

REVISANDO EL ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL: EVALUACIÓN DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL ENTRE LOS JÓVENES DE CONTEXTO URBANO Y RURAL

Mtro. Hugo César Ciambelli Romero¹

Dr. Remberto Castro Castañeda²

RESUMEN

En México existen artículos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como leyes complementarias, que establecen derechos sociales a todos los mexicanos. Dado los limitados recursos existentes, se han tenido que generar leyes que marquen prioridad de atención sobre aquellos grupos de población que sean más vulnerables como las personas que viven en pobreza extrema o, por grupos de edad, los niños/as y jóvenes. Uno de los derechos que requieren de esa distinción es el derecho a la salud y, particularmente, a la salud mental. El presente trabajo hace una reflexión del estado de las políticas públicas entorno a la salud mental, partiendo de sus bases conceptuales y evaluando su coherencia con sus objetivos y estrategias de acción.

Se propone a su vez, llevar a cabo un cambio de enfoque que aplique de manera más fiel la conceptualización de la salud mental como un estado de bienestar con las características que la Organización Mundial de la Salud ha determinado. Para mostrar las ventajas que esto traería a la evaluación del desarrollo regional y sus desigualdades, se lleva a cabo un diagnóstico de la salud mental desde el bienestar psicosocial de los jóvenes estudiantes de secundaria de dos municipios de la Costa Norte de Jalisco, dicho diagnóstico incluye variables individuales, familiares, escolares y comunitarias. A partir de sus resultados se logran conclusiones que ponen en evidencia las desigualdades dentro de la misma región, las necesidades prioritarias de salud mental de ciertos grupos de jóvenes y, finalmente, los aportes puntuales que una evaluación integral de la salud mental harían a la creación de políticas públicas según las necesidades particulares de una comunidad.

Palabras clave

Bienestar; Salud mental; Políticas Publicas

Introducción

La salud mental, más allá de la ausencia de enfermedad, es empleada pocas veces como medio para evaluar el nivel de desarrollo de una sociedad. Si bien, cada vez es más aceptada la visión integral del desarrollo humano (Ibañez, Mujica y Castillo, 2017) o incluso nuevas tendencias más extensas como el Índice de Felicidad o el Índice para una Vida Mejor, aún no existen herramientas populares de evaluación del desarrollo que ponga como uno de sus ejes la salud mental del individuo o la calidad del contexto en el que se desarrolla el mismo.

¹ Mtro. Hugo César Ciambelli Romero, Universidad de Guadalajara, hugh_89@hotmail.com

² Dr. Remberto Castro Castañeda, Universidad de Guadalajara, reembert@hotmail.com

Así mismo, el enfoque a través del cual se aborda la salud mental en México presenta una estructura centrada en torno a la enfermedad y no al bienestar, por lo que el recurso a su vez se utiliza en buena medida sobre los hospitales psiquiátricos (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Con ello se puede apreciar el atraso que, a nuestro entender, limita la importante aportación que podría brindar una política pública que tendiera a la salud mental más integral.

En el presente trabajo se ha llevado a cabo un análisis breve del marco legal en el que se encuentran los derechos sociales respecto a la salud y, en lo particular, la salud mental en México. En cuanto a esta última, se revisa también la aproximación conceptual de la cual parte; y que podría dar base a una reestructuración de las políticas que emanan de ella. Después, se presentan los resultados de un diagnóstico del ajuste psicosocial con orientación a la salud mental, llevado a cabo en jóvenes de secundaria de dos municipios que integran la región Costa Norte de Jalisco. Con ello se dan evidencias de las ventajas que este enfoque de salud mental traería a la evaluación del desarrollo y las desigualdades del mismo entre regiones y al interior de las mismas, así como de nuevas formas de apreciar la salud mental y sus implicaciones en la población joven, y sienta precedente para la creación de políticas públicas de diferente clase.

Marco legal y políticas públicas para el desarrollo social en México

En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos se establece en su artículo 4^{to} que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”, así como también en “todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos”, entre los derechos que buscan el desarrollo pleno de la niñez está el de la salud. Esto muestra concretamente parte de las garantías individuales a las cuales como mexicanos somos acreedores, y en el caso de los niños y jóvenes nos vemos obligados a priorizar.

En el año 2004 se decreta la Ley General de Desarrollo Social en la cual se consolidan dichos derechos antes mencionados y se dictan obligaciones de parte del gobierno. En ella se establecen derechos como el de recibir acciones o apoyos que disminuyan sus desventajas en caso de encontrarse en situaciones de vulnerabilidad y/o vivir en una zona de atención prioritaria. Algunos de sus objetivos son el de propiciar las condiciones que aseguren el disfrute de los derechos sociales y garantizar formas de participación social en los diferentes procesos de los programas de desarrollo social. Cabe señalar que la infancia y adolescencia no tienen mención en dicha ley, pero tomarían prioridad constitucional, en especial de formar parte de una zona de atención prioritaria.

No obstante, que no hace mención de este grupo de edad en lo particular, la Ley General de Desarrollo Social, a través de reconocer sus límites financieros y delimitar a ciertos grupos prioritarios sus acciones y apoyos, logra contrarrestar los problemas comunes a los intereses difusos en la constitución y asegura la posibilidad del gobierno de dar continuidad a la política de desarrollo (Acosta, 2010). Los intereses difusos consisten en aquellos que se le atribuyen a una colectividad de manera social, pero que no supone intereses jurídicos individuales (Luna Ramos, 2007), un ejemplo de ello sería una sociedad saludable en la que se desarrollen adecuadamente los individuos. Entonces, gracias a las nuevas aportaciones de ley, es posible crear un plan de acción que asegure una mejor utilización de los recursos y se centren en aquellos que lo requieren más o poseen prioridad (como los niños y jóvenes) en cuanto a la protección de sus derechos.

Estos derechos que abordan intereses difusos, así como las garantías individuales, muchas veces están fuera del alcance su cumplimiento a plenitud por parte del Estado en el territorio nacional. Sin embargo, como parte de los derechos de los mexicanos, sí es posible obligar a una conducta que busque de forma activa y organizada la resolución de la mejor manera de los problemas que impidan el cumplimiento de los derechos sociales (Luna Ramos, 2007). Para ello se utiliza lo que se conoce como la norma programática, con la cual se establecen diferentes planes de acción para buscar garantizar los derechos, pero dadas las limitaciones del Estado se focalizan los esfuerzos.

Ahora se analizará el Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018 (Secretaría de Desarrollo Social, 2014), que se toma como el cumplimiento de una norma programática en busca de garantizar los derechos sociales. El centro de atención lo mantendremos en relación a la salud mental, a la niñez y juventud y las relaciones comunitarias. Las últimas dos representan tres de las seis características principales de este programa de acción del gobierno, que pretende un enfoque en el ciclo de vida de las personas, así como un componente activo de participación social y organización comunitaria. Se organiza a través de objetivos, constituidos por una serie de estrategias que a su vez presentan ciertas líneas de acción.

Su primer objetivo es “fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situaciones de pobreza, a través de acciones que incidan positivamente en la alimentación, la salud y la educación”; en ella de sus cinco estrategias sólo una hace referencia a la salud y no de forma exclusiva: “Ampliar las capacidades de alimentación, nutrición, salud y educación de las personas en condición de pobreza”. Esta estrategia pondría en práctica la línea de acción de “garantizar el acceso de las personas en condición de pobreza a servicios de salud preventivos que les permitan mejorar su salud y nutrición”. Este objetivo en lo particular es una formulación combinada entre el derecho social del artículo 4^{to} constitucional y la Ley General de Desarrollo Social, pues hace alusión de forma general a los derechos de la alimentación, salud y educación y la prioridad de las poblaciones en condición de marginación. No obstante, hace muy poco por marcar verdaderas estrategias de acción y el concepto de “servicios de salud” parecen tener una implicación más sobre la enfermedad que sobre visión más amplia de salud como bienestar.

El segundo objetivo, “construir un entorno digno que propicie el desarrollo a través de la mejora en los servicios básicos, la calidad y espacios de la vivienda y la infraestructura social”, presenta estrategias y líneas de acción alejados de la salud mental en lo particular pero que guardan en su descripción una importante relación. Constituyen un elemento importante para el buen desarrollo físico, emocional y social, sobre todo desde el aspecto de fomentar comunidades seguras en las que se incremente la cohesión social. Por su parte, el objetivo tercero que hace alusión a la construcción de una sociedad igualitaria, dedica una de sus estrategias a las personas jóvenes. Con las que interesa lograr una “participación en el fomento de políticas para la salud integral” y “para generar entornos de cohesión social que contribuyan al desarrollo comunitario y a la prevención de la violencia”. Con este se fortalece la postura prioritaria de los jóvenes dentro de las estrategias de salud.

Finalmente, el quinto objetivo muestra una importante relación con la salud mental por sus cualidades sociales: “Fortalecer la participación social para impulsar el desarrollo comunitario a través de esquemas de inclusión productiva y cohesión social”. Reconociendo la posición fundamental de las personas y localidades en la funcionalidad y progreso de la sociedad en su conjunto. Con ello sus estrategias van dirigidas al fortalecimiento de la sociedad civil, de los actores sociales y los lazos que existen entre estos dos y el gobierno, con el objeto de promover la inclusión y autogestión social y comunitaria, así como la cohesión social y formación de comités y redes comunitarias. A pesar de que muchas de ellas lleven al

fomento económico como objetivo último, es de importancia reconocer la visión relacional a nivel comunitario que demuestran sus estrategias y líneas de acción.

En el Programa Sectorial encontramos una escasa claridad respecto al derecho a la salud y nula información de las formas en las que se manejará la salud mental. Su centro de atención fue dirigido de forma más intensa sobre los aspectos económicos para el combate a la pobreza y sobre el derecho a la alimentación. Este último en lo particular fue el eje rector de uno de los programas del gobierno del presidente Peña Nieto, a través de la Cruzada Nacional Contra el Hambre la cual trabajo fundamentalmente en erradicar el hambre y desnutrición, aunque también procuraría promover la participación comunitaria en conjunción con el Programa de Comedores Comunitarios (Parrillat y Canela Gamboa, 2016). También cabe destacar que no se logra integrar una visión en la cual la participación y cohesión social se relacionen con la salud, salud mental y el bienestar, solo con el desarrollo económico. Por este motivo resultan fundamentales las leyes y estrategias complementarios respecto al derecho a la salud.

Salud mental, ley y agenda de políticas públicas

Uno de los análisis que parece más recurrente es el de la conceptualización de la Salud Mental. En nuestro sistema de salud, dentro de la ley general de salud no existe una definición expresa. Pero se toma como referencia la dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual le define como “el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Becerra-Partida, 2014; Lopera, 2015). Por su parte el Programa de Acción Especifico de Salud Mental 2013-2018 (Secretaria de Salud, 2014) entiende que “más allá de la ausencia de enfermedad, concebimos la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva, y aporta algo a su comunidad”. Ambas definiciones son derivadas de la original de la OMS de 1949, en la que se hizo énfasis en la capacidad para establecer relaciones armoniosas con las demás personas.

A pesar de las similitudes y de su origen, en el presente trabajo se respalda la primera propuesta de definición de la salud mental, en la cual que dicho estado de bienestar está constituido por el funcionamiento de varios aspectos entre los que se incluye el afectivo y de potencialidades entre las que sobresale la convivencia como una característica claramente relacional del individuo, entendiendo así que la salud mental no es sólo un aspecto individual, sino que se construye en funcionamiento con los otros y el contexto.

La salud mental posee su propio capítulo en la Ley General de Salud. En él se establece que, “la prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Esta se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental”. Algunas de las actividades que se deben realizar, según lo dicta el artículo 73, son el desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud. Así mismo, demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población. Finalmente, en su artículo 77, marca la prioridad sobre los niños y jóvenes, y la obligación que tienen aquellos que tengan contacto con esta población.

Se aprecia que el marco legal, entorno a la salud mental, requiere del gobierno estrategias que sobrepasen la atención de los trastornos mentales y demás enfermedades relacionadas. Es necesaria la aplicación de estrategias preventivas que tengan un impacto sobre la comunidad y se apoyen en conocimientos científicos. En Hernández-Paz *et al.* (2016), después de un análisis de diferentes estrategias del gobierno de México, llegan a la conclusión de que la visión conceptual respecto de la salud mental tiene casi en su totalidad componentes biomédicos o conductuales. Esto dado a la falta de acciones comunitarias preventivas y educativas en la materia, que llevan finalmente a un incumplimiento de la ley.

También en las evaluaciones y estudios que pretenden dar un diagnóstico del estado de la salud mental en el país tienen un completo énfasis sobre los componentes biomédicos y conductuales (adicciones) (Servicio de Investigación y Análisis y División de Política Social, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2011; Berenson *et al.*, 2013; Martínez Chávez, 2013; Becerra-Partida, 2014; Hernández-Paz *et al.*, 2016; Muñoz, 2016). Esto se debe a que el énfasis sobre la salud mental se da desde los hospitales psiquiátricos y poco a poco ha ido evolucionando a estancias más cortas y la reintegración psicosocial (Becerra-Partida, 2014), lo cual se aprecia en el reparto del presupuesto en donde sólo el 2% corresponde a la salud mental y de ese el 80% está asignado a los hospitales psiquiátricos (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Así pues, informes como el de Servicio de Investigación y Análisis en su División de Política Social (2005) centran sus resultados en datos relacionados con la prevalencia de trastornos psiquiátricos y de consumo de sustancias.

Algunos datos brindados por estos reportes son relevantes, nos da un listado de algunas de las variables que dejan en vulnerabilidad a las personas como la pobreza, el desempleo, el bajo nivel educativo, la violencia, las mujeres trabajadoras, la población rural y los niños en situación de calle. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2011) encuentra que dentro de las debilidades del sistema de salud mental de México es que carece de un programa específico para la infancia y adolescencia, la baja cantidad de recursos humanos y el poco contacto entre el sector salud y otros sectores. En ella se da el ejemplo de que sólo el 5% de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales.

En las propuestas del Programa de Acción Específico, para la Salud Mental 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2014) se reconocía la importancia de las múltiples críticas antes presentadas respecto a la falta de estrategias de promoción, prevención e integración de la comunidad. En él, desde la introducción del documento se expresa que se debe plantear una red de base comunitaria. También, la necesidad de poner el énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en busca de mejorar la calidad de vida, así como la reducción de los costos. Por otro lado, dentro de su marco conceptual, se aceptan como cierta la influencia que tienen factores sociales (relaciones familiares, apoyo social, etc.) sobre la salud mental, en lo particular el efecto positivo que posee la percepción de mayor confianza y reciprocidad en la comunidad donde se vive. Proponen 6 objetivos que se les puede ver en la Tabla 1.

El primer objetivo es el único que rescata la tarea de promoción de la salud mental. En ella se explica que su objeto principal está dirigido a mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, así como incrementar las habilidades para la vida de la población. La primera estrategia es “fomentar actitudes que se reflejen en conductas saludables para mantener el bienestar biopsicosocial de la población”. Esta muestra una visión amplia, pero sus líneas de acción son limitadas. La primera línea de acción es “diseñar y coordinar acciones preventivas de salud mental dirigidas a familias que son víctimas de violencia social”. En ella no se tiene una propuesta de promoción de la salud y desde el punto de vista de la prevención tendría que ser secundaria o de intervención, al tratarse de una población con un problema

ya previamente detectado como es la violencia. La segunda línea de acción es sobre la prevención secundaria de los trastornos mentales y del comportamiento. La tercera, busca la difusión de información respecto a factores de riesgo y de protección dentro de las escuelas. Esta si bien es informativa sí buscaría la promoción de la salud mental, pero lo hace a través de una población que es poco probable que genere los cambios necesarios en su contexto de desarrollo familiar o comunitario. La penúltima, que busca la creación de convenios para la oferta de servicios que favorezcan conductas saludables con vínculos con la comunidad, no es claro a través de que actores se llevaría a cabo. Si bien plantea como uno de ellos a la comunidad misma, muchas no tienen una organización propia para su representación y participación organizada. La última línea de acción es la de “promover actividades deportivas, culturales y recreativas a través de las unidades de salud, para fortalecer el bienestar biopsicosocial”. Esta sería una estrategia interesante para crear los lazos que favorezcan la cohesión social, previa necesidad para que la comunidad pueda buscar de forma organizada los convenios de la estrategia previa. También, cabe hacer mención de su visión amplia de la salud desde el bienestar biopsicosocial.

Tabla 1. Objetivos del Programa de Acción para la Salud Mental	
1.	Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.
2.	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.
3.	Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.
4.	Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.
5.	Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
6.	Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.

Si faltan acciones y estrategias de promoción y prevención no es por inexistencia de legislación o de una conceptualización inadecuada en los planes sectoriales o programas de acción. La conceptualización de la salud mental no se limita a la ausencia de enfermedad psiquiátrica o conductual, es una visión amplia e integral que está respaldada en la ley general de salud. El énfasis legal y programático está sobre la promoción y prevención. Sin embargo, en los programas de acción y las evaluaciones del estado de salud mental en la nación no se ha logrado respetar dicho enfoque y, en cambio, sigue una visión desde la enfermedad. En la legislación existe una intención creciente de pasar de una intervención dentro de un hospital psiquiátrico a una recuperación y reintegración psicosocial en la comunidad. Lo cual implica que la aceptación del ámbito natural comunitario de desarrollo como el más benéfico para el bienestar biopsicosocial de los individuos. Pero nos encontramos aún alejados de estrategias que vayan enfocadas a la promoción de la salud mental y de una sociedad que fomente el mejor bienestar biopsicosocial.

En la presente investigación nos proponemos hacer un acercamiento a cómo podrían realizarse diagnóstico del estado de salud mental de la juventud perteneciente a una región o localidad desde un enfoque integral que rescate aspectos de detección de estados de malestar (malestar psicológico e ideación suicida), así como también aquellos aspectos individuales (autoconcepto), relacionales (Comunicación abierta y ofensiva con madre y padre, apoyo del profesor) y comunitarios (integración, participación y apoyo de sistemas informales en la comunidad) que permitan una evaluación de la salud mental en contraste con la enfermedad mental. También, se contrastan municipios con estrategias y

niveles de desarrollo muy distintas para su comparación en términos, no sólo de indicadores clásicos del desarrollo, sino desde su salud mental. Se plantean diferentes análisis estadísticos que permiten apreciar el potencial diagnóstico de una perspectiva amplia como la de la salud mental.

Contexto

La conceptualización del desarrollo ha sido mayormente gobernada por aspectos económicos. Esto se refleja en los indicadores utilizados para medir y evaluar los resultados del desarrollo, los cuales han sido principalmente económicos. En la actualidad, se han creado indicadores que integran elementos de índole social con una cara más humana preocupados por el bienestar. De los ejemplos más relevantes es el Índice de Desarrollo humano (IDH) compuesto por tres elementos: Salud, educación e ingreso per cápita.

Todo indicador utiliza diversos datos y los integra para tener un diagnóstico general de una población determinada. Estos pueden ser aplicados a distintas escalas, en México se encuentran a nivel nacional, estatal y en menos medida a nivel municipal. El propósito es dar una radiografía en la que se puede apreciar el nivel de desarrollo que una sociedad ha alcanzado, comparándola consigo misma en una línea del tiempo o incluso respecto a otras sociedades. El presupuesto básico de un indicador de desarrollo consiste en que a mejor resultado se tiene un mayor desarrollo que corresponde a su vez a una mejora en la sociedad. Se espera de esta forma que a mayor desarrollo se encuentre también un mayor bienestar en la población.

Tabla 2. Comparación de indicadores clásicos del desarrollo

Indicador		Región	
		Puerto Vallarta	Tomatlán
Indicadores de Desarrollo Humano			
Índice de ingresos 2010	Hombres	0.7356	0.6625
	Mujeres	0.7305	0.6595
Índice de educación 2010	Hombres	0.8492	0.8795
	Mujeres	0.8758	0.9023
Índice de salud 2010	Hombres	0.7120	0.5326
	Mujeres	0.7101	0.5496
Índice de desarrollo humano 2010	Hombres	0.7633	0.6770
	Mujeres	0.7688	0.6890
Marginación y Pobreza			
Índice de marginación 2010		Muy bajo	Medio
Pobreza Moderada 2010		40.1%	49.56%
Pobreza Extrema 2010		5.4%	13.60%
Vulnerables 2010		34.6%	31.30%
Vulnerable por Carencia Alimenticia 2010		25.1%	36.5%
No pobre ni vulnerable 2010		19.8%	5.8%

Fuentes: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2010)

Para llevar a cabo el análisis de salud mental como ha sido propuesto se han elegido dos municipios de la Región Costa Norte de Jalisco: Puerto Vallarta y Tomatlán. El primero, se trata de un municipio urbano con un vasto desarrollo turístico en constante crecimiento. El segundo es un municipio rural, que basa su economía en la agricultura y en la ganadería. Mientras que en primero tiene más de 46% de su población con educación media superior o superior, Tomatlán sólo alcanza un 23%. De igual forma, los ingresos presentan importantes diferencias, siendo Puerto Vallarta superior al presentar sólo un 6.7% de su población con un ingreso de un salario mínimo o menos, cuando en Tomatlán el porcentaje es de un 34.2. En la Tabla 2, se puede apreciar que el IDH y los indicadores de pobreza y marginación, mantienen la imagen en la que Puerto Vallarta se encuentra más desarrollado que Tomatlán.

Metodología

El presente trabajo forma parte de una investigación mayor, “La violencia escolar, de pareja y filio-parental en la adolescencia desde la perspectiva ecológica”, subvencionada por la Subsecretaría de Educación Superior, Dirección General de Educación Superior Universitaria, PRODEP 2015. En ella se realizó un diagnóstico amplio de ajuste psicosocial y violencia-victimización en escuelas de nivel secundaria de los municipios Puerto Vallarta y Tomatlán, Jalisco. Para el presente trabajo se presentarán los datos generales de los participantes y se han seleccionado aquellas escalas con las que se puede realizar un diagnóstico integral de la salud mental de los jóvenes.

En este estudio participaron un total de 1687 adolescentes mexicanos de ambos sexos (46% hombres y 54% mujeres), con edades comprendidas entre los 12 y 17 años ($M= 13.65$. $DT= 1.14$) procedentes de 19 centros educativos (público y privados), ubicados en entorno urbano y rural de la Región Costa Norte de Jalisco, y distribuidos en 1°, 2° y 3° de secundaria. La muestra es representativa de la región, tiene un universo poblacional de 14,556 estudiantes activos de secundaria en el ciclo escolar 2015-2016. Se ha excluido el municipio de Cabo Corrientes. Se asumió un error muestral de $\pm 3\%$, un nivel de confianza del 95% y una varianza poblacional de .50. El tamaño de la muestra requerida fue de 1,034 de acuerdo a Arkin y Colton (1985).

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo estratificado por conglomerados (Santos *et al.*, 2003; Arraiza, 2006). Las unidades de muestreo fueron los centros educativos, públicos y privados de entornos urbanos y rurales. Una vez establecido cuántos, se determinó aleatoriamente los centros educativos. Dentro de los centros educativos se eligió un 1°, un 2° y un 3° de secundaria. Por lo que el primer paso fue por conglomerados bietápico, en donde la segunda etapa se trató de otro muestreo estratificado por conglomerados. En este segundo muestreo estratificado por conglomerado, donde se tenía como unidad de muestreo los grupos de clase según el año escolar, se trató de un muestreo monoetápico. En el cual se aplicaba el instrumento de medición al grupo completo seleccionado.

Los instrumentos utilizados han sido variados, estos pretendían capturar un diagnóstico integral, tanto de ajuste como de desajuste psicosocial. A su vez, se evaluaron distintos niveles como el individual, el familiar, el escolar y el comunitario. A través de este levantamiento de datos se puede evaluar de forma integral el estado de bienestar psicosocial de los jóvenes de ambos municipios y encontrar sus particularidades de desarrollo según su contexto. Las escalas fueron las siguientes:

Autoconcepto Forma-5 (AF-5) (García y Musitu, 2014) es una escala que se ha mostrado fiable. La consistencia interna del conjunto global de la escala es de 0.81. Pero la escala está compuesta de 5 sub-escalas: Autoconcepto Académico con 0.88; Autoconcepto Social con 0.70; Autoconcepto Emocional con 0.73; Autoconcepto Familiar 0.77 y; 0.74 para el Autoconcepto Físico. Su estructura factorial también ha

sido comprobada en diferentes muestras en una diversidad de países, entre ellos México (Salum-fares, 2011). Consta de 30 reactivos y su codificación es: Puntuación va del 1 al 5, 1 equivalente a “Nunca”, después “Pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y, finalmente, “Siempre” con valor de 5.

Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10 (Kessler y Mroczek, 1994, en Department of Health Government of South Australia, 2002). Su adaptación al español ha sido realizada por diferentes autores para población española y argentina. El Grupo Lisis reporta que la consistencia interna es adecuada con un alpha de Cronbach de .88. Está conformada por 10 reactivos que se evalúan en 5 anclajes de respuestas, 1 equivalente a “Nunca”, después “Pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y, finalmente, “Siempre” con valor de 5. Las puntuaciones pueden clasificarse en “sin malestar psicológico” (puntuación entre 10 a 19), “leve malestar psicológico” (entre 20 a 24), “moderado malestar” (entre 25 y 29) y “extremo malestar psicológico” (entre 30 y 50).

Escala de Comunicación Padres-Adolescentes (PACS; Parent-Adolescent Communication Scale). Creada originalmente por Barnes y Olson (1982, en Estévez et al., 2007) adaptada al español por el Grupo LISIS. Presenta una fiabilidad aceptable, que en diversas investigaciones varía entre un .64 y un .91 (Jiménez, Musitu y Murgui, 2005; Jiménez, Murgui y Musitu, 2007; Jiménez et al., 2009). En cuanto a la codificación, se encuentra dividido en dos, para el padre y para la madre. Compuesto de 20 ítems cada uno. Se divide a su vez en tres factores por sub-escala. Puntuación va del 1 al 5, 1 equivalente a “Nunca”, después “Pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y, finalmente, “Siempre” con valor de 5. En la ponencia en extenso se hará uso sólo de los factores de comunicación abierta con madre y padre y la comunicación ofensiva con madre y padre.

Escala de Apoyo Social Comunitario (PCSQ) (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). La escala presenta un alfa de Cronbach adecuado, entre .75 y .88, según se reporta en la página de Grupo LISIS, mientras que en Jiménez y Lehalle (2012) los resultados fueron de .73, .67, y .85. Esto último porque la escala presenta una estructura multifactorial de tres componentes; integración, participación y el apoyo de los sistemas informales. La puntuación va del 1 al 4, 1 equivalente a “Muy en desacuerdo”, después “En desacuerdo”, “De acuerdo” y, finalmente, “Muy de acuerdo” con valor de 4. De esta escala se ha seleccionado el factor de participación comunitaria.

Finalmente, la *Escala de Clima Escolar (CES; Classroom Environment Scale)*. El Grupo LISIS reporta que los autores de esta escala son Moos y Trickett (1973) y que los que llevaron a cabo la adaptación al español son Fernández-Ballesteros y Sierra (1989). Pero los datos de fiabilidad y validez son presentados de las investigaciones del mismo Grupo LISIS: Los índices de fiabilidad se muestran satisfactorios. Presenta una estructura de tres factores, con una fiabilidad que oscila entre .63 y .82 (Cava y Musitu, 1999, 2001; Cava et al., 2010). Consta de 30 reactivos que se codifican como verdadero o falso. Los factores que la constituyen son la de implicación en el salón de clases, afiliación con los compañeros y apoyo del profesor.

Resultados

Los resultados están compuestos por dos análisis distintos. En el primero se busca realizar un diagnóstico por municipio, de tal suerte que se pueda hacer una comparación entre ellos en conjunto con sus respectivos niveles de desarrollo tomando como referencia los indicadores clásicos de desarrollo. Cuando se llevaron a cabo los análisis se probó haciendo distinción entre escuelas públicas y privadas del municipio de Puerto Vallarta (en Tomatlán sólo hay escuelas públicas). La intención fue mostrar los grados de heterogeneidad que existen dentro del mismo, para tener análisis entre regiones, pero también intraregión. En una segunda etapa se analizan las diferencias entre los jóvenes que perciben un

alto, medio y bajo Apoyo Social Comunitario. Con esto se plantea la pertinencia de un análisis integrador cuando se estudia la salud mental de los jóvenes, pues se hace uso de su contexto inmediato y no sólo su percepción de sus niveles de malestar psicológico o ideación suicida.

El primer paso que se llevó a cabo fue el diagnóstico de cada uno de los municipios y su comparación para apreciar los niveles que presentaban respectivamente respecto las variables individuales, familiares, escolares y comunitarias. Como se expresó antes, el municipio de Puerto Vallarta presenta dos grupos (escuelas privadas y públicas).

En los resultados se encuentra que existen diferencias significativas en la mayoría de las variables que fueron evaluadas. Los Anova mostraron diferencias en autoconcepto académico ($F, (2,1675) = 14.32, P < .001, \eta^2 = .912$), en autoconcepto social ($F, (2,1668) = 6.636, P < .001, \eta^2 = .545$), en autoconcepto emocional ($F, (2,1672) = 6.698, P < .001, \eta^2 = .742$), en autoconcepto familiar ($F, (2,1678) = 10.640, P < .001, \eta^2 = .829$), en autoconcepto físico ($F, (2,1676) = 11.346, P < .001, \eta^2 = .850$), en malestar psicológico ($F, (2,1671) = 9.07, P < .001, \eta^2 = .705$), comunicación abierta madre ($F, (2,1668) = 11.97, P < .001, \eta^2 = 1.09$), comunicación ofensiva madre ($F, (2,1674) = 9.306, P < .001, \eta^2 = .876$), comunicación abierta padre ($F, (2,1556) = 19.028, P < .001, \eta^2 = 1.268$), comunicación ofensiva padre ($F, (2,1562) = 9.463, P < .001, \eta^2 = .847$), ayuda del profesor ($F, (2,1668) = 12.775, P < .001, \eta^2 = .039$), integración ($F, (2,1677) = 3.326, P < .05, \eta^2 = .432$), participación ($F, (2,1678) = 22.491, P < .001, \eta^2 = .402$), apoyo de sistemas informales ($F, (2,1668) = 12.06, P < .001, \eta^2 = .363$). La única variable que no presentó diferencias significativas fue la de ideación suicida ($F, (2,1683) = 1.761, P > .05, \eta^2 = .504$). (Véase Tabla 3)

Las pruebas Bonferroni (.05) indicaron que los adolescentes de escuelas privadas de Puerto Vallarta obtuvieron las puntuaciones estadísticamente más elevadas que las de los jóvenes de escuelas públicas y los de Tomatlán en autoconcepto físico, comunicación abierta con la madre y comunicación abierta con el padre. En cambio, en las variables de autoconcepto social y familiar sólo mostraron puntuaciones estadísticamente más elevadas que sus iguales de escuelas públicas. Por otro lado, en conjunto con los jóvenes de Tomatlán, presentaron puntuaciones más elevadas que aquellos de escuelas públicas en las variables de autoconcepto académico y la de apoyo del profesor, es decir, empatan por arriba de los de escuelas públicas en las variables escolares. (Véase Tabla 3)

En lo particular los jóvenes de Tomatlán, presentan valores estadísticamente superiores a los estudiantes de Puerto Vallarta, tanto de escuelas privadas como públicas en las variables comunitarias de participación y apoyo de sistemas informales. También presenta valores mayores que los estudiantes de escuelas públicas de Puerto Vallarta en las variables de autoconcepto emocional y la comunitaria de integración. (Véase Tabla 3)

Por último, los jóvenes de escuelas públicas de Puerto Vallarta presentaron valores más altos y significativos que los otros dos grupos en las variables familiares de comunicación ofensiva con la madre y el padre. Pero tuvieron un resultado similar en malestar psicológico que los jóvenes de escuelas privadas, mientras que los estudiantes de Tomatlán salen estadísticamente con valores más bajos que los de Puerto Vallarta. (Véase Tabla 3)

Tabla 3. Diferencias entre los grupos por municipio y tipo de escuela en las variables, individuales, familiares, escolares y comunitarias

	Puerto Vallarta - Privadas		Puerto Vallarta - Públicas		Tomatlán - Públicas		F
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	
VARIABLES INDIVIDUALES							
Autoconcepto Académico	3.60 ^a	.85	3.26 ^b	.96	3.47 ^a	1.00	14.32***
Autoconcepto Social	3.82 ^a	.73	3.62 ^b	.76	3.69	.67	6.63***
Autoconcepto Emocional	3.44	.75	3.33 ^b	.87	3.53 ^a	.88	6.69***
Autoconcepto Familiar	4.22 ^a	.82	3.91 ^b	.93	4.04	.91	10.64***
Autoconcepto Físico	3.57 ^a	.88	3.24 ^b	.93	3.26 ^b	.90	11.34***
Malestar Psicológico	2.38 ^a	.82	2.33 ^a	.84	2.11 ^b	.83	9.07***
Ideación suicida	1.40	.66	1.49	.73	1.44	.68	1.76
VARIABLES FAMILIARES							
Comunicación abierta madre	3.89 ^a	.91	3.58 ^b	1.06	3.44 ^b	1.08	11.97***
Comunicación ofensiva madre	1.77 ^b	.80	1.99 ^a	.98	1.78 ^b	.87	9.31***
Comunicación abierta padre	3.69 ^a	.93	3.21 ^b	1.15	3.09 ^b	1.14	19.03***
Comunicación ofensiva padre	1.72 ^b	.80	1.93 ^a	.96	1.71 ^b	.83	9.46***
VARIABLES ESCOLARES							
Ayuda del profesor	1.60 ^a	.21	1.53 ^b	.20	1.61 ^a	.18	12.77***
VARIABLES COMUNITARIAS							
Integración	2.86	.69	2.80 ^b	.67	2.90 ^a	.57	3.33*
Participación	2.35 ^c	.72	2.56 ^b	.63	2.73 ^a	.57	22.49***
Apoyo de sistemas informales	2.46 ^c	.67	2.61 ^b	.59	2.73 ^a	.59	12.06***

Nota: M=Media; DT=Desviación Típica; F=F de Fisher-Snedecor; "Prueba de Bonferroni.
a>b>c. *p<0,05;**p<0,01;***p<0,001.

El paso siguiente, tras el análisis de los primeros resultados, fue determinar que el nivel comunitario presentaba una tendencia más o menos constante en las tres variables que le constituyen. En la que los jóvenes de Tomatlán tienen mejores niveles, después aquellos de escuelas públicas de Puerto Vallarta y, al final, los de escuelas privadas. Con lo cual se toma la decisión de indagar a mayor profundidad sobre estas variables. Se utilizan dos estrategias: en primer lugar, se verifican los niveles de las correlaciones que presentan estas variables comunitarias respecto al resto de las variables por grupos de municipio y tipo de escuela. En segundo lugar, se generan grupos de alto, medio y bajo apoyo social comunitario integrando las tres variables comunitarias; y una vez generados los grupos se comparan los niveles de ajuste respecto a las variables individuales, familiares y escolares. Con esto se aprecia si es relevante el apoyo social comunitario en términos generales en el bienestar biopsicosocial de los jóvenes de la región Costa Norte de Jalisco.

En la Tabla 4 y la Tabla 5 se pueden leer las correlaciones entre el apoyo social comunitario y las variables de ajuste psicosocial por municipio y tipo de escuela (pública o privada). A través de colores, pasando de blanco a amarillo claro, amarillo, naranja, rojo y rojo oscuro, se puede apreciar cómo van aumentando los niveles de las correlaciones. En todas ellas existe la tendencia a aumentar la correlación, ya sea esta positiva o negativa, siendo menores entre los jóvenes de escuelas privadas de Puerto Vallarta, aumentando entre los de escuelas públicas del mismo municipio y alcanzando su mejor nivel en los de Tomatlán. Lo cual implica una mayor relación y posible influencia del contexto comunitario en la vida de los estudiantes de Tomatlán.

Tabla 4. Correlaciones entre ASC y variables de ajuste psicosocial por municipio y tipo de escuela pública/privada

		Vallarta - Privadas			Vallarta - Públicas			Tomatlán		
		Integración	Participación	Apoyo de sistemas informales	Integración	Participación	Apoyo de sistemas informales	Integración	Participación	Apoyo de sistemas informales
Autoconcepto Académico	Correlación de Pearson	.127	.076	.111	.159**	.174**	.169**	.252**	.286**	.252**
	Sig. (bilateral)	.069	.281	.112	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	206	205	206	1153	1155	1144	311	311	311
Autoconcepto Social	Correlación de Pearson	.186**	.197**	.201**	.291**	.214**	.275**	.251**	.317**	.338**
	Sig. (bilateral)	.008	.005	.004	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	206	205	206	1146	1149	1138	311	311	311
Autoconcepto Familiar	Correlación de Pearson	.156*	.112	.165*	.271**	.239**	.293**	.386**	.329**	.383**
	Sig. (bilateral)	.025	.109	.018	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	206	205	206	1156	1158	1148	311	311	311
Autoconcepto Físico	Correlación de Pearson	.218**	.213**	.234**	.282**	.314**	.291**	.283**	.397**	.373**
	Sig. (bilateral)	.002	.002	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	206	205	206	1155	1156	1145	311	311	311
Malestar Psicológico	Correlación de Pearson	-.133	-.155*	-.212**	-.201**	-.227**	-.229**	-.278**	-.240**	-.212**
	Sig. (bilateral)	.057	.026	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	206	205	206	1152	1153	1142	310	310	310
Ideaación suicida	Correlación de Pearson	-.122	.045	-.030	-.168**	-.178**	-.204**	-.301**	-.182**	-.199**
	Sig. (bilateral)	.081	.520	.671	.000	.000	.000	.000	.001	.000
	N	206	205	206	1161	1163	1152	311	311	311

Elaboración propia

Tabla 5. Correlaciones entre ASC y variables de ajuste psicosocial por municipio y tipo de escuela pública/privada

		Vallarta - Privadas			Vallarta - Públicas			Tomatlán		
		Integración	Participación	Apoyo de sistemas informales	Integración	Participación	Apoyo de sistemas informales	Integración	Participación	Apoyo de sistemas informales
Comunicación Abierta con la Madre	Correlación de Pearson	.261**	.252**	.321**	.225**	.259**	.302**	.383**	.336**	.387**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	206	205	206	1147	1148	1139	311	311	311
Comunicación Ofensiva con la Madre	Correlación de Pearson	-.042	-.065	-.050	-.125**	-.082**	-.101**	-.288**	-.105	-.230**
	Sig. (bilateral)	.546	.357	.474	.000	.005	.001	.000	.065	.000
	N	206	205	206	1153	1155	1145	310	310	310
Comunicación Abierta con el Padre	Correlación de Pearson	.363**	.239**	.337**	.281**	.263**	.345**	.342**	.334**	.382**
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	201	200	201	1066	1065	1055	288	288	288
Comunicación Ofensiva con el Padre	Correlación de Pearson	-.064	-.019	-.073	-.108**	-.021	-.061*	-.230**	-.118*	-.208**
	Sig. (bilateral)	.367	.790	.304	.000	.495	.048	.000	.045	.000
	N	201	200	201	1070	1070	1060	288	288	288
Apoyo del Profesor	Correlación de Pearson	.245**	-.007	.135	.173**	.134**	.208**	.216**	.220**	.243**
	Sig. (bilateral)	.000	.923	.053	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	206	205	206	1146	1149	1140	311	311	311

Elaboración propia

Ya que se tuvo evidencia clara de la influencia de las variables comunitarias se pasó a crear los grupos de alto, medio y bajo apoyo social comunitario. Posteriormente se procedió al análisis de varianza, el cual reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de apoyo social con las variables individuales, familiares y escolares ($\eta^2 = .795$, $F(20,3260) = 19.77$, $p < .001$, $n^2 = .108$).

El Anova mostró diferencias significativas en autoconcepto académico ($F(2,1638) = 36.59$, $P < .001$, $n^2 = .043$), en autoconcepto social ($F(2,1638) = 34.01$, $P < .001$, $n^2 = .079$), en autoconcepto emocional ($F(2,1638) = 4.32$, $P < .05$, $n^2 = .005$), en autoconcepto familiar ($F(2,1638) = 81.32$, $P < .001$, $n^2 = .090$), en autoconcepto físico ($F(2,1638) = 87.91$, $P < .001$, $n^2 = .097$), en malestar psicológico ($F(2,1638) = 54.65$,

$P < .001$, $n^2 = .063$), ideación suicida (F , (2,1638) = 30.26, $P < .001$, $n^2 = .036$), comunicación abierta madre (F , (2,1638) = 80.13, $P < .001$, $n^2 = .089$), comunicación ofensiva madre (F , (2,1638) = 25.09, $P < .001$, $n^2 = .030$), comunicación abierta padre (F , (2,1638) = 91.54, $P < .001$, $n^2 = .107$), comunicación ofensiva padre (F , (2,1638) = 17.03, $P < .001$, $n^2 = .022$), ayuda del profesor (F , (2,1638) = 36.24, $P < .001$, $n^2 = .042$). (Tabla 6)

Tabla 6. Diferencias entre los grupos (alto apoyo social, moderado apoyo social y bajo apoyo social), en las variables, individuales, familiares y escolares.

	Alto Apoyo Social		Moderado Apoyo Social		Bajo Apoyo Social		F
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	
Variables Individuales							
Autoconcepto Académico	3.75 ^a	.88	3.29 ^b	.90	3.20 ^b	.99	36.59***
Autoconcepto Social	4.01 ^a	.61	3.66 ^b	.66	3.40 ^c	.80	34.01***
Autoconcepto Emocional	3.50 ^a	.89	3.48 ^a	.83	3.34 ^b	.87	4.32**
Autoconcepto Familiar	4.42 ^a	.70	4.02 ^b	.84	3.64 ^c	.96	81.23***
Autoconcepto Físico	3.78 ^a	.73	3.29 ^b	.86	2.93 ^c	.94	87.91***
Malestar Psicológico	1.99 ^c	.73	2.21 ^b	.77	2.58 ^a	.91	54.65***
Ideación suicida	1.27 ^c	.55	1.41 ^b	.64	1.65 ^a	.80	30.26***
Variables Familiares							
Comunicación abierta madre	4.81 ^a	.83	3.62 ^b	.97	3.21 ^c	1.13	80.13***
Comunicación ofensiva madre	1.60 ^b	.83	1.90	.96	2.02 ^a	.90	25.09***
Comunicación abierta padre	3.84 ^a	1.01	3.23 ^b	1.06	2.79 ^c	1.12	91.54***
Comunicación ofensiva padre	1.60 ^b	.83	1.93	.96	1.92 ^a	.88	17.03***
Variables Escolares							
Ayuda del profesor	1.62 ^a	.19	1.58 ^b	.18	1.51 ^c	.19	36.24***

Nota: M=Media; DT=Desviación Típica; F=F de Fisher-Snedecor; "Prueba de Bonferroni. a>b>c. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Las pruebas Bonferroni (.05) indicaron que los adolescentes con alto apoyo social obtuvieron las puntuaciones estadísticamente más elevadas en autoconcepto académico, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar, autoconcepto físico, comunicación abierta con la madre, comunicación abierta con el padre y ayuda del profesor, en relación a los adolescentes con moderado y bajo apoyo social. Además, los adolescentes con bajo apoyo social mostraron un mayor malestar psicológico e ideación suicida que los adolescentes con moderado y alto apoyo social. En el caso de la comunicación ofensiva con la madre y el padre, sólo los adolescentes con bajo apoyo mostraron una media mayor que los de alto apoyo social. (Véase Tabla 6)

Cada uno de los análisis estadísticos nos brindan resultados relevantes para comprender los aportes de una visión de la salud mental integral desde el bienestar biopsicosocial. En los tres se reportan resultados significativos de diferencias entre regiones o al interior de las mismas, también la influencia que tiene sobre la salud mental variables relacionales y comunitarias y, finalmente, el peso que tiene las variables comunitarias para el mayor bienestar de los jóvenes y su salud mental.

Discusión y conclusiones

En este trabajo nos hemos planteado los objetivos de realizar un diagnóstico de la salud mental desde una visión integral que comprenda el bienestar psicosocial como la base conceptual; también, de analizar bajo esta luz los niveles de desarrollo para comprender la capacidad de estos datos de dar información valiosa de una población de jóvenes en una región determinada y dentro de la misma

región. Finalmente, apreciar cuáles serían las posibles implicaciones en las políticas públicas de implementar esta visión integral de la salud mental y aplicarla dentro de su programación de estrategias.

Los jóvenes de ambos municipios muestran características distintivas. En primera instancia, se debe tener presente que cuando combinas en un solo grupo a los estudiantes de Puerto Vallarta, siendo los de escuelas privadas apenas un 15% de la muestra, entonces toma un perfil más apegado a los jóvenes de escuelas públicas el municipio como conjunto. Esto implica que los jóvenes de Tomatlán presenta en las variables individuales niveles más elevados de autoconcepto académico y emocional. Por lo que se sienten, por un lado, que son buenos estudiantes y satisfechos con su desempeño y relación con compañeros y maestros, y, por otro lado, que están más seguros en sus interacciones con otros sin tener situaciones de nerviosismo o ansiedad ante la comunicación con adultos. Esta última variable va de la mano con las variables de desajuste individual: malestar psicológico e ideación suicida. Hay una clara tendencia de mayor malestar psicológico en los jóvenes de Puerto Vallarta que no se presenta en los de Tomatlán.

Respecto de las variables familiares la dinámica cambia, los jóvenes de Puerto Vallarta tienen una comunicación abierta con su madre y padre que les permite manejar más temas con mayor apertura, comentar sus preocupaciones y transmitir sus sentimientos, no así los de Tomatlán que presentan una sociedad más tradicional en la que es más difícil la apertura. Sin embargo, no todo es malo en una sociedad más tradicional, también presentan niveles inferiores de comunicación ofensiva los jóvenes de Tomatlán. Esto implica que en Puerto Vallarta si bien existe mayor comunicación, también se pueden hablar con tonos de voz elevada, palabras antisonantes y en ocasiones hirientes. Respecto a la relación con el profesor, una vez más el buen ajuste recae en los estudiantes de Tomatlán, en donde la característica más sobresaliente es que mantienen una relación más cercana con el maestro y en ocasiones se le puede apreciar como un amigo sin llegar a faltas de respeto.

Para terminar con el diagnóstico comparativo de los municipios, las variables comunitarias son ejemplares. Los estudiantes de Tomatlán presentan mejores niveles que los de Puerto Vallarta en su dimensión comunitaria, tanto porque hay buenos niveles de integración en sus localidades o barrios, como porque la participación en actividades en el mismo es mayor. También, es más común que encuentren apoyo por parte de otros adultos que no sean sus padres para sentirse comprendidos y escuchados, así como para resolver sus problemas.

Continuando con el análisis de los niveles de ajuste individual, familiar, escolar y comunitario, se ha hecho una distinción entre los jóvenes de escuelas privadas y públicas dentro del municipio Puerto Vallarta. Los resultados presentados muestran que se puede hacer una clara distinción entre estos tres grupos, lo cual implica que existen diferencias importantes entre un municipio y otro, pero también dentro de un mismo municipio pueden presentarse diferencias significativas según su nivel de poder adquisitivo de una familia u otra. Los resultados en este caso han permitido que se emparejen en algunos rubros los jóvenes de escuelas privadas con los de Tomatlán. Un ejemplo es en las variables académicas en las que son similares los niveles de autoconcepto académico y apoyo del profesor. También, aunque sigue siendo mayor el promedio de malestar psicológico en los de Vallarta, ya no existe una diferencia estadísticamente significativa, por lo que el mayor problema se da entre los jóvenes de escuelas públicas. De igual forma pasa con la comunicación ofensiva con madre y padre, se emparejan estos dos grupos, dejando a los estudiantes de escuelas públicas con niveles más altos.

Evaluando los aspectos en los que sí se encuentran diferencias entre los estudiantes de Tomatlán y los de escuelas privadas de Puerto Vallarta, nos encontramos con que la comunicación abierta se eleva mucho en los de Puerto Vallarta. Esto hace que los niveles entre jóvenes de escuelas públicas en ambos

municipios se asemejen. Lo mismo sucede en el caso del autoconcepto físico. Empero, es en las variables comunitarias donde se aprecia nuevamente las diferencias más llamativas. Tomatlán presenta los niveles más elevados de apoyo social comunitario, pero ahora en vez de emparejarse los jóvenes de escuelas privadas se alejan aún más, quedando incluso significativamente por debajo de los de escuelas públicas de Puerto Vallarta. Esto implica que los adolescentes de escuelas privadas reciben menos influencia de su entorno inmediato como la colonia o barrio. La única variable donde no ha sucedido esto ha sido la de integración en la comunidad, la cual mide con varios reactivos como parte de su operacionalización si la colonia en la que viven es de su agrado o no. Es nuestra creencia que, dado que los jóvenes de escuelas privadas reportaron vivir en colonias con mejores servicios, calles y terminados, pueden apreciar que les agrada su colonia. Sin embargo, no sucede lo mismo con los reactivos de si sus vecinos les conocen, en donde salen claramente más bajos que los de Tomatlán.

Las diferencias entre estos municipios son potentes, así como las presentadas dentro del mismo municipio de Puerto Vallarta. Este análisis nos obliga a revisar cuáles son los niveles de ambos municipios respecto a los indicadores clásicos del desarrollo. En ellos, bajo el precepto básico de que a mayor desarrollo existiría un mayor bienestar de la población, nos encontramos con que no se cumple. Puerto Vallarta presenta niveles de mayor desajuste en términos de su bienestar psicosocial a nivel individual, familiar, escolar y comunitario. Estas diferencias son estadísticamente significativas y deberían obligar a una reflexión profunda de qué es lo que se evalúa en el desarrollo y qué es lo que se deja fuera de esos instrumentos ampliamente utilizados para las políticas públicas. No obstante, resulta interesante apreciar que en un 15% de la población estudiantil de los jóvenes de Puerto Vallarta sí se cumple dicho precepto básico. El porcentaje cubre a aquellos estudiantes que pueden pagarse una educación privada y que en términos generales se estima que su poder adquisitivo les representa ventajas sobre el otro 85% de los estudiantes del municipio o de la región. Ahora, cuál es el valor que se le puede dar a un desarrollo que beneficia sólo a un porcentaje así de la población, es un tema que también puede generar discusión y controversia.

Continuando con el análisis de los resultados, nos vemos en la necesidad de dejar de lado a los jóvenes de escuelas privadas que en términos generales viven en zonas de muy baja y baja marginalidad. Así pues, los grupos que merecen prioridad por ley son los de Tomatlán, así como varios jóvenes que asisten a las escuelas públicas de Puerto Vallarta. En estas últimas debe tenerse presente que la heterogeneidad es mayor y que existen estudiantes que presentan mayores y menores niveles de marginación en sus colonias. Partiendo de esta información y de que los estudiantes de Tomatlán presentan mayor bienestar psicosocial que se traduce en buenos niveles de salud mental, incluyendo la ausencia del malestar psicológico, la característica que mejor distingue a un conjunto u otro es la mayor presencia del apoyo social comunitario.

Ahora entra un segundo análisis, bajo qué conceptualización de la salud y salud mental se puede integrar de forma adecuada la información que desde diferentes niveles (individual, familiar, escolar y comunitario) se ha recolectado. Cuando se comprende a la salud mental como un estado de bienestar que incluye variables afectivas y conductuales para su potencialidad para la convivencia con otros, se hace relevante comprender no sólo aspectos como el malestar psicológico o ideación suicida por la que pasa un individuo, sino también el estado de sus relaciones con la familia, los profesores o compañeros de estudio o trabajo y con su comunidad u otros entornos. Desde este punto de partida podemos comenzar a relacionar directamente la percepción que tiene un joven del apoyo social comunitario con sus posibilidades de manifestar un estado de bienestar cognitivo, afectivo y conductual. Para verificar esto, en nuestra investigación se realizaron grupos de alto, mediano y bajo apoyo social comunitario. Después se le analizó cuál era el nivel de bienestar psicosocial que presentaba cada uno de estos grupos según variables individuales, familiares y escolares, presentado en la Tabla 6.

similares son la de los comedores comunitarios ya mencionados. Así igual, partiendo desde las escuelas, se ha observado que un mayor apoyo y comunicación del profesor puede servir como un eslabón importante en la generación de cambios en las personas. En cambio, en Tomatlán se podría pensar en formas de afianzar y no perder los activos que ya poseen en la comunidad cuando se busquen estrategias de desarrollo económico. Pero también, la importancia de fomentar entre las familias una comunicación más abierta que permita la expresión de preocupaciones y sentimientos de los miembros de las mismas.

Existe mucho trabajo por hacer en términos de planeación y programación de estrategias para fomentar la salud mental como estado de bienestar. Sin embargo, comenzar a realizar diagnósticos integradores, centrados no sólo en el ajuste psicológico sino en el interpersonal es un paso importante para plantear nuevas visiones, objetivos, estrategias y líneas de acción. La presente investigación presenta limitaciones como el hecho de ser de tipo transversal, por lo que deben tomarse los resultados con cautela. Un estudio longitudinal con medidas en distintos tiempos podría ayudar a consolidar los datos aquí presentados. También, si se desea ahondar en el conocimiento de alguno de los factores psicosociales se podrían hacer investigación cualitativa. Por otro lado, se ha usado sólo la percepción de los jóvenes de secundaria, sería conveniente llevar a cabo un muestreo a nivel hogares, de tal suerte que se obtuviese la visión de más integrantes del hogar, y no sólo el de los jóvenes. Finalmente, no se tiene un análisis experto para la comprensión de las leyes y políticas públicas, así como para la propuesta de las mismas, por lo que se recomienda un trabajo con equipos multidisciplinarios para consolidar propuestas de políticas públicas factibles de llevar a cabo.

REFERENCIAS

- Acosta, F.** (2010) 'La evaluación de la política social en México: avances recientes, tareas pendientes y dilemas persistentes', *Papeles de población*, 16(64), pp. 155–188. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200007&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n64/v16n64a7.pdf.
- Arkin, H. and Colton, R.** (1985) *Tables for statisticians*. Nueva York: Barnes & Noble.
- Arraiza, M.** (2006) *Gruía práctica de análisis de datos*. España: Editorial Ramón Areces.
- Becerra-Partida, O. F.** (2014) 'La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética', *Persona y Bioética*, 18(2), pp. 238–253. doi: 10.5294/pebi.2014.18.2.12.
- Berenzon, S. et al.** (2013) 'Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México', *Salud Pública de México*, 55(1), pp. 74–80.
- Cava, M. J. et al.** (2010) 'The relationships of family and classroom environments with peer relational victimization: an analysis of their gender differences', *The Spanish journal of psychology*, 13(1), pp. 156–165. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600003747>.
- Cava, M. J. and Musitu, G.** (1999) 'La integración escolar: un análisis en función del sexo y el curso académico de los alumnos', *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 10(18), pp. 297–314.
- Cava, M. J. and Musitu, G.** (2001) 'Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula', *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(2), pp. 297–311.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social** (2010) *Pobreza a nivel municipio 2010*. Disponible en <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Medicion-de-la-pobreza-municipal-2010.aspx>.
- Department of Health Government of South Australia** (2002) *Population Research and Outcome Studies The Kessler Psychological Distress Scale (K10)*. Australia. Disponible en www.dh.sa.gov.au/pehs/cpse/sercis-publications.html.
- Estévez, E. et al.** (2007) 'Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela', *Psicothema*, 19(1), pp. 108–113. doi: A Web of science.
- García, F. and Musitu, G. (2014) *AF-5 Autoconcepto forma 5*. 4a edn. Madrid: TEA Ediciones.
- Gracia, E., Herrero, J. and Musitu, G.** (2002) *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Hernández-Paz, M. T. de J. et al.** (2016) 'El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano', *Revista de Educación y Desarrollo*, (37), pp. 89–93.
- Ibañez, N., Mujica, M. and Castillo, R.** (2017) 'Componentes del desarrollo humano sustentable', *Negotium*, 12(36), pp. 63–77. Disponible en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=122395797&lang=es&site=eds-live&custid=s4608367>.
- Jiménez Gutiérrez, T. I. and Lehalle, H.** (2012) 'The school violence between peers in popular and

rejected students [La Violencia Escolar entre Iguales en Alumnos Populares y Rechazados]', *Psychosocial Intervention*, 21(1), pp. 77–89. doi: 10.5093/in2012v21n1a5.

Jiménez, T. et al. (2009) 'Community involvement and victimization at school: an analysis through family, personal and social adjustment', *Journal of Community Psychology*, 37(8), pp. 959–974. doi: 10.1002/jcop.

Jiménez, T., Murgui, S. and Musitu, G. (2007) 'Comunicación familiar y ánimo depresivo: el papel mediador de los recursos psicosociales', *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), pp. 259–271.

Jiménez, T., Musitu, G. and Murgui, S. (2005) 'Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: Efectos directos y mediadores', *Anuario de Psicología*, 36(2), pp. 181–195.

Lopera, J. D. (2015) 'El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud', *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(S1), pp. S11–S20.

Luna Ramos, M. B. (2007) 'Los derechos sociales en la Constitución mexicana', *Revista del Instituto de la Judicatura Federal*, 19(37), pp. 63–73.

Martínez Chávez, M. (2013) *La salud mental, el capítulo olvidado de las políticas públicas del gobierno mexicano, 2000 -2012*. 2nd edn. Ciudad de México: Movimiento Ciudadano.

Muñoz, J. M. (2016) 'Una reflexión en torno a las políticas sociales de salud mental en México', (22), pp. 117–149.

Organización Panamericana de la Salud (2011) *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. Ciudad de México.

Parrillat, G. F. and Canela Gamboa, F. (2016) 'Evolución de las políticas de desarrollo social en México: éxitos y fracasos', *Revista Opera*, (18), pp. 159–181.

Salum-fares, A. (2011) 'Relevancia de las dimensiones del autoconcepto en estudiantes de escuelas secundarias de ciudad victoria, tamaulipas, México', *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), pp. 255–272.

Santos, J. et al. (2003) *Diseño de Encuestas para estudios de mercado. Técnicas de muestreo y análisis multivariante*. Madrid: Ramón Areces.

Secretaría de Desarrollo Social (2014) *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013 - 2018*. Ciudad de México.

Secretaria de Salud (2014) *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018*. Ciudad de México.

Servicio de Investigacion y Análisis and División de Política Social (2005) *La salud mental en México*. Edited by M. Sandoval and M. Richard. Ciudad de México: Comisión Bicamaral del Sistema de Bibliotecas.