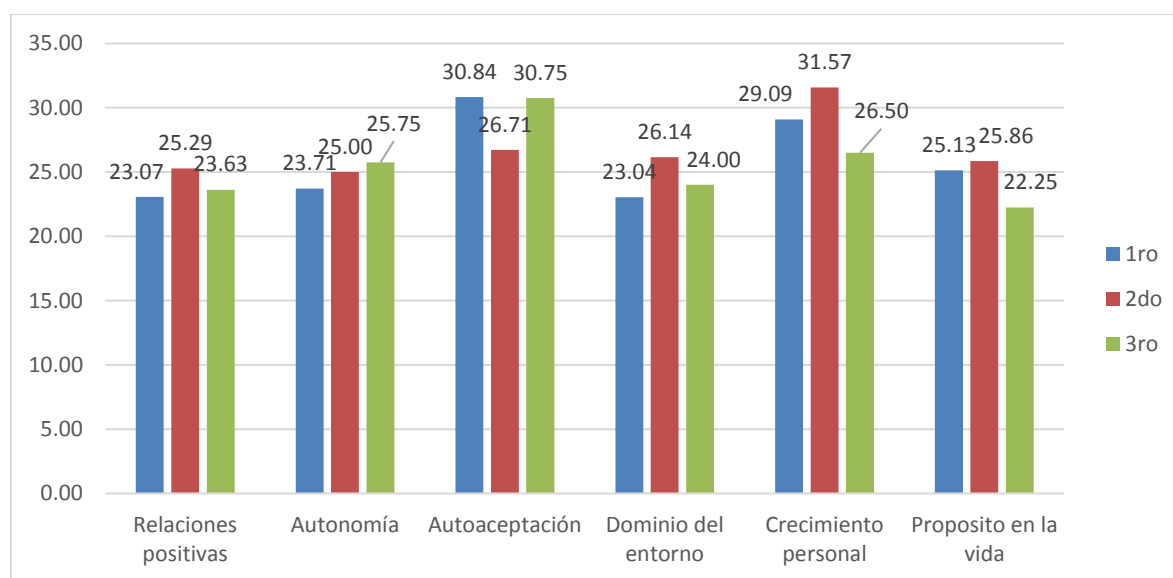


Figura 24. *Medias de las dimensiones de la escala de bienestar psicológico por año escolar en la escuela privada.*

En la figura 25 se muestra la distribución de los niveles de bienestar psicológico en el primer año escolar del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli (N=45), encontrándose el 49% con alto bienestar psicológico, 38% con moderado y el 13% con un nivel bajo.

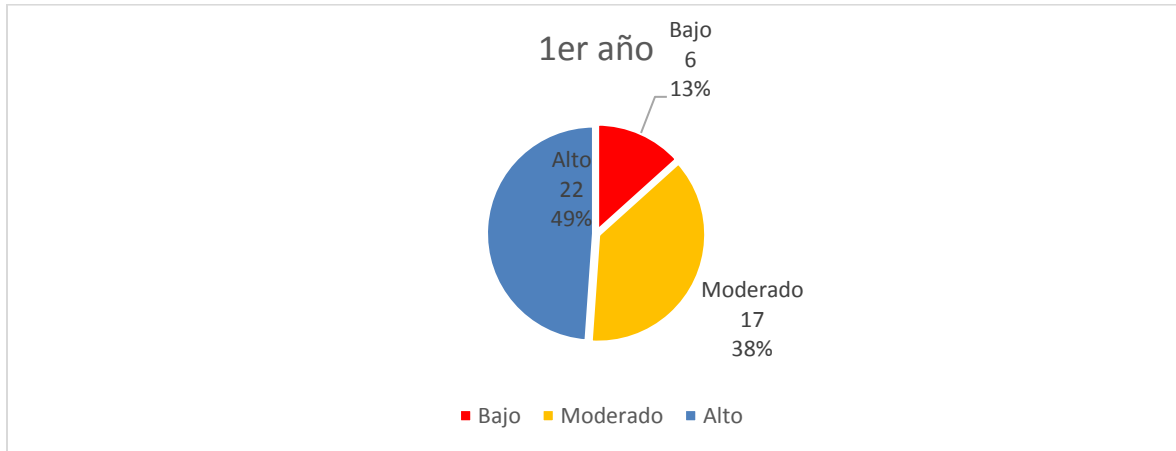


Figura 25. Nivel de bienestar psicológico en alumnos de segundo año en la escuela privada.

En la figura 26 se muestra la distribución de los niveles de bienestar psicológico en el segundo año escolar del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli (N=7), encontrándose el 71% con moderado bienestar psicológico y 29% con un grado bajo.

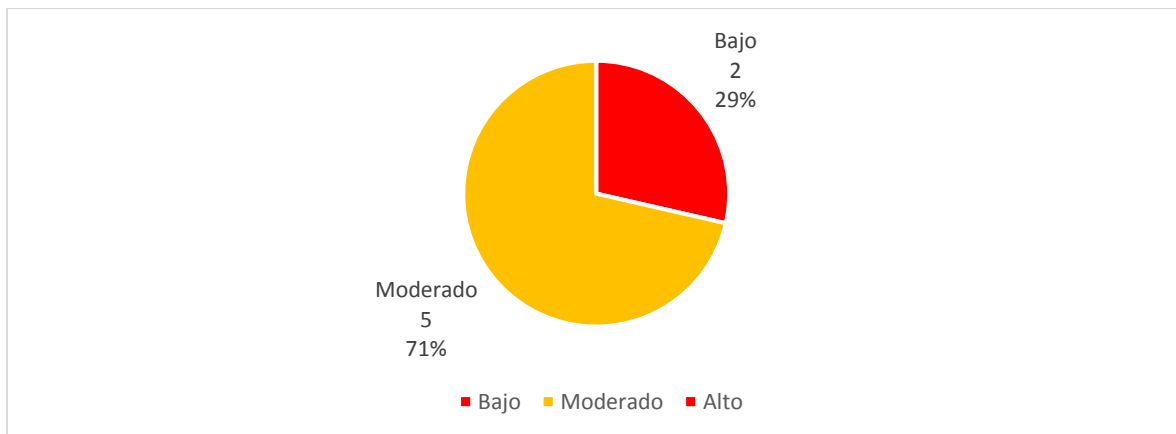


Figura 26. Nivel de bienestar psicológico en alumnos de segundo año en la escuela privada.

En la figura 27 se muestra la distribución de los niveles de bienestar psicológico en el tercer año escolar del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli (N=8), encontrándose el 50% con alto bienestar psicológico, 25% con moderado y el 25% con un grado bajo.



Figura 27. Nivel de bienestar psicológico en alumnos de tercer año en la escuela privada.

En lo que se refiere al nivel de bienestar psicológico en la muestra total de alumnos del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli (N=60), en la Figura 28 se observa que el 52% de los participantes presentaron un alto nivel de bienestar al obtener puntajes superiores a 152, el 35% muestran un grado adecuado y sólo el 13% un nivel bajo de bienestar.

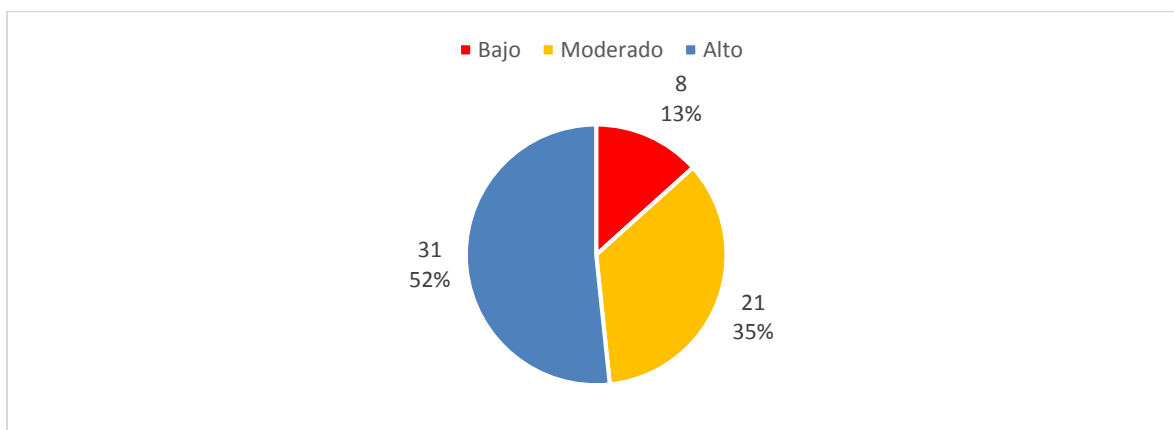


Figura 28. Nivel de bienestar psicológico en la muestra total de alumnos de la escuela privada.

En la Figura 29 se aprecia la distribución de las medias de las diferentes dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff por sexo. Las mujeres presentan promedios superiores a los de los hombres en las subescalas de autoaceptación, dominio del entorno y propósito en la vida, así como puntajes menores que los hombres en las subescalas de relaciones positivas con otros, autonomía y crecimiento personal. Cabe resaltar que tanto hombres como mujeres reportaron una autonomía deficiente ($24.61/23.30 < 28$), sin embargo presentaron adecuados niveles en el resto de las dimensiones del instrumento.

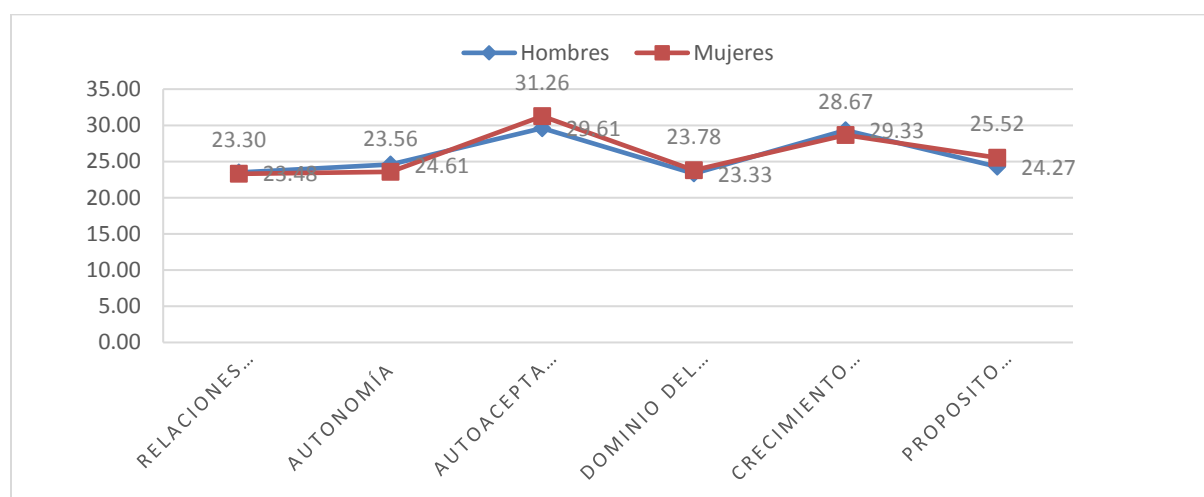


Figura 29. Medias de las dimensiones de la escala de bienestar psicológico por sexo en la escuela privada.

7.2.4 Escala de motivación escolar

En la tabla (6) y Figura 30 se aprecia que los participantes del primer año reportan un menor puntaje en la motivación intrínseca al conocimiento, motivación de logro extrínseca, regulación introyectada y en motivación de logro intrínseca a las metas, así como una mayor amotivación en comparación con el segundo y tercer año escolar. El segundo año sobresale por presentar un mayor puntaje en motivación de logro extrínseca, regulación introyectada y motivación de logro intrínseca a las metas. Sin embargo muestra una menor motivación de logro extrínseca, regulación externa y menor amotivación. Finalmente el tercer año presenta mayor motivación de logro intrínseco al

conocimiento y menor amotivación, pese a tener menor motivación de logro extrínseca, regulación externa en comparación con los otros dos años escolares.

En cuanto al puntaje general de la Escala de Motivación Escolar en los 3 años del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli, en la figura (15) se observa que el tercer año es el que presenta mayor motivación escolar, mientras que el primer año muestra una menor motivación escolar en comparación con los otros dos años.

Tabla 13. *Medias de las dimensiones de la Escala de motivación escolar en la escuela privada.*

Dimensiones	1er año		2do año		3er año	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Motivación de logro intrínseco al conocimiento	2.952	0.674	3.048	0.826	3.417	0.696
Motivación de logro extrínseca, regulación introyectada	3.000	0.785	3.429	0.826	3.063	0.989
Motivación de logro intrínseca a las metas	2.785	0.721	3.000	0.638	2.958	0.929
Amotivación	1.350	0.454	1.107	0.197	1.156	0.186
Motivación de logro extrínseca, regulación identificada	3.239	0.808	3.286	1.015	3.188	1.108
Motivación de logro extrínseca, regulación externa	3.133	0.768	2.964	0.366	3.219	0.574
Motivación escolar	2.761	0.449	2.837	0.586	2.884	0.604

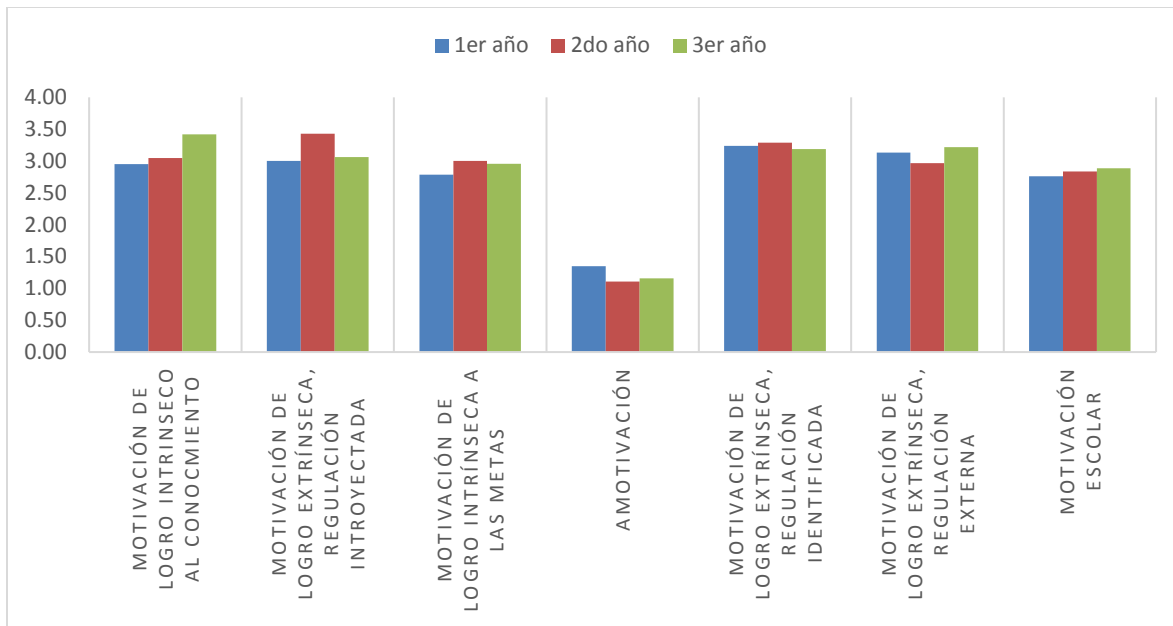


Figura 30. Medias de las dimensiones de la escala de motivación escolar por año escolar en la escuela privada.

7.2.5 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las escalas de bienestar psicológico de Ryff

En la tabla 14 y con base en el análisis de los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones del Inventario de Síntomas SCL 90 y la Escala de bienestar psicológico de Ryff, se aprecia una correlación negativa baja de (-.281) estadísticamente significativa a un $\alpha = 0,01$ entre los síntomas positivos y el nivel dominio del entorno. Sin embargo, no se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas entre el resto de las dimensiones del inventario de síntomas y las dimensiones de la escala de bienestar psicológico, lo que indica que a pesar de que se presenten síntomas psicológicos los participantes pueden mantener adecuados niveles de bienestar psicológico.

Tabla 14. *Coefficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las escalas de bienestar psicológico de Ryff en la escuela privada.*

Dimensiones	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Bienestar psicológico
Somatizaciones	-.230	-.034	.018	-.069	-.238	-.002	-.122
Obsesivo compulsivo	-.199	-.188	.064	-.136	-.185	-.024	-.143
Sensibilidad interpersonal	-.215	-.169	.041	-.151	-.222	-.095	-.176
Depresión	-.240	-.071	.076	-.089	-.242	.002	-.123
Ansiedad	-.228	-.125	.058	-.127	-.201	-.074	-.152
Hostilidad	-.148	-.098	-.036	-.127	-.168	.044	-.114
Fobia	-.216	-.125	.080	-.111	-.115	-.033	-.113
Ideación paranoide	-.188	-.119	.093	-.076	-.108	-.024	-.092
Psicoticismo	-.224	-.066	.046	-.082	-.199	-.116	-.142
Síntomas positivos	-.281*	-.113	.027	-.172	-.184	-.067	-.173
Índice de severidad global	-.240	-.117	.059	-.116	-.219	-.036	-.145

**p < .01 (bilateral).

7.2.6 Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las subescalas de la Escala de motivación escolar

A continuación en la tabla (8) se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones del SCL 90 y la Escala de Motivación Escolar. Se observa únicamente existe una asociación baja (.294) estadísticamente significativa a un $\alpha = 0,05$ entre la dimensión de depresión y la motivación de logro intrínseca a las metas, lo que puede indicar algún grado de resiliencia en personas con este tipo de síntomas.

Tabla 15. Coeficientes de correlación de Pearson de las dimensiones del SCL-90 y las subescalas de la Escala de motivación escolar en la escuela privada.

Dimensiones	Motivación de logro intrínseca al conocimiento	Motivación de logro extrínseca, regulación intrínseca	Motivación de logro intrínseca a las metas	Amotivación	Motivación de logro extrínseca, regulación	Motivación de logro extrínseca, regulación externa	Motivación escolar
Somatizaciones	.076	-.019	.167	-.133	.165	.039	.108
Obsesivo compulsivo	.142	-.080	.119	-.160	.064	-.054	.049
Sensibilidad interpersonal	.033	-.046	.127	-.081	.083	-.053	.041
Depresión	.193	.051	.294*	-.224	.185	-.017	.185
Ansiedad	.145	-.038	.185	-.139	.165	-.011	.120
Hostilidad	.151	.054	.210	-.220	.189	-.041	.142
Fobia	.068	-.023	.155	-.196	.149	-.054	.069
Ideación paranoide	.153	-.048	.148	-.144	.136	.072	.117
Psicoticismo	.039	-.096	.061	-.134	.113	-.068	.007
Síntomas positivos	.074	-.055	.102	-.103	.089	.008	.055
Índice de severidad global	.133	-.034	.199	-.186	.159	-.029	.110

**p < .01 (bilateral).

7.2.7 Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas de bienestar psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de motivación escolar

Finalmente en la tabla 16 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre las escalas de bienestar psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de Motivación Escolar.

Puede apreciarse que las correlaciones positivas más altas reportadas por los participantes en las subescalas de ambos instrumentos fueron entre el propósito en la vida y la motivación de logro intrínseca a las metas (.394) y las relaciones positivas con otros y la motivación de logro intrínseca al conocimiento (.380) a un $\alpha = 0,01$. Asimismo, el nivel de bienestar psicológico se asoció positivamente con la motivación de logro intrínseca a las metas (.379) y con la motivación de logro intrínseca al conocimiento (.348). Por último, a excepción de la dimensión de crecimiento personal, todas las demás subescalas del instrumento de bienestar psicológico de Ryff correlacionaron positivamente con el nivel de motivación escolar, encontrándose a su vez una asociación positiva entre el nivel general de bienestar psicológico y de motivación escolar (.409) a un $\alpha = 0,01$. Lo anterior indica que a mayor bienestar psicológico los participantes pueden llegar a presentar mayor motivación escolar.

Tabla 17. *Coefficientes de correlación de Pearson de las escalas de bienestar psicológico de Ryff y las subescalas de la Escala de motivación escolar en la escuela privada.*

Dimensiones	Motivación de logro intrínseca al conocimiento	Motivación de logro extrínseca, regulación introyectada	Motivación de logro intrínseca a las metas	Amotivación	Motivación de logro extrínseca, regulación identificada	Motivación de logro extrínseca, regulación externa	Motivación escolar
Autoaceptación	.231	.108	.323*	-.237	.286*	.058	.260*
Relaciones positivas con otros	.380**	.250	.312*	-.115	.344**	.148	.387**
Autonomía	.331**	.044	.273*	-.147	.295*	.201	.303*
Dominio del entorno	.232	.155	.304*	-.194	.315*	.325*	.334**
Crecimiento personal	.170	.134	.110	-.089	.152	.281*	.208
Propósito en la vida	.244	.182	.394**	-.136	.329*	.294*	.378**
Bienestar psicológico	.348**	.189	.379**	-.203	.378**	.282*	.409**

* $p < .05$ (bilateral).

** $p < .01$ (bilateral).

7.2.8 CONCLUSIONES DE LA ESCUELA PRIVADA

Con base en el análisis y estructura de los datos obtenidos, así como las comparaciones e identificación de las características sobresalientes, se llega a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de sintomatología de trastornos graves se encuentra 11.2 puntos porcentuales por arriba del índice reportado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (5.8%) (Medina et al., 2003).
2. El 42% de la muestra presentó síntomas psicológicos positivos durante los últimos 7 días.
3. Los principales síntomas reportados por la muestra son los de fobia, depresión y psicoticismo, seguidos por los de ansiedad y obsesivo compulsivo.
4. Uno de cada cuatro personas del primer año escolar presenta síntomas psicológicos positivos.
5. El 43% de los participantes del segundo año escolar presenta síntomas psicológicos positivos.
6. El 38% de los participantes de tercer año escolar presenta síntomas psicológicos positivos.
7. Existe una mayor prevalencia de síntomas psicológicos en las mujeres que en los hombres.
8. La media de las mujeres presenta severidad moderada en las dimensiones de somatizaciones, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, fobia, psicoticismo y el índice de severidad global.
9. La media de las mujeres tiene menos relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, así como mayor autoaceptación, dominio del entorno y propósito en la vida que los hombres.
10. La media de la muestra presenta un nivel alto de bienestar psicológico (158.28).
11. La media de la muestra presenta un nivel de autonomía deficiente.
12. El primer año presenta menores niveles de motivación intrínseca al conocimiento, motivación de logro extrínseca, regulación introyectada y en motivación de logro

- intrínseca a las metas, así como una mayor amotivación en comparación con el segundo y tercer año escolar.
13. El segundo año presenta mayor motivación de logro extrínseca, regulación introyectada y motivación de logro intrínseca a las metas.
 14. El tercer año presenta mayor motivación de logro intrínseco al conocimiento y menor amotivación, así como menor motivación de logro extrínseca, regulación externa.
 15. El tercer año presenta mayor motivación escolar.
 16. El primer año presenta menor motivación escolar.
 17. No existe una correlación estadísticamente significativa entre la sintomatología psicológica y el bienestar psicológico de los estudiantes.
 18. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa muy baja entre los síntomas positivos y el dominio del entorno.
 19. Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre los síntomas de depresión y la motivación de logro intrínseca a las metas.
 20. La resiliencia puede estar fungiendo como factor protector que evita que la sintomatología psicológica impacte de manera importante en la motivación escolar.
 21. El bienestar psicológico, el propósito en la vida claro, las relaciones positivas con otros, la autoaceptación, la autonomía y el dominio del entorno se asocian positivamente con el nivel de motivación escolar general.

7.3 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sobre la prevalencia de sintomatología psicológica grave en la muestra de adolescentes (4%) de la escuela de Técnicos Laboratoristas es ligeramente menor a la reportada en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina et al., 2003), en la cual el 5.8% de los participantes presentó sintomatología de trastornos mentales durante los últimos 30 días, mientras que la del bachillerato de la Universidad Fray Luca Paccioli es mayor con un 17%.

En cuanto a los síntomas más comunes en los estudiantes de ambas escuelas, sobresalen la sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, fobia y psicoticismo, lo que concuerda con lo encontrado por (Benjet et al., 2009), quien ubica a los trastornos de ansiedad, los de control de impulsos y los del estado de ánimo como los más frecuentes en esta etapa de la vida.

Asimismo, cabe resaltar que el porcentaje de alumnos de los tres años escolares con sintomatología moderada y grave fue de 26% en la escuela pública y de 42% en la privada, lo que va de acorde a lo encontrado por Benjet et al. (2009) en una muestra de adolescentes de la ciudad de México, cuyo 40% reportó la presencia en los últimos 12 meses de sintomatología perteneciente a algún trastorno mental.

Es importante mencionar que el porcentaje de alumnos con riesgo moderado y alto de padecer alguna patología psicológica es mayor en el segundo y tercer año escolar de las dos muestras, sin embargo esto puede deberse a la diferencia en la cantidad de participantes de cada año. Así, si se toma en cuenta que la mayor parte de los participantes perteneció al primer año, aproximadamente uno de cada cuatro personas puede presentar síntomas psicológicos.

Lo anterior puede deberse al carácter de cambio y conflicto que supone la misma adolescencia o al inicio de trastornos mentales. Los síntomas con mayor prevalencia, señalan sentimientos de inadecuación e inferioridad en las relaciones con el grupo de iguales, así como nerviosismo, miedo y tensión que resultan en conductas ya sea hostiles o de aislamiento.

En el mismo sentido, como lo mencionan Berenzon, Lara, Robles y Medina (2013), la depresión tiene una especial importancia para la población adolescente, puesto que puede interferir en el desarrollo de los individuos, limitar sus conductas disponibles y su toma de decisiones. Esto, se ha relacionado al igual que otros trastornos con el maltrato intrafamiliar, la violencia del entorno, la falta de oportunidades, entre otros factores, por lo que es necesario implementar intervenciones dirigidas a la prevención de este

trastorno del ánimo en los tres años escolares principalmente con las mujeres, quienes presentaron una media por encima del percentil 65, lo que indica severidad moderada.

Otro aspecto sobresaliente en los resultados fue la mayor prevalencia de síntomas psicológicos en las mujeres, lo cual concuerda con lo encontrado por Benjet, Borges, Medina, Méndez, Fleiz, Rojas y Cruz (2009) quienes al estudiar la prevalencia de trastornos psiquiátricos por sexo en adolescentes de la ciudad de México encontraron una mayor presencia de sintomatología psicológica en las mujeres. Estos autores señalan una posible mayor vulnerabilidad de las mismas al estrés, debido al aumento de estrógenos y progesterona durante la adolescencia y a una mayor reactividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal que influye en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol.

En lo que se refiere al bienestar psicológico de los participantes, se aprecia que la mayor parte de los estudiantes presentan adecuados y altos niveles de bienestar, por lo que a pesar de que en la muestra de técnicos se encontró una asociación negativa entre los síntomas y el bienestar psicológico, es posible que existan factores protectores que permiten que las personas sigan sintiéndose felices y plenos.

Asimismo, cabe señalar que el tercer año en técnicos obtuvo puntajes menores en las dimensiones de relaciones positivas, autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida; y en crecimiento personal y propósito en la vida en la Fray Luca Paccioli, lo cual, tal como lo menciona Quintanilla et al. (2004) puede deberse a la incertidumbre de conseguir un aumento en su calidad de vida dada la falta de empleos dignos y bien remunerados, así como a la ansiedad que generan las nuevas exigencias sociales que suponen la conclusión del bachillerato.

Por otra parte, es de resaltar que en la dimensión de autonomía en ambas muestras los de tercer año obtuvieron puntajes mayores a los de primero y segundo año, lo que puede deberse a que en este momento los adolescentes incrementan su capacidad de resistir presiones sociales al contar con una mayor independencia,

regulación de su conducta y determinación en sus decisiones, lo cual incide a su vez en su autoaceptación, al autoevaluarse con criterios propios y así mejorar sus relaciones con otras personas (Casas y Ceñal, 2005).

Otro aspecto relevante, es que las mujeres parecen tener relaciones menos positivas que los hombres, así como una menor autoaceptación y dominio del entorno en la escuela pública y menor autonomía, relaciones positivas y crecimiento personal en la privada, lo que puede manifestarse en sentimientos de indefensión, sensación de descontrol y déficit en el afecto que dificultan relaciones cercanas (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, 2006). Lo anterior, puede estar vinculado a una mayor exigencia de rol en sus contextos de desarrollo como la familia y la escuela, así como una autoevaluación basada en criterios externos (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, 2006).

Con respecto a los niveles de autonomía en ambos sexos cabe mencionar que en las dos escuelas fueron deficientes, lo cual puede deberse a que continúan siendo dependientes de los padres y requieren aún de una regulación externa sobre su conducta, ya sea por los familiares o por el personal de la escuela.

Sobre la motivación escolar es importante considerar que en comparación con el segundo y tercer año escolar, el primer año de la Escuela de Técnicos presenta una mayor motivación escolar basada en las recompensas que puede obtener el alumno al tener logros académicos, por lo que los incentivos por parte de los docentes tienen un papel primordial en la mejora del desempeño de los estudiantes. En contraparte en la escuela de Fray Luca Paccioli, es el primer año quien presenta bajos niveles de motivación, lo que implica la necesidad de analizar las características de las prácticas docentes con el fin de determinar estrategias didácticas que promuevan el involucramiento de los adolescentes en las actividades académicas desde el comienzo del bachillerato.

Asimismo, parece ser que los adolescentes cumplen con las actividades escolares con el fin de evitar la culpa y ansiedad, o por el contrario para sentirse orgullosos de sus éxitos. Así también, cabe mencionar que los alumnos se identifican con la motivación que proveen los docentes, considerando valioso su trabajo y logros, denotando este último aspecto una autorregulación de su actividad académica.

En cuanto al segundo año, cabe señalar que muestra una mayor motivación de logro intrínseca a las metas que parece estar influenciada de igual forma por el reconocimiento que los docentes hacen del trabajo y logros de los alumnos, así como por las recompensas que puede obtener el alumno resultado de los mismos. Por lo anterior, los incentivos por parte de los docentes tienen un papel primordial en la mejora del desempeño de los estudiantes.

Pese a lo anterior, parece ser que en el segundo año de la escuela de Técnicos, paralelamente se presenta un alto porcentaje de personas desmotivadas, lo cual puede estar vinculado con la falta de satisfacción de la necesidad de autonomía (Ryan y Deci, 2000), que se ve obstaculizada por la necesidad de regulación externa por parte de los adultos en esta etapa de la vida.

El tercer año en ambas escuelas, sobresalió por una mayor motivación de logro intrínseco al conocimiento, que puede deberse al hecho de que se encuentran en un momento de su vida académica en el que tienen que tomar decisiones importantes sobre su futuro a corto plazo, tales como la elección de carrera o el comienzo de su vida laboral.

En el índice general de motivación escolar, el segundo año mostró una mayor puntuación en la escuela pública y tercer año en la privada, lo que denota que a pesar de que el contexto pudiera estar obstaculizando su autonomía y generando desmotivación, la intervención de los docentes es un factor protector de gran valor para el mantenimiento de la motivación del alumnado, por lo que debe de ser reforzada en los tres años escolares mediante la sensibilización y capacitación constante del profesorado.

En lo que respecta a la relación entre la presencia de síntomas psicológicos y el nivel de bienestar psicológico, se observaron correlaciones negativas estadísticamente significativas entre todas las dimensiones de ambos instrumentos en la escuela pública. Entre éstas sobresale una correlación negativa moderada entre el índice de severidad global y el bienestar psicológico, lo cual concuerda con estudios realizados en diversas latitudes (Casullo y Castro, 2000). Por otra parte, en la escuela privada no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la mayoría de las dimensiones de ambos instrumentos, encontrándose únicamente una asociación negativa entre síntomas positivos y dominio del entorno, lo que confirma los hallazgos de estudios que contradicen la relación entre ambas variables (Oramas, Santana y Vergara, 2006). De este modo, se señala la importancia de considerar los factores que pudieran fungir como mediadores entre estas dos variables, tales como la estructura y dinámica familiar, el apoyo del grupo de iguales, los servicios de atención a la salud mental disponibles, la promoción de conductas de autocuidado, el fomento de la autoestima y la igualdad de oportunidades (Colás, 1999), de tal modo que se tomen en cuenta para el desarrollo de programas de prevención y atención integral a la salud mental dentro de la escuela.

Así también, se encontraron correlaciones negativas moderadas entre la sensibilidad interpersonal, la autoaceptación y las relaciones positivas con otros en la escuela pública, lo cual puede deberse a la influencia que los sentimientos de inferioridad e inadecuación tienen sobre el autoconcepto y la autoestima, lo que impacta a su vez en su bienestar psicológico.

Del mismo modo, los síntomas de depresión correlacionaron negativamente con mayor fuerza con el propósito en la vida y la autoaceptación en la escuela pública, lo que va de acorde con las investigaciones que ubican a la depresión como una condición que hace rehuir a las personas de las tensiones propias del desarrollo y de las exigencias del ambiente, impactando negativamente en sus expectativas sobre su futuro y sobre sí mismos (Krauskopof, 1999).

Pese a lo anterior, en la escuela privada los síntomas de depresión correlacionaron positivamente con la motivación intrínseca a las metas, lo que puede ser indicio de resiliencia en los participantes. Así pues, es importante el estudio de la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores internos y externos que permiten a los individuos adaptarse funcionalmente a su entorno a pesar de las situaciones adversas de la vida (Becoña, 2006).

Asimismo, según lo encontrado en la escuela pública, parece ser que los síntomas de ansiedad, los obsesivos compulsivos, los de psicoticismo y el índice de severidad global impactan de manera negativa la autoaceptación de la persona, lo que puede explicarse como lo menciona López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio (2008) por la valoración negativa de los síntomas psicológicos en la población escolar mediante una estructura social basada en el estigma de lo que no es común (Quintanilla et al., 2004).

Otro aspecto importante que hay que resaltar, es que no hay una relación entre el índice de severidad global de severidad y el nivel de motivación escolar general. Sin embargo se obtuvieron correlaciones negativas muy bajas en la escuela pública entre las diferentes dimensiones del inventario de síntomas psicológicos y la motivación de logro intrínseco al conocimiento, la motivación de logro intrínseca a las metas y la motivación de logro extrínseca, regulación identificada. Lo anterior, puede deberse a que a pesar de que la adversidad en los contextos de desarrollo tales como el hogar y la escuela puede llegar obstaculizar la satisfacción de las necesidades de competencia, autonomía y de relacionarse de los participantes (Deci y Ryan, 2000), la resiliencia en los individuos puede evitar efectos negativos que interfieran en su desarrollo.

Cabe recordar que en los mecanismos de la resiliencia se encuentran recursos de afrontamiento tales como las características del propio individuo vinculadas a su personalidad, así como las expectativas de logro ante los estresores del ambiente social, por lo que las creencias que se tienen sobre las posibilidades de desarrollo pueden influir

en que la sintomatología no disminuya los diversos tipos de motivación de manera importante (Becoña, 2006).

Así también, sí los estudiantes tienen un mayor bienestar psicológico, un propósito en la vida claro, relaciones positivas con otros, un autoestima adecuado, posibilidad de autonomía y sentimientos de crecimiento y desarrollo personal, tienden a presentar una mayor motivación escolar, sentimientos de control y competencia, a estar motivados intrínsecamente al conocimiento, al logro de metas y a valorar su actividad porque creen que es importante, percibiéndola como una elección propia (Núñez, Martín-Albo, Navarro y Grijalbo, 2005).

Lo anterior, va de acuerdo a la expectativa teórica que señala que al tener un bienestar psicológico el desempeño es propicio para el aprendizaje, facilitando la culminación de las actividades en clase, su atención y su motivación por aprender cosas nuevas y compartirlas (Payán, Cervantes y Guevara, 2011; Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

De este modo, se aprecia que el tener un nivel adecuado de bienestar psicológico y motivación escolar, impacta en la valoración positiva que hacen de su actividad, en su sentido de competencia para llevarla a cabo y tener éxito, y en su capacidad de relacionarse positivamente con otros, siendo el bienestar psicológico un factor protector que evita la depresión y la apatía hacia la búsqueda de objetivos afectivos y sociales (Moreno y Martínez, 2006).

Si bien los resultados mostraron que uno de cada cuatro personas puede llegar a presentar sintomatología psicológica, este índice podría variar si el tamaño de la muestra aumenta en posteriores estudios, por lo que es necesario mejorar las formas de detección de casos críticos e implementar intervenciones en los tres años escolares, las cuales se centren principalmente en el desarrollo de habilidades socioemocionales, el tratamiento de trastornos del ánimo y de ansiedad. Finalmente, se señala la relevancia de realizar talleres que fomenten la autoestima, propicien la construcción de un proyecto

de vida y un sentimiento de desarrollo y crecimiento continuo en los adolescentes, de tal modo que pueda mejorarse la motivación escolar en los alumnos.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encontró la imposibilidad de realizar un muestreo aleatorio y probabilístico de la población, debido a que los consentimientos informados que se obtuvieron no fueron suficientes para tal efecto. Por lo anterior, los resultados de este estudio deben limitarse a los participantes. Asimismo, hubo dificultades en la aplicación de la batería de instrumentos, puesto que se presentaron distracciones al tenerse que contestar durante el horario de clases. Se recomienda para futuras investigaciones ampliar la muestra, de tal modo que sea representativa de la población general y de ser posible digitalizar los instrumentos para facilitar la administración y procesamiento de los datos.

FASE CUALITATIVA

INTRODUCCIÓN

El análisis de las transcripciones del audio de las entrevistas, su lectura y fundamentación de cada uno de los códigos, así como la generación de memorándums analíticos, permitió estructurar y explicar la dinámica de interacciones entre los protagonistas del microsistema y exosistema involucrados en la atención de la salud mental del adolescente de una escuela pública y una privada de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos.

De este modo, las valiosas aportaciones de los participantes, permitieron poner de manifiesto las características de las prácticas sociales en torno a la atención de la salud mental que se daban en ambos contextos escolares. Del análisis de los datos se identificaron diferentes momentos y procesos que ponen de manifiesto las prácticas sociales de los protagonistas del microsistema y exosistema, cuyas acciones configuran la dinámica que determina la atención o no atención de la salud mental de los estudiantes.

Así pues, en este apartado se describen las categorías y subcategorías, así como sus interrelaciones, mismas que explican la categoría central del estudio “La atención a la salud mental comunitaria”. Dicha categoría central hace referencia a las actividades y procesos sociales básicos que los protagonistas en el desarrollo del adolescente (padres de familia, grupo de iguales, docentes, directivos y personal especializado en salud mental) realizan para atender el tema de la salud mental de los estudiantes.

En cada una de las categorías se exponen los significados y sentidos que los participantes otorgan a sus actividades dependiendo del rol que desempeñan. Asimismo, se lleva un orden cronológico de las diferentes etapas que subyacen a la atención de la salud mental del estudiante de bachillerato, por lo que con base en los datos producidos en las entrevistas, dicha categoría central se explica por medio de los siguientes submodelos con sus respectivas categorías y subcategorías. De este modo, se resalta

la interpretación que las personas hacen de su realidad, permitiendo la construcción de una teoría sustantiva que emerge de los datos.

8.1 Procedimiento para el análisis e interpretación de datos cualitativos

a) Obtención y captura de la información:

Se elaboró un guion de entrevista, el cual sirvió como instrumento para el desarrollo de temáticas relacionadas a la atención de la salud mental comunitaria del adolescente, sin embargo solo fungió como apoyo para identificar el tipo de actividades que los participantes realizaban en los diferentes momentos y niveles de intervención en la población estudiantil.

El registro de la información se realizó por medio de la grabación del audio de las entrevistas semi-estructuradas realizadas a alumnos, docentes, padres, personal especializado, directivos y representantes de servicios públicos de atención psicológica circundantes a las escuelas participantes.

Participante	Escuela pública	Código
Alumnos	21	AT
Docentes	8	DCT
Orientadoras	7	OT
Directivos	1	DT
Padres de familia	6	PFT
Representantes de salud pública local	3	RS
N=	46	

Tabla 18

Distribución de los participantes de la escuela pública en la fase cualitativa de la investigación.

Cada una de las entrevistas tuvo una duración de entre 45 a 60 minutos, mismas que fueron siendo transcritas y analizadas durante el tiempo en que se llevó a cabo el muestreo teórico con el programa de análisis de datos cualitativos ATLAS ti en su versión 7.5.

b) Codificación de la información:

Para la generación del modelo teórico se tomaron en cuenta los códigos con mayor fundamentación (frecuencia) obtenidos del discurso de la escuela privada y la escuela pública. Se realizó una lectura de la transcripción de cada entrevista y se redactaron memorándums analíticos con las ideas emergentes, de modo que con ayuda de ellos se generaran hipótesis que fueron integradas para el surgimiento del centro de la teoría. Asimismo, se codificaron los datos para formar categorías sugeridas por los propios datos, lo que implicó una reducción del texto de las entrevistas por medio del establecimiento de los fragmentos más representativos de la categoría, comparándose con otros grupos de sucesos codificados con la misma categoría. Así pues, se utilizó el método de comparación constante de Glaser y Strauss (1967), debido a que esta aproximación metodológica permitió desarrollar una teoría fundamentada en la recogida, análisis sistemático y continua contrastación de los datos.

c) Integración la información:

Se integraron las categorías, sus dimensiones y sus propiedades, continuando con una comparación constante entre los casos para la generación del desarrollo teórico y la gestión de la recopilación de los datos necesarios que permitieran llenar los vacíos teóricos. Para la delimitación del número de entrevistas realizadas y las categorías que se incluyeron en el modelo, se consideró la saturación teórica (Strauss y Corbin, 2002) de las mismas, la cual se alcanza cuando la información recopilada no aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis.

Finalmente, con base en los datos codificados, las categorías y los memorándums analíticos, se generó un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato. Cabe mencionar que las categorías tuvieron un carácter mixto, al establecerse las mismas tanto de manera deductiva como inductiva (Romero, 2005).

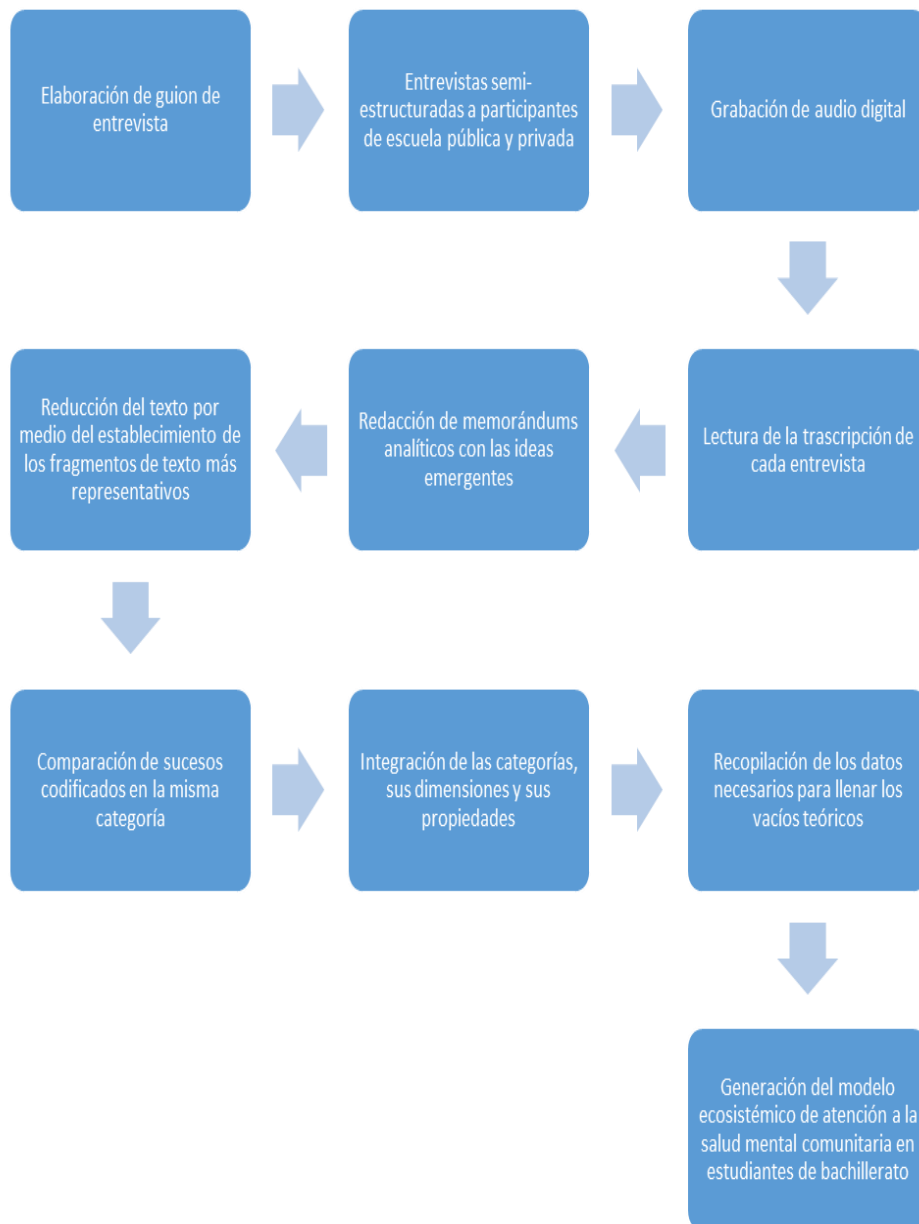


Figura 31. Diagrama de flujo del método de análisis e interpretación de datos cualitativos.

8.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO

La descripción de las categorías y el análisis de los significados y sentidos que los participantes expresaron durante las entrevistas se presenta en este apartado, así como las oraciones proposicionales que sustentadas en los datos explican la dinámica de interacciones que desemboca en la atención o no atención de la salud mental del estudiante. Lo anterior, corresponde a los resultados del estudio cualitativo de esta investigación, en la cual se hace énfasis según el diseño del estudio.

CATEGORÍA CENTRAL: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO		
Submodelo	Categoría	Subcategoría
1. Identificación de estudiantes con necesidad de atención psicológica	1.1 Conceptualización del malestar y bienestar emocional	1.1.1 Labilidad emocional
		1.1.2 Falta de disposición al aprendizaje.
	1.2 Manifestaciones conductuales indicadores de necesidad de atención psicológica	1.2.1 Reducción de la motivación escolar y el rendimiento académico.
		1.2.2 Falta de habilidades socioemocionales.
	1.3 Recursos y técnicas para la detección.	1.3.1 La observación del alumno en el aula.
		1.3.2 Instrumentos y técnicas institucionales para la identificación.
2. Derivación a servicios de atención especializada	2.1 Disponibilidad de información sobre los servicios de atención psicológica.	2.1.1 Conocimiento sobre el uso de los servicios de atención psicológica de la escuela.

		2.1.2 Conocimiento sobre los servicios de atención psicológica de instituciones de salud pública local.
	2.2 Percepción sobre el uso de los servicios de atención psicológica de la escuela.	2.2.1 Actitud hacia la asistencia a servicios de salud mental.
	2.3 Procedimiento institucional de canalización.	2.3.1 Canalización del estudiante al departamento de orientación educativa.
		2.3.2 Canalización del estudiante a servicios de atención psicológica pública local.
3. Vinculación con servicios de capacitación en salud mental	3.1 Coordinación con instituciones de salud mental pública local.	3.1.1 Enlace para la comunicación con instituciones de atención psicológica externas.
	3.2 Oferta de servicios de capacitación en temas de salud mental externos.	3.2.1 Talleres de sensibilización sobre la importancia de la salud mental del adolescente.
	3.3 Oferta de servicios de capacitación en temas de salud mental internos.	3.3.1 Programas de capacitación en temas de salud mental de la universidad.
4. Prevención y atención psicológica del estudiante de bachillerato.	4.1 Prevención primaria en salud mental.	4.1.1 Autoconocimiento en la clase de orientación educativa.
		4.1.2 Campaña informativa en jornadas de salud.
	4.2 Diagnóstico y tratamiento del estudiante con síntomas psicológicos.	4.2.1 Trabajo de contención emocional en el departamento de orientación educativa.

		4.2.2 Programas de intervención de los servicios de salud mental pública.
5. Red social de apoyo y formas de afrontamiento ante el malestar emocional.	5.1 Apoyos psicosociales para la reducción del malestar emocional.	5.1.1 Apoyo emocional de la familia.
		5.1.2 Apoyo emocional del grupo de iguales.
		5.1.3 El docente como promotor del bienestar psicológico.
	5.2 Formas de afrontamiento ante el malestar emocional.	5.2.1 Gestión del tiempo.
		5.2.2. Actividades artísticas y de activación física.
		5.2.3 Pensamiento positivo y existencia de un proyecto de vida.

Figura 32. Cuadro de categorías y subcategorías del modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato.

1. IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTES CON NECESIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

En este primer submodelo se describe y explican los elementos que influyen en la identificación de estudiantes con necesidad de atención psicológica. Lo cierto es que dentro de escuelas existe conocimiento sobre la presencia de sintomatología psicológica que afecta al alumnado y que repercute no solo en su rendimiento académico, sino en todas las esferas de su vida. Así pues, los mecanismos que permiten que los adultos realicen las acciones pertinentes para la oportuna identificación de los adolescentes dependen de la conceptualización del malestar y bienestar emocional, pues a raíz de ésta es que se establecen las manifestaciones conductuales que son consideradas indicadores de necesidad de atención psicológica. Asimismo, aquello que se considera un indicador determina los recursos y técnicas para la detección de los alumnos. De este

modo, a continuación, se presentan las diferentes perspectivas de los protagonistas del micro y exosistema involucrados en la identificación de alumnos con necesidad de atención psicológica.

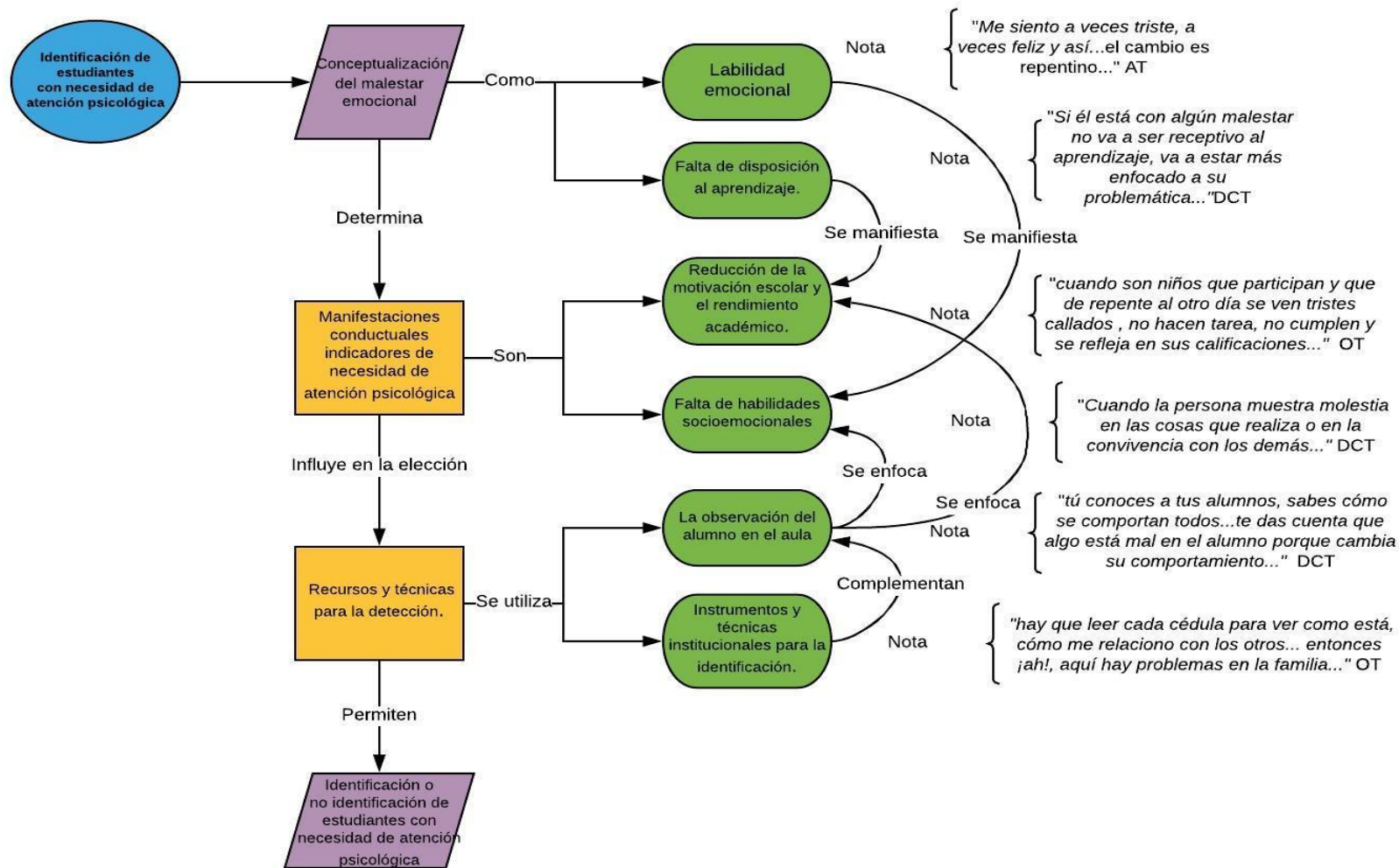


Figura 33. Submodelo de identificación de estudiantes con necesidad de atención psicológica

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALESTAR Y BIENESTAR EMOCIONAL

Uno de los aspectos más importantes en las prácticas sociales que lleva a cabo una comunidad es la forma en que las personas conciben los fenómenos que se manifiestan en la misma. En esta categoría se analiza la manera en que los participantes conciben el estar “bien o mal emocionalmente” la cual está relacionada a la conceptualización de la salud mental de la OMS (2001) que fue retomada en esta investigación, puesto que hace referencia a un estado de bienestar subjetivo y la capacidad de enfrentar las tensiones normales de la vida, tales como las exigencias de la escuela.

De este modo, el tema de la salud mental fue abordado por los participantes teniendo en cuenta sus propias vivencias y percepciones, entre las que predominaron las emociones negativas al referirse al malestar y positivas en cuanto al bienestar, ambas vinculadas al tipo de relaciones que los adolescentes establecen con las figuras parentales, el grupo de iguales y los adultos de la escuela.

El malestar emocional es considerado por los estudiantes como una experiencia subjetiva que limita su capacidad para disfrutar la vida, considerándolo como algo dañino que afecta su estado anímico y les impide sentirse plenos y felices. Lo anterior, repercute en su conducta, puesto que los sentimientos negativos influyen en la forma en que los adolescentes se relacionan con los personajes significativos de su entorno, impactando en su capacidad para controlar sus emociones y su disposición para el aprendizaje.

Dependiendo del motivo es como tú te vas a sentir mal, no es lo mismo cuando tus papás se pelean a que te pelees con una amiga o con el maestro, son diferentes sentimientos, pero siento yo que el malestar emocional es algo que a ti te daña, cuando tú te sientes triste, enojado, entonces todos esos pensamientos podemos decirles negativos, que en este caso el alumno está experimentando, está sintiendo...el bienestar emocional sería que el alumno esté pleno, que se sienta feliz con lo que está pasando, que se sienta bien consigo mismo y lo exprese con sus amigos y con las personas que están a su alrededor.

AT 20

1.1.1 Labilidad emocional

En los estudiantes se presenta una predominancia de sentimientos negativos, sin embargo estos aparecen de manera fluctuante debido a la labilidad emocional, la cual se manifiesta como una falta de manejo o control de las emociones. De este modo, la persona transita de manera súbita entre estados de felicidad y tristeza, lo cual genera malestar en el individuo al percibir la falta de capacidad para mantener un equilibrio entre los mismos.

Pues, como mi bipolaridad, me siento a veces triste, a veces feliz y así. El cambio repentino...

AT 1

Así, sentimientos negativos como la tristeza llegan a manifestarse en forma de llanto o de cólera, siendo éstas reacciones desadaptativas que impiden que las personas encuentren formas de afrontamiento a las situaciones generadoras de displacer. Lo anterior, puede llevar a los individuos al consumo de sustancias, el cual constituye un intento fallido de subsanar el sentimiento de incompetencia para manejar sus estados anímicos y tener un adecuado dominio de su entorno.

Me pongo seria y ya cuando estoy muy muy enojada, lloro por no poder controlarme, lloro. La última vez que pasó, que no me gustó el equipo porque no trabajó, el profe me dijo que me tenía que aguantar y lloré de impotencia... Es como rabia, enojo y tristeza, es combinado...

AT 19

Uno serían las situaciones que te llevan a perder ese equilibrio y te lleva a hacer cosas que te hagan caer en vicios... el bienestar emocional, pues el equilibrio, el saber controlar las situaciones para no perderme, tampoco se trata de estar feliz todo el tiempo o estar

triste todo el tiempo, que en tu día haya diferentes situaciones, pero sin que atentes contra tu vida...

AT 2

Del mismo modo, el docente ubica a los cambios abruptos en las emociones y la falta de dominio de los entornos como factores que denotan que una persona presenta malestar emocional. Asimismo, se señala que las personas con bienestar emocional tendrían la capacidad de autorregularse en sus procesos cognitivos y afectivos, facilitando así su eficacia en la realización de actividades de distinto índole.

Un bienestar emocional es quizás que un estudiante pudiera tener control de sus emociones, que pueda tener control de aquello que le causa placer, como aquello que le causa dolor, aquello que pueda sentir una tranquilidad, una concentración de las actividades que está haciendo de acuerdo al contexto, que pueda sentir una atención, dedicación y desempeño en lo que realiza teniendo en claro y que el mismo se auto regula en cuanto a sus emociones...

DCT 3

1.1.2 Falta de disposición al aprendizaje

Otro elemento que tanto para docentes como para el personal especializado señala la presencia de malestar emocional fue la falta de disposición al aprendizaje, la cual vinculan a la falta de equilibrio emocional y la autorregulación tanto cognitiva como afectiva. Desde esta perspectiva, el adolescente tendría dificultades para dirigir su atención a las actividades debido a la interferencia de los pensamientos sobre las situaciones que son generadoras del malestar emocional.

Está bien emocionalmente desde mi punto de vista cuando el chico atiende a su desarrollo a su formación, se auto regula, está consciente, se auto regula en todos los sentidos, está

concentrado, tiene la atención y domina sus emociones, controla sus emociones y no está bien cuando es todo lo contrario...

DT 5

Pues bueno, el bienestar emocional es que el alumno llega de una manera relajada y con una actitud positiva para que él pueda recibir un buen aprendizaje, si él está con algún malestar no va a ser receptivo al aprendizaje, va a estar más enfocado a su problemática personal que a la cuestión académica, eso pasa, lo más importante para él es su problema...

DT 4

Los pensamientos sobre las situaciones de vida que generan el malestar emocional se presentan de manera intrusiva en la mente de los individuos, por lo que los adolescentes presentan conductas de evitación que conllevan la falta de disposición al aprendizaje. En este último los estudiantes rechazan las actividades académicas, puesto sus esfuerzos se encuentran dirigidos al intento de afrontamiento de dichas cogniciones y las emociones vinculadas.

Pues es un conjunto de emociones, de sentimientos que los conducen a tener conductas que frenan el aprovechamiento escolar, entonces pueden entrar en depresión, ansiedad, acciones de irresponsabilidad, no entran a clases o entran y no están poniendo atención y ellos mismos lo dicen es que yo estoy allí pero estoy en otro lado, entonces las diferentes situaciones que están teniendo los están llevando a no tener un aprovechamiento adecuado...

OT 1

1.2 Manifestaciones conductuales indicadores de necesidad de atención psicológica

Tanto el personal especializado como el docente conceptualizan al malestar emocional como una condición en la que los individuos presentan labilidad emocional y falta de disposición al aprendizaje. Lo anterior implica que su atención este enfocada a dos manifestaciones observables en los adolescentes. En primer lugar, se encuentra la reducción de la motivación escolar y la subsecuente disminución del rendimiento académico, la cual es considerada como el principal indicador de necesidad de atención psicológica, seguida de la falta de habilidades socioemocionales. De este modo, ambos protagonistas del microsistema del estudiante perciben como una señal de alerta modificaciones en estos dos aspectos del comportamiento de los alumnos.

1.2.1 Reducción de la motivación escolar y el rendimiento académico.

Como resultado de la labilidad emocional y la subsecuente falta de disposición al aprendizaje, los adolescentes manifiestan una disminución generalizada de su actividad. Ésta se muestra en forma de un comportamiento apático hacia las tareas escolares dentro y fuera del aula. Así, el desinterés y falta de entusiasmo ante los estímulos de tipo didáctico en la escuela denota la reducción de la motivación para involucrarse en el proceso de aprendizaje. Lo anterior, implica la reducción del rendimiento académico, el cual puede observarse en la baja de las calificaciones de las materias que el alumno se encuentra cursando.

El malestar emocional, pues cuando empiezan a reflejar su comportamiento, su conducta, emociones diferentes que tienen en lo cotidiano, también el comportamiento que tienen en grupo, cuando son niños que participan y que de repente al otro día se ven tristes callados , no hacen tarea, no cumplen y se refleja en sus calificaciones. El bienestar emocional, pues es un niño promedio, a la mejor no saca buenas calificaciones, pero le hechas ganitas, estudia en clases es

participativo o no, es alegre, extrovertido o pasivo pero no rebaza esa línea, se mantiene entre una línea y media de su comportamiento...

OT 3

De este modo, el principal indicio que tanto el personal de orientación educativa como el docente considera para la identificación de alumnos con necesidad de atención psicológica es un cambio de comportamiento dentro de las clases, en el que los estudiantes muestran una modificación de su grado de participación y compromiso habitual hacia las actividades académicas.

Desde mi perspectiva o desde mi punto de vista es un chico que no tiene la atención de las actividades que debe realizar, por lo tanto no tiene desempeño académico, eh y entonces no tiene los resultados que podrían ser favorables, entonces bajo mi visión puedo decir no está bien emocionalmente...

DCT 3

1.2.2 Falta de habilidades socioemocionales

Otra característica que es percibida como indicador de que un alumno requiere de una atención especializada es la dificultad que llegan a presentar para relacionarse con los otros debido a la predominancia de emociones negativas y la falta de manejo de las mismas. De esto modo, los adolescentes expresan estos estados anímicos en la forma de vincularse con los demás, lo que conlleva modos de comunicación e interacción deficientes.

Malestar emocional es aquella cosa que te impide ser tú mismo en algún momento y bueno yo lo relaciono con todas estas relaciones negativas, cuando estás angustiado, cuando estás ansioso, cuando tienes algún temor...

DCT 3

Cuando la persona muestra molestia en las cosas que realiza o en la convivencia con los demás y el bienestar emocional es esa parte armónica, se siente bien y le gusta relacionarse con los demás, interrelacionarse bien...

OT 2

Del mismo modo, los cambios a conductas de aislamiento y de agresividad en el alumnado son considerados tanto por docentes como por el personal especializado como señales de que la persona se encuentra experimentando problemáticas en sus contextos de desarrollo, principalmente en la dinámica familiar. Así pues, el aislamiento se manifiesta en intentos de evitación de la interacción con otros. Esto conlleva que el individuo se aparte de las situaciones de contacto social con el fin de alcanzar una homeostasis emocional que le permita volver a interactuar y cumplir con los roles en las diferentes áreas de su vida.

Algunos, se aíslan, otro son agresivos, otros el respeto, mientras están dentro de esos límites, ¡algo te pasa!, entonces dentro de mi clase no les permito... yo creo que algo les está pasando...entonces si es lo que te digo, se aíslan el comportamiento es un poco agresivo, serios, más serios de lo normal, porque aunque estoy mucho tiempo con ellos, a la semana estoy 10 horas con ellos, entonces si llego a ver su comportamiento normal y cuando algo pasa, si puedo ver un cambio de sus acciones...

DCT 6

Con respecto a la conducta agresiva, ésta se presenta junto a un estado de ánimo caracterizado por la hostilidad que se expresa en formas de interacción disfuncionales. En éstas el individuo violenta a otros en intento de desahogar la tensión entorno a su problemática vital, sin embargo dicha conducta continúa fungiendo como un medio de evitación de contacto social, puesto que obstaculiza la comunicación y propicia conflictos interpersonales.

1.3 Recursos y técnicas para la detección

Con base en los comportamientos que son identificados como indicadores de necesidad de atención psicológica, se determinan las técnicas e instrumentos que facilitan la detección de casos críticos en la población estudiantil. En primer lugar, se encuentra la observación del alumno dentro del aula, a raíz de la cual se determina el empleo de instrumentos y técnicas institucionales para la detección de personas que requieren de apoyo psicológico, tales como la cedula de identificación o psicodiagnóstica, la antología de trabajo de la clase de orientación educativa y los grupos de reflexión.

1.3.1 La observación del alumno en el aula

La convivencia cotidiana entre el docente y los alumnos dentro del aula permite que éste identifique cambios en el comportamiento de los adolescentes. De este modo, la observación funge como la principal forma de identificación de comportamientos desadaptivos y por consiguiente como la técnica que permite establecer la pertinencia de una indagación más profunda sobre la condición de vida de la persona. Así, el docente al conocer los patrones de conducta más comunes en sus alumnos, cuenta con la sensibilidad para detectar modificaciones comportamentales que denotan inestabilidad emocional.

Pues mira, tú conoces a tus alumnos, sabes cómo se comportan todos, inmediatamente, al siguiente día de tu clase te das cuenta que algo está mal en el alumno porque cambia su comportamiento, cambia su forma de ser, cambia inclusive sus hábitos, te das cuenta inmediatamente, tú los conoces, sabes que él es relajito, porque él es así, pero a la mejor está actuando así por otras malas situaciones porque él no es así está actuando diferente... tiene algo que está mal...

DCT 2

Del mismo modo, los estudiantes reconocen la importancia del papel del docente en la identificación de los alumnos que requieren atención psicológica. Por lo anterior, se señala la necesidad de mejorar la atención del docente sobre los comportamientos de los individuos durante las clases. En este sentido, una manera en que puede hacerse más eficiente la observación es mediante la focalización de la misma sobre las dinámicas grupales en los trabajos colaborativos, de tal forma que puedan identificarse comportamientos indicadores de necesidad de atención psicológica, tales como el aislamiento y la hostilidad entre los iguales.

Pues simplemente estar más al pendiente de los alumnos, de los grupos y observar más detenidamente las conductas de los grupos que se hacen en los salones o de alguna persona con otra... cuando están dando su clase. A veces, los maestros se sientan en el escritorio, mientras nosotros hacemos un ejercicio, entonces cuando son en equipos, pueden notar quienes son los grupos que se aíslan, quienes son los grupos que discriminan a los demás, si los que buscan estarle haciendo males a los demás, entonces gracias a eso pueden darse cuenta sí necesitan ayuda o no algunos...

AT 4

1.3.2 Instrumentos y técnicas institucionales para la identificación

Con base en la información recabada por medio de la observación del comportamiento del alumno en el aula, se determina el empleo de instrumentos de indagación complementarios sobre la condición psicológica del adolescente. La cedula o ficha psicodiagnóstica en el caso de la escuela de Técnicos Laboratoristas sirve como una fuente de información adicional a lo detectado y reportado por el docente al personal especializado de la escuela. En ésta se obtienen datos sobre las sobre los antecedentes familiares y modos de interacción del estudiante con personajes significativos de su entorno, lo cuales permiten corroborar la pertinencia de dar seguimiento al caso y por ende buscar los canales apropiados para la atención psicológica del mismo.

Pese a que este instrumento aporta información valiosa para la identificación de personas que requieren atención psicológica, se muestra insuficiente debido a la cantidad de alumnos asignados a cada orientador, siendo el tiempo para la revisión de cada cedula una importante limitante.

Aquí en la universidad tenemos una preentrada, tenemos una cédula donde están sus datos familiares académicos, de hábitos de estudio, relaciones familiares, relaciones con amigos. Al inicio del semestre ya tenemos como 3 años que lo aplicamos en línea... la idea es que hay que leer cada cédula para ver como está, cómo me relaciono con los otros, cómo me relaciono con los amigos, entonces ¡ah!, aquí hay problemas en la familia... debemos leer todas las cédulas, pero hay veces por falta de tiempo, te voy a ser sincera, por las actividades que tenemos, hay veces las cuestiones administrativas quitan mucho tiempo, leer siquiera el 60%...

OT 6

Otro de los instrumentos institucionales para la detección es la antología de trabajo que se emplea en la clase de orientación educativa, misma que se encuentra enfocada al autoconocimiento del estudiante, tanto sobre sus habilidades para la realización eficaz de las actividades académicas como sobre las características de su personalidad. De esta manera dicho material permite que los alumnos expresen de forma escrita y organizada sentimientos sobre sus experiencias de vida, los cuales pueden ser empleados como información valiosa para la identificación de casos que requieren atención psicológica. La utilidad de este instrumento depende de la conciencia del orientador sobre la importancia del estado emocional del alumno y su impacto en el funcionamiento de las diferentes esferas de su vida, incluyendo la académica.

Yo creo que con las orientadoras, como ya se les entregaron nuestras guías, antología de las respuestas que nos hacían, si ellas las leen se van a dar cuenta que nuestras respuestas van como puntos clave, de quien puede necesitar ayuda y quien no, entonces ahí podrían darse cuenta a quien ayudar y a quien acercarse... hay muchas preguntas dependiendo del

bloque, hay unas que se generalizan en nuestros sentimientos, otras van enfocadas en lo que es la escuela y todas esas cosas... en mi caso, el primer semestre venían unas preguntas sobre la familia y mi orientadora me dejó una nota con un poste, que si necesitaba ayuda podía acudir a orientación a hablar con ella, si, si lo hacen... si sentí que necesitaba la ayuda porque ella me lo sugería, que debía ver a alguien porque se veía que si estaba un poquito mal y pues ya fui con ella y platicamos...

AT 13

2 DERIVACIÓN A SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En el presente submodelo se presentan los factores involucrados en el proceso de derivación de estudiantes a servicios de atención psicológica de la escuela y de salud mental pública local. El primer elemento que influye en la posibilidad de que los alumnos que lo requieren puedan ser canalizados a una atención especializada es la disponibilidad de información sobre la oferta de servicios de atención psicológica dentro y fuera de la institución escolar, puesto que influye en la percepción que los alumnos, docentes y padres de familia tienen sobre los mismos. Con base en la interpretación y significación que dichos actores realizan se elaboran juicios que se constituyen en actitudes hacia la asistencia a este tipo de servicios y que determinan el comienzo o no del proceso institucional de canalización.

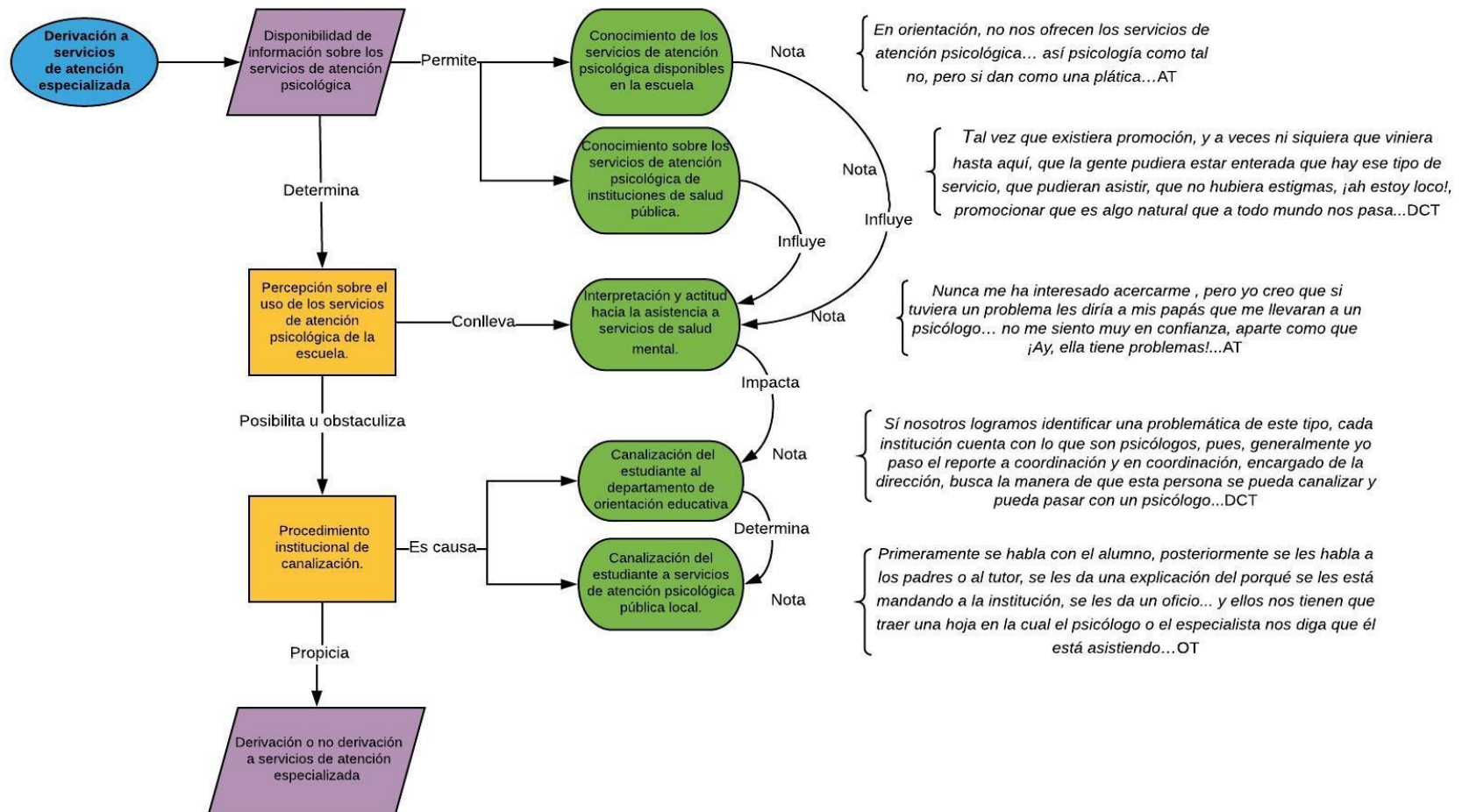


Figura 34. Submodelo de derivación a servicios de atención especializada

2.1 Disponibilidad de información sobre los servicios de atención psicológica.

El acceso a información sobre el tipo de servicios que ofrece el departamento de orientación educativa es un factor clave para la pertinente derivación de casos que requieren atención psicológica. Lo anterior debido a que el grado de conocimiento sobre las funciones que cumplen los psicólogos en este espacio puede facilitar u obstaculizar el acercamiento de los alumnos para la búsqueda de ayuda.

2.1.1 Conocimiento de los servicios de atención psicológica disponibles en la escuela

La existencia de un departamento de orientación educativa supone el intento de la institución escolar por atender problemáticas psicológicas y pedagógicas en el alumnado, por lo que es en éste donde se concentra principalmente el personal especializado de la escuela (psicólogos, pedagogos). Así pues, los alcances de sus intervenciones dependen de la difusión de los servicios que ofrecen a la población estudiantil, de tal manera que los adolescentes tengan presente la oportunidad de acceso a servicios de atención psicológica especializados.

Pese a la importancia de la difusión de información, los canales de comunicación con el alumnado se muestran inadecuados, puesto que los participantes tienen desconocimiento sobre los apoyos que pueden recibir en este espacio.

Pues, psicólogos aquí en la escuela, creo que las orientadoras son psicólogas y pues aquella plática que tuve me ayudó bastante, pero no sé si lo dan con otros alumnos, pues si no lo dan con otros alumnos si ayudaría que lo hicieran, no presionarlos para que vayan pero si decirles aquí estamos, puedes contar con alguien y no estar solo... en orientación no nos ofrecen los servicios de atención psicológica... así psicología como tal no, pero si dan como una plática...

AT 13

2.1.2 Conocimiento sobre los servicios de atención psicológica de instituciones de salud pública local

El personal especializado de la escuela entiende su función dentro del departamento de orientación educativa como medio de atención de casos de alumnos que presentan dificultades en su desempeño académico debido a situaciones que afectan su bienestar psicológico. Así también, consideran ser una vía institucional para la derivación oportuna de estudiantes con sintomatología psicológica grave a servicios de atención a la salud mental pública local.

Bueno, el departamento es básicamente psicopedagógico, como su nombre lo dice está enfocado a atender problemas psicológicos que tienen que ver con su desempeño académico, entonces situaciones que ya no están en nuestras manos, que ya no está en nuestra competencia, poder atender por ejemplo un problema de depresión, quizá no lo podemos diagnosticar porque no les hacemos una relación como tal, les hacemos una contención y derivarlos a instituciones, se cuenta con un directorio, si es adicción tal institución, si es depresión, básicamente si es psicopedagógico, que esté creando un problema en su desempeño, se le da la atención dependiendo de la gravedad del caso se les deriva, porque no es la función dar psicoterapia...

OT 4

Pese a lo anterior, la falta de difusión de información sobre los servicios que ofrece el departamento de orientación educativa, entre los que sobresale la canalización a un servicio externo de atención psicológica especializado, propicia que el docente como un actor clave en la identificación de casos críticos desconozca el potencial de los reportes a dicho personal para la atención de los alumnos que requieren atención psicológica. Lo anterior, disminuye la sensibilidad del docente sobre la importancia de su papel en el proceso de canalización y resalta la relevancia de concientizar a los protagonistas del ecosistema del adolescente sobre la organización de los recursos para la vinculación de

la escuela con servicios de salud mental pública local, así como sobre sus características.

En algunos casos mandan llamar a los papás e incluso los mandan al psicólogo por sugerencia de las encargadas de psicología...he escuchado a las maestras de orientación que luego los mandan a la facultad de psicología, en alguna ocasión escuche, pero no estoy segura si tienen algún directorio...

DCT 8

Tal vez que existiera promoción y a veces ni siquiera que viniera hasta aquí, que la gente pudiera estar enterada que hay ese tipo de servicio, que pudieran asistir, que no hubiera estigmas, ah estoy loco, promocionar que es algo natural que a todo mundo nos pasa y que podemos necesitar esos servicios...

DCT 4

2.2 Percepción sobre el uso de los servicios de atención psicológica de la escuela.

Con base en la disponibilidad de información sobre servicios de atención psicológica dentro y fuera de la escuela, las personas emiten juicios tanto positivos como negativos sobre su valor como sistemas de apoyo para atender temas de salud mental de la población escolar. De este modo, dependiendo de la interpretación que los individuos realizan sobre el acto de ir al psicólogo o con otro profesional de la salud mental, se establecen actitudes positivas y negativas ante la asistencia a este tipo de servicios.

2.2.1 Interpretación y actitud hacia la asistencia a servicios de salud mental.

Los alumnos, al no tener claras las funciones del personal del departamento de orientación perciben a este último como un espacio institucional distanciado de sus problemáticas y por lo tanto como un recurso que rechazan. Así, la falta de interés para acercarse a recibir apoyo psicológico limita las oportunidades de acceso a una atención

psicológica en el caso de necesitarse. Por lo anterior, el adolescente con malestar emocional o con la presencia de sintomatología psicológica prefiere recurrir a apoyos psicosociales tales como la familia o el grupo de iguales antes de ir con quien considera un personaje ajeno a su condición y por consiguiente incapaz de ayudarlo.

Si yo tuviera algún problema no acudiría a orientación...aparte de que es gente que no conozco, quieras o no sabes que eres uno más que tiene problemas y vas a contárselo a una persona que no conoces, entonces eso es lo que creo por eso yo no iría...

AT 8

La actitud negativa ante la asistencia a servicios de atención psicológica de la escuela es el resultado del estigma que implica la búsqueda de ayuda profesional en temas de salud mental. De este modo, los estudiantes se perciben amenazados por el prejuicio e identidad social negativa que consideran conlleva el conocimiento de su asistencia al departamento de orientación por el grupo de iguales. Así, pese a que existe una disposición limitada al uso de servicios de atención psicológica externos, la misma pierde su potencial ante la falta de difusión de los mismos y cercanía con el personal intermediario.

Nunca me ha interesado acercarme o así, pero yo creo que si tuviera un problema les diría a mis papás que me llevaran a un psicólogo para platicar y así... no, no me siento muy en confianza, aparte como que Ayj ella tiene problemas...me daría pena que me vieran en la escuela, alguien sabe lo que me pasó o así, y siento que si vas con más confianza con otro que sea externo y ya vas poco a poco contando lo que te ha pasado...

AT 7

De igual forma, el docente percibe la importancia de generar estrategias para propiciar una actitud positiva y el acercamiento de los estudiantes al personal especializado de la escuela. Dentro de éstas se encuentra una mayor difusión de

información sobre la oferta de servicios del departamento de orientación, así como un cambio en la modalidad de sus intervenciones con los alumnos, la cual consideran refuerza el distanciamiento de los mismos. De este modo, se reconoce la necesidad de la realización de actividades que concienticen al alumnado sobre la importancia de atender su salud mental, así como sobre las oportunidades de apoyo que ofrece la escuela, de tal forma que se fomente un cambio actitudinal en la población estudiantil.

Yo siento que el departamento de psicología se tiene que involucrar más con los chicos, un departamento que está independiente y que los chicos no lo conocen, a menos que haya un conflicto y me manda llamar la psicóloga o hubo una pelea entre dos alumnos y la psicóloga los manda llamar y si está bien está habiendo un conflicto, pero podría hacer cierta actividad, que los chicos reconozcan no como algo independiente, sino como nos ven a nosotros los profesores y que se sientan con la confianza que ni siquiera tengan que acudir a mí, ahí está el departamento, yo me acerco...

DCT 7

Con los discursos anteriores queda en claro que el estigma genera rechazo al uso de este tipo de servicios y que la forma en que el personal de orientación interviene para la derivación influye en el mismo. Por ello, aunado a las estrategias que fomentan la cercanía del departamento de orientación con los estudiantes, se requieren de medidas que atenúen los efectos del estigma. Uno de los factores que los alumnos identifican como un elemento que impacta negativamente en su actitud hacia la asistencia a servicios de atención psicológica es la manera en que el personal especializado de la escuela se aproxima al alumno para ofrecer el apoyo institucional, la cual se caracteriza por la exposición del caso de forma pública ante al grupo de iguales. Por lo anterior, los adolescentes señalan la pertinencia de la discreción en la invitación al uso de los servicios que ofrece el departamento de orientación educativa.

Pues es como hasta cierto punto liberarse de los pesos que se tienen encima, porque te hace hablar de cosas que no puedes hablar en una plática común entre amigos, entonces es una persona que te escucha y principalmente es lo que buscamos, que nos escuche y que nos trate de comprender y entender, y eso... pues, para mí fue bonito que me dejaran una nota diciéndome que necesitaba ayuda y que podía acudir a ellos y eso fue algo que ayudó bastante, porque no se pueden enterar, cuando te llaman al frente todos se dan cuenta de que te llamaron a ti y terminas diciéndoles y así es como más íntimo y no te sientes señalado... es que no todos ven el ir al psicólogo como algo positivo, algunos lo ven como ah, está loco, entonces es la crítica de sentirse señalado...

AT 13

2.3 Procedimiento institucional de canalización

La disponibilidad de información sobre los servicios de atención psicológica, su adecuada difusión y el subsecuente conocimiento sobre los mismos, influyen en las actitudes que se tienen hacia la búsqueda de ayuda psicológica. De este modo, si los canales de comunicación con la población estudiantil y el personal docente son eficaces, se facilita la derivación de los alumnos al departamento de orientación educativa y a servicios de atención psicológica pública local, dando comienzo así al procedimiento institucional de canalización.

2.3.1 Canalización del estudiante al departamento de orientación educativa.

El docente funge un papel primordial en la posibilidad de canalización de los estudiantes, puesto que constituye el primer enlace con el personal especializado de la escuela. De esta manera, si dicho actor cuenta con conocimiento de los servicios que ofrece el departamento de orientación, la primera acción que realiza es reportar a los coordinadores del bachillerato los comportamientos observados dentro del aula con el fin de que estos últimos gestionen los recursos humanos y materiales para la atención de la persona.

Si nosotros logramos identificar una problemática de este tipo, cada institución cuenta con lo que son psicólogos, pues, generalmente yo paso el reporte a coordinación o algún orientador y se busca la manera de que se pueda canalizar y pueda pasar con un psicólogo, qué es lo que le está afectando, cuál es la situación, yo en ese aspecto, yo no me meto mucho en manejar esta parte de analizar a él porque primero no tengo el perfil y dos yo creo que nuestro trabajo, tiene que haber unos límites, es limitado, no te puedes meter más en la vida de un estudiante, hay ciertos límites, yo me meto en el aspecto educativo... ya por problemas emocionales que traiga grandes, ya fuera de una institución, ya es con un psicólogo, se canaliza, pasa a terapia...

DCT 6

El reporte a los coordinadores u orientadores de la escuela se realiza principalmente de forma escrita, describiéndose los elementos que los docentes consideran como indicadores de necesidad de atención psicológica. En este sentido, los docentes reconocen la falta de capacitación para identificar los casos de alumnos que requieren de apoyo institucional para la atención de su salud mental, por lo que a pesar de que en efecto se recurre al reporte de los indicadores comportamentales, la descripción de los mismos carece de una estandarización de criterios diagnósticos.

Si de primera instancia, segundo porque es lo que tenemos y obviamente ellos son los expertos, nosotros de primer alcance a los orientadores, pero también debemos saber nosotros como clasificar las canalizaciones, pero regularmente esta dimensión personal de la parte psicosocial, obviamente hacia allá, la cuestión académica hacia acá, tenemos que saber el funcionamiento, la reglamentación sobre clasificar para saber canalizar, entonces eso también es importante dentro de las mismas funciones, no podemos mandarle algo que pertenezca a las actividades de la administración o de la parte académica a la parte de orientación...

DCT 3

2.3.2 Canalización del estudiante a servicios de atención psicológica pública local.

En primer lugar, el procedimiento de canalización del estudiante a servicios de atención psicológica pública local comienza por la citación del alumno al departamento de orientación educativa, en donde se le entrevista y se sondea la pertinencia de dar seguimiento al caso en cuestión. Asimismo, dado que la mayoría de los estudiantes son menores de edad como parte del protocolo institucional se cita a los padres o tutores del alumno para informarles de la necesidad de atención psicológica del adolescente.

Una vez conseguido su consentimiento, se le envía a la institución externa con un documento en el que se resumen los indicadores comportamentales que a juicio del personal especializado de la escuela requieren de atención, así como se solicita una constancia de asistencia como evidencia del tratamiento.

Bueno primeramente se habla con el alumno, posteriormente se les habla a los padres o al tutor, se les da una explicación del porqué se les está mandando a la institución se les da un oficio en el cual se dice porque se le está enviando a la institución y ellos nos tienen que traer una hoja en la cual el psicólogo o el especialista donde nos diga que él está asistiendo y que lo va a dar de alta según como él lo vea...

OT 1

En el caso del Centro de Servicios de Atención a la Adolescencia, en concordancia con el procedimiento de la escuela para la canalización del estudiante de bachillerato, se solicita a la institución educativa una síntesis del caso que se desea derivar a sus servicios de atención. Lo anterior con el fin de triangular la información del resumen con la proporcionada por el adolescente, quien presenta frecuentemente una actitud negativa a la asistencia debido a su carácter obligatorio. Del mismo modo, para el seguimiento del caso, el centro se apoya en la escuela para la solicitud de una constancia de asistencia al alumno. Así también, para la recepción es necesario acudir a los centros de atención directamente o agendar una cita vía telefónica.

Si la escuela tiene algún caso que quisiera alguna atención dentro del Kaiser, lo único que tiene que hacer es mandarlo con un resumen...para saber porque nos mandan al adolescente..., ellos niegan, porque están enojados, porque los mandaron a fuerza que es diferente a un chavo que pide la ayuda, entonces por eso pedimos el resumen, para saber qué es lo que quiere la escuela de nosotros... la escuela cree que se los vamos a regresar renovados, no, no es así lo que buscamos es hacer un trabajo en conjunto entre la escuela y nosotros, para que la escuela también nos apoye para que siga yendo a las terapias.... incluso si no lleva un resumen se le atiende, el proceso general para todos los pacientes que lleguen al Kaiser es llamar o acudir al centro llaman y se les da la cita...

RS - Centro de servicios de atención a la adolescencia

Con respecto al Centro de Integración Juvenil, la manera en que se recibe a los estudiantes es similar al centro anterior, puesto es por vía telefónica que el personal especializado de la escuela solicita la atención del estudiante. De igual manera, se solicita una constancia de asistencia al alumno y a los padres, de modo tal que se formalice el proceso de canalización de la persona.

Muchas veces han hablado por teléfono las orientadoras, para solicitar y que de manera directa les demos la cita y ya para que ellos también les pidan algún oficio que tienen que presentarlo los chicos, para hacer lo formal, sino no vienen con los papas y ya es la manera en que nosotros los recibimos, otras veces han venido de manera directa por Técnicos Laboratoristas, para que puedan ser recibidos como pacientes, se les recibe sin oficio o con oficio...

RS - Centro de Integración Juvenil

Finalmente, en el caso de la Coordinación Estatal de Salud Mental, además de estudiantes con necesidad de atención psicológica, se reciben casos de personas con necesidad de atención psiquiátrica, dándosele prioridad a las urgencias. De este modo, dicha coordinación permite que el individuo sea canalizado al hospital como un segundo

nivel de atención. Por otra parte, al igual que las otras instituciones de atención se solicita un documento que exprese de manera formal la solicitud de evaluación y atención de la persona. Sin embargo, dado que dicho organismo se focaliza en la atención a población que no cuenta con algún tipo de seguro médico, no es común que se reciban estudiantes que tienen derechohabencia, a menos que la gravedad del caso sea muy alta y falte mucho tiempo para la fecha de su cita en una institución de salud.

Si es una urgencia psiquiátrica no va a llegar con oficio, piden una ambulancia y lo mandan a un hospital donde hay algún psiquiatra, pero al no ser una urgencia el mecanismo es a través de un oficio de envío, diciendo o solicitando la petición de la evaluación, muy poco lo hacen porque tienen derechohabencia, pero las veces que hemos dado la atención, ha sido por ese mecanismo o porque las universidades nos hablan aquí, tengo esta persona, su cita en el IMSS la tiene hasta tal fecha, lo vemos muy mal, por supuesto que nosotros hacemos lo necesario para que se le dé la atención inicial...

RS - Coordinación Estatal de Salud Mental

3. Vinculación con servicios de capacitación en salud mental

En este submodelo se analiza la manera en que la escuela se vincula con instituciones de salud mental pública local para acceder a servicios de capacitación en temas de salud mental. Así pues, se presenta la forma de organización y coordinación que permite a la escuela recibir información oportuna sobre los programas formativos disponibles para su personal, ya sean docentes, directivos u orientadores. Asimismo, se exponen las características de los servicios de capacitación pertenecientes a la misma institución educativa y de aquellos ofrecidos por instituciones externas.

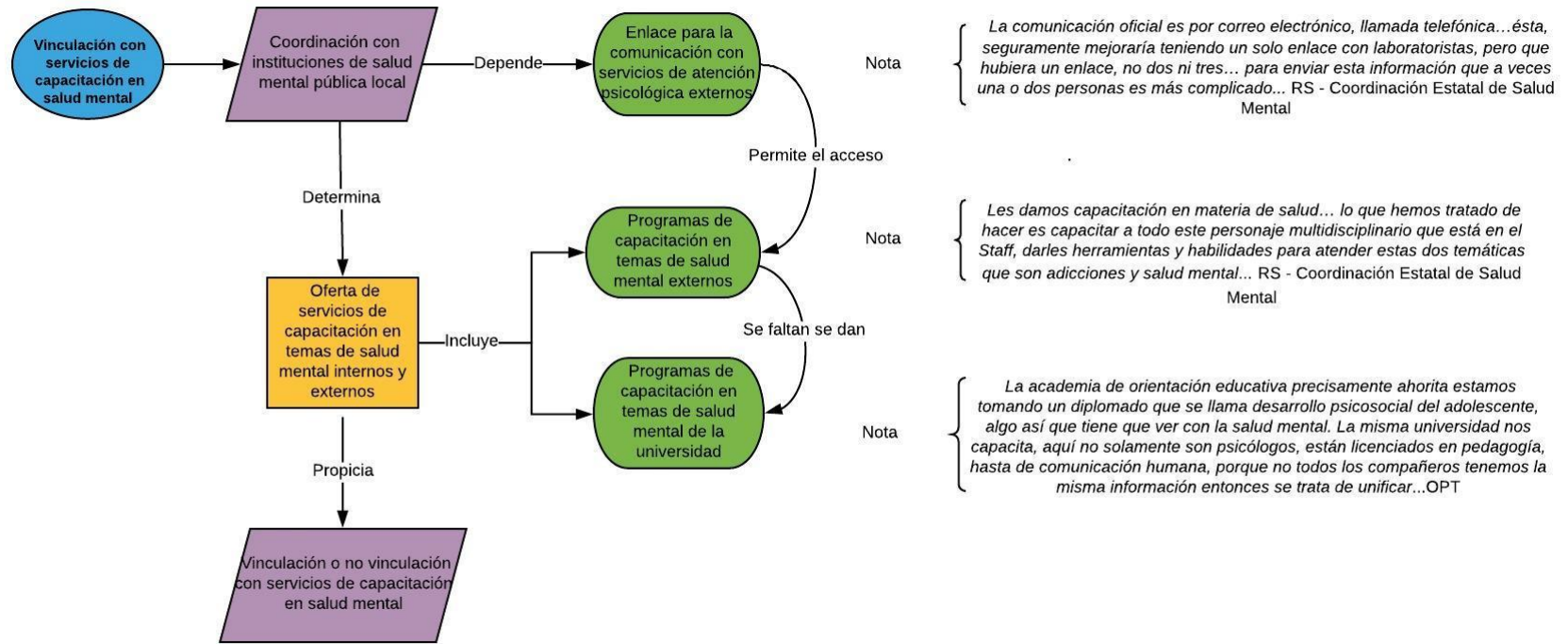


Figura 35. Submodelo de vinculación con servicios de capacitación en salud mental.

3.1 Coordinación con instituciones de salud mental pública local

Aunado a la derivación de estudiantes con necesidad de atención psicológica por medio de mecanismos como la comunicación vía telefónica, un documento con una síntesis de las características del caso y la solicitud formal de evaluación y atención, la escuela tiene el potencial de vincularse con servicios de capacitación que ofrecen las instituciones de salud mental pública local. De esta manera, las oportunidades de acceso a dichos servicios se ven facilitadas u obstaculizadas según las características de la comunicación entre ambas instituciones.

3.1.1 Enlace para la comunicación con instituciones de atención psicológica externas

Los principales canales de comunicación entre la escuela y las instituciones de salud mental pública son el correo electrónico y la vía telefónica, los cuales son considerados efectivos cuando existe un solo enlace institucional. Lo anterior se debe a que al tener una sola persona encargada de la difusión dentro de la escuela, es posible que la información que se recibe sea difundida de forma organizada a los diferentes personajes de la institución educativa. De esta forma, la institución de salud mental pública local puede hacer más eficiente su comunicación, enviando información sobre la oferta de servicios de atención psicológica y de capacitación al personal de la escuela, así como recibiendo solicitudes de intervención por parte de la escuela.

La comunicación oficial es por correo electrónico, llamada telefónica...ésta, seguramente mejoraría teniendo un solo enlace con laboratoristas, pero que hubiera un enlace, no dos ni tres... sino que la dirección de técnicos nombre a alguien en particular que sea nuestro enlace, para enviar esta información que a veces una o dos personas es más complicado, enviárselo a esa persona en específico, para que ella sea la que los segregó a nivel local en su escuela...esto ayudaría para la comunicación de toda la información que hubiera, pero aparte en toda la capacitación, no que de pronto no lleguen porque no se enteraron, o porque no les llegó la información... tenemos la oportunidad para que la comunicación

sea más directa y de alguna manera si ellos tuvieran alguna necesidad pues a través de ese enlace todo y ahí y para acá también...

RS - Coordinación Estatal de Salud Mental

3.2 Oferta de servicios de capacitación en temas de salud mental externos e internos

El acceso a servicios de capacitación que ofrecen instituciones de salud mental pública local se posibilita ante la existencia de un único enlace institucional, por lo que la oportunidad de asistencia a los mismos depende de la coordinación entre la escuela y la institución externa. De este modo, las instituciones de salud mental pública convocan a las diferentes escuelas de la localidad para participar en programas de capacitación en temas relacionados a la salud mental, siendo los talleres la principal técnica que se emplea.

En el caso de la inexistencia de un enlace adecuado que difunda la información de los talleres de capacitación en salud mental ofertados por instituciones externas, la escuela recurre a servicios de capacitación propios. Dichos programas son diseñados y planeados dentro de las instituciones educativas, por lo que tienen el potencial de estar más contextualizados que los de origen externo. Asimismo, la facilidad de acceso a los mismos es mucho mayor, puesto que la asistencia se regula desde la coordinación o dirección de la escuela.

3.2.1 Programas de capacitación en temas de salud mental externos

Los talleres formativos sobre temáticas de salud mental no se encuentran focalizados a instituciones específicas, excepto cuando estos son solicitados de manera expresa por alguna escuela. Por el contrario, se convoca de manera general y abierta a las instituciones educativas de la localidad y al personal multidisciplinario involucrado en los procesos de identificación, derivación y atención psicológica del adolescente. Así pues, los contenidos que se abordan están orientados al desarrollo de herramientas y

habilidades para fungir como primer agente de contacto con los casos que requieren atención psicológica. De este modo, la capacitación busca que tanto docentes, orientadores y directivos puedan formar parte del primer nivel de atención y sirvan como canal de referencia a servicios de atención de segundo nivel o de mayor especialización en el tratamiento de sintomatología psicológica. Por otro lado, pese a que las convocatorias se realizan de manera abierta a toda institución, las diferentes instituciones de salud mental públicas comparten una actitud de apertura para el trabajo conjunto específicamente programado con las escuelas que lo soliciten de manera formal.

Les damos capacitación en materia de salud... lo que hemos tratado de hacer es capacitar a todo este personaje multidisciplinario que está en el Staff, darles herramientas y habilidades para atender estas dos temáticas que son adicciones y salud mental, entonces esas sesiones se dieron a los diferentes perfiles, hacia psicólogos, hacia docentes, hacia trabajadores, hacia enfermería, vamos y así como se planean, ya se invitan, ah, bueno si va a ser para psicología sería bueno invitar a los de Técnicos Laboratoristas...por lo menos tener lo básico para dar contención, doy primera atención y lo refiero, si no puedo con el caso, a donde lo refiero... les facilitamos directorio... lo hacemos con COBAEM, con CONALEP, con DGTI, si ellos se acercan acá, por supuesto que sí iríamos...

RS - Coordinación Estatal de Salud Mental

3.3.1 Programas de capacitación en temas de salud mental internos

Los programas de capacitación que están relacionados a temáticas de salud mental de la población estudiantil son dirigidos principalmente al personal del departamento de orientación educativa, puesto que son considerados como actores clave en la intervención con los adolescentes. De este modo, la oferta de talleres de capacitación es ofertada por la misma institución y complementada a su vez con la búsqueda individual de recursos de capacitación por parte de los orientadores, para los cuales en ocasiones reciben apoyo económico y en otras son pagados por ellos mismos. Así también, existe conocimiento sobre la falta de capacitación en temas de salud mental a la población

docente, pese a que a son el primer canal de referencia de los casos que requieren atención de índole psicológica.

La academia de orientación educativa precisamente ahorita estamos tomando un diplomado que se llama desarrollo psicosocial del adolescente, algo así que tiene que ver con la salud mental. La misma universidad nos capacita, aquí no solamente son psicólogos, están licenciados en pedagogía, hasta de comunicación humana, porque no todos los compañeros tenemos la misma información entonces se trata de unificar, entonces la universidad se encarga y uno busca también por su parte esta capacitación...al docente no se le da, no sé, hablamos tanto de la salud mental del estudiante y creo que no se ha tomado en cuenta esa parte...

OT 4

Si bien, existe capacitación al docente de forma semestral, ésta se encuentra dirigida al fortalecimiento de habilidades didácticas, así como a la consolidación de conocimientos sobre los contenidos de la materia que imparten. En el caso de los tutores en la escuela de técnicos laboratoristas, si existe una capacitación sobre temáticas relacionadas a la salud mental, la cual está enmarcada en el programa Construye T. Dicho programa se encuentra enfocado en el fomento del aprendizaje de las habilidades socioemocionales en los adolescentes, por lo que se busca que los tutores adquieran estas habilidades y puedan fungir como agentes promotores de las mismas.

Si hay capacitación para el docente, en los intersemestrales nos dan capacitación a nosotros y a los docentes, pero yo veo la didáctica más enfocada a su área disciplinaria... podría ser una alternativa muy buena el que ellos trabajaran esta parte de salud mental... porque lo que sí se empezó a tratar a partir del bachillerato son las tutorías, entonces los tutores también están siendo capacitados en estos temas, está el programa de Constrúyete, en el que se van a talleres, a cursos de esta parte, Constrúyete está pidiendo que los Tutores se habiliten en temas relacionados con habilidades socioafectivas...

4. Prevención y atención psicológica del estudiante de bachillerato

En el presente submodelo se analizan las características de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de sintomatología psicológica en la población estudiantil. La efectividad de las acciones que se realizan para atender la salud mental de los adolescentes están relacionadas con la capacitación del personal que las lleva a cabo, de tal modo que los orientadores al contar con un perfil en el cual se cuenta con herramientas de detección clínica se posicionan como los principales agentes de prevención y atención primaria, así como la base del sistema de referencia de la institución educativa hacia instituciones de salud mental pública local. Del mismo modo, el personal especializado en atención a la salud mental de las instituciones de salud mental pública participa por medio de las jornadas de salud en la prevención y atención de los estudiantes, lo cual depende la vinculación que la escuela establece con dichas instituciones.

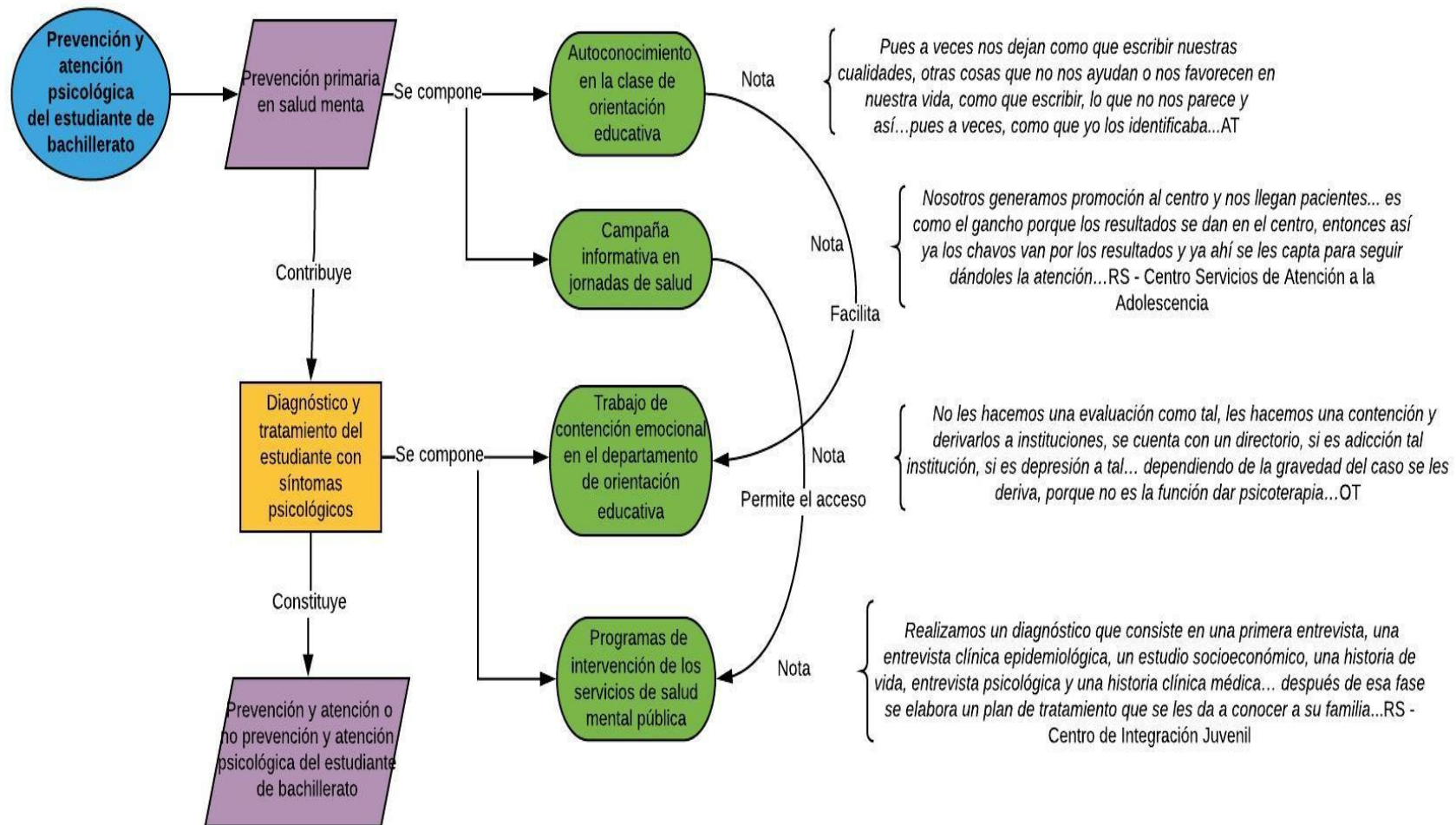


Figura 36. Submodelo de prevención y atención psicológica del estudiante de bachillerato.

4.1 Prevención primaria en salud mental

Las medidas orientadas a la disminución de la probabilidad de aparición de sintomatología psicológica, así como a la disminución de los factores causales de la misma, son las primeras acciones que se realizan de manera institucional. En este sentido, el departamento de orientación educativa cumple una función psicoeducativa en la cual se busca fomentar el conocimiento del alumno sobre su persona, las conductas que merman la salud mental y los indicadores de necesidad de atención psicológica. Asimismo, las campañas informativas en las jornadas de salud propician la sensibilización y concientización de los estudiantes sobre la importancia del cuidado de la salud mental, y sirven como un medio de captación y seguimiento de casos de estudiantes que requieren atención psicológica.

4.1.1 Autoconocimiento en la clase de orientación educativa

El departamento de orientación educativa cuenta con un espacio en el cual mantiene contacto directo con los estudiantes de manera periódica. Es durante la asignatura de orientación educativa en donde el personal especializado de la escuela tiene la posibilidad de observar el comportamiento de los estudiantes de una manera más cercana y de promover el autoconocimiento de los adolescentes, considerado este último como un factor protector que permite a los estudiantes orientar su conducta hacia el crecimiento personal y el dominio del entorno. Dicho trabajo de introspección se lleva a cabo por medio de una antología que se encuentra enfocada a la reflexión sobre las características de la personalidad, habilidades para la vida y expectativas sobre el futuro.

En la clase de orientación educativa nosotros armamos una antología, el primer tema es sobre autoconocimiento, autoevaluación, ven esta parte de cuáles son mis habilidades, de reconocimiento, de mi familia, qué quiero ser de grande, el perfil del bachiller, como me veo, mis derechos y obligaciones como estudiante y así se va adaptando de acuerdo al semestre...

Es mediante la realización de los trabajos de la antología que los estudiantes tienen la oportunidad de identificar hábitos de vida saludables que favorecen su crecimiento personal, así como patrones de conducta nocivos que afectan su desarrollo psicoafectivo. Dado que ambos tipos de conductas son repetidas sin crítica y análisis, los individuos las habitúan y reproducen sin problematizar sus efectos sobre su salud mental. De este modo, la escritura de las mismas permite una movilización del campo cognoscitivo y afectivo que facilita el cambio comportamental.

Pues a veces nos dejan como que escribir nuestras cualidades, otras cosas que no nos ayudan o nos favorecen en nuestra vida, como que escribir, lo que no nos parece y así...pues a veces, como que yo los identificaba, esto no, no está bien, entonces como que me ayuda para ver, ah, esto, como lo que tengo que cambiar, lo que tengo que mejorar...si porque a veces uno no observa lo que eres, que ya es algo tan normal pero no está bien...

AT 7

4.1.2 Campaña informativa en jornadas de salud

Otra forma en que se busca disminuir la presencia de sintomatología psicológica, conductas de riesgo y enfermedades físicas en los estudiantes es la realización de una campaña de promoción de la salud anual. En ésta se provee información sobre trastornos de salud física y psicológica, así como sobre los factores que los propician, de tal modo que la expectativa sobre su impacto en el comportamiento de los alumnos se centra en el establecimiento de estilos de vida saludables, así como en facilitar la detección y canalización de casos que requieren atención psicológica, sin embargo no queda claro el procedimiento por el cual la jornada de salud coadyuva a tal fin.

Nosotros hacemos una jornada de la salud el semestre par que es enero-junio, solamente un día, pero creo que debería ser más, un día no es suficiente más ahora que ha crecido la población, traemos pláticas de trastornos de salud, de problemas alimenticios, de

violencia, de violencia en el noviazgo, deportivas, que pueda el alumno participar y también lo consideramos en otras actividades culturales como zumba, como actívate, ese es uno que solamente lo hacemos aquí un día y también lo hemos hecho ya como academia, tenemos un grupo o asociaciones donde los podemos canalizar ya sea para actividades culturales o para darle seguimiento profesional o de atención psicológica de adicciones, pues también lo canalizamos...

OT 6

En el caso del Centro de Servicios de Atención a la Adolescencia, se tiene clara la función de las mesas informativas, las cuales además de proporcionar información sobre indicadores de necesidad de atención física y psicológica, funcionan como parte de una estrategia de detección y seguimiento de casos críticos. Así, el primer objetivo de la jornada de salud es la promoción del cuidado de la salud en los adolescentes para la prevención del desarrollo de trastornos de diferente índole, seguido del acercamiento del centro a los estudiantes con la subsecuente oferta de sus servicios de atención psicológica a la población objetivo.

Hacen como una feria de salud, ahí nos han pedido talleres y colocación al stand, entonces a su vez de estos talleres nosotros generamos promoción al centro y nos llegan pacientes... en el stand no solamente se dan trípticos, sino también se les hace detecciones de VIH, información de métodos anticonceptivos, sobre el centro o alguno de otro índole como orientación nutricional... es como el gancho porque los resultados se dan en el centro, entonces así ya los chicos van por los resultados y ya ahí se les capta para seguir dándoles la atención... no es tanto la detección, sino la promoción para la prevención oportuna...-

RS - Centro Servicios de Atención a la Adolescencia

Con respecto al centro de integración juvenil, se aprecia la baja efectividad de las mesas informativas en la jornada de salud, puesto que los adolescentes perciben la información como ya conocida. Aquí se manifiesta un proceso de naturalización del

consumo de drogas, lo que conlleva la falta de interés sobre las causas que generan el abuso de las mismas, así como las repercusiones sobre la salud física y psicológica de las personas. La falta de motivación para conocer acerca del tema de las adicciones se manifiesta en la insuficiencia de los folletos informativos para llamar la atención de los estudiantes. En este sentido se identifica a las conferencias como un canal de comunicación más eficaz que debe ser reforzado en la jornada de salud.

Los chicos, quizá por la edad o por el tema en sí mismo, manifiestan un interés bajo en el tema de adicciones en el módulo de información, porque tal vez consideran que no es necesario, que ya saben de la droga... pero ya cuando se acercan se les da la información, pueden tener un mayor interés. Hay mayor interés en las conferencias que en los stands de información, en los stands van por papelito, por el folleto pero la verdad es que sabemos que la folletería funciona para eso, la arrumban, lo que hacemos nosotros es, damos el folleto, pero damos la información por lo menos para que sepan que contiene el folleto, un mínimo, pero yo creo que el interés es bajo...

RS - Centro de Integración Juvenil

4.2 Diagnóstico y tratamiento del estudiante con síntomas psicológicos

Con base en los recursos y técnicas para la detección de personas con necesidad de atención psicológica y el conocimiento sobre los servicios de atención de la escuela y de instituciones externas, así como en las acciones realizadas de prevención primaria, se identifica la posibilidad de acceso a dos niveles de atención. El primer nivel de atención corresponde a la contención emocional que realiza el personal especializado de la escuela ante la presencia de casos con sintomatología psicológica y el segundo a los programas de intervención de los servicios de salud mental pública que son implementados una vez que se hace efectiva la canalización institucional del estudiante.

4.2.1 Trabajo de contención emocional en el departamento de orientación educativa.

El departamento de orientación educativa se encarga de atender a estudiantes que presentan dificultades en el aprendizaje y en el desempeño académico por diversos factores, tales como dinámicas familiares disfuncionales y condiciones sociales que comprometen su salud mental. Así, en la intervención psicopedagógica que realizan los orientadores se identifican las variables contextuales que obstaculizan el desempeño del alumno, así como los indicadores de necesidad de atención psicológica, sin embargo no se realiza un diagnóstico diferencial ni una psicoterapia de manera formal . Lo anterior, disminuye la capacidad de intercambio de información valiosa para el diagnóstico entre la escuela y las instituciones receptoras, limitándose al resumen sobre los indicadores de necesidad de atención que son percibidos por los docentes y personal especializado. Pese a lo anterior, el personal especializado provee de contención emocional a los estudiantes, la cual constituye el primer nivel de atención dentro de la escuela y la acción previa a la referencia institucional externa.

El departamento es básicamente psicopedagógico, como su nombre lo dice está enfocado a atender problemas psicológicos que tienen que ver con su desempeño académico, entonces situaciones que ya no están en nuestras manos, que ya no está en nuestra competencia, poder atender por ejemplo un problema de depresión, quizá no lo podemos diagnosticar porque no les hacemos una evaluación como tal, les hacemos una contención y derivarlos a instituciones, se cuenta con un directorio, si es adicción tal institución, si es depresión a tal... dependiendo de la gravedad del caso se les deriva, porque no es la función dar psicoterapia...

OT 4

4.2.2 Programas de intervención de los servicios de salud mental pública.

En el caso del Centro de Integración Juvenil, una vez que el estudiante es recibido de manera formal, se le realiza una evaluación psicológica mediante la técnica de la entrevista clínica. A partir de ésta se determina el plan de intervención para atender de manera integral al paciente, siendo el cese del consumo de sustancias uno de sus principales objetivos. Asimismo, se solicita a los familiares o tutores del menor la firma de un consentimiento informado, así como la firma de un asentimiento informado por parte del adolescente, de tal modo que se refuerce la adherencia terapéutica y se respalde de manera legal el centro de atención.

Primero realizamos un diagnóstico que consiste en una primera entrevista, una entrevista clínica epidemiológica, un estudio socioeconómico, una historia de vida, entrevista psicológica y una historia clínica médica para evaluar si hay alguna repercusión por consumo de sustancias... después de esa fase se elabora un plan de tratamiento que se les da a conocer a su familia como son menores de edad por norma oficial tienen que venir acompañados de un adulto, responsable o tutor que debe firmar una carta de responsiva que aceptan el tratamiento, igual que la persona directamente involucrada con el consumo una vez con eso...

RS - Centro de Integración Juvenil

El tratamiento mayormente indicado para la disminución del consumo de sustancias es el basado en técnicas cognitivo conductuales, puesto que permiten al paciente autoinstruirse para la eliminación de las conductas asociadas al mismo. Con respecto al trabajo con la familia, se utiliza la psicoterapia de resolución de problemas, la cual facilita la identificación de las variables generadoras de estrés y malestar emocional en la vida del paciente, así como de los recursos intra e interpersonales con los que cuenta para afrontar y controlar las situaciones negativas. Otro tipo de enfoque psicoterapéutico que se emplea es el de orientación psicodinámica, mismo que se implementa de forma individual y con carácter breve. Lo anterior debido a la imposibilidad de realizar un psicoanálisis por la gran cantidad de tiempo requerido.

En el caso del tabaco y alcohol y sobre todo de consumo de marihuana se usa la terapia de grupos porque ha tenido mayor efectividad con un esquema de tipo cognitivo conductual, si es terapia familiar es de esquema de corte ecosistémico, basada en la resolución de problemas... o enfoque con terapia psicodinámica, no digo psicoanálisis porque en la institución con pacientes de este tipo es complicado... las sesiones son de 90 minutos a 2 horas y planteamos un promedio de 12 sesiones a partir de que inicia el tratamiento... con posibilidad de reestructurar el contrato dependiendo del avance...

RS - Centro de Integración Juvenil

En el tratamiento de la esfera física, es el médico del centro quien se encarga de dar seguimiento al proceso de desintoxicación por medio de la entrevista clínica y pruebas de antidopaje. Así también, con base en la severidad del caso se invita a la persona a participar en grupos de apoyo para la prevención de recaídas, así como en actividades recreativas que le permitan expresarse, ocupar su tiempo fuera de las actividades asociadas al consumo y reducir los niveles de ansiedad generados por el síndrome de abstinencia física y psicológica.

No solo se dan psicoterapia sino también son atendidos clínicamente por el médico de la unidad que le da seguimiento el proceso de abstinencia, ya sea con la entrevista médica y en algunos casos con prueba antidoping para ver si realmente ha dejado de consumir la sustancia o si ha consumido una nueva para seguir evaluando la situación... dependiendo de la severidad de consumo se le incluye en los grupos de prevención de recaídas... también incluirse en actividades psicoeducativas y lúdicas que tenemos al interior y como parte de la integración para que puedan realizar un manejo más adecuado del tiempo libre, ya sea que entren al taller de yoga, de artes marciales, de ajedrez, de guitarra, elaboración de velas, cosas por el estilo...

RS - Centro de Integración Juvenil

Así también, en el Centro de Servicios de Atención a la Adolescencia se provee de una atención integral multidisciplinaria a los usuarios, por lo que la evaluación se centra sobre la salud física y mental de la persona, así como en la identificación de los factores contextuales que ponen al adolescente en condición de vulnerabilidad. A partir de los resultados de la evaluación que realiza el médico, se determina la pertinencia de la indicación de una psicoterapia por parte del personal especializado en la atención a la salud mental.

Tienen atención médica, nutricional, psicológica y dental, o sea reciben una atención integral multidisciplinaria, en el centro se evalúa al adolescente no solamente desde su área biopsicosocial sino en el área psicosocial....el médico está capacitado para hacer una evaluación psicosocial, no nada más la física, evalúa el comportamiento social, individual y ya con esa evaluación determina el grado de riesgo que tiene el adolescente, sea riesgo alto, medio o bajo, en caso de que sea un riesgo alto, ya se les continúa con el especialista...

RS - Centro Servicios de Atención a la Adolescencia

Al igual, que el Centro de Integración Juvenil, el Centro Servicios de Atención a la Adolescencia hace uso de psicoterapias breves, puesto que se reconoce la falta de tiempo y recursos para utilizar psicoterapias largas como el psicoanálisis ortodoxo. De este modo, dependiendo del diagnóstico presuntivo que establece el médico del centro, se canaliza al adolescente a instituciones especializadas en el tratamiento de su condición. Lo anterior, constituye un sistema de referencia a un segundo nivel de atención constituido por asistencia a servicios de psiquiatría en centros integrales de salud mental y hospitales de la localidad. Sobre esta línea, cabe mencionar que el Centro de Servicios de Atención a la Adolescencia continúa interviniendo en la atención de la persona, mediante un trabajo conjunto que articula esfuerzos para consolidar el carácter integral del tratamiento.

Debido a los tiempos como es una organización pública, no contamos con tiempo... ni queremos que el adolescente este todo el tiempo como en el caso de un psicoanálisis, entonces lo que estamos implementando ahí es terapia breve conductual... por ejemplo de adicciones, nosotros ya lo referimos a los Centros de Nueva Vida, que son los especialistas en adicciones... si tenemos un adolescente con un problema de esquizofrenia los referimos a los Centro SIGUE, a los CISAMES donde hay Psiquiatra, o al Hospital del Niño Morelense donde hay Paidopsiquiatra, trabajamos de la mano, el resto de la atención la reciben aquí, a pesar de que tu vayas a al psiquiatra allá, pues el resto de la atención nutricional, orientación sobre salud reproductiva, dental, prevención de accidentes, pues la recibes acá con nosotros...

RS - Centro Servicios de Atención a la Adolescencia

Finalmente, la Coordinación Estatal de Salud Mental, la cual se encarga de proveer servicios de atención a la salud mental tanto a adolescentes y adultos en la región de Cuernavaca, Morelos, también utiliza un oficio de envío como forma de solicitud de atención formal. Si bien, esta coordinación se enfoca en la recepción de personas que no cuentan con derechohabiencia o afiliación a alguna institución del Sistema Nacional de Salud, cuando la gravedad del caso es considerada alta y la necesidad de atención como de urgencia, se provee la atención inicial pese a que cuenten con algún tipo de seguro médico.

El mecanismo que usamos es un oficio de envío, a donde va dirigido a los responsables de las unidades de esta red de atención que le digo, núcleos y Centros Integrales de Salud Mental, prevención primaria en adicciones y en ocasiones, también a la parte psiquiátrica... si es una urgencia psiquiátrica no va a llegar con oficio, piden una ambulancia y lo mandan a un hospital donde hay algún psiquiatra... ha sido por ese mecanismo o porque las universidades nos hablan aquí, tengo esta persona, su cita en el IMSS la tiene hasta tal fecha, lo vemos muy mal, por supuesto que nosotros hacemos lo necesario para que se le dé la atención inicial...

RS - Coordinación Estatal de Salud Mental

5. Red social de apoyo y formas de afrontamiento ante el malestar emocional

En este último submodelo se analiza la función de apoyo de los principales protagonistas de los contextos de desarrollo del adolescente, entre los que se encuentran los miembros de la familia, el grupo de iguales y el docente. Así, aunado a los mecanismos y medidas que permiten la atención psicológica especializada, existe toda una gama discursos y acciones no siempre dirigidas intencionalmente que fungen como factores protectores de la salud mental de la persona. De este modo, dichos actores coadyuvan al desarrollo de habilidades para el afrontamiento del malestar emocional, lo que constituyen un tipo de atención a la salud mental informal en el estudiante de bachillerato.

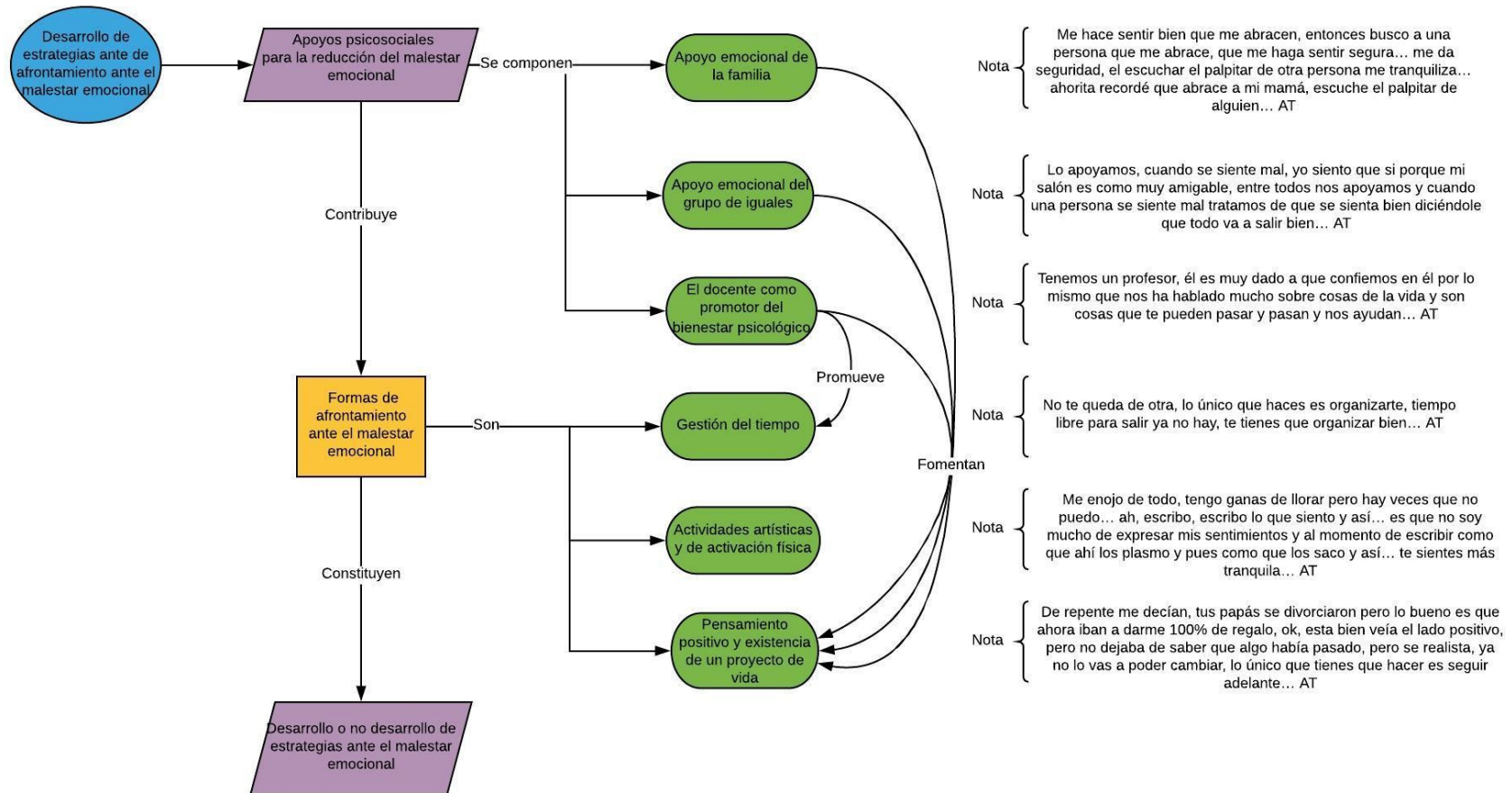


Figura 37. Desarrollo de estrategias de afrontamiento ante el malestar emocional.

5.1 Apoyos psicosociales para la reducción del malestar emocional

Actores fundamentales en el desarrollo psicológico del adolescente tales como los familiares, el grupo de iguales y el docente, cumplen una función de contención emocional que permite disminuir la presencia de emociones negativas en los individuos. Así, dichos personajes llevan a cabo un rol de acompañamiento que tiene un impacto en el desarrollo de recursos intrapersonales para hacer frente a la tensión generada por las actividades escolares y la crisis inherente a esta etapa de la vida.

5.1.1 Apoyo emocional de la familia.

Ante el malestar emocional, la persona evita la expresión de los contenidos de su pensamiento asociados a las emociones negativas, intentando hacer uso de recursos intrapersonales para afrontarlas. Sin embargo, cuando la intensidad de las emociones sobrepasa su capacidad de control sobre las mismas, el estudiante requiere externalizarlas de manera verbal. Sobre esta línea, los cuidadores fungen como agentes de contención emocional, la cual consiste en el sostén de las emociones del adolescente a través del acompañamiento. De este modo, el contacto físico filial genera en la persona un sentimiento de bienestar que contribuye a la homeostasis emocional, y que por ende permite la satisfacción de la necesidad psicológica de relacionarse con otros.

No suelo hablar mucho con las personas cuando estoy triste, no se me da, siento que me voy a poner más triste, entonces prefiero tratar de calmarme yo sola, a menos que sea mucha la presión que yo siento, ya empiezo a exteriorizarla, pero sí sé que es algo leve lo puedo acabar en ese momento. Me hace sentir bien que me abracen, entonces busco una persona que me abrace, que me haga sentir segura...me da seguridad, el escuchar el palpar de otra persona me tranquiliza... ahorita recordé que abrace a mi mamá, escuche el palpar de alguien...

AT 13

En el mismo sentido, el acompañamiento de los cuidadores conlleva el fomento de la asertividad en las relaciones interpersonales. Ante las actitudes agresivas del grupo de iguales y la importancia de las relaciones sociales en esta etapa de la vida, los adolescentes experimentan un sentimiento de amenaza que los lleva a la desmotivación derivado de la falta de un sentido de pertenencia a un grupo social. En este punto, las figuras parentales mediante una postura empática refuerzan el sentimiento de competencia del individuo para enfrentarse a las exigencias cotidianas de la vida.

Pues más que nada platico con mi mamá... siempre me ha dicho que tenga los problemas que tenga, que no me deje pisotear por los demás, que la vida siempre va a ser así, las personas siempre van a intentar hacerte daño, sea por el motivo que sea, lo peor que puedes hacer es darles el gusto de verte en el suelo, me ayuda más a levantarme y soy fuerte, no le importa lo que hayas hecho...

AT 20

5.1.2 Apoyo emocional del grupo de iguales.

En la etapa de la adolescencia las relaciones sociales con el grupo de iguales adquieren una especial importancia, por lo que constituyen uno de los principales factores tanto de riesgo como de protección para la persona. Lo anterior se manifiesta en la preferencia de los adolescentes por tratar los problemas de sus asuntos vitales con el grupo de pares. Así pues, como factor de protección, el grupo de iguales cumple una función de contención emocional que disminuye el malestar emocional en el estudiante de bachillerato, y como factor de riesgo al orientar al adolescente hacia conductas de riesgo por la falta de experiencia o información sobre estrategias de resolución de problemas.

La etapa es estar con sus iguales, lo que a ellos les ayuda es que les gusta socializar, porque su grupo de iguales les ayuda a darles contención, no recurren a un adulto si no hay la suficiente confianza en casa y yo no puedo llegar con mi papa o mi mamá para hablar de determinados temas, entonces con quien normalmente lo hago es con mis

iguales... yo tengo la referencia con respecto a lo que es la sexualidad, prefieren los jóvenes ir con su grupo de iguales que con mamá, con el médico o con los orientadores que en su caso puede ser un riesgo...

OT 6

La proximidad geográfica, temporal y afectiva entre el alumno y el grupo de iguales refuerza la empatía entre los adolescentes, lo que genera un sentimiento de compasión que se manifiesta en conductas de ayuda para la mejora de la condición de vida de la persona. Asimismo, la contención emocional se realiza mediante la escucha activa de la problemática vital del adolescente por parte del grupo de iguales, así como por medio de aseveraciones que fomentan pensamientos y actitudes positivas hacia el futuro.

Lo apoyamos, cuando se siente mal, yo siento que sí porque mi salón es como muy amigable, entre todos nos apoyamos y cuando una persona se siente mal tratamos de que se sienta bien diciéndole que todo va a salir bien...

AT 1

Por otra parte, uno de los principales factores identificados como generadores de malestar emocional en los alumnos fue el estrés que produce la exigencia académica. Dichas demandas son experimentadas como excesivas y constantes durante el curso de bachillerato en la escuela técnicos laboratoristas, lo cual desestabiliza el equilibrio físico y emocional de la persona, disminuyendo su sentido de competencia para el cumplimiento de las expectativas de rendimiento académico de la institución. Por lo anterior, el estudiante percibe como una amenaza la obligación de procesar datos e información en las actividades escolares, utilizando la evitación como forma de afrontamiento con la subsecuente disminución del desempeño académico y finalmente la deserción.

Muchos explotan, ya no quiero estar aquí me voy a algo más fácil, se van a escuelas como bachilleres, que entran como a las 8.00 am y se van como a las 2.30 pm, eso es mucho más tranquilo y les dejan poca tarea, muchos lo que hacen es cambiarse de escuela... ya no saben qué hacer y se bloquean, ya no saben qué hacer de tanto estrés, unos se enojan otros patalean, cada quien tiene su forma de explotar, mi forma de explotar es cerrar todo y me pongo a ver una serie, ya con eso me tranquilizo, pero hay unos que dicen no ya no voy a hacer nada y no hacen nada, así no conviene porque bajas calificaciones rendimiento...

AT 11

La actitud de rechazo hacia las actividades escolares conlleva una reducción de las funciones cognitivas necesarias para realizar las tareas académicas. Sin embargo, dentro de las funciones de apoyo se encuentra la tutoría entre pares como parte de una conducta cooperativa para la resolución de problemas académicos individuales detectados dentro del grupo. En este punto, la cohesión grupal se constituye como un factor necesario para la implementación de las estrategias de trabajo colaborativo, lo cual señala la importancia del fomento de la integración grupal por parte de los docentes.

Ya no quiero hacer nada, te estresa tanto que la cabeza ya aunque lo intentes no te va a entrar la letra, lo vas a hacer pero te va a salir mal, luego las tareas se te van revolviendo, lo bueno de nuestro grupo es que todos nos apoyamos...en cualquier cosa... si tenemos nuestros grupos, pero somos una combinación de todos, los inteligentes por ejemplo les dices no puedo con esto de matemáticas, te ayudamos, no puedes con química, es esto, las guías las hacemos en equipo, todos nos ayudamos por eso vamos bien... somos muy solidarios, casi no hay peleas, tienen sus bolitas de cuatro y cuatro, nosotros nos dividimos en grupitos, pero todos nos ayudamos, todos somos como que amigos y amigas...

AT 11

5.1.3 El docente como promotor del bienestar psicológico

Otro actor protagonista del microsistema del adolescente es el docente, puesto que convive con él durante largos periodos de tiempo dentro del aula. Éste mismo, cuenta con el potencial de acción para fungir como uno de los principales promotores del desarrollo socioemocional del alumno, sin embargo se limita a la implementación de técnicas didácticas para el aprendizaje de contenidos específicos del programa curricular. Lo anterior debido a que la concepción que se tiene del rol del docente incluye solo la función de enseñanza, dejando de lado las oportunidades de intervención psicoeducativa para el reforzamiento de los recursos y habilidades propios de la persona para hacer frente al malestar emocional. Del mismo modo, dicha conceptualización del papel docente se reproduce en el discurso familiar, lo que reafirma el distanciamiento de su rol en el apoyo emocional del estudiante. Aunado a lo anterior, se justifica la no intervención del docente con la falta de capacitación en temas relacionados a la atención de la salud mental del adolescente.

Nosotros como maestros no podemos intervenir más en la parte emocional... porque yo creo que nuestro objetivo, aquí en la institución... es guiar a los muchachos, orientarlos y principalmente enseñarles acerca de cualquier tipo de asignatura para poder aplicarlo en el entorno... si yo veo una persona que tiene esas problemáticas, me puedo acercar a él, oye que te pasa, cómo estás, por qué no quieres trabajar, pero yo no me puedo meter más a lo que es su vida, como te trata tu mamá, como te trata tu papá, porque siempre hay límites, si yo intervengo en esta parte yo creo que yo también podría salir con algún problema, porque hay personas que son especiales, la familia, dedícate a enseñar al amigo, aparte es mal visto porque primero yo no tengo los estudios para poder psicoanalizar a una persona y decirle tú necesitas, a lo mejor yo lo puedo escuchar en el salón de clases, pero yo no puedo intervenir más a fondo de lo que se deben intervenir sus padres...

DCT 6

Por su parte, el adolescente reconoce el potencial de intervención del docente, pese a la falta de proximidad con los alumnos. En este sentido, la experiencia de vida del docente se concibe como un factor preventivo de comportamientos que pueden ser nocivos para el individuo, puesto que constituye un recurso valioso para la resolución de problemas de distinta índole en la vida del estudiante. Asimismo, el profesor se posiciona como un agente socializador que requiere de empatía y habilidades comunicativas para poder tener una influencia positiva sobre el desarrollo socioemocional de la persona, con la subsecuente mejora de su papel en la contención emocional del alumno.

Pues acercarse más a nosotros, no pasarse de la mano pero si como darnos un poco de sus experiencias porque a fin de cuentas nos van a servir y ellos ya pasaron por ciertos factores, tenemos un profesor, él es muy dado a que confiemos en él por lo mismo que nos ha hablado mucho sobre cosas de la vida y son cosas que te pueden pasar y pasan y nos ayudan, dicen pues yo salí así y así y así y se socializa con nosotros y eso es clave para que confiemos en él...

AT 13

5.2 Formas de afrontamiento ante el malestar emocional

Con base en la experiencia de vida, los aprendizajes previos y los apoyos psicosociales con los que cuenta el estudiante, el adolescente desarrolla estrategias que le permiten afrontar el malestar emocional. En el caso de la gestión del tiempo, éste funge como mediador del estrés generado por la exigencia académica, las actividades artísticas y deportivas como un medio para aliviar la angustia por las emociones negativas, y el pensamiento positivo y la existencia de un proyecto de vida como factores protectores de la motivación de la persona.

5.2.1 Gestión del tiempo.

Uno de los principales generadores de malestar emocional en el adolescente es el estrés generado por la exigencia académica, misma que conlleva una sobrecarga de la carga de trabajo del estudiante. Ante la falta de tiempo para descansar el organismo y realizar actividades recreativas, la persona ve superados sus recursos de afrontamiento, lo que implica un desgaste físico y psicológico crónico que puede llevar a la desmotivación en las actividades escolares y la asistencia misma a la institución educativa.

El bienestar emocional es estar tranquilo, yo diría que es no tener ningún pendiente, nada que hacer, tenía que hacer pero ya se realizaron, no tenerlas pendientes en la mente no tenerlas que hacer... de que te mandan a hacer cosas de la casa, pero no te da tiempo porque tienes que hacer lo de la escuela... porque se supone que de 8 horas de jornada hay 8 horas de descanso, 8 horas libres para divertirse, para aquí no existen 8 horas libres, lo que tenemos es para tarea y si nos da tiempo para dormir...

AT 12

De este modo, el estudiante se siente amenazado ante la exigencia de actividades extras e imprevistas durante el día, las cuales pueden ser índole académico u doméstico. Como respuesta a dicha presión, el adolescente desarrolla una estrategia de gestión del tiempo en el que intenta organizar sus actividades mediante la priorización de las tareas cotidianas, siendo así como disminuye la tensión ejercida por los estresores y logra cumplir con las expectativas de rendimiento de la escuela. Así también, se reafirma la necesidad de tiempo para el esparcimiento, el cual coadyuvaría al afrontamiento del malestar emocional asociado al estrés.

Cuento todo mi tiempo, todo minuto tengo contado, tengo mi tiempo para comer, para hacer tarea y casi no tengo descanso... no te queda de otra, lo único que haces es

organizarte, tiempo libre para salir ya no hay, te tienes que organizar bien, tanto que si te deshacen algo te estresas porque ya te deshicieron todo tu plan...

AT 14

Al respecto de la organización del tiempo para realizar las actividades académicas, el docente promueve estrategias de gestión para la reducción del estrés. Así pues, la actuación de este personaje es de gran importancia para la formación de hábitos de estudio que hagan eficiente el tiempo invertido en la realización de las tareas escolares. Es así que dentro de las horas de clase el docente fomenta de manera verbal la priorización de actividades, previniendo la sobrecarga de trabajo y el subsecuente desgaste físico y psicológico generado por el estrés.

En cuestión de estrés, los veo cansados y ves su carita... hay maestra es que estoy en tiempo de exámenes... pero considero que si pudieran organizarse lo podrían hacer y no llegar a ese estrés, entonces es una de las cosas que yo siempre les digo al empezar la clase, organicense y prioricen... algunos si se motivan a hacerlo, al menos una semana inténtenlo, algunos si lo intentan hacer, para ver si así les funciona... dentro del grupo trato de darles más tips, para que ellos traten de organizarse, decirles si no se organizan no les va a dar tiempo de nada...

DCT 6

5.2.2 Actividades artísticas y de activación física.

Las actividades artísticas y de activación física permiten la expresión de emociones negativas de formas no nocivas y socialmente aceptadas. En el caso de la escritura como una actividad expresiva del individuo, la persona tiene la pauta para manifestar sus sentimientos de manera abierta en la narración de su experiencia. De esta manera el adolescente tiene la oportunidad de aliviar el malestar emocional y volver a un estado de equilibrio psicológico que es percibido como un sentimiento de bienestar subjetivo.

Me enojo de todo, tengo ganas de llorar pero hay veces que no puedo... ah, escribo, escribo lo que siento y así... es que no soy mucho de expresar mis sentimientos y al momento de escribir como que ahí los plasmo y pues como que los saco y así... y te sientes más tranquila...

AT 16

Sobre este tema, los orientadores señalan la efectividad de las actividades artísticas para la reducción del malestar emocional, dada la posibilidad de expresión de sentimientos negativos que de otro modo serían ignorados en un intento de evitación de los mismos. De este modo, las resistencias a la expresión son disminuidas y se posibilita mediante la actividad creativa el trabajo de asimilación y elaboración de las situaciones traumáticas en la vida de las personas, lo cual funge como forma de atención informal de la salud mental en el estudiante.

Yo creo que ni los talleristas se han dado cuenta, es un proceso interno, porque me han dicho, el único lugar donde me sentía bien era en el taller de música, en teatro, también les ha servido mucho cuando no pueden expresar y no pueden expresar lo que están sintiendo, entonces el teatro como que los destapa y los hace sentir mejor....

OT 1

Del mismo modo, las actividades de activación física permiten al adolescente desahogarse emocionalmente, lo que implica la expresión de sentimientos por medio de la actividad física. En este sentido, se hace evidente la relevancia de la difusión de información sobre los beneficios de realizar este tipo de actividades, de tal modo que sea considerada como una forma de aliviar la angustia de emociones negativas, sin el riesgo de agravar la condición de la persona con conductas de riesgo que son realizadas en un intento de evitación del estado emocional del individuo.

Cuando me siento mal, salgo a correr hasta que ya no puedo más, a veces hago mucho ejercicio, abdominales... es una forma de desahogarse, bueno, es la mejor manera de desahogarse, hacer ejercicio... quería buscar otra manera de desahogarme y buscaba otra manera y leí que el ejercicio te ayuda y fue cuando empecé el ejercicio...

AT 10

Sobre esta línea, el personal especializado de la escuela tiene conocimiento sobre las opciones disponibles de recreación para los adolescentes, por lo que el papel del departamento de orientación educativa en la difusión de espacios para la realización de actividades artísticas y deportivas es fundamental para las oportunidades de acceso a este tipo de servicios ofertados dentro de las instituciones educativas. Así pues, se conceptualiza también a estas actividades como medios de prevención de conductas de riesgo y de fomento de la salud mental de los estudiantes. En el mismo sentido, se reconoce la falta de promoción de los programas gubernamentales culturales, artísticos y deportivos, siendo la articulación de las instituciones educativas y estatales uno de los principales elementos con necesidad de mejora en el tema de la vinculación interinstitucional.

En la escuela sabemos que existen los talleres culturales, apenas hubo una oferta, los chicos pueden inscribirse... finalmente es un espacio de recreación, que a los chicos los invitan a que conozcan que hay otro tipo de actividades y que en lugar de ir a alguna fiesta o fumar, pueden hacer algún deporte por las tardes, yo creo que el vínculo no está tan visible, tan formal, en esencia ahí está, el hecho de ofrecerles a los chicos esta serie de actividades va totalmente a esta parte que desarrollen una salud mental... lo que ofrece el gobierno, como que esta información no está tan a la mano o no comunica mucho, entonces ahí si hay una desvinculación quizás...

OT 4

5.2.3 Pensamiento positivo y existencia de un proyecto de vida.

Otro de los recursos personales que el adolescente utiliza para disminuir el malestar generado por emociones negativas, es el pensamiento positivo sobre las situaciones adversas en la vida. Así pues, el pensar positivamente constituye un factor protector de la motivación, puesto que se establecen expectativas optimistas sobre el resultado de las acciones que se emprenden para afrontar los problemas evitándose el pesimismo. Lo anterior conlleva un aumento del dominio del entorno, el propósito en la vida y el sentido de autoeficacia para afrontar las tensiones de las situaciones trágicas o traumáticas.

De repente me decían, tus papás se divorciaron pero lo bueno es que ahora iban a darme 100% de regalo, ok, está bien, veía el lado positivo, pero no dejaba de saber que algo había pasado, pero ser realista, ya no lo vas a poder cambiar, lo único que tienes que hacer es seguir adelante y pues superar ese acontecimiento y de todas formas ya no se puede hacer nada, solo hay que seguir adelante porque no te puedes atorar, ya lo pasado, pasado...

AT 9

El pensamiento positivo permite que el adolescente aumente su capacidad de resolución de problemas al movilizarlo a la acción. Asimismo, lo motiva al establecimiento de un proyecto de vida, ya que propicia un sentimiento de competencia para el cumplimiento de las expectativas personales y sociales. Del mismo modo, el planteamiento de objetivos y metas específicas conlleva un trabajo de introspección que implica el conocimiento de las habilidades y potencialidades que pueden ser desarrolladas para facilitar el logro de los mismos.

Si cometí errores y conforme a esas conductas hice sentir mal a las personas, pues tengo que resolverlos y seguir adelante, partiendo de metas pequeñas y un plan de vida... el plan de vida me lo he planteado desde 6° de primaria y se supone que lo tenemos que ir

desarrollando poco a poco conforme veamos nuestras expectativas, nuestros conocimientos, en que somos buenos y en que no, entonces yo lo empecé a aplicar desde 1° de secundaria, ok, voy a ir así, voy a ir escogiendo las materias y empezarlo a aplicar como tal...

AT 11

En la elaboración de un proyecto de vida, el docente tiene la oportunidad de fomentar el desarrollo del mismo, mediante actividades que permitan el conocimiento sobre las habilidades y potencialidades que les ayudarán a alcanzar las metas, así como concientizarlos sobre la importancia de mantener su conducta dirigida hacia la realización del plan de vida. Del mismo modo, se reafirma la influencia del establecimiento de metas sobre la motivación y eficacia de las personas para tener éxito en la consecución de las mismas. Dichas actividades consisten en tareas que promueven el trabajo de autoconocimiento, siendo necesaria la inclusión de este tipo de actividades en los contenidos curriculares de la materia.

Intenté hacerlo en algún momento a partir de desarrollar actividades que los condujera a saber cuál es su proyecto de vida... el hacerles ver a partir de ciertas actividades que lo que hagan día con día les va a abonar a su proyecto de vida, creo que cuando no hay metas bien definidas, cuando no saben qué va a ser de ellos en 10, 20, o 30 años, creo que no existe esa motivación, es como un día cualquiera, entonces si es como un poquito complicado sobre todo por los tiempos, porque para hacer esto es todo un trabajo... desde empezar en pedirle su autobiografía, como ir llegándole por ahí para saber sus gustos y desde mi materia a partir de sus gustos y necesidades puedes contextualizar y dar la materia en ese sentido...

DCT 1

Finalmente, al igual que el docente, el padre de familia puede motivar al adolescente a la realización de un proyecto de vida como parte de la educación informal que se provee en el hogar. De esta manera, el estudiante adquiere valores como la disciplina y perseverancia para alcanzar los propósitos en la vida. Del mismo modo, se reafirma la importancia de la educación formal como parte de un plan de vida que conlleva el reconocimiento social y el desarrollo integral del ser.

Si estas luchando por lo que quieres entonces tu entorno es bueno y eso es lo que hay que enseñarles a los hijos... van a luchar por lo que ellos quieren, hay que enseñarles a soñar, qué es lo que tú quieres, ¿para qué vas a la escuela? si tú tienes un proyecto en la vida... para conseguir tu proyecto las herramientas que vas a necesitar es una preparación académica, yo que le puedo decir a uno de mis hijos, termina una carrera, no porque vayas a ejercer, porque es importante de alguna manera aprender, no es lo mismo que digan, Juan, Pedro, a que digan el Doctor en Filosofía y Letras... es un gran vendedor de horchata, pero tiene preparación, tiene cultura, tiene conocimiento, es una persona a la cual te puedes acercar porque, dice un amigo, tiene la fruta en el árbol...

PFT 1

MODELO ECOSISTÉMICO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

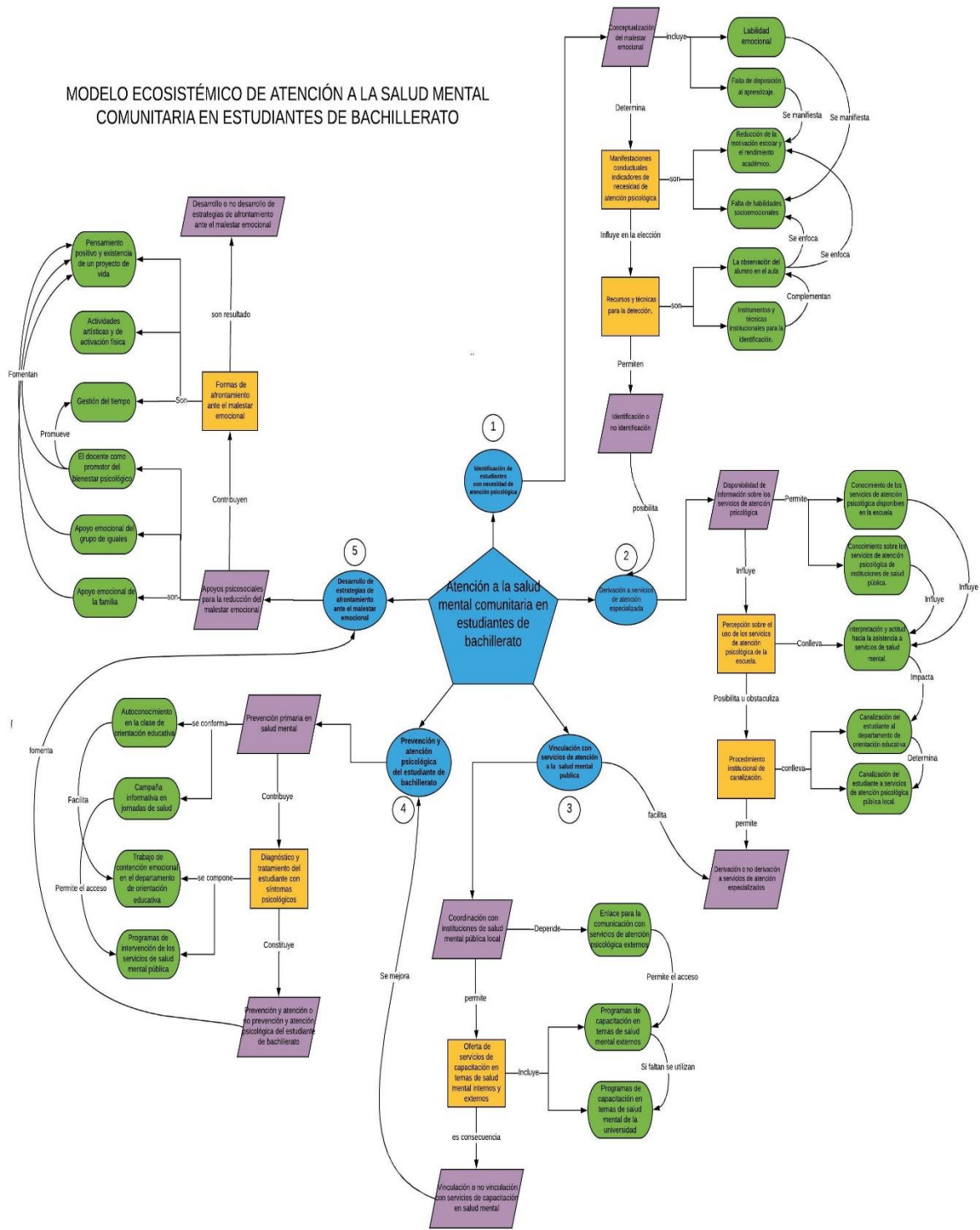


Figura 38. Modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato.

8.3 DISCUSIÓN

La escuela, como cualquier otra comunidad produce prácticas sociales que son parte de los sistemas de regulación del comportamiento de quienes la integran. Las prácticas se relacionan con discursos institucionales desde los que se definen y valoran situaciones, se interpretan y también se elaboran como reconstrucciones. Con respecto a la salud mental en el contexto escolar, existen procesos explícitos e implícitos que determinan las maneras en las que diferentes actores del sistema escolar abordan problemas relacionados con la salud mental de su población. Dichos procesos cuentan con lineamientos que facilitan la identificación, derivación y atención, sin embargo también se encuentran casos en los que la organización de la atención está ausente, lo que dificulta el acceso a una atención oportuna, bien sea por parte de los servicios de atención propios de la escuela o de los pertenecientes al sistema de salud pública local.

Así, dada la complejidad del entramado de relaciones implicadas en el fenómeno de la atención a la salud mental en el estudiante, se hizo necesario retomar una mirada integradora que enfatizara en el estudio de las interacciones y el significado subjetivo de los actos humanos como elementos clave en la formación de las prácticas sociales dentro del contexto escolar.

Sobre esta línea, la perspectiva de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) sustentada en el interaccionismo simbólico (Mead, 1991) permitió el análisis e interpretación del discurso de los participantes de este trabajo, al desarrollarse siguiendo un procedimiento flexible y progresivo, pero riguroso y transmisible, mediante la triangulación de fuentes y técnicas, dejando al descubierto las actividades encubiertas y descubiertas que conformaban los planes de acción individuales y colectivos con respecto a la atención de la salud mental de los estudiantes, así como los significados y sentidos que conformaban a la realidad social de la escuela.

El presente modelo ecosistémico sobre la atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato, se enfocó en la descripción, explicación y análisis de las

dinámicas de interacciones entre los estudiantes, docentes, familiares y personal especializado de la escuela, todos ellos pertenecientes al microsistema (alumnos, docentes, orientadores, directivos y padres de familia) así como de las interrelaciones que permiten la vinculación de estos últimos con instituciones de salud mental pública local que conforman el exosistema (representantes del sistema de salud mental pública local). El microsistema hace referencia a las relaciones más próximas de la persona y el exosistema a contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo pero que influyen en su desarrollo al manifestarse en estos patrones de la ideología y la organización de una determinada cultura (Aguiar y Acle-Tomasini, 2012; Bronfenbrenner, 1987).

De los resultados obtenidos a partir de los datos producidos se obtuvieron 5 submodelos que corresponden al cumplimiento del objetivo general de esta investigación: 1) identificación de estudiantes con necesidad de atención psicológica; 2) derivación a servicios de atención especializada; 3) vinculación con servicios de capacitación en salud mental; 4) prevención y atención psicológica del estudiante de bachillerato; 5) red social de apoyo y formas de afrontamiento ante el malestar emocional, los cuales se discuten en este apartado. En conjunto dichos submodelos configuran el modelo de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes bachillerato, en el cual se expuso el análisis e interpretación de los significados y sentidos emergentes que otorgan los integrantes del microsistema y exosistema a la atención de la salud mental del estudiante, estructurando y explicando así la dinámica de interacciones entre los mismos.

A partir de las entrevistas semiestructuradas se puede señalar que la presencia de sintomatología psicológica en el estudiante de bachillerato es reconocida por docentes, orientadores y directivos de la escuela, sin embargo bajo criterios no estandarizados, lo que influye en el establecimiento de prácticas institucionales dirigidas a la atención de la salud mental de la población estudiantil. De este modo, la identificación de estudiantes con necesidad de atención psicológica se posiciona como el primer elemento de la atención a la salud mental comunitaria en los estudiantes de

bachillerato, lo que corresponde con los postulados de los modelos propuestos por León (2002), García (1999) y Marcos y Topa (2012), quienes ubican a la identificación de problemáticas como el primer elemento de la salud mental comunitaria.

Criterios diagnósticos que proporcionan manuales como el DSM-5 de la American Psychiatric Association (2014) harían suponer que la identificación de los casos es una tarea fácil cuando en realidad no es así, incluso en el caso de los trastornos mentales comunes como la ansiedad y depresión. Lo cierto es que existe una gran cantidad de problemas relacionados con la validez de los diagnósticos, por lo que el tema de la identificación de los casos que requieren atención psicológica sigue siendo un aspecto conceptual y político muy importante.

Sobre el tema de la identificación, es preciso hacer mención de las implicaciones del control y disciplinamiento que se lleva cabo dentro de la institución educativa. Éstos se encuentran regulados por las normas de convivencia institucional, las cuales tienen como objetivo facilitar aspectos tales como el incremento del rendimiento académico de los estudiantes, el posicionamiento de la escuela por su calidad educativa y la eficacia terminal. Lo anterior, conlleva que los comportamientos que son considerados característicos de un problema de salud mental no necesariamente lo sean, pasándose desapercibidas aquellas conductas que no impactan de manera tan visible dichos elementos.

En concordancia con la dificultad de los diagnósticos, una vez que el alumno es identificado por el docente, éste realiza un reporte escrito en el que se registran los comportamientos que son considerados indicadores de necesidad de atención psicológica. Sin embargo, dicho documento se caracteriza por la ausencia de criterios estandarizados para su elaboración. Debido a lo anterior, el docente se centra únicamente en la descripción de comportamientos que él percibe como no deseados, lo que limita la información que puede proporcionar sobre los posibles síntomas presentes, así como sobre los elementos individuales y factores sociales que promueven la salud,

el afrontamiento y el desarrollo y expresión de las potencialidades psicológicas, físicas, culturales y sociales del adolescente (Cingolani y Castañeiras, 2011).

Aunado a lo anterior, tal como lo menciona Florenzano, (2003) es preciso resaltar que la adolescencia es una etapa del desarrollo caracterizada por el cambio y el conflicto, donde la aparición de síntomas psicológicos puede deberse a la metamorfosis y transición a la etapa adulta y no necesariamente al comienzo de un trastorno mental.

Los participantes de esta investigación conceptualizaron a la salud mental como un estado de bienestar emocional y la falta de la misma como una predominancia emociones negativas, es decir, como "*malestar emocional*". En dicha conceptualización se incluye la presencia de labilidad emocional con la subsecuente falta de habilidades socioemocionales, así como la falta de disposición al aprendizaje, la cual tiene como resultado la falta de motivación escolar y la disminución del rendimiento académico.

Sobre el tema de la falta de habilidades socioemocionales, es de resaltarse las conductas que tienen como resultado la evitación del contacto social, tales como el aislamiento y la agresividad, puesto que limitan el potencial de desarrollo psicológico de los individuos, al obstaculizar la interacción con otros y el establecimiento de relaciones interpersonales armónicas (Contreras, 2012).

Sobre esta línea, autores tales como Ryff (1995), Ryan y Deci (2000), Warr (1987) y González (1994) coinciden en que el establecimiento de relaciones interpersonales positivas es uno de los factores más importantes en el bienestar emocional de las personas, puesto que a partir de éstas la persona desarrolla la capacidad de socialización y autonomía (Contreras, 2012). Aunado a que la falta de interacción tiene repercusiones negativas en el autoconcepto del adolescente debido a la importancia que adquiere la aceptación del grupo de iguales en la fase media de la adolescencia (Casas y González; 2005 Krauskopof, 1999).

Asimismo, la falta de disposición al aprendizaje es considerada como una característica del malestar emocional, reconociéndose la relevancia de las emociones y las relaciones sociales en la implicación del individuo en las actividades académicas. Así, la falta de motivación escolar y la subsecuente disminución del rendimiento académico pueden estar relacionados con la presencia de emociones negativas y la dificultad de vincularse con otros, lo cual va de acorde a lo encontrado en la fase cuantitativa, donde se encontraron correlaciones positivas significativas entre las relaciones positivas con otros, el bienestar psicológico y la motivación escolar. En este sentido, Payán, Cervantes y Guevara (2011), así como García (2012) coinciden en la influencia negativa del malestar emocional y la falta de contacto social sobre el rendimiento académico y el aprendizaje.

Así pues, la salud mental sigue siendo un término difícil de definir y probablemente en muchos grupos ni siquiera aparece como objeto de representación, por lo que se resalta la relevancia de considerar los significados que los protagonistas de los contextos de desarrollo del individuo atribuyen al término, ya que a partir de éstos se establecen prácticas sociales en torno a la atención de la salud mental de las personas.

La observación de la falta de habilidades socioemocionales, la reducción de la motivación escolar y el rendimiento académico es realizada por el docente dentro del aula, lo que concuerda con lo planteado por Vainstein y Rusler (2011), quienes señalan el potencial del docente para la identificación y derivación de estudiantes a servicios de atención especializada debido al marco institucional que permite la observación y análisis del discurso, conducta y producciones del estudiante.

Conforme a los resultados expuestos en este trabajo, es evidente que en la detección de casos se ha privilegiado la observación del comportamiento individual, por lo que se propone la modificación del enfoque de observación individualizada predominante en el docente, por uno centrado en el comportamiento de los estudiantes en actividades grupales. De esta manera, es posible facilitar la detección de conductas de evitación del contacto social en situaciones naturales que exponen el funcionamiento

social y académico del estudiante, constituyendo así el análisis de las interacciones sociales una fuente de información valiosa que no debe pasar desapercibida.

Sobre esta línea, la OMS (2001) recomienda la focalización de la atención del docente sobre cualquier cambio comportamental en el adolescente, de tal modo que pueda cumplir su papel como agente de detección y derivación oportuna de casos que requieran atención. Así, el papel del docente como agente identificador de problemáticas psicológicas en estudiantes es aún más importante si se tiene en cuenta que muchas dificultades emocionales y problemas de salud mental tienen su origen en la infancia y la adolescencia.

Aunado a lo anterior, el contexto escolar es considerado un campo privilegiado para la detección de esas problemáticas, al ser un escenario estratégico para la prevención de síntomas psicológicos a nivel de la comunidad, por lo que el docente puede fungir como un importante aliado para la detección temprana de problemáticas y la referencia de los estudiantes a servicios de salud mental (González, Arana y Jiménez, 2008).

Aunado a la observación del alumno en el aula, la institución educativa cuenta con instrumentos y técnicas para la detección de alumnos con necesidad de atención psicológica, sin embargo, debido a la cantidad excesiva de estudiantes asignados a los docentes y orientadores dichos mecanismos se ven obstaculizados. Otro obstáculo encontrado es la falta de eficacia en el uso de la información recabada en los diagnósticos, por lo que es necesario que el orientador tenga la capacitación y sensibilidad necesaria para utilizar y explotar el potencial de la información que proveen estos recursos. Así, como lo señala Vainstein y Rusler (2011) y Guglielmino (2010), es importante que los actores clave dentro de la escuela comprendan la responsabilidad que tienen sobre la posibilidad de que todos los estudiantes tengan la misma oportunidad de acceso a la educación y a otros servicios que contribuyen a su desarrollo e integridad personal, tales como los de atención a la salud mental.

Así pues, es claro que la falta de capacitación contribuye a la dificultad de la validez en la detección de los casos, por lo que se hace necesaria la evolución de las evaluaciones tradicionales. Sobre esto, autores como Hobbs, Cantrell y Malory (1987), señalan la importancia de la identificación de los focos de conflicto en el ecosistema del adolescente, por medio del cambio de perspectiva sobre la participación de los personajes significativos en la vida de la persona, de tal modo que se superen las limitaciones de la evaluación tradicional con instrumentos aislados y la intervención esté dirigida por los servicios de atención requeridos y no únicamente por la categoría diagnóstica.

Así, la sensibilización sobre la importancia de la participación de la comunidad en la solución de problemas de salud mental de la misma comunidad se vuelve prioritaria, puesto que permite el aumento del sentido de responsabilidad que tienen los docentes, estudiantes, orientadores, padres de familia y directivos de la escuela sobre la salud mental de la persona y la identificación de casos que requieren atención psicológica.

Lo cierto es que los recursos económicos y humanos destinados a la identificación de estudiantes con necesidad de atención psicológica, se dirigen principalmente al funcionamiento de mecanismos de evaluación e intervención individualizados. Si se toma en cuenta que según los resultados de la fase cuantitativa 1 de cada 4 estudiantes presenta sintomatología psicológica puede comprenderse la insuficiencia de dichos servicios debido a su alta prevalencia en esta población. Por lo anterior, es necesario recomendar a los directivos de la escuela el cambio hacia una perspectiva comunitaria en las políticas institucionales que regulan los procedimientos tradicionales de identificación, derivación y tratamiento de los estudiantes.

Dicho cambio de perspectiva debe de ir más allá de un intento de mejorar los mecanismos obsoletos del modelo médico psiquiátrico con énfasis en la enfermedad (Quintanilla et al., 2004) que ha permeado las prácticas de atención psicológica dentro de la institución educativa. Sobre esta línea, las políticas institucionales de la escuela deben procurar el cese del énfasis en la diferencia o particularidades de individuos que son

ubicados dentro del concepto anormalidad estadística (Lluch, 1999), de forma tal que todos los miembros de la comunidad se preocupen y ocupen de la mejora de su salud mental, sin importar que hayan sido identificados o no como casos con necesidad de atención.

Así pues, los servicios de atención que ofrecen las instituciones de salud pública deben de amalgamarse con los servicios que ofrece la escuela, así como con su realidad social y cultural, de tal forma que logre evitarse la falacia en torno al modelo de salud mental comunitaria en la que se reproduce la diferenciación entre la comunidad y la institución. De esta forma, es posible establecer las bases para el cambio ideológico y político que se requiere para volver a la comunidad el centro de la reflexión y la fuente de potencial para la mejora de la calidad de vida de la misma.

Otro punto a destacar es la falta de difusión de los servicios de atención psicológica disponibles en el departamento de orientación educativa. Lo anterior, concuerda con los datos obtenidos en diferentes estudios en México en los que se observa el escaso beneficio que la población en México obtiene de los programas de atención psicológica que señala Quintanilla et al. (2004) debido a los prejuicios, temor y rechazo que genera la ignorancia sobre las características de los mismos.

El estigma sobre la asistencia a servicios de atención psicológica, tal como lo señala la Secretaria de Salud (2013) influye en una menor o mayor probabilidad de que la persona reciba la atención requerida. Sobre esta línea, la difusión de información y el conocimiento de los servicios ofertados por la institución educativa para la atención de la salud mental se vuelven prioritarios para la modificación de la valoración negativa de los síntomas psicológicos en los estudiantes y la asistencia a servicios de atención especializada. Así, se posibilita la superación de la estructura social basada en el estigma “de lo que no es común” que según autores como Quintanilla et al. (2004) predominan en las prácticas de atención de la salud mental en México y constituyen la principal barrera de acceso a este tipo de servicios.

Lo cierto es que cuando las personas tienen desconocimiento sobre la prevalencia de síntomas psicológicos en la población general y los servicios de atención disponibles se mantienen las ideologías excluyentes y descontextualizadas, por lo que el departamento de orientación educativa cumple un papel fundamental en la difusión de información y por ende en el comienzo del procedimiento institucional de canalización, al coadyuvar a la reducción del rechazo hacia los mismos. De esta manera, puede evitarse la influencia del estigma sobre la asistencia a un tratamiento de índole psicológico, sobre la cual enfatizan autores como González, Arana y Jiménez (2008), señalando el largo tiempo que las personas dejan pasar para atender su salud mental.

Un ejemplo de lo anterior, son las actitudes negativas que tiene el grupo de iguales sobre el estudiante que es llamado de manera pública al departamento de orientación educativa, las cuales impiden que éste tenga la disponibilidad de acceder voluntariamente a un proceso de atención psicológica. Lo anterior, reafirma la necesidad trabajar en la modificación de los prejuicios que obstaculizan el involucramiento del alumno y la familia en el proceso de canalización y el subsecuente tratamiento (De la Cuesta, 1995).

En México, pese a diversas reformas a la Ley General de Salud y al Sistema de Salud Mental, en las que se hace hincapié en el empleo de modelos centrados en la comunidad (Sandoval, 2005), actualmente del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es dirigido a la salud mental; de cuyo monto se destina el 80% al funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, por lo que ante la falta de recursos económicos se ve obstaculizado el funcionamiento de sistemas de salud mental comunitaria (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Por lo anterior, frente a una realidad en el que el eje de acción sigue siendo el tercer nivel, es importante la consideración de experiencias en la organización y aprovechamiento de los recursos de atención de la salud mental en países desarrollados. La implementación de estrategias como las descritas por Beckers, Knapp, Knudsen, Schene, Tansella, Thornicroft y Vázquez (2002) en países tales como Holanda,

Dinamarca, España e Italia, muestran el impacto de la sensibilización y concientización de la comunidad y los diferentes sectores de sociedad sobre la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Así, mediante el fomento de la participación comunitaria es posible superar las brechas de atención y plasmar en las prácticas sociales lo estipulado en las políticas públicas pese a la limitación del presupuesto asignado.

Del mismo modo, si se fomentan los vínculos entre la escuela y otros sectores de la sociedad, se posibilita la mejora de las oportunidades de acceso a servicios de atención y de capacitación en salud mental, coadyuvando a la superación de los mecanismos excluyentes que privilegian la exclusión del estudiante de la institución educativa. De esta manera, la comunidad escolar tiene la pauta para redirigir sus acciones a un modelo centrado en la salud mental de todos sus miembros, así como de lograr las modificaciones en las políticas de la escuela que no contribuyen a tal fin.

Si se considera que la educación tiene como fin último la formación integral del ser, puede comprenderse la importancia de que el personal del departamento de orientación educativa y los docentes cuenten con las herramientas necesarias no solo para fungir como educadores, sino también como los primeros agentes de detección y atención de casos que requieren atención psicológica. Asimismo, es prioritario que estos actores tengan las competencias necesarias para fomentar el desarrollo de recursos de afrontamiento en el estudiante.

Por lo anterior, el docente debe preocuparse por atender propia su salud mental, así como la institución educativa la formación de su propio personal, no solo para mejorar las técnicas didácticas que se implementan en el aula, sino también para capacitarlo en la identificación, intervención de urgencia, gestión del proceso de derivación y promoción de la salud, las cuales forman parte de las estrategias de atención primaria. De este modo, se evita que la escuela se convierta únicamente en lo que De la Cuesta (1995) denomina un consumidor de servicios de salud, y por el contrario coadyuve a la mejora de la salud mental de su población mediante propuestas y alternativas de acción

enfocadas a la inclusión educativa y la formación integral de los estudiantes (Krichesky, 2006).

Del mismo modo, la escuela debe preocuparse por la salud mental de su personal, puesto que como lo señala la OMS (2001), los mismos miembros de la institución escolar, llegan a percibir su lugar de trabajo como agresivo y generador de estrés que puede incluso propiciar el desarrollo del agotamiento profesional burnout (Arias y González, 2009). Así, las tensiones de la vida cotidiana y laboral pueden limitar el potencial de su papel como promotores de la salud, al tener que dedicar sus esfuerzos al afrontamiento de su propio malestar emocional.

Ahora bien, la prevención de las causas que propician la aparición de trastornos mentales en los adolescentes por medio del fomento del autoconocimiento y las campañas informativas, se posiciona como una acción estratégica que debe ser fortalecida dentro de la escuela, de modo tal que vaya superándose la perspectiva asistencialista que predomina en las prácticas de atención a la salud mental de los estudiantes. Así, mediante la sensibilización y concientización sobre las conductas nocivas para la salud física y psicológica, así como sobre las acciones que la persona puede emprender para mejorar su adaptación al entorno, los individuos también tienen la posibilidad de tomar acciones que contribuyen a su propia salud mental.

De este modo, siguiendo la perspectiva del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), se promueve el desarrollo psicológico del adolescente, puesto que al obtener conocimiento sobre los factores protectores y de riesgo sobre su salud mental, la persona adquiere una concepción del ambiente más amplia, diferenciada y válida, motivándose para realizar actividades que relevan las propiedades de ese ambiente y permiten su reestructuración en cuanto a la forma y contenido de las relaciones que determinan su nivel de adaptación a las exigencias de los diferentes contextos.

Con respecto al autoconocimiento en el estudiante, éste puede lograrse si se amplía y explota el recurso de la narración escrita sobre las características de la

personalidad del adolescente en la antología de la clase de orientación educativa, de forma tal que mediante el movimiento del campo cognoscitivo y afectivo se facilite el cambio comportamental hacia estilos de vida saludables. Asimismo, el aumento de la cantidad de jornadas de salud, puede permitir el fortalecimiento de la capacidad del estudiante para identificar los hábitos de vida que deben modificarse y aquellos que deben reforzarse para favorecer su desarrollo psicoafectivo.

Aunado a lo anterior, dicha acción contribuiría a la identificación y canalización de estudiantes que requieren atención psicológica, ya que es un medio de contacto directo del adolescente con instituciones de salud pública que prestan el servicio de atención en salud mental. Así también, tal como lo mencionan Damon y Lerner (1998) y Gairín (1996), se propicia el desarrollo humano, puesto que éste tiene lugar a través de procesos de interacción recíproca entre los principales contextos en los que se adquieren las competencias humanas, tales como la escuela e instituciones de salud mental pública de la comunidad.

Por otra parte, la intervención del departamento de orientación educativa ante casos que requieren atención psicológica, se limita a la contención emocional de los estudiantes y la canalización a servicios de atención especializada, haciéndose necesario el cambio del modelo centrado en el individuo a uno enfocado en el análisis de los factores sociales, ambientales y económicos que influyen en la salud mental. De este modo, la información que se transmite a las instituciones de salud mental receptoras puede enriquecer el trabajo interinstitucional que más allá de la conducta individual se centre en la modificación de la estructura social que constituye el tejido causal de la aparición y mantenimiento de síntomas psicológicos en la población estudiantil (Valadéz, Villaseñor y Alfaro, 2004).

Lo cierto es que una de las dificultades de la promoción, la prevención y la atención de las dificultades emocionales es la tendencia a homogeneizar a la población y a considerar estrategias que puedan ser contraproducentes, al reducir las oportunidades de participación del individuo en su comunidad. Por lo anterior, es

necesaria la monitorización de las medidas disciplinarias que permean las políticas de convivencia institucional, de tal forma que el estudiante con síntomas psicológicos no sea excluido por sus diferencias individuales bajo la justificación de su impacto negativo sobre los estándares de calidad educativa.

Por el contrario, la escuela debe promover una perspectiva de inclusión en la que se privilegie la integración social, el respeto, la participación, la valoración de las diferencias como variable enriquecedora del aprendizaje, así como un cambio ideológico en los discursos imperantes sobre la forma de concebir la diversidad, los trastornos mentales y el desarrollo. De esta manera, se pueden prevenir desigualdades educativas y sociales a las que se han visto expuestos los estudiantes con conductas que no están de acorde al modelo de condicionamiento conductual que ha predominado históricamente en la normatividad de la institución educativa (Booth, Ainscow, Black-Hawkins, Vaughan y Shaw, 2000).

Así pues, la escuela tiene la responsabilidad de enfocar sus esfuerzos en la impartición de una educación inclusiva y para la salud que permita a las personas el conocimiento de sí mismos, tanto en sus dimensiones individuales como sociales, con el objetivo de poder tener una vida más saludable, poder seguir aprendiendo, desarrollándose y tener la posibilidad de contribuir a la calidad de vida de los miembros de su propia comunidad (Perea, 2001), tal y como lo sugiere la definición de salud mental de la OMS.

Sobre el tema de los programas de intervención de los servicios de salud mental pública, es preciso resaltar la importancia del trabajo multidisciplinar que se realiza en las diferentes instituciones externas a la escuela. Bajo esta perspectiva, la colaboración entre el psicólogo, el médico y el psiquiatra ocupa un lugar fundamental en el diagnóstico y tratamiento adecuado de las personas que son canalizadas. Si bien este tipo de enfoque en la atención va de acorde al modelo médico no corresponsable que hace énfasis en la enfermedad (referencia), dadas la falta de programas integrales centrados en la comunidad, permite la identificación de afecciones físicas que pueden ser parte de la comorbilidad vinculada a los sintomatología psicológica en el estudiante.

Asimismo, el trabajo multidisciplinar puede servir como pauta para la disminución de la valoración negativa de los síntomas psicológicos y el estigma asociado a la asistencia a servicios de atención a la salud mental (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008), puesto que al tener un mayor reconocimiento social permite el cambio de las actitudes de los familiares sobre la importancia de la adherencia del estudiante a un tratamiento psicológico. Lo anterior, tal como lo menciona García (1999) puede contribuir a cambiar el enfoque de estudio centrado en el sujeto a uno enfocado a su interacción con los otros, constituyéndose así un contexto que exige la multidisciplinareidad para la innovación en las intervenciones.

Por otra parte, la familia como parte del microsistema del estudiante de bachillerato cumple un importante papel como factor de protección y proveedor de apoyos psicosociales al individuo. Esto debido a que tiene la posibilidad de intervenir como medio de contención ante el malestar emocional de la persona. En este sentido, en concordancia con lo ya señalado por diferentes autores (Portilla, 2014; Ramírez, 2005; Vílchez, 2009), el seno familiar constituye el principal soporte y contexto de socialización que permite el desarrollo de la autonomía, interacciones sociales asertivas y resolución de conflictos. Sin embargo, su efectividad depende del grado de consciencia de sus integrantes sobre la relevancia del establecimiento de vínculos cercanos con la persona en desarrollo. Lo anterior, se ve obstaculizado debido a condiciones sociales como la pobreza, misma que se ha relacionado con la debilitación del tejido social y la ruptura de los lazos familiares que tiene como resultado el establecimiento de dinámicas familiares disfuncionales (Sandoval, 2005).

Con respecto al grupo de iguales, queda en evidencia su función socializadora y de punto de referencia en la adquisición de la identidad social, siendo a éste al que el estudiante recurre en primera instancia ante la presencia de dificultades emocionales. Si bien, tiene la posibilidad de contribuir a la disminución del malestar emocional mediante la contención y sostén de la persona, también forma parte del proceso transicional de la adolescencia a la adultez, en el cual el adolescente puede identificarse con conductas

oposicionales que tienen como consecuencia el conflicto con las normas de convivencia dentro de la escuela y la pérdida de oportunidades educativas debido a la posible exclusión de la institución escolar.

Así pues, se refuerza la necesidad de un análisis de las medidas disciplinarias institucionales que permita la transformación de formas de regulación conductual que muy probablemente intensificarán las conductas disruptivas en una etapa del desarrollo que se caracteriza precisamente por el predominio de ideas opuestas a la autoridad (Corona, 2011; Llinares y Benedito, 2007). De este modo, los adultos del microsistema del adolescente pueden fungir como agentes de acompañamiento que contribuyan a la disminución de los factores de riesgo inherentes a la búsqueda de identidad y consolidación de la personalidad del estudiante.

Aunado a las condiciones evolutivas de la adolescencia que colocan al estudiante en una posición de especial vulnerabilidad, el estrés generado por la alta exigencia académica se presenta como una variable que obstaculiza el aprendizaje (Anaya y Anaya, 2010). Sobre este punto, se hace énfasis en la relevancia de la configuración de estrategias de apoyo didáctico por parte del grupo de iguales, puesto que conforman un recurso psicosocial que reduce los niveles de ansiedad que propician las conductas de evitación ante las actividades escolares. Así, dada la influencia negativa de la ansiedad sobre los procesos de aprendizaje (Jadue, 2002), es importante el fomento del trabajo colaborativo y la cohesión grupal con el fin de reforzar los mecanismos naturales de apoyo del grupo de referencia.

Otro importante proveedor de apoyos psicosociales para el estudiante es el docente; sin embargo a pesar de tener un lugar privilegiado en el desarrollo psicológico del estudiante, ve limitada su capacidad de actuación por el desconocimiento de la relevancia de su papel como agente socializador fundamental en la mejora de la capacidad de adaptación al ambiente en la persona. En este sentido, la capacitación del docente sobre las implicaciones de su función formativa y potencial como orientador de la conducta en la resolución de problemas constituye una de las principales acciones que la escuela puede emprender para fortalecer la formación integral de los estudiantes. Así,

la escuela puede fomentar mediante la intervención del docente la adquisición de competencias para la vida, aumentando el sentido de competencia y dominio del entorno en el estudiante.

Lo cierto es que la familia, el grupo de iguales y el docente, todos ellos pertenecientes al microsistema del estudiante tienen el potencial de desempeñar un papel positivo en el desarrollo del individuo (Bronfenbrenner, 1987). Lo anterior, concuerda con Erickson (1972), quién menciona que: "Ningún yo constituye una isla para sí mismo" (p. 12), dejando en claro la trascendencia de los apoyos familiares y comunitarios en la formación del ser en desarrollo.

Ahora bien, el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante el malestar emocional en el estudiante, son un ejemplo del desarrollo psicológico y humano propiciado por la educación, en los cuales confluyen lo que Damon y Lerner (1998) llaman recursos bioecológicos, tales como la habilidad, experiencia, conocimiento, capacidad y las características de las demandas del entorno, así como la influencia de los actores anteriormente descritos. Sobre esta línea, es necesario reflexionar sobre la continua acomodación de la persona al ambiente, así como sobre el papel de la educación formal e informal en la reconstrucción de las estructuras conceptuales que subyacen al desarrollo de habilidades para la vida.

Así pues, se debe continuar estudiando las maneras en que los estudiantes mediante la interacción progresan en la construcción de significados nuevos, así como las características de las relaciones entre la persona en desarrollo y los que Martí (2005) denomina intermediarios culturales (familia, escuela, grupos de amigos y comunidad), de tal modo que puedan diseñarse intervenciones que coadyuven al desarrollo de estilos de vida en los estudiantes.

Con base en todo lo anterior, han quedado en evidencia los efectos del microsistema y exosistema propuestos por Bronfenbrenner (2002) en las prácticas sociales de atención a la salud mental de los estudiantes. Sin embargo, falta la reflexión

sobre el papel del macrosistema, el cual hace referencia a las manifestaciones culturales que determinan los patrones de la ideología y la organización de las instituciones sociales comunes a un determinado lugar (Bronfenbrenner, 1987). Si bien, no fue abordado a profundidad en este trabajo constituye un elemento determinante de las características de los sistemas más internos, y por ende de la subjetividad de los participantes de esta investigación.

De este modo, la generación de problemáticas de salud mental y la subsecuente necesidad de atención psicológica del estudiante, se encuentra relacionada con las condiciones socioeconómicas que se viven en México y que forman parte del macrosistema. Sobre esta línea, es posible apreciar altos índices de pobreza que devienen en inseguridad social, económica y laboral de gran parte de la población. Por lo anterior, las familias se ven enfrascadas en el intento de subsistir el día a día, teniendo que trabajar ambos padres e incluso en algunos casos llegar a cubrir jornadas doble trabajo.

Así, la búsqueda de la satisfacción de las necesidades básicas humanas, tales como las de alimentación y seguridad obligan a las familias a dedicar muy poco tiempo a los vínculos entre sus miembros, lo que repercute en las dinámicas familiares y su función protectora de la salud mental autonomía (Torío, Peña y Rodríguez, 2008). Del mismo modo, el estigma hacia los síntomas psicológicos como parte de los patrones ideológicos de este sistema, se encuentra relacionado con el bajo nivel educativo en el país y por consiguiente, contextos como la familia y la escuela continúan reproduciendo las prácticas políticas de exclusión que obstaculizan el cambio paradigmático de una verdadera salud mental comunitaria.

Como último punto, tomando en cuenta los datos producidos en esta investigación, se define a la atención de la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato como: La dinámica de interacciones entre el grupo de iguales, familia, docentes y directivos de la escuela, personal especializado de la escuela e instituciones de salud pública del estudiante de bachillerato que configura el corpus de significados en

torno a la salud mental y constituye el sustrato de las prácticas sociales que los miembros de una comunidad escolar junto con las instituciones de salud pública realizan para dar solución a los problemas de salud mental de la misma comunidad.

8.4 CONCLUSIONES GENERALES

Este trabajo constituye un aporte teórico y conceptual sobre las prácticas sociales en torno a la atención de la salud mental en estudiantes de nivel bachillerato. El modelo ecológico del desarrollo proveyó de una plataforma de análisis que considera las interacciones y discursos de estudiantes, docentes, orientadores, directivos de la escuela y representantes de instituciones de salud mental pública de la localidad, los cuales aportaron perspectivas distintas para lograr una aproximación ecológica y sistémica a la complejidad del fenómeno de la atención a la salud de mental comunitaria en un contexto escolar.

En este último apartado se identifican los aportes de las metodologías cuantitativa y cualitativa en el proceso investigativo, hallazgos y aciertos más relevantes, así como limitaciones. Del mismo modo, se realiza una reflexión sobre las implicaciones de los caminos que los protagonistas del microsistema y exosistema del estudiante han seguido hasta el momento para dar respuesta a los problemas de salud mental.

La metodología cuantitativa permitió cumplir con el **objetivo 1**: Determinar el nivel de síntomas psicológicos, el bienestar psicológico y la motivación escolar en dos muestras de estudiantes de bachillerato. Los resultados mostraron el alto índice de personas con sintomatología durante la adolescencia, señalando que en la muestra los síntomas más comunes son la sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, fobia y psicoticismo. Asimismo, pudo apreciarse que existe una mayor prevalencia de síntomas psicológicos en las mujeres que en los hombres, lo que denota la necesidad del diseño de programas de prevención y tratamiento de síntomas de depresión, somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, fobia y psicoticismo específicamente dirigidos a este estrato de la muestra.

En lo que se refiere al bienestar psicológico, la mayor parte de los estudiantes presentaron adecuados y altos niveles de bienestar, sin embargo las mujeres mostraron

menos relaciones positivas, autoaceptación, dominio del entorno, autonomía y crecimiento personal que los hombres, lo que conlleva la necesidad del análisis de los factores que influyen en estas diferencias.

Dado que el objetivo general se centró en las prácticas sociales de atención a la salud mental, no se retomaron los factores y variables que generaban los síntomas, sino los significados y sentidos que guiaban las maneras en que la comunidad escolar intentaba hacer frente a los problemas de salud mental de los estudiantes.

En este sentido, la metodología cualitativa permitió cumplir el **objetivo 2**: Analizar e interpretar los significados y sentidos emergentes que otorgan los integrantes del microsistema y exosistema a la atención de la salud mental del estudiante de bachillerato; así como el **objetivo 3**: Estructurar y explicar la dinámica de interacciones del microsistema y exosistema en la atención de la salud mental del estudiante de bachillerato.

De esta manera, se pudo conocer el significado que las personas atribuían al término de la salud mental, concibiendo a la falta de la misma como una predominancia de emociones negativas (malestar emocional), presencia de labilidad emocional y falta de disposición al aprendizaje que requieren de atención psicológica para la mejora del funcionamiento social y académico. A partir de esta conceptualización se determinaban las conductas que eran consideradas indicadores de necesidad de atención psicológica, tales como la reducción de la motivación escolar y rendimiento académico, y la falta de habilidades socioemocionales.

Sobre esta línea, los síntomas reportados con mayor prevalencia en la fase cuantitativa fueron sentimientos de inadecuación e inferioridad en las relaciones con el grupo de iguales, así como nerviosismo, miedo y tensión que dificultan las relaciones interpersonales. Lo anterior, se profundizó mediante la metodología cualitativa, apreciándose en los estudiantes falta de habilidades socioemocionales que se

manifestaban en conductas de hostilidad y aislamiento como una forma de evitación del contacto social que les permitía volver a la homeostasis emocional.

Así también, las manifestaciones conductuales que eran consideradas indicadores de necesidad de atención eran observadas por el docente de forma individualizada dentro del aula, por lo que su percepción es un factor clave en la determinación de una indagación más profunda del caso y la validez del diagnóstico. Por lo anterior, es prioritario que el docente reciba capacitación continua en temas de salud mental que le permita desarrollar las competencias necesarias para una detección adecuada y oportuna, tales como la habilidad de observación del funcionamiento de la persona en interacción y la identificación de síntomas clínicos basada en criterios diagnósticos estandarizados.

A partir de los datos cualitativos quedó en evidencia que la identificación de estudiantes con necesidad de atención psicológica posibilita la derivación a servicios de atención especializada, sin embargo el comienzo del proceso institucional de canalización depende de la disponibilidad de información sobre los servicios de atención psicológica disponibles dentro y fuera de la escuela. Esto debido a que el conocimiento sobre sus características influye en la percepción, interpretación y actitudes hacia el uso de servicios de atención psicológica, posibilitando u obstaculizando la oportunidad de acceso a una atención especializada.

Asimismo, se identificó el procedimiento institucional de derivación, en el cual el docente como primer agente de detección de casos, reporta de manera escrita a los coordinadores u orientadores de la escuela los comportamientos que son indicadores de necesidad de atención psicológica con el fin de que los estudiantes sean derivados al departamento de orientación educativa y posteriormente canalizados a un servicio de atención a la salud mental pública local. Sin embargo, existe una falta de estandarización de los criterios que deben incluir los reportes escritos que elaboran el docente y el departamento de orientación educativa, lo que limita la transmisión de información valiosa para el adecuado diagnóstico e intervención.

Del mismo modo, se pudo constatar que la vinculación de la escuela con instituciones de salud mental pública local para la derivación de estudiantes y capacitación del personal docente, depende de la existencia de enlaces institucionales con funciones claramente estipuladas por la escuela. De esta forma, se puede mejorar la eficacia de la comunicación interinstitucional y la difusión de información en la escuela sobre los servicios de capacitación ofertados por estas dependencias. Así pues, se apreció la necesidad del fortalecimiento de los programas de capacitación pertenecientes a la escuela, puesto que tienen el potencial de estar más contextualizados a las necesidades de los estudiantes que los de origen externo.

Tomando en cuenta lo anterior, la institución educativa debe de promover la vinculación con servicios de capacitación a su personal, los cuales deben de ir más allá de la búsqueda de la mejora de las prácticas didácticas enfocadas al aprendizaje de contenidos curriculares, centrándose en el desarrollo de habilidades socioemocionales para fungir como agentes promotores de las mismas en los alumnos, así como para la identificación y prevención, dado su papel privilegiado en la detección de casos e intervención de primer nivel que permite la convivencia cotidiana con los estudiantes. Lo anterior conlleva la necesidad de modificar la asignación de presupuestos para este rubro, puesto que los docentes y orientadores conscientes de la importancia de su papel en la salud mental de los estudiantes, en ocasiones tienen que costear con sus propios recursos la formación en temas de salud mental debido a la falta de financiamiento por parte de la escuela. De esto modo, se corroboró que el comienzo y la efectividad de las acciones que se realizan para prevenir y atender la salud mental de los estudiantes depende de la capacitación del personal que las lleva a cabo y de la existencia de vínculos entre la escuela y las instituciones de atención a la salud mental receptoras.

Por otro lado, las conductas nocivas para la salud física y psicológica son repetidas sin crítica y análisis, por lo que los individuos las habitúan y reproducen sin problematizar sus efectos. En este sentido, el autoconocimiento funge como un factor protector de la salud mental del estudiante, al permitir orientar su conducta hacia el

crecimiento personal y dominio del entorno. Así, el uso de la antología y la implementación de las jornadas de salud permiten que los estudiantes identifiquen hábitos de vida saludables que favorecen su desarrollo, así como patrones de conducta nocivos que lo obstaculizan, puesto que facilitan la movilización del campo cognoscitivo y afectivo, y por ende el cambio comportamental. Asimismo, estos recursos sirven como un medio de captación y seguimiento de casos de estudiantes que requieren atención psicológica, ya que coadyuvan al diagnóstico oportuno y monitoreo de los casos.

Por lo anterior, las medidas de prevención orientadas a la disminución de los factores causales de sintomatología psicológica son acciones muy importantes que se realizan de manera institucional para la sensibilización y concientización de los estudiantes sobre la importancia del cuidado de la salud mental, siendo prioritario el fortalecimiento de este primer nivel de atención mediante la diversificación de las técnicas psicoeducativas empleadas.

Otro elemento importante es la contención emocional que se proporciona en el departamento de orientación educativa, la cual constituye una forma de intervención en situaciones de crisis. Pese a lo anterior, no se realiza un diagnóstico diferencial ni se provee atención psicoterapéutica formal, lo que limita el potencial de acción del personal con formación clínica de la escuela. En cuanto a los programas de intervención de instituciones de salud mental pública, se pudo constatar el carácter integral de los mismos, al incluir evaluaciones del área física, psicológica y social de la persona. A partir de éstas se determina el plan de intervención para atender las necesidades específicas del estudiante, siendo la psicoterapia breve de tipo psicodinámica y cognitivo conductual, los modelos de intervención más usados, así como la derivación a servicios de atención médica y psiquiátrica.

Al respecto del desarrollo de estrategias de afrontamiento ante el malestar emocional en el estudiante, se pudo verificar la enorme relevancia de la función socializadora de la familia, grupo de iguales y docente, siendo la disponibilidad de información y el conocimiento sobre la importancia del cuidado de la salud mental

factores clave en el apoyo psicosocial que pueden proveer. De este modo, es preciso que la escuela proporcione una educación para la salud que concientice a dichos actores sobre el impacto de su participación en la atención a la salud mental del estudiante.

En el caso de la familia, es posible fortalecer su función de contención emocional al promover entre sus integrantes el acompañamiento, contacto físico y fomento de la asertividad, permitiendo así disminuir la presencia de emociones negativas y mejorar la capacidad de resolución de problemas en el individuo.

Al respecto del grupo de iguales, se observó que el estudiante prefiere acudir al mismo para expresar su problemática. Dicho grupo, cumple una función de contención emocional mediante la escucha activa, sin embargo puede constituir un factor negativo debido a que también puede orientar al individuo hacia conductas de riesgo por la falta de experiencia y conocimiento sobre estrategias asertivas para la resolución de problemas. Sobre esta línea, la compasión en el grupo de iguales por la persona en sufrimiento genera conductas de ayuda, tales como la tutoría entre pares, dirigidas a la mejora de la condición de vida de la persona, por lo que es importante que los adultos de la escuela fomenten la cohesión e identidad grupal para contribuir al reforzamiento de una red social de apoyo que funja como factor de protección de la salud mental del estudiante.

Asimismo, se pudo apreciar que el docente frecuentemente se limita a la implementación de técnicas didácticas para el aprendizaje de contenidos específicos del programa curricular dejando de lado las oportunidades de intervención psicoeducativa para el reforzamiento de los recursos y habilidades propios de la persona que le permiten hacer frente al malestar emocional. Por lo anterior, se resalta la importancia de reforzar la participación activa del docente en la solución de problemas del estudiante, ya sean cognitivos o psicológicos, en la formación de estilos de vida saludables, prevención de conductas nocivas y de riesgo, establecimiento de hábitos de estudio, priorización de actividades para la gestión del tiempo y facilitar la realización de las tareas escolares, y en los casos que se requiera para fungir como anexo familiar que provee apoyo

emocional y sirva de mediador ante las situaciones conflictivas relacionadas con la realidad del entorno del estudiante.

De este modo, con ayuda del apoyo psicosocial de la familia, grupo de iguales y docente, el estudiante desarrolla estrategias de afrontamiento ante el malestar emocional, entre las que sobresalen la realización de actividades artísticas y de activación física que permiten la expresión de emociones negativas de formas no nocivas y socialmente aceptadas, la gestión del tiempo para la realización eficaz de las actividades académicas, el emplea el pensamiento positivo sobre las situaciones adversas y la elaboración de un proyecto de vida.

Dichas estrategias son de suma importancia para la salud mental del estudiante, puesto que se utilizan para disminuir las emociones negativas derivadas de la sintomatología psicológica, condiciones adversas en su entorno y el estrés generado por la alta exigencia académica. Sobre esta línea, la escuela constituye un contexto psicoeducativo que tiene la posibilidad de promover el desarrollo de habilidades y competencias para afrontar las tensiones de la vida, por lo que es necesario el estudio del currículo oculto que permite el aprendizaje y adquisición de recursos intrapersonales en las instituciones educativas, el cual Carrillo (2009) menciona se refiere a prácticas educativas que se realizan pero no se encuentran explícitas dentro del currículo formal, pero que se transmite dentro del contexto educativo, sin una intencionalidad reconocida.

Con base en la experiencia investigativa se pudieron corroborar las limitaciones en la asignación de recursos económicos y humanos destinados a la detección de estudiantes con necesidad de atención psicológica, así como la sobresaturación de alumnos asignados al docente y orientador. Esto dificulta los procesos institucionales de identificación, derivación, prevención, atención y capacitación, por lo que es necesaria la modificación de la perspectiva asistencial a una comunitaria que permita explotar y hacer eficientes los recursos disponibles propios de la comunidad escolar, tales como la participación activa y apoyo psicosocial de todos los actores del microsistema y exosistema del estudiante de bachillerato.

En las limitaciones de este trabajo se encontró la imposibilidad de generalizar los resultados de la fase cuantitativa sobre la sintomatología psicológica, el bienestar psicológico y la motivación escolar a toda la población de estudiantes. Lo anterior, debido a que no se pudo realizar un muestreo aleatorio y probabilístico, dado que los consentimientos informados que se obtuvieron no fueron suficientes para tal efecto. En este sentido, se recomienda en un futuro el empleo de otro tipo de metodologías que permitan la generalización estadística, de tal forma que se facilite el análisis del efecto de los programas de intervención en la escuela, siempre tomando en cuenta las consideraciones éticas en la investigación científica.

Por otro lado, si bien el empleo de la teoría fundamentada, un diseño mixto y la triangulación de información mediante la perspectiva ecosistémica permitieron cumplir con el **objetivo general**: Generar un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato; conociendo las diferentes aristas del fenómeno desde el punto de vista de los actores que lo vivencian, se considera conveniente el empleo de diferentes técnicas cualitativas para la recopilación de los datos, tales como grupos focales, grupos de discusión y entrevistas en profundidad, mismas que no pudieron implementarse debido a la falta de disponibilidad de los participantes.

Otra limitación fue la falta de participación de padres o tutores en las entrevistas, así como de directivos de la escuela, la cual justificaron aludiendo a una gran carga de trabajo. Al respecto, se recomienda la sensibilización sobre la importancia de su papel en la atención de la salud mental del estudiante mediante la realización de conferencias y talleres que informen sobre su influencia y oportunidades de acción en beneficio de los adolescentes, de tal modo que se facilite su involucramiento en futuras investigaciones.

Se recomienda para futuras investigaciones la realización de estudios longitudinales en los que se analice la presencia y evolución de sintomatología en la población estudiantil, de tal forma que se puedan apreciar los posibles cambios en la

prevalencia de síntomas después de un programa de intervención y dar seguimiento a casos de estudiantes durante toda su trayectoria por el bachillerato.

Asimismo, se recomienda digitalizar los instrumentos para facilitar la administración y procesamiento de los datos. Por otro lado, se recomienda estudiar mediante enfoques cualitativos los factores que influyen las variaciones de los niveles de severidad sintomática, bienestar psicológico y motivación escolar, tales como las condiciones socioeconómicas, la dinámica familiar, la satisfacción de necesidades psicológicas, las estrategias docentes y los mecanismos de evaluación de las actividades académicas. Lo anterior con el fin de comprender las variables contextuales que influyen en la salud mental del estudiante de bachillerato.

Finalmente, se exhorta a las instituciones educativas a la reflexión sobre las prácticas de atención psicológica que se dan dentro de las mismas, pudiendo este modelo teórico servirles como eje orientativo sobre los caminos que los diferentes actores involucrados pueden tomar para atender con mayor eficacia los problemas de salud mental de su misma comunidad.

REFERENCIAS

- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.
- Aliño, S., López, J. y Navarro, R. (2006). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 22 (1), 1-12.
- Aguiar, E. y Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 2 (15), 53-64.
- Almagiá, B. (1987). El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19 (1), 7-18.
- Anaya, A. y Anaya, C. (2010). Motivar para aprobar o para aprender? Estrategias de motivación del aprendizaje para los estudiantes. *Tecnol. Ciencia Ed. (IMIQ)*, 25(1), 5-14.
- Andrews, G., y Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33 (2), 1-7.
- Ardila, S. y Galende, E. (2009). El concepto de Comunidad en la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 39 (1), 39-50.
- Arias, F., y González, M., E.(2009). Estrés, agotamiento profesional (burnout) y salud en profesores de acuerdo a su tipo de contrato. *CyT*, 11 (33), 172-176.
- Arnold, M. y Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio*, 3 (1), 1-11.

- Augé, M. (1998). *Las formas del olvido*. Barcelona: Gedisa.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, (13) 2, 109-120.
- Becerra, C. y Morales, M. (2015). Validación de la Escala de Motivación de Logro Escolar (EME-E) en estudiantes de bachillerato en México. *Innovación Educativa*, 15 (68), 135-153.
- Beckers, T., Knapp, M., Knudsen, H., Schene, A., Tansella, M., Thornicroft, G. y Vázquez, J. (2002). The EPSILON Study - a study of care for people with schizophrenia in five European centres. *World Psychiatry*, 1 (1), 45–47.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146.
- Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J. y Tomás, E. (2009). Análisis de las propiedades Psicométricas de la versión Española del cuestionario del clima en el deporte. *Revista de Psicología del Deporte*, 18 (1), 73-83.
- Benassini, O. (2001). La Atención Psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*, 24 (6), 62-73.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 31 (1), 155-163.
- Benjet, C., Medina, M., Borges G, Zambrano, J. y Aguilar, S. (2009). Youth mental

- health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 386-395.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública Méx*, 1 (55), 74-80.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Bertoglia, L. (2005). La ansiedad y su relación con el aprendizaje. *Revista de la Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 6 (1), 13-18.
- Blanco, A., Yubero, S. y Larrañaga, E. (2007). *Convivir con la violencia: Un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad*. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Madrid: Hora.
- Booth, T., Ainscow, M., Black-Hawkins, K., Vaughan, M. y Shaw, L. (2000). *Índice de inclusión: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Bristol: CSIE.
- Brinkmann, H. (2002). *Desarrollo cognitivo: Apuntes de Psicología del Desarrollo*. Chile: Universidad de Concepción.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caplan, G. (1985). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Ed. Paidós.

- Caraveo, J., Colmenares, E. y Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 (6), 492-498.
- Caron, J. (1996). Una teoría ecológica para la intervención comunitaria: acceso y conservación de los recursos. *Intervención Psicosocial*, 5 (14), 53-68.
- Carrillo, B. (2009). Importancia del currículum oculto en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Innovación y experiencias*, 14 (1), 1-10.
- Casas, J. J. y Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 9 (1), 20-24.
- Carrera, B. y Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: enfoque sociocultural. *Educere*, 13 (5), 41-44.
- Casullo, M., M. y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP*, 18 (1), 35-66.
- Causse, M. (2009). El concepto de comunidad desde el punto de vista socio-histórico-cultural y lingüístico. *Ciencia en su PC*, 3 (1), 12-21.
- Cuñat, R., J. (2014). Aplicación de la teoría fundamentada al estudio del proceso de creación de empresas. *Decisiones Globales*, 1 (1), 1-13.
- Chaves, A. L. (2001). Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky. *Revista Educación*, 25 (2), 59-65.

- Chávez, A. (2006). Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior. (Tesis de maestría). Universidad de Colima, Colima, México.
- Choque, R. L. (2009). Ecosistema educativo y fracaso escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49 (4), 1-9.
- Cingolani, J. y Castañeiras, C. (2011). Diseño y aplicación de un programa de intervención psicosocial para adolescentes escolarizados. *Psicodebate*, 11 (1), 43-54.
- Colás, E. (1999). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. Habana: MINSAP.
- Cole, M. (2003). *Psicología cultural*. Madrid: Ediciones Morata.
- Comellas, M., Missio, M., Sánchez, L., García, B., Bodner, N., Casals, I. y Lojo, M. (2013). *Familia, escuela y comunidad: un encuentro necesario*. Barcelona: OCTAEDRO.
- Contreras, M. (2012). *Socialización y escuela*. Úbeda: Centro Universitario de Estudios Superiores Sagrada Familia.
- Corona, F. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *MED CLIN*, 22 (1) 68–75.
- Creswell, J. (2003). *Research Design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. California: SAGE.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. A. (2004). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28 (1), 72-81.

- Damon, W. y Lerner, R. M. (1998). *Handbook of child psychology 5th edition*. New Jersey: Wiley.
- De la Cuesta, C. (1995). Salud y Sociedad: Familia y salud. *Revista ROL de Enfermería*, 203 (1), 21-24.
- De la Peña, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud pública*, 1 (45) 124-131.
- De la Peña, F. y Palacios L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 5 (34) 421-427.
- Díaz, D., Rodríguez, C. R., Blanco, A., Moreno, J. B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonk, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18, (3), 1-10.
- Van Dierendonck, D. (2004) The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Díaz, D., Rodríguez, C. R., Blanco, A., Moreno, J. B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 1-10.
- Dowling, E. y Osborne, E. (1996). *Familia y escuela: una aproximación conjunta y sistemática a los problemas infantiles*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Estévez, E. Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del

- ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28, (4), 81-89.
- Duk, C. y Murillo, J. (2011). Aulas, escuelas y sistemas educativos inclusivos: la necesidad de una mirada sistémica. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 5 (2), 11-12.
- Eiguchi et al. (2008). *Salud y población. Cuadernos de capacitación de la residencia interdisciplinaria de educación para la salud*. Buenos Aires: Residencia interdisciplinaria de educación para la salud.
- Erickson, E. (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Florenzano, R. (2003). *Salud y desarrollo del adolescente: Problemas de Salud Mental*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. Nueva York: UNICEF.
- Frías, M., López, A. y Díaz, S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8 (1), 15-24.
- Gamboa, R. (2014). Relación entre la dimensión afectiva y el aprendizaje de las matemáticas. *Revista Electrónica Educare*, 18 (2), 117-139.
- García, B. (2009). Las dimensiones afectivas de la docencia. *Revista digital universitaria*, 10 (11), 1-14.
- García, J. (1999). *Revisión del marco conceptual y de los fundamentos de la atención comunitaria en salud mental*. Oviedo: Hospital Central de

Asturias.

- García, J. (2012). La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. *Educación*, 36 (1), 1-24.
- Gairín, J. (1996). *La organización escolar: Contexto y texto de actuación*. Madrid: La Muralla.
- Galende, E. (1991). Evolución del trabajo comunitario en salud mental en Argentina: // *Jornadas de APS, CONAMER, ARHNRG*, 411-433. Recuperado de - <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a25.pdf>
- Galli, E., Feijóo I., Roig, I. y Romero, S. (2002). Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Rev. Med Hered*, 13 (1), 19-25.
- Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gómez, C., Palacios, L. y De la Peña, F. (2006). *El ABC del adolescente: desarrollo, sexualidad y salud mental*. México D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- González, E. (2009). *Educar en la afectividad*. Madrid: Universidad Complutense.
- González, V. (1994). *La medición bienestar psicológico y otros aspectos de salud mental*. Madrid: Nau Llibres.
- González, C., Arana, D. y Jiménez, J. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental.

Salud Mental, 31 (1), 23-27.

Guglielmino, D. (2010). *Guía para docentes en atención de salud mental en situación de emergencia o desastre*. Lima: INDECI.

Haro, J. (2000). *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*. En Perdiguer E, Comelles JM (ed.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Hobbs, H., Cantrell, M.L. y Mallory, B. (1987). *La integración social de los jóvenes minusválidos*. Madrid: OCDE.

Hurrell, J., Murphy, L., Sauter, S. y Levi, L. (1998). *Salud mental: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Madrid: Chantal Dufresne.

Inhelder, B. y Piaget, J. (1957). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescence*. Paris: PUF.

Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios Pedagógicos*, 28 (1), 193-204.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Joint Commission on Mental Illness and Health.

Johansen, O. (1993). *Introducción a la teoría general de sistemas*. México D. F.: Limusa.

Juárez, J., M., Comboni, S. y Garnique, F. (2010). *De la educación especial a la educación inclusiva*. *Argumentos*, 23 (62), 41-83.

Knapp, M., Mcdaid, D., Mossialos, E. y Thornicroft, G. (2007). *Salud mental en Europa:*

- políticas y práctica, líneas futuras en salud mental*. Barcelona: Open University Press.
- Kohlberg, L. (1981). *Las seis etapas del desarrollo moral*. Madrid: Ediciones.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc. Salud*, 1 (2), 23-31.
- Krichesky, M. (2006). *Escuela y comunidad: Desafíos para la inclusión educativa*. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.
- Lamas, M. (2013). Educación emocional, contribución de la escuela a la salud mental infantil. *Revista Iberoamericana de Educación*, 62 (3), 1-10.
- Larban, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental: “Contenido y contenido”. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 49 (1), 205-224.
- León, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (5), 340-342.
- Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ley de Salud Mental del Estado de Morelos, Tierra y Libertad § 4925 (2013).
Recuperado de
<http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/leyes/pdf/LMENTALEM.pdf>
- Lezcano, F. (2013). Alumnado con enfermedad mental: La asignatura pendiente. *Educación*, 49 (2), 245-266.

- Llinares, L. y Benedito, A. (2007). El grupo de iguales como contexto de la inadaptación. *Acciones e investigaciones sociales*, 24 (1), 65-99.
- López, M. (2004). *Construyendo una escuela sin exclusiones. Una forma de trabajar con proyectos en el aula*. Málaga: Aljibe.
- López, M., Laviana, M., García, P., Fernández, L., Moreno, B. y Maestro, J. C. (2005). Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación psicosocial*, 2 (1), 2-15.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 101 (28), 43-83.
- Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Lucci, M. A. (2006). La propuesta de Vygotsky: la psicología socio-histórica. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 10 (1), 1-11.
- Luhmann, N. (1987). *Sociedad y Sistema: La ambición de la teoría*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Maddaleno, M., Morello, P. e Infante, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública*, 1 (45), 132-139.
- Marcos, A. y Topa, G. (2012). *Salud Mental Comunitaria*. Madrid: Editorial Aranzadi.

- Martí, E. (2005). *Desarrollo, cultura y educación*. Madrid: Amorrortu editores.
- Mead, G. H. (1991). *Espíritu, Persona y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. y Aguilar, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26, (4) 1-16.
- Medina, M., Gutiérrez, C. y Padros, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de educación y desarrollo*, 1 (1), 25-30.
- Meece, J. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente. Compendio para educadores*. SEP: México, D.F.
- Ministerio de Salud Pública (1999). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*. La Habana: MINSAP.
- Montenegro, C. (2011). *La idea de comunidad en la salud mental comunitaria: Observaciones y propuestas desde la sociología*. VI Congreso Chileno de Sociología. Valparaíso, (paper). Recuperado de http://www.academia.edu/1908107/La_idea_de_comunidad_en_la_salud_mental_comunitaria
- Morales, J. y Huici, C. (1996). *Estereotipos: Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid, Mc Graw-Hill.
- Morales, P. (2006). *La dimensión emocional en el aprendizaje y sus efectos*. Guatemala: Bankengruppe.
- Moreno, B. (2002). Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. (Tesis de Doctorado Universidad de Granada, España).

Recuperado de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/4420>

Moreno, J. A., y Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas.

Cuadernos de Psicología del Deporte, 6 (2), 39-54.

Muratori, M., Zubieta, E., Ubillos, S., Gonzalez, L. y Bobowik, M. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: Estudio Comparativo Entre Argentina y España. *PSYHE*, 24 (2), 1-18.

Narváez, J. (2014). Modelo de transitividad aplicado a la gestión de la salud mental comunitaria. *Rev Univ. Salud*, 16 (1), 69-81.

Navarro, J. (2001). Las organizaciones como sistemas abiertos alejados del equilibrio. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Nela, M., Cuenca, M. y Rosa, A. (2007). Piaget y L. S. Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1 (1), 1-12.

Núñez Alonso, J., Martín-Albo Lucas, J., Navarro Izquierdo, J., y Grijalbo Lobera, F. (2005). Validación de la Escala de Motivación Educativa (EME) en Paraguay. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (40), 391-398.

Oramas, A., Santana, S. y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7 (2), 34-9.

Organización Mundial de la salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948*. New York: Autor. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (1989). *Educación para la salud: Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra: Autor.

_____ (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*. OMS: Ginebra

_____ *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas, 2001*. Ginebra: Autor. Recuperado de www.who.int/whr2001main/sp/index.htm

_____ (2005). Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental: IESM-OMS, versión 2.1. Ginebra: Autor. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf

_____ (2006). *Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9243562827_spa.pdf

_____ (Agosto de 2011). Riesgos para la salud de los jóvenes. *Centro de prensa*, 345. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Organización Mundial de la Salud/UNICEF (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Declaración de Alma-Ata. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas: Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*. Caracas: Autor. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1968).
Educación y salud mental. Madrid: Aguilar.

_____ (1997). *Educación para salud. Promoción y educación para la salud*. Hamburgo:
UNESCO.

Palacios, J. R. y Andrade, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en
adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7 (1), 5-16.

Parra, J. (2004). La participación de los padres y de la sociedad circundante en las
instituciones educativas. *Tendencias pedagógicas*, 9 (1), 765-787.

Payán, C., Cervantes, C. y Guevara, L. (2011, noviembre). La salud mental y el
desempeño escolar de los niños de educación primaria del estado de chihuahua.
Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de Investigación
Educativa, D.F., México.

Pedregal, B. (2011). *Estadística descriptiva*. Recuperado de
[http://titulaciongeografia-
sevilla.es/web/contenidos/profesores/materiales/archivos/T1Variables.pdf](http://titulaciongeografia-sevilla.es/web/contenidos/profesores/materiales/archivos/T1Variables.pdf)

Perea, R. (2001). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación*, 21
(4), 15-40.

Pereira, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una
experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15 (1) 15-29.

Pérez, P. (2005). ¿La ciudad puede llegar a ser educadora? *Revista de Ciencias
Sociales*, 23 (1), 127-140.

Petra, I., Zamora, B., Zúñiga, M. F., Ramírez y Fouilloux, M. (2018). Evolución histórica de la psicología médica y su riqueza para la formación humanista y psicológica del médico general. *FEM*, 21 (5), 227-233.

Piaget, J. (1932). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Editorial Fontanella.

_____ (1972). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.

Polk, L.V. (1997). Toward a middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19 (1), 1-13.

Portilla, S. (Junio de 2014). La familia y la escuela un microsistema fundamental en el desarrollo emocional y social durante la primera infancia. IX Encuentro de investigadores. Innovación: su evolución en campos culturales, medioambientales y de competitividad. Congreso llevado a cabo en Cali, Colombia.

Prieto, É. (2008). El papel del profesorado en la actualidad: su función docente. *Foro de educación*, 10 (1), 325-345.

Núñez, J. C. (2009). Motivación, aprendizaje y rendimiento académico. Actas do X Congresso Internacional GalegoPortuguês de Psicopedagogia. Congreso llevado a cabo en Braga, Portugal.

Quintanilla, R., Haro, L., Vega, J., González, J. y Ramírez, L. (2004). Educación y salud mental. *Educación y desarrollo*, 3 (1), 60-64.

Quintero, C. (2011). Memoria autobiográfica y semántica en el trastorno por estrés postraumático en desmovilizados individuales residentes en el municipio

de Medellín. (Tesis de maestría) Universidad San Buenaventura, Medellín, Colombia.

Rengel, D. (2005). La construcción social del 'otro': Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de Antropología*, 21 (1), 1-4.

Romero, C. (2005). La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. de Investigaciones. *Cesmag*, 11 (11), 113-118.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychological Association*, 55 (1), 68-78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). *To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 141-166.

Rodríguez, G, Flores, J. G. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Rodríguez, A. y Torrente, G. (2003). Interacción familiar y conducta antisocial. *Boletín de Psicología*, 78 (1), 7-19.

Rodríguez, D. y Valdeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Cataluña: UOC.

Romero, A., Brustad, R. y García, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2 (2), 31-52.

- Ruiz, M. (2001). Las experiencias de la psiquiatría y el campo de la salud mental. *Anuario 2000*, 1 (1), 173-185.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of psychology*, 57 (1), 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (4), 99-104.
- Sabogal, L. F., Barraza, E., Hernández, A. y Zapata, L. (2011). Validación del cuestionario de motivación y estrategias de aprendizaje forma corta –MSLQ SF, en estudiantes universitarios de una institución pública-Santa Marta. *Psicogente*, 14 (25), 36-50.
- Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia*, 5 (1), 9-33.
- Salgado, N., Díaz, M. y González, T. (2003). Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud pública de México*, 1 (45), 1-10.
- Sandoval, J. (2005). *La salud mental en México*. Distrito Federal: Dirección Nacional de Bibliotecas.
- Saraceno, B., Saxena S, Caraveo, J., Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, M. et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 18 (4), 229-240.
- Saucedo, C. (2006). Obstáculos para la implementación de un programa de atención psicológica con estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Latinoamericana*

de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 4 (1), 1-20.

Saxe, E. (1989). Filosofía y teoría general de sistemas en el pensamiento de A. Rapoport. *Rev. Filosofía Univ.*, 27 (66), 439-444.

Secretaría de salud (2013). *Red Estatal de Salud Mental*, 2013. Morelos. Dirección de servicios de salud a la comunidad. Recuperado de http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/comunidad/DOCUMENTO%20BASE%20ago13.pdf

Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Barcelona: B.S.A.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K. et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin Psychiatry*, 59 (20), 22-33.

Sheehan, D., Lecrubier, Y. y Colón-Soto, M. (2000). *MINI KID: Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes. Versión en español*. Madrid: Medical Outcome.

Strauss, A y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Tenti, E. (2008). *En la agenda de política educativa*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Tiburcio, M., Natera, G. y Berenzon, S. (2010). Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Salud Mental*, 33 (3) 15-28.

Torío, S., Peña, J., V. y Rodríguez, M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión

bibliográfica y reformulación teórica. *Teor. educ.*, 20 (1), 151-178.

Uribe, A., Covarrubias, K. y Uribe, J. (2009). La metodología mixta en un estudio sobre los exbraceros colimenses: Una experiencia interdisciplinaria para comprender una realidad compleja. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 15, (30) 123-154.

Vainstein, N. y Rusler, V. (2011). *Porqué, cuando y como intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y en la adolescencia: Guía conceptual*. Buenos Aires: UNICEF.

Valadez, I., Villaseñor, M. y Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y desarrollo*, 1 (1), 43-48.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociológica.

Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower.

Vázquez, C., Hervas, G., Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5 (1), 15-28.

Vílchez, L., F. (2007). Análisis de aspectos emocionales en las interacciones familiares y en la educación de los hijos. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 17 (1), 105-130.

Villar, F. (2003). *Desarrollo adulto y envejecimiento: Modelos sociocontextuales*.

Barcelona: Universitat de Barcelona.

Vivar, M. (2013). *La motivación para el aprendizaje y su relación con el rendimiento académico en el área de inglés de los estudiantes del primer grado de educación secundaria*. (Tesis de Maestría) Universidad de Piura, Perú.

Vygotsky, L. (1978). *Pensamiento y lenguaje*. Madrid: Paidós

Warr, P. (1987). Work, Unemployment and Mental Health. *Psychology at work*, (1), 24-253.

Wolff, L., González, P. y Navarro, J. C. (2002). *Educación privada y política pública en América Latina*. Chile: Preal.

World Health Organization (1998). *Procedures for the development of new language versions of the WHO Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI)*. Geneva: WHO.

Zavala, R. (1983). Problema de aprendizaje y su relación con la salud mental. *Revista Médica Honduras*, 51 (1), 213-215.

Zibas, D. (1996). Escuela pública y escuela privada en el marco de las nuevas políticas educacionales en América Latina. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1 (1), 10-19.

ANEXOS

SCL-90-R

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo o inestabilidad interior.					
3. Pensamientos ideas o palabras indeseables, que no se quitan de su mente.					
4. Sensación de mareo, aturdimiento o que se va a desmayar.					
5. Falta de interés o placer sexual.					
6. Sentirse criticado por los otros.					
7. La idea de que alguien más puede controlar sus pensamientos.					
8. Sentir que a los otros se les debería culpar por sus problemas.					
9. Problemas para recordar cosas.					
10. Preocupación por falta de atención o ser descuidado consigo.					
11. Sentirse fácilmente enojado o irritado.					
12. Dolores en el corazón o en el pecho.					
13. Sentir miedo en los espacios abiertos o en las calles.					
14. Sentirse bajo de energía o con lentitud.					
15. Pensamientos suicidas.					
16. Escuchar voces que los demás no oyen.					
17. Temblores.					
18. Sentimientos de que la mayoría de la gente no es confiable.					
19. Poco apetito.					
20. Llorar fácilmente.					
21. Le da pena o se le hace difícil el trato con el sexo opuesto.					
22. Sentimiento de estar atrapado o acorralado					
23. Asustarse de repente sin razón algún.					
24. Ataques de cólera o ira que no puede controlar					
25. Sentir miedo de salir de casa solo(a).					
26. Culparse a sí mismo por cosas.					
27. Dolores en la parte inferior de la espalda.					
28. Sentimiento de incapacidad/impotencia de hacer cosas.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentimientos de tristeza o melancolía.					
31. Demasiada preocupación por las cosas.					
32. No tener interés por las cosas.					
33. Sentirse temeroso(a).					
34. Sentirse herido en sus sentimientos fácilmente.					
35. Que otras personas estén enteradas de sus pensamientos.					
36. Sentir que los demás no lo entienden o que no les cae bien.					
37. Sentir que la gente no es amigable o usted no les cae bien.					
38. Hacer las cosas muy despacio, para asegurarse que estén bien hechas.					
39. Sentir que su corazón le late muy fuerte o está acelerado.					
40. Sentirse inferior a los demás.					
41. Náuseas o malestar en el estómago.					
42. Dolor muscular.					
43. Sentimientos de estar siendo observado o que los demás hablan de usted.					
44. Problemas para quedarse dormido(a).					

45. Tener que "chechar" o "re-chechar" lo que hace.					
46. Dificultad para tomar decisiones.					
47. Sentir miedo de viajar en autobús, metro o trenes.					
48. Sensación de ahogo o que le falta la respiración.					
49. Bochornos o escalofríos.					
50. Evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo					
51. No poder recordar algo o alguna cosa en particular (sensación que la mente se queda en blanco).					
52. Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo.					
53. Sentir un nudo en la garganta.					
54. Sentirse sin esperanza frente al futuro.					
55. Dificultad para concentrarse.					
56. Sentir debilidad en algunas partes del cuerpo					
57. Sentirse tenso o nervioso.					
58. Pesadez en brazos o pierna.					
59. Pensamientos de muerte o agonía.					
60. Comer en exceso.					
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla de usted.					
62. Tener pensamientos que no son suyos.					
63. Tener ganas repentinas de golpear, dañar o herir a alguien.					
64. Despertarse de madrugada.					
65. Tener que repetir las mismas acciones como tocar, contar, lavar.					
66. Sueño inquieto o perturbado(a).					
67. Tener ganas de romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas o creencias que otros no comparten.					
69. Sentirse incómodo(a) con otras personas.					
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, como al ir de compras o al cine.					
71. Sentir que todo cuesta trabajo.					
72. Ataques de terror o pánico.					
73. Sentirse incómodo(a) al comer/beber en público.					
74. Involucrarse frecuentemente en discusiones.					
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo(a).					
76. Que otros no le den el crédito apropiado por sus logros.					
77. Sentirse solo aún cuando está con otras personas.					
78. Sentirse tan intranquilo que no puede quedarse quieto.					
79. Sentirse poco o nada valioso.					
80. Sentir que cosas conocidas son extrañas o irreales.					
81. Gritar o aventar cosas					
82. Sentir miedo de desmayarse en público					
83. Sentir que los demás se aprovecharán de usted si se los permite.					
84. Tener pensamientos sobre sexo que le incomodan mucho.					
85. La idea que debe ser castigado por sus pecados.					
86. Sentirse forzado a tener que terminar las cosas.					
87. Tener la idea de que algo grave le pasa a su cuerpo.					
88. Nunca sentirse apegado(a) con otra persona.					
89. Sentimientos de culpabilidad.					
90. La sensación de que algo anda mal en su mente.					

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Por favor indica tu grado de acuerdo (con una puntuación que oscila entre 1-6) a las siguientes frases.

Tienes seis (6) posibilidades de respuesta:

1
2
3
4
5
6

Totalmente en desacuerdo
Totalmente de acuerdo

No hay respuestas buenas o malas. No deje frases sin responder.

	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1. Estoy contento con cómo me han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos	1	2	3	4	5	6
3. Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho	1	2	3	4	5	6
5. Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otros piensan de mí	1	2	3	4	5	6
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante	1	2	3	4	5	6
11. He construido un hogar y modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
12. Soy activo al realizar los proyectos que me propongo	1	2	3	4	5	6
13. Hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría	1	2	3	4	5	6
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6

16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
20. La mayor parte de las personas tienen más amigos que yo	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mis opiniones por sobre las del consenso general	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
24. Siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a	1	2	3	4	5	6
25. Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida	1	2	3	4	5	6
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6
27. Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida	1	2	3	4	5	6
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida	1	2	3	4	5	6
30. Hace tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras en mi vida	1	2	3	4	5	6
31. Me siento orgulloso/a de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
32. Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí	1	2	3	4	5	6
33. Cambio mis decisiones si mis amigos o familia están en desacuerdo	1	2	3	4	5	6
34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada	1	2	3	4	5	6
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias	1	2	3	4	5	6
36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
38. La vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla	1	2	3	4	5	6

Escala de Motivación Escolar (EME)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M ____ F: ____
 Grupo: _____ Matrícula: _____ Promedio general: _____

Cada enunciado de la lista es respuesta a la pregunta:

¿Por qué motivos asistes a la escuela?

Contesta señalando en una escala de 1 a 4 que tan bien corresponde a tu opinión cada oración. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo contesta lo que sea más verdadero en tu propia experiencia.

Usa la escala que se muestra en cada pregunta. Si la frase corresponde totalmente para ti encierra 4; si la frase no corresponde en absoluto para ti encierra 1.

Si la frase es más o menos cierta para ti, encuentra un número entre el 1 y el 4 que mejor describa tu situación.

Por favor, contesta a conciencia todos los ítems.

1	2	3	4
No corresponde en absoluto.			Corresponde totalmente

Respuestas				
Motivación de logro intrínseca al conocimiento	1	2	3	4
Porque para mí es un placer y una satisfacción aprender cosas nuevas.	1	2	3	4
Por el placer de descubrir cosas nuevas desconocidas para mí.	1	2	3	4
Porque estudiando puedo continuar aprendiendo las cosas que me interesan.	1	2	3	4
Por el placer de saber más sobre las asignaturas que me atraen.	1	2	3	4

* Por el placer de estudiar cosas.	1	2	3	4
* Porque me gusta meterme de lleno cuando leo temas interesantes.	1	2	3	4
Motivación de logro extrínseca, regulación introyectada	1	2	3	4
Para demostrarme que soy capaz de terminar la preparatoria.	1	2	3	4
Porque aprobar la escuela me hace sentirme importante	1	2	3	4
Para demostrarme que soy una persona inteligente	1	2	3	4
Porque quiero demostrarme que soy capaz de tener éxito en mis estudios.	1	2	3	4
Motivación de logro intrínseca a las metas	1	2	3	4
Porque en la escuela puedo sentir satisfacción personal en la búsqueda de la perfección.	1	2	3	4
Por la satisfacción que siento al superar cada uno de mis objetivos personales.	1	2	3	4
Por la satisfacción que siento cuando logro realizar actividades académicas difíciles.	1	2	3	4
* Por los intensos momentos que vivo cuando comunico mis propias ideas a los demás.	1	2	3	4
Por la satisfacción que siento cuando me supero en mis estudios.	1	2	3	4
* Por el gusto que siento al sentirme completamente absorbido por los temas que estudio.	1	2	3	4
Amotivación	1	2	3	4
No sé por qué asisto y, francamente, me tiene sin cuidado	1	2	3	4
En su momento, tuve buenas razones para asistir; pero ahora me pregunto si debería continuar estudiando.	1	2	3	4
No lo sé; verdaderamente, tengo la impresión de perder el tiempo al venir a la escuela	1	2	3	4
No lo sé; no consigo entender por qué asisto a la escuela	1	2	3	4

Motivación de logro extrínseca, regulación identificada	1	2	3	4
Porque posiblemente me permitirá entrar en la universidad que quiero.	1	2	3	4
Porque pienso que los estudios de preparatoria me ayudarán a prepararme mejor para la carrera que he elegido	1	2	3	4
Porque me ayudará a elegir mejor mi carrera profesional	1	2	3	4
Porque creo que estudiar mejorará mis habilidades como alumno.	1	2	3	4
Motivación de logro extrínseca, regulación externa	1	2	3	4
Porque en el futuro quiero tener una “buena vida”	1	2	3	4
Para que en el futuro pueda ingresar a la carrera que quiero o consiga un buen empleo	1	2	3	4
Para tener un buen empleo en el futuro	1	2	3	4

GUION DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ALUMNOS

Nombre: _____

Fecha _____

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Año escolar _____

4. Estado civil _____ 5. Grupo _____

I. Identificación de problemáticas y necesidades en salud mental.

1. Significado del malestar y bienestar emocional.
 - *¿Cómo defines el malestar y el bienestar emocional y con qué los relacionas?*
2. Situaciones percibidas como generadoras de malestar emocional (ansiedad y depresión) en el hogar, la escuela y la comunidad.
 - *En tu vida cotidiana ¿Qué situaciones te causan malestar emocional o psicológico en tu casa, en la escuela y en la comunidad?*
3. Manifestación y percepción de emociones, sentimientos y actitudes que causan malestar y/o sufrimiento en el individuo.
 - *¿Cómo percibes las emociones, sentimientos y actitudes que te causan malestar o sufrimiento? y ¿de qué manera se manifiestan o se presentan?*
4. Acciones que realiza la comunidad escolar para identificar problemas emocionales en los alumnos.
 - *¿Qué hace la escuela para identificar a los alumnos con problemas emocionales?*

II. Uso de recursos de atención a la salud mental informales.

1. Empleo de recursos intrapersonales para el afrontamiento del malestar emocional.
 - *Personalmente ¿de qué manera enfrentas el malestar emocional?*

2. Uso del sistema etnomédico (sacerdote, curandero, conocimiento popular) y/o socio-comunitario local (organizaciones civiles, culturales, deportivas, clubes) para la atención del malestar emocional.
 - *¿Acudes al sacerdote, curandero y/o conocimiento popular para atender el malestar emocional?*

3. Búsqueda y formas de apoyo en la red social (amigos, familiares) para la atención del malestar emocional.
 - *Ante la presencia de malestar emocional ¿a quién acudes y qué tipo de apoyos recibes de ellos?*

 - *¿Cómo intervienen contigo amigos y familiares ante la presencia de malestar emocional?*

4. Otras formas de autocuidado ante el malestar emocional.
 - *¿De qué otras maneras te cuidas ante el malestar emocional?*

III. Uso de servicios de salud mental formales

1. Búsqueda y/o formas de derivación a servicios formales de atención de la salud mental (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social).
 - *Sí has asistido con un profesional de la salud mental, ¿cómo fue que lo buscaste o te derivaron con él?*

2. Percepción de las acciones emprendidas por el sistema de salud mental formal (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social) para la atención de la salud mental.
 - *Desde tu perspectiva ¿qué acciones consideras que realizan los profesionales de la salud mental de la escuela y del sistema de salud pública para la atención del malestar emocional de los estudiantes?*

IV. La educación para la salud y la motivación escolar.

1. Formas de promoción de comportamientos saludables por parte de la comunidad escolar.
 - *¿De qué formas consideras que la escuela contribuye a la promoción de comportamientos saludables en los estudiantes?*

2. Percepción sobre el papel del docente en el fomento de la salud mental de los alumnos.
 - *¿Cómo consideras que el docente fomenta el bienestar emocional de los alumnos?*

3. Implicaciones del malestar emocional en la motivación escolar.
 - *En tu opinión ¿qué implicaciones tiene el malestar emocional sobre la motivación para aprender en la escuela?*

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA PADRES

Nombre: _____

Fecha _____

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado civil _____

I. Identificación de problemáticas y necesidades en salud mental en los hijos.

1. Significado del malestar y bienestar emocional.

¿Cómo defines el malestar y el bienestar emocional de su hijo/a y con qué los relacionas?

2. Situaciones percibidas como generadoras de malestar emocional en sus hijo/a en el hogar, la escuela y la comunidad.

- *¿Qué situaciones percibe como generadoras de malestar emocional en tu hijo/hija en la casa, la escuela y la comunidad?*

3. Manifestación y percepción de emociones, sentimientos y actitudes que causan malestar y/o sufrimiento en su hijo/a.

- *Desde su perspectiva, ¿de qué manera se manifiestan las emociones, sentimientos y actitudes que causan malestar y/o sufrimiento a su hijo/hija?*

4. Acciones que realizan en su rol de padres para identificar problemas emocionales en su hijo/a.

- *Como padres, ¿de qué manera identifican problemas emocionales en su hijo/hija?*

II. Uso de recursos de atención a la salud mental informales.

1. Recursos intrapersonales percibidos en su hijo/a para el afrontamiento de malestar emocional.

- *¿Qué recursos personales considera que su hijo/hija utiliza para enfrentar el malestar emocional?*
2. Uso del sistema etnomédico (sacerdote, curandero, conocimiento popular) y/o socio-comunitario local (organizaciones civiles, culturales, deportivas, clubes) para la atención del malestar emocional de su hijo/a.
 - *En el caso de su hijo/a, ¿acude al sacerdote, curandero y/o conocimiento popular para atender el malestar emocional?*
 3. Búsqueda y formas de apoyo en la red social (amigos, familiares) para la atención del malestar emocional.
 - *Ante la presencia de malestar emocional ¿a quién acude su hijo/a y qué tipo de apoyos recibe de ellos?*
 - *¿Cómo intervienen amigos y familiares de su hijo/a ante la presencia de malestar emocional?*
 4. Otras formas de autocuidado de su hijo/a ante el malestar emocional.
 - *¿De qué otras maneras considera que su hijo/hija cuida de sí ante el malestar emocional?*

III. Uso de servicios de salud mental formales.

1. Búsqueda y/o formas de derivación a servicios formales de atención de la salud mental (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social) de su hijo/a.
 - *Sí su hijo/hija ha asistido con un profesional de la salud mental, ¿cómo fue que lo buscaron o lo derivaron con él?*
2. Percepción de las acciones emprendidas por el sistema de salud mental formal (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social) para la atención de la salud mental de su hijo/a.

- *Desde su perspectiva ¿qué acciones considera que realizan los profesionales de la salud mental de la escuela y del sistema de salud pública para la atención del malestar emocional de su hijo/hija?*

IV. La educación para la salud y la motivación escolar.

1. Formas de promoción de comportamientos saludables dentro del hogar y la escuela.
 - *¿De qué forma considera que se promueven comportamientos saludables en su hijo/hija en el hogar y dentro de la escuela?*
2. Percepción sobre su rol de padres y el papel del docente en el fomento de la salud mental de su hijo/a.
 - *¿Cómo considera que el docente y ustedes como padres fomentan el bienestar emocional de su hijo/hija?*
3. Implicaciones del malestar emocional en la motivación escolar de su hijo/a.
 - *En su opinión ¿qué implicaciones tiene el malestar emocional sobre la motivación escolar de su hijo/hija?*

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA DOCENTES

Nombre: _____

Fecha _____

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado civil _____

I. Identificación de problemáticas y necesidades de salud mental en los estudiantes.

1. Significado del malestar y bienestar emocional.
 - *¿Cómo defines el malestar y el bienestar emocional de los alumnos y con qué los relacionas?*

2. Situaciones percibidas como generadoras de malestar emocional (ansiedad y depresión) o síntomas psicológicos en los alumnos.
 - *¿Qué situaciones percibe como generadoras de malestar emocional o síntomas psicológicos en los alumnos?*

3. Manifestaciones conductuales y afectivas que son percibidas como indicadores de necesidad de atención psicológica.
 - *Desde su perspectiva, ¿cuáles son las manifestaciones conductuales y afectivas que son indicadores de necesidad de atención psicológica en los alumnos?*

4. Formas de detección de alumnos con necesidad de atención psicológica.
 - *Como docente, ¿de qué manera identifica a los alumnos que parecen requerir atención psicológica?*

II. Percepción del uso recursos de atención a la salud mental informales por parte del estudiante.

1. Recursos intrapersonales percibidos en el estudiante para el afrontamiento del malestar emocional.

- *¿Qué recursos personales considera que los estudiantes utilizan para enfrentar el malestar emocional?*
2. Percepción sobre uso del sistema etnomédico (sacerdote, curandero, conocimiento popular) y/o socio-comunitario local (organizaciones civiles, culturales, deportivas, clubes) por parte del estudiante para la atención del malestar emocional.
 - *En su opinión, ¿qué papel juega el sacerdote, curandero y/o conocimiento popular en la atención del malestar emocional de los estudiantes?*
 3. Formas de apoyo que provee la red social (amigos, familiares) del estudiante para la atención del malestar emocional.
 - *¿Cómo considera que intervienen amigos y familiares del estudiante ante la presencia de malestar emocional?*
 4. Otras formas de autocuidado identificadas en el estudiante ante el malestar emocional.
 - *¿De qué otras maneras considera que el estudiante cuida de sí ante el malestar emocional?*

III. Derivación del adolescente a servicios de salud mental formales.

1. Forma de organización de recursos materiales y humanos implicados en la derivación de estudiantes identificados con necesidad de atención psicológica.
 - *¿Cómo se encuentran organizados los recursos materiales y humanos de la escuela para la derivación de estudiantes identificados con necesidad de atención psicológica?*
2. Acciones percibidas que realizan docentes, padres, directivos, personal especializado y el sistema de salud pública ante la identificación de alumnos que requieren atención psicológica.

- *Desde su perspectiva ¿qué acciones considera que realiza la comunidad escolar, padres y el sistema de salud pública para la atención del malestar emocional de los estudiantes?*

IV. Coordinación intersectorial.

1. Modos de vinculación de la escuela con los servicios de salud pública local.
 - *¿De qué modo se vincula la escuela con los servicios de salud mental pública local?*
2. Modos de vinculación de la escuela con el sector socio-comunitario local.
 - *¿De qué modo se vincula la escuela con el sector socio-comunitario local?*
3. Formas de capacitación al docente en temas de salud mental.
 - *¿De qué forma se capacita al docente en temas de salud mental?*

V. La educación para salud en el contexto escolar y la motivación escolar.

1. Formas de promoción de comportamientos saludables.
 - *¿De qué forma considera que en su papel de docente promueve comportamientos saludables en los estudiantes?*
2. Percepción sobre el papel del docente en el fomento de la salud mental de los alumnos.
 - *¿Cómo considera que en su papel de docente promueva el bienestar emocional de los estudiantes?*
3. Implicaciones percibidas del malestar emocional en la motivación del estudiante para el aprendizaje.
 - *En su opinión ¿qué implicaciones tiene el malestar emocional sobre la motivación escolar de los estudiantes?*

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA DIRECTIVOS DE LA INSTITUCIÓN ESCOLAR

Nombre: _____

Fecha _____

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado civil _____

I. Identificación de problemáticas y necesidades de salud mental en los estudiantes.

1. Significado del malestar y bienestar emocional.

- *¿Cómo define el malestar y el bienestar emocional de los alumnos y con qué los relaciona?*

2. Manifestaciones conductuales y afectivas que son percibidas como indicadores de necesidad de atención psicológica en el estudiante.

- *Desde su perspectiva, ¿cuáles son las manifestaciones conductuales y afectivas que son indicadores de necesidad de atención psicológica en los alumnos?*

3. Formas de detección de alumnos con necesidad de atención psicológica por parte de la institución escolar.

- *Como institución ¿de qué manera se identifican a los alumnos que parecen requerir atención psicológica?*

II. Modos de organización de recursos materiales y humanos para la atención de la salud mental de los alumnos.

1. Acciones que se realizan de manera institucional ante la identificación de alumnos con síntomas psicológicos, conductas disruptivas y/o de riesgo.

- *Ante la identificación de alumnos con sintomatología psicológica, conductas disruptivas y/o de riesgo, ¿qué acciones se realizan de manera institucional?*

2. Disponibilidad y gestión de recursos materiales (instrumentos, manuales, guías, presupuesto, espacio físico) y humanos (personal especializado) para la detección y derivación de alumnos que requieren atención psicológica.
- *¿Cómo se encuentran organizados los recursos materiales y humanos para la detección y derivación de estudiantes que requieren atención psicológica?*

III. Coordinación intersectorial.

1. Modos de vinculación de la escuela con los servicios de salud mental pública local.
- *¿De qué modo se vincula la escuela con los servicios de salud mental pública local?*
2. Modos de vinculación de la escuela con el sector socio-comunitario local.
- *¿De qué modo se vincula la escuela con el sector socio-comunitario local?*
3. Formas de capacitación al docente en temas de salud mental.
- *¿De qué forma se capacita al docente en temas de salud mental?*

IV. La educación para la salud en el contexto escolar y la motivación escolar.

1. Formas de promoción institucional de comportamientos saludables en los estudiantes.
- *¿De qué forma considera que la escuela promueve comportamientos saludables en los estudiantes?*
2. Percepción sobre el papel del docente y el personal especializado en el fomento de la salud mental de los alumnos.
- *¿Cómo considera que el docente y el personal especializado de la escuela promueva el bienestar emocional de los estudiantes?*

3. Implicaciones percibidas del malestar emocional en la motivación escolar del estudiante.
 - *En su opinión ¿qué implicaciones tiene el malestar emocional sobre la motivación escolar de los alumnos?*

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA PERSONAL ESPECIALIZADO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN ESCOLAR

Nombre: _____

Fecha _____

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado civil _____

I. Identificación de problemáticas y necesidades de salud mental en los estudiantes.

1. Significado del malestar y bienestar emocional.
 - *¿Cómo define el malestar y el bienestar emocional de los alumnos y con qué los relacionas?*

2. Situaciones percibidas como generadoras de malestar emocional o síntomas psicológicos en los alumnos.
 - *¿Qué situaciones percibe como generadoras de malestar emocional o síntomas psicológicos en los alumnos?*

3. Manifestaciones conductuales y afectivas que son percibidas como indicadores de necesidad de atención psicológica.
 - *Desde su perspectiva, ¿cuáles son las manifestaciones conductuales y afectivas que son indicadores de necesidad de atención psicológica en los alumnos?*

4. Formas de detección de alumnos con necesidad de atención psicológica por parte del personal especializado y el docente.
 - *Como profesional ¿de qué manera identifica a los alumnos que parecen requerir atención psicológica?*

II. Percepción del uso recursos de atención a la salud mental informales por parte del estudiante.

1. Recursos intrapersonales percibidos en el estudiante para el afrontamiento del malestar emocional.
 - *¿Qué recursos personales considera que los estudiantes utilizan para enfrentar el malestar emocional?*

2. Percepción sobre uso del sistema etnomédico (sacerdote, curandero, conocimiento popular) y/o socio-comunitario local (organizaciones civiles, culturales, deportivas, clubes) por parte del estudiante para la atención del malestar emocional.
 - *En su opinión, ¿qué papel juega el sacerdote, curandero y/o conocimiento popular en la atención del malestar emocional de los estudiantes?*
 - *¿Qué papel juegan las organizaciones civiles, culturales, deportivas, clubes y otras en la atención del malestar emocional de los estudiantes?*

3. Formas de apoyo que provee la red social (amigos, familiares) del estudiante para la atención del malestar emocional.
 - *¿Cómo considera que intervienen amigos y familiares del estudiante ante la presencia de malestar emocional?*

4. Otras formas de autocuidado identificadas en el estudiante ante el malestar emocional.
 - *¿De qué otras maneras considera que el estudiante cuida de sí ante el malestar emocional?*

III. Derivación del adolescente a servicios de salud mental formales.

1. Procesos que se llevan a cabo institucionalmente para la identificación de alumnos con sintomatología psicológica.
 - *¿Cuáles son los procedimientos que se llevan a cabo en la escuela para la detección de alumnos con sintomatología psicológica?*

2. Prácticas de atención psicológica que lleva a cabo el personal especializado ante la identificación de necesidad de atención psicológica en el estudiante.
 - *¿Qué tipo de prácticas de atención psicológica lleva a cabo ante la identificación de alumnos con sintomatología psicológica?*
3. Acciones institucionales para la derivación a servicios de salud mental pública de estudiantes identificados con necesidad de atención psicológica.
 - *¿Cuáles son las acciones que realiza la escuela para la derivación de alumnos a servicios de atención a la salud mental públicos?*

IV. Coordinación intersectorial y transferencia de tecnología.

1. Modos de vinculación de la escuela con el sector de salud pública local.
 - *¿De qué modo se vincula la escuela con los servicios de salud mental pública local?*
2. Modos de vinculación de la escuela con el sector socio-comunitario local.
 - *¿De qué modo se vincula la escuela con el sector socio-comunitario local?*
3. Formas de capacitación al personal especializado, al docente y a los padres de familia en temas de salud mental.
 - *¿De qué forma se le capacita a usted, al docente y a los padres de familia en temas de salud mental?*

V. La educación para salud en el contexto escolar y la motivación escolar.

1. Formas de promoción de comportamientos saludables por parte de la comunidad escolar.
 - *¿De qué forma considera que la escuela promueve comportamientos saludables en los estudiantes?*

2. Percepción sobre el papel de la educación para salud en el fomento de la salud mental de los alumnos.
 - *¿Cómo consideras que el docente puede promover el bienestar emocional de los estudiantes?*

3. Implicaciones percibidas del malestar emocional en la motivación del estudiante para el aprendizaje.
 - *En su opinión ¿qué implicaciones tiene el malestar emocional sobre la motivación escolar de los alumnos?*

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA REPRESENTANTES DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL PÚBLICA LOCAL

Nombre: _____

Fecha _____

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado civil _____

I. Coordinación entre el sistema de salud mental pública y la escuela.

1. Formas de vinculación institucional con la escuela.

- *¿De qué modo se vincula el sistema de salud mental pública local con la escuela?*

2. Medios de comunicación con la institución escolar.

- *¿Cuáles son los medios de comunicación entre el sistema de salud mental pública local y la escuela?*

3. Proceso de recepción de adolescentes escolares que son derivados por la institución escolar.

- *¿Cómo es el procedimiento para la recepción de estudiantes que son derivados por la escuela?*

II. Capacitación y transferencia de tecnología para la atención de la salud mental.

1. Maneras en que el sistema de salud mental pública local participa en la capacitación y/o transferencia de tecnología con el personal de la escuela.

- *¿De qué manera el sistema de salud mental público local participa en la capacitación del personal de la escuela?*

III. Niveles de atención de la salud mental en el adolescente escolar.

1. Programas institucionales para la promoción de la salud mental y prevención de sintomatología psicológica en el adolescente escolar (Atención primaria de salud).
 - *¿Cuáles son los programas existentes para la promoción de la salud mental y la prevención de sintomatología psicológica en adolescentes escolares?*

2. Contribución a la educación para la salud dentro de la escuela.
 - *¿Cómo contribuye el sistema de salud mental público local a la educación para la salud en la escuela?*

3. Protocolos de diagnóstico e intervención especializada para la atención de la salud mental del adolescente escolar (Atención secundaria de salud).
 - *¿Cuáles son los protocolos de diagnóstico e intervención existentes para la atención de la salud mental en adolescentes escolares?*

4. Investigación y atención a la salud mental del adolescente escolar en centros especializados (Atención terciaria de salud).
 - *¿Cuál es el papel de los centros de salud mental en la atención psicológica de los adolescentes y la investigación científica?*

GUION DE ENTREVISTA PARA REPRESENTANTES DEL SISTEMA SOCIO-COMUNITARIO LOCAL

Nombre: _____

Fecha _____

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado civil _____

I. Coordinación entre la organización y la escuela.

1. Formas de vinculación de la organización con la escuela.

- *¿De qué modo se vincula la organización con la escuela en temas de salud mental?*

2. Medios de comunicación con la institución escolar.

- *¿Cuáles son los medios de comunicación de la organización con la escuela?*

II. Capacitación y transferencia de tecnología para la atención de la salud mental.

1. Maneras en que la organización participa en la capacitación y/o transferencia de tecnología con el personal de la escuela.

- *¿De qué manera la asociación u organización participa en la capacitación del personal de la escuela?*

III. Contribución de la organización en la atención de la salud mental del adolescente escolar.

1. Modos de participación de la organización en la promoción de la salud mental y prevención de sintomatología psicológica en el adolescente escolar.

- *¿Cuáles son programas existentes que contribuyen a la promoción de la salud mental y la prevención de sintomatología psicológica en adolescentes escolares?*

- *¿Cómo contribuye la asociación u organización a la educación para la salud en la escuela?*

2. Otros Programas de intervención que impacten de manera positiva en la salud mental del adolescente escolar.

- *¿Qué otras acciones de la organización impactan de manera positiva en la salud mental de adolescente?*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN
TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA**

Pico de Orizaba No.1, casi esq. con Popocatepetl, Col. Volcanes, Cuernavaca, Morelos, México.
C.P. 62350, Tels. (777) 3297970 y 3167720, E-mail: citpsi@uaem.mx

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Título del proyecto: *“Modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato”.*

Estimado padre de familia, estamos interesados en conocer el modo en que la escuela y las instituciones de la comunidad circundantes contribuyen al fomento y atención de la salud mental de los estudiantes de bachillerato, con el fin de mejorar la eficacia de los programas de promoción de la salud mental de la localidad. Por tal motivo, se está invitando a participar de manera voluntaria a alumnos, profesores y servidores públicos de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos.

La participación de su hijo/a en el estudio consta de la realización de un cuestionario general sobre malestar emocional, la motivación escolar y la utilización de servicios profesionales de salud con una duración aproximada de 1 hora y la posibilidad de ser entrevistado en un momento posterior. Cabe mencionar que este trabajo forma parte de un proyecto de tesis doctoral en psicología y que todos los datos obtenidos en el mismo serán confidenciales. Para ello, la información será resguardada, eliminándose toda forma de identificación de los participantes. Asimismo, en ningún momento el nombre del menor aparecerá en ninguna parte del estudio.

De antemano le agradecemos su tiempo, remarcando que en cualquier momento del estudio puede cambiar la decisión sobre la participación de su hijo/a.

Después de haber leído y entendido la información he decidido dar mi consentimiento para la participación de mi hijo/a.

Señale por favor: **SI / NO**

Nombre del padre o tutor: _____

Firma: _____

Nombre del alumno: _____

Investigador responsable: Mtro. David Jesús Ponce Hernández.
Tel: 7772085069 Correo: david.poncehernandez@uaem.edu.mx
Directora de tesis: Dra. Gabriela López Aymes
Correo: gabriela.lopez@uaem.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN
TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA**

Pico de Orizaba No.1, casi esq. con Popocatepetl, Col. Volcanes, Cuernavaca, Morelos, México.
C.P. 62350, Tels. (777) 3297970 y 3167720, E-mail: citpsi@uaem.mx

ASENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Título del proyecto: *“Modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato”.*

Hola mi nombre es David Jesús Ponce Hernández y soy estudiante de doctorado en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Actualmente me encuentro realizando un estudio para conocer acerca de las formas de atención a la salud mental en estudiantes de bachillerato, con el fin de mejorar la calidad y acceso a estos servicios. Para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistirá en la realización de un cuestionario general sobre malestar emocional, la motivación escolar y la utilización de servicios de salud mental con una duración aproximada de 1 hora y la posibilidad de ser entrevistado en un momento posterior.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a saber cómo puede promoverse la salud psicológica entre los alumnos, por lo que es muy valiosa para todos.

Es importante que sepas que esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de investigación. Para ello, la información será resguardada y en ningún momento tu nombre aparecerá en ninguna parte del estudio.

Tu participación es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre del alumno: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

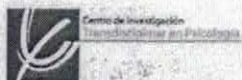
Investigador responsable: Mtro. David Jesús Ponce Hernández.
Tel: 7772085069 Correo: david.poncehernandez@uaem.edu.mx
Directora de tesis: Dra. Gabriela López Aymes
Correo: gabriela.lopez@uaem.mx



CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

"2019, a 100 años del asesinato del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca, Mor; a 29 de abril del 2019.



DRA. ADELA HERNÁNDEZ GALVÁN
JEFA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de la revisión de la tesis titulada: "APROXIMACIÓN DE UN MODELO ECOSISTÉMICO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO" trabajo que presenta el C. DAVID JESÚS PONCE HERNÁNDEZ, quien cursó el DOCTORADO EN PSICOLOGÍA en el Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología (CITPsi) de la UAEM.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

Table with 2 columns: COMISIÓN REVISORA and APROBADO. Rows list names of reviewers and their signatures.