

Salud Mental en estudiantes de secundarias públicas:
Recomendaciones para la Prevención y Detección Temprana

Sikandar Ortega Aguilar
Centro de Psicoterapia Cognitiva
Cancún, Quintana Roo

Contacto: Sikandar Ortega Aguilar, coordinador de Investigación, Centro de
Psicoterapia Cognitiva, Cancún, Quintana Roo.

Email: centrodepsicoterapiacognitiva@yahoo.com

www.terapia-cognitiva.mx

Tel: (998)8953233

Salud Mental en estudiantes de secundarias públicas: Recomendaciones para la Prevención y Detección Temprana

Resumen ejecutivo

Dentro de los temas de Salud Mental que más afectan a nuestra sociedad encontramos el abuso de sustancias, la violencia y el suicidio. Estos temas tienen en común que su inicio se da en la etapa de la adolescencia, por lo que es necesario atender a esta población, sobre todo en zonas consideradas de riesgo. Tomado en cuenta los elevados índices de problemas de Salud Mental en nuestra sociedad, y partiendo de la necesidad de atención y apoyo a los adolescentes en zonas marginadas, nos propusimos realizar una investigación que contribuyera al sano desarrollo de este grupo vulnerable. Específicamente, nos planteamos 3 objetivos principales: Conocer de manera confiable y actualizada los índices de problemas de Salud Mental en estudiantes de secundarias públicas en zonas de riesgo; Analizar el impacto individual y colectivo de la presencia de apoyo psicológico dentro del plantel escolar; Resaltar las necesidades existentes en materia de política pública con sus respectivas recomendaciones. Para cumplir con los objetivos, trabajamos con 3 secundarias públicas en zonas identificadas por Seguridad Pública como zonas de riesgo y marginación. Evaluamos mediante instrumentos cuantitativos a 1507 estudiantes de 1er, 2do y 3ero de secundaria, de los cuales entrevistamos en por lo menos una ocasión a 215 de ellos. La investigación estuvo compuesta por 3 etapas: La primera etapa consistió en la recolección de datos, la segunda etapa en el acompañamiento psicológico a estudiantes identificados, y la tercera etapa consistió en el análisis de información.

La primera sección del presente reporte aborda información general sobre Salud Mental y adolescencia, incluyendo definiciones, datos en nuestro país, causas e impacto social. El segundo apartado reporta los hallazgos de la investigación en términos cuantitativos, para después dar un relato cualitativo de la experiencia y las entrevistas con los adolescentes. Finalmente se hace una reflexión sobre la relación entre los hallazgos y posible relevancia legislativa.

Introducción

La importancia de la salud se resalta desde el momento que la perdemos, ya que la enfermedad genera malestar físico y emocional, una carga económica y pérdida de días productivos entre muchas otras consecuencias (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2009). A nivel social las consecuencias también son varias,

y es por esto que grandes esfuerzos se realizan en materia de política pública para procurar la salud de los miembros de una sociedad.

Al hablar de salud, la mayoría de las personas piensan en salud física, pero afortunadamente cada día hay mayor aceptación del bienestar psicológico como parte esencial del concepto de salud integral. El bienestar que promueven los Psiquiatras y Psicólogos abarca el funcionamiento mental o de pensamiento, el manejo emocional, conductual, intrapersonal (cómo nos relacionamos con nosotros mismos) e interpersonal (cómo nos relacionamos con los demás). Por lo tanto, tomamos por entendido que una persona con salud mental (o bien psicológicamente, o con inteligencia emocional) es alguien que tiene un buen concepto de sí mismo, sabe aceptar y manejar sus emociones, lleva a cabo actividades productivas y recreativas, y entiende y respeta los derechos de los demás, buscando que el procurar su bienestar no interfiera con el bienestar de los demás o con la sana convivencia dentro de una sociedad (OMS, 2001).

Ciertamente aún existen prejuicios y nociones equivocadas sobre la atención psiquiátrica y psicológica, como que es para los locos o que problemas emocionales son señal de debilidad, pero también estamos encontrando a una sociedad que reconoce y valora la labor que hacen los profesionales de la salud mental.

Desde esta perspectiva de Salud Mental, la enfermedad o los trastornos emocionales son un conjunto de síntomas, creencias, actitudes, emociones, pensamientos y conductas que afectan la sana adaptación del individuo a su entorno, causando un acusado malestar a la persona y a las personas a su alrededor (APA, 2013). Problemas en las emociones o con otras personas son normales y esperados, pero cuando estamos hablando de una patología, el

funcionamiento del individuo se va afectado más allá de su capacidad para cambiar por decisión o fuerza de voluntad. Es en este momento en el que es necesario el apoyo profesional.

En cualquier tema de Salud, los expertos coinciden que la mejor estrategia es la prevención. Esto se logra mediante un conocimiento suficiente sobre el tema para promover los factores protectores y eliminar o disminuir los factores de riesgo. Aunque aún hay mucho por saber sobre los trastornos mentales, lo cierto es que contamos con suficiente información para desarrollar y aplicar estrategias preventivas. Cuando la prevención no es posible, el siguiente mejor paso es la atención temprana, lo cual significa el identificar el malestar o problema en sus etapas iniciales. El brindar un tratamiento adecuado en temas de salud (incluyendo salud mental) cuando aparecen los primeros signos o síntomas reduce costos, tiempo y aumenta las probabilidades de éxito (OMS, 2001).

Salud Mental y Adolescencia

La adolescencia es una etapa que se debería caracterizar por experiencias de autoconocimiento, socialización y autonomía. Hay un desprendimiento del núcleo familiar en búsqueda de una identidad propia, los pares se vuelven un factor de influencia de gran peso y se experimentan las primeras relaciones de pareja. Desde un desarrollo óptimo, el adolescente surge de esta etapa con experiencias que lo encaminen a ser un adulto feliz, saludable, responsable y productivo, pero sabemos que la realidad es otra. Para muchos adolescentes, esta etapa se vuelve un verdadero martirio, ya que enfrentan muchos retos sin necesariamente contar con las herramientas para manejarse adecuadamente, dejando consecuencias que los afectan a lo largo de la vida, como el consumo de drogas, la sexualidad precoz y la conducta delictiva. La responsabilidad ya no recae del todo en la familia, y la orientación por parte de otras figuras se vuelve esencial.

Desde el punto de vista de la Salud Mental, la adolescencia es un periodo especialmente vulnerable a caer en conductas de riesgo y sufrir trastornos emocionales, ya que los cambios biológicos, la búsqueda de independencia y el

mayor contacto con otros sectores sociales facilitan la presencia de problemas psicosociales. Algunos de los problemas de Salud Mental más comunes en la adolescencia incluyen episodios o trastornos del estado de ánimo como depresión, diversos trastornos de ansiedad, preocupaciones respecto a su figura y peso, llevándolos a problemas alimenticios y de autoestima, ideación o intentos suicidas, autolesiones no suicidas y abuso de sustancias (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007).

Depresión

La Depresión es un trastorno que se caracteriza por tener un estado de ánimo decaído y falta de placer en las actividades que se realizan, aunque estas eran disfrutables en otro momento. Otros síntomas propios de este trastorno son cambios significativos en la calidad de sueño, cambios en el apetito, pérdida de interés por la escuela y retraimiento social. En adolescentes, es común que uno de los síntomas predominantes sea la irritabilidad, por lo tanto un adolescente deprimido no necesariamente va a estar triste y callado, en cambio puede ser enojón, rebelde y desafiante.

En nuestro país, se estima que el 2% de los adolescentes y el 7.6% de las adolescentes padecen de Depresión mayor (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007). Sin embargo, si tomamos en cuenta los niveles sub clínicos, estos porcentajes se elevan considerablemente. Diversos estudios en nuestro país han encontrado que entre el 15% y el 30% de los adolescentes padecen de síntomas significativos de depresión, sin que estos lleguen a niveles clínicos (APA 2013; González-Forteza, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001). Sin embargo, estos niveles generan el suficiente malestar para interferir con su calidad de vida. Cuando un adolescente con depresión no es atendido, este se vuelve más vulnerable a caer en conductas de riesgo como consumo de alcohol y drogas, problemas académicos, agresividad y a tener pensamientos suicidas.

Ansiedad social

La ansiedad social es un trastorno que se caracteriza por una preocupación excesiva ante las interacciones sociales, interfiriendo con el funcionamiento diario.

Es normal que ante ciertos eventos o personas nos pongamos ansiosos o nerviosos (APA, 2013). Esto es particularmente común en la adolescencia ya que la opinión externa les es importante. Sin embargo cuando esta preocupación genera malestar constante e intenso y es causa de consecuencias como falta de socialización y baja en el rendimiento académico, ya podemos considerar la posibilidad de un trastorno de Ansiedad Social. Los adolescentes con este trastorno se vuelven retraídos, evitan platicar con otras personas, se ponen muy nerviosos al exponer o hablar frente a otros y fácilmente se sienten juzgados o criticados. Las consecuencias que se han encontrado cuando este trastorno no es tratado son repercusiones en el auto concepto, depresión, consumo de sustancias (como medio para lidiar con la ansiedad) y falta de oportunidades tanto escolares como sociales en general. En nuestro país, se estima que el 11.2% de los adolescentes padecen de este trastorno a nivel clínico (Medina-Mora et. al., 2007). Sin embargo, si tomamos en cuenta los niveles sub clínicos, estos porcentajes se elevan significativamente. Estudios en secundarias, bachilleratos y Universidades estiman que entre el 15% y el 34% de los estudiantes presentan síntomas de ansiedad social (Benjet et. al., 2009a).

Trastornos de alimentación

Los trastornos de alimentación presentan uno de los problemas de mayor crecimiento entre los adolescentes. Aunque sabemos que es un trastorno que afecta más a las mujeres, estudios recientes están encontrando que cada vez son más los hombres con síntomas del trastorno. La diferencia radica en que las mujeres buscan un cuerpo delgado y los hombres se enfocan en un cuerpo musculoso, pero las conductas de riesgo están presentes en ambos sexos. Los trastornos de alimentación se caracterizan por una preocupación excesiva con el peso, dietas restrictivas y conductas extremas (en muchas ocasiones no saludables) para bajar de peso.

La sociedad actual le pone demasiada importancia a la imagen, y los medios de comunicación nos bombardean de imágenes de cuerpos ideales. Esto ha llevado a que muchas personas dediquen grandes esfuerzos al cuidado de sus figuras. Estudios han encontrado que los adolescentes son particularmente vulnerables a estos mensajes, lo cual se refleja en el elevado porcentaje de adolescentes que

hacen dieta y que están insatisfechos con su cuerpo. Algunos datos en nuestro país estiman que el 40% de las adolescentes mujeres han intentado restringir su alimentación, y que más del 60% de los adolescentes (hombres y mujeres) consideran que deberían tener un mejor cuerpo (Unikel & Caballero, 2010). En cuanto a trastornos de alimentación, en nuestro país se estima que entre el .5% y el 1.5% de los adolescentes padecen de este trastorno en nivel clínico (Benjet, Méndez, Borges & Medina-Mora, 2012). Sin embargo, si tomamos en cuenta el trastorno de alimentación no especificado y los niveles sub clínicos, alrededor del 10% de los hombres y el 35% de las mujeres presentan indicadores que requieren de mayor atención (Unikel & Caballero, 2010). Los trastornos de alimentación se asocian con depresión, uso de sustancias, auto lesiones e intentos de suicida, además de los varios problemas de salud que el trastorno conlleva.

Riesgo suicida

Uno de los temas de Salud Mental más preocupantes es el suicidio.

Desafortunadamente, este problema en México ha ido en aumento en los últimos años, y la edad de señales de riesgo ha bajado gradualmente, al punto en donde ya existen suicidios consumados en niños de 8 años. Cuando hablamos del potencial de que una vida se encuentre en riesgo podemos identificar diferentes niveles en esta problemática. La clasificación actual es la siguiente: ideación suicida, acto suicida, intento y suicidio (Beck, Brown & Wenzel, 2008).

En México, se estima que entre el 4 % y el 11% de los adolescentes en algún momento han intentado suicidarse y el 29 % de los adolescentes lo han pensado (OMS, 2001). Aunque no todos los intentos sean letales, y no todos lo que lo piensan lo llegan a intentar, lo cierto es que estas conductas se deben tomar con toda seriedad, ya que aquel que lo intentó una vez, aunque no haya sido con mucha violencia, aumenta las probabilidades de que lo vuelva a intentar. El suicidio se asocia a una gran variedad de factores, pero entre los más específicos son la depresión con desesperanza, el consumo de alcohol y drogas y antecedentes de auto lesiones (Beck, Brown & Wenzel, 2008). También lo que estudios recientes están encontrando es que el perfil típico ya no es la persona

sola, desempleada y sin relaciones sociales. Algunos estudios indican que más de la mitad de los intentos de suicidios son por personas casadas o en unión libre y con trabajo. En cuanto a educación, menor grado de estudio sigue siendo un factor de riesgo, pero esto no excluye que personas con licenciaturas y posgrados lo puedan intentar (OMS, 2001).

Autolesiones no suicidas

Lamentablemente, una conducta de riesgo que aparentemente se ha puesto de “moda” es el cutting o la auto mutilación. Estas auto lesiones no son con la intención de suicidarse, y los métodos más comunes son cortarse, golpearse, rasguñarse y quemarse. Esta conducta se ha convertido en un problema serio entre los adolescentes, ya que en muchos casos se aprende socialmente, lo cual implica una especie de “contagio” entre las personas. Al ser un tema nuevo, casi no hay estudios en nuestro país al respecto, pero datos de otros países indican que entre un 12% y un 40% de los adolescentes lo han realizado en por lo menos una ocasión, y que aproximadamente el 10% de los adolescentes lo hace de manera frecuente (Nock, 2010). Aunque es difícil entender por qué alguien se lastimaría a propósito, las teorías actuales sugieren que el dolor físico tiene una función calmante para emociones intensas como tristeza, angustia y enojo. Problemas asociados a las autolesiones son la depresión, problemas familiares, auto crítica, trastornos de alimentación e ideación suicida (Nock, 2010).

Abuso de sustancias

El abuso de sustancias, ya sean drogas ilegales, alcohol, tabaco, anabólicos o pastillas para adelgazar es uno de los mayores problemas de salud pública en nuestro país, y ya existen varios estudios nacionales documentando la magnitud del problema. También sabemos que la adolescencia es una edad particularmente vulnerable, ya que la mayoría de los usuarios adultos comenzaron en esta etapa. Las consecuencias físicas, familiares, económicas y sociales igualmente han sido estudiadas desde hace décadas, por lo que no es necesario hacer un recuento en el presente trabajo. Lo que vale la pena resaltar es la importancia de la prevención

e identificación de señales de riesgo en las escuelas, ya que son cada vez de menor edad los usuarios iniciales.

Violencia

El juego rudo es parte normal de la infancia y la adolescencia, pero existe una diferencia enorme entre llevarse pesado con alguien y ejercer violencia. La violencia implica el ejercicio sistemático de poder sobre otra persona, generalmente que no se puede defender, y que causa daño físico y / o psicológico. Una de las maneras más comunes de vivir o ejercer violencia en la adolescencia es a través del bullying o acoso escolar. Los adolescentes que son víctimas de bullying sufren consecuencias a corto y a largo plazo, afectándolo en diversas áreas de su funcionamiento psicosocial. Aquellos que ejercen bullying tienen a continuar con actitudes y conductas agresivas hasta la edad adulta, y son más propensos a caer en consumo de sustancias, problemas de control de impulsos y actividades delictivas (OMS, 2011). En nuestro país, se estima que un 15 % de la población sufre de violencia física y un 30% de violencia psicológica en su entorno escolar (García, Martínez, Saldivar, Sánchez, Martínez & Barrientos, 2012). Noticias recientes en nuestro país han alarmado a la sociedad al asociar casos severos de bullying con suicidios. También sabemos que la violencia es aprendida y es cíclica, lo cual significa que aquellas personas que viven violencia son más propensos a ejercer violencia.

Causas de los problemas de Salud Mental

Los expertos coinciden que no hay una causa única para el desarrollo de un trastorno emocional, sino que su aparición es multifactorial. Aunque existen diversas teorías que explican por qué alguien desarrolla una depresión o inicia el consumo de drogas, una de las perspectivas actuales de mayor aceptación es la de vulnerabilidad tripartita (triple). Desde esta visión, un trastorno emocional se desarrolla a partir de una predisposición biológica, factores de vulnerabilidad generales y factores de vulnerabilidad específicos.

Con los avances en la tecnología y métodos de estudios neurológicos y fisiológicos, hoy en día comprendemos con mayor claridad el papel de los factores biológicos en los trastornos psicológicos. Por ejemplo, las personas que desarrollan un trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de Pánico, a nivel biológico tienen una respuesta de sobresalto (startle response) mayor que las personas que no desarrollan el trastorno, su sistema de inhibición conductual (también a nivel biológico) es hiper reactivo y su amígdala (parte del sistema de control de las emociones a nivel biológico) se activa con mayor intensidad y mayor duración que las personas sin el trastorno (Barlow, 2002). Argumentos similares se pueden hacer para prácticamente todos los trastornos mentales, aunque en la mayoría de los temas aún falta mucho por entender. El siguiente componente para entender los trastornos mentales es ambiental, lo cual significa que ciertas experiencias, así como características del entorno, influyen en el desarrollo de una psicopatología. Está bien fundamentado el hecho que experiencias negativas en la infancia, como maltrato y abandono, se relacionan con la aparición de trastornos mentales en la adolescencia. Sin embargo, estas experiencias negativas se denominan factores de vulnerabilidad general, ya que no se pueden relacionar con trastornos específicos. En otras palabras, 2 personas que viven experiencias adversas similares en la infancia pueden desarrollar problemas muy diferentes. Hoy en día la sociedad es otro de los principales factores para desarrollar un trastorno mental, lo cual incluye el estrés del día a día, la pérdida de valores y altruismo y las expectativas sociales asociadas al valor de una persona. Los factores económicos también intervienen, como la pobreza, la mala nutrición, carencia de servicios básicos, acceso limitado a servicios educativos y de salud (Sandoval & Richard, 2004). Aunque los problemas de salud Mental no distinguen clases sociales, lo cierto es que las personas con bajos recursos económicos viven en un estado de estrés constante y tienen menos acceso a servicios de salud, lo cual incrementa la posibilidad de adquirir un trastorno como depresión o ansiedad. El factor de vulnerabilidad específica es aquel que define el trastorno específico que se desarrolla. Hoy en día conocemos con mayor precisión cuales son algunos de los factores que nos explican la

aparición de un trastorno sobre otro. Por ejemplo, en los trastornos de ansiedad, un estilo cognitivo de catastrofización combinado con experiencias de incertidumbre y ausencia de control son específicas para la ansiedad generalizada y el Trastorno de Pánico. En los Trastornos de alimentación, el que la auto valía dependa exclusivamente de la apariencia física y haya un excesivo deseo de control sobre la comida son factores necesarios para estos trastornos. La ideación suicida se asocia con la depresión, pero el componente de la desesperanza nos explica el por qué alguien da el paso de depresión a ideación suicida. Este conocimiento específico nos da herramientas para poder prevenir y tratar estos temas.

Consecuencias interpersonales/sociales

Las consecuencias de los problemas de Salud Mental se pueden entender mejor desde una perspectiva de interacción recíproca, en vez de establecer relaciones causa-efecto. Esto significa que los problemas de Salud Mental pueden ser causa y consecuencia a la vez de otros problemas. Por ejemplo, la presencia de depresión facilita la aparición de consumo de alcohol; el consumo de alcohol lleva a problemas interpersonales, y los problemas interpersonales llevan a la depresión. Se pueden formar múltiples círculos viciosos como este ejemplo, pero lo importante a tener en cuenta es que, al igual que en temas de salud física, cuando un problema de Salud Mental no es tratado, el curso generalmente es hacia una intensificación de los síntomas y aumento en los problemas asociados (APA, 2013). En otras palabras, el ignorar el problema no hace que desaparezca. Los adolescentes con problemas emocionales difícilmente se pueden convertir en miembros productivos de la sociedad. En cambio, es común que los problemas de Salud Mental eviten su sano desarrollo, lo cual en varios casos lleva a conductas de riesgo que afectan el tejido social. Dentro de las conductas de adolescentes que más afectan a la sociedad y que se asocian con problemas de Salud Mental son el consumo de alcohol y drogas, el pandillerismo, vandalismo, y las conductas delictivas.

Salud Mental y costos

Ante la pregunta sobre la forma de contabilizar en términos económicos el impacto de los problemas de Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) ha realizado análisis para contabilizar el número de años que una persona desaprovecha en su vida laboral por encontrarse bajo el efecto de estas enfermedades, lo cual le llaman Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Esto repercute directamente en la disminución de la capacidad productiva de una persona y también eleva el gasto de las instituciones de salud (la suma de los años potenciales de vida perdidos debido a la prematura mortalidad y los años de vida productiva perdidos por discapacidad). Acorde a la OMS, Las enfermedades neuropsiquiátricas aportan el 28.47% de días productivos perdidos, a comparación de la segunda gran causa de AVAD, las enfermedades cardiovasculares, con 13.94% y la tercera, la neoplasia maligna con 12.57%. Esto hace evidente un aspecto de la carga económica que representan los problemas psicológicos y psiquiátricos cuando no son tratados adecuadamente. ¿Por qué las que las enfermedades neuropsiquiátricas representan casi el 30% del tiempo afectado? La primera razón radica en que son muy comunes, ya que se estima que 1 de cada 5 personas las padecerán en su vida. La segunda es que son incapacitantes, lo cual repercutirá severamente en su desempeño laboral. La tercera radica en la edad de inicio, ya que el 50% de los que padecen una enfermedad mental lo presentan antes de los 14 años y el 75% de estas tienen su inicio antes de los 24 años.

Siguiendo con la información brindada por la OMS, parece que uno de los más grandes problemas radica en la distribución del presupuesto de salud en nuestro país. Parece muy poco realista destinar tan solo el 0.65% (Mental Health Atlas, 2011) del presupuesto de salud a un problema que impacta en más del 30% de los gastos de salud de nuestro país. La OMS reporta que en el 2011, del presupuesto total de Salud en México, el 2% fue destinado a la Salud Mental, y de este 2%, el 80% fue destinado a los hospitales psiquiátricos. Uno de los grandes problemas

con esta distribución es que, como se mencionó previamente, un porcentaje importante de la población padece de problemas que requieren atención psicológica, únicamente existen 46 hospitales psiquiátricos, no todos los estados cuentan con hospitales psiquiátricos, y en las entidades donde sí hay hospitales psiquiátricos, ellos atienden a menos de 20% de la población con problemas de salud Mental.

Atención a la Salud Mental en México

Sería injusto decir que en México no existen programas e instituciones para la atención de la Salud Mental. Además de las diversas clínicas y consultorios particulares, existen varios programas sociales e instituciones de que dan acceso a la población a atención psicológica sin costo o con costos accesibles. También existen programas dirigidas a la prevención, como son pláticas y talleres en escuelas. Las distintas entidades de gobierno en niveles federales y locales reconocen la importancia de apoyar el progreso de las mejoras en materia de Salud Mental en la población Mexicana, por lo que desde hace más de una década encontramos esfuerzos en procuración de fondos, políticas públicas y legislación en temas de Salud Mental. A nivel de investigación, en el 2004 la cámara de Diputados, por medio del Servicio de investigación y análisis y la División de Política Social, realizó y publicó un estudio integral sobre la Salud Mental en México, con el explícito propósito de que los hallazgos dirijan las acciones legislativas necesarias para mejorar las políticas de Salud Mental en el país. Algunos otros ejemplos del esfuerzo en este sentido son la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica del 2013, la encuesta de salud y nutrición que se realiza periódicamente, la encuesta nacional de adicciones y el informe sobre el sistema de salud mental en México realizado por la OMS. En cuanto a acciones, en el periodo 2007-2012, la secretaría de Salud de México elaboró el Programa de acción específico de atención en Salud Mental; centros de atención ambulatorios se han abierto en todo el país; Sedesol e Indesol cada año contemplan un rubro de fondos para programas sociales etc. Aunque no contamos con una ley nacional para la salud Mental, México incluye un capítulo de Salud

Mental en su ley general de Salud. Sin embargo, la mayoría de los involucrados coinciden en que esta atención es insuficiente, y que no todos los programas son efectivos (OMS, 2011). La realidad es que los problemas de Salud Mental están creciendo a un ritmo mayor del deseado, y los recursos y esfuerzos para frenarlos son insuficientes. Es por esto que se buscan constantemente intervenciones en prevención y atención que sean efectivas, con ganancias a mediano y largo plazo y que representen una inversión inteligente en cuanto a los fondos empleados.

Método

Presente estudio

Tomado en cuenta los elevados índices de problemas de Salud Mental en nuestra sociedad, y partiendo de la necesidad de atención y apoyo a los adolescentes en zonas marginadas, nos propusimos realizar una investigación que contribuyera al sano desarrollo de este grupo vulnerable. Específicamente, nos planteamos 3 objetivos principales:

- 1- Conocer de manera confiable y actualizada los índices de problemas de Salud Mental en estudiantes de secundarias públicas en zonas de riesgo
- 2- Analizar el impacto individual y colectivo de la presencia de apoyo psicológico dentro del plantel escolar
- 3- Resaltar las necesidades existentes en materia de política pública con sus respectivas recomendaciones.

Para cumplir con los objetivos, trabajamos con 3 secundarias públicas en zonas identificadas por Seguridad Pública como zonas de riesgo y marginación.

Evaluamos mediante instrumentos cuantitativos a 1507 estudiantes de 1er, 2do y 3ero de secundaria, de los cuales entrevistamos en por lo menos una ocasión a 215 de ellos. En cuanto a las características de los participantes, en la aplicación cuantitativa, el 49.5% fueron hombres y el 50.5% fueron mujeres, y en las entrevistas el 62% fueron mujeres y el 38% fueron hombres. La edad promedio de los evaluados fue de 13 años, con un rango entre los 11 y los 17 (el 95% de los

estudiantes tenían entre 12 y 15 años de edad). El 71.6% reportó estar viviendo con ambos padres, el 20.5% solo uno de ellos, el 4.4% en una familia compuesta y el 3% reportó vivir con algún familiar que no sean sus papás.

La investigación estuvo compuesta por 3 etapas:

La primera etapa consistió en la recolección de datos, la segunda etapa en el acompañamiento psicológico a estudiantes identificados, y la tercera etapa consistió en el análisis de información y elaboración de propuestas legislativas.

Procedimiento

El primer objetivo planteado fue el obtener datos descriptivos sobre la presencia de varios problemas de Salud Mental en adolescentes. Para cumplir con este objetivo, tuvimos que conformar un equipo de trabajo, obtener los permisos relevantes, elegir los métodos de recolección de datos, recolectar los datos, capturarlos y analizarlos.

Tomando en cuenta la ausencia de presupuesto, reclutamos voluntarios para participar en el proyecto. Invitamos a estudiantes de Psicología tanto de licenciatura como de Maestría a participar, quedando conformado el equipo por 1 coordinador, 3 estudiantes de maestría y 8 de licenciatura. Durante la etapa de reclutamiento, nos acercamos a una asociación que trabaja con adolescentes en secundarias públicas, y ellos nos dirigieron con las autoridades pertinentes para poder llevar a cabo el proyecto. Tres secundarias accedieron a que realizáramos una evaluación a sus alumnos y que les diéramos seguimiento a casos identificados. Los padres de familia fueron notificados por escrito, y no encontramos a ningún caso en el que declinaran el permiso a los alumnos.

Teniendo conformado el equipo y habiendo obtenido los permisos relevantes, el siguiente paso fue elegir el método para realizar el diagnóstico de Salud Mental en las escuelas. El método más común es el uso de encuestas y cuestionarios, ya que este permite un amplio alcance y es de fácil aplicación. Sin embargo, la desventaja es que los cuestionarios de auto informe son fáciles de falsear y por lo tanto no hay seguridad en cuanto a la confiabilidad de la información. Otro método común para recolectar información es mediante entrevistas. Este método aumenta

la confiabilidad de la información obtenida, pero el tiempo requerido es mucho mayor, además de que se necesitan entrevistadores capacitados. Para tener una muestra amplia y al mismo tiempo asegurarnos de la confiabilidad de los datos, nosotros elegimos utilizar ambos métodos.

Todos los alumnos respondieron un cuestionario con preguntas cerradas, el cuestionario de síntomas en la adolescencia del DSM 5, el cual evalúa la presencia de los síntomas principales de 10 problemas comunes en la adolescencia:

- Depresión
- Enojo (excesivo y recurrente)
- Ansiedad
- Ansiedad Social
- Impulsividad
- Consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco) e ilegales
- Ideación suicida / Intentos de suicidio
- Auto lesiones no suicidas (lastimarse a propósito a uno mismo)
- Conductas de alimentación de riesgo
- Violencia en el hogar y en la escuela

Este cuestionario fue diseñado para ser utilizado como primer filtro, con puntuaciones de corte que indican la posible presencia del problema y la necesidad de evaluar con mayor profundidad. La aplicación se realizó en horarios de clases, de manera grupal en sus salones en presencia de 2 evaluadores por grupos, quienes dieron las instrucciones y aclararon dudas. Una vez aplicados los cuestionarios, estos fueron capturados a un programa estadístico (SPSS v20) donde fueron analizados los resultados. Aquellos alumnos que obtuvieron puntuaciones en el rango de riesgo en por lo menos un problema evaluado fueron seleccionados como candidatos para la segunda evaluación. Esto nos dio una lista de 979 alumnos con por lo menos un problema emocional (acorde al cuestionario), lo cual representa al 65% de los alumnos. En base a sus resultados, la lista se organizó en orden de prioridad según la severidad de los síntomas, dándole

prioridad a la presencia de riesgo suicida, conductas autodestructivas, y cantidad de indicadores presentes. En horarios de clases, y con el apoyo de las secundarias, estos alumnos fueron invitados uno por uno a un espacio sin distracciones, en donde los voluntarios (estudiantes de Psicología) realizaron una entrevista clínica / diagnóstica. Esta entrevista tuvo 3 objetivos: 1- Conocer con mayor profundidad al adolescente y su funcionamiento psico social; 2- Diagnosticar la presencia de algún trastorno psicológico, lo cual a su vez nos permitió confirmar la veracidad de los resultados obtenidos en su encuesta; 3- Invitarlos a acercarse al psicólogo en otras ocasiones para darle seguimiento a lo surgido en la entrevista o para recibir apoyo y orientación en cualquier tema importante para él. Cabe mencionar que los voluntarios fueron adecuadamente capacitados para realizar estas entrevistas, y que el equipo tuvo reuniones semanales para supervisar el proceso.

La segunda etapa (acompañamiento psicológico) se sobrepuso al final de la primera etapa, ya que fueron varios los alumnos que buscaban seguir platicando con alguno de los Psicólogos. En cada escuela habían entre 3 y 4 psicólogos (los estudiantes voluntarios) cubriendo aproximadamente 4 horas semanales cada uno. Los psicólogos se encontraban en un espacio designado, y se ocupaban ya sea haciendo entrevistas o retomando las pláticas con los alumnos que se acercaban. Cabe mencionar que se le aclaró a la escuela, a los padres y a los alumnos que no estaban recibiendo sesiones de Psicoterapia, ya que el contexto no era el adecuado. En cambio, trabajamos desde un modelo de consejería o acompañamiento, en donde se trabajan temas importantes, se les ofrece apoyo, se alienta la expresión de emociones y se buscan soluciones prácticas y factibles. Esto difiere del trabajo profundo que se realiza en una sesión de psicoterapia, la cual tiene otro tipo de metodología. En los casos en donde la problemática era fuerte, se les hacía la invitación a los padres a acudir a alguna institución que ofreciera los servicios necesarios (Ej. DIF, Centros de Integración Juvenil).

La tercera etapa, análisis de datos y propuestas legislativas, se realizó en horarios fuera de las visitas a las secundarias, mayormente en las reuniones semanales del equipo, así como con asesorías con otros profesionales.

Resultados

El 65% de los adolescentes tuvieron una puntuación de riesgo en por lo menos 1 de las áreas evaluadas por el cuestionario. De aquellos adolescentes que tuvieron indicadores, el 40.6% presentó un problema, el 22% presentó 2, el 14.8% presentó 3, el 8.6% presentó 4, y el restante 14% presentó 5 o más. La tabla 1 muestra la distribución por sexo.

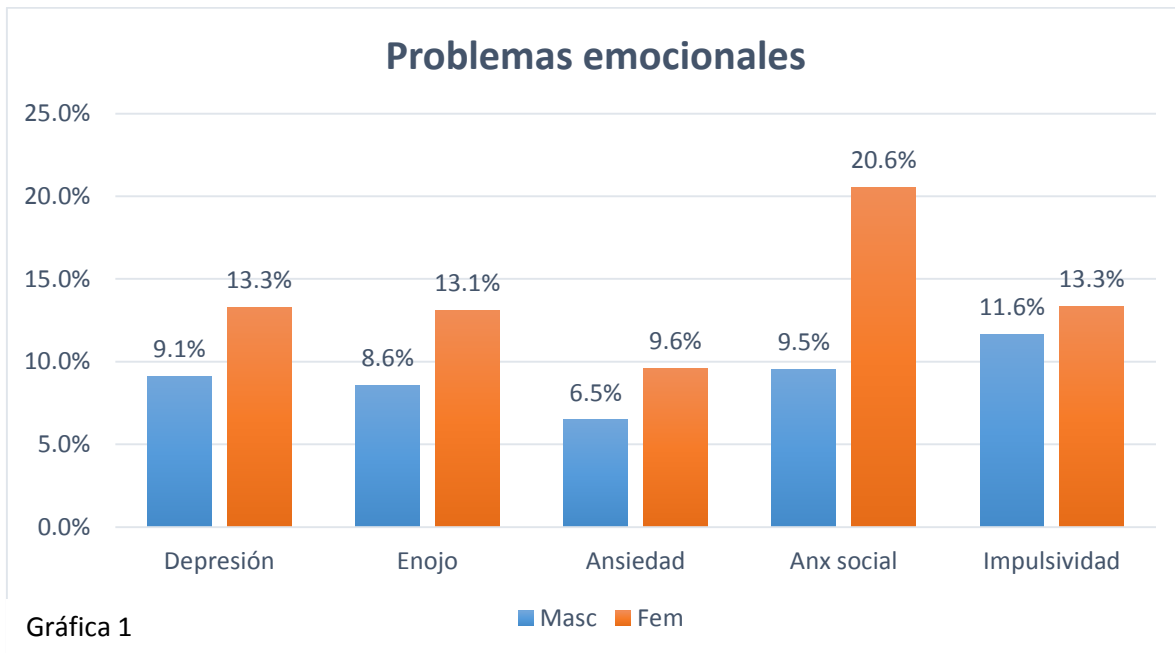
# de prob	Masc %	Fem %	Total %
1	41.2%	40.1%	40.6%
2	22.4%	21.7%	22.0%
3	18.8%	11.6%	14.8%
4	5.5%	11.1%	8.6%
5	5.5%	7.7%	6.7%
6	5.5%	3.9%	4.6%
7	1.2%	1.9%	1.6%
8	0.0%	1.9%	1.1%

Tabla 1: Distribución del número de problemas encontrados

Una de las áreas que evalúa el cuestionario son los síntomas asociados a trastornos emocionales. Los resultados indicaron que el problema más común es la Ansiedad Social, con un 15% de los adolescentes reportando síntomas significativos, seguido por problemas en el control de impulsos con un 12.5%. El 11.2% de los adolescentes reportaron problemas de depresión significativos, el 10.9% reportaron niveles significativos de enojo y el 8.1% presentaron síntomas de ansiedad (Ver gráfica 1).

Entrevistamos a 96 alumnos (29 hombres y 57 mujeres) que presentaron síntomas significativos de Depresión en el cuestionario. Encontramos que el 30% de ellos cumplía con el diagnóstico de Depresión Mayor (44% hombres y 23.8% mujeres), el 23.3% tenía depresión sub clínica y el restante 46.7% tenía síntomas transitorios o de menor gravedad. En cuanto a los problemas asociados, el 47% de los adolescentes con depresión también tenía síntomas de ansiedad social, el 60% antecedentes de haberse lesionado intencionalmente o haber tenido ideación suicida, y entre el 25% y el 30% había experimentado con alcohol y / o drogas. En las entrevistas surgió que entre las causas más frecuentes de la depresión fueron problemas familiares, abuso de alcohol por parte de uno de los padres, ausencia de lazos afectivos y acoso escolar.

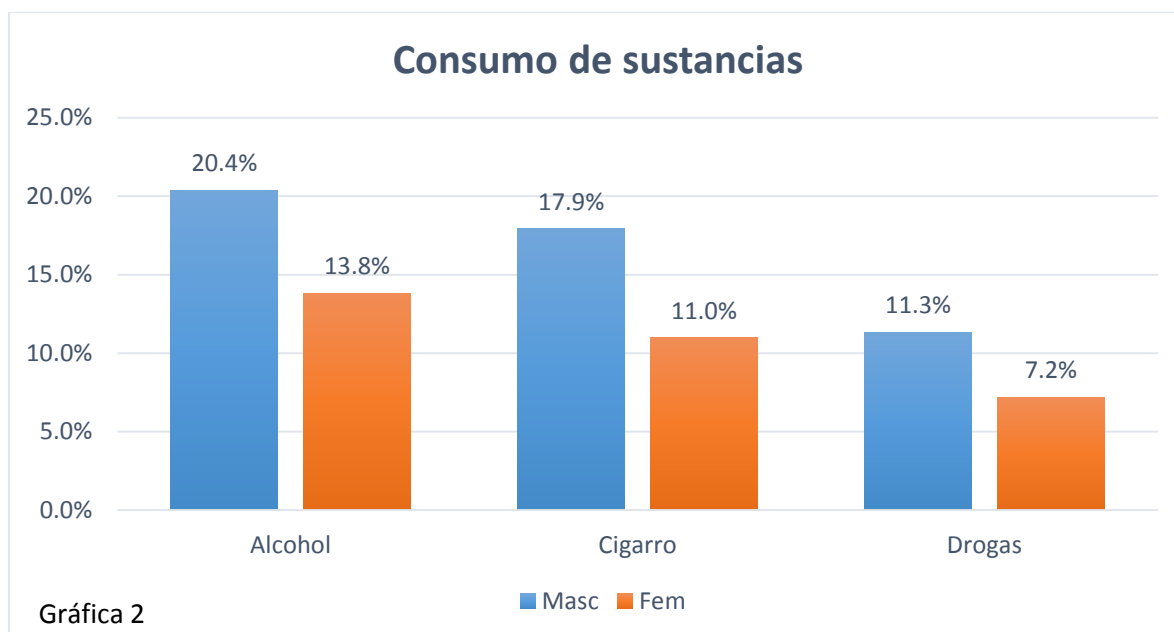
La Ansiedad Social se diferencia de la timidez en el nivel de los síntomas y el malestar que genera. El 15% de los adolescentes indicaron timidez más allá de lo normal y esperado para la etapa, y entrevistamos a 22 de ellos. Entre los síntomas principales estaba el nervio excesivo a la hora de hablar frente al grupo, pánico escénico a la hora de exponer, y dificultades para expresar sus opiniones ante otros. Ellos reportaron inseguridad en cuanto a su capacidad para socializar, miedo al rechazo e hipersensibilidad a la crítica. El 10% de los entrevistados cumplió criterios para el diagnóstico, el 30% presentó niveles sub clínicos, y el restante 60%, aunque sí tenían algunos síntomas, estos no eran suficientes para considerar su caso como patológico. El 50% de los adolescentes con ansiedad también reportaron síntomas de depresión, el 40% ideación suicida y el 30% haber probado el alcohol o las drogas. En las entrevistas encontramos que las causas más frecuentes eran críticas y exigencias excesivas por parte de los padres, antecedentes de bullying y baja autoestima.

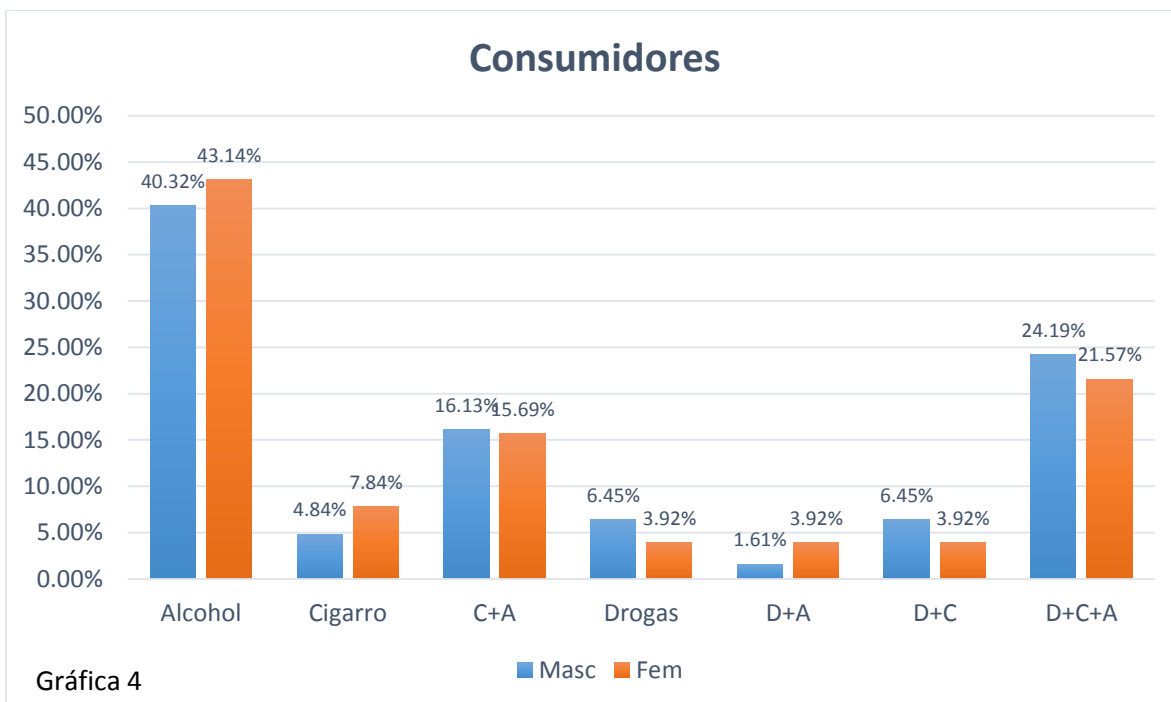
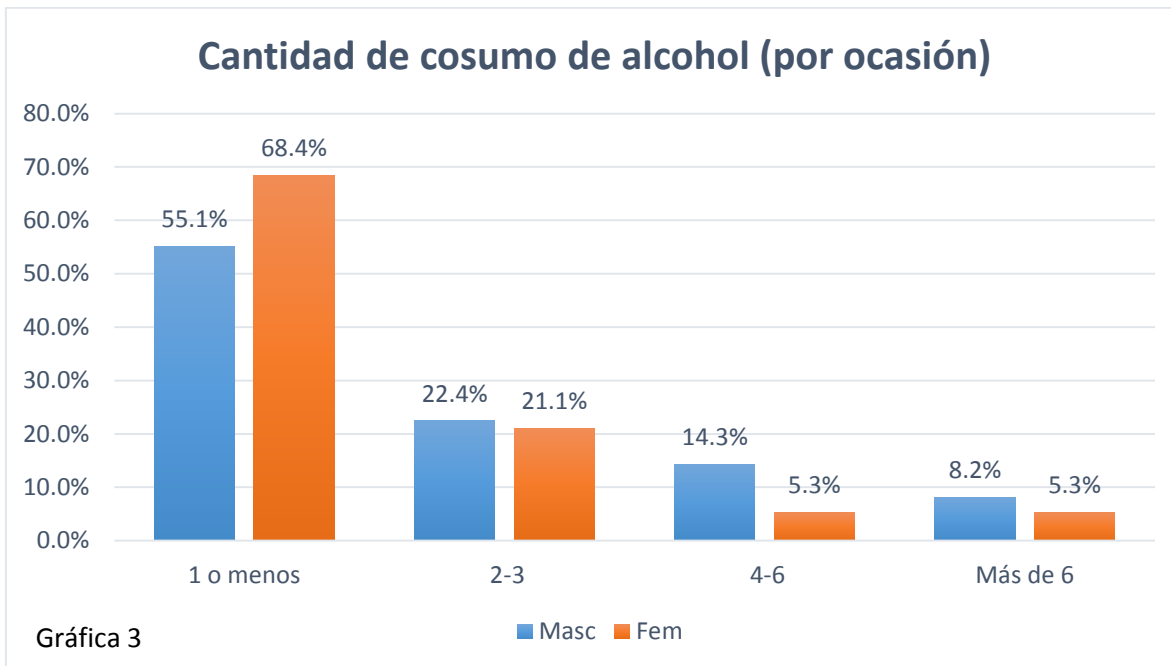


Otra área que el cuestionario evalúa es el consumo de sustancias, específicamente alcohol, drogas ilegales y cigarrillos. Los resultados de la encuesta nos indicaron que el 17% de los estudiantes de secundaria han probado el alcohol, el 15% ha fumado cigarrillos y el 9.2% ha probado alguna droga ilegal (ver gráfica 2). La misma encuesta nos reveló que, de aquellos que han consumido alcohol, el 60% únicamente consume una bebida por ocasión, el 20% toma entre 2 y 3 bebidas, y el restante 20% toma 4 o más bebidas por ocasión (ver gráfica 3). Entrevistamos a 60 adolescentes que admitieron consumir alcohol, y encontramos que el 10% presentaba problemas serios (cabe mencionar que estos alumnos fueron canalizados al Centro de Integración Juvenil), el 50% tomaba de manera social y el 40% lo hacía de manera ocasional. También encontramos que el 70% de ellos comenzaron a consumir entre los 10 y los 13 años de edad, siendo los amigos la principal influencia para que lo probaran. En cuanto a problemas asociados, el 50% de los consumidores de alcohol presentaron síntomas de depresión, entre el 30% y 40% problemas con enojo e impulsividad, el 25% ansiedad social y el 38% ideación suicida. También analizamos el uso de varias sustancias simultáneamente, y encontramos que la frecuencia más común es

alcohol únicamente (42%), seguido por el uso de alcohol, drogas y cigarros (23%) (ver gráfica 4).

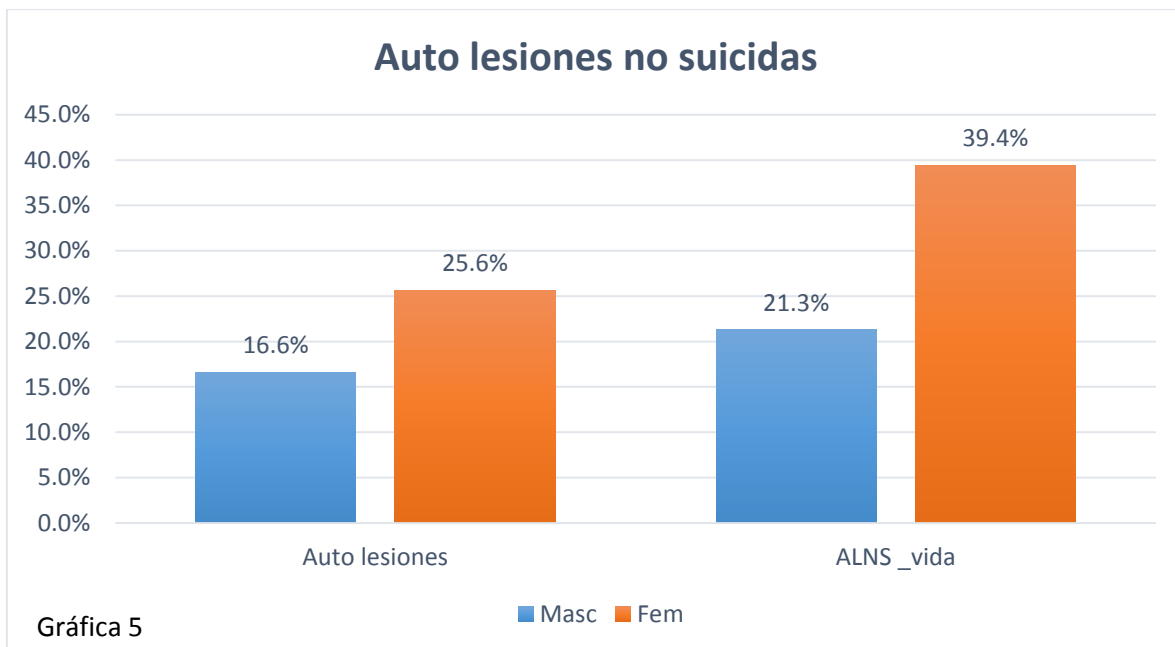
También entrevistamos a 20 adolescentes que admitieron haber consumido drogas (6 hombres y 14 mujeres), y encontramos que el 63% consumió marihuana, el 16% inhalantes, el 10% cocaína y el 5% éxtasis. El 62% consumía aproximadamente una vez al mes, el 24% más de una vez al mes y el 14% una vez a la semana o más (al igual que el grupo de consumidores de alcohol, fueron invitados a acudir a un centro especializado). En base a los datos, estimamos que el 62.5% de los usuarios entran en la categoría de uso experimental, el 20.8% en abuso y el 16.7% de los adolescentes consumidores son farmacodependientes. La edad de inicio más frecuente fue a los 11 años, y encontramos a 2 adolescentes que reportaron haber comenzado a los 8 años de edad. En más de la mitad de los hogares había por lo menos un familiar consumidor.

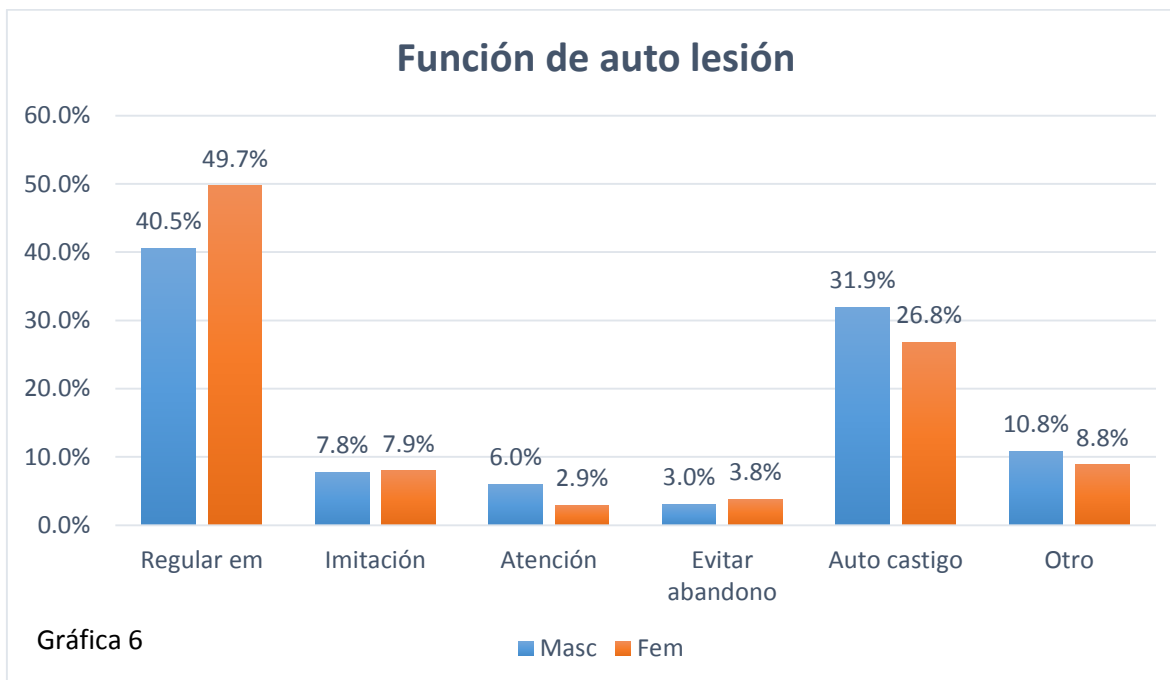




Evaluamos la presencia de cutting o autolesiones no suicidas, y encontramos números muy elevados. Acorde al cuestionario, el 16.6% de los hombres y el 25.6% de las mujeres se lastimaron a propósito en el último mes, y el 21.3% de los hombres y el 39.4% de las mujeres se han auto lesionado en alguna ocasión de sus vidas (ver gráfica 5). Entrevistamos a 131 de ellos, y encontramos que el

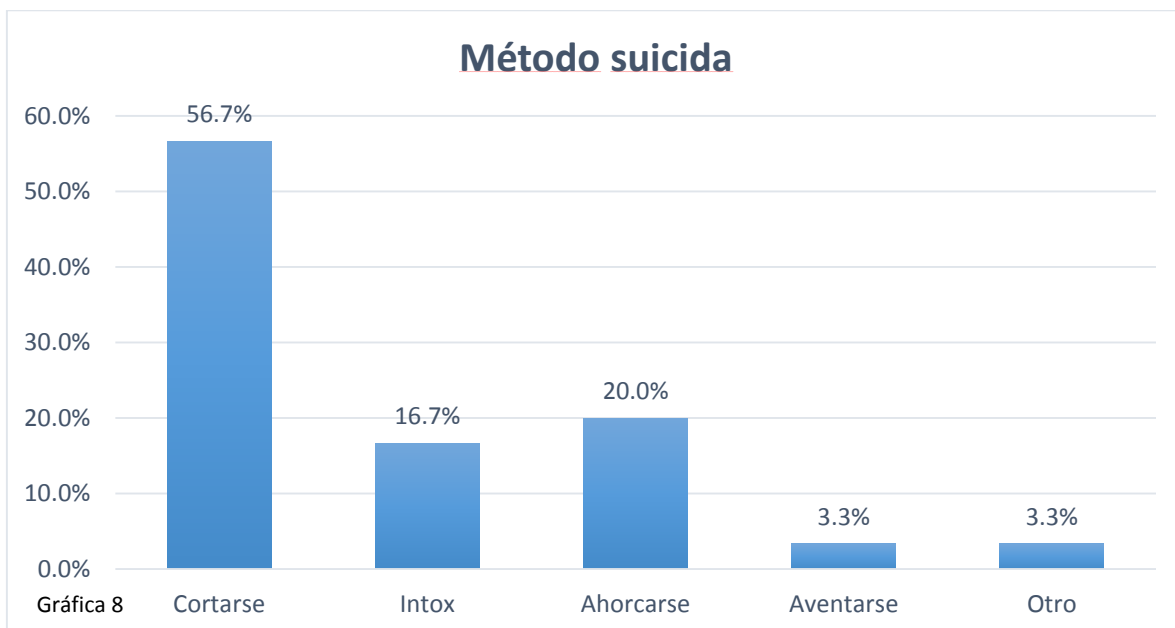
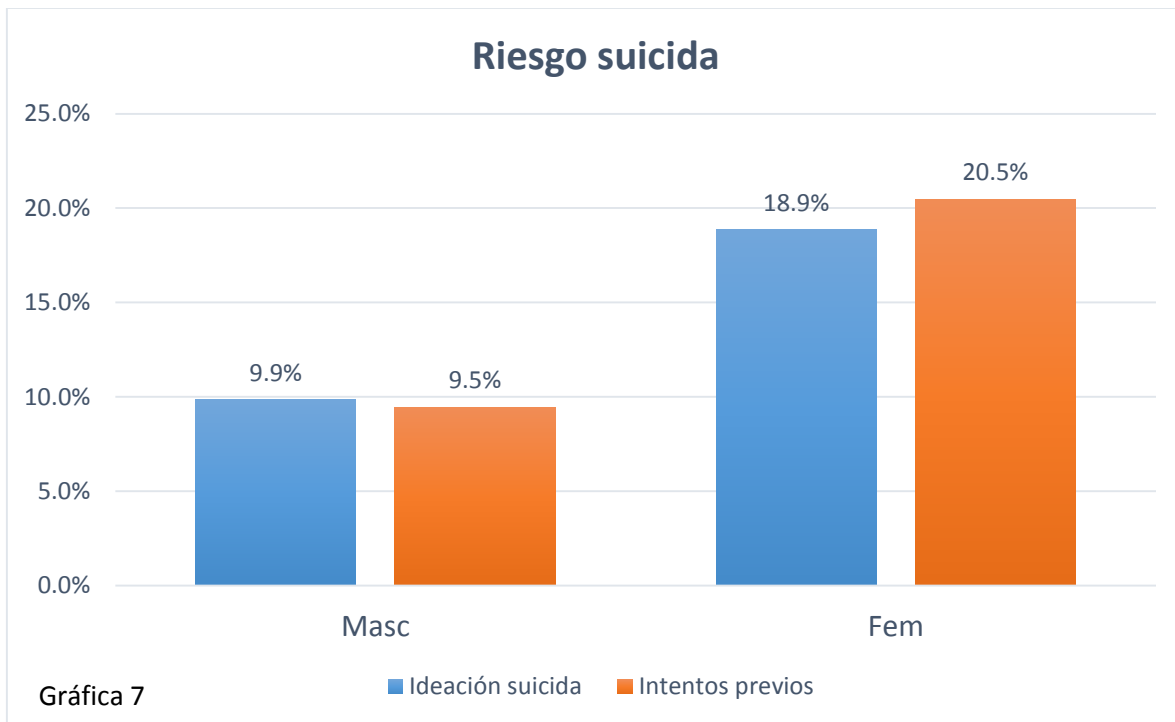
método más común es cortarse (72.5%), seguido por rasguñarse (35%). La edad de inicio oscila entre los 10 y los 14 años, y encontramos algunos casos con edad de inicio a los 6 y los 8. El 40% reportó que mientras se cortaba tenía el deseo de morir, y el 60% reportó que no sienten dolor cuando lo hacen. En cuanto a los problemas asociados, encontramos que un 63% tenía síntomas de depresión (40% cumplía criterios para depresión mayor), el 66% tenía ideación suicida, y el 33% son consumidores de alcohol. La mayoría de los adolescentes entrevistados reportaron que el deseo de cortarse aparecía ante situaciones de mucho malestar emocional, y que al lastimarse sentían un alivio inmediato pero de corta duración. Otros motivos comunes eran el castigarse a sí mismos, y el tratar de sentir adrenalina (“otro” en la gráfica 6). También encontramos un fenómeno de imitación importante, en donde grupos de amigos se juntaban para cortarse como señal de apoyo mutuo. En base a los datos, estimamos que el 64% de los adolescentes que se cortan lo hacen de manera ocasional, el 18% de manera frecuente pero con cierta conciencia que deben da parar, y el 18% que igual lo hacen frecuentemente pero se sienten incapaces de dejar de hacerlo.



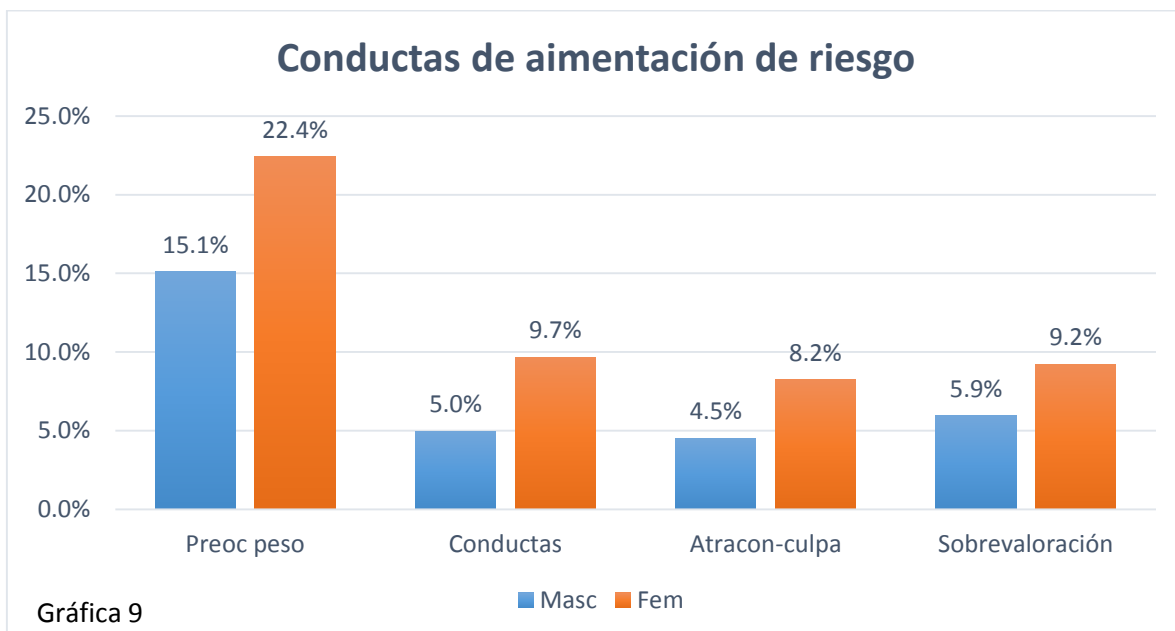


El suicidio es uno de los problemas más preocupantes a nivel mundial, y México no es la excepción. En la presente encuesta evaluamos la presencia de ideación suicida y el historial de intentos previos, y encontramos que en el último mes, el 19% de las mujeres y el 10% de los hombres han tenido pensamientos sobre morir, con números casi idénticos para intentos de suicidio previos (ver gráfica 7). También encontramos que, de los adolescentes con ideación suicida e intentos de suicidio, el 66% son mujeres. Entrevistamos a 66 adolescentes con indicadores de riesgo suicida (71.2% mujeres), y al analizar los problemas asociados más comunes encontramos que el 66% tenía depresión, el 25% presentó ansiedad, el 70% también se autolesionaba, y el 25% reportó consumo de alcohol o drogas. En cuanto a los intentos de suicidio, el 56.7% lo intentó cortándose, el 20% ahorcándose y el 16.7% por medio de pastillas (ver gráfica 8). El 40% de los hombres y el 70% de las mujeres con intento previo llevan más de un intento, y entre el 10% y el 20% de estos intentos requirieron atención médica, lo cual nos dice que no fueron con gran letalidad. Sin embargo, congruente con lo que ya sabemos, encontramos que cada intento subsecuente se hace con mayor deseo de morir y con mayor violencia. En las entrevistas encontramos que la depresión es un factor clave para entender el suicidio, que la mayoría de ellos llevaba varios

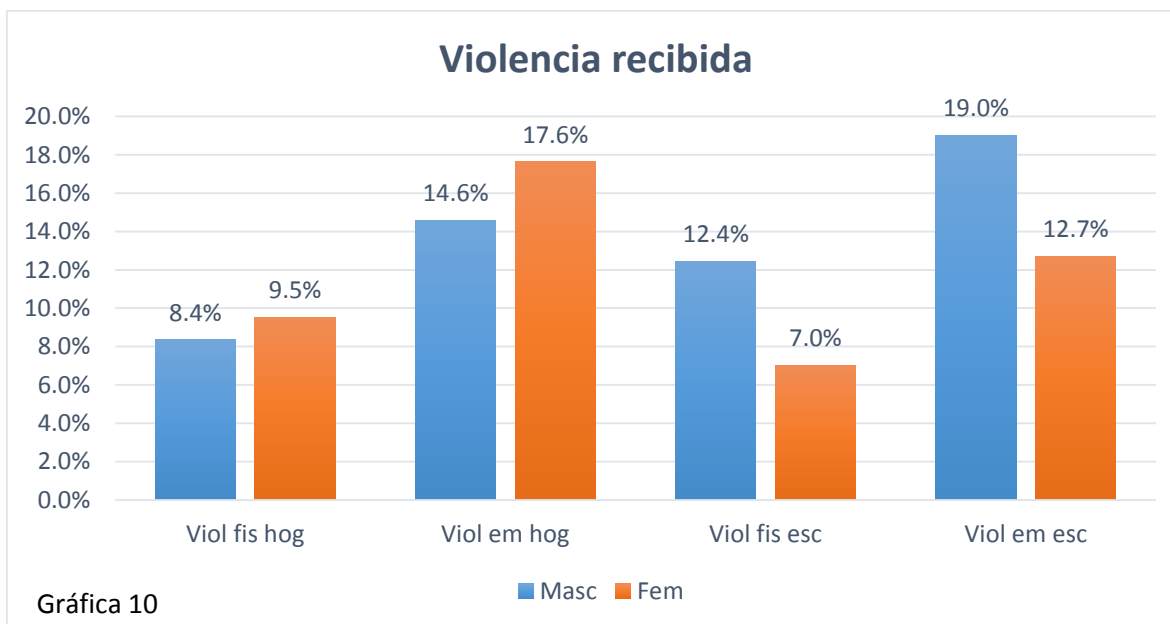
meses o incluso años sintiéndose mal pero sin encontrar apoyo o maneras de sentirse mejor. Como lo indican los datos, muchos de ellos también se auto lesionan, lo cual representa un factor de riesgo. Mediante análisis estadísticos de los datos, encontramos que los principales predictores de un intento de suicidio son: intentos previos (entre más intentos, mayor el riesgo, antecedentes de auto lesiones y presencia de depresión).



Al evaluar las conductas de alimentación de riesgo (síntomas de un trastorno de alimentación), como era de esperarse, encontramos porcentajes más elevados en las mujeres. La encuesta nos indicó que el 17% de los adolescentes tienen una preocupación excesiva por su peso, el 7% ya realiza conductas que atentan contra su salud como dejar de comer o tomar pastillas (sin prescripción), el 6% siente culpa después de comer, y el 7% cree que la única manera de ser feliz es siendo delgado (ver gráfica 9). Entrevistamos a 13 adolescentes mujeres con indicadores de un trastorno de alimentación, y ellas nos comentaron que desde su casa les han controlado la comida, y que eran sujetas a críticas por sus papás por su apariencia. Nueve de ellas también reportaron haber tenido sobre peso en la infancia y haber sido molestadas por eso. Siete de estas chicas cumplen criterios para bulimia y las otras 6 cumplen criterios para el trastorno de alimentación no especificado. En cuanto a problemas asociados, el 61% presentó síntomas de depresión, el 38% ansiedad, el 14% consumo de alcohol y drogas y el 46% ideación suicida.



La violencia es tanto causa como consecuencia de problemas de Salud mental. Nosotros evaluamos 2 tipos de violencia (física y emocional) en 2 contextos (el hogar y la escuela). Los resultados nos indican que el 20% sufre algún tipo de violencia en el hogar y / o en la escuela (ver gráfica 10). Entrevistamos a 37 adolescentes que reportaron vivir violencia en el hogar, y el 40% reportó vivir violencia física y emocional, y el 60% reportó vivir violencia emocional. El 10% de los que viven violencia en el hogar mencionó que la vivía de manera frecuente, siendo el padre el agresor más común, y la presencia de alcohol una constante. Entrevistamos a 43 alumnos que han sufrido de violencia en la escuela, y el 35% reportó sufrir de maltrato físico y emocional. Ellos también mencionaron que prefieren no reportar a los agresores por temor a mayores represalias. Entre los problemas asociados a vivir violencia, encontramos depresión en el 50% de los casos, 80% con enojo, 50% con consumo de alcohol y drogas y 40% con ideación suicida. Al analizar la reciprocidad entre vivir y ejercer violencia, encontramos que el 80% de los que han vivido violencia en el hogar la han ejercido en la escuela.



Para tener una mejor comprensión de la interacción entre los distintos problemas, realizamos un análisis de correlación, el cual nos permite obtener valores

asociados al grado de influencia mutua. En la tabla de correlación, las mujeres se encuentran arriba de la diagonal y los hombres por debajo (ver tabla 2). Los datos nos permiten observar que prácticamente todos los trastornos se relacionan entre sí, a excepción del uso de sustancias y la ansiedad social. En general los datos son bastante similares entre hombres y mujeres, a excepción de los trastornos de alimentación, donde las mujeres tienen correlaciones más elevadas con todos los demás problemas. En general, las correlaciones más elevadas son entre la depresión y otros problemas, como el riesgo suicida, el enojo y la ansiedad. El uso de sustancias tuvo correlaciones elevadas con depresión e impulsividad, y el riesgo suicida con enojo, ansiedad y problemas alimenticios en mujeres. A modo de resumen podemos afirmar que la presencia de un problema facilita la aparición de síntomas de otro problema.

Correlaciones									Mujeres
	Dep	Enojo	Ans	Impuls	Ans Social	Prob aliment	Vict viol	Sust	Riesgo suic
Depresión	1	.496**	.558**	.445**	.363**	.425**	.291**	.245**	.772**
Enojo	.504**	1	.591**	.470**	.368**	.477**	.277**	.232**	.553**
Ansiedad	.509**	.489**	1	.491**	.493**	.434**	.240**	.193**	.567**
Impuls	.355**	.430**	.292**	1	.255**	.493**	.260**	.316**	.502**
Ans Social	.372**	.337**	.434**	.279**	1	.469**	.146**	-0.078	.383**
Prob aliment	.335**	.326**	.362**	.250**	.421**	1	.211**	.109*	.540**
Vict violencia	.208**	.268**	.207**	.198**	.128**	.240**	1	.194**	.311**
Sustancias	.212**	.264**	.136**	.369**	0.051	.135**	.203**	1	.255**
Riesgo suic	.748**	.493**	.504**	.393**	.371**	.375**	.293**	.279**	1
	Hombres								

Tabla 2: Matriz de correlaciones

El segundo objetivo de la presente investigación fue conocer el impacto o beneficio de la presencia de apoyo psicológico dentro del plantel escolar. Siendo

este un proyecto piloto, y tomando en cuenta la metodología utilizada, la evidencia para este objetivo es anecdótica y cualitativa. En otras palabras, dado que la participación en el proyecto después de la aplicación del cuestionario fue voluntario, y variaba con cada alumno, no diseñamos una evaluación final cuantitativa, ya que esta hubiera tenido muchos sesgos en la confiabilidad. Sin embargo, el impacto de la presencia de los psicólogos se puede respaldar mediante los comentarios de los mismos alumnos, los psicólogos que los trataron, y los directores y maestros. Codificamos la actitud y la respuesta de los alumnos cuando fueron invitados a platicar con un psicólogo, y como podemos observar en la tabla 3, el 24.6% declinó la invitación por falta de interés o por no verle utilidad, el 27.9% no estaban convencidos pero decidieron intentarlo, y el 47.5% lo vio como una buena oportunidad. Contrario a lo que esperábamos, la mayoría de los adolescentes hablaron con libertad y confianza, y solo un grupo menor (aproximadamente el 20%) respondían de manera monosilábica o apáticamente. Los comentarios al finalizar cada entrevista y sobre todo al finalizar el ciclo escolar (y por lo tanto el proyecto) fueron de gratitud por el apoyo. La realidad es que unas cuantas pláticas individuales no les resolvieron los problemas, pero (acorde a sus comentarios) les ayudaba sentir que alguien los escuchaba y les ayudaba a pensar en soluciones. Los comentarios de los directores y maestros de igual manera fueron positivos. Ellos reconocen la necesidad de atender las necesidades emocionales de los alumnos, pero saben que esa labor cae fuera de su función o su formación, por lo que vieron con agrado el que los alumnos recibieran algún tipo de orientación.

Respuesta al ser invitados a hablar con un Psicólogo			
	masc	fem	Total
No me interesa	38.0%	15.3%	24.6%
Indiferente pero estoy dispuesto a intentar	34.0%	23.6%	27.9%
Me parece muy buena idea	28.0%	61.1%	47.5%
	100.0%	100.0%	100.0%
Tabla 3			

La investigación tiene como fin último el aportar conocimiento que permita avances sociales y / o contribuir para el bienestar de los integrantes de una sociedad. La prevención y detección temprana de temas de Salud Mental se debe de abordar desde distintos sectores, buscando que los resultados de investigaciones promuevan acciones concretas y específicas. Uno de los mayores logros de una investigación es que aporte para la creación de nuevas leyes o adecuación de leyes existentes que favorezcan el desarrollo social. Es por esto que nos planteamos como tercer objetivo el relacionar los hallazgos de la presente investigación con materia legislativa o jurídica. Para este propósito revisamos información disponible sobre el tema, y encontramos 2 acciones recientes que consideramos relevantes con la presente investigación: la ley anti bullying del 2013 y la ley de Psicólogos en escuelas en el estado de Sonora del 2013.

El acoso escolar es un tema que ha existido desde hace décadas pero que únicamente en la última década se reconoció y documentó su gravedad. Debido a mucho reportes en medios de comunicación, internet y estudios sobre el tema, la sociedad en general le puso más atención a este fenómeno, el cual a pesar de los distintos esfuerzos no se ha podido frenar. La cámara de Diputados Federales tomó acción en este problema y en Abril del 2013, de manera unánime, se aprobó la ley Anti Bullying, la cual a grandes rasgos promueve la difusión de información preventiva, sanciona a aquellas personas que no actúen ante casos de bullying, además de promover la atención psicológica para tanto víctimas como victimarios. Otra ley que une la Salud Mental con los estudiantes es la ley que se aprobó en Sonora y que requiere que los planteles de educación básica cuenten con un Psicólogo por cada 300 alumnos, y que este realice funciones como detectar y actuar ante casos de bullying, realizar pláticas informativas a alumnos, padres y maestros, orientar al alumno vocacional y psicológicamente y brindar orientación sobre prácticas preventivas.

Aunque la presente investigación no se realizó con la intención de apoyar la Ley de Psicólogos en escuelas, la realidad es que es un complemento perfecto, y nos unimos a la propuesta que esta sea una ley que se aplique en todo el País. Como ya vimos, la Salud Mental de los adolescentes (y la población en general) requiere

de atención, ya que los índices y costos asociados son muy elevados, además de que los problemas están en aumento. También revisamos que solo un porcentaje reducido del presupuesto de Salud es dedicado a la Salud Mental, y que este no es proporcional a la magnitud del problema. Por lo tanto, es necesario que aquellos recursos que se destinen a atender la Salud Mental sean bien invertidos, con programas que sean eficaces y de amplio beneficio. Sin embargo, las acciones que se han estado realizando han sido insuficientes, lo cual es evidenciado por el aumento en el número de casos cada año. Desde nuestra visión y experiencia, la prevención y atención temprana son esenciales, pero para temas de Salud Mental, intervenciones que tienen contacto limitado con la población objetivo, como pláticas y repartir trípticos, son deficientes. Otro problema es que menos de la mitad de los adolescentes que padecen de algún problema emocional acuden con un profesional, por lo que también es importante el acercarse a ellos. Nosotros consideramos que un adecuado balance entre el uso eficiente de presupuesto, atención preventiva y de atención temprana, contacto con la población objetivo y adecuación de las estrategias es la presencia de un Psicólogo en las escuelas. Una de las primeras dudas ante este planteamiento podría ser la aceptación de los alumnos ante la atención psicológica, pero nuestros resultados indicaron una respuesta favorable por parte de los alumnos. Otra gran ventaja de este método es que, al tener a un psicólogo dentro del plantel, es más fácil llevar a cabo las acciones necesarias para las necesidades particulares de la escuela. Como nuestros resultados indicaron, un porcentaje importante de alumnos dentro de las escuelas padecen de algún trastorno emocional, pero no todos los casos son severos, lo cual da la oportunidad de actuar de manera temprana, reduciendo costos y aumentando la efectividad. Además, al tener al Psicólogo dentro de la escuela, es más fácil dar seguimiento a las acciones e intervenciones, asegurándose que los beneficios se mantengan a mediano y largo plazo. En nuestra experiencia, este fue justamente el caso. Los alumnos que mayor beneficio obtuvieron de la presencia de los psicólogos fueron aquellos que tenían problemas en niveles sub clínicos. Aquellos adolescentes con un trastorno diagnosticable requerían de una atención mayor que la que se puede ofrecer dentro de una escuela, pero aquellos que

presentaban problemas sin que estos fueran demasiado grandes se beneficiaron de sesiones de orientación, lluvia de ideas en cuanto a formas de solucionar problemas y apoyo emocional. En los casos con psicopatologías, la labor del Psicólogo en la escuela también es muy importante, ya que puede servir de enlace entre la escuela, la familia y la institución adecuada para su atención. En nuestra investigación, aquellos alumnos que reportaron ideación suicida fueron canalizados a un programa de atención específico para este tema, y los alumnos con consumo de alcohol y / o drogas fueron canalizados al Centro de Integración Juvenil. En cuanto al enlace con las familias, los psicólogos orientaron a los directores en formas de abordar a la familia para que reconocieran la importancia de atender estos temas. No es descabellado decir que, sin el contacto inicial con el Psicólogo en la escuela, la mayoría de estos adolescentes no hubieran tenido la motivación o la oportunidad de acercarse a instituciones especializadas. Desde una perspectiva económica, también se puede argumentar a favor de tener Psicólogos en las escuelas, ya que el dinero invertido es compensado con menores costos de atención, prevención de embarazos y de deserción escolar (entre otros).

Conclusiones

Los hallazgos y reflexiones más relevantes de la presente investigación son los siguientes:

- 1- Aproximadamente 1 de 4 estudiantes de secundarias públicas presenta problemas psicológicos significativos, y 1 de 10 padece de una psicopatología.
- 2- En estudiantes encontramos una variedad de problemas que frecuentemente se dan en conjunto, entre las que podemos destacar: Depresión, ansiedad, ideación suicida, cutting, bullying y consumo de sustancias
- 3- Las acciones a nivel nacional para atender los problemas de Salud Mental, aunque han ido en aumento, aún son insuficientes

- 4- La distribución de los recursos para atender la Salud Mental no es proporcional al costo social (ya sea en términos de bienestar subjetivo o económicos)
- 5- La presencia de Psicólogos en las escuelas públicas fue bien recibida por alumnos, maestros, directores y padres de familia
- 6- La presencia de un Psicólogo en las escuelas públicas favorece la prevención, detección temprana y canalización a atención especializada, lo cual lo convierte en una inversión inteligente, y brinda beneficios mayores a traer programas elaborados externamente y aplicados dentro de las escuelas (es más útil tener a alguien que conoce y está en contacto con los adolescentes, conoce sus necesidades y propone acciones específicas).
- 7- La ley de Psicólogos en las escuelas es una propuesta que puede tener un impacto favorable en la Salud Mental de los adolescentes, especialmente en zonas marginadas que tienen poco acceso a programas de salud.

Fortalezas y debilidades

Consideramos que una de las fortalezas de la presente investigación es la metodología. La confiabilidad de los datos siempre es un tema a cuidar cuando se levantan encuestas y se aplican cuestionarios, sobre todo cuando abarcan temas delicados o potencialmente problemáticos como suicidio, bullying y uso de sustancias. En nuestro caso, el trabajar en 2 fases, aplicación de un cuestionario y entrevista, nos permitió constatar la confiabilidad de los datos, al mismo tiempo que logramos mayor profundidad en la información. Al comparar los datos obtenidos de los cuestionarios y de las entrevistas, encontramos entre un 75% y un 90% de congruencia en los datos, dependiendo del tema. La entrevista también nos permitió una clasificación más específica de los casos con indicadores, para poder realizar estimaciones de porcentajes con el trastorno y en niveles sub clínicos.

Dentro de las limitaciones del presente estudio está el hecho que no es una muestra representativa, ya que los resultados de 3 escuelas secundarias públicas de una zona particular del país no nos permite generalizar los datos. Aunque consideramos que los resultados respaldan la propuesta de incluir Psicólogos en

escuelas públicas, también reconocemos que hacen falta estudios representativos a nivel nacional que constaten el impacto positivo en otras zonas del país.

El trabajo con adolescentes puede ser arduo, complicado y a veces hasta frustrante, pero al mismo tiempo es extremadamente gratificante. Esta es una edad en la que, así como son vulnerables a decaer, también tienen el potencial de crecer como individuos y aportar su vitalidad y energía a la sociedad. En ellos aún encontramos el idealismo de poder lograr cualquier objetivo, la energía para perseguir sus sueños y la creatividad para transformar su entorno.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association. (APA, 2013)

Barlow, D. (2002). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. 2ed. Guilford press.

Beck, A., Brown, G. & Wenzel, A. (2008). Cognitive therapy of suicide. American psychological association.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Mental, 32(2).

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, 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, pp 386-395.

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. & Medina Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Mental, 35(6).

García, G., Martínez, G., Saldivar, A., Sánchez, R., Martínez, G.M & Barrientos, M. (2012). Factores de riesgo y consecuencias del *cyberbullying* en un grupo de adolescentes. Asociación con *bullying* tradicional. Bol Med Hosp Infant Mex;69(6):463-474

González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 24(6).

Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, P. & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *BJPsych*, 190: 521-528.

Nock, M. (2010). Self-injury. *Annual review of Clinical Psychology*. 6: 339-363.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

Sandoval, J. & Richard, M. (2004). La Salud Mental en México. Cámara de diputados: División de Política Social.

Unikel, C. & Caballero, A. (2010). Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Serie: Guías clínicas para la atención de Trastornos Mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría.

Declaración

El presente trabajo es de autoría propia, inédita, sin conflictos de intereses.

El autor se compromete a no someter este trabajo a ningún otro concurso ni a publicarlo en algún otro medio hasta que se declare el fallo del jurado.

Esta investigación no tiene afiliación política ni gubernamental alguna, ni existen conflictos de intereses. Fue un proyecto sin fondos, con participación voluntaria, por lo que su único objetivo es el contribuir al conocimiento y avance en materia de Salud Mental. Ningún participante tiene parientes, conyugues o nexo alguno dentro de la cámara de Diputados o alguien involucrado en el dictamen del concurso.